

Italia, Polonia, Francia y Austria han experimentado notables incrementos en el número de casos de sarampión en los dos últimos meses

El *European Centre for Disease Control and Prevention* ha publicado una actualización de los **casos de sarampión en Europa**. Hasta finales de enero, 19 países habían reportado 881 casos, concentrándose básicamente en Rumania, Italia, Polonia y Francia con 261, 165, 133 y 124, respectivamente.

El sarampión continúa con su diseminación por Europa debido a que algunos países tienen unas coberturas subóptimas de vacunación y solamente Hungría, Portugal, Eslovaquia y Suecia reportan una cobertura para dos dosis de **vacuna triple vírica** de al menos un 95%.

En los dos últimos meses Italia, Polonia, Francia y Austria han experimentado notables incrementos en el número de casos. Entre febrero 2018 y enero 2019 se han registrado 33 fallecimientos atribuibles al sarampión, de los que 22 correspondieron a Rumania, 7 a Italia, 2 a Francia y 2 a Grecia.

[Informe mensual de monitoreo de sarampión y rubéola, marzo de 2019](#)

Últimos casos de rubéola y síndrome de rubéola congénita en España, 1997-2016: el éxito de un programa de vacunación

Seppälä E, López-Perea N, Torres M et al. Last cases of rubella and congenital rubella syndrome in Spain, 1997-2016: the success of a vaccination program. *Vaccine* 2019;37:169-175

Estudio descriptivo cuyo objetivo es el de actualizar la **epidemiología de los casos de síndrome de rubeola congénita** en España reportados al sistema RENAVE entre 1997 y 2016. En ese periodo se registraron 23 casos repartidos en diez comunidades autónomas. Trece de ellos se estudiaron por el sistema específico de vigilancia de este Síndrome y el resto mediante identificación retrospectiva de los diagnósticos de altas hospitalarias. De 22 casos, 14 eran varones.

La tasa de incidencia fue de 0.26/100.000 nacimientos y la mayoría de ellos nacieron entre septiembre y febrero. De los casos en los que se conoce la clínica, el 76.2% presentaron al menos un síntoma del grupo A (hipoacusia, cardiopatía, cataratas, glaucoma o retinopatía pigmentaria), el 76.2% tuvo al menos uno del grupo B (púrpura, esplenomegalia, microcefalia, meningoencefalitis o ictericia neonatal), y el 66% cumplieron criterios clínicos de caso. El 70% eran nacidos de madre extranjera, destacando Marruecos y países del Africa subsahariana (35.7%), América latina (28.6%), Europa oriental

(21.4%) y Sudeste asiático (14.3%). La tasa de incidencia para madres extranjeras fue de 1.10/100.000 y 0.08/100.000 para madres españolas.

Los autores, teniendo en cuenta que al ser muy escasa la circulación del virus pudiendo reducir el grado de concienciación de los sanitarios, concluyen que es necesario mantener los actuales protocolos de identificación del síndrome de rubeola congénita.

[Últimos casos de rubéola y síndrome de rubéola congénita en España, 1997-2016: el éxito de un programa de vacunación](#)

[**Infección por rubéola en el embarazo y rubéola congénita en el Reino Unido, de 2003 a 2016 separador comentando no disponible**](#)

Bukasa A, Campbell H, Brown K, Bedford H, Ramsay M, Amirthalingam G et al. Rubella infection in pregnancy and congenital rubella in United Kingdom, 2003 to 2016. *EuroSurveillance*. 2018;23(19):pii=00381

Estudio que resume los casos de rubeola durante el embarazo confirmados por el laboratorio en Reino Unido entre 2003 y 2016, los de infección rubeólica congénita y el número de síndromes de rubeola congénita.

Los datos procedieron del programa nacional de vigilancia, de los datos hospitalarios y de los laboratorios de virología. En el periodo se registraron 31 infecciones durante el embarazo (0.23/100.000 gestaciones), de los que 26 sucedieron en mujeres nacidas fuera del Reino Unido. Cinco de ellos dieron lugar al síndrome de rubeola congénita y tres tuvieron infección confirmada sin signos o síntomas clínicos.

