

Información ampliada

20/12/2018

- World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
- Institut Català d'Oncologia. Information Centre on HPV and cancer. Disponible en: <http://www.hpvcentre.net/>
- Centers for Disease Control and Prevention. Información básica sobre los cánceres asociados al VPH. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/basicinfo/>
- Centers for Disease Control and Prevention. Human papillomavirus. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hpv/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Revisión del programa de vacunación frente al virus del papiloma humano. Informes, estudios e investigación, 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/PapilomaVPH.pdf>
- Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Vacuna para prevenir el cáncer del cuello de útero. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/122830-triptico_vph.pdf

Seguridad de la vacuna

20/12/2018

Reacciones adversas a la vacuna

Las reacciones adversas más frecuentes tras la vacunación

contra la fiebre amarilla son leves y consisten en dolor en el sitio de inyección, febrícula o fiebre no alta, dolores musculares y dolor de cabeza. El dolor en el sitio de la inyección suele comenzar durante la primera hora tras la administración de la vacuna. El resto de los efectos adversos frecuentes de afectación sistémica suelen comenzar pasadas al menos unas horas tras la vacunación, y pueden durar hasta más de 10 días^{1,14}.

Entre los efectos adversos raros se encuentran exantema, urticaria, broncoespasmo y reacción anafiláctica. Las reacciones alérgicas se consideran asociadas, en su mayoría, a la proteína del huevo, así como a la gelatina utilizada como estabilizador en algunas de estas vacunas. Entre los eventos muy raros se encuentran la encefalitis posvacunal (sobre todo en lactantes), la enfermedad viscerotrópica (fiebre, malestar general, dolor de cabeza y mialgias que pueden evolucionar a hepatitis y fallo multiorgánico) y la enfermedad neurológica asociada a la vacunación (déficits neurológicos focales, síndrome de Guillain-Barré y coma). El riesgo de enfermedad viscerotrópica y neurológica posvacunación es más alto en las personas con alteraciones del timo y en los mayores de 60 años^{5,15}.

Contraindicaciones

La vacuna está estrictamente contraindicada en niños menores de 6 meses, en personas con antecedente de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la vacuna (incluyendo el huevo y sus derivados, las proteínas de pollo y la gelatina) y en personas con antecedente de reacción anafiláctica a la administración previa de la vacuna⁵.

También está contraindicada la vacunación en personas con el sistema inmunitario comprometido de manera importante: afectación tímica, sida o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana con CD4 <200 células/mm³ o <15% del

total del recuento linfocitario normal para niños menores de 6 meses, así como otras inmunodeficiencias (primarias o relacionadas con trasplantes y con neoplasias malignas). Por último, pero no menos importante, cabe citar la contraindicación de la vacunación en personas con inmunosupresión farmacológica. Se presume que la administración de la vacuna a personas en tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador puede comportar un mayor riesgo de reacción adversa tras la vacunación¹⁶⁻²⁰.

Precauciones

Existen determinadas situaciones en las que no existe una contraindicación absoluta para la administración de la vacuna, pero sí un aumento del riesgo de eventos adversos. En estos casos, el facultativo debe hacer un balance beneficio/ riesgo para el candidato a la vacunación, y valorar si conviene administrar la vacuna.

Estas circunstancias en que la vacuna frente a la fiebre amarilla debe ser administrada con precaución son^{2,5,20}:

- Niños entre los 6 y los 9 meses de edad, por aumento del riesgo de encefalitis posvacunación.
- Adultos mayores de 60 años, por aumento en el riesgo de enfermedad neurológica y viscerotrópica.
- Embarazadas, ya que existe un riesgo teórico de transmisión del virus vivo al feto. Hasta el momento, la evidencia no ha mostrado este riesgo en la práctica.
- Lactancia (menores de 9-12 meses), ya que el virus vivo puede pasar al lactante mediante la leche materna.
- Tras recibir un tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador debe esperarse a la reconstitución del sistema inmunitario para la administración de la vacuna. Como norma general, este periodo a respetar es de 3 meses, pero tras la administración de fármacos como infliximab, adalimumab, leflunomida o rituximab se puede

extender hasta 6 meses o incluso más.

