

Bibliografía

20/12/2018

1. World Health Organization. Centro de Prensa Encefalitis japonesa. Nota Descr N^o 386; diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs386/es/>
2. Campbell GL, Hills SL, Fischer M, Jacobson JA, Hoke CH, Hombach JM, et al. Estimated global incidence of Japanese encephalitis: a systematic review. Bull World Health Organ. 2011;89:766-74.
3. Public Health England. Capítulo 20: Japanese encephalitis. En: Salisbury D, Ramsay M, eds. Immunisation against infectious diseases (The Green Book). Londres: PHD/DH; 2016. p. 201-7. (Consultado el 19 de abril de 2018.) Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/571393/2905959_Green_Book_Chapter_20_v3_0W.pdf
4. Halstead SB, Jacobson J, Dubischar-Kastner K. Japanese encephalitis vaccines. En: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit P, editores. Vaccines. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2013. p. 312-51.
5. Doti P, Castro P, Martínez MJ, Zboromyrska Y, Aldasoro E, Inciarte A, et al. A case of Japanese encephalitis in a 20 year-old Spanish sportsman, February 2013. Euro Surveill. 2013;18:20573.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Geographic distribution of Japanese encephalitis virus. Disponible en: <https://www.cdc.gov/japaneseencephalitis/maps/index.html>
7. Gavi The Vaccine Alliance. Japanese encephalitis vaccine support. 2016. Disponible en: <http://www.gavi.org/support/nvs/japanese-encephalitis/>
8. World Health Organization. Japanese encephalitis vaccines: WHO position paper – February 2015. Wkly

Epidemiol Rec. 2015 Feb 27;90(9):69-87.

9. European Medicines Agency. 08/01/2018 Ixiaro - EMEA/H/C/000963 -PSU-SA/00001801/201703 Ixiaro. Japanese-Encephalitis Vaccine (Inactivated, Adsorbed). 2018. (Consultado el 19 de abril de 2018.) Disponible en:
http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000963/human_med_000862.jsp%20&%20mid=WC0b01ac058001d124
-

Seguridad

20/12/2018

La seguridad de las vacunas frente al VPH se monitoriza por parte de la industria farmacéutica antes y después de la comercialización, y una vez iniciada esta, también por parte de las instituciones de salud pública nacionales, los organismos regulatorios y el estamento universitario. La vigilancia de la seguridad es de tipo activo y pasivo.

Hasta la fecha se han administrado más de 270 millones de dosis en todo el mundo¹⁵ y se han publicado los datos de seguimiento a largo plazo de los Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos (Vaccine Adverse Events Report System y Vaccine Safety Datalink)¹⁷ y de los registros poblacionales del Reino Unido¹⁸ y Australia¹⁹. Del análisis de todos ellos se desprende que las vacunas son muy seguras²⁰.

Una reciente revisión²¹ llevada a cabo por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades no ha encontrado en mujeres vacunadas, respecto de las no vacunadas, un mayor porcentaje de efectos adversos graves, enfermedades

clínicamente relevantes, nuevas enfermedades crónicas o autoinmunitarias, síndrome de Guillain-Barré ni fenómenos de tromboembolia. La European Medicines Agency²² ha emitido un informe en el que concluye que no se ha encontrado una asociación causal entre las vacunas frente al VPH y el síndrome de dolor regional complejo ni el síndrome de taquicardia postural ortostática. Las vacunas también son seguras al administrarlas a personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.

La monitorización de la seguridad no ha finalizado, ya que los estudios de vigilancia se prolongarán durante varios años más con el objetivo de detectar aquellos efectos adversos que pudieran aparecer varios años después de recibir la vacuna.

Efectos secundarios

Los efectos adversos más comúnmente encontrados tras la vacunación son locales de carácter transitorio y otros generales del tipo de desmayo (síncope vaso-vagal) como manifestación psicógena al propio acto vacunal, fiebre, malestar y dolor de cabeza. Las frecuencias de los efectos adversos locales y generales tras la recepción de ambas vacunas en la vigilancia antes y después de la comercialización están disponibles en las hojas de información de la Organización Mundial de la Salud²³.

