

Erradicación de la poliomielitis y diseminación del virus chikungunya

Dr. J. M. Avilán Rovira

Individuo de Número

En esta ocasión nos vamos a referir a dos temas distintos pero ambos importantes: el progreso a nivel mundial de la erradicación de la poliomielitis y la situación actual del virus chikungunya.

PROGRESO HACIA LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS A NIVEL MUNDIAL 2013-2014

Semana 30 de mayo, 2014/63(21);468-472

Edna K Moturi, MBCh B¹, Kimberley A Porter, PhD², Steven GF, Warsilak, MO², Rudolf H. Tangerman, MO³, Ousmane M Diop, PhD³, Cara C. Burns, PhD⁴, Hamid Jafari, MD³ (otras afiliaciones al final del texto).

En 1988, la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) resolvió interrumpir la transmisión del virus polio salvaje (wPV9) a nivel mundial y en 2012 la Asamblea Mundial de la Salud declaró haber completado el programa de erradicación global de polio una emergencia programática para la salud pública (1). Para 2013 el número anual de casos por el virus de polio salvaje (WPV, por sus ciglas en inglés) había decrecido >99 % desde 1988 y solo tres países permanecían sin haber interrumpido la transmisión de WPV: Afganistán, Nigeria y Pakistán. Este informe resume el progreso global hacia la erradicación de la poliomielitis durante 2013-2014 y actualiza informes previos (2). En 2013 un total de 416 casos de WPV se reportaron globalmente en ocho países, un 86 % de aumento sobre los 223 WPV casos reportados en cinco países en 2013 (3). Este resurgimiento en 2013 fue causado por un aumento del 60 % de casos WPV ocurrido en Pakistán y por brotes en cinco países previamente libres de poliomielitis

resultantes de una diseminación internacional de casos WPV. En 2014, el 20 de mayo, un total de 82 casos WPV, fueron reportados a nivel mundial, en comparación con 34 casos durante el mismo período en 2013.

En 2013 se reportaron en ocho países casos de poliomielitis causados por virus de vacunas (c VDPV) y en otros dos países, hasta ahora en 2014 (4).

Para lograr la erradicación de la poliomielitis en un futuro cercano, más esfuerzos serán necesarios para: 1) atender las preocupaciones de los trabajadores de la salud en áreas de conflictos armados en países prioritarios, 2) prevenir la diseminación de casos WPV y de nuevos brotes en países libres de poliomielitis y 3) fortalecer la vigilancia globalmente. Basándose en la diseminación internacional de casos WPV hasta la fecha en 2014, el Director General de la OMS ha emitido disposiciones temporales para reducir lo más posible la exportación de casos WPV mediante la vacunación de personas que actualmente viajan por países afectados de poliomielitis (5).

Cobertura de la vacunación de rutina

Durante 2012, último año con datos completos disponibles, la cobertura global de niños de 12 meses con tres dosis de vacuna de la poliomielitis (Po13) mediante vacunación rutinaria, fue estimada en 84 %. Las estimaciones de cobertura de Po13 por región de la OMS, fue 77 % en la Región Africana (AFR), 74 % en la Región del Sur de Asia (SEAR), 82 % en la Región del Mediterráneo Este (EMR), 93 % en la Región de las Américas (AMR) 96 % en la Región Europea (EUR) y 97 % en la Región del Pacífico Occidental (WPR). Entre los países donde la cobertura nacional de Po13 fue estimada, tenemos 59 % en Nigeria, 71 % en Afganistán, y

75 % en Pakistán. Sin embargo, dentro de cada uno de estos países existe una variabilidad sustancial de la cobertura (6).

Actividades suplementarias de inmunización

En 2013 se condujeron 265 actividades de suplementación de inmunización (SIAs) utilizando vacuna oral de poliomielitis (OPV) en 42 países, 52 % (137) en AFR y 45 % (118) en EMR. Estas actividades incluyen 113 días de inmunización a nivel nacional, 134 días de inmunización a nivel regional, 13 días de atención de salud de niños y cinco grandes escalas de despeje. Cerca de 2,24 billones de dosis de OPV fueron suministradas durante el año a una población objetivo de niños de <5 años en su mayoría; de estas dosis 995 millones fueron trivalentes, 1,2 millones fueron bivalentes (tipos 1 y 3) y 8 millones fueron tipo 1 monovalente OPV. Se implementaron dosis adicionales de SIAs de intervalo corto en Afghanistan para reforzar la inmunidad en la población utilizando OPV monovalente o bivalente en áreas de acceso difícil. Se han planeado y conducido un conjunto de SIAs en respuesta a brotes y también preventivas, en el Este Medio como respuesta a un brote tipo WPV (WPV1) en Siria, que citamos como ejemplo. De acuerdo con el Cuadro 1, que no reproducimos aquí por razones de espacio, en 2013 se realizaron 6 actividades tipo SIAs donde se aplicaron 12 369 813 dosis y 5 actividades tipo SIAs en 2014, donde se aplicaron 9 520 753 dosis.

