

La vacuna del Oxford Vaccine Group y su pronta disponibilidad

02/06/2020

La revista *Science* se hace eco del objetivo del proyecto [*Warp Speed*](#) de tener lista una vacuna frente al SARS-CoV-2 que permita comenzar en el próximo mes de noviembre con una vacunación masiva de la población de los Estados Unidos. En relación a este objetivo, muchos científicos y oficiales de salud pública se preguntan si para ese momento estarán disponibles los datos necesarios de los ensayos clínicos que nos aseguren que la nueva vacuna frente al coronavirus sea segura y eficaz. Sorprendentemente, en una nota de prensa del 21 de mayo, *Warp Speed* anunció una inversión de hasta 1.200 millones de dólares para el desarrollo de una vacuna por parte de *Astra Zeneca*, haciendo hincapié en que deberían llegar al menos 300 millones de dosis para octubre. Los fondos económicos provendrían de la controvertida agencia federal *Biomedical Advanced Research and Development Authority* (BARDA).

Para complicar más las cosas, se desconoce cómo es el trabajo interno de esta iniciativa y cómo se escogen las vacunas candidatas. Más aún cuando la cuantía de la inversión supone más del doble de lo que los Estados Unidos habían comprometido con *Johnson & Johnson* y *Moderna, Inc*, para desarrollar otras vacunas candidatas. A este respecto, William Haseltine, investigador sobre VIH de la Universidad de Harvard, cree que ese plazo es poco realista y duda de que esa vacuna - desarrollada por el *Oxford Vaccine Group* y por el *Oxford's Jenner Institute*, vaya a tener ventajas adicionales sobre otras en investigación.

Adrian Hill, líder del *Jenner Institute* y co-director del

proyecto junto a *Sarah Gilbert*, piensa que la inversión de esa cantidad supone un voto real de confianza y que su vacuna puede romper con la barrera de los 18 meses que *Anthony Fauci* había pronosticado para que se pudiera disponer de una vacuna frente al SARS-CoV-2. Piensa, además, que su proyecto supondrá un estímulo para que otros fabricantes aceleren sus procesos de desarrollo.

Según una nota de prensa del Departamento de Salud de los Estados Unidos, el grupo tiene previsto iniciar un ensayo clínico fase III de eficacia en los Estados Unidos que incluirá a 30.000 personas. Por otra parte, *Astra Zeneca* tiene previsto proceder a la entrega de las vacunas al Reino Unido para septiembre, comunicando que tiene capacidad para fabricar mil millones de dosis para 2021 y, lo más importante, se ha comprometido a una **“asignación justa de la vacuna para todo el mundo”**.

El líder del *Jenner Institute* ha confirmado que en el Reino Unido se está llevando a cabo un ensayo clínico menos ambicioso que el de los Estados Unidos, que podría aportar datos de eficacia para agosto y en el que unos recibirán la vacuna específica y otros, una vacuna antimeningocócica. Este ensayo es parte de una estrategia novedosa llevada a cabo en ese mismo país en lo que han llamado una “combinación de fases I y II” en la que se analiza la respuesta inmune y la seguridad. Manifiesta, por otra parte, su preocupación para que no se repita la experiencia de África Occidental de 2016, cuando su grupo no pudo finalizar los ensayos con una vacuna frente al virus Ébola al haber prácticamente desaparecido la enfermedad, y por tanto, no poder conocer la eficacia de la vacuna. Es por ese motivo por el que se han decantado por hacer los ensayos clínicos pivotaes en los Estados Unidos, donde, a día de hoy, circula el SARS-CoV-2 con mayor profusión.

El director de la *Global Alliance for Vaccines and Immunization*, Seth Berkley, piensa que aunque para octubre ya

puede haber datos de la vacuna de Oxford, no serán suficientes como para satisfacer a las autoridades regulatorias en relación a la concesión de la autorización para su puesta en el mercado. Si va todo bien, esta autoridad podría conceder lo que se conoce como un “uso de emergencia” para más adelante valorar la concesión de una “aprobación definitiva”.

