

# La compañía Vaccitech ha conseguido una subvención de 27 millones de libras esterlinas para desarrollar una vacuna universal frente a la gripe del tipo A

19/01/2018

La compañía Vaccitech junto a la Universidad de Oxford ha conseguido una subvención de 27 millones de libras esterlinas procedente de Alphabet, Sequoia China y Oxford Sciences Innovation, que se unen a los diez millones conseguidos en 2016, para desarrollar una vacuna universal frente a la gripe del tipo A. La vacuna utiliza al vector “Modified Vaccinia Ankara” para presentar al sistema inmune a la nucleoproteína y a M1. Actualmente la vacuna se encuentra en la fase IIb de ensayos clínicos con 862 voluntarios en la temporada 2017/18 y a 1.200 para la de 2018/19 para evaluar su eficacia frente a las vacunas tradicionales que recibirán, inicialmente, ambas vacunas. En caso de que se obtengan buenos resultados, se ensayará como vacuna única. Otras compañías se encuentran trabajando en la vacuna universal, como Johnson and Johnson, Sanofi, FluGen y Biondavax.

[más información]

---

# La compañía farmacéutica Sanofi Pasteur ha anunciado que reembolsará al Gobierno filipino por las dosis no utilizadas de la vacuna Dengvaxia

19/01/2018

La compañía farmacéutica Sanofi Pasteur ha anunciado que reembolsará al Gobierno filipino por las dosis no utilizadas de la vacuna Dengvaxia. Este anuncio surge varias semanas después de que la compañía advirtiera que no se usase la vacuna en aquellos sin infecciones previas de dengue y después de que hubieran recibido la vacuna más de 800.000 niños filipinos. El importe del reembolso se estima en 27.8 millones de dólares.

[\[más información\]](#)

---

**GlaxoSmithKline recibe autorización para poder administrar su vacuna antigripal inactivada**

# tetravalente a partir de los seis meses de edad en Estados Unidos

19/01/2018

El laboratorio GlaxoSmithKline ha comunicado que ha recibido la autorización de la FDA de los Estados Unidos para poder administrar su vacuna antigripal inactivada tetravalente a partir de los seis meses de edad. Hasta ahora estaba autorizada para su administración a partir de los tres años de vida. Esta autorización se basa en un estudio pivotal fase III en niños de 6 a 35 meses de edad y en dos estudios de apoyo.

[\[más información\]](#)

---

## Risk factors for admission to hospital with laboratory-confirmed influenza in young children: birth cohort study

19/01/2018

*Hardelid P, Verfuerden M, McMenamin J, Gilbert R. Peadiatr Pulmonol Respir Infect 2017;50:1700489*

Estudio de cohortes para determinar los factores de riesgo de ingresos hospitalarios en niños menores de dos años con el objetivo de informar a los programas de vacunación pediátricos. Para ello enlazaron todos los nacimientos de un solo hijo en Escocia entre 2007 y 2015 a datos administrativos

hospitalarios y a reportes de laboratorio en relación a la gripe. Utilizaron modelos de Cox para identificar factores de riesgo de nacimiento y familiares asociados a ingresos hospitalarios. Registraron 1115 ingresos en 424048 niños. El 85.1% de los ingresados había nacido a término y no pertenecían a ningún grupo de riesgo. La presencia de un hermano mayor se asoció muy potentemente con un incremento del riesgo de ingreso, particularmente para niños menores de seis meses (hazard ratio para el segundo versus primer niño nacido de 2.02 con IC 95%: 1.52-2.69). La edad de la madre inferior a treinta años y el nacimiento durante el otoño (menor de seis meses en relación a las temporadas de circulación del virus de la gripe) o en primavera (edad de 6 a 23 meses) se asoció, también con riesgo de ingreso. Los autores piensan que los padres de niños de menos de dos años deberían ser advertidos que la vacunación de sus hijos mayores puede evitar la infección gripal de sus pequeños, ya que los programas dirigidos en exclusiva a los niños de alto riesgo no evitarán la mayoría de los ingresos hospitalarios.

[\[más información\]](#)

---

## **Effectiveness of influenza vaccines in asthma: a systematic review and meta-analysis.**

19/01/2018

*Vasileou E, Sheikh A, Butler Ch, El Ferkh K, von Wissmann B, McMenamin J et al. Clin Infect Dis 2017;65:1388-1395*

Debido a la incertidumbre relativa a la efectividad de la vacuna antigripal en personas con asma y su impacto sobre las consecuencias de la gripe en ellos, se lleva a cabo una revisión sistemática con el correspondiente meta-análisis de doce bases de datos internacionales que incluyeran ensayos clínicos controlados y estudios cuasi-experimentales y epidemiológicos publicados entre 1970 y 2016. El riesgo de sesgos fue bajo en tres ensayos clínicos mientras que la calidad de los tres estudios observacionales incluidos en el estudio fue moderada. La calidad de la evidencia fue muy baja para los *outcomes*. La efectividad agrupada en 1.825 personas con asma en dos estudios de casos y controles con diseño de test negativo fue del 45% (IC 95%: 31-56) para la gripe confirmada por el laboratorio. La efectividad agrupada de las vacunas atenuadas intranasales en reducir la gripe fue del 81% (IC 95%: 33-94). Esta vacuna redujo la enfermedad febril en un 72% (IC 95%: 20-90). Las vacunas antigripales evitaron un 59%-78% de ataques de asma que motivaban visitas a urgencias y hospitalizaciones. A la vista de los datos, los autores sugieren que la vacunación antigripal en asmáticos puede ser efectiva en reducir la infección gripal y los ataques de asma.