Vigilancia del virus de la poliomielitis

Los casos de poliomielitis causados por WPV o por cVDPV se descubren por la vigilancia de los casos agudos de parálisis flácida (AFP) y los exámenes de heces en los laboratorios acreditados por la OMS, de la Red Global de laboratorios de poliomielitis (7). De 12 países que reportaron casos de WPV y/o cVDPV, durante 2012-2013, los dos más importantes indicadores de actividades de vigilancia fueron logrados a nivel nacional en cinco países (42 %). Todos los países EMR alcanzaron indicadores de vigilancia satisfactorios, con excepción de Siria. La calidad de los indicadores de vigilancia en varios países de alto riesgo con brotes recientes se deterioró en 2013 en comparación con 2012. En solo cuatro (33 %) de los 12 países afectados con poliomielitis durante 2012-2013 fue <80 % de la población que vive en áreas regionales donde ambos indicadores se cumplieron en 2013 (Afghanistan, Nigeria, Pakistán y Somalia). Sin embargo, la evidencia virológica muestra fallas en la vigilancia de estos cuatro países (8).

Casos WPV reportados

Todos los 416 casos WPV reportados en 2013 fueron WPV1. De estos, 22 % fueron casos descubiertos en Pakistán y 62 % fueron casos de nuevos brotes posteriores a importaciones en países previamente libres de poliomielitis. Para el 20 de mayo, durante enero-abril, la estación de baja transmisión del virus de la poliomielitis, se reportaron 82 casos de WPV1 globalmente en ocho países, un aumento de 34 WPV1 casos reportados en tres países durante el mismo período en 2013, tal como se presenta en el Cuadro 2, que no reproducimos por falta de espacio. Durante 2014, en mayo 20, los casos de WPV1 se habían diseminado internacionalmente desde tres países: en Asia Central (de Pakistán a Afghanistan), el Este Medio (Siria a Irak) y en África Central (Camerún a Guinea Ecuatorial). En Pakistán no se habían descubierto casos de WPV tipo 3 (WPV3) desde abril de 2012 y en Nigeria desde noviembre 2012. Ningún caso WPV tipo 2 ha sido descubierto en ninguna parte del mundo, desde 1999.

Afghanistan

En 2013, un total de 14 casos fueron reportados en 10 distritos, un 62 % menos que los 37 casos reportados en 21 distritos en 2012 y un 52 % menos en el número de distritos afectados. Este es el menor nivel de casos reportados de WPV desde 2004; con excepción de un caso en 2013 y todos los casos en 2014 se reportaron en el este de Afghanistan y genéticamente relacionados con los casos WPV importados de Pakistán. En 2013 solo un caso se reportó de la Provincia de Helmand en el sur del país, la cual ha sido la región más importante del país donde la poliomielitis fue endémica hasta 2012. Entre enero y abril de 2014, se reportaron cuatro casos de WPV1, en comparación con dos casos reportados durante el mismo período en 2013.

Nigeria

En 2013, 53 casos de WPV1 se reportaron en 30 distritos, un 57 % menos que los 122 casos WPV (109 WPV1 casos y 19 WPV3 casos) en 60 distritos reportados en 2012, y un 50 % menos que el número de distritos afectados. Entre marzo y abril de 2014, Nigeria reportó tres casos WPV1, un 88 % menos que los 16 casos reportados durante el mismo período de 2013. Las actividades SIAs fueron suspendidas temoralmente en algunas áreas de conflicto armado en el noroeste del país.

