



Reporte Epidemiológico de Córdoba

23 DE SEPTIEMBRE
2019
REC 2.236

ARGENTINA

- Vigilancia de rabia animal (en perros, gatos y hurones)
- La glucólisis de monocitos determina la funcionalidad de las células T CD8⁺ en la enfermedad de Chagas humana
- Primera detección del virus Madariaga en mosquitos del Noreste Argentino
- La Rioja: Alerta por brote de rabia que afecta al ganado y que tiene su origen en murciélagos

AMÉRICA

- Estados Unidos: Aumentan los casos de lesiones pulmonares y muertes relacionadas con el vapeo
- Estados Unidos: Vinculan la epidemia de opioides con el aumento de casos de endocarditis infecciosa
- Nicaragua: El dengue ya causó 20 muertes en lo que va del año
- Paraguay: En los últimos dos años hubo un gran aumento en los casos de sífilis entre los jóvenes

EL MUNDO

- España: Detectan los primeros casos autóctonos de dengue
- Filipinas: Declaran un alerta nacional ante casos de poliomielitis
- Namibia: Caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Omusati
- Tanzania: Reportan casos de enfermedades febriles no diagnosticadas
- Los bebés nacidos por cesárea tienen más microbios potencialmente peligrosos
- La vacuna contra la fiebre amarilla en dosis única no brinda protección duradera a todos los niños

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARIÁS

Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // GERMÁN BERNARDI // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // ANA CEBALLOS // SERGIO CIMERMAN // FANCH DUBOIS // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ÁNGELA GENTILE // NORA GLATSTEIN // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // TOMÁS ORDUNA // DOMINIQUE PEYRAMOND // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // CARLA VIZZOTTI

Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



Asociación Parasitológica Argentina



Comité Nacional de Infectología
Sociedad Argentina de Pediatría

SAVE
SOCIEDAD ARGENTINA DE VACUNOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA



CMPC
Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba



Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

UCC
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
JESUITAS

S.A.D.I.

DDNA
REVISTA DE LOS NIÑOS Y JÓVENES ADOLESCENTES

Revista Panamericana de Enfermedades Infecciosas

Provincia/Región	2018		2019	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Córdoba	27	1	18	—
Entre Ríos	1	—	4	—
Santa Fe	20	—	11	—
Centro	48	1	33	—
Chaco	3	—	—	—
Noreste Argentino	3	—	—	—
Jujuy	5	—	8	—
Salta	7	6	—	—
Tucumán	4	—	13	—
Noroeste Argentino	16	6	21	—
Chubut	5	—	1	—
La Pampa	3	—	4	—
Río Negro	1	—	4	—
Tierra del Fuego	5	—	10	—
Sur	14	—	19	—
Total Argentina	81	7	73	—

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2018/2019, hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.²

La enfermedad de Chagas es una patología que dura toda la vida como resultado de la infección por *Trypanosoma cruzi*. Representa una de las causas más frecuentes de insuficiencia cardíaca y muerte súbita en América Latina.

¹ El hurón (*Mustela putorius furo*), la variedad domesticada del turón europeo, ha sido incorporado a los casos publicados en esta tabla ya que está incluido en la vigilancia de la rabia animal en animales domésticos, si bien no se han reportado casos.

² Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados. Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos.

Un reciente estudio proporciona evidencia de que la activación de la vía glucolítica aeróbica en monocitos impulsa la producción de óxido nítrico, desencadenando la nitración de la tirosina en las células T CD8⁺ y la disfunción en pacientes con enfermedad de Chagas crónica.

Los monocitos de los pacientes exhibieron una mayor frecuencia del factor 1 α inducible por hipoxia y una mayor expresión de sus genes/proteínas objetivo. Los monocitos no clásicos se expanden en la sangre periférica de los pacientes y representan una fuente importante de óxido nítrico.

Los monocitos conllevan la nitración de la superficie de las células T CD8⁺, porque tanto la frecuencia de los monocitos no clásicos como la de los monocitos productores de óxido nítrico se correlacionan positivamente con el porcentaje de linfocitos TN⁺.

La inhibición de la glucólisis en células mononucleares de sangre periférica infectadas *in vitro* disminuyó las propiedades inflamatorias de los monocitos/macrófagos, disminuyendo la frecuencia de las células productoras de IL-1 β y óxido nítrico.

De la misma manera, la inhibición de la glucólisis redujo el porcentaje de células TN⁺CD8⁺ T, mejorando su funcionalidad.

En conjunto, estos resultados muestran claramente que la glucólisis gobierna el estrés oxidativo en los monocitos y modula la interacción entre los monocitos y las células T en la enfermedad de Chagas crónica humana.

Comprender los mecanismos inmunes patológicos que sostienen un entorno inflamatorio en la patología humana es clave para diseñar mejores terapias.³

THE AMERICAN JOURNAL OF
TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE

PRIMERA DETECCIÓN DEL VIRUS MADARIAGA EN
MOSQUITOS DEL NORESTE ARGENTINO

03/09/2019

Los virus transmitidos por mosquitos están emergiendo en América. Al histórico dengue, en los últimos años se han sumado los virus Zika y Chikungunya, dos patógenos que antes estaban restringidos sólo a África. A ese listado ahora se debe sumar al virus Madariaga.

Investigadores del Instituto de Virología 'Dr. José María Vanella' de la Universidad

Nacional de Córdoba (UNC), y del Instituto de Medicina Regional de la Universidad Nacional del Nordeste, detectaron su presencia en mosquitos capturados en Chaco.

“El virus Madariaga causa enfermedad en equinos y es de baja patogenicidad para humanos, pero en 2010 provocó un brote humano en Panamá con 13 casos”, contó Marta Silvia



³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Contigiani, integrante del laboratorio de la UNC. También fue aislado en 2015 y 2016 en muestras humanas en Haití.

La viróloga explicó que desde 1988 que no suceden casos de infección en caballos en Argentina. “En otras provincias del centro del país, estudios serológicos no han detectado infección por este virus. Hay una vacuna para equinos, pero ya no es obligatoria su aplicación”, dijo.

Sin embargo, advirtió que el cambio climático global (incluida la deforestación en Amazonia) influye en la distribución geográfica y emergencia de enfermedades, ya que ofrece nuevos ambientes favorables para el desarrollo de los vectores y favorece el desarrollo del ciclo. “A ello debemos agregar los cambios a nivel genético que se observan en estos virus”, destacó.

Desde hace tiempo, los expertos vienen alertando sobre la emergencia y reemergencia de arbovirus, patógenos transmitidos por insectos. “El virus del Nilo Occidental invadió rápidamente América del Norte y ya se han encontrado casos en América Central y del Sur. También el Mayaro y el virus de la encefalitis equina del Este han aumentado su actividad y se han encontrado en nuevas regiones”, señaló Raquel Miranda Gleiser, investigadora del Instituto Multidisciplinario de Biología Vegetal de la UNC.

El virus Madariaga es una cepa de la encefalitis equina del Este que no tardó en detectarse en Argentina.

