

Enfermería *profesión*

Periódico de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

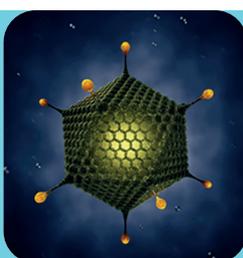
DIRIGIDO A USUARIOS DE LA SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



Radiografía de la Enfermería en los países de la Unión Europea



Educación y Sanidad mejoran el acompañamiento emocional del alumnado. Pags. 6



¿Qué hay detrás de los brotes de hepatitis infantil que tanto preocupan a la OMS? Pag. 7



La obesidad severa reduce la respuesta de los anticuerpos a las vacunas COVID-19. Pag. 8



Radiografía de la Enfermería en la Unión Europea

España cuenta con 5,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes. Una cifra que se encuentra lejos del 8,4 de media que reportan los países que forman la UE



V.M./ REDACCIÓN

Nadie duda de la función imprescindible y fundamental que realizan las enfermeras y enfermeros en la salud de las personas y en la asistencia sanitaria y sociosanitaria. Hasta el punto de que se puede afirmar que “sin enfermeras no hay sanidad ni asistencia sociosanitaria ni salud”, porque sus cuidados son trascendentales, como lo es su aportación en la educación para la salud de las personas. Unos cuidados que las enfermeras y enfermeros proporcionan a lo largo de toda la vida de sus pacientes, estando a su lado, permanentemente, procurando atenuar el dolor, el sufrimiento y la incertidumbre y acompañándolos ya sea en el camino hacia la recuperación, o en la travesía hacia el final de la vida. Sin embargo, la Enfermería es una profesión maltratada por la Administración pública, en todos sus ámbitos.

De acuerdo con el último “State of Health in the EU” (publicado en 2021 en base a datos de 2019), España cuenta con 5,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes (sin incluir a los auxiliares de enfermería). Una cifra que se encuentra lejos del 8,4 de media que reportan los países que forman la Unión Europea.

La publicación especializada en temas sanitarios (ConSalud) ha publicado los datos correspondientes a la situación de la enfermería y sus profesionales, de acuerdo a la información recogida en cada uno de los informes “State of Health in the EU”, elaborados sobre el 2021 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el European Observatory on Health Systems and Policies:

Alemania

La densidad de médicos y enfermeras en ejercicio está muy por encima de la media de la UE. A pesar de esto la fuerza laboral del ámbito de la salud se ha enfrentado a altas cargas de trabajo en UCI y otras salas, así como a un problema de escasez de enfermeras.

En 2017 Alemania contaba con 34.703 profesionales de enfermería especializados en UCI para atender a un total de 27.463 camas de cuidados intensivos.

Con el objetivo de hacer frente a las reducciones en el personal de enfermería de los hospitales, la Ley de Empoderamiento del Personal de En-



fermería, definió entre otros aspectos el número máximo de pacientes por enfermera para las unidades hospitalarias en las que estos profesionales son fundamentales, como es el caso de las UCI o las áreas de geriatría. Se establece una distinción entre los turnos de día y noche con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los profesionales y asegurar la seguridad del paciente. Por ejemplo, una Unidad de Cirugía Torácica deberá tener un máximo de siete pacientes por enfermera y turno de día, y de 15 pacientes por enfermera y turno de noche.

La ampliación de la legislación efectuada en 2018 mejoró además las capacidades de los profesionales de enfermería en los hospitales y residencias de ancianos, reformando sus salarios y las condiciones de trabajo.

Austria

El número de profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes se encuentra por encima de la media europea: 10,4 frente a 8,4 en 2019.

Bélgica

El número de enfermeras ha aumentado en los últimos años hasta alcanzar 11,1 por cada 1.000 habitantes en 2018. Un significativo salto desde el 9,3 reportado en 2008. Una cifra que se encuentra muy por encima del 4,4 reportado de media en 2019 por los países de la Unión Europea. A pesar de la buena ratio, el país se enfrenta a problemas de contratación de enfermeras en algunas regiones.