Contraindicaciones

No se debe administrar la vacuna en personas con hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes en ella contenidos. Se pospondrá su administración en caso de padecimiento de procesos febriles agudos. Aunque hasta ahora no se ha demostrado ningún efecto adverso en la gestante ni en el recién nacido tras la administración durante el embarazo, se recomienda no utilizarla en las mujeres gestantes.

Vacunación

20/12/2018

Las vacunas frente a la tos ferina actualmente utilizadas en España son vacunas inactivadas acelulares, compuestas por dos, tres o cinco antígenos de *B. pertussis*, toxoide pertúsico (TP), hemaglutinina filamentosa (HAF), pertactina (PRN) y fimbrias tipo 2 (FIM2) y tipo 3 (FIM3). Estas vacunas sustituyeron a las de células enteras, por ser estas mucho más reactógenas. Aunque la eficacia en los ensayos clínicos fue similar a la de células enteras, se ha demostrado posteriormente que la vacuna acelular es algo menos inmunógena y confiere menor protección en el tiempo (se estima que de unos 4-9 años).

Vacunas disponibles

No existe un preparado monocomponente, sino que se combina con los toxoides tetánico y diftérico, así como con otros antígenos, dando lugar a la vacuna trivalente (DTPa/dTpa), tetravalente (DTPA-IPV), pentavalente (DTPA-VPI-Hib) o hexavalente (DTPa-VPI-Hib-VHB). Todos los preparados autorizados y distribuidos en nuestro ámbito contienen el componente anti-*pertussis* acelular (Pa/pa), con baja carga antigénica del componente pertúsico (pa) para uso en adultos.

La dTpa solo está indicada como dosis de recuerdo de la vacunación frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina, y no debe usarse para la inmunización primaria frente al tétanos o la difteria, ni para completar una primovacunación iniciada con Td. En las tablas 1 y 2 se recogen las vacunas autorizadas y disponibles en España que contienen antígeno *pertussis*.

Tabla 1.

Vacunas combinadas contra la tos ferina autorizadas y

disponibles en España para su uso en la infancia (DTPa)

Nombre comercial y laboratorio	Composición	Dosis y edad de administración
<p>Infanrix Hexa® GSK (DTPa+VPI+Hib+HB)</p>	<p>Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF, PRN) Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> conjugado con toxoide tetánico Virus de la poliomielitis (tipos 1, 2 y 3) inactivados Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBs)</p>	<p>Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 2 meses Edad máxima: 36 meses En ficha técnica no hay estudios por encima de 36 meses</p>
<p>Hexyon® Sanofi-Pasteur (DTPa+VPI+Hib+HB)</p>	<p>Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF) Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> conjugado con proteína del tétanos Virus de la poliomielitis (tipos 1, 2 y 3) inactivados Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBs)</p>	<p>Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 6 semanas Edad máxima: 24 meses En ficha técnica no hay estudios por encima de 24 meses</p>

<p>Vaxelis® MSD (DTPa+VPI+Hib+HB)</p>	<p>Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF, PRN, FIM2, FIM3) Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> conjugado con proteína del meningococo Virus de la poliomielitis (tipos 1, 2 y 3) inactivados Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBs)</p>	<p>Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 6 semanas Edad máxima: 15 meses En ficha técnica no hay estudios por encima de 15 meses</p>
Nombre comercial y laboratorio	Composición	Dosis y edad de administración
<p>Infanrix-IPV+Hib® GSK (DTPa+VPI+Hib)</p>	<p>Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF, PRN) Polisacárido de <i>Haemophilus</i> <i>influenzae</i> conjugado con toxoide tetánico Virus de la poliomielitis (tipos 1, 2 y 3) inactivados</p>	<p>Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 2 meses Edad máxima: 5 años</p>