Contigiani no descartó la posibilidad de que una variante viral con mayor capacidad de propagación y la proliferación de vectores competentes y condiciones ambientales propicias puedan provocar un brote en la región.

Sin embargo, entiende que, hoy, la señal de alerta del virus Madariaga no está al mismo nivel que la del virus Chikungunya, a pesar de que pertenecen a la misma familia, Togaviridae.

“Por el momento, su comportamiento epidemiológico es diferente. El virus Chikungunya tiene como vector al mosquito *Aedes aegypti*, en cambio el del virus Madariaga es el género *Culex*“, detalló.

El estudio detectó el virus en mosquitos del género *Culex* recolectados en zonas silvestres de la provincia de Chaco. De esta forma pudo identificarse por primera vez el insecto vector en el territorio argentino.

Si bien no pudo detectarse la o las especies de mosquitos que tenían el virus, el género *Culex* presenta más de mil especies, muchas de las cuales son de hábitos urbanos, como *C. pipiens*.⁴

El virus Madariaga puede infectar a varios mamíferos que podrían servir de reservorios, como ratas y murciélagos, además de aves.

En Argentina, fue detectado por primera vez en animales en la década de 1930. La cepa hallada en Chaco pertenece al mismo linaje descubierto en esos años, lo cual indicaría que el virus es endémico en la región. Sin embargo, no se ha detectado la circulación del virus en Córdoba.

Por el momento, las infecciones en humanos estudiadas han sido en su mayoría leves y asintomáticas.

⁴ *Culex* es un género de mosquitos hematófagos de la familia Culicidae; muchas de sus especies actúan como vectores de importantes enfermedades, como el virus del Nilo Occidental, la filariosis, encefalitis virales (japonesa, equina venezolana y de Saint Louis) y la malaria aviar. También el virus Madariaga. Existen más de 80 variedades

Medidas preventivas

Los investigadores sugieren realizar más estudios ecoepidemiológicos que permitan determinar los vectores y reservorios potenciales y profundizar los estudios sobre las características genéticas de las cepas que circulan en el país con el fin de conocer si este virus es endémico en la región o es introducido.

“Lo ideal también sería realizar análisis con animales centinelas para detectar la circulación del virus. En otros países se utilizan aves de corral para estos estudios”, comentó Contigiani. Y aclaró que, en caso de detectar circulación, los agentes de sanidad animal deberán tomar las medidas pertinentes.

“No hay vacuna para uso humano, por lo que los agentes de salud deberán indicar medidas de prevención y control”, agregó.⁵

	<p style="text-align: right;"><i>LA RIOJA</i></p> <p style="text-align: center;">ALERTA POR BROTE DE RABIA QUE AFECTA AL GANADO Y QUE TIENE SU ORIGEN EN MURCIÉLAGOS</p> <p style="text-align: right;"><i>19/09/2019</i></p>
---	--

La Rioja se encuentra en alerta a raíz de un brote preocupante de rabia en la zona de Los Llanos, en el sur provincial, originado en murciélagos, que tuvo como resultado la muerte de 12 vacunos.

El director de Epidemiología del área de Salud, Eduardo Bazán, confirmó el brote de rabia y dijo que “preocupa y alerta a los habitantes de Los Llanos. La forma de prevenir es vacunando al ganado o a la mascota”, y aclaró que en Argentina no se registran casos de rabia humana.

“En el Paraje Tres Cruces, del departamento Facundo Quiroga, se detectaron síntomas en los animales que murieron y se hicieron estudios para determinar la enfermedad. Esto se suma a nuevos focos en el departamento San Martín y en Milagro”, contó.

Bazán aseguró que el brote fue provocado por una invasión de murciélagos provenientes de Córdoba. “El virus vino de Córdoba como consecuencia de los cambios en la producción, con el desarrollo de la soja. Hay casos en los que estamos trabajando pero no hemos detectado alguno de alto riesgo momentáneamente”, informó también.

“Tenemos vampiros en el sur de La Rioja que serían un poco más grandes que los murciélagos. Le pido a la población que no los manipule, debemos evitar que los toquen porque siempre existen riesgos”, explicó el facultativo.

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) y Epidemiología de la provincia se encuentran trabajando en la zona afectada donde se está realizando la vacunación del ganado del lugar y también los animales domésticos debido a lo contagioso de la enfermedad.

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



ESTADOS UNIDOS

AUMENTAN LOS CASOS DE LESIONES PULMONARES
Y MUERTES RELACIONADAS CON EL VAPEO

19/09/2019

Las autoridades de salud de Estados Unidos dijeron el 19 de septiembre que ya son 530 los casos confirmados y probables y siete las muertes por enfermedades pulmonares graves vinculadas al vapeo, y no hay signos de que el brote esté disminuyendo.

Eso es más de los 380 casos reportados hace una semana. Tres cuartos de los casos son hombres y dos tercios tienen entre 18 y 34 años.



La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos está investigando más de 150 productos y sustancias y dijo que ha activado su brazo de investigaciones criminales para explorar la cadena de suministro de productos de vapeo e identificar la causa del brote. “No se seleccionarán vapeadores individuales”, dijo Mitchell Zeller, director del Centro de Productos de Tabaco de la FDA.

Zeller explicó que ninguna sustancia o compuesto, incluido el tetrahidrocannabinol (THC) o el acetato de vitamina E, se ha relacionado con todos los casos hasta ahora.

Siete personas han muerto por enfermedades relacionadas con el vapeo, dijeron los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Las muertes fueron reportadas en California (2), Illinois, Indiana, Kansas, Minnesota y Oregon.

Illinois informó de una octava muerte relacionada con el brote, dijo la epidemióloga estatal, Dra. Jennifer Layden. Los CDC aún no han confirmado esa muerte.

“Esperamos otras”, dijo la Dra. Anne Schuchat, subdirectora principal de los CDC, refiriéndose a la cantidad de muertes.

Layden dijo que Illinois ha reportado hasta ahora 69 casos, en comparación con 52 hace una semana, y el estado continúa recibiendo diariamente informes de nuevos casos. El estado está pidiendo a los residentes que completen una encuesta confidencial en línea sobre sus hábitos de vapeo para ayudar a identificar las diferencias entre las personas que vapearon y enfermaron, y las que no enfermaron.

Schuchat dijo que ningún producto, sustancia, aditivo o marca de cigarrillo electrónico o vapeador ha sido identificado de manera consistente en todos los casos, ni ningún producto o sustancia ha sido relacionado de manera concluyente con la lesión pulmonar en pacientes.

Schuchat repitió el consejo de los CDC de que las personas deberían dejar de vapear si pueden. Aquellos que continúan, deben controlarse para detectar síntomas como problemas respiratorios, tos seca o dolor en el pecho y, en algunos casos, diarrea, vómitos y fiebre, y no deben dudar en buscar ayuda de sus médicos.

Instó a las personas que usan cigarrillos electrónicos que contienen nicotina como una forma de dejar de fumar, a que no vuelvan a fumar, y a considerar la posibilidad de recibir asesoramiento o usar productos para dejar de fumar aprobados por la FDA.