En 2019 se creó el denominado puesto de “enfermera de práctica avanzada” para permitir un mayor intercambio de tareas con médicos, y mejorar además las perspectivas profesionales de las enfermeras. Si bien las descripciones específicas del puesto y los requisitos educativos no han sido definidos, la propuesta incluye la prescripción autónoma en su campo de especialidad o en estrecha colaboración con un profesional médico.

Bélgica creó en 2008 el puesto de enfermera de Oncología. Este paso se ha traducido en un significativo incremento de los profesionales de enfermería en este campo pasando de los 530 en 2010 a los 3.200 en 2020.

Durante los momentos más críticos de la pandemia el sistema sanitario belga se enfrentó a un serio problema en varios hospitales a la hora de ampliar las zonas de UCI al no contar con enfermeras suficientes con experiencia en unidades de cuidados intensivos. Dados los problemas que han



surgido en esta crisis sanitaria en 2021 se incrementó el gasto en salud pasando de los 28.000 millones de euros en 2020 a los 30.000 en 2021. En esta partida se incluyeron alrededor de 400 millones de euros para aumentar la remuneración de las enfermeras.

Bulgaria

Mientras que el número total de médicos en Bulgaria se encontraba en 2019 por encima de la media de la Unión Europea (4,2 frente a 3,9 por cada 1.000 habitantes), el número de enfermeras ha permanecido relativamente estable a lo largo de los últimos 15 años con alrededor de 31.000 profesionales de enfermería en total.

Sin embargo, con 4,4 enfermeras por cada 1.000 habitantes, Bulgaria es junto a Letonia y Grecia, uno de los países de la Unión Europea con la densidad más baja de enfermeras. Entre los principales factores que contribuyen a la escasez de enfermeras destacan el bajo número de licenciados en Enfermería, pérdida de personal capacitado como consecuencia de la emigración, envejecimiento de los profesionales en activo (la edad media de las enfermeras en Bulgaria en 2019 era de 50 años) y la insatisfacción salarial y por las condiciones de trabajo.



Chipre

La densidad de enfermeras en Chipre es de seis por cada 1.000 habitantes. Una cifra que se encuentra muy por debajo de la media europea. El país se enfrenta desde hace años a un problema de escasez de personas sanitarias que se agudizó en 2013 como consecuencia de la crisis económica que recortó el presupuesto en Sanidad y se tradujo en una reducción de los salarios, a pesar del aumento en la carga de trabajo.

Croacia

Históricamente, Croacia ha tenido menos médicos y enfermeras que muchos otros países de la Unión Europea, con solo 6,8 enfermeras por cada 1.000 habitantes en 2019, en comparación con el 8,4 de media de la UE. La proporción de enfermeras ha aumentado de forma constante entre 2013 y 2019 a pesar de los temores iniciales a que su adhesión a la Unión Europea provocase un aumento de la emigración de sus profesionales de la salud. A pesar de esto algunas regiones del país experimentan escasez de enfermeras y médicos.



Dinamarca

Dinamarca cuenta con una de las ratios de enfermeras más elevadas de la Unión Europea: 10,1 por cada 1.000 habitantes (también la de médicos con 4,2 por cada 1.000 habitantes). En 2019 el Gobierno danés anunció una serie de planes para emplear a 1.000 nuevas enfermeras en el ámbito hospitalario entre diciembre de 2020 y todo el 2021. En junio de 2020 un grupo de trabajo designado por el Gobierno presentó 23 recomendaciones para fortalecer la fuerza laboral del sector salud, como el aumento en un 8% del número de plazas de formación para médicos especialistas en 2023.

Eslovaquia

La densidad de enfermeras en Eslovaquia se encuentra muy por debajo de la media europea 5,7 frente a 8,4 por cada 1.000 habitantes. Se trata de uno de los pocos países de la Unión Europea en los que la cifra de enfermeras ha ido disminuyendo paulatinamente desde el año 2000. Cabe señalar que el número de licenciados en Enfermería se ha reducido en casi un 50% entre 2009 y 2019.

La disminución en la fuerza laboral encuentra su origen en factores como el envejecimiento de sus profesionales, salarios relativamente bajos en comparación con los países vecinos y el bajo estatus de la profesión.

