

Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016

23/05/2016

Jones G, Haeghebaert S, Merlin B, Antona D, Elmouden M, Battist F et al. Euro Surveill. 2016;21(11):pii=30167

En enero de 2016 se declararon dos casos de sarampión en un campo de refugiados de Calais (Francia), siendo el caso índice un varón de 30 años que llevaba un mes viviendo en el campamento y que comenzó con síntomas el día 5 del mes. El segundo caso era un voluntario de 20 años que trabajaba en ese lugar. Entre el 5 de enero y el 11 de febrero se confirmaron trece casos. De ellos, nueve eran refugiados y cuatro eran voluntarios. El campo contaba con 3.500 refugiados, con 96% de varones y edad media de 25 años. La edad de los casos osciló de 9 a 46 años y diez casos precisaron hospitalización. No se dispuso de carnés de vacunación de diez casos. De los tres sanitarios voluntarios, uno no estaba vacunado y dos habían recibido dos dosis de vacuna en los noventa. El genotipo de los casos fue el B3. El 19 de febrero se decidió vacunar a todos los menores de 35 años, teniendo lugar la campaña entre el 28 de enero y el 5 de febrero. Se utilizó la vacuna triple vírica y el sarampión monovalente en los de seis a doce meses y en mujeres en edad fértil. 2.051 aceptaron la vacunación y no se observaron casos adicionales de sarampión desde el 11 de febrero. Los autores piensan que el origen estuvo en alguno de los numerosos voluntarios del asentamiento con un inadecuado estado de vacunación. Recalcan los autores la necesidad de chequear el estado vacunal de los cooperantes y de los sanitarios que pudieran atender a los refugiados.

[\[más información\]](#)

The live attenuated dengue vaccine TV003 elicits complete protection against dengue in human challenge model

23/05/2016

Kirkpatrick B, Whitehead S, Pierce K, Tibery C, Grier P, Hynes N et al. Sci Trans Med 2016;8:330ra36.

Se dispone de varias vacunas candidatas frente al dengue, siendo la vacuna atenuada tetravalente (LATV) la que hasta ahora ha llegado más lejos ya que se ha comercializado en Méjico, Brasil y Filipinas para personas de 9 a 45 años debido a la escasa eficacia en individuos naive al dengue y al riesgo de hospitalización en los tres años tras la vacunación en los de dos a cinco años vacunados, respecto de los no vacunados. Es por ello que investigadores del Laboratory of Infectious Diseases at the National Institutes of Health de los Estados Unidos ensaya el valor profiláctico de una vacuna tetravalente atenuada TV003 en personas sanas y seronegativas para el dengue. Recibieron la vacuna 24 sujetos y otros 24 el placebo, con edades medias de 29.4-30.8 años. La tolerancia fue buena sin episodios de fiebre, siendo más frecuente en el grupo TV003 los exantemas leves y asintomáticos. Al hacerles un challenge seis meses más tarde con virus dengue derivado de un genotipo americano DENV-2 aislado en Tonga en 1974 (rDEN2Δ30) no presentó enfermedad ninguno de los vacunados ni tampoco se les aisló virus en sangre, mientras que tampoco desarrollaron rash, neutropenia o trombocitopenia tras el challenge. En

contraste, en todos los individuos que recibieron placebo se aisló el virus rDEN2Δ30, casi todos presentaron rash y algunos tuvieron neutropenia y trombocitopenia. Esta vacuna será ensayada en áreas endémicas y los autores piensan que el modelo de challenge empleado puede acelerar el desarrollo de vacunas al evaluar la protección vacunal y poder eliminar del camino a aquellas vacunas candidatas antes de iniciar con ellas ensayos de eficacia.

[más información]

Safety of seasonal influenza vaccination in hospitalized surgical patients

23/05/2016

Tartof S, Qian L, Rieg G, Yu K, Sy L, Tseng H et al. Ann Intern Med published on 15 March 2016.

Debido a las preocupaciones de los cirujanos de que los efectos adversos de la vacuna antigripal pudieran dar lugar a evaluaciones innecesarias para descifrar si se deben a la propia vacuna o a una infección intercurrente, los autores diseñan un estudio retrospectivo de cohortes realizado en pacientes de seis o más meses del Kaiser Permanente Southern California en las temporadas gripales de 2010 a 2013 para evaluar si la vacunación antigripal en el perioperatorio (por cualquier patología) de la estancia hospitalaria aumenta la utilización de servicios sanitarios. En el análisis ajustado se incluyeron 42.777 cirugías en los que se administró la vacuna durante la hospitalización en 6.420. No se encontraron diferencias entre vacunados y no vacunados en cuanto al riesgo

de visitas para reingreso o a la sala de urgencias, fiebre o evaluaciones clínicas para sospechas de infección en los siete días posteriores al alta hospitalaria. Del mismo modo, no se encontró evidencia robusta de que los pacientes quirúrgicos vacunados tuvieran riesgo incrementado de fiebre o de evaluaciones clínicas para infecciones. Sí que se detectó un riesgo significativamente aumentado de visitas ambulatorias en la semana posterior al alta (1.05 veces respecto al grupo de no vacunados con un límite superior de 1.10). Los autores concluyen que no hay evidencias potentes de un incremento de desenlaces adversos al comparar los pacientes que reciben o no la vacuna antigripal durante su estancia hospitalaria por cirugía, por lo que estimulan la recomendación de vacunar frente a la gripe en el hospital y no demorarla innecesariamente.