Adicionalmente, se identificaron siete casos del síndrome aunque no se había reportado infección a lo largo de la gestación. De éstas, seis nacieron fuera del país y en cinco la infección se adquirió en otro país.

Los autores concluyen que a pesar del éxito de los programas de vacunación, la rubeola no se ha eliminado por completo en el Reino Unido y que de los cinco casos en los últimos siete años, dos se podían haber evitado con la vacunación. Se debe insistir en asegurar la vacunación de los nacidos fuera del país. Estas recomendaciones también son válidas para los países europeos que han conseguido o están a punto de eliminar la rubeola.

[Infección por rubéola en el embarazo y rubéola congénita en el Reino Unido, de 2003 a 2016 separador comentando no disponible](#)

[**Global seroprevalence of rubella among pregnant and childbearing age women: a**](#)

meta-analysis

Pandolfi E, Gesualdo F, Rizzo C, Bella A, Agricola E, Mastroiacovo P et al. Eur J Public Health 2017; 27(3) 530-37.

La OMS tiene como objetivo eliminar la rubeola y el síndrome de rubeola congénita en al menos 5 regiones de la OMS para 2020. El trabajo es un meta-análisis de artículos publicados entre enero de 2000 y julio de 2016 con el objetivo de definir la proporción de mujeres en edad fértil seronegativas frente a rubeola. Los estudios se agruparon en función del tipo de población (embarazadas, edad fértil) y en función del área geográfica.

En el análisis final se incluyeron 122 estudios poblacionales. Se encontraron importantes diferencias en la seronegatividad frente a rubeola en función de la región de la OMS; alrededor del 88% de los estudios llevados a cabo en mujeres embarazadas informaron de una seronegatividad >5%. El dato agregado de seronegatividad fue del 9,3%, en función de la población de estudio entre las mujeres embarazadas alcanzó el 9,4% y el 9,5% de las mujeres en edad fértil. Se incluyeron 3 estudios realizados en España, 2 en mujeres en edad fértil (seronegatividad de 5,7 y 2,1%) y 1 en mujeres embarazadas (seronegatividad 5,9%); el dato para la región europea de la OMS fue del 7,6%

Los autores concluyen que se muestra una seronegatividad alta, los datos son preocupantes especialmente si tenemos en cuenta que la OMS fija un 5% como el umbral de seronegatividad deseable.

[\[más información\]](#)

Sanitario con serología negativa a parotiditis tras dos dosis de vacuna triple vírica

Respuesta del Experto a ...

Sanitario con serología negativa a parotiditis tras dos dosis de vacuna triple vírica

Pregunta

¿A qué trabajadores sanitarios podemos considerar inmunes para la parotiditis?.

Dado que pueden estar en contacto con casos: ¿Qué hacemos con los que tienen serología IgG negativa? ¿ Y los que tienen 1 ó 2 dosis documentadas y siguen teniendo serología IgG negativa?. Muchas gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (26 de Octubre de 2016)

Un sanitario se considera bien vacunado frente a la parotiditis con dos dosis de vacuna triple vírica. Dado que no es muy alta la sensibilidad de las pruebas serológicas comerciales para parotiditis, y que se desconoce el valor sérico de IgG correlato de protección, no se considera oportuno realizarla tras la vacunación.

En el caso de que un sanitario haya recibido dos dosis constatadas de vacuna y la serología es negativa o indeterminada para parotiditis, no se recomiendan dosis adicionales de vacuna y deben de considerarse inmunes⁽¹⁾.

Referencias

⁽¹⁾ Shefer A et al. Immunization of Health-Care Personnel. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011;60:7

Vacuna triple vírica y alergia a frutas

Respuesta del Experto a ...

Vacuna triple vírica y alergia a frutas

Pregunta

Tengo una puérpera que no está inmunizada frente a la rubeola. Presenta alergia a las frutas y como la vacuna de la triple vírica puede contener sorbitol y éste esté presente en algunas frutas, mi duda es si puede vacunarse de la triple vírica. Muchas gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (6 de Agosto de 2015)

Lo más importante es considerar el cuadro clínico que presenta tras la ingestión de fruta. Por otra parte debe de valorar si ha recibido a lo largo de la vida alguna dosis de vacuna triple vírica y en ese caso se puede considerar como inmune a rubeola.

