

Viajeros

09/12/2018

Los viajeros correctamente vacunados en la infancia que vayan a zonas de riesgo solo necesitan una dosis de recuerdo con VPI. Los viajeros mal vacunados o en situación vacunal desconocida recibirán tres dosis: las dos primeras con un intervalo de 4-8 semanas y la tercera a los 6-12 meses^{8,9}.

Mientras no se haya alcanzado la erradicación de la enfermedad, existe riesgo de contagio en los países endémicos (fig. 3).

La infección no solo puede afectar a los niños, sino también a los adultos no inmunizados o vacunados de forma incompleta. Además, los viajeros infectados actúan de vectores y podrían reintroducir el virus en países actualmente libres de la enfermedad.

Según la Declaración del Comité de Emergencia de la OMS¹⁰, la situación actual de la poliomielitis en febrero de 2018 es:

- Países con WPV1 (virus salvaje), cVDPV1 o cVDPV3 (virus derivados de las vacunas circulantes) con riesgo de propagación internacional: Afganistán (14 casos en 2017), Pakistán (8 casos en 2017) y Nigeria (0 casos en 2017, pero 20 en 2016).

Figura 3.

Países con virus de la poliomielitis circulante en los que la OMS recomienda vacunación a los viajeros que llegan o salen del país, actualización 29 de abril de 2015 (Fuente: OMS)



- Países con cVDPV2 (virus vacunal) con riesgo de propagación internacional: República Democrática del Congo (21 casos en 2017), Nigeria y Siria (74 casos en 2017).
- Países donde ya no circulan WPV1 ni cVDPV, pero que siguen siendo vulnerables a la reinfección: Camerún (último caso en 2014), República Centroafricana (último caso en 2011), Chad (último caso en 2014) y Níger (último caso en 2012).
- Para todos aquellos viajeros que se dirijan a los 10 países señalados, así como para aquellos viajeros emisores o residentes en los países afectados, la OMS ha emitido una serie de recomendaciones temporales cuyo objetivo principal es detener la propagación del poliovirus salvaje hacia las zonas libres de poliomielitis en el mundo¹².

Estas recomendaciones dirigidas a los viajeros a países con circulación activa de poliovirus se basan fundamentalmente en la actualización de su calendario vacunal frente a la poliomielitis y en la administración de aquellas vacunas de la

poliomielitis que se consideren oportunas, tras la evaluación personalizada de dicho calendario vacunal, el destino de viaje (países exportadores y no exportadores de poliovirus salvaje, pero infectados), la duración de la estancia y el motivo del viaje.

A todos los viajeros vacunados se les suministrará un certificado de vacunación internacional o profilaxis (RSI2005), que acredita la vacunación, el cual podrá ser exigido en los países señalados.

Vacunas disponibles

09/12/2018

La vacuna atenuada oral (VP0) se introdujo en España en el año 1963. En 1975 se implantó en el calendario vacunal con la siguiente pauta: tres dosis a los 3, 5, 7 meses y dosis de recuerdo a los 15 meses y los 6 y 14 años⁷.

En el año 2004 se cambió la VP0 por la VPI, con tres dosis (2, 4, 6 meses) y una de recuerdo (15-18 meses).

La VP0 es una vacuna de virus vivos atenuados que incluye los serotipos 1, 2 y 3. Según la OMS, se recomienda como estrategia global para la erradicación de la enfermedad en aquellos países donde existen casos de poliomielitis por virus salvaje. También estaría indicada para el control de brotes epidémicos.

El principal problema de la VP0 es el riesgo de desarrollar poliomielitis paralítica en el vacunado o sus contactos, en especial si padecen alguna inmunodeficiencia (alteración del sistema de defensa contra las infecciones).

En el año 2004 también se cambió en España la VPO por la VPI. Dicho cambio se justificaba por la disminución del número de casos (situación epidemiológica favorable) y por disminuir el riesgo de poliomielitis paralítica asociada a la vacunación oral generalizada.

La VPI utilizada actualmente en España en el calendario vacunal es tan efectiva como la oral, sin el riesgo de provocar poliomielitis posvacunal. Se utiliza como vacuna combinada junto con otras vacunas (tetraivalente, pentavalente o hexavalente), lo que permite incrementar el número de vacunas sin aumentar los pinchazos.

Vacunas contra la poliomielitis

- VPI monovalente (Imovax Polio®), disponible a través de medicamentos extranjeros.
- VPI en combinación con otras vacunas (tetraivalente, pentavalente o hexavalente) según el calendario vacunal vigente.

Pautas de vacunación

- Vacunación sistemática según el calendario vacunal del año 2018: pauta con VPI con tres dosis (2, 4, 11 meses) y una de recuerdo (6 años) (Figura 2).

Situaciones especiales

- Personas que han recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos por pérdida de la inmunidad.
- La VPI puede administrarse sin riesgo a personas con alteración de su sistema inmunitario, así como en convivientes.
- Puede utilizarse en gestantes siempre que la situación

epidemiológica lo requiera (viaje a zona endémica o exposición a casos importados).