Con el objetivo de combatir este problema Eslovaquia ha adoptado varias medidas. En 2018, por ejemplo, se introdujo una beca de formación de 6.000 euros para los estudiantes de Enfermería con la condición de que los beneficiarios permaneciesen en el país durante un mínimo de cinco años tras concluir la formación. Además, entre 2011 y 2017 la remuneración de las enfermeras ha aumentado en torno a un 40%.

Eslovenia

Eslovenia puede presumir de tener una de ratios de enfermeras por cada 1.000 habitantes más elevadas de la Unión Europea: 10,3 frente a 8,4. El problema que encontramos con esta cifra es que aglutina tanto a los profesionales de Enfermería (35%) como a los auxiliares de Enfermería (65%).

La Enfermería ha protagonizado intensos debates en los últimos años en Eslovenia como consecuencia del bajo número de médicos (3,3 por cada 1.000 habitantes). La transferencia de tareas a las enfermeras se introdujo en 2019, especialmente en Atención Primaria. Motivo por el que la Cámara de Enfermería de Eslovenia aboga por capacitar más a estas enfermeras registradas a las que se les están traspasando ciertas competencias.

Esta Cámara redactó, no sin las críticas e incluso oposición de varias partes interesadas, que los auxiliares de enfermería pudiesen obtener una licencia oficial después de cumplir con ciertos criterios. La baja oferta de profesionales de la salud en Eslovenia fue un gran desafío para el país en los momentos más críticos de la pandemia.

Estonia

La cifra de enfermeras en Estonia en 2019 se encontraba por debajo de la media europea: 6,2 frente a 8,4 por cada 1.000 habitantes. La tasa de enfermeras (al igual que la de médicos) ha disminuido en los últimos años pasando de 467 en 2017 a 383 en 2020. Hecho que ha generado una brecha cada vez mayor entre las necesidades de mano de obra y el personal capacitado. El informe destaca que el bajo número de enfermeras, así como otros profesionales como nutricionistas o fisioterapeutas, reduce el potencial de cambio del sector salud en Estonia.

El país ha tenido que afrontar la pandemia con un menor número de médicos y enfermeras, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.



Finlandia

El caso de Finlandia es uno de los más curiosos de la Unión Europea. A pesar de contar con menos médicos por cada 1.000 habitantes que la media europea (3,8), posee la ratio más elevada de enfermeras: 14,3 por cada 1.000 habitantes, en comparación con el promedio europeo del 8,4. Hay que señalar que los últimos datos sobre la fuerza laboral del sector sanitario en el país datan de 2014.

Datos recientes publicados sobre formación en el sector salud indican que entre 2010 y 2019 el número de enfermeras graduadas ha aumentado en más de un tercio. El papel de las enfermeras se ha ampliado en los últimos años para dar respuesta a la atención en consultas por condiciones agudas y crónicas, especialmente en el Atención Primaria, así como en roles avanzados en quirófanos.

Francia

El número de enfermeras en Francia ha aumentado de 7,9 por cada 1.000 habitantes en 2008 a 11,1 en 2019, por encima del 8,4 de media de la Unión Europea. Tras la crisis sanitaria provocada por la Covid-19 el Gobierno ha tomado algunas medidas para aumentar la contratación y la retención de las enfermeras en hospitales y otras instalaciones sanitarias.

Grecia

Grecia tiene el menor número de enfermeras por población, especialmente enfermeras del ámbito hospitalario. El informe no detalla datos al respecto.

Hungría

Entre 2010 y 2020 el número de enfermeras en Hungría ha crecido un 25%. A pesar de esto la ratio es de 6,6 por cada 1.000 habitantes, por debajo de la media europea. La escasez de fuerza laboral en el sector salud es un problema desde hace muchos en el país como consecuencia de la emigración de los profesionales a Europa occidental, especialmente desde su entrada en la Unión Europea en 2004, y los bajos salarios.

Irlanda

A pesar de que Irlanda reportaba en 2019 escasez de médicos, la tasa de enfermeras por cada 1.000 habitantes se encontraba por encima de la media de la Unión Europea: 12,9 frente a 8,4. Cabe destacar que esta cifra ha ido disminuyendo a lo largo de la última década y muchas de ellas trabajan solo media jornada.

