



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

[www.reporteepidemiologicocordoba.com](http://www.reporteepidemiologicocordoba.com)

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

## # 2.146

4 de febrero de 2019

### Comité Editorial

#### Editor Jefe

Ángel Mínguez

#### Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

#### Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Javier Casellas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:  
**Servicio de Infectología**  
**Hospital Misericordia**  
Ciudad de Córdoba  
República Argentina

## Noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a las mismas)

### Argentina

- **Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años**
- **Buenos Aires, La Plata: Incremento de casos de síndrome urémico hemolítico**
- **Entre Ríos, Pehuajó al Sud: Primer caso de hantavirrosis del año en la provincia**

- **Río Negro, El Bolsón: Nuevo caso de hantavirrosis**

- **Santa Fe, Arocena: Un bebé de 9 meses falleció tras ser picado por un alacrán**

### América

- **La OPS recuerda a los viajeros internacionales que deben vacunarse antes de ir a zonas donde circula la fiebre amarilla**

- **Estados Unidos: Muchos pacientes con cáncer tienen hepatitis sin diagnosticar**

- **Estados Unidos, Kentucky: Ya son casi 4.000 los casos de hepatitis A desde agosto de 2017**

- **Honduras proyecta ser declarada libre de malaria**

- **Panamá, Comarca Ngäbe-Buglé: Mueren nueve niños por un brote de tos convulsa**

### El mundo

- **Francia, Mayotte: Reportan un incremento en los casos de fiebre del Valle del Rift**

- **Gran Bretaña: Infección gonocócica extremadamente resistente**

- **República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola**

- **¿Por qué hay una corriente de opinión pública contra la vacunación?**

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)

**CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA**

[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)

**CMPC** Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



S.A.D.I.

[www.sadi.org.ar/](http://www.sadi.org.ar/)

**Comité Nacional de Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)

**Asociación Parasitológica Argentina**

[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

## Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años

3 de febrero de 2019 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

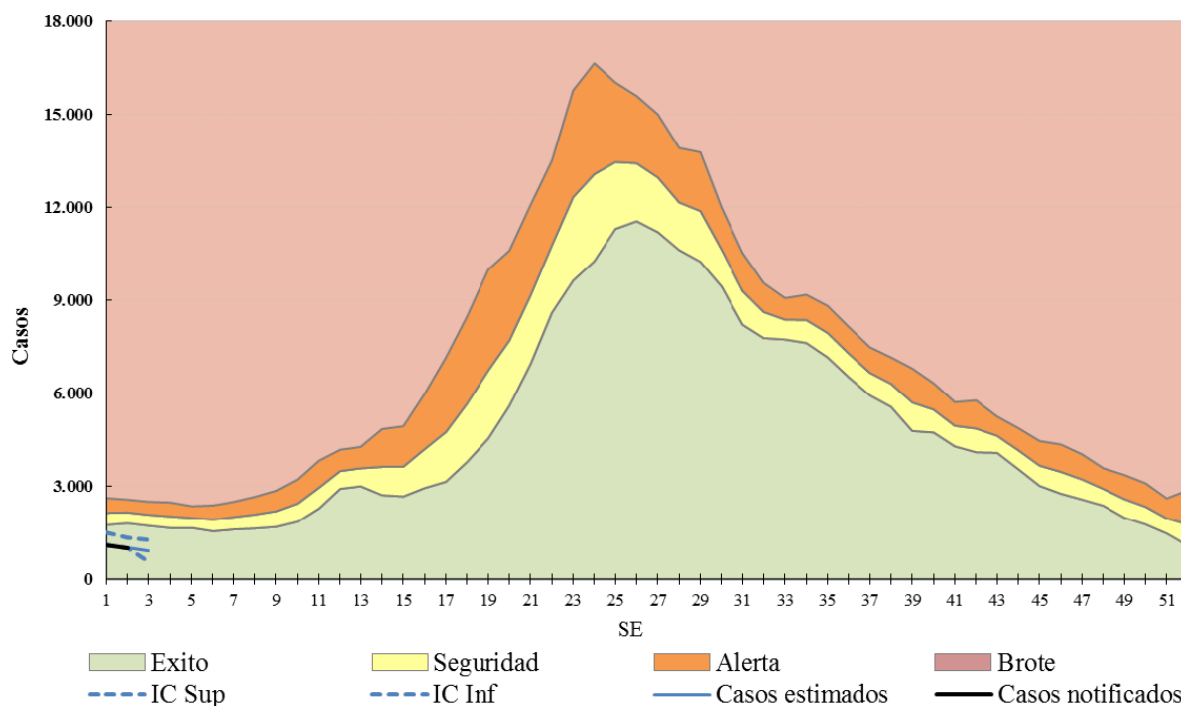


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2019, con base en datos de los años 2014 a 2018. Con representación de casos y estimaciones. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2012/2017		2017		2018	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	156.302	31.053,56	23.666	28.418,21	14.814	17.892,43
Buenos Aires	823.502	23.705,53	107.447	18.620,00	77.916	13.590,80
Córdoba	109.733	15.761,08	19.760	16.717,71	13.506	11.417,66
Entre Ríos	53.017	20.070,79	8.909	20.023,64	9.479	21.298,63
Santa Fe	65.185	10.166,99	8.264	7.675,79	5.525	5.135,37
<b>Centro</b>	<b>1.207.739</b>	<b>21.648,99</b>	<b>168.046</b>	<b>18.056,21</b>	<b>121.240</b>	<b>13.086,13</b>
Mendoza	51.734	12.854,92	8.046	11.941,51	11.428	17.014,26
San Juan	70.814	44.036,15	11.792	44.215,14	10.915	40.870,35
San Luis	15.790	16.394,84	3.169	19.465,12	2.895	17.704,26
<b>Cuyo</b>	<b>138.338</b>	<b>20.974,13</b>	<b>23.007</b>	<b>20.853,20</b>	<b>25.238</b>	<b>22.896,68</b>
Corrientes	31.848	13.141,71	4.077	10.007,66	3.917	9.622,00
Chaco	75.270	27.914,91	11.760	25.945,37	12.232	27.018,67
Formosa	36.371	26.591,81	4.380	19.120,29	3.351	14.654,69
Misiones	50.148	17.311,28	6.039	12.452,57	3.633	7.516,76
<b>NEA</b>	<b>193.637</b>	<b>20.633,86</b>	<b>26.256</b>	<b>16.673,82</b>	<b>23.133</b>	<b>14.717,56</b>
Catamarca	15.027	18.404,89	1.961	14.276,77	3.055	22.220,77
Jujuy	48.845	30.726,39	7.509	28.032,05	8.227	30.689,97
La Rioja	11.421	15.050,84	3.225	24.920,41	3.024	23.161,06
Salta	104.915	32.058,22	16.954	30.847,89	15.496	28.226,89
Santiago del Estero	105.778	50.411,67	14.916	41.896,05	13.688	38.257,29
Tucumán	79.788	22.402,01	12.456	20.708,78	12.560	20.869,33
<b>NOA</b>	<b>365.774</b>	<b>30.235,40</b>	<b>57.021</b>	<b>27.927,54</b>	<b>56.050</b>	<b>27.412,01</b>
Chubut	19.348	16.017,62	3.950	19.309,36	2.963	14.473,99
La Pampa	11.813	18.035,78	2.429	22.178,60	2.634	24.064,46
Neuquén	33.711	24.354,91	5.009	21.755,18	4.443	19.410,90
Río Negro	31.781	22.232,50	5.351	22.184,54	4.876	20.209,22
Santa Cruz	14.593	19.539,45	2.468	19.193,08	2.361	18.231,10
Tierra del Fuego	8.651	27.681,07	1.657	30.281,43	1.425	25.662,73
<b>Sur</b>	<b>119.897</b>	<b>20.902,88</b>	<b>20.864</b>	<b>21.535,03</b>	<b>18.702</b>	<b>19.292,98</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>2.025.385</b>	<b>22.604,53</b>	<b>295.194</b>	<b>19.685,66</b>	<b>244.363</b>	<b>16.342,16</b>

