

# Aumento de casos de sarampión en Estados Unidos

16/12/2018

El sarampión está retornando en todo el mundo y también en los Estados Unidos. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) declararon esta semana que se han confirmado 226 casos adicionales de sarampión en 26 estados de la unión y en el Distrito de Columbia.

Los estados afectados son los siguientes: Arkansas, California, Connecticut, Florida, Illinois, Indiana, Kansas, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, Nevada, New Jersey, New York, Carolina del Norte, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Carolina del Sur, Tennessee, Texas, Virginia y Washington.

El reporte de la agencia incluyó a 220 casos reportados a los departamentos de salud locales y estatales hasta el 3 de Noviembre último; y se compara con la cifra de 120 casos para los Estados Unidos durante todo el año 2017. Hasta la fecha, en el año 2018 se han reportado por lo menos 15 brotes de sarampión.

Los CDC señalaron que el aumento en el número de casos de sarampión en los Estados Unidos puede rastrearse hasta brotes en países hacia donde los estadounidenses viajan con frecuencia, incluyendo a Inglaterra, Francia, Alemania, India, las Islas Filipinas y Vietnam.

Del mismo modo, la agencia señaló que el sarampión está diseminándose en los Estados Unidos en las comunidades con personas no vacunadas. Por ejemplo, en el año 2017, 75 personas enfermaron en una comunidad somalí-estadounidense en Minneapolis, con una pobre cobertura de vacunación. Un brote de sarampión que abarcó a varios estados de la unión en el año

2015 – 147 casos – fue rastreado en cuanto a su origen en un parque de diversiones en California; y, as u vez, esta ocurrencia se originó en un brote de sarampión a gran escala en las Islas Filipinas en el año 2014. Comunidades Amish no vacunadas en Ohio enfermaron en una forma desproporcionada en un brote en el año 2014 asociado con el citado brote que ocurrió en las Islas Filipinas.

La meta establecida por los CDC de eliminar el sarampión en los EE.UU. para el año 1978 se quedó corta; los programas ampliados de inmunización llevaron a que la agencia recién declarara la eliminación del sarampión en los Estados Unidos para el año 2000.

Algunos padres rehusan que sus hijos sean vacunados sobre la base de afirmaciones erróneas en diversas partes del mundo, las cuales relacionan a las vacunas con el autismo, pero los CDC y las agencias de salud global, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan que los niños reciban dos dosis de la vacuna contra sarampión y rubéola o de la vacuna contra el sarampión-paperas y rubéola.

Para tener una idea acerca de qué tan contagioso es el virus del sarampión, una persona no vacunada o inmune que comparte un espacio cercano con una persona infectada que estornuda o tose, tiene una probabilidad de 90 por ciento para contraer la enfermedad.

El virus es abundante; y puede subsistir hasta por dos horas en el espacio de aire en donde la persona infectada ha tosido o estornudado. Y las personas que tienen sarampión pueden diseminar dicha condición desde cuatro días antes de la aparición del rash hasta cuatro días después que se haya desvanecido dicha erupción cutánea.

A nivel global, los casos de sarampión han aumentado en un 30 por ciento en el año 2017; y se estima que la enfermedad segó la vida de unas 110,000 personas, de acuerdo con la OMS. La

principal razón para tal aumento en Europa, en donde 41,000 personas se infectaron en los seis primeros meses del año 2018, fue la negativa de los padres para que sus niños sean vacunados, señaló la agencia global especializada en salud.

Fuente: ProMED

---

## **Efecto del uso de estatinas en el riesgo de enfermedad respiratoria aguda asistida médicamente en ancianos vacunados contra la gripe**

16/12/2018

Chiu H, Shen L, Chen Y et al. Effect of statin use on the risk of medically attended acute respiratory illness among influenza vaccinated elderly. *Vaccine* 2018;36:6133-6137

Las estatinas, por su efecto inmunomodulador, pueden reducir la respuesta inmune a la vacuna de gripe. No obstante, son escasos los datos relativos a su efecto en cuanto a la efectividad frente a la enfermedad respiratoria aguda atendida médicamente (ERAAM).