Llama la atención que Irlanda depende significativamente de los médicos y enfermeras formados en el extranjero, a pesar de contar con el mayor

número de médicos graduados per cápita de todos los países de la Unión Europea: 25 nuevos graduados por cada 100.000 habitantes.

Italia

Italia cuenta con 6,2 enfermeras por cada 1.000 habitantes. Una tasa que se encuentra un 25% por debajo de la media de la Unión Europea. El informe advierte de que el número de graduados en Enfermería ha disminuido progresivamente desde 2014, lo que sugiere futuros problemas de escasez de estos profesionales en el futuro.

Letonia

La escasez de personal sanitario es un gran problema en Letonia. El número de enfermeras en activo en 2019 suponía la mitad de la media de la Unión Europea, siendo una de las tasas más bajas de los Veintisiete.

Lituania

Lituania tenía en 2019 7,7 enfermeras por cada 1.000 habitantes. Una tasa que se sitúa por debajo del 8,4 promedio de los Veintisiete. A pesar de que en los últimos años se ha incrementado el número de médicos (4,6 por cada 1.000 personas, el quinto mejor dato de la UE), el número de graduados en Enfermería ha disminuido desde el año 2000, con una media anual de 626 entre los años 2000-09 hasta los 554 entre 2010-19. El objetivo fijado para el 2020 era restablecer la relación enfermera/médico 2:1, pero no se ha logrado.

Luxemburgo

El número de enfermeras en Luxemburgo ha aumentado en los últimos años hasta alcanzar la densidad más alta de la UE: 11,7 frente a 8,4 por cada 1.000 habitantes. Más de dos tercios de las enfermeras en ejercicio viven en países vecinos como Francia (29%), Alemania (24%) y Bélgica (12%), pero prefieren trabajar en Luxemburgo dadas las remuneraciones económicas más altas y mejores condiciones laborales. Una situación que convirtió a Luxemburgo en un país muy vulnerable durante los peores momentos de la pandemia.

Malta

Gracias a las reformas implementadas para mejorar las condiciones de educación, formación y empleo, Malta ha podido ir solventando su escasez de médicos y enfermeras desde el año 2000. Su tasa de enfermeras está muy cerca de la media europea: 7,9 frente a 8,4 por cada 1.000 habitantes. Entre 2008 y 2018 el número de graduados en Enfermería ha aumentado un 50%.



Países Bajos

En los últimos 10 años la proporción de enfermeras ha pasado de una tasa de 8,7 a 10,7 por cada 1.000 habitantes, situándose muy por encima del 8,4 promedio de los Veintisiete.

En 2019 el país contaba con un 60% más de enfermeras graduadas que en 2009.

Polonia

Según Eurostat, Polonia tiene la tasa más baja de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes de la UE: 2,4. Una situación que se repite en el caso de las enfermeras: 5,1.

Portugal

A pesar de que la cifra ha aumentado en la última década, la tasa de enfermeras por cada 1.000 habitantes es de 7,1, por debajo del 8,4 de la UE.

República Checa

La densidad de enfermeras se situaba en 2019 muy cerca de la media europea (8,4) con una tasa de 8,6 por cada 1.000 habitantes. Sin embargo, la disponibilidad de enfermeras, especialmente en el ámbito hospitalario, ha supuesto un importante desafío durante la pandemia ya que las vacantes de enfermería en los hospitales checos amenazan con limitar sus capacidades operativas.

La escasez de enfermeras en ejercicio es resultado de unos salarios relativamente bajos y la limitada progresión laboral. Muchos profesionales abandonaron sus funciones clínicas después de que se impusieran nuevos requisitos educativos en 2004, lo que les obligó a alcanzar grados adicionales.

Rumanía

Aunque las cifras de médicos y enfermeras han aumentado en los últimos años, las tasas siguen muy lejos del promedio europeo: 3,2 médicos y 7,5 enfermeras por cada 1.000 habitantes.

Suecia

Suecia tiene una de las mayores tasas de médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes de la UE: 4,3 médicos (2018) y 10,9 enfermeras. Las enfermeras tienen asumido un papel ampliado en la Atención Primaria, con la capacidad de prescribir medicamentos y coordinar la atención.