<p>Pentavac® Sanofi-Pasteur (DTPa+VPI+Hib)</p>	<p>Toxoide tetánico Toxoide diftérico Toxoide pertussis, FHA Virus de la poliomielitis (tipos 1, 2 y 3) inactivados Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> conjugado con proteína del tétanos</p>	<p>Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 2 meses Edad máxima: <7 años</p>
<p>Infanrix® GSK (DTPa)</p>	<p>Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF, PRN)</p>	<p>Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 2 meses Edad máxima: <7 años</p>

Tabla 2.

Vacunas frente a la tos ferina de baja carga antigénica combinadas con toxoide antitetánico y con toxoide diftérico de baja carga antigénica disponibles en España

Nombre comercial y laboratorio	Composición	Dosis y edad de administración
<p>Boostrix Polio® GSK (dTpa-IPV)</p>	<p>Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF, PRN) Virus de la poliomielitis (tipos 1, 2 y 3) inactivados</p>	<p>Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 3 años</p>

Boostrix® GSK (dTpa)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF, PRN)	Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 4 años
Triaxis® Sanofi-Pasteur (dTpa)	Toxoide tetánico Toxoide diftérico Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> (TP, HAF, PRN, FIM2, FIM3)	Dosis: 0,5 ml Edad mínima: 4 años

Medidas preventivas

20/12/2018

Las medidas de protección contra las picaduras de mosquitos son importantes para disminuir el riesgo entre los viajeros, pero la medida más eficaz para prevenir la enfermedad es la vacunación.

La mayoría de los mosquitos son más activos en los momentos inicial y final del día. Es habitual que las áreas cercanas a los cultivos de arroz, áreas rurales y zonas de granja de animales tengan mayor concentración de mosquitos.

Se recomienda, por tanto, adoptar medidas de barrera como el uso de vestimenta que no deje zonas expuestas en las horas del día con más actividad de los mosquitos, junto con el uso de repelentes como N, N-dietil-meta-toluamida (DEET). Hay que tener en cuenta que incluso en periodos cortos de tiempo existe la posibilidad de ser picado por un mosquito.

Efectos adversos de la vacunación

20/12/2018

Pueden ocurrir reacción local en el sitio de la inyección (10-20%) y otras reacciones inespecíficas. En menos del 10% puede producirse un síndrome similar a un estado gripal, con dolores musculares y articulares leves, cansancio, cefalea y ligera sensación de distermia. El 1% o menos se asocian a vértigos, migrañas, dolor abdominal, cambios en ganglios linfáticos, alteración de las pruebas hepáticas, erupción y reacciones locales tipo sangrado o hematoma en el sitio de la inyección. Son considerados como efectos adversos muy raros (menos de un caso por cada mil vacunados) taquicardia, palpitaciones, disnea, ronchas, disminución del número de plaquetas, edemas de miembros inferiores y neuritis periférica^{8,9}.

Existen pocos datos sobre el uso de Ixiaro[®] en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, pero como medida de precaución debe evitarse la administración de la vacuna. Sin embargo, en caso de un viaje inaplazable a una zona de riesgo, los riesgos teóricos de la vacuna deberían evaluarse frente al riesgo de adquirir encefalitis japonesa ante la posible exposición al vector³.

Seguridad de las vacunas frente al virus del ébola

20/12/2018

Los resultados de los ensayos clínicos de fase I para las dos vacunas candidatas más desarrolladas, ChAd3-ZEBOV y rVSV-ZEBOV, se conocieron en enero de 2016. Ambas vacunas han demostrado ser seguras y bien toleradas en seres humanos¹⁰⁻¹². Los resultados con rVSV-ZEBOV han resultado francamente prometedores^{13,14}.