VACUNACIÓN	EDAD									
	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años
Poliomielitis		VPI	VPI	VPI				VPI ^(a)		
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa ^(a)		Td
Haemophilus influenzae b		Hib	Hib	Hib						
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV		TV			
Hepatitis B ^(b)	HB ^(b)	HB	HB	HB						
Enfermedad meningocócica C			MenC ^(c)		MenC				MenC	
Varicela						VVZ	VVZ		VVZ ^(d)	
Virus del Papiloma Humano									VPH ^(e)	
Enfermedad neumocócica		VCN1	VCN2	VCN3						

^(a) Se administrar la vacuna combinada DTPa/VPI a los niños vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de 6 años. Los niños vacunados con pauta 3+1 recibirán DTPa.

^(b) Pauta 0, 2, 4, 11 meses. Se administrar la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada y la vacunación de hijos de madres portadoras de Ag HBs en las primeras 24 horas de vida junto con administración de inmunoglobulina HB.

^(c) Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

^(d) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

^(e) Vacunar solo a las niñas con 2 dosis.

Información general

09/12/2018

MENINGOCOCO

LA ENFERMEDAD

La enfermedad meningocócica es una infección bacteriana causada por *Neisseria meningitidis* o meningococo. El meningococo es un microorganismo diplococo gramnegativo que se divide antigénicamente en al menos 12 serogrupos, de estos, solo seis causan enfermedad meningocócica invasiva (EMI): A, B, C, W, X e Y. Los serogrupos B y el C han sido los predominantes en las últimas décadas en los países occidentales. Actualmente, en los países de nuestro entorno la enfermedad causada por los serogrupos Y y W muestra una

tendencia ascendente aunque el serogrupo B permanece como la causa principal de EMI en España.

Manifestaciones clínicas

La forma clínica más frecuente de presentación es la meningitis, seguida de la septicemia (infección en la sangre) o una combinación de las mismas. Se puede presentar con otras formas menos frecuentes entre las que se encuentran: neumonía, endocarditis, pericarditis, artritis, conjuntivitis, uretritis o faringitis.

La meningitis es la inflamación de las membranas que envuelven el cerebro y la médula espinal. La sepsis meningocócica o infección en la sangre es una forma más grave y con mayor posibilidad de producir la muerte en comparación con la meningitis.

Los signos y síntomas típicos de la meningitis y la sepsis meningocócica son: fiebre, dolor de cabeza intenso, rigidez de nuca, fotofobia (rechazo de la luz), estado confusional, aletargamiento, convulsiones, respiración agitada, manos o pies fríos, náuseas y vómitos. La sepsis se caracteriza por la presentación de fiebre y exantema petequial, a menudo asociada con hipotensión, *shock* y fallo multiorgánico. El exantema típico que aparece en la sepsis meningocócica no desaparece al presionarlo, por lo que, al comprimir con un vaso de cristal transparente la zona de la piel afectada por el exantema, las manchas no desaparecen y se pueden ver a través del vaso.

Los síntomas descritos pueden aparecer en cualquier orden y algunos pueden no aparecer.

La enfermedad causada por el serogrupo W se asocia con una presentación atípica, que incluye neumonía, artritis séptica, endocarditis y epiglotitis.

En los adolescentes, los síntomas asociados al serogrupo W son inusuales, con gastroenteritis, diarrea y sin fiebre.

La enfermedad puede desarrollarse de forma muy rápida, puede originar la muerte en aproximadamente el 10% de los casos y el 10-20% de los pacientes pueden quedar con secuelas (sordera, ceguera, problemas mentales, etc.).

Formas de contagio

El ser humano es el único portador de *N. meningitidis*. El meningococo coloniza la mucosa de la nasofaringe y se transmite de forma directa de persona a persona por secreciones de la vía respiratoria (gotitas de Pflügge) a través de un contacto estrecho y prolongado con enfermos o portadores asintomáticos. La tasa de portadores asintomáticos puede situarse en alrededor del 10% de la población sana, pero es mayor en los adolescentes (hasta el 25%); sin embargo, el riesgo de progresar a enfermedad invasora es pequeño.

El periodo de incubación suele ser de 3-4 días (rango de 2 a 10). La posibilidad de transmisión desaparece a las 24 horas de iniciar el tratamiento antibiótico adecuado.

Entre los factores que favorecen el desarrollo de la enfermedad meningocócica destacan, entre otros, la exposición al humo de tabaco, el padecimiento reciente de otra enfermedad, vivir en condiciones de hacinamiento y el intercambio de saliva (toses, estornudos, besos). Entre los grupos con mayor riesgo de padecer la enfermedad se encuentran las personas con déficits de los componentes del complemento (C5-C9, properdina o factor D), aquellas en tratamiento con eculizumab y las que presentan asplenia anatómica o funcional. También se ha descrito como factor de riesgo laboral el trabajar en un laboratorio con muestras que puedan contener meningococos (técnicos de laboratorio y microbiólogos).

Contacto con un caso de enfermedad meningocócica

Haber sido contacto de un caso cercano de meningitis no implica necesariamente un riesgo elevado de padecer la enfermedad; hay que tener en cuenta que el riesgo en general

es bajo entre los contactos, siendo mayor entre los convivientes domiciliarios. En cualquier caso, es necesaria una adecuada evaluación de la situación por un médico, que será la que nos indicará las medidas a seguir.

En general, las medidas, cuando están indicadas, pueden consistir en la administración de antibióticos, de la vacuna o de ambos.