Fotos: Banc Imatges Infermeres. Autores: Ariadna Creus y Ángel García

Educación y Sanidad mejoran el acompañamiento emocional y de salud mental del alumnado

Las dos consellerías refuerzan la colaboración entre el nuevo modelo de orientación educativa y las unidades de salud mental infantil y de la adolescencia



V.M.

Las consellerías de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad Universal y Salud Pública han abordado en una reunión de la Comisión Sanidad-Educación el refuerzo de los protocolos, pautas y medidas de apoyo para el acompañamiento emocional y de salud mental entre el alumnado.

En la reunión, además de la directora general de Inclusión Educativa, Raquel Andrés, también ha participado la directora general de Asistencia Sanitaria, Mariam García Layunta, y el comisionado de Presidencia de la Generalitat para el Plan valenciano de acción para la salud mental, drogodependencias y conductas adictivas, Rafael Tabares.

En este sentido, la directora general de Inclusión Educativa, Raquel Andrés, ha destacado “el trabajo conjunto y coordinado de las dos consellerías por compartir recursos con los que hacer frente a los problemas de salud mental de nuestro alumnado y facilitar, al mismo tiempo, la tarea de asesoramiento y relación entre el personal de orientación educativa de los centros educativos y de las nuevas unidades especializadas de orientación con las unidades de salud mental infantil y de la adolescencia (USMIA)”.

Educación, con el objetivo de mejorar el acompañamiento del alumnado en su desarrollo emocional, ha implantado este curso un nuevo modelo de orientación educativa que incrementa un 37 % más las orientadoras y los orientadores en los centros educativos, con más personal especializado que garantice una mejor atención al alumnado. Este modelo incluye, además, 6 unidades especializadas de orientación (UEO) completamente nuevas, conformadas por 101 especialistas para asesorar los equipos y departamentos de orientación educativa de los centros.

“Después de muchos años de colaboración entre el sector sanitario y educativo en promoción y educación para la salud a la escuela, se plantea la necesidad de renovar compromisos, fortalecer los lazos existentes y apostar por nuevas estrategias que cubran los viejos y los nuevos problemas”, indica la directora general de Asistencia Sanitaria.

“Nuestro compromiso en el ámbito educativo pasa por la creación de programas conjuntos que aseguran la calidad de las intervenciones que se deben desarrollar; la elaboración y evaluación de un proyecto coordina-



do por la detección y atención precoz a menores con problemas de salud mental y la renovación de los protocolos de coordinación entre el sistema de salud mental y los centros docentes para atender situaciones relacionadas con la salud mental”, añade Mariam García Layunta.

Mejorar la coordinación de este nuevo modelo de orientación educativa con la red de USMIA de Sanidad de la Generalitat ha sido uno de los objetivos de la reunión, y por eso han participado en el encuentro las coordinadoras de las UEO de convivencia y conducta de Alicante, Castellón y Valencia, y también de las unidades educativas terapéuticas (UET), junto a psicólogas, psiquiatras y trabajadoras sociales de las USMIA de la Ribera, Campanar, Malva-rosa, Castelló de la Plana, la Marina Baixa y el Hospital General de Alicante.

Una de las líneas de trabajo que se han establecido en la Comisión Sanidad-Educación es la simplificación de coordinación entre el personal de orientación de los centros educativos y las USMIA a la hora de establecer el plan terapéutico específico para cada alumno o alumna con problemas mentales y que incluye las acciones coordinadas que deben desarrollar los equipos docentes y de orientación y los equipos médicos.

Igualmente, otra vía que se está trabajando es la adaptación de las pautas de actuación conjuntas entre los centros educativos y las USMIA al nuevo modelo de orientación educativa, tanto por lo que respecta a las agrupaciones de centros educativos y las UEO como las mejoras que está introduciendo Sanidad en la estructura de las USMIA.

