

2. Rosnow R, Rosenthal R. Statistical procedures and the justification of knowledge in psychological science. *Am Psychol* 1989;44(10):1276-1284. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.10.1276>
3. Chia K. "Significant-itis" an obsession with the P-value. *Scand J Work Env Hea* 1997;23(2):152-154. <https://doi.org/10.5271/sjweh.193>
4. Ellis P. The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511761676>
5. Perezgonzalez J, Fisher, Neyman-Pearson or NHST? A tutorial for teaching data testing. *Front Psychol* 2015;1:11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00223>
6. Álvarez R. Estadística aplicada a las ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2007.

Vacunación en etapa de vigilancia en niños con cáncer

Señor editor: El niño que recibe quimioterapia para el tratamiento del cáncer presenta un estado de inmunosupresión debido a la enfermedad y a la terapia antineoplásica. La quimioterapia suprime la respuesta inmune, efecto que es más marcado durante la quimioterapia de inducción y consolidación, y es moderado durante la quimioterapia de mantenimiento. En este momento y en dependencia de la edad, algunos niños estarán subinmunizados de acuerdo con el esquema de vacunación del país donde vivan.¹ Los niños que no han completado las inmunizaciones en estas etapas son particularmente susceptibles a infecciones prevenibles por vacunación. Después de finalizar la quimioterapia o en la etapa de vigilancia, la función de la inmunidad se normaliza en un periodo promedio de seis meses.²

Las guías internacionales recomiendan la revacunación a los 3 a 6 meses después de haber terminado la quimioterapia en los niños con cáncer.³⁻⁵ Con base en este antecedente, realizamos una encuesta descrip-

tiva a 106 tutores de niños con cáncer en etapa de vigilancia tratados en el Hospital Pediátrico de Sinaloa Dr. Rigoberto Aguilar Pico, en el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2015, con el objetivo de evaluar el estado de inmunización en niños con cáncer al momento del diagnóstico y en la etapa de vigilancia. Primero, encuestamos a los cuatro especialistas adscritos a los servicios de oncología y hematología sobre el tiempo en que reinician el esquema de vacunación una vez finalizada la quimioterapia, indicación de actualización de vacunas faltantes o reinicio del esquema completo de vacunación tras haber terminado el tratamiento. Todos respondieron que esto ocurría después de los seis meses de haber terminado la quimioterapia e indicaban sólo actualización de vacunas faltantes. De los tutores encuestados, 72% (n=78) correspondió a oncología y 27% (n=29) a hematología; la mediana para la edad fue de seis años, rango intercuartílico (RIC) de 6 a 15 años; el sexo masculino fue el más frecuente con 54% (n=58). La mediana de edad de inicio de la quimioterapia fue a los cinco años, RIC de 2 a 11 años; la mediana de tiempo de vigilancia fue de dos años, RIC de 1 a 3 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron leucemias, en 33.6% (n=36); linfomas, en 19.6% (n=21) y tumores del sistema nervioso central 10.3% (n=11). El 82% (n=64) y el 72% (n=21) de los pacientes en los servicios de oncología y hematología respectivamente presentaron una cartilla con esquema de vacunación completo para la edad, al momento del diagnóstico de cáncer. En la etapa de vigilancia, se observó que 80% (n=62) y 89% (n=26) de los pacientes en los servicios de oncología y hematología, respectivamente, presentaron una cartilla con esquema de vacunación incompleta para la edad en el momento de la encuesta.

Las vacunas para, rotavirus, sarampión-rubéola y Sabin fueron las

más frecuentes dentro del esquema de vacunación incompleto. A pesar de que existen guías internacionales sobre vacunación en niños con cáncer, el personal de salud en ocasiones las desconoce y emite recomendaciones erróneas u omisiones de vacunas.

Jesús Javier Martínez-García, PhD,^(1,2)
jjmtz64@hotmail.com
Estela del Sagrario Velázquez-Gutiérrez, MD,⁽¹⁾
Nidia Maribel León-Sicaños, PhD,^(1,2)
Vicente Adrián Canizalez-Román, PhD,^(2,3)
Gerardo Alapizco-Castro, MD,⁽²⁾
Angélica Martínez-Félix, MD.⁽³⁾

⁽¹⁾ Departamento de Pediatría, Hospital Pediátrico de Sinaloa Dr. Rigoberto Aguilar Pico. Culiacán, Sinaloa, México.

⁽²⁾ Centro de Investigación Aplicada para la Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, Sinaloa, México.

⁽³⁾ Departamento de Investigación, Hospital de la Mujer. Culiacán, Sinaloa, México.

<https://doi.org/10.21149/8589>

Referencias

1. Abrahamsson J, Marky I, Mellander L. Immunoglobulin levels and lymphocyte response to mitogenic stimulation in children with malignant disease during treatment and follow up. *Acta Paediatr* 1995;84:177-182. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1995.tb13605.x>
2. Mustafa MM, Buchanan GR, Winick NJ, McCracken GH, Tkaczewski I, Lipscomb M, et al. Immune recovery in children with malignancy after cessation of chemotherapy. *J Pediatr Hematol Oncol* 1998;20:451-457. <https://doi.org/10.1097/00043426-199809000-00008>
3. Kroger AT, Sumaya CV, Pickering LK, Atkinson WL. General recommendations on Immunization. Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). *MMWR* 2011;60:3-61.
4. Mellado-Pe-a MJ, Moreno-Pérez D, Contreras-Ruiz J, Hernández-Sampelayo Matos T, Navarro-Gómez ML. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría para la vacunación en inmunodeprimidos. *An Pediatr* 2012;75:413-422.
5. Crawford NW, Heath JA, Buttery JP. Immunization practices of paediatric oncologists: an Australasian survey. *J Paediatr Child Health* 2007;43:593-596. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01162.x>