[más información]

Programa de la XXXIV Reunión Científica de la SEE – XI Congresso da APE. 14-16 de Septiembre. Sevilla

23/05/2016

Ya está disponible el programa de la XXXIV Reunión Científica de la SEE – XI Congresso da APE, [aquí para descargar.](#)

Effectiveness of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine for prevention of invasive pneumococcal disease in children in the USA: a matched case-control study

23/05/2016

Moore M, Link-Gelles R, Schaffner W, Lynfield R, Holtzman C, Harrison L et al. *The Lancet Respir Med* published on line 14 March 2016

Estudio de casos y controles apareados para conocer en los Estados Unidos la efectividad de la vacuna antineumocócica conjugada de 13 serotipos, incluida en el calendario del país desde 2010. Los casos fueron identificados en los registros de vigilancia activa de trece estados de la Unión y los controles mediante las partidas de nacimiento y se aparearon a los anteriores por edad y código postal. El objetivo primario fue conocer la efectividad de al menos una dosis de vacuna frente a los trece serotipos, y el secundario conocer la efectividad frente a cualquier ENI, frente a ENI no susceptible a antibióticos y la efectividad en niños con trastornos subyacentes. Incluyeron a 722 niños con ENI y a 2.991 controles. El 30% de los serotipos más comunes fueron el 19A, 7F y 3. La efectividad frente a todos los serotipos vacunales fue del 86.0%, del 85.6% para el 19A, y del 96.5% para el 7F. Los autores encontraron también una efectividad significativa frente al serotipo 3 (79.5% con IC 95%: 30.3-94.8), y frente a la ENI por neumococos resistentes a antibióticos (65.6%). La efectividad para la ENI por cualquier serotipo neumocócico fue del 60.2% (IC 95%: 46.8-70.3) y en niños con

trastornos subyacentes fue similar a la de los sanos (85.8%). Los autores concluyen que la vacuna de 13 serotipos es altamente efectiva frente a la ENI infantil en el contexto de la vacunación rutinaria y de repesca.

[más información]

Association between vaccine refusal and vaccine-preventable diseases in the United States. A review of measles and pertussis

23/05/2016

Phadke V, Bednarczyk R, Salmon D. JAMA 2016;315:1149-1158

Con el objetivo de mejorar la comprensión de la asociación entre los rechazos, retrasos y exenciones a la vacunación y la epidemiología del sarampión y tosferina en los Estados Unidos, los autores revisan las bases de datos (PubMed) hasta el mes de noviembre de 2015, buscando artículos de brotes epidémicos de sarampión (desde 2000) y de tosferina (desde 1977) y de riesgo de enfermedad en el contexto de retraso o exenciones en la vacunación. En los 18 estudios identificados en relación al sarampión se incluyeron 1.416 casos de los que el 56.8% no tenían historia de vacunación frente a la infección. De los 970 casos con datos detallados de vacunación, 574 no habían recibido la vacuna a pesar de ser elegibles y 405 de ellos tenían exenciones no médicas (religiosas o filosóficas). En cuanto a los brotes de tosferina identificaron 32 reportes que

incluían a 10.609 personas con datos de vacunación de las que entre el 24% y el 45% estaban no vacunadas o lo estaban de manera insuficiente. No obstante también se constataron epidemias en poblaciones con altas coberturas de vacunación, lo que habla a favor de un waning inmunitario. En nueve reportes de doce brotes se obtuvieron datos de vacunación. En ocho entre el 59% y el 93% de los casos no vacunados lo estaban intencionadamente.

Una editorial acompañante describe tres oportunidades para mejorar la inmunidad poblacional. Los Estados permisivos con las exenciones deben de ser más estrictos, los esfuerzos de vacunación deben centrarse en ajustar los intervalos recomendados entre dosis para reducir el waning postvacunal o desarrollar vacunas nuevas de inmunidad más duradera, y en tercer lugar la política actual sobre los rechazos a vacunar debería ampliarse a la vacunación del adulto.

