La vacunación contra la gripe cada año puede salvar la vida de pacientes con insuficiencia cardíaca

12/12/2018

La *American Heart Association* ha emitido un comunicado a raíz de un estudio nacional de cohortes llevado a cabo en Dinamarca y publicado en la edición on line de la revista *Circulation*, en el que dice que recibir la **vacuna antigripal** todos los años puede salvar la vida en pacientes con fallo cardíaco.

En el estudio se analizaron 134.048 pacientes recientemente diagnosticados de esa patología y que se siguieron durante un periodo de doce años. Encontraron, entre otros hallazgos, que la vacuna se asociaba con una reducción del 18% de muertes prematuras. El líder de la investigación, Daniel Modin, espera que el estudio convenza a los médicos de lo importante que es la vacunación para sus enfermos.

Las vacunas regulares contra la gripe pueden salvar la vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca

> Vacuna contra la influenza en la insuficiencia cardíaca: número acumulativo de vacunas, frecuencia, sincronización y supervivencia: un estudio danés de cohorte a nivel nacional

El desabastecimiento de la vacuna adyuvada de subunidades frente al herpes zóster

12/12/2018

Según algunas agencias de noticias, los desabastecimientos de **la vacuna adyuvada de subunidades frente al herpes zóster** persistirán a lo largo del próximo año 2019. Esos desabastecimientos están provocados, en parte, por la inusitada demanda de vacuna en los Estados Unidos.

Desde el mes de septiembre ya se han distribuido en ese país cerca de siete millones dosis. La vacuna se elabora en Bélgica y se están elaborando protocolos críticos con el objetivo de reducir el tiempo de producción.

Continuará el desabastecimiento de la vacuna adyuvada de subunidades frente al herpes zóster

---

Brote de varicela en Carolina del Norte por bajas tasas de

vacunación por motivos religiosos

12/12/2018

Carolina del Norte registra el peor **brote de varicela** después de dos décadas en que Estados Unidos había erradicado por completo el mal. Se trata de 36 casos localizados a fines de noviembre en una escuela y la causa es la abstención de las vacunas por “razones religiosas”.

La escuela cumple con los requisitos de inmunización establecidos por la junta estatal de educación, pero la decisión de los padres de inmunizar a sus hijos ocurre antes de ingresar a la escuela. El Asheville Waldorf recibe a niños desde la guardería hasta el sexto grado de primaria. Entre el 2017 y 2018 del total de 152 estudiantes, 110 no habían sido vacunados, lo que causó gran preocupación en las autoridades sanitarias y educativas.

El director médico del condado de Buncombe de Carolina del Norte insiste en que que la vacunación es la mejor protección contra la varicela y relacionó el brote con los bajos números de vacunación en los niños.

Carolina del Norte exige que los estudiantes sean vacunados contra la varicela, sarampión y la poliomielitis; sin embargo, permite a su vez que haya exenciones por razones religiosas o por consejo de los médicos. Lo cierto es que algunos padres deciden no inmunizar a sus hijos por las reacciones adversas de las vacunas.

Este último argumento ha sido rechazado por la comunidad médica, pues considera que son solo temores. No descarta que se presenten algunas alergias, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) respalda las vacunaciones.

Fuente: ProMED

La seguridad de la vacunación contra la gripe y la tos ferina en el embarazo

12/12/2018

Un estudio australiano publicado en la edición *on line* de *Clinical Infectious Diseases,* ha evaluado la **seguridad de las vacunas antigripales inactivadas y antitosferinosas acelulares durante el embarazo**, comparando a las vacunadas con las no vacunadas.

El estudio "FluMum" tuvo lugar entre 2012 y 2105 e incluyó a 8827 participantes. Los autores comprobaron que las madres vacunadas de gripe no tuvieron más bebés prematuros o de bajo peso para la edad gestacional.

Los resultados fueron similares en lo que respectaba a la vacuna de tosferina y fueron constantes independientemente del momento del embarazo en el que recibieron las vacunas.