Pakistán

En 2013 se reportaron 93 casos WPV1 en 23 distritos, un 60 % menos que los 58 casos WPV (55 casos WPV1, dos casos WPV3 y un caso con infección doble con WPV1 y WPV3) reportados en 28 distritos en 2012 y un 18 % menos en el número de distritos afectados. Entre enero y abril de 2014 Pakistán reportó 66 casos, en comparación con ocho casos reportados durante el mismo período en 2013. Desde mediados de 2012, las autoridades locales impusieron prohibición completa en las actividades SIAs en Waziristan Norte y una parte del noroeste de Pakistán. En 2013 las actividades SIAs fueron suspendidas temporalmente en algunas áreas del país por riesgo de violencia.

Países con brotes de poliomielitis

El número de brotes de casos de WPV después de la importación de WPV en países previamente libres de poliomielitis aumentaron en 6 casos en dos países (Chad y Níger) en 2012 a 256 casos en cinco países en 2013. La importación de casos WPV1 desde Nigeria hacia el Horn de África tuvo como resultado 217 casos en 2013 (nueve en Etiopía, 14 en Kenya y 194 en Somalia); un brote de casos fue reportado en Etiopía en 2014. La importación desde Pakistán hacia Siria tuvo un resultado de 35 casos en 2013 y un caso en 2014; en ese mismo año, un caso de WPV de Irak fue importado de Siria. Cuatro casos fueron reportados de Camerún en 2013 y tres en 2014; tres casos se reportaron en Guinea Ecuatorial en el primer cuatrimestre de 2014. De acuerdo con el análisis genómico secuencial, los aislamientos de origen nigeriano estuvieron más cercanamente relacionados con casos WPV reportados en Chad en 2012.

DISCUSIÓN

A pesar de los aumentos en casos desde 2012, ha ocurrido un progreso sustancial hacia la erradicación de la poliomielitis. Ningún caso WPV3 se ha identificado globalmente desde noviembre de 2012 en Nigeria por lo que posiblemente la transmisión de casos WPV3 ha sido interrumpida globalmente. En marzo de 2014 la región SEAR de la OMS se juntó con las regiones AMR, WPR y EUR en la certificación como libres del virus de la poliomielitis. La transmisión indígena de WPV dentro de las regiones AFR y EMR, las dos restantes regiones de la OMS donde la poliomielitis es endémica, está ahora restringida a pocas áreas geográficas dentro de los tres países restantes donde la poliomielitis es endémica más que

nunca antes. La disminución del número de casos WPV reportados y el número de estados afectados y distritos en Nigeria se ha asociado con indicadores que significativamente han mejorado su calidad sea durante 2012 y principios de 2013 (9). La transmisión actual de casos WPV en Nigeria aparece restringida a los estados Kano y Borno, a pesar de que existen fallas de vigilancia todavía.

Durante 2010-2012 el conflicto en Afganistán impidió a los vacunadores acceder con facilidad a los niños en muchas áreas de la región del sur del país. Sin embargo, negociaciones sistemáticas mejoraron mucho el acceso a los niños en 2013, lo que junto con esfuerzos exitosos para mejorar la calidad de las actividades SIAs, substancialmente redujo la transmisión de casos endémicos WPD (7). Sin embargo, el éxito en la erradicación global de la poliomielitis es un reto por las limitaciones mayores de acceso y seguridad física en otros países.

En Pakistán, ataques dirigidos a trabajadores del área de la poliomielitis y oficiales de policía asignados a protegerlos ha comprometido seriamente la implementación de las actividades SIAs en regiones administradas por las llamadas Áreas Tribales Federales, provincia Pakhtunkhwa y la ciudad de Karachi. La continuada prohibición de la vacunación de la poliomielitis en el Norte y el Sur de Waziristan, Área Tribal Federal, donde los líderes locales han impedido la vacunación de >350 000 niños desde junio de 2012, es mayoritariamente responsable por el aumento de casos WPV en 2013 y 2014 en Pakistán y por la importación reciente de casos WPV en Afganistán y Siria devastada por la guerra. Sin embargo, para fines de abril, se llevaron a cabo 12 actividades de SIAs, en 2014, en la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, donde se demostró fuerte compromiso político y colaboración de las comunidades locales, líderes religiosos y organizaciones humanitarias para acceder a vacunar los niños del área (10).

Actos terroristas por elementos antigubernamentales han impedido que los vacunadores visiten algunas áreas del estado de Borno desde 2013; sin embargo, el acceso a la vacunación ha mejorado gradualmente y un 84 % de niños fueron accesibles para marzo de 2014.

