Aprobada nueva pauta de vacunación de Bexsero en lactantes para combatir la meningitis B

01/07/2018

Aprobada nueva pauta de administración alternativa de **Bexsero**, la **vacuna contra la meningitis B** de la farmacéutica GlaxoSmithKline (GSK), que requiere una inyección menos. La pauta de vacunación reducida para lactantes consiste en dos dosis primarias de Bexsero más una dosis de refuerzo. Esto desencadena una respuesta inmunológica similar a la de la pauta actual aprobada de 3+1. La aprobación de esta nueva opción por parte de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) permite que los profesionales sanitarios y los especialistas en salud pública continúen utilizando la pauta actual de 3+1 o, alternativamente, comiencen las vacunaciones con Bexsero a los tres meses de edad con un intervalo mínimo de dos meses entre la primera y la segunda dosis.

Continuar leyendo

Reduced schedules of4CMenB vaccine in infants ans catch-up series in children: immunogenicity and safety results from a randomised open-label phase 3b trial

Las exenciones no médicas a la vacunación favorecen el desarrollo del movimiento antivacunas en Estados Unidos

01/07/2018

Según la Encuesta Nacional de Inmunización de 2015, solo el 72.2% de los niños de 19 a 35 meses en los Estados Unidos estaban completamente vacunados según las pautas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización. Debido a las preocupaciones de los padres sobre **la seguridad y eficacia de la vacuna**, muchas familias optan por excluir a sus hijos de las vacunas necesarias para ingresar a la escuela mediante la obtención de exenciones no médicas (NME) basadas en creencias religiosas o filosóficas. En 2016, 18 estados permitieron este tipo de exenciones debido a creencias filosóficas. Un análisis detallado de las mimas dentro de cada uno de los 18 estados, revela que varios condados, incluidos los que tienen grandes áreas metropolitanas, tienen un alto riesgo de epidemias pediátricas de infección prevenibles mediante vacunación.

Analizada la relación entre las tasas de exenciones no médicas y la cobertura de vacuna real, se encuentra una asociación inversa entre la tasa de exenciones no médicas y la cobertura de la **vacuna contra sarampión, paperas y rubéola** (MMR) en estos estados (P = 0.03 por correlación de Spearman), lo que indica que las tasas más elevadas de exenciones no médicas en realidad tienen una menor cobertura de vacuna MMR (p = 0,007 por regresión beta).

La investigación, publicada en *Plos Medicine*, se concluye que se están estableciendo nuevos focos de actividades **antivacunas** en las principales áreas metropolitanas, lo que hace que determinadas ciudades sean vulnerables a las **enfermedades**

prevenibles por vacunación. Como se observó en la experiencia reciente en Anaheim, California, las bajas tasas de vacunación resultaron en un brote de sarampión. Por el contrario, el cierre estatal de a las exenciones no médicas ha resultado en un aumento de la cobertura de MMR.

El movimiento antivacuna en los Estados Unidos: un examen enfocado de exenciones no médicas en estados y condados

---

Vacuna antigripal para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica – revisión Cochrane

01/07/2018

Se recomiendan las vacunaciones contra la gripe para la atención de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), pero estas recomendaciones se basan en gran medida en la evidencia de estudios observacionales, y se informaron muy pocos ensayos controlados aleatorios. La infección por gripe causa un exceso de morbilidad y mortalidad en personas con EPOC.

A partir del número limitado de ensayos controlados aleatorios, todos con más de una década de antigüedad, la vacuna inactivada redujo las exacerbaciones en personas con EPOC. El tamaño del efecto fue similar al observado en los

grandes estudios observacionales, y se debió a una reducción en las exacerbaciones que ocurrieron tres o más semanas después de la vacunación, y debido a la gripe. Hubo un leve aumento en los efectos adversos locales transitorios con la vacunación, pero no hubo evidencia de un aumento en las exacerbaciones tempranas. La adición de virus vivos atenuados a la vacuna inactivada no demostró un beneficio adicional.

Vacuna antigripal para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

---

Amós García: "Nuestro calendario vacunal es de los más potentes que hay en el mundo"

01/07/2018

Quizás sean el máximo ideal en salud: las vacunas evitan contraer la enfermedad, no ya curarla, y han permitido erradicar patologías o controlarlas hasta un nivel mínimo de incidencia. Con motivo de la Semana Mundial de la Inmunización que se celebró en el mes de abril, entrevistamos a Amos García Rojas, presidente de la Asociación Española de Vacunología (AEV).

–En esta edición de la Semana Mundial de la Inmunización se insiste en la importancia de la vacunación también en la adolescencia y la edad adulta, ¿a qué se debe?

-Vivimos en un país en que las políticas sobre vacunación en las primeras fases de la vida son excelentes, magnificas, y aquí juega un papel clave el perfil profesional de los

sanitarios que atienden a los niños, de pediatría y enfermería. Sin embargo, en adultos, ya baja un poco la conciencia de ese papel relevante que tienen las vacunas: por parte de los ciudadanos (se tiene la impresión de que las vacunas son sólo de niños), pero quizás también por parte de los profesionales que los tratan. No tienen tan interiorizada la idea de que la vacunación evita problemas de salud muy serios y para que un adulto se vacune, es clave el papel de los sanitarios y su recomendación. Por ello, hemos querido reforzar la idea de que vacunar es bueno en todas las edades de la vida.

-El pasado mes de febrero Araceli Arce, subdirectora general de Promoción de la Salud y Epidemiología, anunciaba que Sanidad prepara un calendario de vacunación para todas las edades que vería la luz este año, ¿cómo va este proceso y cómo sería este calendario en líneas generales?