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2018, hasta semana epidemiológica 51. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.

<sup>1</sup> Como una forma de superar el atraso en la notificación y poder aproximarse a la situación actual de la bronquiolitis en menores de 2 años, el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología ha implementado una metodología de estimación que considera las notificaciones al módulo C2, la variación en los establecimientos con mayor regularidad, la oportunidad de notificación y el número de casos, así como el porcentaje de positividad para virus respiratorios por semana epidemiológica surgido de las notificaciones al SIVILA. El resultado de la aplicación de este modelo para el total nacional se muestra en el corredor endémico, incluyendo tres escenarios: el calculado en función de la mediana y los límites de confianza superior e inferior, que conformarían el peor y mejor escenario en el que se encontraría la notificación según las estimaciones para cada semana.

El presente informe desarrolla el análisis del comportamiento de la bronquiolitis en menores de 2 años, con el objetivo de reconocer la situación actual y contribuir con la toma de decisiones en los niveles locales, provinciales y nacional.

Las fuentes de información son los módulos de vigilancia clínica (C2), de laboratorio (SIVILA), y la Unidad Centinela de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (UCIRAG) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) hasta la semana epidemiológica (SE) 17, y los datos provenientes del SNVS 2.0, incluyendo sus distintos componentes, a partir de la SE 18 de 2018.

La curva de notificaciones correspondiente al año 2019 transita en la zona de éxito durante las primeras dos semanas epidemiológicas (SE) del año. Asimismo, las correspondientes estimaciones de los casos ubican también los mismos en la zona de éxito (ver Gráfico 1).

Hasta la SE 51 de 2018, se notificaron 244.363 casos. La tasa acumulada nacional fue 27,70% inferior a la de la misma semana del período 2012/2017; y 16,98% inferior a la del año 2017.

En cuanto al análisis de casos y tasas acumuladas por provincia, las de La Rioja, La Pampa, Mendoza, Catamarca, San Luis y Entre Ríos presentaron una tasa acumulada hasta la SE 51 de 2018 superior a la tasa acumulada para la misma SE del período 2012/2017; en el caso de La Pampa y Mendoza, este aumento fue superior a 30%; La Rioja registró un aumento superior a 50%.

Las provincias de Catamarca, Mendoza, Jujuy, La Pampa, Entre Ríos, Chaco y Tucumán presentaron tasas acumuladas hasta la SE 51 de 2018 superiores a la tasa acumulada para la misma SE del año 2017; en el caso de Mendoza, este aumento fue de más de 40%; Catamarca registró un aumento superior a 50%.



### **Buenos Aires, La Plata: Incremento de casos de síndrome urémico hemolítico**

29 de enero de 2019 – Fuente: Info Blanco Sobre Negro (Argentina)

En el último mes el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría 'Sor María Ludovica' recibió un tercio de la cantidad de casos que recibe en promedio durante todo un año.

El jefe de la Unidad de Nefrología del hospital, Javier Zalba, explicó: "Hemos tenido 11 chicos con síndrome urémico hemolítico desde el 28 de diciembre hasta la fecha, cuando habitualmente tenemos 30 casos en el año".

De todos modos, el profesional aclaró que "no se trata de una epidemia ni un brote" y que esta mayor cantidad de casos no se replica en los demás centros de salud. "En el Hospital de Niños estamos observando una incidencia más alta que en otras épocas", comentó.

"Los pacientes que llegaron son niños de la Región y también de otras localidades ya que el hospital recibe casos de distintos lugares del país", explicó Zalba.



### **Entre Ríos, Pehuajó al Sud: Primer caso de hantavirus del año en la provincia**

2 de febrero de 2019 – Fuente: El Sol (Argentina)

Fuentes del Nodo Epidemiológico Gualaguaychú, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, confirmaron que los análisis detectaron un caso positivo de hantavirus en la localidad de Pehuajó al Sud.

Se trata de un hombre de 42 años que pasó varios días en la unidad de terapia intensiva del Hospital 'Centenario' y gracias al tratamiento aplicado mejoró en su estado de salud. Ahora, permanece internado en una sala gracias a una favorable evolución.

La Dirección de Epidemiología de la Provincia informó que entre la primera y la tercera semana epidemiológica de 2019, "se notificaron 16 casos de hantavirus, de los cuales ocho fueron descartados, uno confirmado en la ciudad de Gualaguaychú. Permanecen en estudio siete casos".

Así, el paciente de 42 años se transformó, tras la verificación de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', en el primer caso de 2019 confirmado en el departamento Gualaguaychú, es decir, se lo considera un caso autóctono, dentro de una provincia donde el hantavirus es endémico.

En 2018, se notificaron 56 casos, de los cuales 48 fueron descartados y seis confirmados en las ciudades de Ramírez, Gualaguaychú, Paraná, Villa Libertador San Martín y dos en Gualaguay; tres casos permanecen en estudio. En 2017 se notificaron 46 casos, de los cuales se confirmaron cuatro: en Paraná, Gualaguay, Victoria e Islas, y el resto fueron descartados.