Las limitaciones de acceso y de seguridad física ha también afectado la habilidad para el control rápido y término de los brotes. Este control ha sido igualmente comprometido por la implementación pobre de las actividades SIAs y la comprensión incompleta de la dinámica de los brotes como un resultado de la

variabilidad de la calidad de la vigilancia. El brote en el Horn de África ha durado 39 meses después de la confirmación inicial, en parte causado por las limitaciones en la calidad de la respuesta al brote de Somalia, sin control gubernamental y áreas de difícil acceso en Etiopía. La circulación existente de WPV1 en Camerún y Guinea Ecuatorial presenta el riesgo de una más amplia diseminación, incluidas poblaciones afectadas por una existente desestabilización civil en la República de África Central; se ha planeado una agresiva respuesta al brote que incluye países vecinos para limitar más la extensión de la transmisión.

Con una mayor restricción de la extensión geográfica de la circulación del WPV en los países donde la poliomielitis es endémica y si hay previsión que los brotes después de su importación en los países libres de poliomielitis pueden prevenirse o interrumpirse rápidamente, la interrupción global de la transmisión podría lograrse en el futuro cercano. La iniciativa global para la erradicación de la poliomielitis (GPEI) ha desarrollado los Planes de Erradicación Estratégicos de la poliomielitis para 2013-2018 para: 1) interrumpir la transmisión del virus de la poliomielitis, 2) retiro progresivo de OPV e introducción de la vacuna inactivada de la poliomielitis, 3) certificar la erradicación de la poliomielitis, y 4) infraestructura para programas rutinarios de inmunización como parte del legado del GPEI.

El Director General de la OMS ha declarado la diseminación internacional reciente del WPV como una emergencia de salud pública de preocupación global (5) y ha emitido recomendaciones temporales amparadas en las Regulaciones de Salud Internacional (IHR 2005) para reducir la importación internacional del WPV a través de: 1) asegurar que los residentes y visitantes de larga duración que viajan desde Camerún, Pakistán y Siria reciban la vacunación antes del viaje internacional, 2) estimular a los residentes y visitantes de larga duración que viajan desde Afganistán, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Irak, Israel, Somalia y Nigeria a recibir la vacunación antes de viajar y 3) asegurar que a estos viajeros se les provea de un documento que certifique su calidad de vacunado. En esta etapa en el GPEI el logro de un amplio compromiso con los países y otros asociados en un esfuerzo coordinado internacional es crucial para mantener lo ganado hasta ahora y completar la erradicación de la poliomielitis.

Afiliación de los autores:

¹ EIS oficial, CDC; ² División de Inmunización Global, Centro Global de Salud, CDC; ³ Departamento

de Erradicación de la Poliomielitis, OMS; ⁴ División de Enfermedades Virales, Centro Nacional para inmunización de enfermedades respiratorias, CDC. (Autor correspondiente: Edna Moturi, emoturi@cdc.gov, 678-793-0615)

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Poliomielitis: Intensification of the global eradication initiative. Resolution WHA65.5. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012. Available at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha65-recl/a65_recl-en.pdf#page=25
2. CDC. Progress toward eradication of polio—worldwide. January 2011–March 2013. *MMWR* 2013; 62:335-338.
3. Global Polio Eradication Initiative. Polio This week as of 21 May 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Global Polio Eradication Initiative; 2014. Available at <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>.
4. Diop OM, Burns CC, Wassilak SG, Kwe OM. Update on vaccine-derived polioviruses—worldwide. July 2012–December 2013. *MMWR* 2014;63:242-248.
5. World Health Organization. WHO statement on the meeting of the International Health Regulation Emergency Committee concerning the international spread of wild poliovirus. May 5, 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. Available at <http://www.who.int/mediacentre/nwes/statements/2014/polio-20140505/en>
6. World Health Organization. WHO vaccine – preventable diseases monitoring system: 2013 global summary (data as October 16, 2013). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. Available at http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
7. CDC. Progress toward poliomielitis eradication—Afghanistan. January 2012–September 2013. *MMRW* 2013;62:928-933.
8. Levitt A, Diop OM, Tangermann RH. Surveillance system to track progress toward global polio eradication—worldwide. 2012-2013. *MMWR* 2014;63:356-361.
9. CDC. Progress toward poliomielitis eradication—Nigeria. January 2012–September 2013. *MMRW* 2013;62:1009-1013.
10. CDC- Progress toward poliomielitis eradication – Pakistan, January 2012–September 2013. *MMRW* 2013;62:934-938.