Paul Offit, del que se ha publicado en esta [Sección](#) su visión sobre una próxima vacuna, se cuestiona si en seis meses se puede completar un ensayo clínico con 30.000 personas. Por una parte, le preocupa pensar si la elección del mes de octubre pudiera tener alguna relación con las elecciones presidenciales del próximo noviembre, y por otra, si esa carrera puede llevar a utilizar una vacuna sin la suficiente garantía de seguridad, lo que a su vez podría dar alas al escepticismo y a la pérdida de confianza. En relación a esta vacuna, el mismo Dr. Haseltine se pregunta cuál sería el impacto que pudiera tener en la pandemia habida cuenta de que, al menos en monos, no parece evitar la infección sino la enfermedad pulmonar. A su juicio una vacuna efectiva sería aquella que además de proteger, indujera inmunidad esterilizante, tal como lo ha conseguido [SInovac](#) con su vacuna de virus inactivados. Adrian Hill, por el contrario, se muestra contrario a efectuar comparaciones entre ambas vacunas, ya que fueron muy distintas las vías empleadas y las dosis de virus utilizadas para el *challenge* en monos.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta información sin citar su fuente

Inmunogenicidad de larga duración de la vacuna frente al sarampión: estudio retrospectivo de una cohorte italiana

02/06/2020

Bianchi F, Stefanizi P, De Nitto S et al. Long-term immunogenicity of measles vaccine: An Italian retrospective cohort study. J Infect Dis 2020;221:721-728

Estudio retrospectivo de cohortes para estudiar la inmunogenicidad a largo plazo de la vacuna antisarampionosa en una muestra de estudiantes de medicina y de residentes de la Universidad de Bari (Italia) que acudieron a una consulta de evaluación de riesgos biológicos entre abril de 2014 y junio de 2018 y que tenían que haber recibido en la infancia dos dosis de vacuna triple vírica. El esquema de vacunación en la infancia consiste en dos dosis: en el segundo año y entre los cinco y los seis. Las coberturas de primera dosis en la cohorte de 2015 en esa área eran del 91%. A los IgG con títulos no protectores, se les ofertó una tercera dosis y a los que persistían negativos una cuarta y última dosis a los 28 días de la tercera.

Cumplieron requisitos de análisis 2.000 estudiantes con edad media de 21.1 años y de los cuales el 84.8% mostraban títulos protectores de IgG. De los que recibieron una tercera, el 74.1% seroconvirtieron y de los que permanecían negativos y recibieron una cuarta, el 36.1% seroconvirtieron. Globalmente,

la tasa de seroconversión tras la última dosis alcanzó el 93.4% (IC 95%: 89.0-96.5) tendiendo a decaer los niveles de anticuerpos a los quince años tras la primera dosis de triple vírica.

Los autores concluyen que es fundamental verificar el estado sérico, e implantar las medidas apropiadas de profilaxis en los seronegativos, incluso en los sanitarios vacunados. Esta estrategia podría resultar “ganadora” para evitar la infección nosocomial por sarampión.

- [Immunogenicidad de larga duración de la vacuna frente al sarampión: estudio retrospectivo de una cohorte italiana](#)
-

Revisión de las vacunas Triple Vírica/Tetravírica por la Cochrane

02/06/2020

En el pasado mes de abril en la [Cochrane Database Syst Rev](#) se ha publicado la última revisión sobre la seguridad y efectividad de las vacunas triple vírica y tetravírica. Para ello se han revisado 138 estudios que incluían a 23 millones de niños. En cuanto al sarampión, los resultados de siete estudios con 12.000 niños han mostrado una efectividad de una dosis en evitar la enfermedad del 95%. Para la parotiditis la efectividad de una dosis ha sido del 72%, que asciende al 86% tras recibir dos dosis. En relación a la rubeola y a la varicela, los hallazgos constatan una efectividad del 89% tras una dosis para la primera, y del 95% para la segunda a los diez años de recibida pauta de dos dosis.