### **Río Negro, El Bolsón: Nuevo caso de hantavirus**

2 de febrero de 2019 – Fuente: Clarín (Argentina)

Una niña de dos años se convirtió en el caso positivo de hantavirus número 32. La particularidad es que se contagió de su abuela, una mujer que estuvo internada con el mismo diagnóstico y ya fue dada de alta.

La pequeña reside en la localidad rionegrina de El Bolsón, pero su caso se vincula al brote originado en Epuyén, Chubut. Las autoridades sanitarias informaron el 2 de febrero que la menor de El Bolsón fue derivada a San Carlos de Bariloche como caso positivo de hantavirus y suman 32 los afectados por el brote de Epuyén. En tanto, un paciente que estaba en Esquel recibió el alta.

Las autoridades sanitarias informaron que la menor fue derivada a Bariloche desde El Bolsón, donde se encontraba en aislamiento respiratorio selectivo. La menor es nieta de la mujer de 38 años que a mediados de enero estuvo internada con hantavirus y fue dada de alta. La misma tuvo vinculación con el brote epidémico de Epuén.

El director del Hospital Zonal 'Dr. Ramón Carrillo' de Bariloche también indicó que la mamá de la niña al llegar al hospital presentó un cuadro febril, por lo que también se le tomaron muestras en las últimas horas para ser cotejadas por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán'. Los resultados llegarán el 4 de febrero.

Con esta menor, son 32 los casos confirmados desde que comenzó la contingencia, a principio de diciembre del año pasado. En el mismo documento, se informa que un paciente fue dado de alta y que otros tres permanecen en sala en el Hospital Zonal de Esquel, dos de los cuales salieron recientemente de la Unidad de Terapia Intensiva.

Cerca de 30 vecinos de la Comarca Andina se encuentran realizando el aislamiento respiratorio selectivo. Esto representa un alivio en cuanto a que el brote va desapareciendo: en principio fueron 100 los pobladores aislados, todos vinculados de alguna manera a quienes se habían contagiado.

De hecho, la niña era una de las personas en condiciones de aislamiento domiciliario preventivo en El Bolsón debido a su vínculo directo con la mujer que fue afectada con el virus semanas atrás, quien había estado en contacto con portadores del virus en el Hospital de Esquel.

El brote de hantavirus se originó en Epuén a principios de diciembre, cuando una adolescente de 14 años murió. Había participado de una fiesta donde concurre un trabajador rural que se contagió mientras limpiaba un galpón en la localidad. Por el brote murieron 11 personas, incluidas en las 32 que contrajeron el virus.

Las autoridades de salud de Chubut confían en que la medida del "aislamiento respiratorio" logró sus objetivos ya que hace varias semanas que no se reportan nuevos casos en la localidad de Epuén, que tras sufrir el brote ahora soporta incendios de bosques que hasta el momento no pudieron ser controlados en su totalidad y que se iniciaron en forma intencional.



## Santa Fe, Arocena: Un bebé de 9 meses falleció tras ser picado por un alacrán

2 de febrero de 2019 – Fuente: La Capital de Rosario (Argentina)

Un bebé de nueve meses falleció el 1 de febrero en el Hospital de Niños 'Dr. Orlando Alassia', de Santa Fe, adonde había sido derivado por su grave estado de salud tras ser picado por un alacrán en la localidad de Arocena.

El pequeño sufrió la picadura el 25 de enero en la localidad donde vivía con su familia, distante 116 kilómetros al norte de Rosario.

El niño fue trasladado primero al Hospital Servicio para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCo) de Barrancas, donde se le suministró un antídoto, pero por su estado de salud fue derivado posteriormente a un efector de Coronda.

Sin embargo, su salud desmejoró y el 26 de enero fue internado en el Hospital Alassia.

La dirección de este último nosocomio confirmó que la muerte del pequeño se produjo por el "agravamiento del cuadro que presentaba".



## América



## La OPS recuerda a los viajeros internacionales que deben vacunarse antes de ir a zonas donde circula la fiebre amarilla

31 de enero de 2019 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, reiteró su recomendación de mantener informados a los viajeros internacionales de que deben vacunarse contra la fiebre amarilla al menos 10 días antes de viajar o visitar zonas donde circula el virus.

La OPS también llamó a los países donde circula la fiebre amarilla para que continúen inmunizando a la población en riesgo. Entre enero de 2017 y diciembre de 2018, siete países y territorios de la región de las Américas han notificado casos de fiebre amarilla (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Surinam y Perú). En lo que va de 2019, Brasil y Perú notificaron casos confirmados.

En el caso de Brasil, en el presente período estacional (2018-2019), se han registrado 12 casos humanos, incluidas 6 defunciones, en municipios al sur del estado de São Paulo. La mayoría de los pacientes fueron trabajadores rurales. También



se registraron brotes de fiebre amarilla entre monos (epizootias) en el estado de Paraná, que comparte frontera con Argentina y Paraguay. Adicionalmente, esta semana las autoridades de salud de Brasil confirmaron un caso humano en Paraná, donde no se registraban casos en personas desde 2015. Brasil se encuentra en el período reconocido históricamente como de mayor transmisión (de diciembre a mayo).

En los últimos dos años, las autoridades de salud de Brasil han hecho campañas masivas de vacunación, poco después de que comenzaran los brotes de fiebre amarilla, y ha expandido la cantidad de municipios con recomendación de vacunar contra la fiebre amarilla. Los casos humanos y la confirmación de epizootias en el sur del estado de São Paulo y en el este del estado de Paraná marcan el inicio de lo que podría ser una tercera ola de transmisión y la progresión del brote hacia el sudeste y sur del país, indica la actualización epidemiológica.

En Perú, durante 2018, se notificaron 20 casos de fiebre amarilla, incluidas seis defunciones, de los cuales 10 fueron confirmados por laboratorio y 10 se encuentran bajo investigación. Esta cifra es superior a la reportada en el mismo período de 2017, cuando se notificaron 6 casos de fiebre amarilla. Los casos confirmados provienen de los departamentos selváticos (Loreto, San Martín, Ucayali y Madre de Dios).

La OPS/OMS continúa instando a los Estados Miembros a que tomen todas las acciones necesarias para mantener a los viajeros bien informados sobre los riesgos y las medidas preventivas contra la fiebre amarilla, incluyendo la vacunación. Los viajeros deben tomar medidas para evitar las picaduras de mosquitos y buscar atención médica si se sienten enfermos durante su viaje o a volver.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación contra fiebre amarilla para viajeros internacionales que visiten los estados de Acre, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Tocantins, Santa Catarina y São Paulo, además de partes de los estados de Bahia y Piauí. La determinación de nuevas áreas consideradas en riesgo de transmisión de fiebre amarilla es un proceso continuo, que la OMS monitorea y brinda actualizaciones regularmente.