La seguridad de la vacunación contra la gripe y la tos ferina en el embarazo en una cohorte de parejas materno-infantiles australianas, 2012–2015: el estudio FluMum

Por qué debemos vacunar

12/12/2018

Situación mundial

La Organización Mundial de la Salud estimaba en el año 2002 un número total de 500.000 casos de enfermedad meningocócica y 50.000 muertes anuales, mientras que otros autores elevan esta cifra a 1,2 millones de casos y 135.000 muertes. Tal variabilidad responde al comportamiento cíclico de la enfermedad y a la dificultad para realizar estimaciones mundiales.

La región del mundo más afectada ha sido tradicionalmente la comprendida entre Senegal y Etiopía, denominada «cinturón de la meningitis», en África subsahariana, con incidencias de hasta 1000/100.000 personas-año y más de 250.000 casos de meningitis por el serogrupo A durante la epidemia de 1996-1997. Sin embargo, las campañas de vacunación masiva realizadas en estos países con vacuna conjugada frente al serogrupo A han llevado al control y casi a la eliminación de la enfermedad donde se han implementado. El impacto de los programas de vacunación, especialmente con vacuna conjugada, ha motivado un importante descenso de la carga de enfermedad en todo el mundo.

La mayoría de los casos de enfermedad meningocócica invasora están causados por los serogrupos A, B, C, X, W e Y, aunque su importancia varía en función del tiempo y del área geográfica. Como ya hemos descrito, el serogrupo A fue el principal en la región africana del cinturón de la meningitis, pero tras las campañas de vacunación realizadas han cobrado mayor importancia relativa los serogrupos C y W.

En Europa, según datos del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, en 2016 se registraron 3.280 casos. Se observa un claro predominio del serogrupo B (54,3%) seguido del C, W e Y (16%, 15,3% y 11,3% respectivamente). El aumento del serogrupo W se ha observado principalmente en Reino Unido, Francia y Holanda aunque también se comienza a observar en otros países. Un patrón similar al europeo se registra en

Australia y Nueva Zelanda.

En el continente americano se estiman tasas de incidencia de 0,3-0,4 casos/100.000 habitantes. En los Estados Unidos, la mayoría de los casos de enfermedad están causados por los serogrupos B, C e Y, mientras que en Latinoamérica son los serogrupos B y C los principales causantes, con una aportación importante del serogrupo Y en Colombia, y del W en Argentina y Chile. En Canadá, el serogrupo W ha pasado del 7,1% en 2009 al 18,8% en 2016. Datos limitados sugieren que en Asia la mayor carga de enfermedad se debe a los serogrupos A y C.

Situación en España

Durante el año 2000 se introdujo en España la vacuna conjugada frente al serogrupo C, lo cual, junto con distintas estrategias de vacunación utilizadas y factores como los patrones cíclicos de la enfermedad, ha llevado a la enfermedad a sus mínimos históricos, pues durante la temporada 2016-2017 se notificaron únicamente 321 casos (tasa de 0,69 casos/100.000 habitantes) frente a los 1596 casos de la temporada 1999-2000, de los que 139 fueron por el serogrupo B (el 51,5% de los confirmados), con una tasa de 0,3 casos/100.000 habitantes, y 31, 22 y 17 por el serogrupo C, W e Y. Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 1 año (7,89 casos/100.0000 habitantes) y el grupo de 1 a 4 años (3,13 casos/100.000 habitantes). Durante la temporada 2016-2017 se registraron 34 defunciones, de las cuales 9 correspondieron al serogrupo C (letalidad del 27,3%) y 8 al serogrupo B y W (letalidad del 5,1 y 30,8% respectivamente).