Vacunación

20/12/2018

Vacunas disponibles

En España se dispone de tres vacunas profilácticas, las tres recombinantes, sin virus vivos, que contienen la proteína de superficie del virus, L1, obtenidas por técnicas de ingeniería recombinante (tabla 2). Estas proteínas purificadas proceden de los tipos de virus más frecuentemente aislados en los genitales, y al no estar constituidas por virus enteros no pueden replicarse en el organismo ni producir infección. Incluyen en su composición adyuvantes para potenciar la respuesta inmunitaria y hacerla duradera. Las vacunas no contienen antibióticos ni conservantes. Se recomienda que el esquema completo de vacunación se realice con la misma vacuna.

Las vacunas no eliminan la infección por los virus 16 y 18 si se ha adquirido con anterioridad. Por ello, el momento idóneo para vacunarse es antes de haber comenzado las relaciones sexuales, puesto que estas personas aún no han estado expuestas al VPH.

Tabla 2.

Vacunas frente al virus del papiloma humano disponibles en España

	Cervarix®	Gardasil®	Gardasil 9®
Fabricante	GSK	MSD	MSD

Tipo de vacuna	L1 de VPH 16 y 18	L1 de VPH 6,11,16 y 18	L1 de VPH 6,11,16, 18,31,33,45,52 y 58
			30 µg de VPH 6
			40 µg de VPH 11
		40 µg de VPH 16	60 µg de VPH 16
	20 µg de VPH 16	20 µg de VPH 18	40 µg de VPH 18
Concentración	20 µg de VPH 18	20 µg de VPH 6	20 µg de VPH 31
		40 µg. de VPH 11	20 µg de VPH 33
			20 µg de VPH 45
			20 µg de VPH 52
			20 µg de VPH 58
Adyuvante	AS04: 500 µg de Al(OH) ₃ 50 µg de 3-deacetilado monofosforil lípido A	Aluminio: 225 µg dehidroxifosfato sulfato de aluminio	Aluminio: 500 µg dehidroxifosfato sulfato de aluminio
Sustrato de tecnología recombinante	Expresión en baculovirus mediante infección de Trichoplusia ni	Expresión en Saccharomyces cerevisiae (levadura)	Expresión en Saccharomyces cerevisiae (levadura)
Edades de participantes en ensayos clínicos	Sujetos a partir de los 9 años de edad	Mujeres de 9-45 años Hombres de 9 a 26 años	Mujeres de 9-26 años Hombres de 9 a 26 años

Esquema recomendado de vacunación (EMA)	0, 1, 6 meses 9 a 14 años: 0 y 6 meses Flexibilidad de dosis (13 meses)	0, 2, 6 meses 9 a 13 años: 0 y 6 meses	0, 2, 6 meses 9 a 14 años: 0 y 6 meses
Países/regiones en los que se ha ensayado en fase II	Brasil, Europa y EE.UU.	Brasil y Norteamérica	Asia-Pacífico, Europa, Norteamérica y Latinoamérica
Países/regiones en los que se ha ensayado en fase III	Norteamérica, Latinoamérica, Europa y Asia-Pacífico	Norteamérica, Latinoamérica, Europa y Asia-Pacífico	Africa, Asia-Pacífico, Europa, Norteamérica y Latinoamérica
Indicaciones EMA 2018	Prevención de CIN 2-3, de VIN 2-3, VaIN 2-3, cáncer de cuello uterino causado por tipos 16 y 18 y cáncer anal	Prevención CIN 2-3, cáncer de cuello uterino, VIN 2-3, VaIN 2-3, cáncer anal y verrugas genitales causadas por tipos 6,11,16 y 18	Prevención CIN 2-3, cáncer de cuello uterino, VIN 2-3, VaIN 2-3, cáncer anal y verrugas genitales causadas por tipos 6,11,16, 18, 31,33,45,52 y 58

CIN: Neoplasia intraepitelial cervical.

