

# La UE aprueba la primera vacuna contra el dengue

19/12/2018

La UE ha aprobado la comercialización de [la primera vacuna contra el dengue](#) que ha llegado a la práctica diaria. El medicamento, del laboratorio Sanofi, ya se usa en algunos países donde la enfermedad es endémica ([el primero fue Filipinas en 2016](#)), pero las autoridades europeas no lo habían considerado hasta la fecha.

Dos son las causas de este aparente retraso. La primera, que aunque el dengue es la enfermedad viral transmitida por mosquitos más habitual (se calcula que cada año la contraen hasta 390 millones de personas, [según la Organización Mundial de la Salud, OMS](#)), en la mayoría de los casos es tan leve que ni siquiera aparecen síntomas (la OMS afirma que 96 millones al año). Y, de estas, apenas 500.000 necesitaron hospitalización, y fallecieron el 2,5% (unas 12.500).

La segunda, explica Marta Díaz, del departamento de Enfermedades Tropicales del Hospital Carlos III de Madrid, son las limitaciones del producto. Tras detectar problemas durante su uso en países con dengue endémico (aproximadamente la mitad de la población mundial, toda la que vive entre los trópicos, está en zonas donde se transmite la enfermedad) se decidió limitar su uso a personas entre 9 y 45 años y que hubieran superado ya un caso de infección, porque si no se vio que había problemas. “Esto supone hacer pruebas previas, lo que no sucede con otras vacunas, y encarece el resultado”, afirma Díaz.

Con estas condiciones, la vacuna “no está indicada para viajeros”, que en principio sería la población europea que podría beneficiarse del medicamento, indica la especialista, pero sí podría ser de interés para los territorios europeos de

ultramar (islas sobre todo francesas y británicas del Caribe y el Pacífico).

Los problemas para el uso de la inmunización hacen que la OMS haya suspendido su cualificación (recomendar su uso). Tampoco Médicos sin Fronteras (MSF) ha mostrado un gran interés. “Recientemente ha sido aprobada una vacuna tetravalente [para las cuatro cepas del virus existente] que puede llegar a tener un impacto en la reducción de las formas graves, pero es necesaria más investigación para que pueda usarse a gran escala en los países afectados”, afirma la ONG en su web. Una de sus especialistas indica que ellos no la usan, pero que las vacunas para parásitos son complicadas y hay otros proyectos en marcha.

Sin embargo, el hecho de que exista una vacuna, aunque limitada y basada en virus inactivados, con una eficacia superior al 60%, que debe inyectarse en tres tomas, es un primer paso ante un desarrollo más completo para el futuro, admite Díaz. Y hay que tener en cuenta que el dengue, transmitido por los mismos mosquitos que el zika o el chikunguña, los Aedes, está en expansión. De África ha pasado al resto de países tropicales. Por ejemplo, en América Latina no hubo ninguno que tuviera casos graves en 1981. En 2003 llegaba de México a Brasil, según el Centro para el Control de Enfermedades de EE UU. La oficina de la OMS en la región afirma que [los casos se han quintuplicado en 10 años.](#)

La expansión del mosquito y la explosión demográfica, con las aglomeraciones de las ciudades, son un factor que explica que este avance, señala MSF. En España, por ejemplo, este año se han registrado [seis casos de transmisión autóctona,](#) debido a la presencia del mosquito tigre, que se ha asentado en el país.

Además, el hecho de que el zika, el chikunguña y la fiebre amarilla compartan vía de transmisión apunta a que quizá los avances en la vacuna para uno de ellos ayude en la búsqueda de

barreras preventivas para el otro.

Fuente: [El País](#)

---

# Eficacia relativa de las vacunas contra la gripe de cultivo celular y de huevo en los ancianos de los EE. UU

19/12/2018

Un estudio retrospectivo de cohortes publicado en la edición on line de *The Journal of Infectious Diseases* y llevado a cabo en los Estados Unidos, en el que se han evaluado cinco tipos de **vacuna antigripal** en más de trece millones de personas mayores de 65 años en la temporada 2017/18, ha concluido que para el subtipo de virus A, H3N2, las vacunas producidas en cultivo celular tienen una mayor efectividad relativa, alrededor de un 10% respecto a las tetravalentes producidas en huevo, en cuanto a evitar hospitalizaciones y visitas a los dispositivos asistenciales como consecuencia de la gripe.