“Las lesiones pulmonares relacionadas con el cigarrillo electrónico y el vapeo son graves. La gente está muriendo. Les pedimos que tomen en serio estas recomendaciones”, dijo.

Zeller indicó que la FDA está analizando muestras para una amplia gama de productos químicos, incluida la nicotina, como los que contienen THC, el componente de alta inducción de la marihuana y otros ingredientes de la marihuana, así como opioides, agentes de corte o diluyentes y otros aditivos, pesticidas, venenos y toxinas.

Identificar compuestos es solo “una pieza del rompecabezas y no necesariamente responderá preguntas sobre causalidad”, dijo.

Señaló que los investigadores penales de la agencia han estado en el caso desde el principio, pero enfatizó que no están llevando a cabo ningún proceso relacionado con el uso personal de sustancias controladas.

El vapeo solo ha existido durante una década más o menos, y el brote repentino de casos agudos ha sorprendido a los científicos que han estado estudiando los efectos a largo plazo de la práctica.

“No esperábamos una gran señal clínica porque solo han sido muy populares desde 2010 o 2012”, dijo la Dra. Laura Crotty Alexander, especialista en pulmones de la Universidad de California en San Diego, que ha estado estudiando el efecto del vapeo en la salud desde 2013.

“Por lo general, lleva décadas causar efectos de salud realmente significativos”, dijo, y señaló que tomó más de 50 años detectar una señal de salud por fumar cigarrillos.

	<p style="text-align: right;"><i>ESTADOS UNIDOS</i></p> <p style="text-align: center;">VINCULAN LA EPIDEMIA DE OPIOIDES CON EL AUMENTO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA</p> <p style="text-align: right;"><i>18/09/2019</i></p>
---	--

La adicción y las muertes por sobredosis no son las únicas consecuencias de la epidemia de opioides en Estados Unidos: los casos de endocarditis infecciosa, una infección cardíaca potencialmente letal, también han aumentado de forma alarmante.

El abuso de drogas es un factor de riesgo primario de la endocarditis. Esta infección bacteriana con frecuencia afecta a hombres blancos, jóvenes y pobres que comparten agujas. Muchos también tienen VIH, hepatitis C y abusan del alcohol.

La endocarditis infecciosa se desarrolla cuando las bacterias entran al torrente sanguíneo y atacan al revestimiento o a las válvulas del corazón. Puede conducir al accidente



cerebrovascular, a una válvula cardíaca con fugas, a la insuficiencia cardíaca y a abscesos alrededor de la válvula cardíaca.

Cada año, en Estados Unidos, más de 30.000 personas son tratadas por endocarditis infecciosa, y resulta letal en una de cada cinco. Esta afección resulta en una morbilidad y unos gastos en atención de la salud sustanciales.

Al observar los datos de casi un millón de pacientes con endocarditis infecciosa, se encontró que el abuso de drogas estaba implicado en 16% de los casos en 2016, el doble del porcentaje observado en 2002.

En el nuevo estudio, se usaron los registros de la Muestra Nacional de Pacientes Internos de 2002 a 2016.

Aunque se vieron aumentos en la infección en todo el país, el mayor aumento fue en el Oeste Medio. En la región, la tasa aumentó en casi 5% cada año.

También se encontró que los hombres blancos, con una media de edad de 38 años, eran los más afectados. Además, los pacientes que usaban drogas eran más pobres. Un 42% tenían ingresos en el cuartil inferior de la población, y casi la mitad dependían de Medicaid para su atención de la salud.

Los usuarios de drogas con endocarditis permanecían más tiempo en el hospital y era más probable que necesitaran una cirugía del corazón. Pero como la mayoría eran jóvenes, era menos probable que fallecieran.

El aumento sustancial en el abuso de drogas asociado con la endocarditis infecciosa resalta incluso más los devastadores efectos que la epidemia de opioides ha tenido en Estados Unidos, y por qué se necesitan esfuerzos intensivos para abordar mejor a esta grave amenaza para la salud pública.

Deberían implementarse, en todo el país, medidas de salud pública para abordar esta epidemia, con medidas regionales dirigidas, para abordar a los pacientes en riesgo de forma específica.

Para combatir el aumento en la endocarditis infecciosa, se necesitan equipos que incluyan a cardiólogos, especialistas en enfermedades infecciosas, cirujanos cardíacos, enfermeros, especialistas en la adicción, gerentes de casos y trabajadores sociales.

Tratar la infección de forma adecuada es solo una parte del plan de gestión. Ayudar a esos pacientes a resolver sus conductas de adicción, ofrecer respaldo social y llevarlos a programas de rehabilitación efectivos son aspectos clave de su atención óptima y de la prevención de las recaídas.⁶

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Un campesino se convirtió en la víctima número 20 del dengue en lo que va del año en Nicaragua, país que se encuentra en alerta epidemiológica, según informó el 22 de septiembre el Ministerio de Salud.

El campesino, de 41 años, que se encontraba hospitalizado desde hace ocho días, falleció el 21 de septiembre como consecuencia del dengue, según el más reciente boletín de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.



Originario de la comunidad rural Cabo de Hornos del municipio de El Viejo, departamento de Chinandega (noroeste), ingresó el 14 de septiembre al hospital de El Viejo por presentar fiebre desde hace cuatro días y dolor abdominal.

Ese mismo día fue trasladado al Hospital Departamental 'España', de Chinandega, con diagnóstico sospechoso de dengue grave, más enfermedad renal aguda.

"Fue hospitalizado en condición grave y se tomó muestra para dengue, resultando positivo", según el informe de las autoridades de salud.

"El paciente evolucionó con complicaciones del dengue y sufrió un paro cardiorrespiratorio más sangrado masivo, para posteriormente ser declarado como fallecido", precisó.

Nicaragua se encuentra en alerta epidemiológica a causa de esa enfermedad desde el 30 de julio pasado. Cerca de 80 personas se contagian con dengue cada día en Nicaragua, el país con mayor incidencia de esta enfermedad en el continente americano, según las autoridades.

La frecuencia con la que el dengue se esparce en el territorio nicaragüense mantiene al país en la cima de los más afectados de América a causa de la epidemia, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

De acuerdo con el más reciente informe de la OPS, Nicaragua tiene una incidencia de 736,47 casos cada 100.000 habitantes, seguida de Brasil con 645,58, Honduras con 464,39, y Belice, que reporta 169,37.

Nicaragua, Honduras Guatemala ya han decretado alertas epidemiológicas en sus territorios.

Nicaragua y Honduras acordaron, a mediados de agosto, combatir el dengue de forma conjunta. Nicaragua también anunció medidas conjuntas con Belice, para enfrentar la enfermedad.

La sífilis encabeza el ranking de infecciones de transmisión sexual (ITS), señaló la Dra. Tania Esther Samudio Prieto, responsable del Programa Nacional de Control del Sida (PRONASIDA). La segunda es el VIH.

