

La Doctora española, Pilar Silverman de NPH ha recibido el premio “The Women Together Award”

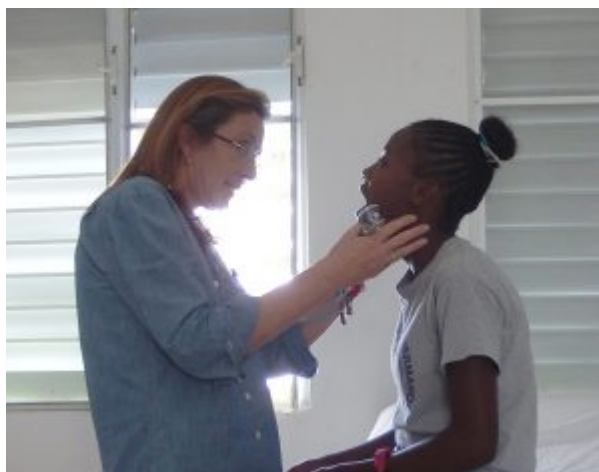
31/07/2016

La Doctora española, Pilar Silverman, Directora de Servicios Médicos de NPH y responsable de implementar el programa de vacunación financiado por FEV, ha recibido el premio [“The Women Together Award”](#) (626 Kb), otorgado por la ONU en el edificio de Naciones Unidas de Nueva York, el pasado mes de junio. Este galardón reconoce a mujeres que promueven activamente los valores éticos, morales, científicos y culturales que permiten abrir nuevos horizontes para el futuro de la humanidad y reconoce también los logros personales de aquellas mujeres que realizan una contribución relevante a los objetivos del Desarrollo Sostenible de la ONU.



Gracias a la Fundación Española de Vacunología, todos los esfuerzos que hace Pilar Silvermann por prevenir y mejorar la salud de los niños atendidos por NPH están dando su fruto año tras año. En los últimos 5 años, en nuestros hogares, donde viven más de 3.400 niños y más de 500 adultos, sólo se han presentado dos casos de la hepatitis C , seis casos de la hepatitis B y 6 casos de la hepatitis A, que es un buen resultado teniendo en cuenta cual es el origen de los niños

que acogemos, muchos de los cuales vivían en la calle antes de entrar en NPH.



[más información]

[\[más información\]](#)

Influence of childhood pneumococcal conjugate vaccines on invasive pneumococcal disease in adults with underlying comorbidities in Calgary, Alberta (2000-2013)

31/07/2016

Cabaj J, Nettel-Aguirre A, MacDonald J, Vanderkooi O, Kellner J. Clin Infect Dis 2016;62:1521-1526

Estudio de cohortes indirecto en Calgary (Canadá) entre enero de 2000 y diciembre de 2013 para evaluar los cambios en la proporción de casos de ENI en personas con trastornos subyacentes, mediante la recolección de datos procedentes de un sistema de vigilancia poblacional (CASPER). Se contabilizaron 1598 casos totales de ENI de los que 1346 casos pertenecían a población adulta. Globalmente, entre 2000-2002 (prevacunal) y 2010-2013 (post PnC13) la incidencia disminuyó un 33% en los de 0 a 5 meses, un 86% en los de 2 a 4 años, un 22% en los de 18 a 64, un 36% en los de 65 a 84 años y un 42% en los mayores de esa última edad. En el mismo marco temporal la incidencia por serotipos de la vacuna 7 valente decayó a menos de 1 caso/100.000 personas en todos los grupos de edad. Por otra parte, entre los periodos prevacunales y postvacunales no difirió la proporción de casos en adultos con comorbilidades inmunocompetentes (RR relativo: 0.93. IC 95%: 0.62-1.40) ni tampoco en adultos con comorbilidades pero inmunosuprimidos (RR realtivo: 0.99. IC 95%: 0.61-1.61). Tras exponer los posibles sesgos (el sistema CASPER captura anualmente un número relativamente bajo de casos de ENI, la base de datos no captura explícitamente todas las condiciones de riesgo de ENI que sí incluye el NACI, y no se evaluó el estado vacunal para PnPS23, los autores concluyen que en este estudio observacional se ha constatado un sustancial efecto protector tanto directo como indirecto del programa de vacunación infantil, y que esta protección indirecta ha beneficiado por igual para todos los adultos, independientemente de su situación clínica, por lo que no se generan evidencias para expandir las estrategias de vacunación a los adultos de alto riesgo. Una editorial acompañante concluye que es preciso recalcular los riesgos de ENI en adultos teniendo en consideración la dinámica de serotipos, los efectos indirectos vacunales, el efecto de la vacuna en inmunodeprimidos y en aquellos con diferentes comorbilidades y la disponibilidad de los recursos estatales, todo ello con el objetivo de mejorar el control futuro de la enfermedad neumocócica.