[\[más información\]](#)

Bordetella pertussis epidemiology and evolution in the light of pertussis resurgence

23/05/2016

Sealey K, Belcher T, Preston A. Infect Genet Evol 2016;40:136-143

A raíz del resurgimiento de la tosferina en varios países del mundo, especialmente en los que utilizan vacunas acelulares, los autores, de la Universidad de Bath (Reino Unido), revisan

las características de las distintas vacunas utilizadas hasta la fecha y las respuestas inmunes que desencadenan las de célula entera y las acelulares. Revisan los motivos que pudieran explicar el resurgimiento de la infección y su diagnóstico, con especial énfasis en los efectos de la vacuna en la colonización nasofaríngea, en la protección y en la caída inmunitaria (waning). Abordan, también, la epidemiología en cuanto a las infecciones asintomáticas y a los factores de riesgo. En el apartado de la evolución de B pertussis y de la filogenia, con el tipaje de cepas por medio de los perfiles alélicos y la electroforesis en gel. Prestan especial atención a la genómica de la bacteria mediante la secuenciación de genes que ha revolucionado su estudio aportando pistas sobre su evolución y diversidad. Concluyen con sugerencias para cortar los actuales brotes epidémicos: dudoso valor de los boosters periódicos en relación a los niveles necesarios de coberturas y a su periodicidad y a la vacunación de la embarazada. Proponen que, vistos los defectos de las actuales vacunas acelulares, investigar en vacunas de célula entera con un perfil mejorado de seguridad en relación a las actuales.

[\[más información\]](#)

The optimal gestation for pertussis vaccination during pregnancy – a prospective cohort study

23/05/2016

Naidu M, Muljadi R, Davies-Truck M, Wallace E, Giles M. Am J

Estudio prospectivo que evalúa los anticuerpos específicos de tosferina en la madre y en el cordón umbilical del recién nacido tras la vacunación materna con Tdap, que tuvo lugar en Australia entre abril y septiembre de 2014. Reclutaron tres grupos de mujeres: grupo de vacunación precoz entre las semanas 28 y 32 de gestación (53), tardío entre las semanas 33 y 36 (62) y un tercero de no vacunadas (39), con un total de 154 individuos. Se analizaron 82 muestras apareadas madre vacunada-hijo y 27 madre no vacunada. Encontraron que los niveles de PT, FHA y PRN en cordón fueron significativamente más elevados en el grupo de vacunadas respecto de no vacunadas ($p < 0.001$ para los tres antígenos). Por otra parte la vacunación entre las semanas 28 y 32, respecto de la vacunación tardía, resultó en un título en cordón mayor para PT ($p = 0.009$), PRN ($p = 0.03$) y FHA ($p = 0.03$). Al ajustar por los niveles maternos prevacunales, se alcanzó diferencia significativa solo para PRN ($p = 0.003$). Los autores concluyen que sus resultados muestran que la vacunación materna durante el tercer trimestre consigue mayores niveles de anticuerpos para el recién nacido que cuando no recibe la vacuna, y que la ventana vacunal óptima para conseguir el máximo nivel de anticuerpos parece estar entre las 28 y 32 semanas de gestación.

[más información]

Vacunación y síndrome de Job-Buckley. Vacunación en

tratamiento con Metotrexate. Vacunación en alergia a formaldehído

23/05/2016

Respuesta del Experto a ...

Vacunación y síndrome de Job-Buckley. Vacunación en tratamiento con Metotrexate. Vacunación en alergia a formaldehído

Pregunta

Estimados compañeros, agradecería su opinión en relación a algunas cuestiones referentes a la administración vacunal en determinados grupos de riesgo:

1. Vacunación con triple vírica en adultos con tratamiento crónico exclusivo con Metotrexato. ¿Existe un perfil de seguridad como el de la vacuna frente a la varicela que sirva de referencia para su administración en estas condiciones? Grosso modo, ¿serviría la referencia en dosis $< 0,4$ mg/kg/semana para este fin?
2. Varón de 36 años de edad diagnosticado de Sd. de Hiper IgE con patrón de herencia autosómico dominante (Síndrome de Job) multisistémico (mutaciones del gen STAT3). Derivado para inmunizaciones por neumonías recurrentes, presenta serología negativa a la varicela. Ya vacunado del neumococo, también recibe vacunación antigripal estacional anual. Aunque la vacuna frente a la varicela parece estar especialmente indicada en este caso (Medicina Preventiva Vol. XX N^o2, 3, y 4 2014. Especial Consenso de Vacunas), algunos documentos consultados contraindican su administración:
* El Federal Public Service (FPS) belga en su documento Vaccination of immunocompromised children and adults

with chronic illness de julio de 2012 contraindica la administración de cualquier tipo de vacuna viva por déficit parcial en la respuesta inmune celular asociada a este síndrome (disponible en: <http://www.health.belgium.be/en/vaccination-immunocompromised-children-and-adults-chronic-illness-july-2012-shc-8561>)

* El CDC en los apéndices de la 13ª edición del Pinkbook (Vaccination of Persons with Primary and Secondary Immune Deficiencies) no hace mención a este desorden inmunitario. Tampoco lo hace el General Recommendations on Immunization de la ACIP de 28 de junio de 2011.