Los números del último reporte, brindado en 2018, señalaban que se sumaron 1.564 casos nuevos de VIH. La sífilis doblaba dicha cifra, con 3.128 afectados. El incremento se registra desde hace dos años no solo en Paraguay, sino también en Brasil y Argentina.

Tener en cuenta solo al VIH y el temor a aplicarse la penicilina es una de las razones que marcan esta preponderancia de la sífilis entre los jóvenes.

“A veces hay temor a la reacción alérgica que pueda provocar la penicilina, entonces la gente no quiere tratarse de esa manera”, explicó la referente de PRONASIDA.

El descuido o poco uso del preservativo en las relaciones sexuales es otro motivo por el cual se incrementa la enfermedad.

“Es mucho más fácil la transmisión que el VIH. Para que el VIH se transmita debe haber una herida en la mucosa y más relaciones sexuales. En cambio la sífilis en un contacto sexual ya se adquiere”.

Universo

La franja etaria en la que más se diagnostica la enfermedad es la de 15 a 24 años, refiere la responsable de PRONASIDA. “El diagnóstico de la sífilis es mayor en mujeres, porque se les pide más la prueba durante el embarazo”, agregó Samudio.

“Tanto hombres como mujeres, del área urbana y rural son afectados por la enfermedad”, detalló Samudio.

“Es muy similar a las otras ITS, solo que es más fácil la transmisión. Por ese motivo hay un mayor número de casos diagnosticados”.

La clamidiosis, la gonorrea, la hepatitis B son otras infecciones que también integran la lista. La idea errada de que a uno no le va pasar lleva a muchos a prescindir del preservativo cuando tienen relaciones.

“Las infecciones están ahí, puede que en una relación uno no adquiriera ninguna, pero en las otras sí”, alertó Samudio. Comentó además que se está realizando una revisión de la malla curricular del Ministerio de Educación para seguir creando conciencia entre los jóvenes sobre estos temas.

Riesgos

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), cada año 2.100 niños nacen o contraen el VIH de sus madres en América Latina y el Caribe; 22.400 se infectan con sífilis. En tanto que alrededor de 9.000 nacen con la enfermedad de Chagas, y 6.000 contraen el virus de la hepatitis B.



Si dichas enfermedades no son detectadas y tratadas a tiempo, pueden generar abortos, muerte fetal, malformaciones congénitas y neurológicas, problemas cardíacos, cirrosis, cáncer de hígado y en algunos casos hasta la muerte.

El Ministerio de Salud Pública recomienda que toda mujer embarazada se realice análisis serológicos para sífilis. Dicho

estudio debe hacerse en la primera consulta prenatal, entre las 28-32 semanas, en el momento del parto. También eventualmente cuando sea atendida por aborto o mortinato.

El diagnóstico y tratamiento es provisto por el Ministerio de Salud Pública de forma gratuita. Más de 90% de los servicios cuentan con capacidad instalada para el estudio mediante pruebas rápidas.

Con un tratamiento adecuado, antes de las 36 semanas de gestación podrían evitarse las lesiones que podrían afectar al feto.

Reducción de embarazos adolescentes

En comparación a los números registrados en 2014, los datos de 2018 indican una baja en la cifra de embarazos adolescentes. “Esta es una realidad, pero está en descenso. En 2014 tuvimos 21.110 embarazadas adolescentes, estamos hablando de 10 a 19 años. En 2018, con las cifras que ya estamos por cerrar, tenemos cerca de 17.360”.

El dato fue brindado por el Dr. Jorge Sosa, responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, dependiente del Ministerio de Salud Pública.

“El mayor descenso se produjo en el grupo de 15 a 19 años”, refirió Sosa. También se vio una baja en la franja etaria de 10 a 14 años.”En 2014 hubo 699 embarazadas adolescentes de 10 a 14 años. En cambio en 2018 se registraron 588”, detalló.

“Las bajas en la cifra pueden deberse al mayor acceso a educación sobre salud sexual y reproductiva y también a métodos más modernos de anticoncepción”, señaló Sosa.

Entre los nuevos métodos señaló la aparición del implante subdérmico. Según indicó, la primera partida de 840, destinado a evitar el segundo embarazo en adolescentes, se acabó completamente. El otro lote, alrededor de 3.000 implantes, está a punto de ser distribuido completamente. Este grupo estaba destinado a todas las mujeres.

“Nuestro plan es ir adquiriendo un lote cada vez mayor”, adelantó. Comentó además que el implante tiene una amplia aceptación por ser nuevo y por satisfacer las necesidades de las usuarias.

El dengue ha llegado a España. Esta enfermedad emergente, originaria de zonas tropicales y que ha vivido en los últimos años una rápida expansión por el globo, ya ha provocado los primeros casos en el país. Se trata de dos familiares adultos que contrajeron la enfermedad en agosto tras pasar unos días de vacaciones en municipios de Murcia y Cádiz. El Centro Nacional de Microbiología confirmó que ambos se infectaron con el virus Dengue y ahora el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social investiga con ambas comunidades dónde se produjo la infección. Los resultados de un tercer miembro de la familia, una mujer también adulta, están pendientes de confirmación tras sufrir “síntomas compatibles con la enfermedad”, informó el 10 de septiembre el ministerio. Los afectados, residentes en la Comunidad de Madrid y Murcia, están completamente restablecidos.

400 millones de infectados

Un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en los últimos años la incidencia del dengue en el mundo aumentó de 100 millones de casos anuales a unos 400 millones. De ellos, aproximadamente una cuarta parte (unos 100 millones al año) manifiestan síntomas de la enfermedad, aunque en su mayoría leves. Unas 500.000 personas acaban por requerir atención hospitalaria. La mortalidad entre este último grupo se acerca a 2,5%.

Cuatro serotipos

Existen cuatro serotipos de la enfermedad. Contraer uno de ellos inmuniza de por vida contra la reinfección por ese mismo serotipo, pero no contra los otros tres. Es más, si una persona sufre dos infecciones sucesivas con dos serotipos diferentes, aumentan exponencialmente las posibilidades de que el paciente desarrolle la forma más grave de la enfermedad, el dengue hemorrágico. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social no ha informado por ahora qué serotipo se ha detectado en España.

El vector que con toda probabilidad ha transmitido la enfermedad es *Aedes albopictus*, ampliamente extendido en la costa mediterránea y también presente en comunidades como Aragón y Euskadi. La primera detección del mosquito en España fue en 2004 en Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Su llegada a Europa se produjo unos años antes a bordo de cargamentos de neumáticos procedentes de Asia. Hasta ahora, todos los casos de dengue descubiertos en España eran en pacientes que habían viajado a países donde la enfermedad es endémica.

Aunque hay otros mosquitos que también pueden transmitir el virus, no hay

constancia de su presencia en España pese a los múltiples controles que sobre estos insectos se llevan a cabo en todas las autonomías. *Aedes aegypti*, por ejemplo, fue detectado en la isla de Fuerteventura el pasado mes de diciembre. Era la primera vez en décadas que este mosquito –que también puede transmitir otros virus como el de la fiebre amarilla y el Zika– era detectado en España. Las autoridades canarias, sin embargo, lo dieron por erradicado solo cuatro meses después.