[\[más información\]](#)

---

**Comparison of the impact of PCV10 or PCV13 on invasive pneumococcal disease in**

# equivalent populations

19/01/2018

*Naucner P, Galanis I, Morfeldt E, Daremberg J, Ortqvist A, Henriques-Normark B. Clin Infect Dis published on line 03 August 2017*

Estudio de cohortes de base poblacional llevado a cabo en Suecia para conocer el impacto de la vacunación antineumocócica con esquemas de 3, 5 y 12 meses y con uso de la vacuna de siete serotipos entre 2007 y 2009 y de la de diez o trece en adelante, según los 21 condados suecos, con coberturas de tres dosis de vacuna del 97% en 2012 para menores de dos años. Las incidencias globales de ENI entre 2005 y 2016 cayeron, independientemente del tipo de vacuna, en niños vacunados (68.5%), en el total de la población (13.5%). En los mayores de 65 años la ENI no cambió entre 2005 y 2016 pero si se constató una reducción del 10% y del 20% cuando el periodo 2013-16 se comparó con 2007 o con 2007/09. En este grupo etario los no vacunales aumentaron del 9.8/100.000 en 2007 al 31.0/100.000 en 2016, con aumentos del 11.8% y del 14.4% para condados PnC10 y PnC13, respectivamente. En este último año 2016 los no vacunales fueron responsables del 71.7% de las ENI's, siendo los más prevalentes el 22F, 9N, 8, 12F, 6C, 15A, 24F, 11A, 10A, 23B y 33F). En los menores de 4 años no aumentaron significativamente los no vacunales en ningún condado, aunque sí en los de 5 a 64 años en ambos condados.

Al analizar por tipo de vacuna descendió la incidencia global por 6A y se mantuvo igual la causada por el 3, independientemente de la vacuna. También, en el global de edades, aumento en siete veces la ENI por 19A entre 2007 y 2013-16 en condados PnC10, permaneciendo inalterada en condados PnC13. En 2016 sí se observó una menor incidencia de ENI por este serotipo en condados PnC10 (¿por azar o por aumento de protección comunitaria?). También en relación al 19A, y en menores de cinco años entre 2013-2016, no

aparecieron casos de ENI en condados PnC13 mientras que la incidencia en PnC10 fue de 1.2/100.000, primariamente en grupos no vacunados (¿ausencia de impacto en transporte nasofaríngeo?). Del mismo modo, en condados PnC13 y en mayores de 65 años la incidencia de ENI por 19A pasó de 2.0 a 1.6 entre 2007-2009 y 2013-2016, mientras que en los de PnC10 pasó de 1.6 a 4.9/100.000. Se observó un aumento del 6C en condados PnC10 (0.05 en 2007/09 a 1.2/100.000 en 2013/16) pero no en los PnC13 (de 0.1 a 0.3/100.000). Los autores concluyen que se ha producido una reducción sustancial de ENI en los más pequeños pero con un efecto limitado en el anciano, lo que limita el impacto potencial del uso de la vacunación pediátrica como protección del anciano. Al comparar ambas vacunas, se ha probado protección cruzada entre 6A y 6B para ambas vacunas, pero no entre 19F y 19A para la de diez serotipos, y parece, por otra parte, que la vacuna PnC13 protege frente a 6C, mientras que no oferta protección frente al serotipo 3.

[\[más información\]](#)

---

## **Changes in influenza vaccination rates after withdrawal of live vaccine**

19/01/2018

Robison S, Dunn A, Richards D, Leman R. Pediatrics 2017;140:e20170516

Con motivo de la no recomendación de uso de la vacuna antigripal atenuada por parte del ACIP norteamericano para la temporada 2016-2017, los autores plantean si esa ausencia de

disponibilidad de vacuna pudiera influir en un descenso de las coberturas vacunales para las futuras temporadas gripales. Utilizan el registro de vacunación del Estado de Oregón (ALERT Immunization Information System) para comparar las tasas de vacunación antigripal infantil entre las temporadas 2012-13 a 2016-17. Adicionalmente seleccionaron cohortes apareadas de niños según recibieran vacuna atenuada o inactivada en la temporada 2015-16. Con carácter global las tasas de vacunación permanecieron inalteradas en niños de 2 a 17 años entre las temporadas 2015-16 y 2016-17. Los niños de 3 a 10 años que habían recibido con anterioridad la vacuna inactivada era más probable que repitieran esa misma vacuna en 2016-17 respecto de los que habían sido vacunados con la atenuada (1.03 con IC 95%: 1.02-1.04). Por otra parte, los de 11 a 17 años con vacuna inactivada previa era más probable que se vacunaran en la temporada siguiente (1.08 con IC 95%: 1.05-1.09). Los autores concluyen que la retirada de la recomendación de uso de la vacuna antigripal atenuada no se ha asociado con un cambio en las tasas de vacunación intertemporadas, además de que los que recibieron en la precedente la vacuna inactivada era más probable que volvieran a recibir la vacuna en las temporadas siguientes, respecto de los que recibieron vacuna atenuada.

[\[más información\]](#)