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral aguda que puede resultar mortal. Se puede prevenir con una vacuna efectiva, segura y asequible. Periódicamente, y por razones que son difíciles de predecir, el ciclo de fiebre amarilla selvática produce amplios brotes en monos (epizootias). Estas epizootias se diseminan por corredores selváticos donde los mosquitos *Haemagogus* y *Sabethes* transmiten la enfermedad de un grupo de monos a otros. Los humanos expuestos a estos mosquitos pueden enfermarse si no están vacunados.

Hasta la fecha, todos los casos humanos de fiebre amarilla se han relacionado con mosquitos *Haemagogus* y *Sabethes*. La transmisión urbana de fiebre amarilla ocurre cuando el virus es transmitido de humano a humano por el mosquito *Aedes aegypti*.

### Preparativos para la respuesta en las Américas

Los países de las Américas continúan redoblando sus esfuerzos en fortalecer los preparativos y la respuesta ante posibles brotes de fiebre amarilla.

En diciembre de 2018, los equipos técnicos de los municipios de la triple frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay se reunieron en Foz do Iguazu, para comenzar a elaborar planes de contingencia de brotes de fiebre amarilla que pudieran darse en esa zona. Los expertos evaluaron el riesgo de fiebre amarilla en esa región, las necesidades de vigilancia y respuesta en la zona, e identificaron acciones técnicas a realizarse en el corto y mediano plazo.

Previamente, autoridades de salud de los 13 países endémicos en la región se reunieron en Lima, Perú, en noviembre del año pasado, para revisar el riesgo por país, así como para analizar las poblaciones que deben ser vacunadas en función de ese riesgo. Los expertos trabajaron en desarrollar sus planes de inmunización contra la fiebre amarilla a corto y mediano plazo. También abordaron el uso de dosis fraccionadas de la vacuna en respuesta a brotes de fiebre amarilla, ante cantidades limitadas de vacunas y en grandes ciudades. La identificación de brechas en la prevención y respuesta a brotes también fue parte del análisis hecho en este encuentro de tres días.

Esta reunión se celebró en el contexto de la Estrategia de Eliminación de las Epidemias de Fiebre Amarilla de la OMS, que busca eliminar las epidemias de esta enfermedad en las Américas y en África para 2026, al proteger a las poblaciones en riesgo a través de campañas preventivas de vacunación masivas y de rutina.

## JAMA Oncology

### Estados Unidos: Muchos pacientes con cáncer tienen hepatitis sin diagnosticar

17 de enero de 2019 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Oncology*

Un gran número de pacientes de cáncer de Estados Unidos con hepatitis B y C no saben que tienen el virus, que puede provocar complicaciones potencialmente letales durante algunos tratamientos para el cáncer.

Los hallazgos sugieren que hacer pruebas de la hepatitis B y C podría ser adecuado en las clínicas oncológicas comunitarias.

La infección con la hepatitis puede conducir a problemas graves, como la insuficiencia hepática o la enfermedad renal.

El estudio incluyó a más de 3.000 pacientes con cáncer en Estados Unidos que se sometieron a un análisis sanguíneo para evaluar la hepatitis y el VIH.



Se encontró que 6,5% de los pacientes había tenido hepatitis B en el pasado, 0,6% tenía hepatitis B crónica, 2,4% tenía hepatitis C, y 1,1% tenía VIH. Estas tasas son similares a las de la población general de Estados Unidos.

Una proporción alta de pacientes que habían tenido hepatitis B en el pasado (87%) o que tenían hepatitis B crónica (42%) no contaba con un diagnóstico antes del estudio, al igual que 31% de los pacientes con hepatitis C.

Las tasas de VIH sin diagnosticar fueron bajas: 5,9% de los pacientes con VIH fueron diagnosticados a través del estudio.

Muchos pacientes no presentaban factores de riesgo de las infecciones, como por ejemplo el uso de drogas inyectadas, entre ellos 27% de los que habían tenido hepatitis B en el pasado, 21% de los que tenían hepatitis B crónica, 32% de los que tenían hepatitis C, y alrededor de 20% de los que tenían VIH.

Aunque los resultados no sugieren que las pruebas universales de VIH sean necesarias para los pacientes con cáncer, sí provee nuevas evidencias para orientar una conversación en la comunidad oncológica sobre si se deberían requerir pruebas para hepatitis.

Las pruebas podrían ser particularmente importantes en una era de inmunoterapias para el cáncer, porque los tratamientos podrían afectar a los sistemas inmunitarios de los pacientes y alterar el desarrollo de sus infecciones virales.

Aunque no se sabe mucho sobre el impacto de las inmunoterapias en los pacientes con cáncer y hepatitis y otras infecciones virales, los oncólogos deberían saber todo lo posible sobre la salud general de las personas a las que tratan.

Las hepatitis B y C crónicas son un problema significativo porque afectan a millones de estadounidenses, muchos de ellos con cáncer. Hacer pruebas para estas enfermedades en los pacientes con cáncer podría detectar muchos casos sin diagnosticar, y ayudar a modificar su atención del cáncer para mejorar los resultados.<sup>2</sup>



### Estados Unidos, Kentucky: Ya son casi 4.000 los casos de hepatitis A desde agosto de 2017

26 de enero de 2019 – Fuente: Kentucky Cabinet for Health and Family Services (Estados Unidos)

En noviembre de 2017, el Departamento de Salud Pública de Kentucky identificó un brote de hepatitis A aguda. Este brote se ha convertido en el más grande de Estados Unidos, y continúa aumentando: con 79 casos reportados durante la cuarta semana de 2019, los funcionarios del Departamento ahora colocan el total del brote en 3.919 casos, desde agosto de 2017.

El número de casos registrados en Kentucky es muy superior al promedio de 10 años de notificación de casos.

Kentucky había superado los 3.000 casos en este brote el 1 de diciembre de 2018.

Casi la mitad de este total requirió hospitalización por su enfermedad, y se han registrado 25 muertes con la adición de un nuevo fallecimiento la semana pasada.

De los casos evaluados, nueve de cada 10 corresponden al genotipo IB.

Ochenta y seis de los condados de Kentucky han sido afectados. El condado de Jefferson reportó el mayor número de casos, con 647 confirmados, probables y sospechosos.

Al igual que en otros brotes reportados en todo el país, el uso de drogas ilícitas y la falta de vivienda son los mayores factores de riesgo para la hepatitis A. No se ha identificado una fuente de alimentos contaminada y se cree que la transmisión se produce a través del contacto persona a persona.