La llegada del dengue a España era esperada por los expertos: “El virus está en expansión por el mundo, ha habido otros casos autóctonos en Europa y en España tenemos el mosquito que

lo transmite. Solo era cuestión de tiempo”, afirmó José Miguel Cisneros Herreros, presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Cisneros, sin embargo, califica de “muy relevante” epidemiológicamente la confirmación de los primeros casos autóctonos. “Tenemos una nueva enfermedad infecciosa a la que hacer frente, aunque contamos con un sistema sanitario sobradamente preparado para ello, mucho más que en la mayoría de los países en los que el dengue ha tenido un importante impacto en la salud de la población”, aseguró.

Sistema coordinado

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las tres comunidades implicadas –Madrid, Murcia y Andalucía– han puesto en marcha un sistema coordinado de acciones de respuesta con cuatro objetivos. El primero ha sido investigar los casos detectados y los posibles lugares de exposición al virus. El segundo, una vez localizado el lugar donde se produjo el contagio, la investigación retrospectiva para detectar otros casos posibles. En estas mismas zonas, las comunidades llevarán a cabo un estudio para conocer la población de mosquitos y realizar recomendaciones para su control. Por último, serán reforzadas las acciones de comunicación y sensibilización a los profesionales sanitarios y laboratorios para la detección precoz y notificación de los casos.

Aunque Sanidad no descarta que se puedan descubrir nuevos casos, fuentes del ministerio se muestran optimistas ya que con la llegada del frío y la interrupción del ciclo natural de los mosquitos, la probabilidad de transmisión autóctona en estos momentos es muy baja.

Los síntomas iniciales del dengue, que también puede cursar de forma asintomática, son parecidos a los de una gripe: fiebre elevada e intensos dolores en la cabeza, detrás de los globos oculares, musculares y en las articulares. En ocasiones también produce un sarpullido en la piel y vómitos. El mayor riesgo de la enfermedad es sufrir una complicación más letal: el dengue grave, que afecta principalmente a los niños y personas vulnerables. Los síntomas aparecen entre tres y 14 días después de la picadura. La OMS calcula que cada año unas 500.000 personas requieren hospitalización por el virus. La tasa de letalidad en este grupo se acerca a 2,5%, según varios estudios médicos.

Un virus bien conocido en los hospitales

El dengue no es un desconocido en los hospitales españoles. En los últimos años, la cifra de enfermos atendidos tras viajar a países donde la enfermedad está presente ha crecido de forma muy notable. En 2015 fueron 168 personas, cifra que aumentó hasta los 261 al año siguiente, según datos entregados por las autoridades españolas al Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

En Europa, los casos importados en 2016 ascendieron a 2.824 y Francia e Italia han registrado casos autóctonos esporádicos en los últimos años.

Expansión mundial

Hasta 1970, solo nueve países en el mundo habían sufrido epidemias graves de dengue. Ahora, la enfermedad es endémica en más de 100 países de las regiones de la OMS de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental.

Llegada a Europa

Francia registró el primer caso autóctono en 2010. Se trataba de un hombre que contrajo la enfermedad en Niza. Junto a Italia, Francia es el país que más casos de dengue autóctonos ha registrado en los últimos años, aunque la circulación del virus ha sido esporádica y la mayoría de los pacientes atendidos resultaron contagiados en países donde la enfermedad es endémica, como ocurre en España.

Otras vías de transmisión

El dengue se transmite prácticamente en todos los casos por la picadura de un mosquito. Sin embargo, la literatura científica recoge algunos casos excepcionales de personas que enfermaron tras serles administrados productos sanguíneos contaminados o recibir órganos de donantes con el virus.

“Los hospitales y centros de salud tienen experiencia en atender a pacientes con el virus”, afirma Cisneros, quien destaca que en los últimos años “se ha avanzado mucho en herramientas clave para prestar una buena atención como es el diagnóstico precoz, que permite confirmar en unas horas la presencia del virus en el organismo”.



FILIPINAS

DECLARAN UN ALERTA NACIONAL
ANTE CASOS DE POLIOMIELITIS

19/09/2019

Las autoridades de salud de Filipinas declararon el 19 de septiembre una alerta nacional por un brote de poliomielitis, casi dos décadas después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al país libre de esta enfermedad sumamente contagiosa y potencialmente mortal.

El secretario de Salud, Francisco Tiongson Duque III, confirmó al menos un caso de poliomielitis en una niña de 3 años –e investiga un segundo caso sospechoso– en la provincia de Lanao del Sur, en el sur de país, y que se detectó el virus en aguas servidas de Maynila y en canales de la región de Davao, también en el sur del país.

Dijo que estos hallazgos son suficientes para declarar un brote de la enfermedad, que puede causar parálisis.

La OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) dijeron estar sumamente preocupados por la reaparición de la poliomielitis en el país y afirmaron que apoyarían al gobierno en las campañas de vacunación de niños, quienes son los más vulnerables, y en reforzar el monitoreo.

“Mientras un solo niño esté infectado, todos los niños del país e incluso del extranjero están en peligro de contraer poliomielitis”, dijo la representante del UNICEF en Filipinas, Oyun Dendevnorov.

La OMS y el UNICEF dijeron en un comunicado conjunto que el brote en Filipinas es preocupante porque es causado por un poliovirus del tipo 2 derivado de vacunas.

El virus debilitado usado en vacunas se reproduce por corto tiempo en el intestino de los niños y es eliminado en sus heces. En casos raros, dijeron, el virus debilitado puede cobrar fuerza en áreas con mala higiene.⁷

⁷ Es muy preocupante la ocurrencia de un brote de poliomielitis parálitica por poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV), en un país donde las tasas de coberturas vacunales han caído marcadamente durante los últimos dos años, como producto de la intensa controversia pública generada por la aplicación de la vacuna del dengue y la advertencia del riesgo aumentado de enfermedad grave en los individuos no previamente expuestos a la infección por alguno de los cuatro serotipos del virus.

Llama la atención que el poliovirus involucrado en este brote sea el serotipo 2, el cual fue eliminado de la vacuna oral a nivel mundial desde el año 2016, justamente por asociarse con 97% de los casos de infección por cVDPV.

Una mujer de 74 años fue diagnosticada recientemente con fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en el Hospital del Distrito de Outapi, y todavía se encuentra bajo estricto aislamiento. La paciente, que no fue identificada, se encuentra en condición estable.

Según Emmerita Iipinge, funcionario de la Dirección de Salud de la región de Omusati, la paciente será dada de alta del hospital después que cumpla el período de monitoreo de 14 días desde el inicio de los síntomas y cuando se cumplan todos los parámetros clínicos.

El caso de fiebre hemorrágica fue detectado el 10 de septiembre, después que se realizaron análisis de sangre básicos y se enviaron para su confirmación al Instituto de Patología de Namibia y al Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica. Hasta el momento, no se han reportado nuevos casos en la región.