Meningococcal serogroup B bivalent rLP2086 vaccine elicits broad and robust serum bactericidal responses in healthy adolescents

31/07/2016

Vesikari T, Ostergaard L, Díez Domingo J, Wysocki J, Flodmark C, Beeslaar J et al. J Pediatr Infect Dis Soc 2016;5:152-160

Ensayo clínico aleatorio fase II en 1713 adolescentes de la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Polonia, España (Universidad Católica de Valencia) y Suecia para evaluar la inmunogenicidad, tolerancia y seguridad con varios esquemas de vacunación con dos o tres dosis de la vacuna recombinante rLP2086 frente a cepas homólogas y heterólogas de *N meningitidis* serogrupo B. La respuesta inmune se midió mediante hSBA y se consideró protectora con títulos iguales o superiores a 1:8. Los autores encontraron que los cinco regímenes de vacunación (0, 1 y 6; 0, 2 y 6; 0 y 2; 0 y 4; 0 y 6 meses) ensayados fueron inmunógenos y bien tolerados. En los receptores de tres dosis no hubo diferencias en la respuesta inmune, independientemente de que el intervalo entre primera y segunda fuera de uno o de dos meses. Las respuestas inmune tras dos dosis fueron sustanciales e indicadoras de una protección de cepas homólogas y heterólogas de meningococo B. En los esquemas de dos dosis esta inmunogenicidad aumentó cuando el intervalo entre las dos primeras dosis fue mayor, en

cuanto a porcentaje de sujetos con hSBA protector y a media geométrica de título de anticuerpos. Concluyen que aunque los regímenes de dos o tres dosis proporcionan buena protección, el de tres genera mayores tasas de seroconversión frente a las cepas de la subfamilia B, lo que implica que la conveniencia de uno u otro esquema debería de considerarse cuidadosamente al considerar la introducción de la vacuna en los programas sistemáticos.

[\[más información\]](#)

Effectiveness of seasonal trivalent influenza vaccination against hospital-attended respiratory infections in pregnant women: a retrospective cohort study

31/07/2016

Regan A, de Klerk N, Moore H, Omer S, Shellam G, Effler P. Vaccine available on line 20 May, 1016

Estudio poblacional de cohortes retrospectivo llevado a cabo en Western Australia con una cohorte de 34.701 mujeres que dieron a luz entre el 1 de abril de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 que fueron vacunadas frente a la gripe, para evaluar la efectividad de la vacuna en evitar las visitas e ingresos hospitalarios por cuadros respiratorios agudos durante las temporadas de 2012 y 2103. Se calcularon los hazard ratios