Por ello, los autores diseñan un estudio retrospectivo de cohortes utilizando datos del sistema nacional de aseguramiento de Taiwan, relativos a adultos de 66 o más años que estuvieran vacunados frente a la gripe entre 2007-2008 y 2012-2013, para comparar los ERAAM entre los que estuvieran -o no- tomando estatinas durante la vacunación antigripal.

Incluyeron en el análisis a 440180 adultos y, en general, el riesgo de ERAAM fue mayor en los que tomaban estatinas (OR: 1.03 con IC 95%: 1.02-1.05). La exposición a estatinas tras la vacunación se asoció con un mayor riesgo de ERAAM (OR: 1.05 con IC 95%: 1.02-1.07). Al analizar por tipos de estatinas, la simvastatina y la lovastatina se asociaron con un incremento significativo de ERAAM (OR para la primera de 1.14 con IC 95%: 1.10-1.18 y OR para la segunda de 1.18 con IC 95%: 1.12-1.25).

Concluyen que la exposición a estatinas en el anciano vacunado de gripe se asocia con un riesgo incrementado de ERAAM, y especialmente para dos de ellas. Falta por explorar las diferencias entre ellas y los mecanismos inmunomodulatorios subyacentes.

[Efecto del uso de estatinas en el riesgo de enfermedad respiratoria aguda asistida médicamente en ancianos vacunados contra la gripe](#)

---

## **Riesgo de recurrencia de un episodio hipotensor hipotónico en dos clínicas de inmunización especializadas en Australia**

16/12/2018

Crawford N, McMinn A, Royle J et al. Recurrence risk of a hypotonic hyporesponsive episode in two Australian specialist immunisation clinics. *Vaccine* 2018;36:6152-6157

Análisis retrospectivo de los episodios de hipotonía-hiporreactividad (EHH) reportados a dos centros pediátricos terciarios australianos (Melbourne y Sidney), con especialistas en Vacunología, entre los años 2006 y 2011 en el primero y entre 1997 y 2014 en el segundo, para conocer el riesgo de recurrencias tras un primer episodio.

Los criterios de definición del EHH fueron los del Brighton Collaboration contemplado tres niveles de certeza diagnóstica. Se identificaron 235 casos de EHH (135 en Melbourne y 100 en Sidney) de los que el 47% eran mujeres y el 67% aparecieron tras las primeras dosis rutinarias del calendario del país a las 6-8 semanas de edad. El tiempo medio entre vacuna y aparición del cuadro fue 120 minutos (1 minuto a 14 días). Apareció un EHH inmediato (primeros 30 minutos) en el 43% de las ocasiones y el 74% eran de nivel 1 de Brighton Collaboration. Globalmente recibieron subsiguientemente vacunas bajo supervisión hospitalaria el 37% (43% en Melbourne y 28% en Sidney). La tasa de recurrencia llegó al 3% (IC 95%: 1-6), curiosamente solo en Melbourne y a la edad media de 3.1 años (los pacientes estaban al día en relación al calendario de vacunación).

Los autores concluyen que sus hallazgos resaltan la importancia de las clínicas especialistas en Vacunología como apoyo a los programas nacionales de vacunación, llevando a cabo la evaluación y seguimiento de los EHH.

[Riesgo de recurrencia de un episodio hipotensor hipotónico en dos clínicas de inmunización especializadas en Australia](#)

---

# **Inmunogenicidad y seguridad de una segunda dosis de refuerzo de una vacuna contra la tos ferina acelular combinada con un reducido contenido de antígeno toxoides difteria-tétanos 10 años después de un primer refuerzo en la adolescencia**

16/12/2018

Kovac M, Kostanyan L, Mesaros N et al. Immunogenicity and safety of a second booster dose of an acelular pertussis vaccine combined with reduced antigen content diphtheria-tetanus-toxoid 10 years after a first booster in adolescence: an open, phase III, non-randomized, multi-center study. Hum Vacc Immunother 2018;14:1977-1986

Ensayo clínico fase III no aleatorio y multicéntrico para evaluar la **inmunogenicidad y seguridad de la vacuna difteria, tétanos y tosferina acelular de baja carga (Tdap)** en voluntarios de 19 a 30 años que recibieron diez años antes un primer recuerdo de esa vacuna o de Td. En total recibieron Tdap+Tdap 128 y 37 la vacuna Td+Tdap.