Tras la revisión de todos los estudios, no se ha encontrado relación entre las vacunas triple vírica y tetravírica con el autismo o con encefalitis. El riesgo de sufrir convulsiones febriles estaba ligeramente aumentado.

Prohibida su reproducción total o parcial sin citar la fuente

Determinantes de la aceptación de una vacuna frente al SARS-CoV-2

02/06/2020

En un artículo [preprint](#) aún no revisado por pares, se publican los resultados de una encuesta que ha utilizado una plataforma *on line* dirigida a adultos de los Estados Unidos para conocer la percepción del riesgo pandémico, la aceptación para recibir la vacuna y la confianza en las fuentes de información.

Los autores del trabajo son miembros del *Yale Institute for Global Health* y de la *Yale School of Medicine*. Los datos se recogieron mediante cuestionarios electrónicos en *CloudResearch*. Los participantes eran mayores de dieciocho años con acceso a internet y representativos de la población general del país en cuanto a edades, género, nivel de estudios, raza y etnia, y a todos ellos se le dio la oportunidad de recibir una compensación por su participación en forma de tarjetas de regalo o donaciones a instituciones de beneficencia.

La cumplimentación de la encuesta tuvo lugar a principios de

este mes de mayo. Invitaron a 2010 participantes de los que 672 (33%) completaron la encuesta *on line* con una distribución por sexo de 57% mujeres y 38% mayores de 55 años. El 65% eran no hispanos y el 52% tenían estudios secundarios o universitarios.

El 67% dijo que aceptaría vacunarse frente a COVID-19 si así se lo recomendaran. Esta aceptación varió en función de algunas características demográficas. Tenían mayor predisposición los varones (72%), los de 55 años o más (78%), los asiáticos (81%) y los que tenían estudios superiores (75%). La percepción del riesgo que supone esta pandemia fue mayor en los que aceptarían la vacunación.

Detectaron diferencias entre la aceptación de una vacuna frente al SARS-CoV-2 y la de la vacuna antigripal. Los desempleados reportaron menor recepción de vacuna antigripal y menor aceptación de la vacuna pandémica respecto a los jubilados o a los que tenían empleo. Los afroamericanos, respecto a otras razas, eran menos partidarios de ambas vacunas, mientras que las personas mayores eran más proclives a ambas respecto a los jóvenes.

Cabe destacar que los profesionales sanitarios eran los que mayor confianza inspiraban a los participantes.

Los autores se plantean varias cuestiones en la discusión:

- Con tantas vacunas frente al SARS-CoV-2 en el *pipeline* y considerando que la inmunidad comunitaria se alcanzaría con un 55-82% de población inmune, es esencial comprender las reticencias a vacunarse para poder desarrollar intervenciones basadas en la evidencia. Ello permitirá a los profesionales de la salud y a los oficiales sanitarios implementar los mensajes que mejor aborden las preocupaciones, y muy especialmente, las de los grupos más vulnerables.

- Al ser la fuente más fiable de información, los profesionales sanitarios deben promover la confianza en la

vacunación y minimizar la desinformación.

Se plantean un posible sesgo en sus hallazgos, ya que no se puede asumir que la aceptabilidad de la vacuna reflejada en la encuesta -en un momento en el que el COVID-19 es noticia las 24 horas del día- se vaya a corresponder con la que se observará una vez esté en marcha un programa poblacional de vacunación. Este aspecto tiene aún más importancia cuando va a ser mucho el tiempo transcurrido entre la medición de la intención y la observación del comportamiento, y si, adicionalmente, en ese intervalo aparece un tratamiento farmacológico que reduzca la gravedad, su duración y el número de fallecimientos.

En relación a este mismo asunto, la [*Associated Press y la Universidad de Chicago*](#) llevaron a cabo una encuesta telefónica on line a 1056 adultos entre el 14 y el 18 de mayo, con un error de muestreo de $\pm 4.2\%$.