VIN: Neoplasia intraepitelial vulvar.

VaIN: Neoplasia intraepitelial vaginal

Vacunas disponibles

20/12/2018

La vacuna antitetánica es una vacuna inactivada que contiene

toxoides tetánicos (toxina tetánica desprovista de su toxicidad), de modo que no puede producir la enfermedad, pero sí mantiene su capacidad de estimular la producción de anticuerpos contra ella.

La vacuna antitetánica no está comercializada en España como vacuna individual, sino que siempre forma parte de vacunas combinadas.

En las tablas 1 a 3 se detallan las vacunas autorizadas y disponibles en España que contienen antígeno tetánico.

Tabla 1. Vacunas combinadas de tétanos autorizadas y disponibles en España para su uso en la infancia

Nombre comercial y laboratorio	Composición y producción	Volumen y edad de administración
<p>Infanrix Hexa[®], GSK (DTPa + VPI + Hib + HepB)</p>	<p>Toxoides tetánicos Toxoides diftéricos <i>Bordetella pertussis</i> VHB Virus de la poliomielitis inactivados Hib</p>	<p>0,5 ml >2 meses <7 años No hay estudios por encima de 36 meses de edad</p>
<p>Vaxelis[®], Mcm Vaccine B.V. (DTPa + VPI + Hib + HepB)</p>	<p>Toxoides tetánicos Toxoides diftéricos <i>Bordetella pertussis</i> VHB Virus de la poliomielitis inactivados Hib</p>	<p>0,5 ml 6 semanas Para vacunación primaria en lactantes y niños hasta 15 meses</p>

Hexyon®, Sanofi Pasteur Europe (DTPa + VPI + Hib + HepB)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico (no menos de 20 UI) <i>Bordetella pertussis</i> VHB Virus de la poliomielitis inactivados Hib	0,5 ml 6 semanas a 24 meses (por encima de 24 meses no se ha establecido su seguridad)
Infanrix-IPV+Hib®, GSK (DTPa + VPI + Hib)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico <i>Bordetella pertussis</i> Virus de la poliomielitis inactivados Hib	0,5 ml >2 meses <5 años
Pentavac®, Sanofi Pasteur Europe (DTPa + VPI + Hib)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico <i>Bordetella pertussis</i> Virus de la poliomielitis inactivados Hib	0,5 ml >2 meses <7 años
Infanrix®, GSK (DTPa)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico <i>Bordetella pertussis</i>	0,5 ml >2 meses <7 años

Tabla 2. Vacunas antitetánica y antidiftérica de baja carga antigénica del componente diftérico (Td) disponibles en España

Nombre comercial y laboratorio	Composición y producción	Volumen y edad de administración
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------

Diftavax [®] , Sanofi Pasteur Europe (Td) (<i>Tiene problemas de suministro</i>)	Toxoide Toxoide	tetánico diftérico	0,5 ml >7 años
Ditanrix adulto [®] , GSK (Td) (<i>Ha dejado de fabricarse</i>)	Toxoide Toxoide	tetánico diftérico	0,5 ml >7 años
DiTeBooster [®] , Statens SERUM Institute (Td)	Toxoide Toxoide	tetánico diftérico	0,5 ml >7 años

Tabla 3. Vacunas del tétanos combinadas con las de baja carga antigénica del componente diftérico y pertúsico (dTpa) disponibles en España

Nombre comercial y laboratorio	Composición y producción	Volumen y edad de administración
Boostrix [®] , GSK (Tdpa)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígeno de <i>Bordetella pertussis</i>	0,5 ml >4 años
Triaxis [®] , Sanofi Pasteur Europe (Tdpa)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígeno de <i>Bordetella pertussis</i>	0,5 ml >4 años
Boostrix Polio [®] , GSK (Tdpa + VPI)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígeno de <i>Bordetella pertussis</i> Virus de la poliomielitis inactivados	0,5 ml >3 años