Seguridad de la vacuna

12/12/2018

Contraindicaciones

- Embarazo. No obstante, se debería administrar la vacuna en el puerperio inmediato a aquellas mujeres no inmunes.
- Alergia grave a la vacuna (a la primera dosis).
- Reacción anafiláctica o hipersensibilidad a algún componente de la vacuna: gelatina, neomicina, sorbitol, etc.
- Inmunodeficiencia (salvo infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en ciertas condiciones) o inmunodepresión, incluyendo la causada por determinados medicamentos.

Precauciones

- Enfermedad febril aguda >38,5 °C. Debe posponerse la vacunación hasta que remita la fiebre.
- Vacunación previa con vacuna de virus vivos en las últimas 4 semanas.
- Antecedente de trombocitopenia o de púrpura trombocitopénica.
- En caso de tuberculosis, posponer la vacunación hasta 2 meses después del inicio del tratamiento.
- Necesidad de realizar la prueba de la tuberculina.
- Administrar con la debida precaución a personas con trastornos del sistema nervioso central susceptibles de presentar convulsiones febriles o con antecedentes familiares de convulsiones.
- En personas que han recibido gammaglobulinas humanas o transfusiones sanguíneas debe retrasarse la vacunación durante 3 meses o más (hasta 11 meses). El intervalo específico depende del producto.

Como norma general, se debería realizar siempre el

cuestionario prevacunal de niños, adolescentes y adultos.

Eficacia

12/12/2018
La evaluación de la efectividad de las diferentes vacunas es compleja, ya que se han utilizado diversas vacunas simultáneamente tanto a lo largo del tiempo como en una misma población. Se ha comprobado que el riesgo de padecer parotiditis en individuos vacunados depende de la vacuna utilizada. Todas las vacunas frente a la parotiditis, a excepción de la fabricada con la cepa Rubini, logran tasas de seroconversión cercanas al 95% a corto plazo tras una dosis a los 12 meses de edad. Sin embargo, a largo plazo, algunos estudios determinan una efectividad de la vacuna del 78% con una dosis y del 88% con dos dosis.

Actualmente se recomiendan esquemas de dos dosis para mantener una protección adecuada a largo plazo. La OMS recomienda que no se utilice la cepa Rubini en los programas nacionales de inmunización.

¿ Por qué debemos vacunar ?

12/12/2018
La infección por el virus de la parotiditis es frecuentemente asintomática y la enfermedad suele ser leve, pero puede desencadenar una meningitis viral. Antes de la introducción de la vacuna, esta enfermedad afecta ba a prácticamente todos los

niños, comportando unos costos económicos y sociales que justifican la vacunación, además de para evitar las complicaciones que puede causar y que incrementan estos costos.

Situación mundial

En la mayor parte de las regiones del mundo, la incidencia anual de parotiditis en ausencia de vacunación está comprendida entre 100 y 1000 casos por cada 100.000 habitantes, con máximos epidémicos en ciclos de 2 a 5 años y con una tasa de letalidad de 1/10.000 casos.

Aunque en la mayoría de los países la inmunización con la vacuna da lugar a una reducción considerable de la incidencia de la parotiditis durante algunos años (<1 caso/100.000 habitantes durante 10 años), en varios países se han registrado brotes importantes de parotiditis de 10 a 15 años después de la introducción de la vacuna en sus programas nacionales de inmunización. Estos brotes afectan a grupos de mayor edad a los que no se había vacunado, así como a personas nacidas posteriormente a la introducción de la vacuna.

