

La obesidad aumenta la duración del virus de la gripe A en adultos

03/08/2018

En la edición digital de *The Journal of Infectious Diseases* se ha publicado un estudio llevado a cabo en Managua, a lo largo de tres temporadas gripales, que ha demostrado que los adultos obesos excretan el virus gripal 1.5 veces más tiempo respecto de los adultos no obesos, independientemente de la intensidad del cuadro clínico.

La primera firmante de la investigación, la Dra Aubree Gordon, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, comunicó, en rueda de prensa, que la **obesidad** no solo puede alterar la gravedad de la **gripe**, sino que también puede impactar directamente en la **transmisión de la gripe**.

Para llegar a esos resultados el equipo monitorizó a dos cohortes que incluyeron a 1783 personas de 320 domicilios entre 2015 y 2017. Comprobaron como la prolongada excreción solo se cumplía para el virus A, pero no para el B ni para los de 5 a 17 años. No obstante, se desconoce si el ARN del virus detectado en frotis nasofaríngeo era o no infeccioso.

Los investigadores piensan que la obesidad puede alterar el sistema inmune y generar un cuadro de inflamación crónica que sería la responsable de la prolongada excreción vírica.

Nuevo brote de Ébola en El Congo

03/08/2018

El Ministerio de Salud de República Democrática del Congo ha informado de un nuevo **brote de ébola** en el país tan solo una semana después de declarar el fin de la epidemia en la provincia de Équateur, al noroeste del país.

Esta vez, el brote se ha localizado en la provincia de Kivu del Norte, a 2.500 kilómetros de la zona en la que se desarrolló el anterior.

El ministro, Oly Ilunga, ha informado este miércoles en un comunicado de que el pasado 28 de julio la División Provincial de Salud de Kivu del Norte notificó al ministerio de 26 casos con signos de fiebre hemorrágica, incluidas 20 muertes. Un total de seis muestras tomadas a los pacientes hospitalizados fueron analizadas y cuatro fueron positivas.

«Solo una semana después de anunciar el final del noveno brote de ébola, la República Democrática del Congo se enfrenta a una nueva epidemia. No hay ninguna indicación de que estas dos epidemias, separadas por más de 2.500 kilómetros, estén vinculadas», explicó el ministro.

«Aunque no esperábamos tener que hacer frente a la décima epidemia (en la historia del país) tan pronto, la detección del virus es un indicador del buen funcionamiento del sistema de control establecido», agregó. «Los comités éticos y científicos determinarán los tratamientos preventivos y curativos más apropiados para esta décima epidemia», dijo el ministro.

También explicó que el ébola es una enfermedad endémica en varias partes del país a causa de los ecosistemas de la selva ecuatorial por lo que «el Ministerio de Salud ya había

reforzado su sistema de vigilancia epidemiológica en todas las áreas de riesgo, incluyendo el norte de Kivu».

Nueva vacuna

El noveno brote de ébola se cobró 33 vidas, 21 sobrevivieron y en total se contabilizaron 54 casos. Entonces, las autoridades y sanitarios actuaron rápidamente y con herramientas con las que no se contaban desde el principio en otros brotes. Fue el caso de la vacuna (en total, 3199 personas fueron vacunadas) usada en ensayos clínicos en Sierra Leona y Guinea Conakri durante el terrible brote de 2014-2016.

«Es demasiado pronto para saber si la estrategia de vacunación ayudó a controlar este brote, pero lo que sí vemos es que ninguna de las personas que recibieron la vacuna contra el ébola», señaló a ABC Miriam Alía, experta en vacunación de MSF que trabajó durante todo el brote. Una de las grandes preocupaciones de Alía y su organización era que el personal sanitario estuviera protegido (para vacunarlos «tuvimos que usar motos, canoas y algunas veces caminar varios kilómetros por el bosque») y fuera capaz de identificar los casos sospechosos «para poder reducir la velocidad de propagación de la enfermedad y romper la cadena de contagios».

Fuente: ProMed

Muy baja prevalencia de tipos vacunales contra el virus del

papiloma humano entre las mujeres australianas de 18 a 35 años de edad 9 años después de la implementación de la vacunación

03/08/2018

Machalek D, Garland S, Brotherton J, Bateson D, McNamee K, Stewart M et al. Very low prevalence of vaccine human papillomavirus types among 18 to 35 year old Australian women 9 years following implementation of vaccination. *The Journal of Infectious Diseases* 2018;217:1590-1600

A raíz de la introducción de la **vacuna tetravalente frente al virus del papiloma humano** en Australia en 2007 en niñas de 12-13 años con una repesca de las de 14 a 26 hasta el año 2009, los autores evalúan el impacto del programa en cuanto a la prevalencia de tipos vacunales en mujeres de 18 a 35 años en el año 2015, mediante un estudio transversal en el que la comparan en mujeres de 18 a 24 y de 25 a 35 con la de mujeres de la misma edad reclutadas en 2005 a 2007.