Vacunación

20/12/2018

Vacunas disponibles

Existe una amplia variedad de tipos de vacunas contra el virus de la rabia. Actualmente, las más utilizadas y recomendadas por la OMS son las vacunas obtenidas de cultivos celulares (CCV). Estas son vacunas inactivadas, es decir, no contienen organismos vivos y por lo tanto no pueden provocar la enfermedad. Los tres tipos de vacunas de mayor utilización en todo el mundo son las obtenidas en células diploides humanas (HDCV), las vacunas purificadas de embrión de pollo (PCEC) y las vacunas de células Vero (PVRV).

Las vacunas de tejido nervioso son las más antiguas, conocidas como de primera generación. La OMS ha recomendado el cese de su producción debido a su menor inmunogenicidad y a su bajo perfil de seguridad. Sin embargo, todavía se siguen utilizando en algunos países de renta baja.

La tabla 1 muestra una clasificación general de las vacunas disponibles, los principales nombres comerciales y cuáles son las vacunas precalificadas por la OMS.

Tabla 1.
Clasificación general de las vacunas antirrábicas

Tipo de vacuna	Nombre comercial	Laboratorio	País de fabricación	Comentarios	Vacuna precalificada por la OMS
----------------	------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------------------

Vacunas de células diploides humanas (HDCV)	Imovax®	Sanofi Pasteur	Francia		No
	Rabivax®	Serum Insitute of India	India		No
	Chengdu Kanghua®	Changdu Kanghua	China		No
Vacunas purificadas de embrión de pollo (PCECV)	Rabipur®	GSK	India	Pueden contener cantidades escasas de proteínas de pollo. Contienen trazas de neomicina, clortetraciclina y anfotericina B	Sí
	Rabavert®	GSK	Alemania		Sí
	Vaxirab-N®	Zydus-Cadila	India		No
Vacunas de células Vero (PVRV)*	Verorab®	Sanofi Pasteur	Francia		Sí
	Indirab®	Bharat Biotech	India		No
	Abhayrab®	Indian immunological	India		No
	SPEEDA®	Liaoning Chengda co., LTD	China		No
Vacunas de células primarias de riñón de hámster	Productores locales en China			Usadas en China. Elaboradas con la cepa Beijín del virus de la rabia. Contienen tiomersal	No
Vacunas de cerebro de ratón lactante (SMBV)	Este tipo de vacunas son menos eficaces y tienen mayor riesgo de efectos secundarios. Solo se usan en América Latina				No
Vacunas de tejido nervioso (oveja, cabra, conejo)	Las vacunas de tejido nervioso son menos inmunógenas e inducen reacciones adversas más graves. La OMS no recomienda su producción ni su uso. Aunque están siendo eliminadas, todavía se usan esporádicamente en Asia				No

*Existen diversos productores locales en China que producen varias marcas de este tipo de vacunas.

En España están autorizadas las vacunas Rabipur[®], de GSK y Merieux[®] de Sanofi Pasteur.

Vías de administración

Todas las vacunas antirrábicas modernas (HDCV, PCECV, PVRV, PDEV) están disponibles en viales de dosis única para administración intramuscular. Deben administrarse en la región del deltoides, y en los niños pequeños (menores de 2 años) en el área anterolateral del muslo. Como otras vacunas, la vacuna de la rabia no debe administrarse en el glúteo, debido a la peor absorción por la presencia de tejido adiposo (grasa).

La OMS propugna el uso de pautas de vacunación contra la rabia por vía intradérmica, ya que estas requieren tan solo 0,1 ml de vacuna, por lo que son más coste-efectivas y siguen siendo seguras y eficaces. De esta manera, se mejoran la accesibilidad, la disponibilidad y la asequibilidad de las vacunas modernas en los países de renta baja.