### Honduras proyecta ser declarada libre de malaria

30 de enero de 2019 – Fuente: Hondudiario (Honduras)

Las autoridades de Salud de Honduras proyectan declarar al país libre de malaria, ya que según datos, sólo 11 casos se registran al cierre del primer mes del año, lo que significa una notable disminución de esta enfermedad.

Por esa razón, el representante del Área de Riesgos y de Epidemiología de la Secretaría de Salud, José Orlander Nicolás Zambrano, opinó que el país ha tenido "notables avances" en la reducción de la malaria.

Agregó que, hasta el momento se ha cumplido con los compromisos internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El propósito es lograr la eliminación de esta afección para el año 2020. Y los pronósticos son favorables debido a que, en el año 2016, el país registró 4.500 casos de malaria; en 2017 se redujeron a 1.287 y en 2018 Honduras cerró con 642 casos a nivel nacional.

En el territorio hondureño se registran dos tipos de malaria: por *Plasmodium vivax* y por *P. falciparum*. Esta última es la más grave, porque puede ocasionar la muerte en caso de no tratarse oportunamente.

Hasta la fecha se han presentado 11 personas con la enfermedad en todo el territorio nacional. En comparación con el mismo período del año anterior, la disminución es considerable, porque en las primeras tres semanas del año 2018 Honduras registró 52 casos.



<sup>2</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Nueve niños de entre uno y dos años de edad han muerto en la comarca indígena de Ngäbe-Buglé, en Panamá, en la que se detectó un brote de tos convulsa, informaron el 1 de febrero las autoridades sanitarias.

El responsable del departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, Israel Heraclio Cedeño González, dijo que el primer caso de tos convulsa se detectó a mediados de diciembre pasado en la comarca Ngäbe-Buglé, situada en el occidente panameño, y que a la fecha se han confirmado 81, incluidos los niños muertos.

Los pequeños, de entre uno y dos años de edad, fallecieron “debido a complicaciones de la enfermedad”, y son casos que se registraron en el sector Loma Yuca de la comarca, indicó Cedeño.

El funcionario de Salud manifestó que se han activado los protocolos necesarios para enfrentar la situación, pero resaltó que las autoridades se enfrentan con el hecho de que la zona de la comarca es de muy difícil acceso, lo que demora la recolección de información y su actualización.

A su vez, el director del Ministerio de Salud en la Comarca Ngäbe-Buglé, Barri Arce, afirmó que en este momento se mantiene la situación bajo control, ya que los equipos de salud en la comunidad iniciaron la vacunación de toda la población, que supera las 900 personas, y se procedió al tratamiento de los casos confirmados de tos convulsa por nexa epidemiológico.

Barri aseguró que todos los días se están evaluando a las personas y estableciendo los casos, con el objetivo de mantener una información precisa del número de afectados por síntomas compatibles con tos convulsa.

Señaló que se mantiene la alerta sanitaria en el corregimiento de Santa Catalina, que permite a los hospitales próximos a la comarca estar alerta para atender cualquier caso sospechoso de personas que procedan de la comunidad de Loma Yuca o comunidades vecinas que forman parte del corregimiento.

El funcionario señaló que existe la hipótesis de que el brote se generó durante el mes de diciembre del año pasado, cuando se realizaron tres encuentros de la religión Mama Tatda<sup>3</sup> en la comunidad de Loma Yuca, ya que todos los casos tienen como punto de referencia estas actividades.



## El mundo



### Francia, Mayotte: Reportan un incremento en los casos de fiebre del Valle del Rift

31 de enero de 2019 – Fuente: Santé Publique (Francia)

Funcionarios de salud de la isla de Mayotte<sup>4</sup> han informado un aumento en los casos autóctonos de fiebre del Valle del Rift en las últimas seis semanas.

Desde que se detectó el primer caso humano el 11 de diciembre de 2018, los funcionarios de salud han detectado 19 casos humanos. La mayoría de los casos se encontraban en la parte occidental de la isla.

En el océano Índico, entre Madagascar y la costa de Mozambique, se encuentra el archipiélago de Mayotte, un departamento de Francia.

Se tomaron muestras a rumiantes presentes en las cercanías de los casos humanos, que fueron analizadas en el Centro de Cooperación Internacional en Investigación Agronómica para el Desarrollo (CIRAD), en La Réunion, en busca del virus de la fiebre del Valle del Rift. Los resultados identificaron varios animales positivos en diferentes aldeas ubicadas en el oeste y el centro de la isla.

Además, se ha reportado un bovino con IgM positivo en Mamoudzou. Se trata de un animal 2 años de edad que pertenece a una manada de 8 bovinos, incluidos 4 adultos y 4 terneros de 2 meses. El control biológico y las investigaciones están en marcha.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) informó que la detección de casos autóctonos de fiebre del Valle del Rift en Mayotte no es inesperada, pero la ocurrencia de 19 casos en un corto período de tiempo es preocupante, ya que las condiciones climáticas actuales (temporada de lluvias de noviembre a marzo) son favorables para los vectores.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Mama Tatda es una religión sincretista amerindia, practicada por los pueblos indígenas Ngäbe y Buglé, que combina elementos del catolicismo con el animismo. La religión nació el 22 de septiembre de 1962, cuando una joven indígena llamada Delia Bejerano de Atencio, conocida como Besikö Kruningrobu, tuvo una aparición de la Virgen María y Jesucristo bajando del cielo en una máquina parecida a una motocicleta. Tras esta aparición, Besikö evangelizó a los indígenas, convirtiéndose en la religión más importante de la Comarca Ngäbe-Buglé, con carácter oficial. Se estima que actualmente hay unos 200.000 practicantes de Mama Tatda en localidades Ngäbe de Panamá y Costa Rica.

<sup>4</sup> Mayotte es una isla situada en el extremo norte del canal de Mozambique, en el archipiélago de las Comoras. También es conocida como Mahoré, especialmente cuando se hace referencia a su inclusión por parte de la Unión de las Comoras.

De acuerdo a estimaciones de 2011, la isla cuenta con 209.530 habitantes y su superficie es de 374 km<sup>2</sup>. La isla pasó a ser departamento de ultramar francés a partir de marzo de 2011. Sobre esta base, el Consejo Europeo decidió el 11 de julio de 2012 que, a partir del 1 de enero de 2014, Mayotte pase a ser una región ultraperiférica de la Unión Europea, de modo similar a como lo son las islas Canarias.

<sup>5</sup> Puede consultar el informe completo, en francés, haciendo clic [aquí](#).

El 7 de enero de 2019, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Gran Bretaña e Irlanda del Norte notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos casos de infección por *Neisseria gonorrhoeae* extremadamente resistente (XDR).