-Sé que está trabajando en ello y que ya hay estudios al respecto. Las vacunas de adultos tienen un matiz diferente a la vacunación en el niño, ya que en adultos están ligadas a un determinado perfil de riesgo en función de la actividad laboral, de que se tenga alguna patología de base, o en función de que se vaya a realizar un viaje. Tienen por tanto un matiz más individual, aunque también es cierto que hay vacunas que son más universales. Así, la vacuna la de la gripe, (para toda la población mayor de 65 años o menores de esta edad que tengan un determinado perfil de riesgo), la vacuna del neumococo, la del tétanos o la de la difteria son vacunas que tienen un carácter más global.

-En cuanto a la inmunización en la infancia ¿son buenas las cifras en España en cuanto a coberturas de vacunación y vacunas disponibles?

-En la población infantil tenemos coberturas del 95%, lo cual está francamente bien. Hay que estar vigilante eso sí, porque en países donde se ha bajado la guardia han aparecido enfermedades que ya estaban controladas en forma de brotes

epidémicos. Es el caso del sarampión que ha lugar a muchos casos en Francia e Italia, Reino Unido o Alemania.
Donde creo que hay que trabajar más es en el ámbito de vacunación del adulto, aquí hay más trabajo por hacer.

-Aun así ¿cree que quedan flecos sueltos en este calendario infantil? Porque se está reclamando por ejemplo la vacunación ante el VPH también para niños -no solo niñas- o la Bexsero frente a la meningitis?
-Nuestro calendario vacunal es de los más potentes que hay en el mundo, se lo digo honestamente, porque se basa en dos puntales fundamentales: es planificado y es presupuestado. Esto significa que toda vacuna que se introduzca en el calendario es gratuita para la ciudadanía y este es uno de los elementos que hace que hace que tengamos unas coberturas tan buenas, envidiables y envidiadas por otros países.
El proceso para una nueva vacuna es muy riguroso y complejo y se evalúan una gran cantidad de elementos: de entrada, si estamos hablando de una situación que supone un grave riesgo para la salud pública; se evalúa también la efectividad que vaya a tener esa vacuna y la seguridad de la misma; de qué manera va a impactar sobre otras vacunas que ya se están administrando en del calendario… También se valoran aspectos de coste-efectividad, es el último eslabón, porque tenemos que garantizar que el sistema sanitario sea sostenible y eficiente. Con estas perspectivas se analiza cualquier aportación novedosa que parezca en el mundo de las vacunas. Todo ello, con respecto a las vacunas que usted comenta, son elementos para el debate. En el caso del meningococo B por ejemplo, tiene un inconveniente para ser asumida y es que la carga de enfermedad es muy baja.

-¿Qué puede aportar el farmacéutico de oficina de farmacia a la hora de dispensar vacunas?
-Mucho, muchísimo, desempeñan un papel tan clave que nosotros hemos incorporado a una farmacéutica a la junta directiva la AEDV. Entendemos que los farmacéuticos, como parte del Sistema

Sanitario, tienen mucho que decir, fundamentalmente en una primera fase captando a población diana sensible (sobre todo adultos) a la vacunas mediante el consejo sanitario. Tienen un papel de educación y formación clave, fundamental.

-Respecto a los "colectivos antivacunas", ¿tienen realmente fuerza o es que hacen mucho ruido?
-Con coberturas de vacunación infantil superiores al 95%, evidentemente el impacto que tienen es muy bajo, eso sí, son tremendamente ruidosos. Yo no los llamaría colectivos antivacunas, sino población reticente a la vacunación, porque ese 5% que queda sin vacunar no es un grupo homogéneo: hay niñas y niños que no se pueden vacunar en un determinado momento porque tienen una complicación temporal, hay otros que, desgraciadamente, forman parte de bolsas de exclusión social y tienen dificultades para acceder al sistema sanitario. Luego hay padres y madres que tienen dudas razonables, piensan ¿por qué poner una vacuna para una enfermedad que no estoy viendo? A estos creo que no hay que criminalizarlos, no cuestionarlos, sino comprenderlos y educarlos. Y por último sí, hay padres que deciden no vacunar a sus hijos.

-¿Sería una solución la vacunación obligatoria? Porque realmente se está actuando en contra de la salud de un niño…
-Con coberturas superiores al 95% que sea una medida obligatoria no le veo ningún sentido, pero si hay una bajada de esa cobertura habría que estudiar medidas.

-Hablemos de investigación en vacunas, ¿en qué líneas se trabaja? ¿qué se puede conseguir en un futuro próximo?
-Las líneas de investigación en vacunas están dirigidas a conseguir vacunas más potentes de las que hay en estos momentos, más seguras y también, por ejemplo, nuevas vías de administración: vacunas comestibles, inhaladas, vacunas a través de parches… Además, se están investigando vacunas frente a enfermedades para las que actualmente no disponemos, por ejemplo frente al virus respiratorio sincitial, que me

parece muy interesante. Hay líneas de investigación abiertas para una vacuna frente al Alzheimer. Pero además les voy a sugerir una idea importante: cuando hablamos de vacunas no sólo hablamos de un derivado biológico que se administra para proteger de una enfermedad, hablamos de una actitud. Así por ejemplo, una magnífica vacuna frente al sida es el preservativo y una magnífica vacuna frente al cáncer de pulmón o patologías respiratorias son las políticas antitabaco.

Entrevista realizada y publicada por Consejos de Tu Farmacéutico