mediante modelos de regresión de Cox según estado materno de vacunación, etnia, nivel socioeconómico, condiciones médicas y semana de parto. Recibieron en la gestación la vacuna antigripal inactivada 3.007 (8.7%). Las mujeres vacunadas asistieron en menor medida a las urgencias hospitalarias durante el embarazo, por un cuadro respiratorio agudo (9.7 visitas por 10.000 personas-día versus 35.5 visitas por 10.000 personas-día con un hazard ratio ajustado de 0.19 con IC 95%: 0.05-0.68). Además, las vacunadas tuvieron menores probabilidades de ingreso hospitalario comparadas con las no vacunadas (16.6 por 10.000 personas-día vs 34.0 por 10.000 personas-día con aHR de 0.35 e IC 95%: 0.13-0.97). Los autores exponen los puntos fuertes del trabajo: uso de datos relacionados para construir una amplia cohorte de embarazadas y utilización de bases de datos de departamentos de salud de varios estados que permite disponer de información detallada de la vacunación, asistencia al hospital e historia médica y obstétrica. Como limitaciones exponen probable infradeclaración del estado de vacunación y dependencia de los registros de las matronas. Concluyen que la vacunación antigripal gestacional se asocia, significativamente, con menores visitas al hospital por cuadros respiratorios agudos.

[más información]

Outbreak of a new measles B3 variant in the Roma/Sinti population with transmission

in the nosocomial setting, Italy, November 2015 to April 2016

31/07/2016

Filia A, Amendola A, Faccini M, Del Manso M, Senatore S, Bianchi S et al. Euro Surveill.2016;21(20):pii=30235

Descripción de un brote de sarampión acaecido entre noviembre de 2015 y abril de 2016 en población gitana del norte de Italia. Uno de los clusters apareció en un asentamiento de Milán (Lombardía) con 43 casos de los que 40 eran de etnia gitana y tres eran inmigrantes de Africa y Asia. La edad media fue de cuatro años y 39 no habían recibido ninguna dosis de vacuna. Se confirmaron 27 casos y doce presentaron complicaciones (neumonía, diarrea y otitis media). El otro cluster apareció en Parma y Piacenza (Emilia Romagna) con transmisión mayoritariamente nosocomial. El primero se inició con un caso en un adulto no vacunado empleado en un área próxima al campamento de gitanos de Milán y que estaba de visita en Parma. Fue hospitalizado por fiebre desde donde se expandió la enfermedad a sanitarios y a familiares de pacientes. La edad media fue de 37 años. El brote de Piacenza se originó en un sanitario que fue hospitalizado transmitiéndose a otros sanitarios y a ambientes extrahospitalarios. En este las complicaciones fueron frecuentes (neumonía con insuficiencia respiratoria, queratoconjuntivitis, pericarditis, trombocitopenia y Guillain Barré y al edad media fue de 40 años. Se analizaron genotípicamente 14 virus entre los tres brotes confirmándose al causante de los brotes como una nueva variante B3.1. Esta variante también se detectó en España, Alemania y el Reino Unido entre agosto y septiembre del pasado año, y en Rumanía en enero de 2016. Los autores recalcan las brechas inmunitarias existentes en las poblaciones de estas etnias y

especialmente en los sanitarios italianos.

[\[más información\]](#)

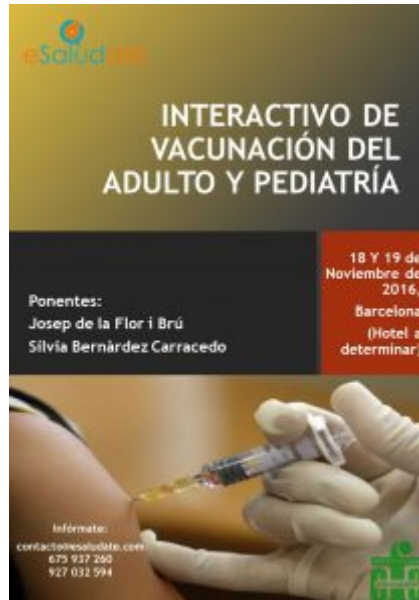
La AEV realiza una propuesta sobre conocimientos en Vacunología para los estudios universitarios que se hará llegar a los Ministerios de Sanidad y Educación

31/07/2016

Más información en [Posicionamientos](#)

Interactivo de Vacunación del Adulto y Pediatría

31/07/2016



Curso dirigido a Médicos de familia, Pediatras, Enfermeros y Residentes

Barcelona, 18 y 19 de noviembre de 2016

Objetivos:

1. Conocer e informar a la población de los beneficios de la vacunación.
2. Diferenciar entre contraindicaciones permanentes, temporales y falsas contraindicaciones.
3. Aplicar los requisitos para una eficiente gestión de las vacunas.
4. Adquirir conocimientos para evitar errores programáticos en el acto vacunal.
5. Adquirir conocimientos sobre el proceso vacunal completo (preparación de la vacunación, cadena del frío, vías y zonas de administración, tipos de agujas, desinfección de la piel, prevención de exposiciones ocupacionales accidentales y gestión de residuos).
6. Identificar los problemas de cuidados asociados al proceso de vacunación.
7. Identificar las especificaciones de cada vacuna según proceso de salud.
8. Saber detectar las reacciones locales a las vacunas e

identificar los síntomas de anafilaxia, y manejar la anafilaxia.

9. Diferenciar entre una “reacción” coincidente de una vacuna y una reacción adversa.
10. Conocer la vacunación correspondiente en función de la edad y sexo según calendario actualizado de vacunación infantil.
11. Conocer la composición, la eficacia y la seguridad de las distintas vacunas.
12. Actualizar el calendario de un niño no vacunado mediante pautas aceleradas.
13. Identificar a los niños con necesidades especiales de vacunación.
14. Identificar a los adultos con necesidades especiales de vacunación.
15. Aumentar las coberturas vacunales mediante captación activa.
16. Conocer el sistema de registro de vacunas de la CCAA correspondiente.
17. Aumentar las coberturas vacunales de nuestra población.

Más información

en <http://esaludate.com/red/cursos-intensivos/26-noviembre-2016/111-interactivo-de-vacunacion-del-adulto-y-pediatria-18-y-19-de-noviembre-de-2016>

**Humoral and intestinal
immunity of bivalent oral**

poliovirus vaccine and one or two doses of inactivated poliovirus vaccine in Latin American infants: an open-label randomised controlled trial

31/07/2016

Asturias E, Bandyopadhyay A, Self S, Rivera L, Saez-Llorens X, Lopez E et al. Lancet published on line May 19, 2016

Ensayo clínico abierto, aleatorio y controlado financiado por la Bill y Melinda Gates Foundation, en lactantes de seis semanas de Colombia, República Dominicana, Guatemala y Panamá, que fueron asignados a varios esquemas de vacunación. Grupo 1 y 2 que eran controles y recibieron VPO bivalente a las 6, 10 y 14 semanas, grupo 3 con VPO trivalente a las 6, 10 y 14 semanas, grupo 4 con polio bivalente y una de VPI a las 14 semanas y el grupo 5 también con VPO bivalente y 2 dosis de VPI a las 14 y 36 semanas de vida. Todos los lactantes recibieron un challenge de VPO monovalente (tipo 2) a las 18 semanas (grupos 1, 3 y 4) o a las 40 semanas (grupos 2 y 5). El end-point primario fue evaluar la superioridad de los esquemas VPO bivalente más VPI sobre la vacuna oral aislada a todos los serotipos de la inmunidad humoral y de la inmunidad intestinal al serotipo 2, por protocolo. El trabajo de campo se llevó acabo entre mayo de 2013 y agosto de 2015 con 940 niños elegibles que quedaron en 939. Los autores encontraron que la vacuna oral bivalente proporcionó inmunidad humoral similar a la trivalente frente a los tipos comunes (1 y 3) y que tras una o dos dosis de inactivada en adición a la vacuna oral, el 80% y el 100% de los niños seroconvirtieron,

respectivamente, induciendo la vacunación inmunidad intestinal frente al serotipo 2. Una editorial acompañante comenta que a pesar de la alentadora respuesta a este serotipo tras solo una dosis de VPI, la pobre cobertura de vacunación en las áreas de alto riesgo y el riesgo de reaparición de virus vacunales derivados, suponen una amenaza a la “polio endgame strategy”. Es por ello extraordinariamente importante la vigilancia de alta calidad de los casos junto a la monitorización de las aguas residuales para detectar la presencia de los virus vacunales tipo 2 tras la retirada de la vacuna oral trivalente.