NOTAS DE CAMPO: VIRUS CHIKUNGUNYA SE DISEMINA EN LAS AMÉRICAS, EL CARIBE Y AMÉRICA DEL SUR 2013-2014.

(Tomado del Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad, CDC, de fecha 11/06/2014/63(22):500-501. Por Marc Fischer, MDI, Erin Staples; MDI (afiliación de los autores al final del texto).

En diciembre de 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó la primera transmisión local del virus chikungunya en el Hemisferio Occidental, con casos autóctonos identificados en Saint Martin (1). Desde entonces la transmisión local ha sido identificada en 17 países o territorios en el Caribe y Sur América (Anguilla, Antigua y Barbuda, Islas Británicas Vírgenes, Dominica, República Dominicana, Guayana Francesa, Guadalupe, Guayana, Haití, Martinica, Saint Berthelemy, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Saint Martin, Saint Vincent y Las Granadinas y Saint Maarten). Para el 30 de mayo de 2014, un total de 103 019 sospechas y 4 406 casos de chikungunya confirmados por laboratorio han sido reportados en estas áreas. El número de casos reportados casi se duplicó durante las dos semanas previas. Más del 95 % de los casos han sido reportados en cinco jurisdicciones: República Dominicana (38 656 casos), Martinica (30 715), Guadalupe (24 428), Haití (6 318) y Saint Martin (4 113). La incidencia más alta ha sido reportada en Saint Martin (115 casos por 1 000 habitantes), Martinica (76 por 1 000), Saint Barthelemy (74 por mil) y Guadalupe (52 por mil). Es probable que estos brotes se hayan expandido a otros países de la región.

El virus chikungunya es un alfavirus de un mosquito, primariamente transmitido por el *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* (1-3) Estos vectores también transmiten el virus del dengue y se encuentran en todas las Américas, incluido Estados Unidos. Los seres humanos son los amplificadores para el virus chikungunya y la mayoría de las personas infectadas desarrollan enfermedad sintomática (2). Los más comunes signos clínicos son el comienzo agudo de la fiebre y la poliartralgia, los dolores de las articulaciones son bilaterales y simétricas usualmente; pueden ser severos y debilitantes. La mortalidad es rara y ocurre principalmente en adultos mayores.

Brotes de chikungunya han sido previamente documentados en países de África, Asia, Europa y los Océanos Índico y Pacífico. Antes de los casos en Saint Martin los únicos casos identificados de chikungunya fueron en viajeros de áreas endémicas conocidas. Ninguno de estos casos produjo transmisión

local o brotes.

Chikungunya no es una enfermedad notificable en EE.UU. Sin embargo, los casos pueden reportarse a ARBo NET, un sistema pasivo de vigilancia para enfermedades transmitidas por artrópodos. Durante 2006-2013, algunos observadores identificaron un promedio de 28 personas anuales (rango 5-65), con resultados positivos para infección reciente con el virus de uno de los cuatro laboratorios de EE.UU que realizan estas pruebas. Todos fueron viajeros que visitaron o retornaban de EE.UU provenientes de áreas afectadas en su mayoría de Asia (1,4). Solo el 23 % de los casos fueron reportados a ArboNET. Comenzando 2014, se han identificado casos en viajeros que regresan del Caribe. Para el 2 de junio, un total de 28 casos de chikungunya habían sido reportados a ArboNET desde EE.UU y sus territorios. El 30 de mayo, el Departamento de Salud de Puerto Rico reportó el primer caso transmitido localmente; la transmisión local no ha sido identificada en otros estados o territorios de EE.UU. Los casos remanentes de EE.UU han ocurrido en viajeros que regresan de áreas afectadas, incluyendo 26 viajeros que regresaban del Caribe (Dominica, República Dominicana, Haití, Martinica, Saint Martin y Saint Maarten) y en un viajero que regresaba de Asia (Indonesia). Con los brotes recientes en el Caribe y el Pacífico, el número de casos de chikungunya en viajeros que visitan o regresan de EE.UU desde áreas afectadas probablemente aumentarán. Estos casos importados pueden diseminar el virus en otras partes de EE.UU.

La infección al virus chikungunya debe considerarse en pacientes con un comienzo agudo febril y poliartralgia, especialmente viajeros que regresan recientemente de áreas donde la transmisión del virus es conocida. Las pruebas para el diagnóstico actualmente se realizan en el CDC, tres departamentos de salud (California, Florida y Nueva York) y en un laboratorio comercial (Focus diagnóstico).