Según la FT de MMR Vaxpro: “La vacuna contiene 1,9 mg de sacarosa como excipiente. Esta cantidad es demasiado baja como para causar acontecimientos adversos en pacientes con problemas hereditarios poco frecuentes tales como intolerancia

a la fructosa, problemas de mala absorción de glucosa/galactosa, o deficiencia de sacarasa-isomaltasa". En cuanto a Priorix, la FT no recomienda la vacunación en intolerantes. Aún así, algunos autores desaconsejan la administración de ambas vacunas en función del cuadro clínico (1).

Referencias

1. Oxford Vaccine Group. Vaccine ingredients. Disponible en: <http://www.ovg.ox.ac.uk/vaccine-ingredients>

[Prevalence of anti-rubella, anti-measles and anti-mumps IgG antibodies in neonates and pregnant women in Catalonia \(Spain\) in 2013: susceptibility to measles increased from 2003 to 2013](#)

Plans P, de Ory F, Campins M, Alvarez E, Payá T, Guisasola E et al. J Clin Microbiol Infect Dis published on line: 10 February 2015.

Palabra clave: Sarampión, rubeola, parotiditis. Embarazo. Susceptibilidad.

Descripción de la seropidemiología del sarampión, rubeola y

parotiditis en neonatos de Cataluña llevada a cabo en 2013 mediante el estudio de la IgG específica en 353 muestras de cordón umbilical y la estimación de los títulos en embarazadas teniendo en cuenta unas ratios cordón/madre específicas para cada una de las tres enfermedades. La prevalencia de neonatos con títulos protectores fue del 96%, 90% y 84% para rubeola, sarampión y parotiditis, respectivamente, mientras que en mujeres fueron 95%, 89% y 81%. Los títulos frente a las dos últimas enfermedades aumentaron de manera significativa a medida que aumentaba la edad materna, mientras que entre 2003 y 2013 la prevalencia de estos títulos frente a sarampión decreció un 7% (OR=0.15, $p<0.001$), aumentaron los de rubeola en un 3% (OR=1.8, $p<0.05$) y también aumentó la cobertura de triple vírica (calculada mediante cuestionario materno) en un 54% (OR=2.09, $p<0.01$).

Los autores piensan que los neonatos del estudio están bien protegidos frente a la rubeola pero no frente a las otras dos enfermedades, lo que implica que debiera diseñarse una nueva estrategia preventiva para reducir estas patologías en la madre y en sus hijos. La mayor protección frente a rubeola podría explicarse por su mayor inmunogenicidad postvacunal y por los programas específicos previos de vacunación. En cuanto al sarampión, los títulos fueron mayores en las de 35 o más años probablemente por inmunidad postpadecimiento. La mayor susceptibilidad a sarampión en 2013 podría explicarse por: 1) mayor proporción de neonatos de mujeres vacunadas en 2013, 2) waning inmunitario postvacunal, y 3) por menor circulación de virus salvaje. Exponen por último tres limitaciones del estudio (parámetros subrogados de protección, cálculo de las prevalencias en madres e historia materna de vacunación).

[\[mas información\]](#)

Vacuna triple vírica y tratamiento esteroideo

Respuesta del Experto a ...

Vacuna triple vírica y tratamiento esteroideo

Pregunta

En consulta tengo una niña de 15 meses que recientemente ha padecido varicela, además posteriormente lleva un mes y medio en tratamiento con estilsona por una parálisis facial periférica, me gustaría saber que tiempo habría que esperar para la vacunación de los 15 meses y en especial para la vacunación de la triple vírica. Gracias.

Respuesta de Pedro José Bernal (10 de Junio de 2010)

El intervalo depende no solo de la duración del tratamiento sino de la dosis administrada. Así, las recomendaciones pueden resumirse en tres puntos tomados del "Red Book 2009" (American Academy of Pediatrics. Immunocompromised Children. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009:72-86):

Los individuos con dosis bajas o moderadas de esteroides sistémicos diarias o a días alternos (menos de 2 mg./kg./día de prednisona o equivalente en niños de menos de 10 kilogramos, o de menos de 20 mg./día si pesan más de 10 kilogramos) pueden recibir vacunas vivas.