Como resultados más notables destaca que el 20% de encuestados piensan que la vacuna estará disponible para finales de año, el 61% la esperan para 2021 y solo el 17% cree que tardará más tiempo. En relación a si estarían dispuestos a vacunarse, el 49% respondieron afirmativamente, el 20% negativamente y el 31% se lo pensaría. Serían más partidarios de la vacunación los de más edad y aquéllos que están preocupados por el contagio propio o el de algún contacto domiciliario. Coincidiendo con la encuesta anterior, los afroamericanos, más que cualquier otro grupo étnico, rechazarían la vacunación.

En el total de encuestados, el 79% piensa que disponer de una vacuna es un criterio importante para retomar las actividades habituales y los negocios. El motivo para querer recibir la vacuna fue el de proteger a ellos mismos y a sus familias. Al contrario, el motivo preponderante aducido por el 70% de los que mostraron su negativa a vacunarse fue el de los efectos adversos, mientras que el 42%, el 31% y el 30% adujeron que la vacuna provocaría la propia enfermedad, que ésta no es grave y

que la vacuna no es efectiva, respectivamente.

Curiosamente, otra encuesta llevada a cabo por [Reuters/Ipsos](#) entre el 13 y el 19 de mayo con la participación de 4428 adultos norteamericanos, ha puesto de manifiesto que alrededor del 60% tiene previsto recibir la vacuna de gripe en la próxima temporada. Ello supone un importante incremento respecto a la anterior temporada, cuando ese porcentaje se situaba en el 45.3%.

Un aspecto muy importante a tener en consideración respecto a las encuestas comentadas, sería el de la teórica exportación de los resultados a nuestro país, lo que a priori no parecería lo más apropiado debido a las grandes diferencias (sociales, étnicas, sanitarias...) entre ambos.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

(Prohibida la reproducción total o parcial de este artículo, sin citar su fuente original. José Antonio Navarro-Alonso M.D. Asociación Española de Vacunología)

Aplazado a 2021 el X Simposio AEV de Lleida

02/06/2020



10º Simposio
Asociación Española
de Vacunología Lleida 2021
Más allá de la protección individual

TU CITA EN **LLEIDA**
22 | 23 | Octubre 2021



Ante la situación actual y extraordinaria que vivimos y teniendo en cuenta el marco de incertidumbre en el que nos encontramos, la Junta Directiva de la AEV ha decidido por unanimidad aplazar la celebración del X Simposio AEV, prevista para octubre de 2020 en Lleida, para los días 22 y 23 de octubre de 2021.

Así pues, y respetando los compromisos adquiridos en la última Asamblea de Socios celebrada en el X Congreso, el próximo también se pospone un año y se celebrará en Cádiz en 2022, manteniéndose el objetivo de conmemorar los 20 años del I Congreso de la AEV en la misma ciudad.

Consulte toda la información actualizada en
www.aevlleida2021.com

Antitérmicos profilácticos y

vacunas

02/06/2020

Respuesta del Experto a ...

Antitérmicos profilácticos y vacunas

Pregunta

Buenas tardes. Soy enfermero de atención primaria y mi consulta va dirigida hacia el uso de paracetamol oral antes de la vacunación como medida de prevención en niños que han tenido reacción de fiebre e inflamación en dosis vaginales anteriores. ¿Es eficaz dar paracetamol previo a la vacunación? ¿Puede restar eficacia a la inmunidad de la vacuna?

Respuesta de José Antonio Navarro (1 de Junio de 2020)

Buena tarde.

Según varios autores ^(1,2,3) el uso profiláctico de antitérmicos/analgésicos puede reducir las respuestas inmunes a algunas vacunas administradas en la infancia, aunque es incierto su significado clínico. Por el contrario, su uso para tratar los síntomas una vez aparezcan tras la vacunación es poco probable que interfieran con la respuesta inmune. El motivo podría ser que tanto el paracetamol como el ibuprofeno actúan en las primeras fases de la respuesta del sistema inmune tras un estímulo antigénico, lo que podría interferir en la activación de las células dendríticas y en el reclutamiento de los macrófagos.