No todas las vacunas modernas pueden administrarse por vía intradérmica, y solo se recomienda el uso de esta vía en centros médicos con profesionales de la salud.

Con ambas vías de administración, las dosis de vacuna son las mismas para todos los grupos de edad.

Es preferible completar las pautas de vacunación con el mismo tipo de vacuna moderna, aunque si es necesario pueden modificarse tanto el tipo de vacuna como la vía de administración.

Vacunación frente a la varicela

20/12/2018

Vacunas disponibles

Están basadas en la cepa Oka/Merck de VVZ vivos atenuados. Se diferencian en el número de unidades formadoras de placa (cantidad de virus) y en el volumen de líquido inoculado (tabla 1).

Tabla 1.

Vacunas frente a la varicela disponibles

Vacunas monovalentes (únicamente frente al VVZ)	Edad mínima	Vía de administración	Dosis (UFP)	Volumen
Varivax® (MSD)	12 meses*	Intramuscular o subcutánea**	>1350	0,5 ml
Varilrix® (GSK)	12 meses*	Subcutánea**	>1995	0,5 ml
Zostavax® (MSD)	50 años	Subcutánea	>19.400	0,65 ml

Vacunas	Observaciones	Edad mínima	Vía de administración	Volumen (ml)
Proquad® (MSD)	Varicela + sarampión + rubéola + parotiditis	12 meses*	Intramuscular o subcutánea**	0,5 ml

Priorix-Tetra® (GSK)	Uso hospitalario, varicela + sarampión + rubéola + parotiditis	11 meses*	Subcutánea**	0,5 ml
----------------------	--	-----------	--------------	--------

UFP: unidades formadoras de placa.

Estas vacunas contienen trazas del antibiótico sulfato de neomicina.

*En circunstancias especiales puede adelantarse hasta los 9 meses de edad.

**Debe administrarse por vía subcutánea en caso de diátesis hemorrágica.

El intervalo entre dos dosis de Varilrix® es preferentemente de un mínimo de 6 semanas, y para asegurar su eficacia no deberá ser inferior a 4 semanas.

Pautas de vacunación

Pautas de vacunación frente a la varicela: recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace distintas recomendaciones para la vacunación sistemática contra la varicela en función de cuáles sean los objetivos y la disponibilidad de medios. En los países donde se considera que la varicela supone una importante carga para la salud pública se recomienda vacunar a todos los niños entre los 12 meses y los 12 años de edad, siempre y cuando se consiga vacunar al 80% de la población, ya que coberturas inferiores pueden hacer que la edad media al contraer la varicela sea más alta, y con ello que las complicaciones sean más frecuentes.

- Se administrará una pauta de vacunación que incluya una

sola dosis si se busca disminuir las complicaciones y la mortalidad. No obstante, un 25 % de los niños vacunados con una sola dosis pueden sufrir la varicela en una forma más leve.

- Se administrará una pauta de vacunación que incluya dos dosis si se busca, además, disminuir el número de casos de la enfermedad, ya que dos dosis generan una adecuada inmunidad en el 99% de los casos. Esta es la estrategia vigente en España desde 2016.

En los países donde no se considere una carga significativa para la salud pública, especialmente en aquellos en que la edad media de adquisición de la infección sea mayor de 15 años, se recomienda vacunar con dos dosis a todos los adolescentes antes de los 13 años siempre que no hayan sido vacunados o no hayan pasado la enfermedad.

Además, se reconoce que en determinados países de clima tropical y en vías de desarrollo la varicela puede no suponer un objetivo de primer orden, teniendo en cuenta la baja carga de enfermedad que produce en muchos de estos países y más aún si se compara con la de otras enfermedades transmisibles.