El primer caso es una mujer heterosexual que asistió a servicios de salud sexual en Gran Bretaña en octubre de 2018. Informó contacto sexual casual con británicos en Ibiza, España, en septiembre de 2018. El caso no había recibido tratamiento antibiótico entre los encuentros sexuales con británicos en Ibiza y la primera consulta a los servicios de salud sexual en Gran Bretaña. Fue tratada empíricamente con ceftriaxona de 500 mg y azitromicina de 1 g. Se llevó a cabo una prueba de curación (TOC) y se descubrió que había eliminado el patógeno.

El segundo caso, una mujer heterosexual que asistió a servicios de salud sexual en Gran Bretaña en noviembre de 2018. Informó de un contacto sexual casual con un hombre en Gran Bretaña en noviembre de 2018, quien se sabe que estuvo en Ibiza, España, de junio a septiembre de 2018. El caso fue tratado empíricamente con ceftriaxona de 1 g. Se realizó un TOC y no se había eliminado el patógeno. Luego se le administró gentamicina de 240 mg (intramuscular) y azitromicina de 2 mg (oral). Se le administró ertapenem por vía intravenosa durante tres días, ya que los síntomas no se resolvieron. Posteriormente se llevó a cabo un TOC y se descubrió que había eliminado el patógeno.

Los dos aislamientos son resistentes a la ceftriaxona (MIC 1,0 mg/L)<sup>6</sup> y tienen una sensibilidad intermedia a la azitromicina (MIC 0,5 mg/L). Los aislados también son resistentes a la cefixima, la penicilina, la ciprofloxacina y la tetraciclina, pero son susceptibles a la espectinomicina. Estos aislamientos difieren del caso reportado previamente en marzo de 2018 por Gran Bretaña y los dos casos reportados por Australia en abril de 2018, que tenían una alta resistencia a la azitromicina.

### Respuesta de salud pública

Salud Pública de Inglaterra había establecido un equipo de gestión de incidentes para coordinar las investigaciones y la comunicación, para asegurar que los contactos se rastrearán y se contuvieran. Dado que existe un probable vínculo epidemiológico con los encuentros sexuales con ciudadanos británicos que han viajado a Ibiza, Gran Bretaña informó a España sobre estos casos a través del Sistema Europeo de Alerta y Respuesta Tempranas (EWRS).

Los servicios de salud pública en las Islas Baleares y en Ibiza, España, han sido informados sobre esta alerta de salud pública relacionada con los ciudadanos británicos infectados con *N. gonorrhoeae* XDR que viajaron a Ibiza. El tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Ibiza se incluye en los servicios prestados por el Servicio de Salud Pública de las Islas Baleares y el diagnóstico se realiza en el laboratorio del principal hospital público de Ibiza. Actualmente, no existe una cepa de *N. gonorrhoeae* aislada en Ibiza que presente el patrón de resistencia descrito por Gran Bretaña.

### Evaluación de riesgos de la OMS

Este es el cuarto informe sobre la infección por *N. gonorrhoeae* XDR en Gran Bretaña. Los casos actuales son resistentes a la ceftriaxona y tienen una sensibilidad intermedia a la azitromicina, lo que representa una amenaza cada vez mayor a la terapia dual para la gonorrea (ceftriaxona 250 mg y azitromicina 1 g) recomendada por la OMS.

Dado que la mayoría de los casos de gonorrea son asintomáticos, la propagación de cepas de gonorrea resistentes es posible y puede ocurrir rápidamente en poblaciones de alto riesgo. Para estos dos casos, existe un vínculo epidemiológico con los encuentros sexuales con ciudadanos británicos en Ibiza, o con ciudadanos británicos que han estado en Ibiza, lo que indica una posible propagación internacional de esta cepa resistente de gonorrea. Son necesarias más investigaciones para confirmar el vínculo epidemiológico, la fuente de transmisión e identificar a las parejas sexuales de los contactos británicos, tanto en Gran Bretaña como en España. Esto se debe hacer para implementar medidas de salud pública adecuadas e interrumpir la transmisión de la infección; las medidas incluyen: fortalecer la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos de la gonorrea y garantizar la notificación oportuna.

El rastreo de contactos y las medidas de respuesta, incluida la promoción de condones, han sido tomadas por Salud Pública de Inglaterra y actualmente el riesgo de una posible transmisión en Gran Bretaña por estos dos casos es bajo.

### Asesoramiento de la OMS

Para marcar una diferencia sostenida en el continuado problema de la infección por *N. gonorrhoeae* multirresistente, se deben cumplir dos objetivos que se superponen: un amplio control de la resistencia a los fármacos y el control de la infección gonocócica. Ambos deben abordarse en el contexto más amplio del control global de la resistencia antimicrobiana. Para las infecciones gonocócicas, el enfoque de salud pública debe basarse en las lecciones aprendidas y poner en práctica los siguientes puntos:

- El uso de condones como prevención y control efectivos de las infecciones gonocócicas, la detección de ITS en las poblaciones de alto riesgo y el manejo efectivo de los casos de ITS para diagnosticar y proporcionar regímenes de tratamiento adecuados, incluido el manejo de parejas y para prevenir la transmisión y la reinfección a través de la educación para la salud y el asesoramiento para el cambio de comportamiento.

<sup>6</sup> MIC: concentración mínima inhibitoria.



- Uso apropiado de antibióticos, incluyendo regulaciones efectivas de medicamentos.
- Establecimiento y fortalecimiento de la vigilancia de la gonorrea resistente a los antimicrobianos, incluida la información oportuna, especialmente en países con una alta carga de infecciones gonocócicas, para informar las pautas nacionales de tratamiento de la gonorrea y las políticas de salud pública y proporcionar datos comparables y de calidad a nivel mundial.
- Creación de capacidad para establecer redes regionales y nacionales de laboratorios para realizar cultivos de gonococos y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana, con mecanismos de control de buena calidad.
- Fortalecimiento del seguimiento de los casos de gonorrea y su detección, el manejo de los casos de fracaso del tratamiento en función de la definición estándar del caso del fracaso del tratamiento y los protocolos para el monitoreo, y el monitoreo sistemático de los fracasos del tratamiento.
- Seguimiento rápido del desarrollo de pruebas en el punto de atención para el diagnóstico de gonorrea y métodos moleculares más modernos para el monitoreo y la detección de la resistencia a los antimicrobianos para respaldar la administración de antibióticos.
- Identificación e investigación de regímenes de tratamiento alternativos eficaces para las infecciones gonocócicas.