Reacciones adversas:

- ChAd3-ZEBOV: en los estudios realizados se ha observado, principalmente, dolor en el sitio de inyección y fiebre que se producen en las primeras 24 horas tras la vacunación. En la mayoría de los vacunados, la fiebre cede en las primeras 24 horas. Se ha observado una disminución clínicamente no significativa de las plaquetas y de los linfocitos, como ocurre después de la vacunación con otras vacunas de virus vivos. No se han detectado eventos adversos graves atribuibles a la vacuna¹⁴.
- rVSV-ZEBOV: se han observado dolor en el sitio de inyección y síntomas sistémicos como fiebre, malestar general y síntomas pseudogripales (escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza y fatiga), con una duración aproximada de 1 a 3 días. Se han registrado episodios de artralgia, artritis y dermatitis en la segunda semana después de la vacunación, con un cuadro consistente en erupción y vasculitis cutánea de 2 a 3 semanas de duración y con una frecuencia de aparición variable entre los lugares de estudio (en algunos casos el cuadro dura más de 3 meses). Estas reacciones se asocian con la replicación del virus de la vacuna en las articulaciones

y la piel, que se ha demostrado mediante reacción en cadena de la polimerasa y por inmunohistoquímica. No se han constatado eventos adversos graves atribuibles a la vacuna¹⁴.

Los estudios que se encuentran actualmente en fase de análisis proporcionarán evidencias adicionales sobre posibles eventos adversos en adultos, y permitirán una evaluación más extensa de la seguridad de las vacunas. En la actualidad no se dispone de datos de seguridad de estas vacunas en voluntarios con otras enfermedades subyacentes. Asimismo, no hay datos con respecto a la seguridad de estos productos en la edad pediátrica ni en embarazadas^{14,15}. La OMS aprueba inmunizar con el virus del Ebola a la población de alto riesgo en la República del Congo¹⁶.

Vacunas disponibles

20/12/2018

Existen diferentes tipos de vacunas, pero dos (una viva y otra inactivada) son las más utilizadas⁸. La vacuna viva atenuada de la cepa SA 14-14-2 del virus de la encefalitis japonesa se utiliza en China y cada vez más en varios países asiáticos. La segunda vacuna mayormente utilizada es una vacuna inactivada de la misma cepa del virus que emplea hidróxido de aluminio como adyuvante, y no tiene tiomersal como componente⁹. Esta vacuna está aprobada para su uso en América del Norte, Australia y varios países europeos, y es la disponible actualmente en España (Ixiaro[®]). La vacuna, al ser inactivada y no contener virus vivos, no puede causar la enfermedad contra la que protege³.

Pauta de vacunación

La pauta de vacunación con la vacuna Ixiaro® consiste en dos dosis administradas preferentemente por vía intramuscular los días 0 y 28, lo que confiere una protección del 88-100% a partir de los 10-14 días de la segunda dosis y una duración de la protección de 1 año. La vacuna está autorizada a partir de los 2 meses de edad. No se dispone aún de información sobre la necesidad de dosis de refuerzo, salvo la indicación de una primera entre los 12 y 24 meses tras la primovacunación, si el riesgo persiste. Más recientemente se ha aprobado una pauta de vacunación rápida, dirigida a adultos entre 18 y 65 años, consistente en dos dosis de vacuna administradas los días 0 y 7^o.

En niños entre 2 meses y 3 años, la dosis de vacuna indicada es la mitad de la dosis de adulto (0,25 ml), que se preparará según indican las instrucciones del fabricante.

Si se omite una de las dosis programadas, se deberá solicitar otra cita para la segunda inyección. Sin la segunda dosis no se considerará una protección completa contra la enfermedad. Si existe retraso, se describe que la segunda dosis podrá administrarse hasta 11 meses después de la primera.