Indicaciones de la vacuna de la varicela en España

El calendario vacunal de 2018 establece que la vacuna de la varicela se administrará de forma gratuita a todos los niños a los 15 meses (primera dosis) y a los 3-4 años (segunda dosis).

Esta estrategia busca disminuir no solo las complicaciones y los casos graves de varicela, sino también el número de casos de la enfermedad.

Esta pauta está vigente desde 2016, según la resolución del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 29 de julio de 2015, incluyendo a todos los niños.

Adolescentes y adultos: se recomienda la vacunación sistemática con dos dosis de vacuna para todas las personas

sanas de edad >12 años que no tienen evidencia de inmunidad (no han sido vacunados ni han pasado la enfermedad). Más específicamente, y dentro de este grupo, la vacuna de la varicela está altamente recomendada en los siguientes casos:

- Personas no inmunizadas con riesgo de exposición (trabajadores sanitarios, cuidadores de enfermos crónicos).
- Personas que conviven con pacientes inmunodeprimidos (con alteraciones en las defensas) que tienen un alto riesgo de contraer la enfermedad y de desarrollar formas graves.
- Mujeres en edad fértil, teniendo en cuenta que deben dejar pasar al menos 4 semanas entre la vacuna y un posible embarazo.

Profilaxis posexposición: la vacunación en los primeros 3-5 días tras la exposición a la varicela puede ser eficaz para prevenir la enfermedad.

Prevención

20/12/2018

Control vectorial

La eliminación de potenciales criaderos de mosquitos, la aplicación de insecticidas en aguas donde se desarrollan en sus estadios más tempranos y la fumigación con insecticidas para exterminar los mosquitos adultos son medidas que pueden resultar útiles, siempre en combinación con la inmunización de la población de la zona afectada. Los programas de control de los mosquitos no son eficientes para prevenir la transmisión del virus en zonas selváticas⁵.

Medidas de barrera

La aplicación de medidas de barrera es útil para la prevención de enfermedades transmitidas por mosquitos (fiebre amarilla, dengue, Chikungunya, Zika y malaria, entre otras). Las principales medidas de barrera son⁶:

- Vestir con manga larga y pantalón largo, evitando los colores oscuros y el empleo de perfumes intensos.
- En las partes del cuerpo que no estén protegidas por ropa, utilizar repelentes de insectos que contengan DEET (N,N-dietil-m-toluamida), IR3535 o icaridina.
- Proteger las habitaciones con telas metálicas o redes mosquiteras en puertas y ventanas.
- Usar mosquiteras alrededor de las camas. Se recomienda impregnar las mosquiteras con insecticidas tipo piretroides.

Otros recursos (preguntas y respuestas)

20/12/2018

- Centers for Disease Control and Prevention. Frequently asked questions about measles in the U.S. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/about/faqs.html>
- Immunization Action Coalition. Handouts: Vaccine Index. Rubella: questions and answers information about the disease and vaccines. Disponible en: <http://www.immunize.org/catg.d/p4218.pdf>
- WebMD. Children's health. Rubella (German measles) frequently asked questions. Disponible en: <http://www.webmd.com/children/tc/rubella-german-measles->

La enfermedad

20/12/2018

La encefalitis japonesa es la principal causa de encefalitis producida por virus en muchos países de Asia, en los que cada año se registran unos 68.000 casos clínicos, ocurriendo el 75% de estos casos en niños con edades comprendidas entre 0 y 14 años^{1,2}. En los países donde es endémica, la mayoría de los adultos están naturalmente inmunizados por haber tenido la infección en la infancia, si bien puede afectar a personas de cualquier edad.

Reservorio y vías de transmisión

Es endémica en las zonas rurales, sobre todo donde coexisten el cultivo de arroz y la cría de cerdos; también se registran algunas epidemias en zonas urbanas³. El reservorio de este virus lo constituyen pequeños vertebrados domésticos, los cerdos y las aves acuáticas presentes en los arrozales. Estos animales mantienen el virus e infectan a los mosquitos, que a su vez transmiten el virus a las personas. Sin embargo, una persona infectada no puede transmitir el virus a un mosquito.