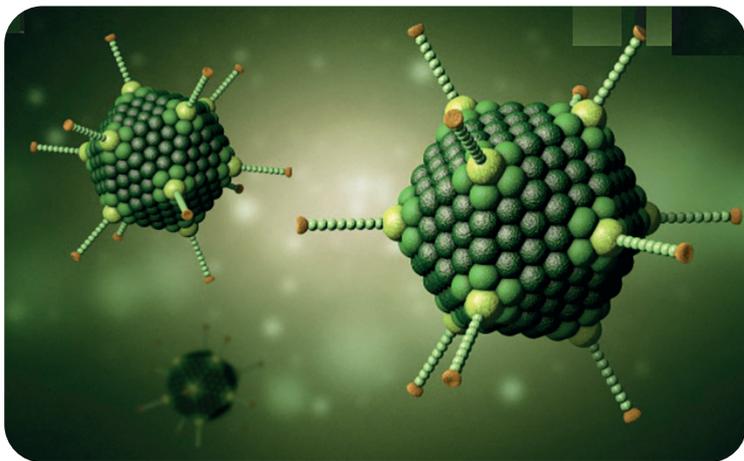
También se ha abordado en la reunión la necesidad de reforzar el apoyo específico en los casos de conductas autolíticas y de ideaciones suicidas. En este sentido, Educación, a través de las UEO y el nuevo modelo de orientación, ya ha implantado nuevas guías, protocolos y actuaciones centradas en el acompañamiento emocional y educativo del alumnado para dar respuesta a las secuelas que se arrastran por la pandemia, que se suman a las ya existentes.

Otro punto que se han tratado es el apoyo específico al alumnado con problemas mentales, tanto al que está escolarizado en las unidades educativas terapéuticas (UET), como al que recibe atención educativa domiciliaria.



¿Qué hay detrás de los brotes de hepatitis infantil que tanto preocupan a la OMS?

Los virus comunes que causan la hepatitis viral aguda (virus de la hepatitis A, B, C, D y E) no se han detectado en ninguno de los casos, pero sí adenovirus en 74 pacientes



V.M.

Con cierto desconcierto ante, el pasado 15 de abril de 2022 la OMS notificó la aparición de un brote de hepatitis aguda de etiología desconocida en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en niños pequeños previamente sanos en general.

Desde entonces el número de casos de hepatitis ha aumentado a un ritmo vertiginoso. Hasta el 21 de abril de 2022, se habían notificado al menos 169 casos de hepatitis aguda de origen desconocido en 12 países. De momento, la distribución geográfica de los casos no parece seguir ningún patrón. Los casos han aparecido en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (114), España (13), Israel (12), los Estados Unidos de América (9), Dinamarca (6), Irlanda (5), Países Bajos (4), Italia (4), Noruega (2), Francia (2), Rumanía (1) y Bélgica (1). Una tendencia que, de momento, todavía continúa al alza.

El síndrome clínico entre los casos identificados es el de hepatitis aguda grave con enzimas hepáticas marcadamente elevadas. Muchos pacientes manifestaron síntomas gastrointestinales previos que incluyeron dolor abdominal, diarrea y vómitos.

La OMS ha confirmado que, de momento, diecisiete niños, de edades comprendidas entre un mes y 16 años, han requerido de un trasplante de hígado. Y ya ha sido notificada al menos una muerte.

Cualquier pista es poca. De momento, continúa el estudio exhaustivo de las historias clínicas y el análisis de pruebas de toxicidad ambiental y alimentaria. Además, no se escatima en pruebas microbiológicas adicionales.

Los virus comunes que causan la hepatitis viral aguda (virus de la hepatitis A, B, C, D y E) no se han detectado en ninguno de los casos, pero sí han sido detectados adenovirus en al menos 74 pacientes. En 18 casos ha sido identificado el adenovirus F 41. En 20 casos ha sido detectado el SARS-CoV-2. Y en 19 casos ha sido detectada coinfección por SARS-CoV-2 y adenovirus.

La implicación de un adenovirus, concretamente el adenovirus F 41, como la causa subyacente de la hepatitis aguda es actualmente una hi-

pótesis plausible. Pero no explica completamente la gravedad del cuadro clínico.

El virus sospechoso de toda esta transmisión pertenece a la familia de los adenovirus, virus sin envuelta, icosaédricos y con un genoma de ADN lineal de doble cadena. Están divididos en siete especies (A–G). Los adenovirus humanos se clasifican en más de 100 subtipos, incluidos los serotipos 1–52 (que se identificaron mediante pruebas de seroneutralización y de inhibición de la hemaglutinación) y los genotipos 53–103 (que se clasificaron mediante análisis bioinformáticos). Los diferentes serotipos están asociados con distintas enfermedades.