El director ejecutivo de salud, Ben Nangombe, confirmó el caso a principios de este mes, y dijo que el 1 de septiembre, la paciente se presentó en el Hospital del Distrito de Outapi en la región de Omusati.

Sus síntomas principales fueron debilidad, diarrea y falta de apetito, fiebre leve de 37,5°C y antecedentes de consumo excesivo de alcohol.

La paciente, proveniente de la aldea de Okatwa, del área de Ondombovola en la provincia de Cunene, Angola, fue atendida y enviada a su casa.

“El 5 de septiembre, regresó al hospital, quejándose de toser sangre, dolor en las articulaciones y hemorragia nasal. Tras el examen, se encontró una garrapata prendida en su brazo izquierdo. Entonces fue admitida, y se le quitó la garrapata con seguridad. Se discutió la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo como una posibilidad, y fue puesta en aislamiento”, explicó Nangombe.

En un esfuerzo por evitar la propagación de la enfermedad, los comités de emergencia de salud distritales y regionales han activado los equipos de vigilancia, así como también han identificado y contactado a todos los contactos tanto de los miembros de la familia como de los trabajadores de salud de la comunidad.

“Se realizó el examen de los contactos, los que fueron clasificados según el nivel de exposición como de bajo o alto riesgo. Los contactos de alto riesgo fueron puestos en cuarentena y monitoreados diariamente. Los funcionarios de salud también realizaron el seguimiento diario de todos los contactos”.

Iipinge agregó que este fue el primer caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo reportado este año.

Hubo un caso confirmado en la aldea de Uukwandongo, distrito de Okahao, reportado en agosto de 2017.

Por lo tanto, aconsejó a los miembros de la comunidad que redujeran el riesgo de transmisión de garrapatas a humanos usando ropa protectora, y que se reportaran de inmediato en un hospital si detectaran alguna picadura de garrapata.

También se aconsejó a los agricultores que pongan en cuarentena a sus animales antes de ingresar a cualquier matadero y que traten a los animales con garrapaticidas de forma rutinaria dos semanas antes del sacrificio.



TANZANIA

REPORTAN CASOS DE ENFERMEDADES
FEBRILES NO DIAGNOSTICADAS

21/09/2019

El 10 de septiembre de 2019, a través de su proceso de vigilancia regular basado en eventos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo conocimiento de informes no oficiales sobre la muerte de una persona con presunto diagnóstico de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Dar es Salaam, Tanzania. Se informó de manera no oficial que los contactos identificados del fallecido fueron puestos en cuarentena en varios sitios del país. La OMS envió de inmediato una solicitud de verificación al Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del país.

El 11 de septiembre, a través de su proceso de vigilancia regular basado en eventos, la OMS tuvo conocimiento de informes no oficiales de que una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) realizada en el Laboratorio Nacional de Salud de Tanzania fue positiva para EVE para este paciente. El mismo día, la OMS recibió informes no oficiales sobre otro caso sospechoso de EVE en Mwanza, en el norte de Tanzania, que luego resultó negativo para la EVE. La OMS siguió comunicándose bajo el RSI con las autoridades sanitarias de Tanzania para verificar estas informaciones.

El 12 de septiembre, fuentes no oficiales informaron a la OMS de un paciente de 27 años sospechoso de EVE ingresado en un hospital de Dar es Salaam sin más información sobre las pruebas de laboratorio y los resultados.

Aunque se hicieron varias solicitudes, la OMS no recibió más detalles de ninguno de estos casos por parte de las autoridades de Tanzania.

Considerando: (i) la ausencia de información detallada recibida por la OMS de Tanzania en esa etapa, (ii) que los casos confirmados o sospechosos de EVE son de declaración obligatoria bajo el RSI, y (iii) la potencial importancia para la salud pública de un presunto caso de EVE, la OMS tomó los siguientes pasos:

- Continuar el contacto con el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Tanzania para verificar los rumores.
- Realizar una Evaluación Rápida de Riesgos interna. Debido a la incertidumbre acerca del evento, la falta de información oficial, y considerando que si se confirmara, este sería el primer brote de EVE reportado en el país, y que el presunto caso viajó extensamente dentro de Tanzania, se evaluó el riesgo como muy alto a nivel nacional. El riesgo a nivel regional se consideró alto debido a los potenciales viajes transfronterizos y los importantes movimientos de población, así como a las potenciales cadenas de transmisión desconocidas. El riesgo a nivel mundial se consideró bajo.

- Informar a todos los CNE del RSI de los Estados miembros los datos disponibles, incluidas preguntas, inquietudes y recomendaciones, a través del Sitio de Información de Eventos (SIE) de la OMS.⁸
- Emitir un comunicado de prensa en el sitio web de la Oficina Regional de la OMS para África.⁹
- Desplegar un equipo multidisciplinario de respuesta rápida en Tanzania para ampliar la capacidad de respuesta de la oficina de la OMS en el país. El equipo también está disponible para proporcionar asistencia técnica adicional a los funcionarios nacionales en su investigación, en caso de que se solicite.

El 14 de septiembre, Tanzania informó oficialmente a la OMS que no se había confirmado en el país ningún caso de EVE. Según la información proporcionada por el Ministerio de Salud en un comunicado de prensa, se identificaron dos casos sospechosos y ambos dieron negativo para EVE en un laboratorio nacional a través de RT-PCR. La información no incluía un diagnóstico diferencial potencial con respecto a la causa de la enfermedad.

El 16 de septiembre, las autoridades de salud de Tanzania informaron oficialmente a la OMS que no estaban considerando realizar pruebas de confirmación secundarias para EVE en un Centro Colaborador para Fiebre Hemorrágica Viral (FHV) de la OMS. La OMS reiteró su recomendación de que se realicen pruebas de confirmación adicionales y renovó su oferta para ayudar a establecer contactos con un Centro Colaborador para VHF de la OMS.¹⁰

El 18 de septiembre, la OMS informó a todos los CNE del RSI de los Estados miembros, a través de la plataforma SIE, que Tanzania había informado oficialmente que no se había confirmado ningún caso de EVE en el país, según las pruebas realizadas en un laboratorio nacional. El mismo día, esto también se comunicó al público en general en el sitio web de la Oficina Regional de la OMS para África¹¹. La declaración indicó que no se había proporcionado más información.

El 19 de septiembre de 2019, a través de su proceso de vigilancia regular basado en eventos, la OMS tuvo conocimiento de informes no oficiales sobre un contacto del caso inicialmente presunto de EVE que estaba enfermo y hospitalizado. La OMS envió de inmediato una solicitud de verificación formal a través del CNE del RSI de Tanzania. La respuesta se recibió el mismo día y declaró que hasta el 19 de septiembre de 2019, “Tanzania no registra ningún caso de EVE” y no “hay ningún caso sospechoso admitido en ninguna institución”.