Tras la recepción de ambas vacunas, todos los participantes alcanzaron seroprotección frente a difteria y tétanos. Las respuestas inmunes a una segunda dosis de Tdap no fueron inferiores a las producidas por una primera dosis de Tdap en el grupo Td, para difteria y tétanos y a tercera dosis de DTPa

administrada en la infancia para los antígenos de tosferina. Respecto a los efectos adversos, la incidencia fue similar en ambos grupos sin haberse reportado ningún efecto adverso de carácter grave.

Los autores concluyen que los resultados obtenidos apoyan la administración de un segundo booster decenal con el objetivo de aumentar la protección y prolongar la inmunidad para los tres antígenos contenidos en la vacuna.

[Inmunogenicidad y seguridad de una segunda dosis de refuerzo de una vacuna contra la tos ferina acelular combinada con un reducido contenido de antígeno toxoides difteria-tétanos 10 años después de un primer refuerzo en la adolescencia: un estudio abierto, de fase III, no aleatorizado, multicéntrico](#)

---

## **Inmunogenicidad y seguridad de la dosis doble versus la dosis estándar de la vacuna contra la gripe de temporada en receptores de trasplantes de órganos sólidos: un ensayo controlado aleatorio**

16/12/2018

Mombelli M, Rettby N, Perreau M et al. Immunogenicity and safety of double versus standard dose of the seasonal influenza vaccine in solid-organ transplant recipients: a

randomized controlled trial. *Vaccine* 2018;36:6163-6169

Ensayo clínico aleatorio y controlado cuyo objetivo es el de comparar la seguridad e inmunogenicidad de una dosis doble (30 microgramos de hemaglutinina distribuida en dos dosis de 15 microgramos en cada deltoides) de **vacuna antigripal trivalente inactivada** versus una dosis convencional en trasplantados de riñón e hígado mayores de 18 años y realizado entre octubre 2014 y enero 2015.

En el estudio se incluyeron 79 trasplantados de órgano sólido de los que 40 recibieron dosis doble (7 de hígado y 33 de riñón) y 39 (9 de hígado y 30 de riñón) la convencional. La media de tiempo entre el trasplante y la vacunación fue de 40 y 23 meses, respectivamente. Todos estaban bajo medicación inmunosupresora pero ninguno había recibido rituximab o inmunoglobulinas intravenosas en los últimos doce meses. La mayoría, en ambos grupos, habían sido vacunados de la gripe en la temporada anterior. El 40% de los vacunados con dosis dobles y el 26% de los convencionales respondieron a la vacunación. Los primeros, además, estuvieron más seroprotectados a todas las cepas gripales (88% vs 69% con  $p=0.048$ ). Los GMT postvacunales fueron de 131.9 vs 89.7 ( $p=0.187$ ), 184.5 vs 138 ( $p=0.182$ ) y 96.6 vs 68.8 ( $p=0.081$ ), para las gripes H1N1, H3N2 y B, para las dosis dobles y convencionales, respectivamente.

La seguridad para ambos grupos fue similar. Los autores concluyen que las dosis dobles de vacuna son seguras e inmunógenas pudiendo aumentar la respuesta humoral en receptores de trasplante de órgano sólido.

[Inmunogenicidad y seguridad de la dosis doble versus la dosis estándar de la vacuna contra la gripe de temporada en receptores de trasplantes de órganos sólidos: un ensayo controlado aleatorio.](#)