En la mayor parte de las zonas templadas de Asia, el virus de la encefalitis japonesa se transmite principalmente en verano, que es cuando se producen las grandes epidemias. En las regiones tropicales y subtropicales, la transmisión puede tener lugar durante todo el año, aunque suele intensificarse en la estación de lluvias, y en las zonas de arrozales en los periodos previos a la cosecha. La enfermedad no se transmite de persona a persona¹.

Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación oscila entre 5 y 15 días. La mayor parte de las infecciones por el virus de la encefalitis japonesa son leves (fiebre y cefalea) o asintomáticas, pero aproximadamente una de cada 250 infecciones se convierte en una enfermedad grave caracterizada por la repentina aparición de fiebre elevada, cefalea, rigidez de nuca, desorientación, coma, ataques, parálisis espástica y muerte⁴. La tasa de letalidad puede alcanzar al 30% de las personas con síntomas de la enfermedad. Entre un 20% y un 30% de los supervivientes quedan con secuelas mentales y neurológicas, tales como parálisis, ataques recurrentes o pérdida del habla¹.

¿Por qué debemos vacunar?

20/12/2018

Situación mundial

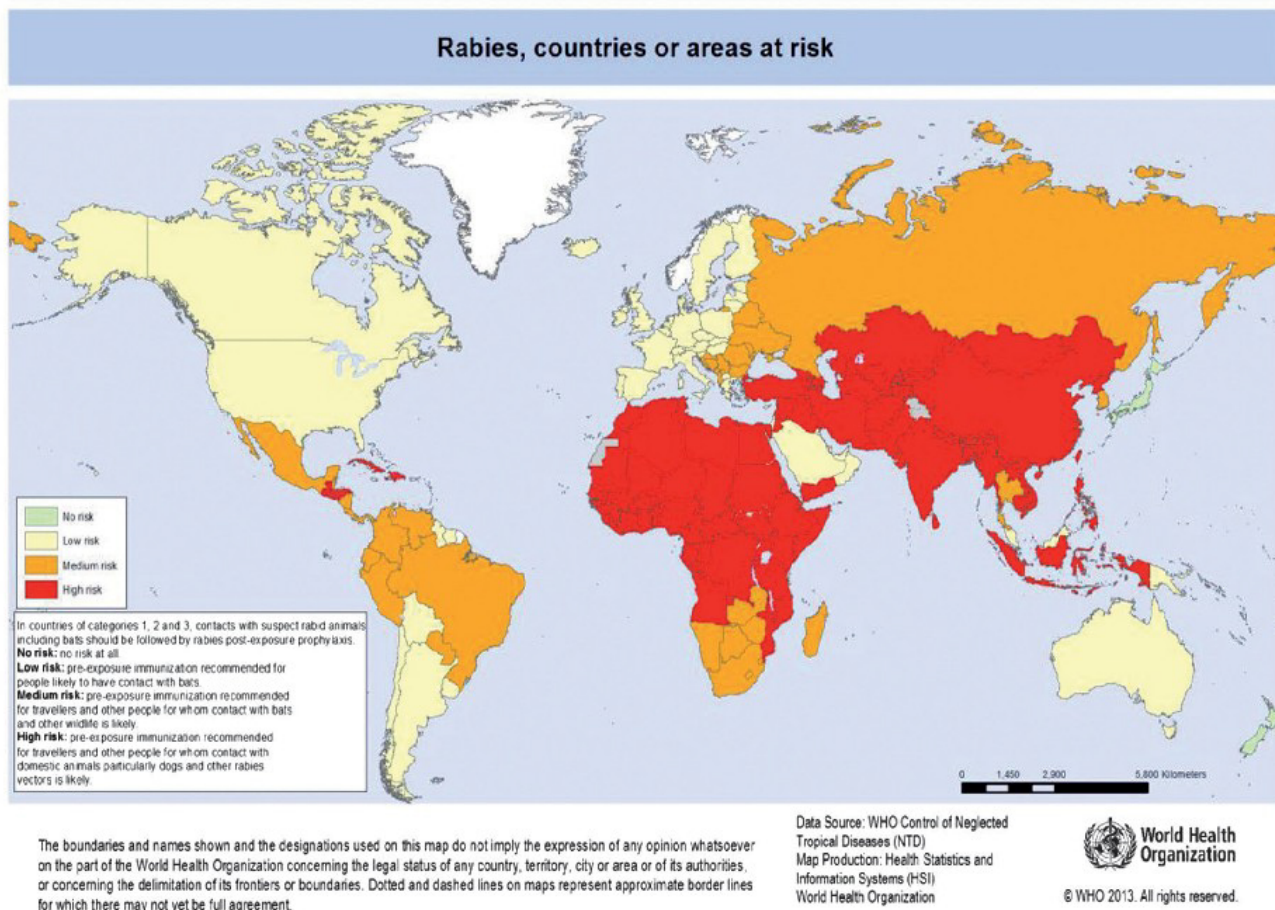
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe rabia animal en más de 100 países y territorios, afectando a todos los continentes excepto a la Antártida (fig. 1). Solo algunos países, en general islas, están libres de rabia.

