

El presidente de la AEV apunta en COPE a diferentes causa el repunte de casos de sarampión según los países

29/08/2018

El presidente de la Asociación Española de Vacunología, Amós García, ha participado en el programa de radio 'La Noche' de COPE sobre cómo ha podido volver a brotar el sarampión y qué medidas existen en Europa y en nuestro país.

“Este aumento de una enfermedad que estaba controlada, se produce por una bajada importante de las coberturas vacunales. Las causas son diferentes según el país que consideremos. En algunos casos es por el terrible peso que ha tenido la crisis económica en estos países que ha creado dificultades para poder ofertar vacunas a la ciudadanía y para el acceso de los propios ciudadanos. En países más desarrollados como Italia o Francia se debe porque hay un sector importante de la población que ha dejado de vacunar a sus hijos”, destaca Amós.

“El sarampión es una enfermedad importante y seria. He escuchado a gente durante estos días que ha pasado esta enfermedad y tienen la fortuna de poder decirlo, pero otros tuvieron grandes dificultades. Es una enfermedad que cursa con una erosión cutánea importante y que puede derivar a complicaciones severas como neumonías”, afirma el presidente de la [Asociación Española de Vacunología](#).

[Entrevista al presidente de la AEV en la Cadena COPE](#)

La OPS insta a los estados miembros a desarrollar estrategias de vacunación más agresivas frente al sarampión

29/08/2018

A la vista de la situación del sarampión en América del Sur, especialmente en Venezuela, la [Pan American Health Organization](#) ha urgido a los estados miembros a desarrollar estrategias agresivas de **vacunación**.

La transmisión endémica de la enfermedad en Venezuela se restableció en 2017 y hasta el 20 de agosto de este año se han confirmado 3545 casos con 62 fallecidos.

Aunque el sarampión está eliminado en otros países del continente, otros países han reportado casos: Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador, Guatemala, Méjico, Perú y los Estados Unidos.

[La OPS insta a un aumento rápido en la cobertura de vacunación para detener la propagación del sarampión en las Américas](#)

[Situación epidemiológica actual del sarampión en las Américas](#)

La salud de la población solo

se consigue con la implicación de todos los profesionales de la salud y con la participación activa de la sociedad

29/08/2018

Ante las desafortunadas declaraciones de la Ministra de Sanidad en relación a la vacunación frente a sarampión y rubéola, la Asociación Nacional de Enfermería y vacunas (ANENVAC) desea realizar las siguientes observaciones:

- Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha refrendado la buena situación que vive España en torno a la transmisión endémica del virus del sarampión y de la rubéola, no podemos olvidar que durante el presente año se han venido produciendo brotes en nuestro país, que si bien no han alcanzado la importancia de otros países de nuestro entorno, si que nos deben mantener en una especial alerta.
- Las tasas de cobertura de vacunación frente a triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) en nuestro país en 2016 alcanzan el 96'7 % en primera dosis y el 94,7 % en segunda dosis. Son unas tasas excelentes, pero aún así, siguen quedando bolsas de susceptibles a partir de esos % de no vacunados, que hacen que cada año se incremente el número de niños y niñas que pueden adquirir la enfermedad.
- El trabajo que realizan los profesionales que trabajan en los programas de vacunaciones (médicos/as – pediatría, familia, salud pública- , enfermeros/as, farmaceuticos/as) es multidisciplinar y totalmente colaborativo, aunque cada colectivo desarrolle unos

roles específicos y diferenciados. Los logros conseguidos han sido debidos a un trabajo en equipo, entre los que los profesionales de enfermería tienen un papel muy destacado.