Se aconseja, por tanto, que no se prescriba de forma rutinaria la administración profiláctica de antipiréticos en el momento de la vacunación sin previamente haber sopesado cuidadosamente los riesgos y beneficios.

Referencias

¹ Scheifele D et al. Paediatrics & Child Health 2018;23:245-246

² Prymula R et al. The Lancet 2009;374:1339-1350

Administración concomitante de vacunas de rotavirus y antimeningocócica B

02/06/2020

Respuesta del Experto a ...

Administración concomitante de vacunas de rotavirus y antimeningocócica B

Pregunta

¿ Se pueden administrar Rotateq (oral) y Bexero (IM) el mismo día ?

Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (29 de Mayo de 2020)

Buena noche.

En la última ficha técnica no se recoge la compatibilidad entre ambas vacunas, aunque en la información de Public Health England a sus profesionales, asume que existe compatibilidad al recomendar la administración de ambas a las ocho semanas ⁽¹⁾.

Referencias

¹ Public Health England. The routine immunisation Schedule from January 2020. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/849184/PHE_complete_immunisation_schedule_Jan2020.pdf

El papel de los anticuerpos frente a la neuraminidasa en la protección frente a la gripe

02/06/2020

En la revista [*Clinical Infectious Diseases*](#) de la *School of Public Health* de Chicago se ha publicado un interesante artículo acerca del papel de los anticuerpos frente a la neuraminidasa en reducir la duración de la enfermedad gripal de adultos y su impacto en la transmisión del virus.

Para llegar a esas conclusiones llevaron a cabo un estudio comunitario en domicilios de Managua, utilizando datos de personas con infecciones gripales confirmadas por PCR y de miembros con infección confirmada por serología, al objeto de examinar la asociación entre anticuerpos preexistentes frente a la neuraminidasa, anticuerpos inhibidores de la hemaglutinación y frente al tallo vírico *versus* la excreción vírica y la duración de la enfermedad.

Los autores piensan que si se aumenta la inmunidad frente a la neuraminidasa se podría reducir la enfermedad gripal, su gravedad y la transmisión. Conseguirlo debería ser una prioridad para las futuras vacunas antigripales.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta noticia sin citar la fuente original

Seis opiniones sobre cuándo finalizará la pandemia

02/06/2020

Tras una rueda de prensa ofrecida por el Director General de la O.M.S. en la que subrayó que aunque comenzamos a imaginarnos como sería el final de la pandemia, todavía tenemos para rato, en [*Helio Infectious Diseases News*](#) se entrevista a expertos norteamericanos en enfermedades infecciosas a fin de que manifiesten su opinión sobre cuánto va a durar, qué nos puede indicar que se acerca el final y qué directrices, si es que existen, nos indicarán cuando es apropiado acabar con las medidas de control.

Abrió la ronda *Cornelius Clancy*, profesor asociado de medicina de la Universidad de Pittsburgh. Anticipa que la pandemia durará otros dos años o hasta que se alcance la inmunidad comunitaria por medio de la infección natural o de la vacunación. En los Estados Unidos durará un poco más que en países de estándares económicos similares, a menos que sea el primero en disponer de cantidades enormes de una vacuna, que inmunicen a prácticamente toda la población y que no la compartan con el resto del mundo. Piensa que se observará un repunte para el próximo otoño-invierno, momento en el que surgirá una pregunta clave: ¿cómo de mala será la temporada gripal? El indicador que apuntaría a un final podría ser acercarse a un 60% de la población infectada.

Aaron Glatt, jefe de enfermedades infecciosas y epidemiólogo hospitalario del *Mount Sinai South Nassau* y profesor de medicina del *Icahn School of Medicine at Mount Sinai* cree imposible predecir con la más mínima precisión cuando veremos el final de esta tremenda pandemia. Se aventura a proporcionar predicciones no solo para su país, sino también para el resto del mundo. Incide en que se está luchando con las manos atadas contra un letal enemigo y que la única manera de controlar el

COVID-19 -en tanto no se disponga de una vacuna segura y eficaz o de un tratamiento definitivo- es mediante la distancia social.