Sin embargo, hasta la fecha, los datos clínicos, los resultados de las investigaciones, los posibles contactos y las posibles pruebas de laboratorio realizadas para el diagnóstico diferencial de esos pacientes no han sido comunicados a la OMS. Esta información es necesaria para que la OMS pueda evaluar completamente el riesgo potencial que representa este evento.

El 20 de septiembre, la OMS informó a todos los CNE del RSI de los Estados miembros a través de la plataforma SIE.

⁸ El Sitio de Información de Eventos (SIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una plataforma restringida basada en la web, segura y con contraseña, dedicada al intercambio de información entre la OMS y sus Estados Miembros en virtud del Reglamento Sanitario Internacional.

⁹ Puede consultar el comunicado de prensa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁰ Los Centros Colaboradores de la OMS son instituciones tales como institutos de investigación, o que forman parte de universidades o academias, que son designados por el Director General para llevar a cabo actividades en apoyo de los programas de la Organización.

¹¹ Puede consultar el comunicado de prensa, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Respuesta de salud pública

- Tanzania inició la implementación de la preparación para la EVE en mayo de 2018, con una evaluación del estatus de preparación para la EVE que condujo al desarrollo de un plan nacional de contingencia. Como parte de las actividades recomendadas de preparación para la EVE, se estableció un centro de tratamiento del Ébola (CTE) en Dar es Salaam, se ha puesto en funcionamiento un centro de operaciones de emergencia de salud pública, se ha llevado a cabo la capacitación de tres equipos de respuesta rápida, se ha activado una línea directa para las alertas, y se han desarrollado y traducido a los principales idiomas locales los mensajes clave sobre la EVE, con una sensibilización continua sobre la enfermedad tanto en la radio como en los medios impresos. Sin embargo, un ejercicio de simulación realizado en Tanzania en agosto de 2019 identificó áreas por mejorar.
- La OMS continúa trabajando con Tanzania, apoyando las actividades de preparación emprendidas por las autoridades sanitarias nacionales a fin de mejorar las capacidades de prevención, detección y confirmación de cualquier sospecha de EVE.
- En preparación para la vacunación de los trabajadores de salud de primera línea en caso de un brote de EVE, un protocolo de vacunación (con rVSV-ZEBOV-GP) ha recibido la aprobación provisional de las autoridades nacionales. El 13 de septiembre, la OMS envió 1.000 equipos de protección personal (EPP) y equipamiento logístico adicional. También ha enviado suministros para apoyar la vacunación.
- La OMS y sus asociados continúan colaborando con las autoridades nacionales.

Evaluación de riesgos de la OMS

La limitada información oficial disponible de las autoridades de Tanzania representa un desafío para evaluar el riesgo que representa este evento.

Hasta la fecha, no se han compartido con la OMS los detalles clínicos y los resultados de la investigación, incluidas las pruebas de laboratorio realizadas para el diagnóstico diferencial de estos pacientes. La insuficiente información de la que dispone la OMS no permite la formulación de hipótesis acerca de la posible causa de la enfermedad. En esta etapa, la OMS no tiene conocimiento de señales de una transmisión generalizada de ninguna enfermedad relacionada con estos casos; sin embargo, las investigaciones, incluso con el apoyo de los Centros Colaboradores de la OMS, deben continuar hasta llegar a un diagnóstico e informar más sobre la evaluación del riesgo.

Consejos de la OMS

El 17 de julio de 2019, el brote de EVE en la República Democrática del Congo fue declarado una emergencia de salud pública de preocupación internacional, y el riesgo general de EVE a nivel regional se evaluó como muy alto. En ese contexto, la OMS insta a los Estados Miembros de la región a fortalecer las actividades operativas de preparación, incluyendo la detección oportuna, la verificación, la presentación de informes y la confirmación de laboratorio de cualquier sospecha de EVE.

De acuerdo con las *Directrices Provisionales de la OMS sobre el diagnóstico de laboratorio de EVE*¹², la OMS recomienda enfáticamente a los Estados miembros que se pongan en contacto con un Centro Colaborador para FHV de la OMS para las pruebas de confirmación secundaria, en particular los Estados miembros donde las pruebas de EVE no se realizan de forma rutinaria. Cuando se alcanza un diagnóstico de laboratorio negativo para EVE de acuerdo con

¹² Puede consultar el documento completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

los principios de estas pautas, la OMS recomienda que se realicen más investigaciones y pruebas de laboratorio para llegar a un diagnóstico final sobre la causa de la enfermedad.

La OMS continúa monitoreando la situación de la EVE a nivel global para detectar y verificar, bajo el RSI, cualquier señal con respecto a sospechas de EVE.

Consejos de viaje de la OMS

La OMS desaconseja la aplicación de cualquier restricción a los viajes o el comercio con Tanzania en relación con la situación anterior, en base a la información actualmente disponible.



LOS BEBÉS NACIDOS POR CESÁREA TIENEN MÁS
MICROBIOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS

19/09/2019

Uno de los momentos cruciales en la vida de cualquier persona sucede antes de nacer. Al pasar por el canal del parto, los bebés reciben un baño de millones de bacterias de sus madres. Los microbios intestinales y vaginales colonizan su cuerpo y se asientan en diferentes órganos para facilitar funciones clave como la digestión. Esta comunidad bacteriana, el microbioma, hace que el sistema inmune, nacido sin memoria alguna, aprenda a distinguir los microbios beneficiosos –comensales– de los peligrosos. Aunque aún no están claras las implicaciones de este proceso para la salud, hay estudios que muestran que los bebés nacidos por cesárea tienen un microbioma muy diferente y también tienen un mayor riesgo de sufrir asma, alergias u obesidad a lo largo de su vida.

El mayor estudio sobre el microbioma de los recién nacidos confirmó grandes diferencias entre uno y otro tipo de nacimiento. Se estudiaron muestras de microbiota de 596 bebés a lo largo del primer año de vida y de 175 madres. Los resultados confirmaron que los niños nacidos por el canal del parto reciben la mayoría de sus bacterias de sus madres. En cambio, en los partos por cesárea la transferencia de bacterias maternas queda interrumpida y los microbios más abundantes son los del ambiente hospitalario. Entre ellos hay varias especies del grupo de microbios resistentes a antibióticos.

Estos microbios son oportunistas: aunque no tienen por qué causar una infección, sí existe ese riesgo si el sistema inmune del bebé está debilitado o si acaban en el órgano equivocado, como el torrente sanguíneo. El 80% de los nacidos por cesárea presenta estos microorganismos, mientras que en el otro grupo solo es 50%. Estos microbios hospitalarios suponen 30% del total tras una cesárea, pero solo 10% tras un parto vaginal. A las madres se les suele ofrecer una dosis de antibióticos antes de la cirugía para evitar infecciones, lo que también puede contribuir a las diferencias observadas.

La composición del microbioma de unos y otros niños se equilibra a partir del primer año de vida, pero los investigadores creen que hacen falta estudios a largo plazo, pues no queda claro si estos desequilibrios en el microbioma tienen un impacto en la salud. Los mayores estudios sobre el método de nacimiento han visto que la cesárea aumenta el riesgo de asma y alergias

en torno a 30%. Pero no se sabe si hay una conexión directa o es una correlación. Para probarlo, son necesarios muchos más estudios que analicen a miles de bebés.