- Dentro de estos programas, los profesionales de enfermería desarrollan su función en el desarrollo, distribución, logística, mantenimiento e investigación de la cadena vacunal, así como con la información, recomendación, captación activa y pasiva, administración, registro, detección e información de eventos adversos, seguimiento y supervisión. Todos los profesionales que intervienen en estos programas destacan el papel de las enfermeras como fundamental y piedra angular y clave en la consecución de los objetivos, que no son otros que prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población.
- Para el control de las tasas de coberturas vacunales y su mejora, es fundamental la promoción y la educación para la salud, entendiendo las vacunaciones como un estilo de vida saludable. Los profesionales de enfermería desarrollan una labor destacada en este campo, dada su proximidad con la población y la confianza que se establece entre las enfermeras y la población que atiende.
- La salud de la población solo se puede conseguir con la implicación de todos los profesionales de la salud y con la participación activa de la sociedad en su conjunto, por lo que resulta lamentable que en sus declaraciones, la Ministra reconozca únicamente la labor que desarrollan los médicos de familia y los pediatras, obviando y despreciando la labor que desarrollan los profesionales de enfermería.

Ante todos esos hechos, deseamos mostrar el rechazo a estas declaraciones de la Ministra, solicitar una rectificación de estas declaraciones por su parte y mostrar el compromiso de los profesionales de enfermería implicados en los programas de

vacunaciones ante el resto de profesionales sanitarios y especialmente ante la sociedad.

Comunicado de la [Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas](#)

¿Cuándo es el mejor momento para comenzar la vacunación antigripal?

29/08/2018

El ACIP norteamericano, en sus recomendaciones de **vacunación antigripal** para la temporada antigripal entrante ha sugerido las fechas de finales de octubre como el momento idóneo para comenzar la vacunación.

Ello es debido a la existencia de ciertos indicios de que la efectividad de la vacuna puede decaer a lo largo del tiempo, de manera que una vacunación precoz al inicio de la temporada podría dejar desprotegidos a los más mayores en el caso de que la circulación del virus comenzara en febrero o marzo.

Esto sería especialmente relevante para el virus A/H3N2 y en menor medida para el B y para el A/H1N1. En cualquier caso, los gestores tendrán que sopesar este hecho junto con el de desaprovechar oportunidades perdidas en caso de demorar la vacunación.

En relación a esta caída inmunitaria acaba de aparecer publicado en la revista *Vaccine* por investigadores australianos que apoyan un inicio tardío de la vacunación en los Estados Unidos una vez analizados los datos de las temporadas 2010/11 y 2015/16.

Prevención y control de la gripe estacional con vacunas:
recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de
Inmunización – Estados Unidos, temporada de gripe 2018-19

La disminución de la efectividad de la vacuna contra la gripe dentro de la temporada sugiere posibles beneficios netos para la vacunación retrasada en adultos mayores en los Estados Unidos.

Amós García: “el peor efecto secundario de las vacunas es no ponerlas”

29/08/2018

El presidente de la Asociación Española de Vacunología, Amós García, en una entrevista a la Cadena Ser, advirtió que “el peor efecto secundario de las vacuna es no ponerlas”.

Preguntado sobre el aumento de casos de sarampión que se están produciendo en Europa, García explicó que “las epidemias de sarampión que se están produciendo en países europeos con una identidad salientable porque un sector de la población ha decidido dejar de vacunar a sus hijos nos ha hecho retroceder muchos años en la historia sanitaria. El sarampión era casi algo anecdótico.”

“Nosotros podemos olvidarnos de las enfermedades

transmisibles, pero ellas nunca se olvidan de nosotros”, concluyó el presidente de la Asociación Española de Vacunología.

[Escuchar la entrevista](#)

Brote de sarampión en un hospital de nivel terciario, Porto, Portugal, en 2018

29/08/2018

Sá Machado R, Perez Duque M, Almeida S, Cruz I, Sottomayor A, Almeida S et al. Measles outbreak in a tertiary level hospital, Porto, Portugal, 2018: challenges in the post-elimination era. *EuroSurveillance*. 2018;23(20):pii=18.00224

Desde marzo 2018 un hospital terciario de Oporto (Portugal) con 4.400 sanitarios se ha visto afectado por una **epidemia de sarampión** cuya característica más destacable es que lo han padecido trabajadores que habían recibido previamente dos dosis de vacuna.

La primera notificación a los servicios de salud incluyó a 24 sanitarios que tenían relación con el departamento de urgencias, confirmándose los primeros casos el 14 de marzo. Hasta el 22 de abril se habían notificado 211 casos ligados al hospital con 96 confirmaciones. La edad media fue de 33.3 años y todos menos uno eran mayores de 18 años y de los casos confirmados el 69.8% habían recibido dos dosis de triple vírica.