Otra vacuna que también demostró cierta superioridad respecto a las vacunas convencionales fue la vacuna de alta carga antigénica producida en huevo. La efectividad de esta última no fue significativamente distinta a la vacuna de cultivo celular, por lo que los autores de este artículo y los de una editorial acompañante se plantean si hay otros factores, al margen de la adaptación al huevo del subtipo H3N2, que expliquen las diferencias observadas.

[Eficacia relativa de las vacunas contra la gripe de cultivo](#)

[celular y de huevo en los ancianos de los EE. UU., 2017–18](#)

[Estudio: la vacuna contra la gripe basada en células es un poco mejor que la basada en huevos](#)

---

# Información general

19/12/2018

## POLIOMIELITIS

### LA ENFERMEDAD

La poliomielitis<sup>1</sup> o parálisis infantil es una enfermedad de origen vírico muy contagiosa que puede afectar de forma grave al sistema nervioso y producir una parálisis permanente e incluso la muerte por fallo de la musculatura respiratoria.

### Manifestaciones clínicas

La poliomielitis es una infección muy contagiosa, cuya causa es un poliovirus (enterovirus) RNA (serotipos 1, 2 y 3). El reservorio es exclusivamente humano, y el virus se aloja en la garganta y el intestino.

La transmisión es de persona a persona, por vía fecal-oral, heces o aguas contaminadas, y en los países donde aún existen casos de poliomielitis el 95% ocurren en niños menores de 5 años. La inmunidad frente a un serotipo no confiere inmunidad frente a los otros dos serotipos.

El poliovirus 3 se detectó por última vez en noviembre de 2012 en Nigeria. El poliovirus 2 salvaje se considera erradicado

desde 2015. Actualmente solo se mantiene la circulación del poliovirus 1.

La mayoría (95%) de las infecciones son asintomáticas. Los casos sintomáticos presentan varias fases:

- Fase febril o catarral: astenia, anorexia, dolores musculares y fiebre.
- Fase clínica: la forma más grave es la afectación del sistema nervioso (cerebro y médula espinal), con manifestaciones de meningoencefalitis (meningitis aséptica) y poliomyelitis paralítica, que se inicia en los miembros inferiores y va ascendiendo, pudiendo afectar a los músculos respiratorios y provocar una parálisis respiratoria. Ocurre en el 0,1% de los casos.
- Evolución: desde la recuperación total hasta parálisis (1% casos) con invalidez permanente, e incluso la muerte por parada de la musculatura respiratoria.
- Síndrome pospoliomyelitis<sup>2</sup>: aparición tardía de síntomas como debilidad muscular, alteraciones de la sensibilidad, exacerbación de los síntomas musculares o nuevos síntomas en personas que tuvieron la enfermedad en la infancia. Se desconoce el mecanismo de producción de estos efectos tardíos. Para su diagnóstico se utilizan los criterios de March of Dimes:
  1. Haber sufrido una poliomyelitis aguda con afectación motora, confirmada por la historia clínica, atrofia muscular, parálisis o paresia, y signos de denervación en el electromiograma.
  2. Periodo de estabilización de los síntomas clínicos tras la poliomyelitis aguda de al menos 15 años.
  3. Instauración aguda o progresiva de nuevo déficit muscular o fatigabilidad anormal con o sin fatiga generalizada, nueva atrofia muscular o dolor muscular

o articular. Con menos frecuencia, los síntomas pueden incluir problemas respiratorios o disfagia.

4. Los nuevos síntomas deben durar al menos 1 año.
5. Debe excluirse como causa de los síntomas procesos neurológicos, médicos u ortopédicos.

## **Formas de contagio**

El principal factor de riesgo es el contacto personal con un enfermo, a través de la vía fecal-oral, saliva, heces o aguas contaminadas. También puede contagiarse por vía oral-oral.