Para la muestra de 2015 el registro de vacunas confirmó que la cobertura con tres dosis fue del 53.3% (65.0 y 40.3 en las de 18 a 24 años y en las de 25 a 35, respectivamente). La prevalencia de tipos incluidos en la vacuna tetravalente descendió del 22.7% en 2005-2007 y del 7.3% en 2010-2012, a 1.5% en 2015 (tendencia de la "p" <0.001) en las mujeres de 18 a 24 años, y del 11.8% en 2005-2007, al 1.1% en 2015 (tendencia de la "p" 0.001) para las mujeres de 25 a 35 años.

Los autores, a la vista de los resultados obtenidos, que suponen el mayor periodo de vigilancia descrito hasta ahora en programas poblacionales, concluyen que ha continuado el

descenso de la prevalencia en mujeres jóvenes, pero también en las de 25 a 35 años a pesar de coberturas no óptimas. La protección comunitaria y la efectividad de regímenes de menos de tres dosis probablemente también han contribuido a las reducciones observadas

[Muy baja prevalencia de tipos vacunales contra el virus del papiloma humano entre las mujeres australianas de 18 a 35 años de edad 9 años después de la implementación de la vacunación.](#)

La inmunidad humoral 10 años después de un booster (dosis de refuerzo) con una formulación combinada para adolescentes y adultos contra el tétanos, la difteria y tos ferina acelular de 5 componentes en los EE. UU.

03/08/2018

Pool V, Tomovici A, Johnson D, Greenberg D, Decker M. Humoral immunity 10 years after booster immunization with an adolescent and adult formulation combined tetanus, diphtheria, and 5-component acellular pertussis vaccine in the USA. *Vaccine* 2018;36:2282-2287

Ensayo clínico prospectivo, aleatorio que comenzó en los

Estados Unidos en 2001-2002 con adolescentes y adultos de 11 a 64 años, que recibieron en la infancia **vacuna DTP**, a los que se les administró una dosis de **vacuna Tdap** de cinco componentes de B pertussis o Td y fueron seguidos al año, tres, cinco y diez para evaluar las respuestas inmunes a los tres antígenos de la vacuna.

En esta fase se presentan los datos a los diez años de la vacunación en los de 11 a 17 años y en los de 18 a 64 años (175) vacunados con Tdap. Prácticamente todos los adolescentes de ambos grupos presentaban niveles de anticuerpos frente a difteria ≥ 0.1 UI/mL al mes de la vacunación que se mantuvieron en más del 95% de ellos a los cinco y diez años. En los adultos más del 94% tenían títulos protectores de **difteria** al mes que se mantuvieron en más del 80% a los cinco y diez años.

Respecto al **tétanos**, casi todos los participantes tenían ≥ 0.1 IU/mL a lo largo de todo el estudio.

Para **tosferina** los títulos frente a toxina pertussis cayeron a niveles prevacunales a los cinco años postvacunación. El resto de antígenos tosferinosos decayeron a los cinco y diez años pero permanecieron en niveles varias veces superiores a los prevacunales.

Los autores concluyen que sus resultados apoyan la recepción de una dosis adicional de Tdap a los cinco-diez años de la previa.

[La inmunidad humoral 10 años después de la vacunación de refuerzo con una formulación para adolescentes y adultos combinó la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tosferina acelular de 5 componentes en los EE. UU.](#)

Inmunogenicidad y seguridad de la vacuna conjugada cuadrivalente contra el toxoide del tétanos y el ACWY meningocócico (MenACWY-TT) en niños y adolescentes esplenectomizados o hiposplénicos: resultados de un estudio abierto, no aleatorizado, de fase III

03/08/2018

Klein N, Habanec T, Kosina P, Shah N, Kolhe D, Miller J et al. Immunogenicity and safety of the quadrivalent meningococcal ACYW-tetanus toxoid conjugate vaccine in splenectomized or hyposplenic children and adolescents: results of a phase III, open, non-randomized study. *Vaccine* 2018;36:2356-2363

Ensayo clínico fase III, abierto y controlado realizado entre 2012 y 2015 en catorce centros de los Estados Unidos y dos en la República Checa, para conocer la **seguridad e inmunogenicidad de una vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente** (conjugada con toxoide tetánico) en pacientes con **asplenia o esplenectomizados** de 1 a 17 años.