Aunque esta distancia es una herramienta efectiva, está originando agitación espiritual y económica, desempleo, retrasos en los cuidados médicos no urgentes y en los programas de cribado y interrupciones en los sistemas educativos. **En definitiva, está impactando negativamente en nuestras vidas.**

No piensa que la sociedad pueda continuar así durante mucho más tiempo y que solo la tecnología, además de las oraciones, será la solución. A este respecto su mejor deseo es que para comienzos de 2021 se disponga de una vacuna segura y efectiva.

Jean Marrazo, directora de la división de enfermedades infecciosas de la *University of Alabama at Birmingham School of Medicine* desearía tener una bola de cristal para poder predecir el final de la pandemia. Todo dependerá de las oportunidades de transmisión en la comunidad que, a su vez, dependerán de la prevalencia infecciosa y de la densidad de las aglomeraciones en relación a la dinámica espacial (interiores o exteriores). Con muchos infectados en áreas densamente pobladas y con alto potencial de transmisiones significativas, seguirán apareciendo brotes de distinta magnitud. En caso contrario, seguirá habiendo un goteo de casos hasta que aparezca una vacuna, se agoten las exposiciones de las personas susceptibles -mediante estricta distancia social- o se disponga de inmunidad comunitaria, algo que no pinta nada bien.

Para *Gitanjali Pai*, doctora en enfermedades infecciosas en el *Memorial Hospital and Physicians' Clinic in Stilwell*, Oklahoma, se está pagando el precio de la falta de interés en la Salud Pública y en la falta de inversiones en infraestructuras sanitarias. A día de hoy, no se conoce si se está al final del comienzo o al comienzo del final de la

pandemia. Es muy arriesgado pronosticar cuándo se saldrá de esta situación por dos motivos. En primer lugar, porque hay muchas diferencias entre esta pandemia y otros brotes previos por coronavirus, especialmente en lo relativo a la transmisión pre o asintomática. En segundo lugar, porque a diferencia de anteriores epidemias, son mayores los efectos que sobre la transmisión, el tratamiento y la prevención están jugando la falta de tests diagnósticos universales, una medicación eficaz y las condiciones socioeconómicas.

Si se atiende a la historia, casi todas las enfermedades se mantienen hasta que aparece una vacuna efectiva o el virus muta de tal manera que pierde su virulencia, y aunque ahora disponemos de mejores armas que nunca, supone un reto monumental disponer “en tiempo” de una vacuna efectiva.

Raghavendra Tirupathi es profesor de prevención de la infección en *Penn State University School of Medicine*. Considera que es muy difícil predecir lo cerca o lejos que nos encontramos del final de la pandemia, aunque es de la opinión que todavía nos encontramos en las fases iniciales. La mitigación de la curva solamente ocurrirá cuando se disponga de tests diagnósticos precisos, de robustas infraestructuras de salud pública para aislamiento y trazabilidad, mejores terapias, capacidad hospitalaria y de vacunas efectivas que proporcionen inmunidad duradera.

Actualmente solo se dispone de la distancia social como la única medida efectiva no farmacéutica y se debe aprender de la historia: cuando se relajaron estas medidas tras la primera oleada de la pandemia gripal de 1918, volvió en forma de una segunda oleada. Un indicador que podría advertir que el fin de la pandemia está próximo lo podría representar una inmunidad comunitaria del 66% de la población, bien por la propia infección o por la vacunación. La pregunta sería: ¿Cómo conseguiríamos esa inmunidad natural? De tres maneras, bien dejando que la pandemia siga su curso, aunque a un coste enorme de vidas humanas, bien permitiendo que ocurran casos en

algunas partes del país eliminando intermitentemente las restricciones, o bien manteniendo una intensa distancia social hasta que se descubra una o varias vacunas efectivas.