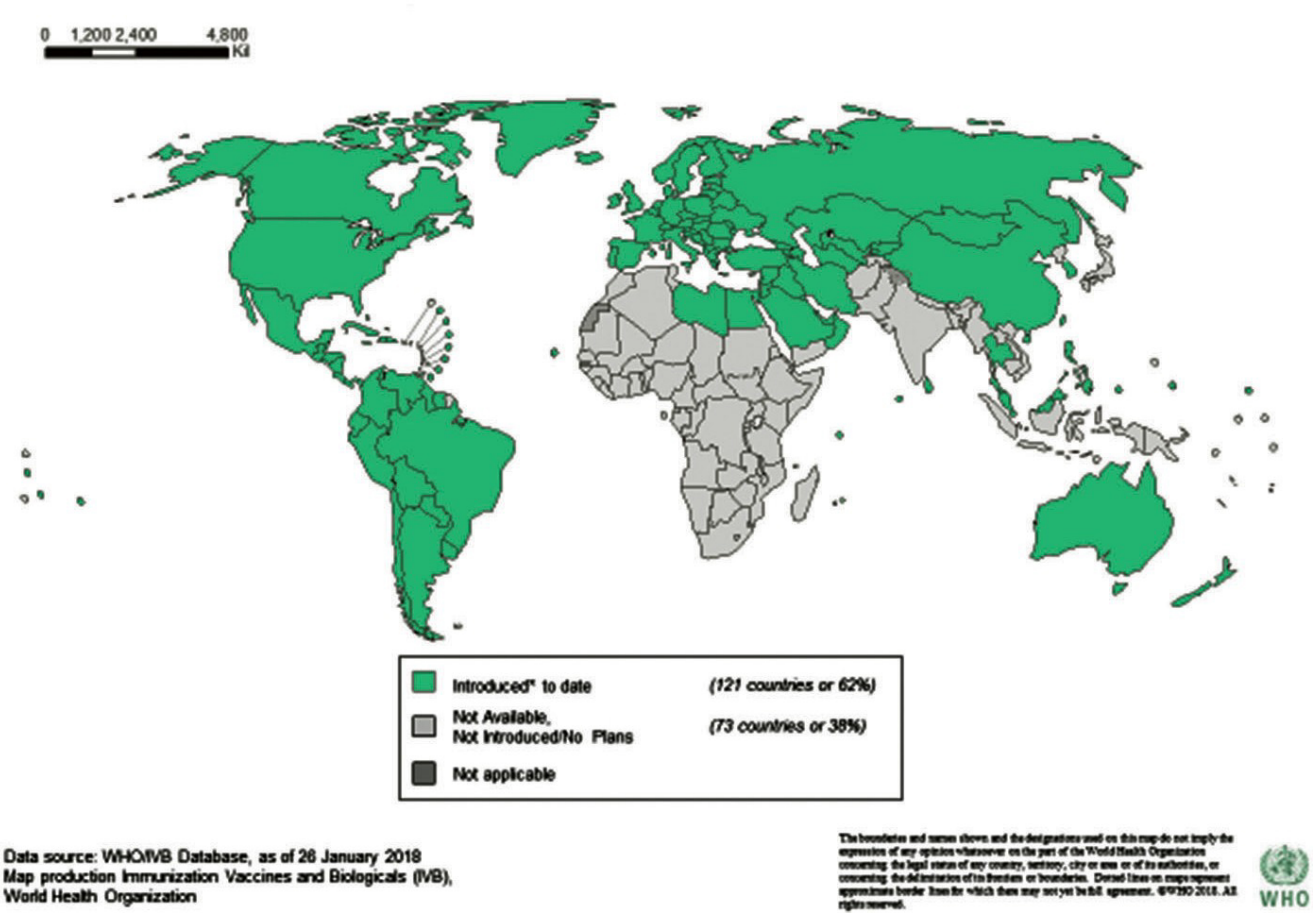
A pesar de la efectividad de la vacunación sistemática frente a la enfermedad, siguen produciéndose casos y brotes epidémicos, que se atribuyen en gran parte a un descenso de los anticuerpos protectores con el tiempo. El 43% de los casos declarados en la Región Europea, entre 2007 y 2011, y en los que constan registros de vacunación, no estaban vacunados, mientras que el 57% restante habían recibido una o dos dosis de vacuna, sugiriendo la posibilidad de la presentación de una parotiditis modificada (*breakthrough*).

Se dispone de vacunas inocuas y eficaces contra la parotiditis desde la década de 1960. La mayoría de los países industrializados y numerosos países con economía en transición han incorporado la vacunación antiparotiditis en sus programas nacionales de inmunización. En la mayoría de los casos se

utiliza la vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SRP).