Lejos de ser una rareza, los adenovirus (AdV) son patógenos comunes en humanos. Y tienen capacidad para causar enfermedades en las vías respiratorias, los ojos, el intestino, el hígado, el tracto urinario y las adenoides o vegetaciones.

En general, la infección de adenovirus se contrae por el contacto con secreciones de una persona infectada o con un objeto contaminado. La infección puede ser transmitida por el aire o por el agua.

En concreto, los serotipos 40/41 de la especie F de adenovirus (denominados HAdV-F40 y HAdV-F41) han sido considerados durante mucho tiempo como causantes de gastroenteritis pediátrica, caracterizada por fiebre, vómitos y diarrea. La gastroenteritis por adenovirus 40/41 puede causar una enfermedad grave y es una causa frecuente de hospitalización.

La prevalencia de diarrea aguda causada por estos adenovirus, denominados entéricos, oscila entre el 1,2 % y el 15 % en varios países, y solo la superan en cifras *Shigella* y rotavirus. En cuanto al HAdV-F41, es el tipo más común en los niños con diarrea (y con mortalidad asociada a diarrea en niños pequeños).

La infección por adenovirus F41 no es estacional, puede ocurrir en cualquier momento del año. Los más susceptibles son los niños menores de dos años. Aunque la diarrea por adenovirus a menudo es autolimitada, las infecciones entéricas por adenovirus pueden causar enfermedades diseminadas sistémicas mortales en pacientes inmunocomprometidos.

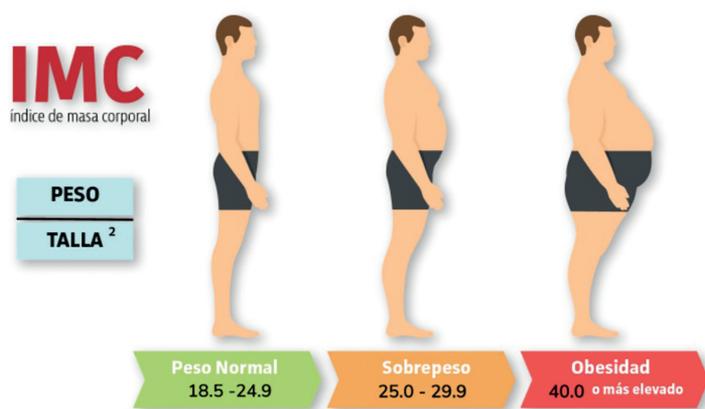
La literatura disponible apunta a que alrededor del 65 % de los casos de hepatitis por adenovirus se desarrollan en pacientes pediátricos, y que el factor predisponente más encontrado en el entorno pediátrico es el antecedente de trasplante de hígado. Otros factores de riesgo incluyen el trasplante de células madre, la quimioterapia para la leucemia linfoblástica y las neoplasias malignas sólidas.

De momento, la OMS recomienda que se realicen análisis de sangre, suero, orina, heces y muestras respiratorias, así como muestras de biopsia hepática (cuando estén disponibles), con una caracterización adicional del virus que incluya la secuenciación.

Revisar la información temporal y geográfica sobre los casos, así como sus contactos cercanos, en busca de posibles factores de riesgo será fundamental para establecer un vínculo epidemiológico que pueda proporcionar pistas para rastrear la fuente de la enfermedad.

La obesidad severa reduce la respuesta de los anticuerpos a las vacunas COVID-19

Se trata de una investigación del profesor Volkan Demirhan que se ha presentado durante el Congreso Europeo sobre Obesidad



V.M.

La obesidad genera riesgo de desarrollar problemas de salud como enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares y problemas renales. Toda una cadena de patologías crónicas que pueden derivar en presión arterial alta (hipertensión), colesterol o triglicéridos altos en la sangre o glucosa (azúcar) alta en la sangre, como un signo de diabetes. Por si esto fuera poco, una nueva investigación presentada en el Congreso Europeo sobre Obesidad (ECO) de este año en Maastricht (Países Bajos), sugiere que los adultos (de 18 años o más) con obesidad severa generan una respuesta inmunitaria significativamente más débil a la vacunación con Covid-19 en comparación con los que tienen un peso normal.