La rabia es considerada una enfermedad tropical desatendida que afecta a las poblaciones más pobres. Causa más de 59.000 muertes cada año. Las áreas más afectadas son las zonas rurales de Asia y África, donde se registran el 95% de las muertes. Solo en la India, la enfermedad provoca 20.000 muertes al año, y en África el número de fallecidos supera los 24.000 anuales¹⁻³. Se considera que los casos de rabia están infranotificados y que su número podría ser 20 veces mayor que

lo indicado por los informes oficiales en Asia y 160 veces mayor que lo referido por los informes oficiales en África⁴.

Figura 1.

Distribución mundial de las zonas de riesgo de rabia. (Fuente: OMS, 2013)



Situación en España

En España (tanto en la península como en las islas), el último brote registrado en animales terrestres fue a finales de los años 1970 en la provincia de Málaga, donde el virus afectó a 126 animales y a una persona.

El 1 de junio de 2013 se identificó en Toledo un caso de rabia canina importado de Marruecos, razón por la cual se aumentaron las medidas de vigilancia epidemiológica; desde entonces, no se ha detectado ningún otro caso de rabia terrestre en la península. En Ceuta y Melilla, debido a su proximidad con

Marruecos, todavía se dan casos esporádicos de rabia en animales domésticos.

En el territorio español, los murciélagos representan uno de los mayores reservorios y potencial fuente de infección humana de rabia, sobre todo en el sur y el este de la península. El número de especies de quirópteros españoles infectados es relativamente elevado. Por esta razón, se considera que todas las especies de murciélagos podrían transmitir la rabia⁵.

Importancia de la vacunación

La rabia es una enfermedad singular. La importancia de su vacunación recae en las siguientes características:

- Tiene una altísima letalidad, cercana al 100%.
- No existe un tratamiento eficaz una vez empiezan los síntomas.
- Existen vacunas seguras y eficaces que pueden prevenir la enfermedad una vez se ha entrado en contacto con un animal infectado y todavía no se ha desarrollado ningún síntoma (vacunación posexposición).

Por lo tanto, la vacunación es el único tratamiento posible para prevenir esta letal enfermedad, ya sea antes o después de entrar en contacto con el virus de la rabia.

Al año se vacunan más de 15 millones de personas que han sufrido un potencial contacto con el virus de la rabia. Se estima que, gracias a la vacunación posexposición, se evitan cientos de miles de muertes anuales³.

Aun así, la estrategia más efectiva para prevenir la rabia en los humanos es la eliminación del virus en los perros mediante su vacunación sistemática⁶.