En los países donde se ha llevado a cabo una inmunización a gran escala contra la parotiditis, la incidencia se ha reducido de manera espectacular. En la figura 3 pueden verse los países que la tienen introducida de manera sistemática.

Figura 3.
Países que incluyen la vacuna contra la parotiditis en su calendario de vacunación infantil nacional, 2017. (Fuente: OMS)



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de 2016 la vacuna contra la parotiditis se había introducido a escala nacional en 121 países.

Documento de posición de la OMS

Se recomienda la vacunación sistemática contra la parotiditis

en los países con un programa de vacunación infantil bien arraigado y eficaz, con capacidad para mantener una cobertura de vacunación elevada contra el sarampión y la rubéola (es decir, superior al 80%), y donde la reducción de la incidencia de la parotiditis constituye una prioridad de salud pública. Basándose en la mortalidad y la carga de morbilidad, la OMS considera que la lucha contra el sarampión y la prevención del síndrome de rubéola congénita tienen más prioridad que la lucha contra la parotiditis. En los países que decidan utilizar la vacuna antiparotiditis se recomienda su combinación con las vacunas contra el sarampión y la rubéola.

Situación en Europa

En el informe anual del año 2015, 28 países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo reportaron 13.519 casos de parotiditis. La incidencia de casos confirmados fue de 3,1 por 100.000 habitantes, similar a la notificada en 2014. Entre los países con una incidencia más alta destaca Irlanda (43,5 casos por 100.000 habitantes), seguido de Eslovaquia, Islandia y la República Checa.

Se conocía el estado vacunal del 78% de los casos: el 24% no estaban vacunados, el 25% lo estaban con una sola dosis, el 41% con dos dosis y el 1% con tres dosis. Un 9% requirió hospitalización, presentando complicaciones el 10%, especialmente adolescentes y adultos jóvenes. Los datos hacen referencia a los países miembros del ECDC (estados miembros de la Unión Europea, a los que se suman Islandia, Liechtenstein y Noruega).