Los individuos con dosis altas diarias o en días alternos durante menos de 14 días, pueden recibir las vacunas vivas inmediatamente después de terminar el tratamiento. Algunos expertos recomiendan esperar 2 semanas hasta después de haber finalizado el tratamiento.

Los individuos con dosis altas diarias o en días alternos durante más de 2 semanas no recibirán vacunas vivas hasta como mínimo un mes después de finalizar el tratamiento.

Además puede consultarse:

Department of Health. Contraindications and special considerations. En UK Green Book 2010: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_116622.pdf.

Health Protection Surveillance Centre. General Immunisation Procedures. En Immunisation Guidelines for Ireland (2010): <http://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/VaccinePreventable/Vaccination/Publications/ImmunisationGuidelines/File,3066,en.pdf>.

Vacuna antirrubéola monocomponente y embarazo posterior

Respuesta del Experto a ...

Vacuna antirrubéola monocomponente y embarazo posterior

Pregunta

Mujer de 36 años, no inmune a Rubéola y con deseo de gestación, desde el centro de inseminación, le han aconsejado vacunarse de Rubéola. ¿Qué tipo de vacuna se le pone, Rubéola sola, si existe o triple vírica? ¿Qué tiempo debe de esperar para quedarse embarazada?

Respuesta de José María Corretger (16 de Noviembre de 2009)

La vacunación contra la rubéola en una gestante comporta un riesgo teórico para el feto, que ocasionalmente puede sufrir una infección por el virus vacunal aunque nunca se ha demostrado que haya provocado defectos congénitos en el mismo. Sin embargo, la vacuna no debe administrarse a embarazadas, por un principio de precaución

La vacuna anti-rubéola monocomponente no se encuentra ya comercializada. Por ello, debe utilizarse la vacuna triple vírica, lo cual no comporta ningún problema para las personas que hayan padecido el sarampión o la parotiditis o recibido vacunas contra estas enfermedades

Las futuras madres seronegativas deben vacunarse antes de su embarazo. Las fichas técnicas de las vacunas triple víricas, en un exceso de precaución, indican que deben hacerlo como mínimo 3 meses antes. Pero, de hecho, es suficiente un mínimo de 28 días, como recomiendan las más acreditadas asociaciones científicas, como los CDC (Centros de Control y Prevención de Enfermedades) de EE UU. (1)

Una dosis de vacuna anti-rubéola confiere una protección de por vida en más del 90% de receptores. Para asegurar su eficacia en un caso concreto, como el que se consulta, puede practicarse una serología tras la vacunación, por si fuese necesaria una 2ª dosis, lo cual es improbable si la mujer ha sido previamente vacunada en su adolescencia

Referencia:

1. American Academy of Pediatrics. Rubella. En Pickering LK et al, eds. Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases, 28 ed. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics 2009; p. 579-584

Reacciones adversas tras vacuna triple vírica

Respuesta del Experto a ...

Reacciones adversas tras vacuna triple vírica

Pregunta

Tengo paciente de 6 años de edad con reacción vacunal de la triple viral a la semana con fiebre rinorrea dolor en la garganta que cedió con analgésicos dos días después dolor en rodilla y músculos posteriores de la pierna pregunta estos dolores pueden ser causa de reacción a la vacuna. Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (15 de Octubre de 2009)

A los 6-12 días tras la vacunación con triple vírica se puede observar en el 5%-15% de los receptores una temperatura igual o superior a 39.4°C con una duración de 1 a 2 días aunque puede llegar a los 5 días. Este cuadro febril puede acompañarse de rinorrea y odinofagia, todo ello debido a la replicación del componente sarampionoso (1,2).

Debido al componente rubeólico pueden aparecer artralgias transitorias en el 0.5% de los vacunados que comienza a los 7-21 días tras la vacunación (3).

Referencias

(1) American Academy of Pediatrics. Measles. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009:444-455. Available at: <http://aapredbook.aappublications.org/cgi/content/full/2009/1/3.77>.

(2) Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Atkinson W,

Wolfe S, Hamborsky J, McIntyre L, eds. 11th ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2009. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/meas.pdf>

(3) American Academy of Pediatrics. Rubella. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009:579-584. Available at: <http://aapredbook.aappublications.org/cgi/content/full/2009/1/3.116>.