De momento, *Tirupathi* piensa que para afirmar que estamos cerca del fin de la pandemia, tendremos que asistir en las próximas semanas a una tendencia descendiente en el número de casos y a un periodo de transición sin nuevos casos. *“Si se relajan las medidas de distanciamiento, nos encontraremos en una situación desfavorable en el próximo otoño”*.

El último entrevistado es Paul Volberding, profesor de medicina y director del *AIDS Research Institute at the University of California de San Francisco*. Es de la opinión que la pandemia todavía tiene recorrido para muchos meses e incluso muchos años. Debido a su amplia distribución mundial, solo una vacuna muy efectiva puede cambiar la trayectoria de la misma para conseguir el control total. Pero aun con ella, seguiremos luchando contra los antivacunas y contra los oponentes por razones culturales o religiosas. Conoceremos que los esfuerzos para acabar con la pandemia están teniendo éxito cuando los programas de tests y de seguimiento muestren una reducción sustancial y sostenida en la incidencia y en los fallecimientos. Pero pudiera ser que no observasen esas tendencias positivas en los países de baja renta, que además, están inmersos en guerras y pobreza, con importantes dificultades de acceso a la literatura científica.

Espera, por último, que las medidas de control de la infección hayan demostrado su poder, de manera que convencan a los líderes mundiales para que en esta, y en próximas pandemias, esas medidas estén permanentemente financiadas y que no caigan en el olvido cuando el COVID-19 sea historia.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

(Prohibida la reproducción total o parcial de este artículo, sin citar su fuente original. José Antonio Navarro-Alonso M.D. Asociación Española de Vacunología)

Webinar. Vacunas en todas las edades. Que el COVID-19 no nos frene

02/06/2020



AEV
Asociación Española de Vacunología

Pfizer

Vacunas en todas las edades.
Que el COVID-19 no nos frene

PARA VER EL WEBINAR EN DIRECTO: <http://www.luadirectos.com/wb3>

MARTES
2 DE JUNIO
2020
18:30 horas

Moderador:
DR. FERNANDO A. MORAGA LLOP
Pediatra, Vicepresidente primero de la AEV

Penitencia:
VACUNACIÓN EN NIÑOS DR. DAVID MORENO PÉREZ
Director del Plan Estratégico de Vacunas y Enfermedades Inmunoprevenibles.
Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía

VACUNACIÓN EN ADOLESCENTES DRA. ANA MARÍA GRANDE TEJADA
Vocal de desarrollo profesional de la AEV

VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO DRA. MARÍA FERNÁNDEZ PRADA
Vocal de Formación de la AEV

VACUNACIÓN EN ADULTOS Y MAYORES DR. JAIME JESÚS PÉREZ MARTÍN
Vocal de coordinación con SS.CC de la AEV

Coordinador del coloquio:
DR. LUIS IGNACIO MARTÍNEZ ALCORTA
Vocal de Innovación de la AEV

Puede enviar ya sus preguntas a preguntas@ev@gmail.com

Ya puede consultar en nuestro canal de Youtube, el vídeo completo de la Webinar Vacunas en todas las edades. Que el

COVID-19 no nos frene, celebrado el pasado día 2 de junio.

En la sesión han participado como ponentes:

Fernando A. Moraga Llop. Pediatra. Vicepresidente primero de la AEV.

David Moreno Pérez. Director del Plan Estratégico de Vacunas y Enfermedades Inmunoprevenibles. Consejería de Salud y Formación de la Junta de Andalucía.

Ana María Grande Tejada. Vocal de Desarrollo Profesional de la AEV.

María Fernández Prada. Vocal de Formación de la AEV.

Jaime Jesús Pérez Martín. Vocal de Coordinación con SS.CC. de la AEV.

Luis Martínez Alcorta. Vocal de Innovación de la AEV.

Presentaciones: “Vacunas en todas las edades. Que el Covid-19 no nos frene”

Disponibles para consulta las presentaciones empleadas por los ponentes durante la transmisión del webinar

[Presentaciones webinar](#)