En la discusión se pone de manifiesto que la última epidemia

de sarampión tuvo lugar en 2017 tras la importación de un caso y que las coberturas de vacunación ascienden al 96% a los cinco años.

Dado que se han descrito brotes con casos en personas vacunadas, los autores piensan que se podría deber a un *waning* inmunitario al no circular el virus salvaje en la comunidad. Es por ello que estimulan a investigar este asunto al objeto de recomendar nuevas actuaciones vacunales.

[Brote de sarampión en un hospital de nivel terciario, Porto, Portugal, 2018: desafíos en la era posterior a la eliminación](#)

¿Puede una sola dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) prevenir el cáncer de cuello uterino?

29/08/2018

Sankaranarayanan R, Joshi S, Muwonge R, Esmay P, Basu P, Prabhu P et al. Can a single dose of human papillomavirus vaccine prevent cervical cancer? Early findings from an Indian study. *Vaccine* available on line 15 March 2018

Con motivo de un ensayo clínico multicéntrico aleatorio llevado a cabo en La India sobre esquemas de inmunización frente a las **infecciones por el virus del papiloma humano con vacuna tetravalente**, los autores estudian la inmunogenicidad vacunal tras interrupciones de las pautas en niñas no casadas

de 10 a 18 años por motivos no relacionados con la propia vacunación.

De 17729 niñas vacunadas, el 25% recibió tres dosis en los días 1, 60 y 180 o más tarde, el 28% recibió dos dosis en esquema 1 y 180 o más, el 19% dos dosis en los días 1 y 60 y el 28% recibió una sola dosis. En estos últimos la respuesta de anticuerpos frente a L1 fueron robustos y mantenidos (durante cuatro años) frente a HPV16 y HPV18 aunque con títulos inferiores a los alcanzados en los regímenes de 2 ó 3 dosis.

Las frecuencias de infecciones incidentes y persistente por esos dos oncotipos tras siete años de seguimiento fueron similares y uniformemente bajos en todos los grupos de vacunadas, mientras que la frecuencia fue significativamente superior en las apareadas por edad que no estaban vacunadas. La frecuencia de infecciones por tipos no vacunales fue similar entre vacunadas y no vacunadas.

Los autores piensan que una única dosis de vacuna tetravalente es inmunógena, y aunque con limitaciones, proporciona protección duradera frente a las infecciones por HPV 16 y 18, de una manera similar a la recepción de dos o tres dosis. No obstante y antes de pensar en simplificar esquemas vacunales, se precisan datos de protección más allá de los siete años.

¿Puede una sola dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) prevenir el cáncer de cuello uterino? Los primeros hallazgos de un estudio indio

Eficacia de la vacuna DTPa-HBV-IPV / Hib contra la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b en los Países Bajos (2003-16): un estudio de casos y controles

29/08/2018

Monge S, Hahné S, de Melker H, Sanders E, van der Ende A, Knol M. Effectiveness of the DTPa-HBV-IPV/Hib vaccine against invasive *Haemophilus influenzae* type b disease in the Netherlands (2003-2016): a case-control study. *Lancet Infectious Disease* published on line May 8, 2018

Por el incremento de notificaciones de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) registrado en los holandeses menores de cinco años en 2016, coincidiendo con la introducción de la **vacuna hexavalente** en 2011, los autores intentan estimar la efectividad de la vacuna hexavalente respecto a ese antígeno mediante un estudio de casos y controles.

Los casos se extrajeron del laboratorio nacional de **meningitis bacteriana** nacidos entre enero 2003 y diciembre 2016. Se seleccionaron diez controles por caso del registro nacional de vacunación apareados por edad de nacimiento. Incluyeron 159 de los 170 casos reportados y 1590 controles con una edad media de 1.5 años. Los once casos restantes no pudieron aparearse por falta de registro vacunal. 57% de los casos y 89% de los

controles habían recibido la vacuna (recepción de dos dosis con menos de un año o con al menos un año si hubieran recibido un booster o una única dosis a partir de los doce meses).