La inmunogenicidad la midieron con rSBA (1:8), hSBA (1:4) y ELISA para los polisacáridos ACYW. El estudio incluyó 40 participantes de asplénicos y el mismo número de controles sanos y se analizó por protocolo. En ambos grupos la primera

dosis de vacuna indujo rSBA entre el 92.5%-100% y hSBA entre el 55.6%-77.1% según el serogrupo analizado. Tras la segunda dosis mejoró las respuesta inmune alcanzando porcentajes de seroprotegidos (rSBA y hSBA) entre el 73.0% y el 100% según el serogrupo. Al comparar con los títulos basales, los GMT's para rSBA y hSBA se incrementaron en más de 13.1 veces. Se alcanzaron concentraciones (ELISA) de anticuerpos frente a los polisacáridos capsulares superiores a 2.0 microgramos/ml en más del 84.4% de vacunados.

Respecto a la seguridad, la incidencia de efectos adversos solicitados y no solicitados fueron comparables entre los dos grupos y no se registraron casos de nuevo comienzo de enfermedades crónicas.

Los autores concluyen que por primera vez que una o dos dosis de la vacuna MenACYW-TT induce respuestas de anticuerpos funcionales para los cuatro serogrupos en niños y adolescentes de alto riesgo.

[Immunogenicidad y seguridad de la vacuna conjugada cuadrivalente contra el toxoide del tétanos y el ACWY meningocócico \(MenACWY-TT\) en niños y adolescentes esplenectomizados o hiposplénicos: resultados de un estudio abierto, no aleatorizado, de fase III.](#)

Implementación de la vacunación MenACWY debido al

aumento en curso de la enfermedad meningocócica invasiva del serogrupo W en los Países Bajos

03/08/2018

Knol M, Ruijs W, Antonise-Kamp L, de Melker H, van der Ende A. Implementation of menACYW vaccination because of ongoing increase in serogroup W invasive meningococcal disease, the Netherlands, 2018. *Eurosurveillance* 2018;23(16):18.00158

Debido al aumento de la **enfermedad meningocócica por serogrupo W** en Holanda, se describe la epidemiología y las características microbiológicas de este incremento y cómo se va a realizar la implantación de la vacunación universal frente a ese serogrupo en el contexto de la **vacuna neumocócica conjugada ACYW**.

La tasa anual de enfermedad neumocócica invasiva por serogrupo W ha aumentado desde $<0.05/100.000$ antes de 2015 a $0.5/100.000$ (80 casos) en 2017, siendo la mayoría de los aislamientos del complejo clonal 11. La incidencia máxima se ha encontrado en los menores de cinco años ($0.92/100.000$), y muy especialmente en los menores de dos ($2.0/100.000$), y en los de 15 a 24 años ($0.81/100.000$). De 2015 a 2017 fallecieron 17 pacientes (12%), siendo seis de ellos de 15 a 24 años.

De las manifestaciones clínicas de los pacientes el 53% presentaron septicemia, el 15% meningitis, el 8% ambas manifestaciones. A la vista de este incremento las autoridades decidieron modificar la pauta de vacunación frente a EMI-C actualmente vigente por una que incluyera al serogrupo W, a partir del mes de mayo de 2018.

La **vacuna tetravalente conjugada** reemplazará a la monovalente

C de los catorce meses en ese mes, pero a partir de octubre 2018 también reemplazará a la monovalente de los adolescentes de 13-14 años. El objetivo básico de la nueva vacuna no es el de controlar el aumento de casos de manera inmediata – como hace el Reino Unido con su campaña de *catch-up*– sino el de evitar un mayor número de casos en el futuro.

[Implementación de la vacunación MenACWY debido al aumento en curso de la enfermedad meningocócica invasiva del serogrupo W, Países Bajos, 2018](#)

Aumenta el número de casos de sarampión en las Américas

03/08/2018

En poco más de un mes, en la región se confirmaron 787 nuevos casos de sarampión, y hay cientos de infecciones que aún están siendo estudiadas en 11 países, incluida Argentina, para establecer si se trata de sarampión. Los datos comienzan a generar inquietud sobre la capacidad de vigilancia y respuesta rápida de los países para contener los brotes y monitorear las migraciones.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cifra de afectados por sarampión desde Canadá hasta Argentina creció en un 46.7% en seis semanas (de 1685 a 2472). La mayoría son venezolanos y brasileños.

De ahí la recomendación de la OPS a las autoridades sanitarias de los países miembros de “brindar una respuesta rápida” a los casos importados para que no vuelva a instalarse la transmisión endémica en los países. También se aconseja monitorear la llegada de extranjeros, además del

desplazamiento interno de grupos poblacionales. Esto es garantizarles el acceso a la vacunación.

Es que para que la población esté protegida contra esta infección viral muy contagiosa (una persona infectada puede propagar el virus cuando tose o estornuda) la OPS recuerda que el nivel de cobertura óptima con la primera y la segunda dosis de la vacuna triple viral (el esquema aconsejado al año y al ingreso escolar) debe alcanzar al 95% de la población en todas las jurisdicciones.