## República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

31 de enero de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados continúan respondiendo a un brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), a pesar de los persistentes desafíos en torno a la seguridad y la desconfianza de la comunidad que afectan las medidas de respuesta. Se han notificado cifras relativamente altas de casos en las últimas semanas (ver Gráfico 2), principalmente debido al brote en la zona sanitaria de Katwa, donde actualmente se ha puesto el foco de las actividades de respuesta a gran escala. Se siguen reportando clústeres más pequeños fuera de la zona sanitaria de Katwa, incluyendo a Beni y Oicha; sin embargo, los equipos han respondido rápida y sistemáticamente para prevenir la transmisión y evitar una mayor expansión geográfica del brote. Los equipos también trabajan activamente para fortalecer la confianza y participación de la comunidad en todas las áreas afectadas.

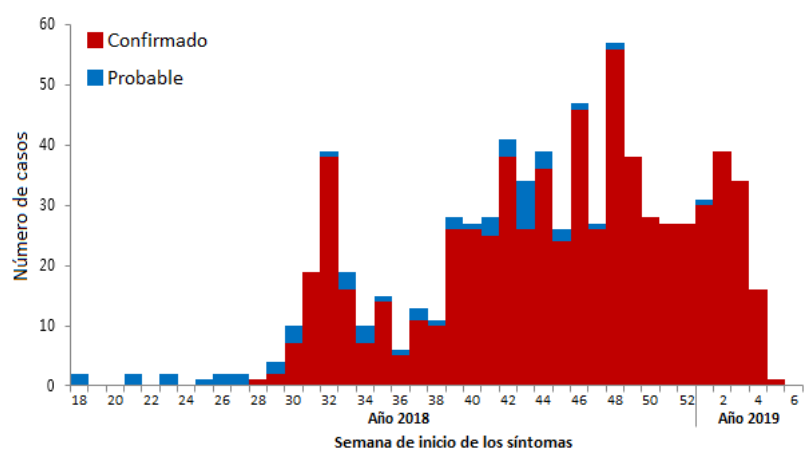


Gráfico 2. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Años 2018/19, hasta el 29 de enero de 2019 (n = 752). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

A medida que nos acercamos a los seis meses desde la declaración del brote, se ha notificado un total de 752 casos (698 confirmados y 54 probables), incluidas 465 muertes (tasa de letalidad general: 62%) hasta el 29 de enero de 2019. Hasta el momento, 259 personas han sido dadas de alta de los Centros de Tratamiento del Ébola (CTE) y se han inscrito en un programa dedicado a monitorear y apoyar a los sobrevivientes. Entre los casos con edad y sexo notificados, 59% (439/750) eran mujeres y 30% (224/749) eran menores de 18 años, incluidos 115 niños menores de 5 años.

Durante los últimos 21 días (del 9 al 29 de enero de 2019), se han notificado 118 casos nuevos en 11 zonas sanitarias: Katwa (80), Beni (9), Butembo (7), Kayina (5), Manguredjipa (4), Oicha (4), Biena (3), Kyondo (2), Musienene (2), Komanda (1) y Vuhovi (1). Además, se reportaron cinco casos probables históricos de la zona sanitaria de Komanda durante la semana pasada, con inicio de la enfermedad en noviembre de 2018.

El brote en las zonas sanitarias de Katwa y Butembo se debe en parte a eventos de transmisión nosocomial en centros de salud privados y públicos. Desde el 1 de diciembre de 2018, 86% (125/145) de los casos en estas áreas habían visitado o trabajado en un centro de atención médica antes o después de la aparición de la enfermedad. De ellos, 21% (30/145) informó haber tenido contacto con un centro de atención médica antes del comienzo de los síntomas, lo que sugiere una posible transmisión nosocomial. En Katwa, durante las últimas tres semanas (desde el 9 de enero), se identificaron 49 establecimientos de salud donde fueron hospitalizados casos confirmados, incluidos nueve centros de salud donde posiblemente se produjo transmisión nosocomial. Además, durante el mismo período, se notificaron ocho nuevas infecciones en trabajadores de la salud en Katwa; En total, se han infectado 65 trabajadores de la salud hasta la fecha. Los equipos de respuesta están haciendo un seguimiento con los establecimientos de atención médica identificados para abordar las brechas en torno al triage, la detección de casos y las medidas de prevención y control de infecciones.

### Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud sigue fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Puede obtener información detallada sobre las acciones de respuesta de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados, consultando el último informe de situación publicado por la Oficina Regional de la OMS para África, haciendo clic [aquí](#).

## Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS revisó su evaluación de riesgo para el brote y considera que sigue siendo muy alto a nivel nacional y regional; el nivel de riesgo global sigue siendo bajo. Este brote de EVE está afectando a las provincias nororientales de la República Democrática del Congo, que limitan con Uganda, Ruanda y Sudán del Sur. Existe un riesgo potencial de transmisión de la EVE a nivel nacional y regional debido a los frecuentes viajes entre las áreas afectadas, el resto del país y los países vecinos, por razones económicas y personales, así como por inseguridad. El país está experimentando al mismo tiempo otras epidemias (cólera, poliomielitis derivada de la vacuna, malaria) y una crisis humanitaria a largo plazo. Además, la situación de seguridad en Nord-Kivu e Ituri a veces limita la implementación de las actividades de respuesta.

Como el riesgo de propagación nacional y regional es muy alto, es importante que las provincias y los países vecinos mejoren las actividades de vigilancia y preparación. El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) ha informado que no intensificar estas actividades de preparación y vigilancia podría empeorar la situación y favorecer la extensión del brote. La OMS continuará trabajando con los países vecinos y sus asociados para asegurar que las autoridades sanitarias estén alertas y preparadas operativamente para responder.

## Asesoramiento de la OMS

**Tráfico internacional:** La OMS continúa desaconsejando cualquier restricción a los viajes o el comercio con la República Democrática del Congo, con base en la información actualmente disponible. No existe una vacuna con licencia para proteger a las personas contra el virus del Ébola. Por lo tanto, cualquier requisito para los certificados de vacunación contra el Ébola no es una base razonable para restringir el movimiento a través de las fronteras o la emisión de visas para pasajeros que salen de la República Democrática del Congo. La OMS sigue supervisando de cerca y, si es necesario, verifica las medidas comerciales y de viaje relacionadas con este evento. Actualmente, ningún país ha implementado medidas de viaje que interfieran significativamente con el tráfico internacional hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.

## PROCEEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY B

### ¿Por qué hay una corriente de opinión pública contra la vacunación?

9 de enero de 2019 – Fuente: *Proceedings of The Royal Society B*

¿Por qué es tan difícil aumentar el número de personas que se vacunan? ¿Cómo sigue siendo fuerte la resistencia popular a la vacunación incluso cuando las enfermedades prevenibles vuelven a aparecer? Un nuevo estudio muestra que los problemas pasados con las vacunas pueden causar un fenómeno conocido como histéresis, lo que crea una historia negativa que endurece la opinión pública contra la vacunación. El hallazgo explica por qué es tan difícil aumentar la aceptación, incluso cuando la evidencia abrumadora indica que las vacunas son seguras y beneficiosas.

Un bucle de histéresis hace que se observe el impacto de una fuerza incluso después de que se haya eliminado la fuerza.

Es por eso que las tasas de desempleo a veces pueden permanecer altas en una economía en recuperación y que los objetos físicos se resisten a regresar a su estado original después de ser accionados por una fuerza externa. Y, según la investigación, es por este motivo que el público se resiste a las campañas de vacunación para enfermedades como la influenza común.

“Dados todos los beneficios de la vacunación, ha sido difícil entender por qué las tasas de vacunación pueden permanecer obstinadamente bajas. La historia importa, y ahora sabemos que la histéresis es parte de la respuesta”, afirmó Feng Fu, profesor asistente de Matemáticas en el Dartmouth College, en Hanover, New Hampshire, Estados Unidos.

“Una vez que las personas cuestionan la seguridad o la efectividad de una vacuna, puede ser muy difícil hacer que se muevan más allá de esas asociaciones negativas. La histéresis es una fuerza poderosa que es difícil de romper a nivel social”, afirmó Fu, quien dirigió el equipo de investigación.

El bajo cumplimiento de la vacunación es un problema de salud pública que puede causar la pérdida de la ‘inmunidad de rebaño’ y conducir a la propagación de enfermedades infecciosas. En partes de Europa y América del Norte, las patologías infantiles, como el sarampión, la parotiditis y la tos convulsa han vuelto como resultado de una cobertura de vacunación insuficiente.

## La dificultad de revertir los bajos niveles de vacunación

Estudios anteriores han combinado modelos de comportamiento con epidemiología para comprender el desafío de la vacunación voluntaria, pero no han podido explicar completamente la persistencia del bajo cumplimiento de la vacunación. La investigación de Dartmouth estudió específicamente cómo los problemas pasados asociados con las vacunas pueden afectar a las decisiones de vacunación presentes y futuras.

“Este estudio muestra por qué es tan difícil revertir los niveles bajos o en disminución de la vacunación. La mera fuerza de los argumentos lógicos y de hecho sobre los problemas de salud pública no es suficiente para superar la



histéresis y el comportamiento humano”, dijo el primer autor del artículo de investigación, Xingru Chen, estudiante graduado en Dartmouth.

Según la investigación, el bucle de histéresis puede ser causado por cuestiones relacionadas con el riesgo y la eficacia de las vacunas. Las experiencias o percepciones negativas relacionadas con las vacunas impactan en la tendencia de captación a lo largo del tiempo, conocida por los investigadores como ‘trayectoria de vacunación’, que se atasca en el bucle de histéresis.

La histéresis evita un incremento en los niveles de vacunación incluso después de que se hayan eliminado las objeciones negativas, lo que hace que la sociedad sea cada vez más vulnerable a los brotes de enfermedades.

“Cuando se trata de niveles de vacunación, el pasado predice el futuro. Desafortunadamente, esto significa que muchas personas sufrirán innecesariamente a menos que encontremos una manera de romper el impacto negativo del ciclo de histéresis”, dijo Fu.

### **Fomentar la vacunación como un comportamiento altruista**

El estudio se refiere al ejemplo de la vacuna contra la tos convulsa de células enteras en Inglaterra y Gales en el período comprendido entre 1978 y 1992. Tomó ese lapso de 15 años para que la vacuna contra la tos convulsa se recuperara de 30 a 91%. Según el equipo de investigación, tal recuperación solo debería tomar alrededor de un año en circunstancias ideales.

La investigación también señala el lento aumento de la vacunación contra el sarampión ante los brotes recurrentes. En algunos países, como Francia, el sarampión se ha convertido en una patología endémica a pesar de la disponibilidad de una vacuna eficaz. La cobertura de la vacunación contra el sarampión solo ha aumentado gradualmente, pero sigue siendo insuficiente, durante más de una década después de la infame controversia de la vacuna triple viral y el autismo, según el estudio.

“Los niveles de vacunación en una población pueden disminuir rápidamente, pero, debido a la histéresis, la recuperación en esa misma población puede llevar muchos años”, dijo Chen. Para la influenza común, el estudio sugiere que una vacuna tendría que tener una efectividad superior a 50% para lograr altos niveles de vacunación, un nivel difícil de alcanzar debido a la velocidad con la que muta la enfermedad.

Al identificar el efecto de la histéresis en la vacunación, el equipo de investigación espera que los funcionarios de salud pública puedan diseñar campañas que aumenten las tasas de vacunación voluntaria, en particular promoviendo la vacunación como un comportamiento altruista deseado por las normas morales y sociales.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

EU ME PREVINO  
EU ME TESTO  
EU VIVO A VIDA

**#PARTIU TESTE**

USE SEMPRE CAMISINHA.  
PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE  
E FAÇA O TESTE DE HIV. É RÁPIDO,  
GRATUITO, SEGURO E SIGILOSO.

DEBUIR SAÚDE  
136  
www.saude.gov.br

PREVINA-SE, FAÇA O TESTE DO HIV/AIDS E SIGA EM FRENTE

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.

SUS+ Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA

EU ME PREVINO  
EU ME TESTO  
EU VIVO A VIDA

**#PARTIU TESTE**

FAÇA UMA SELFIE  
COM SEUS AMIGOS  
E FAÇA PARTE DA  
NOSSA CAMPANHA  
NAS REDES SOCIAIS.

DEBUIR SAÚDE  
136  
www.saude.gov.br

PREVINA-SE, FAÇA O TESTE DO HIV/AIDS E SIGA EM FRENTE

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.

SUS+ Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA

EU ME PREVINO  
EU ME TESTO  
EU BRINCO AS FESTAS JUNINAS

**#PARTIU TESTE**

USE SEMPRE CAMISINHA.  
PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE  
E FAÇA O TESTE DE HIV. É RÁPIDO,  
GRATUITO, SEGURO E SIGILOSO.

DEBUIR SAÚDE  
136  
www.saude.gov.br

PREVINA-SE, FAÇA O TESTE DO HIV/AIDS E SIGA EM FRENTE

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.

SUS+ Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA

Ministério da Saúde (2015. Brasil).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.