El número de cesáreas en el mundo no deja de crecer. En 2015, el 21% de niños nació por este método, el doble que en 2000. El nivel aceptable por los expertos está entre 10 y 15%, según la Organización Mundial de la Salud.

Europa y América son los continentes donde más se practica esta cirugía, que cuando está indicada es crucial para salvar la vida de la madre y el bebé. En España, 24% de los niños nacidos en hospitales públicos lo hacen por este método, y 35% en el sector privado. Hay países con tasas más alarmantes, como Brasil (55%) o México (45%).

Las cesáreas han aumentado en parte porque lo piden las madres, pero en general hay que defender el parto vaginal porque es mejor tanto para el niño como para la madre, que experimenta una recuperación mucho más rápida. Lo ideal sería hacer solo las cesáreas que sean necesarias.

En los últimos años se han multiplicado los estudios sobre el microbioma de los bebés en función de su forma de nacimiento y algunos muestran resultados muy interesantes que lo conectan con la infección por el virus del papiloma humano, el asma, eccemas, incluso problemas psicológicos, aunque hoy por hoy no se puede afirmar que nacer por cesárea tenga un impacto negativo en la salud.

El método de nacimiento es solo uno de los factores que pueden contribuir a que los niños con un microbioma desequilibrado desarrollen ciertas dolencias. Otro de importancia es el abuso de los antibióticos, que es mayor en países en desarrollo y que puede estar contribuyendo a la epidemia de obesidad que existe en algunos de ellos.

Es muy difícil probar una relación causal entre desequilibrios en el microbioma del bebé y los problemas de salud, pues hay muchos factores en juego: la cesárea, los antibióticos, el ambiente en el que vive el niño en su primer año, si recibe leche materna, muy beneficiosa para fortalecer su microbioma, si se cría en un entorno excesivamente esterilizado, lo que puede ser negativo, o entre hermanos y mascotas, lo que parece más beneficioso. Lo que está claro es que hay una diferencia en esos momentos iniciales que puede tener un impacto a lo largo de toda la vida.

En 2016, un equipo de investigadores demostró que es posible equilibrar el microbioma de los niños nacidos por cirugía si se les transmite con una gasa bacterias de la vagina de la madre. El mismo equipo está ahora inmerso en un ensayo clínico en el que participan 120 madres y sus recién nacidos para demostrar si esta técnica tiene beneficios en la salud de los niños en sus primeros dos años de vida.

El nuevo estudio cuestiona este procedimiento porque demostró que la mayoría de las bacterias presentes en el bebé nacido por el canal del parto no proceden de la vagina, sino que son bacteroides del intestino. Este género de bacterias son importantes para el desarrollo del sistema inmune del bebé y contribuyen a que este identifique qué microbios son beneficiosos y cuáles son patógenos.¹³

¹³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

La fiebre amarilla es una infección viral transmitida por varias especies de mosquitos y es prevalente en 34 países de África y 13 de América Latina. La infección puede ser asintomática y pasar desapercibida o, por el contrario, puede progresar rápidamente a una enfermedad grave, con fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos y fatiga. El virus ataca las células hepáticas, a menudo causando ictericia de la cual la enfermedad recibe su nombre. El sangrado severo ocurre en 25-50% de los casos, con altos niveles de letalidad observados de 7 a 10 días después del inicio de los síntomas.

Desde 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una dosis única de la vacuna para obtener protección de por vida. Esta recomendación se basa en una prueba de eficacia a largo plazo, *in vitro* e *in vivo*, establecida en adultos y niños mayores de 2 años. Pero los datos sobre la eficacia a largo plazo de la vacunación primaria en lactantes están ausentes, a pesar de que los niños de 9 a 12 meses son los principales objetivos de la vacunación de rutina en países en los que la fiebre amarilla es endémica. A este respecto, la OMS recomendó investigar la persistencia a largo plazo de la inmunidad conferida por la vacunación en este grupo de edad.

El estudio verificó si los niños a quienes se administró la vacuna alrededor de los 9 meses de edad todavía estaban protegidos varios años después. Se estudiaron dos cohortes, una de Mali (587 niños) y la otra de Ghana (436 niños), en los que se midieron los niveles de anticuerpos específicos contra el virus de la fiebre amarilla cuatro semanas después de la vacunación. Luego se repitió la medición varios años después, teniendo en cuenta los hallazgos de estudios previos, que permitieron estimar que los niveles superiores a 0,5 unidades internacionales por mililitro (UI/ml) deberían proteger a los niños de la infección.

En la cohorte maliense, 4,5 años después de la vacunación, solo la mitad de los niños continuaron presentando niveles de anticuerpos superiores a 0,5 UI/ml. Y 19,3% presentó anticuerpos detectables pero a niveles inferiores a este umbral recomendado. La proporción de niños seropositivos para estos anticuerpos fue, por lo tanto, de 69,7% en comparación con el 96,7% justo después de la vacunación.

En la cohorte de Ghana, 2,5 años después de la vacunación, solo alrededor de 30% de los niños continuaron protegidos contra la infección y 11,7% continuaron presentando anticuerpos específicos, pero en bajas concentraciones. En general, 39,4% de los niños se consideraron seropositivos en comparación con 72,7% justo después de la vacunación.

Independientemente de las diferencias en la eficacia de la vacuna entre estos dos grupos, que podrían explicarse por factores étnicos y ambientales (población urbana/rural, estacionalidad de la vacunación, dieta, exposición a otros agentes infecciosos, etc.), los resultados en ambos casos muestran un caída sustancial, prácticamente a la mitad, de los niveles de anticuerpos protectores en los años posteriores a la vacunación, y que predicen la ausencia de protección contra la infección para un gran número de niños.

Los datos sugieren que puede ser necesario un refuerzo cuando se realiza la primera vacunación en niños de 9 a 12 meses, pero es necesario un conocimiento más preciso de la

disminución de anticuerpos con el tiempo. Mantener la inmunidad al virus durante la infancia y la edad adulta es fundamental para obtener una cobertura de vacuna más allá del umbral de 80% de la población para prevenir el riesgo de epidemia.¹⁴

Publicidad relacionada con la salud

TODOS CONTRA EL DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA

Lava cubetas, piletas, tinacos, cisternas, floreros, bebederos y cualquier recipiente que acumule agua.

Tapa todo recipiente en el que se almacene agua.

Voltea y protege bajo techo cubetas, tambos o macetas que puedan acumular agua.

Elimina botellas, llantas, latas o trastes que ya no se utilizan.

EVITEMOS A LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR: DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA

LAVA TAPA VOLTEA ELIMINA

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
www.salud.gob.mx
www.promocion.salud.gob.mx

Síguenos en:
f Dirección General de Promoción de la Salud
@SaludDGPS

Secretaría de Salud (México. 2016).

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 persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.

¹⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).