El estudio, realizado por el profesor Volkan Demirhan Yumuk, de la Universidad de Estambul (Turquía), y sus colegas, también descubrió que las personas con obesidad severa (IMC de más de 40 kg/m²) vacunadas con la vacuna de ARNm BNT162b2 de Pfizer/BioNTech generaban significativamente más anticuerpos que las vacunadas con CoronaVac (vacuna inactivada contra el SARS-CoV-2), lo que sugiere que la vacuna de Pfizer/BioNTech podría ser una mejor opción para esta población vulnerable.

La obesidad es una enfermedad que complica el curso de la COVID-19, y la respuesta de los anticuerpos de la vacuna contra el SRAS-CoV-2 en adultos con obesidad puede verse comprometida. Las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la rabia, han mostrado respuestas reducidas en personas con obesidad.

Para saber más, los investigadores estudiaron las respuestas de los anticuerpos tras la vacunación con Pfizer/BioNTech y CoronaVac en 124 adultos (con una media de edad de 42 a 63 años) con obesidad grave que visitaron el Centro de Obesidad de la Universidad de Estambul-Cerrahpasa, Hospitales de la Facultad de Medicina de Cerrahpasa, entre agosto y noviembre de 2021.

También reclutaron a un grupo de control de 166 adultos con peso normal (IMC inferior a 25kg/m², con una media de edad de 39 a 47 años) que visitaban la Unidad de Vacunación de los Hospitales Cerrahpasa.

Los investigadores midieron los niveles de anticuerpos en las muestras de sangre tomadas a los pacientes y a los controles de peso normal que habían recibido dos dosis de la vacuna de Pfizer/BioNTech o de CoronaVac y habían recibido la segunda dosis cuatro semanas antes. Los participantes se clasificaron según sus antecedentes de infección como si hubieran tenido previamente COVID-19 o no (confirmado por su perfil de anticuerpos).

En total, 130 participantes recibieron dos dosis de Pfizer/BioNTech y 160 participantes dos dosis de CoronaVac, de los cuales 70 tenían una infección previa por SARS-CoV-2.

En los participantes sin infección previa por el SARS-CoV-2 y vacunados con Pfizer/BioNTech, los pacientes con

obesidad grave tenían niveles de anticuerpos más de tres veces inferiores a los de los controles de peso normal (media de 5.823 frente a 19.371 UA/ml).

Del mismo modo, en los participantes sin infección previa por el SRAS-CoV-2 y vacunados con CoronaVac, los pacientes con obesidad grave tenían niveles de anticuerpos 27 veces más bajos que los controles de peso normal (media de 178 frente a 4.894 UA/ml).

Sin embargo, en aquellos con infección previa por SARS-CoV-2, los niveles de anticuerpos en pacientes con obesidad severa y vacunados con Pfizer/BioNTech o CoronaVac no fueron significativamente diferentes de los controles de peso normal (media de 39.043 vs 14.115 AU/ml y 3.221 vs 7.060 AU/ml, respectivamente).

Curiosamente, los análisis descubrieron que en los pacientes con obesidad grave, con y sin infección previa por SARS-CoV-2, los niveles de anticuerpos en los vacunados con Pfizer/BioNTech eran significativamente mayores que los vacunados con CoronaVac.

“Estos resultados proporcionan nueva información sobre la respuesta de los anticuerpos a las vacunas contra el SARS-CoV-2 en personas con obesidad grave y refuerzan la importancia de priorizar y aumentar la aceptación de la vacuna en este grupo vulnerable”, afirma el profesor Yumuk.

“Nuestro estudio confirma que la memoria inmunitaria inducida por una infección previa altera la forma en que las personas responden a la vacunación e indica que dos dosis de la vacuna de Pfizer/BioNTech pueden generar una cantidad significativamente mayor de anticuerpos que CoronaVac en personas con obesidad grave, independientemente de los antecedentes de infección. Sin embargo, es necesario seguir investigando para determinar si estos niveles más altos de anticuerpos proporcionan una mayor protección contra COVID-19”.