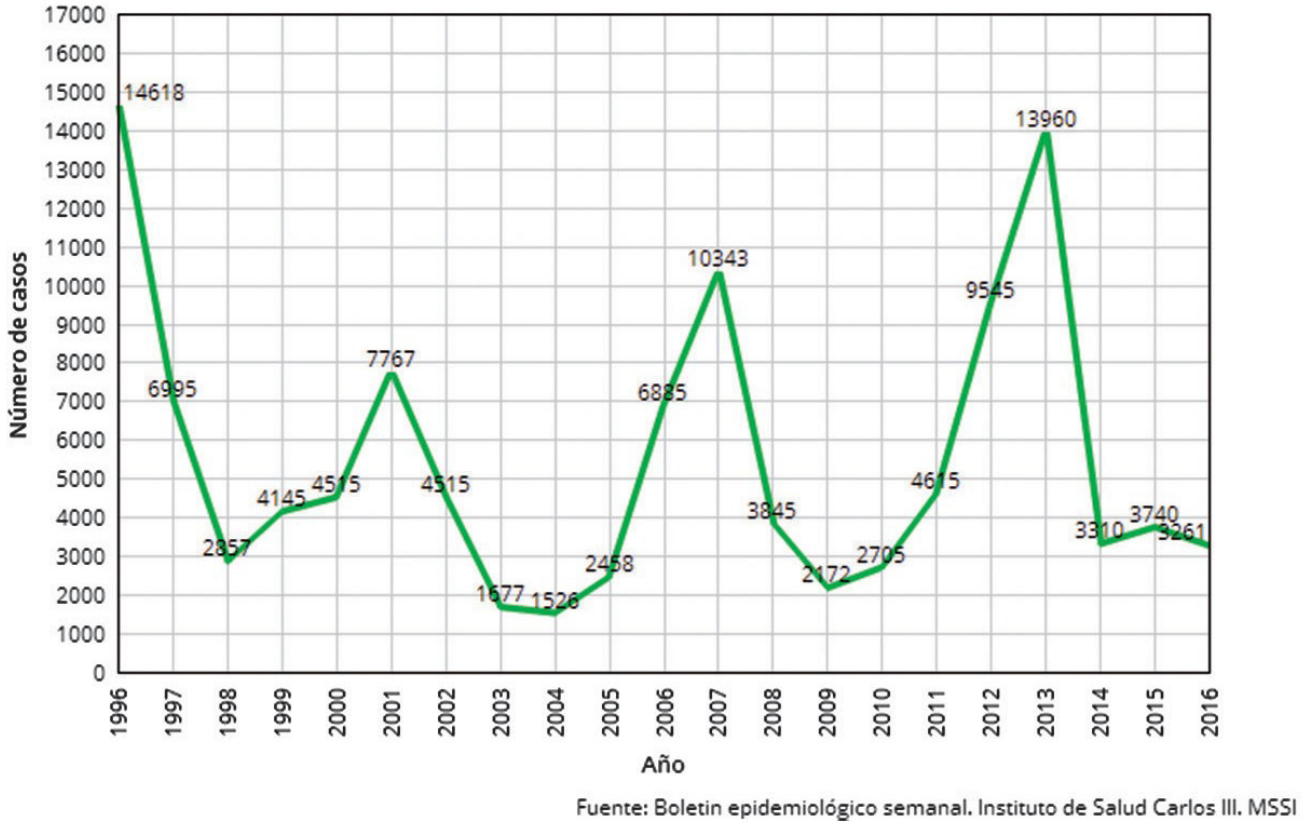
Situación en España

La enfermedad mantiene un patrón de presentación cíclico similar al de la etapa prevacunal, con ondas epidémicas que aparecen cada 4-5 años. La introducción de la vacuna triple vírica en el calendario de vacunación infantil a principio de los años 1980 redujo drásticamente la incidencia de la enfermedad, pasando de 211 casos por 100.000 habitantes a 10,1

en el año 2016.

En los últimos 20 años se han producido cuatro ondas epidémicas de parotiditis (1994-1997, 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2014); la última alcanzó su pico máximo en el año 2013 (13.880 casos; 29,5 casos por 100.000 habitantes). La enfermedad repuntó en 2015 (3653 casos; 8,1 casos por 100.000 habitantes), y en 2016 mantuvo la tendencia al alza (4800 casos; 10,3 casos por 100.000 habitantes), marcando el inicio de la fase ascendente de una nueva onda epidémica (fig. 4).

Figura 4.
Número de casos de parotiditis declarados anualmente en España de 1996 a 2016



Fuente: Boletín epidemiológico semanal. Instituto de Salud Carlos III. MSSI

Por comunidades autónomas, la incidencia de parotiditis en 2016 presentó un rango amplio. Las tasas más altas se registraron en Aragón y Castilla y León (21,6 casos por 100.000 habitantes), y en Galicia (18,4 casos por 100.000 habitantes). En el otro extremo, las incidencias más bajas se dieron en Andalucía (1,2 casos por 100.000 habitantes) y

Murcia (2,9 casos por 100.000 habitantes), seguidas de Extremadura (6,8 casos por 100.000 habitantes) y Navarra (7,0 casos por 100.000 habitantes). En Melilla no se notificaron casos.

Bibliografía

12/12/2018

1. Organización Mundial de la Salud. Polio. Actualización 2018. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/
2. Portell E, Kumru H. Síndrome pospolio. FMC. 2015;22:132-7.
3. Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_EN_A4.pdf
4. Updates on CDC's Polio Eradication Efforts. (Consultado en marzo de 2008.) Disponible en: https://www.cdc.gov/polio/updates/
5. Vidal J. Erradicación de la polio. ¿La última etapa? Vacunas. 2016;17:39-40.
6. Plan de acción en España para la erradicación de la poliomielitis. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanPolio/docs/Plan_erradicacion_poliomielitis.pdf
7. Asociación Española de Vacunología (AEV). Vacuna de la poliomielitis. (Consultado en febrero de 2008.)