La efectividad global fue del 92.8% sin diferencias entre el año de comienzo de la enfermedad. No hubo, tampoco, diferencias por el tipo de vacunas recibidas (pentavalente). La efectividad fue mayor en los que tenían de uno a dos años cuando comenzó la enfermedad (97.1-99%) y menor en los que tenían de tres a cuatro años (60.7-82.3%) con $p=0.0008$.

Los autores concluyen que sus resultados apoyan al actual programa de vacunación ya que no ha descendido la efectividad de la vacuna frente a Hib desde la inclusión de la hexavalente. Queda pendiente el buscar una explicación al incremento de los casos.

Eficacia de la vacuna DTPa-HBV-IPV / Hib contra la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b en los Países Bajos (2003-16): un estudio de casos y controles

Infección por rubéola en el embarazo y rubéola congénita en el Reino Unido, de 2003 a 2016 separador comentando no

disponible

29/08/2018

Bukasa A, Campbell H, Brown K, Bedford H, Ramsay M, Amirthalingam G et al. Rubella infection in pregnancy and congenital rubella in United Kingdom, 2003 to 2016. *EuroSurveillance*. 2018;23(19):pii=00381

Estudio que resume los casos de rubeola durante el embarazo confirmados por el laboratorio en Reino Unido entre 2003 y 2016, los de infección rubeólica congénita y el número de síndromes de rubeola congénita.

Los datos procedieron del programa nacional de vigilancia, de los datos hospitalarios y de los laboratorios de virología. En el periodo se registraron 31 infecciones durante el embarazo (0.23/100.000 gestaciones), de los que 26 sucedieron en mujeres nacidas fuera del Reino Unido. Cinco de ellos dieron lugar al síndrome de rubeola congénita y tres tuvieron infección confirmada sin signos o síntomas clínicos.

Adicionalmente, se identificaron siete casos del síndrome aunque no se había reportado infección a lo largo de la gestación. De éstas, seis nacieron fuera del país y en cinco la infección se adquirió en otro país.

Los autores concluyen que a pesar del éxito de los programas de vacunación, la rubeola no se ha eliminado por completo en el Reino Unido y que de los cinco casos en los últimos siete años, dos se podían haber evitado con la vacunación. Se debe insistir en asegurar la vacunación de los nacidos fuera del país. Estas recomendaciones también son válidas para los países europeos que han conseguido o están a punto de eliminar la rubeola.

Infección por rubéola en el embarazo y rubéola congénita en el Reino Unido, de 2003 a 2016 [separador comentando no disponible](#)

Insuficiencia ovárica y vacunación adolescente

29/08/2018

A la vista de algunas publicaciones que sugerían una potencial asociación entre la **vacuna del papiloma humano** y la **insuficiencia ovárica**, investigadores del Kaiser Permanente Northwest de los Estados Unidos, analizaron las historias clínicas electrónicas de las pacientes de 11 a 34 años con diagnósticos sugerentes de esa patología entre 2006 y 2014 para calcular la incidencia y estimar el riesgo de insuficiencia ovárica tras la recepción de **vacunas frente a VPH, tétanos, tosferina, gripe y meningococo**.

De una cohorte de 199.078 mujeres identificaron 120 diagnósticos sugestivos de los que 46 se etiquetaron como idiopáticos. Una de ellas había recibido la vacuna VPH 23 meses antes de la primera evaluación por una menarquía retrasada. El riesgo ajustado de insuficiencia ovárica fue de 0.30 (0.07-1.36) tras la vacuna VPH, 0.88 (0.37-2.10) tras Tdap, 1.42 (0,59-3,41) tras la vacuna antigripal inactivada y 0.94 (0.27-3.23) tras la antimeningocócica conjugada tetravalente.

Los autores concluyeron que no han encontrado aumento significativo del riesgo de insuficiencia ovárica tras la administración de varias vacunas del adolescente. El trabajo de ha publicado en la revista *Pediatrics*.

[Insuficiencia Ovárica Primaria y Vacunación Adolescente](#)