“Los datos muestran que desde la actualización epidemiológica del 8 de junio pasado, cuando se reportaron 1685 casos, la cantidad de contagios nuevos se incrementó en más del 45%, al haberse declarado 787 casos más que en el reporte anterior. Más del 92% de todos los afectados, así como la gran mayoría de los nuevos casos, se registraron en Brasil y en Venezuela”, informó a través de un comunicado la filial para América de la Organización Mundial de la Salud.

Los registros indican que Venezuela y Brasil acumulan poco más del 90% de los casos en la región (ver aparte), seguidos de los Estados Unidos, Canadá y México, con 115 casos confirmados, además de Colombia, con 40 casos, y Ecuador, Perú, Guatemala y Antigua y Barbuda, además de la Argentina.

En tanto, el comité ejecutivo de la OPS, que se reunió en Washington el mes pasado, difundió recomendaciones para Venezuela, donde se propagan con rapidez brotes de varias enfermedades infecciosas y desde donde parte un gran flujo migratorio a otros países. Entre esas sugerencias está “elaborar y ejecutar urgentemente un plan de acción para detener la transmisión del sarampión y la difteria”.

En Argentina, la semana pasada, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta con nuevas recomendaciones para los equipos de salud. También, el comunicado incluyó información sobre un nuevo caso. Se trata de un bebé de 10 meses de la

provincia de Buenos Aires que es el sexto confirmado en el país desde marzo pasado. Y es el cuarto en menores de un año, edad a la que se recomienda la primera dosis de la vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubéola), según el calendario nacional de inmunizaciones.

El primero, en marzo, fue una beba de 8 meses que, según lo que informaron las autoridades sanitarias porteñas, se contagió en la sala de espera de un sanatorio privado de la ciudad de Buenos Aires. Ahí, había coincidido con un joven de 21 años con la infección, que había regresado de un viaje por Tailandia. Las características del virus que había enfermado a la menor coincidieron con el genotipo circulante en ese país asiático.

Al mes siguiente, se confirmó un tercer caso en una mujer de 26 años que regresó con síntomas de un viaje por Singapur, Camboya y Tailandia. Este mes, se informaron los tres restantes, todos en menores de un año: un varón de 5 meses y una pequeña de 6 meses que coincidieron en el Hospital de Niños Pedro de Elizalde.

Durante la investigación epidemiológica para dar con la fuente del contagio, el Ministerio de Salud porteño detectó que en la jurisdicción se había atendido otro bebé, de 10 meses, con síntomas, el mes pasado. El informe actualizado de la OPS registra para la Argentina cinco casos, ya que se difundió días antes de la alerta que emitió el jueves pasado el Ministerio de Salud de la Nación con el sexto caso confirmado.

“Es importante recordar que el sarampión es muy contagioso. Contagia cuatro días antes y cuatro días después del comienzo de la erupción, por lo cual cuando una familia consulta a un hospital o centro de salud hay que armar mecanismos para que no tenga largas horas de espera en una guardia, sino que rápidamente se lo pueda etiquetar, colocar barbijo y ser atendidos en un lugar separado en función de cada institución”, señaló por escrito Ángela Gentile, titular de la

Comisión Nacional para la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita.

La comisión de especialistas que convocó la cartera sanitaria nacional la semana pasada aconsejó fortalecer la vigilancia epidemiológica; intensificar las acciones de vacunación; establecer un mecanismo de rápida clasificación (de los pacientes según los síntomas sospechosos) en las guardias de los hospitales y los centros de salud privados de la ciudad y la provincia de Buenos Aires, y mantener el inicio de la campaña de refuerzo de la vacunación contra el sarampión y la rubéola para octubre próximo.

Quiénes deben vacunarse

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar una dosis de vacuna triple viral (sarampión-rubéola-paperas).
- Mayores de 5-6 años: deben acreditar dos dosis de vacuna con doble o triple viral después del primer año de vida
- Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son consideradas inmunes.

Fuente: ProMED

Sanofi envía la primera dosis de vacuna contra la gripe para la temporada 2018-2019

03/08/2018

El laboratorio Sanofi Pasteur ha iniciado los envíos de la **vacuna antigripal** para la temporada gripal entrante y tiene

previsto fabricar alrededor de 70 millones de dosis. Esta cantidad es similar a la de la temporada anterior pero con un reparto distinto ya que va a incrementar la fabricación de Flublok tetravalente y Fluzone High Dose.

Respecto a la primera es la primera vacuna recombinante y se produce en células de insecto con lo que es alta la concordancia de la hemaglutinina. Respecto a la otra vacuna, contiene una alta cantidad de hemaglutinina para generar una mayor respuesta inmune en los de 65 años o más.

Según las cifras de ventas Sanofi es el mayor productor mundial de vacunas con unas ventas en 2017 de mil quinientos millones de dólares.

Sanofi envía la primera dosis de vacuna contra la gripe para
la temporada 2018-2019