Indicaciones de la vacuna

No es una vacuna obligatoria. Está recomendada principalmente a viajeros a zonas declaradas como endémicas que planean pasar más de 1 mes durante la temporada de mayor transmisión; también cuando en un periodo menor se pretende realizar actividades de paseo o estancias en zonas rurales o agrícolas, y en cualquier situación en que se declare un brote en la región. El último caso notificado en nuestro país correspondió a un varón de 20 años que contrajo la infección en Tailandia, donde se encontraba de visita para una competición deportiva por un periodo de 3 semanas⁵.

También se recomienda la inmunización de todo el personal de laboratorio de investigación que tenga potencial exposición al virus. Se han registrado más de 20 casos de infección por el virus de la encefalitis japonesa adquiridos en laboratorios⁴.

Contraindicaciones de la vacuna

No se debe administrar a personas que hayan desarrollado⁹:

- Reacción anafiláctica o reacción sistémica grave a la primera dosis de la vacuna Ixiaro[®].
- Reacción anafiláctica confirmada a cualquier componente de la vacuna⁶.

Otras fuentes de información

20/12/2018

Las páginas web de diversas instituciones nacionales, como Sanidad Exterior, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España⁸, o los Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos⁹, son otras fuentes información actualizada sobre la situación epidemiológica de la encefalitis centroeuropea. Además, la OMS¹⁰ publica revisiones periódicas sobre la evidencia en materia de inmunización frente a la encefalitis centroeuropea.

Bibliografía

20/12/2018

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de utilidad terapéutica de las vacunas frente a los virus del sarampión, la parotiditis y la rubéola. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2014/12/2/80330.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Notificación de sospecha de reacción adversa. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/ciudadanos/2013/NI-MUH_FV_03-2013-notifica-ram.htm
- Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications and precautions [actualizado 21 Febrero 2018]. En: Vaccine Recommendations and Guidelines of the ACIP Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Measles and measles vaccination. Disponible en: <http://www.cdc.gov/measles/hcp/index.html>
- De Arístegui J. Vacunaciones en el niño, de la teoría a la práctica. Manual adaptado para los profesionales sanitarios de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2006. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/absys/documento/vacunaciones.pdf>
- Domínguez García A, Borrás López E, coordinadoras. El sarampión: 7ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Sociedad Española de Epidemiología. 2008. Disponible en: http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/el_sarampi

[on.pdf](#)

- European Centre for Disease Prevention and Control. Measles and rubella monitoring, February 2018. Measles January–December 2017. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Monthly%20Measles%20and%20Rubella%20monitoring%20report%20%20February%202018.pdf>
- Evaluación del protocolo de vacunación en alérgicos al huevo con vacuna triple vírica. Comunidad de Madrid, años 2007-2010. Recomendaciones del Comité de Expertos en Vacunas de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202804166930&ssbinary=true>
- Ficha técnica MMR-Vaxpro®. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>
- Ficha técnica Priorix®. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>
- Ficha técnica Priorix Tetra®. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>
- Ficha técnica Proquad®. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>
- General Recommendations on Immunization. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. The Pink Book: Course Textbook 13th ed. 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/genrec.html>
- Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL. Vacunas, algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas. 3ª ed. España: AEPap / Sepeap; 2017.
- Instituto de Salud Carlos III. Enfermedades de declaración obligatoria. Series temporales. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-c>

cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoriaseries-temporales.shtml

- Jain A, Marshall J, Buikema A, Bancroft T, Kelly JP, Newschaffer CJ. Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism. JAMA. 2015;313:1534-40.
- Miller E. Measles-mumps-rubella vaccine and the development of autism. Semin Pediatr Infect Dis. 2003;14:199-206.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Calendario de vacunación infantil recomendado para el año 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2015.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Coberturas de vacunación 2016. Datos estadísticos. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>
- National Advisory Committee on Immunization (NACI). Egg allergy and MMR vaccine: new recommendations from the National Advisory Committee on Immunization. Can J Infect Dis. 1996;7:289-90.
- Organización de las Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo del milenio de la ONU. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>
- Picazo JJ, González F. Guía práctica de vacunaciones 2011. Vol. 1. Madrid: FEI; 2011.
- Rubin SA. Mumps vaccines. En: Plotkin S, Orenstein W, Offit P, Edwards KM, editores. Plotkin's Vaccines. 7th. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 663-88.
- The editors of the Lancet. Retraction – Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet. 2010;375:445.