Disponible en: https://vacunas.org/poliomielitis
8. Vacunaciones en el viajero internacional. Vacuna de la poliomielitis. (Consultado en marzo de 2008.) Disponible en: https://www-fisterra-com.bvcscm.a17.csinet.es/guias-clinicas/vacunaciones-viajero-internacional/#27396
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recomendaciones y medidas preventivas para los viajeros que se dirijan a países con circulación activa de poliovirus. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/infoPoliovirus2014.htm
10. OMS. Declaración del Decimosexto Comité De Emergencia del RSI con respecto a la propagación internacional de poliovirus. (Consultado en marzo de 2018). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/16th-ihr-polio/en/
11. World Hearth Organitation(WHO). Globalroutinevaccinationcoverage, 2015. Weekly Epidemiological Record (WER); 2016; 91: 537-548. (Consultado el 18 de marzo de 2018). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251463/2/WER9146.pdf
12. OMS. Viajes internacionales y salud. Polio. (Consultado en marzo de 2018). Disponible en: http://www.who.int/ith/vaccines/polio/en/

Indicaciones de la vacuna

12/12/2018

La OMS recomienda la inmunización frente al sarampión, la

parotiditis y la rubéola a todos los niños y adultos susceptibles.

La vacunación sistemática del 95% de la población susceptible impediría la circulación del virus y generaría inmunidad de grupo.

Niños

En España se recomienda la vacunación sistemática de todos los niños a partir de los 12 meses, que es la edad más temprana en la que el sistema inmunitario es lo bastante maduro como para lograr una buena respuesta de anticuerpos, sin que interfieran los anticuerpos maternos que llegan al recién nacido a través de la placenta.

Los niños mayores de 12 meses no vacunados previamente han de recibir la primera dosis lo antes posible y una segunda dosis dejando 1 mes entre ambas como mínimo, o adaptándola a la segunda dosis planteada en el calendario.

Adultos

Se recomienda la vacunación de todas aquellas personas adultas, nacidas con posterioridad al año 1966, sin antecedente demostrado de haber padecido la enfermedad ni recibido la vacuna.

Se debe evitar el embarazo hasta 1 mes después de la vacunación.

Viajeros

Existe un mayor riesgo para los viajeros no inmunizados cuando van a zonas donde la vacunación con vacuna triple vírica no se realiza de manera sistemática. El riesgo se incrementa según la duración y las condiciones de la estancia.

A diferencia del sarampión, no hay ninguna recomendación para la vacunación contra la parotiditis en lactantes menores de 12

meses antes de realizar un viaje internacional, pero como las recomendaciones van unidas a las del sarampión, se recomienda que los niños de 9 a 11 meses de edad que deban realizar un viaje a zonas endémicas reciban una dosis de vacuna SRP (para protección contra el sarampión); los niños mayores de 12 meses y los adultos deben recibir dos dosis de la vacuna triple vírica con un intervalo mínimo de 28 días entre ellas.

Personal sanitario

La vacunación del personal sanitario es fundamental para el control y la eliminación de la enfermedad, evitando el contagio propio, de familiares y de compañeros, y ser fuente de contagio para los pacientes.

Todas las personas que trabajen en un centro de salud deben tener evidencia de inmunidad frente a la parotiditis:

- Documentación escrita de vacunación con dos dosis de vacuna SRP.
- Pruebas de laboratorio de inmunidad.
- Confirmación de laboratorio de infección por parotiditis o enfermedad.

La administración de dos dosis de la vacuna combinada asegura una protección adicional contra el fracaso de la primera dosis de vacuna.

Los profesionales recién vacunados no requieren ningún tipo de restricción en sus actividades laborales.