* En el Documento de Consenso sobre la Vacunación de Niños Inmunodeprimidos de noviembre de 2015 (AEP-SLIPE-ALAPE) también se contraindica la administración de cualquier vacuna viva por incluir este desorden en el grupo de inmunodeficiencias mixtas.

Al margen de las medidas alternativas que podría realizarse (vacunación de convivientes y empleo de inmunoglobulinas postexposición) ¿se desestimaría la administración de esta vacuna?

3. Gestante alérgica al formaldehído. Las fichas técnicas de Boostrix difieren dependiendo del año: en el 2003 se muestra el formaldehído como posible excipiente, sin embargo, en la ficha más reciente no se muestra entre sus componentes. El fabricante reconoce que aunque este compuesto se emplea en la manufacturación de la vacuna, no se utiliza en su formulación, aunque reconoce que podría estar presente en una cantidad máxima de 0,1 mg por dosis (1 dosis = 0,5 ml). ¿Sería cantidad suficiente como para inducir una reacción alérgica y estar contraindicada su administración?

Agradeciendo enormemente disponer de este foro para resolver y compartir nuestras dudas cotidianas, reciban un cordial saludo.

Respuesta de José Antonio Navarro (13 de Mayo de 2016)

1. Se acepta, en general, que las dosis inmunosupresoras de metotrexate son aquellas superiores a 0.4 mgs/Kg/semana ⁽¹⁾.
2. Como comprenderá, al tratarse de entidades muy infrecuentes, no se dispone de la suficiente casuística como para disponer de recomendaciones generales de vacunación. Mientras unos contraindican las vacunas vivas en el síndrome de hiper IgE ⁽²⁾, otros autores sugieren evaluación del riesgo/beneficio como requisito previo a la vacunación ⁽³⁾.
3. En cuanto al formaldehído, todo dependerá de las manifestaciones clínicas al mismo y la decisión de vacunar se basará en la valoración del riesgo vs beneficio. Si hubiera dudas, podría proceder a la vacunación de los familiares más cercanos además de evitar la exposición del neonato a fuentes transmisoras.

Referencias

- ¹. Harpaz R et al. Prevention of Herpes Zoster. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2008;57:RR-5
- ². Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination des personnes immunodéprimés ou aspléniques. 2 edition. Décembre 2014
- ³. Aguilar C et al. Clin Infect Dis 2014;59:1462-1470

Programa Preliminar. XXXIV

Reunión Científica de la SEE – XI Congresso da APE. 14-16 de Septiembre. Sevilla

23/05/2016

Ya está disponible el programa preliminar

Durante los días 14, 15 y 16 de septiembre de 2016 celebraremos en Sevilla la XXXIV Reunión Científica de la SEE, junto con el X Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, bajo el lema de la “Epidemiología para la Salud en Todas las Políticas”. El reto que nos planteamos abordar este año es de gran relevancia, queriendo contribuir a que ciencia y política dejen de ser espacios inconexos y pasen a generar verdaderas confluencias, que nos permitan incidir en las decisiones sobre las políticas que afectan a la salud a partir del mejor conocimiento disponible.

Trabajar por la Salud en Todas las Políticas supone que, de forma clara y contundente, abogemos activamente porque los determinantes sociales de la salud pasen a tener un protagonismo real, tanto en nuestras actividades investigadoras como en las actuaciones que pongamos en marcha para mejorar la salud de la población. También requiere el esfuerzo de llevar la bandera de la salud a esferas de la planificación política, que hasta ahora hemos sentido muy lejanas desde la salud pública, promoviendo alianzas y objetivos comunes entre sectores a menudo poco conocidos. ¿Es o no un desafío ingente?

La oferta del congreso tratará de adaptarse para generar espacios que promuevan la reflexión conjunta y crítica acerca de las barreras y potencialidades que nos marca la estrategia de la Salud en Todas las Políticas y el papel que debe jugar

la epidemiología para poder avanzar en su desarrollo. Para ello necesitamos la colaboración de todos/as los/as que desde diferentes ámbitos y disciplinas profesionales, hemos ido construyendo, a lo largo de los años, una concepción amplia e integradora, tanto del concepto de salud como del de epidemiología. Todo ello quedará reflejado, con toda probabilidad, en las aportaciones que juntos hagamos en nuestro próximo congreso.

Ya puedes consultar en [la web de la Reunión](#) el programa preliminar con las mesas plenarias previstas.

¡Os esperamos con ilusión en Sevilla 2016!