- Torres de Mier MV, Ndumbi P, López Perea N, Masa Calles J, y Grupo de Trabajo del Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y la Rubéola. Vigilancia del sarampión, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en España 2016. Centro Nacional de Epidemiología. Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y de la Rubéola. Informe anual 2016. Madrid. Junio de 2017. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedadesprevenibles-vacunacion/pdf_2016/2017_06_16VigilanciaSARRUB2016.pdf
- Vaccine information.org. Video library. Disponible en: <http://www.vaccineinformation.org/videos/>
- World Health Organization. Measles. Fact sheet N° 286 Reviewed February 2015. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC) met for the sixth time on 15-17 June in Bucharest, Romania. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/348013/6th-RVC-final-for-web-posting.pdf

OTROS RECURSOS

- Asociación Española de Vacunología. Preguntas al experto. Sarampión, rubéola y parotiditis. Disponible en: <https://vacunas.org/isarampion-natural-o-reaccion-adversa-a-la-vacuna/>
- Centers for Disease Control and Prevention. Frequently asked questions about measles in the U.S. Disponible en: <http://www.cdc.gov/measles/about/faqs.html>
- Immunization Action Coalition. Handouts: vaccine index. Measles: information about the disease and vaccines. Questions and answers. Disponible en: <http://www.immunize.org/catg.d/p4209.pdf>

- WebMD. Children's health. Measles – frequently asked questions. Disponible en: <http://www.webmd.com/children/tc/measles-rubeola-frequently-asked-questions>
-

Indicaciones de la vacuna

20/12/2018

La OMS recomienda la inmunización frente al sarampión, la rubéola y la parotiditis 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 a la que el sistema inmunitario es lo bastante maduro como para conseguir una buena respuesta de anticuerpos (99% de seroconversión frente al sarampión), sin que interfieran los anticuerpos maternos que llegan al recién nacido a través de la placenta.

Adultos

También se recomienda la vacunación de todas aquellas personas adultas, nacidas con posterioridad al año 1966, sin antecedente demostrado de haber padecido la enfermedad o sin antecedentes de vacunación, con al menos dos dosis de vacuna. Cabe recordar que las cohortes nacidas entre 1978 y 1994 recibieron una sola dosis de vacuna SRP.

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 evitando también ser fuente de contagio para los pacientes.

Los profesionales que trabajan en centros sanitarios deben tener evidencia de inmunidad frente al sarampión por cualquiera de las siguientes pruebas:

- Documentación escrita de vacunación con dos dosis de vacuna triple vírica administrada por lo menos con 28 días de diferencia.
- Prueba de laboratorio de inmunidad.
- Confirmación de laboratorio de la enfermedad.

Viajeros internacionales

Los viajeros deberían proceder a la revisión de su calendario vacunal frente al sarampión antes de visitar determinadas zonas. El sarampión es una enfermedad común en algunas partes del mundo, incluidas ciertas zonas de Europa, Asia, el Pacífico y África. Los viajeros que contraen el sarampión durante un viaje a zonas

endémicas pueden contagiar y ocasionar brotes en nuestro país a la población susceptible, no vacunada o mal vacunada (casos importados).

Los niños a partir de los 9-11 meses de edad que vayan a realizar un viaje a zonas endémicas deberían recibir una dosis de vacuna SRP. Esta dosis temprana no sustituye a las dos posteriores indicadas en el calendario.

Profilaxis posexposición

A las personas expuestas al sarampión que no tengan evidencia de haber padecido la enfermedad o de estar vacunados se les puede recomendar la vacunación profiláctica posexposición antes

de transcurridas 72 horas desde la exposición al virus.