No existe tratamiento específico, vacuna o medicamento preventivo disponible para la infección con el virus chikungunya. El tratamiento es paliativo y puede incluir reposo, fluidos, y uso de analgésicos y antipiréticos (1,3). La mayoría de los síntomas de los pacientes mejoran dentro de una semana. En algunas personas, los dolores articulares pueden persistir por meses (2,3). La mejor manera para prevenir la infección del virus chikungunya es evitar la picadura de los mosquitos: uso de aire acondicionado o tela metálica, mientras la estada en casa, repelentes contra insectos, usar mangas largas y pantalones cuando

se esté fuera. Las personas infectadas con el virus chikungunya deben ser protegidos de la exposición al mosquito durante la primera semana de la enfermedad para prevenir la difusión del virus.

Los proveedores de cuidados médicos deben estimularse para reportar los casos sospechosos a los departamentos de salud para facilitar las pruebas diagnósticas y disminuir el riesgo de transmisión local. El CDC, el Consejo de Estado y los epidemiólogos territoriales urgen a los departamentos de salud conducir la vigilancia de los casos de chikungunya en viajeros que regresan y están alertas del riesgo de la posible transmisión en áreas donde las especies de mosquitos *Aedes* están activos en la actualidad. Los departamentos estatales de salud deben estimularse para el reporte de las infecciones confirmadas de chikungunya al CDC a través de ArboNet (1).

Arboviral Disease Branch, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious diseases CDC (Autor Correspondiente: Marc Fischer, mfischer@cdc.gov. 973-221-6400).

REFERENCIAS

1. CDC. Chikungunya virus. Atlanta; GA: US Department of Health and Human Services;2014. Available at <http://www.cdc.gov/chikungunya>
2. Staples JE, Hills SL, Powers AM. Chikungunya. En: CDC health information for international travel, 2014. New York, NY: Oxford University Press; 2013:156-8. Available at <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/chikungunya>.
3. Pan American Health Organization and CDC. Preparedness and response for chikungunya virus introduction in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization, World Health Organization;2011. Available at <http://new.paho.org/hq/index.php?>
4. Gibney KB, Fischer M, Prince HE, St George K, Staples JE. Chikungunya fever in the United States: A fifteen review of cases. Clin Infect Dis. 2011;52:e121-126.

MMWR agosto 15, 2014/63(32); 691-697

El Comité Asesor sobre prácticas de inmunización (ACIP) recomienda que todas las personas de 6 meses o más, sin contraindicaciones, reciban las vacunas anuales para la protección contra la influenza estacional. Un número de diferentes formulaciones de vacunas contra la gripe estacional están disponibles, algunas de las cuales tienen licencia para grupos específicos de edad o son más apropiadas que otras para las personas con ciertas condiciones médicas.

¿Por qué las recomendaciones se están modificando ahora?

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el ACIP emiten orientaciones sobre la vacunación contra la gripe estacional cada año. El presente documento contiene recomendaciones actualizadas por el ACIP en febrero y junio de 2014, para ser eficaz para la temporada 2014-15.

¿Cuáles son las nuevas recomendaciones?

Se recomienda la vacunación antigripal para todas las personas de 6 meses y mayores, como

ha sido recomendado desde la temporada 2010-11 de la gripe. Esta guía contiene información nueva. Debido a que la composición del virus de la vacuna de la gripe estacional 2014-15 es la misma que para la temporada 2013-14, los niños de 6 meses a 8 años necesitan solo 1 dosis de vacuna en 2014-15 si recibieron al menos 1 dosis en 2013 de vacuna contra la influenza de la temporada 14, independientemente de sus antecedentes de vacunación.

Cualquier información relativa a la determinación de si una o dos dosis son necesarias se discuten en este informe. También hay nuevas recomendaciones sobre la vacuna antigripal de virus atenuados (LAIV) para los niños sanos entre 2 a 8 años. Cuando están disponibles inmediatamente LAIV debe usarse en niños sanos de los 2 a los 8 años que no tengan contraindicaciones o haya que tomar precauciones. Sin embargo, la vacuna antigripal inactivada (IIV) se debe utilizar si LAIV no está disponible inmediatamente. La vacunación no debe demorarse para obtener LAIV.