[más información]

Acute hepatitis B after the implementation of universal vaccination in Italy: results from a 22-years surveillance (1993-2014)

31/07/2016

Tosti M, Alfonsi V, Lacorte E, Mele A, Galli C, Remo A et al. Clin Infect Dis published online March 23, 2016

Estudio de vigilancia que evalúa la proporción de personas bien vacunadas frente a la hepatitis B con una infección aguda por el virus, la proporción de casos evitables si las personas hubieran sido vacunadas según las recomendaciones de la Autoridad Sanitaria, y las razones de los fallos de vacunación, entre 1993 y 2014 según datos del Sistema de

Vigilancia de Hepatitis Víricas Agudas. Encontraron 362 casos de hepatitis B aguda entre las 11.311 personas vacunadas (3.2%). De los 277 casos con datos disponibles sobre su estado de vacunación, 50 (18%) habían recibido un curso completo de vacunación antes de contactar con el virus. La caracterización molecular de 17 de esos casos mostraron que siete se habían infectado por virus salvaje y seis con mutantes en el gen del segmento S, de los que tres tenían serología protectora (Anti-HBs >10 mIU/mL). Entre 10.949 casos de enfermedad en no vacunados, el 1.9% estaban excluidos de la vacunación obligatoria y el 25.8% no habían recibido la vacuna a pesar de pertenecer a un grupo de riesgo incrementado de infección. Entre estos últimos los factores de riesgo más comunes eran la cohabitación con portadores crónicos, ADVP y personas con prácticas homosexuales/bisexuales. El 37% de los convivientes no vacunados eran conocedores de su situación de riesgo. Las razones más frecuentes de vacilación a la hora de recibir la vacuna fueron la falta de confianza en la vacunación, la actitud negativa, las creencias inapropiadas, la falta de comunicación y la escasa percepción de la gravedad de la enfermedad. Los autores concluyen que es un evento muy infrecuente el desarrollo de una hepatitis B aguda en individuos bien vacunados y que se precisa de más esfuerzos para mejorar la cobertura de vacunación en las personas de alto riesgo.

[\[más información\]](#)

Immunity to hepatitis A and B

persists for at least 15 years after immunisation of adolescents with a combined hepatitis A and B vaccine

31/07/2016

Beran J, Van Der Meeren O, Leyssen M, D'silva P. Vaccine 2016;34:2686-2891

Continuación del estudio iniciado en 1998 en el que se vacunó a adolescentes de 12 a 15 años con vacuna de hepatitis A más B (bien con tres dosis de Twinrix infantil o con dos de Ambirix), y en el que se reevalúa la persistencia de anticuerpos a los 15 meses tras la primovacunación y se mide la memoria inmune mediante un challenge de vacuna monovalente de ambas en aquellos en los que los títulos se encontraban por debajo de 15 mIU/l y 10 mIU/ml, respectivamente. 205 sujetos volvieron para continuar con el estudio de seguimiento del año 15 de los que 162 se incluyeron en la cohorte de inmunogenicidad a largo plazo según protocolo. Todos los participantes permanecieron positivos para Anti-HAV, mientras que el 81.1% y el 81.8% tenían títulos de Anti-HBs por encima de 10 mIU/mL en los grupos que recibieron 2 y 3 dosis en primarias, respectivamente. Tras la dosis challenge en 19 personas, todos excepto una respondieron con una robusta respuesta booster. Concluyen que sus resultados sugieren que el mantener títulos de Anti-HBs considerados protectores no parece necesario para mantener la protección frente a la enfermedad ya que los primovacunados pueden desarrollar una respuesta anamnésica tras la exposición al virus. Por otra parte, y con dos esquemas distintos de vacunación, la vacuna HA+HB genera una respuesta inmune que perdura hasta quince años. El esquema de dos dosis permite alcanzar mayores coberturas, reducir costes y menores visitas al puesto de

vacunación. Es útil también para campañas de repesca en la infancia tardía.

[\[más información\]](#)