

# **Inicio de las campañas de vacunación (1963) y primer calendario de vacunaciones sistemáticas (1973). Dos aniversarios históricos**

29/11/2023

A lo largo de este año 2023 se han conmemorado dos acontecimientos de gran relevancia en la historia de la vacunología española: el 60 aniversario del inicio de las campañas de vacunación, inicialmente solo antipoliomielítica, y el cincuentenario de la puesta en marcha del *Plan de vacunación continuada de la población infantil de Barcelona*, el primer calendario de vacunaciones sistemáticas implantado en España.

## **A. Primeras campañas de vacunación antipoliomielítica en España, hace 60 años**

Hasta la implantación del primer calendario de vacunaciones en España, en 1975, se llevaron a cabo, desde 1963, campañas masivas de vacunación frente a la poliomielitis con la vacuna oral, y desde 1965 se añadieron las vacunas contra la difteria, el tétanos y la tosferina (vacuna DTP). En 1968 se inició una campaña de vacunación frente al sarampión en 11 provincias españolas, hasta que en 1970 esa vacuna fue retirada por su reactogenicidad.

## **Antecedentes: descubrimiento de las dos vacunas antipoliomielíticas**

La historia resumida de las vacunas antipoliomielíticas se inicia hace 70 años (marzo de 1953), con la publicación de los

primeros resultados en humanos de la vacuna de Jonas Salk (Salk J, Bennett BL, Lewis LJ, Ward EN, Youngner JS. Studies in human subjects on active immunization against poliomyelitis. I. A preliminary report of experiments in progress. JAMA. 1953;151:1081-98). Entre los primeros voluntarios que recibieron la vacuna figuraban el mismo Salk, su mujer y sus tres hijos. Un año antes, en 1952, había ocurrido el peor brote de poliomielitis en los Estados Unidos, con más de 58.000 afectados y 3145 muertos.

El ensayo clínico previo a la autorización de la vacuna se inició el 26 de abril de 1954 en los Estados Unidos (participaron también niños de Canadá y Finlandia), fue dirigido por el prestigioso epidemiólogo Thomas Francis Jr. e incluyó casi dos millones de participantes, de los cuales se vacunaron más de 650.000 niños.

El 12 de abril de 1955, Salk y Francis comunicaron en la Universidad de Michigan que la vacuna de virus inactivados, administrada por vía parenteral, era segura y eficaz para prevenir la enfermedad de la infancia más temida en el siglo xx (a principios de siglo, la parálisis infantil o polio había adquirido las características de una epidemia). El mismo día de la conferencia, dos horas y media después, el Secretario de Estado de Salud autorizó la comercialización de la vacuna a gran escala de forma inmediata, lo que llevó la esperanza a todos los padres y madres del mundo. La vacunación masiva comenzó enseguida y significó una reducción significativa de los casos en los Estados Unidos, pasando de más de 58,000 casos anuales en 1955 a solo 161 casos en 1961.

Un año antes, en 1954, John F. Enders, Thomas H. Weller y Frederick C. Robbins habían obtenido el Premio Nobel de Medicina por sus investigaciones que contribuyeron posteriormente al desarrollo de la vacuna antipoliomielítica. Estos autores describieron la posibilidad de cultivar el virus de la poliomielitis en varios tipos de tejidos, y en particular en los embrionarios y en el riñón. Estos estudios

permitieron al equipo de [Jonas Salk](#) obtener la primera vacuna con virus inactivados.

Salk nunca quiso patentar su vacuna ni ganar dinero directamente por su descubrimiento, y prefirió que todo el mundo pudiera acceder a ella. En una entrevista le preguntaron quién era el propietario de la patente de la vacuna y Salk respondió: «Bueno, las personas, diría yo. No hay patente. ¿Podrías patentar el sol?». El mismo año de su autorización, el presidente Eisenhower le nombró «Benefactor de la Humanidad».

El 24 de octubre de cada año se celebra el Día Mundial contra la poliomielitis, porque ese mismo día de 1914 (en Google figura erróneamente el 28 de octubre), en Nueva York, nació Jonas Edward Salk, hijo de inmigrantes judíos rusos, virólogo, que falleció en California el 23 de junio de 1995 a los 80 años de edad.

Unos años más tarde se autorizó una segunda vacuna de virus atenuados, de administración oral, descubierta por Albert Bruce Sabin (1906-1993). Este virólogo polaco de origen judío presentó en 1957 sus trabajos sobre los tres poliovirus atenuados realizados en humanos, y empezó a utilizar la vacuna en 1959. Esta fue autorizada en los Estados Unidos en 1961 en una primera versión solo eficaz frente a un tipo de poliovirus; después, en 1962, una segunda versión mejorada, y en 1964 una tercera activa frente a los tres tipos de poliovirus.

Sabin renunció también a todo beneficio económico con el objetivo de que el proceso de producción y distribución de la vacuna fuese lo más barato posible y alcanzase al mayor número de personas. La vacuna de Sabin, por el tipo de inmunidad que induce y por su facilidad de administración, ha sido fundamental en la eliminación de la poliomielitis casi en todo el mundo y en la erradicación de los poliovirus 2 y 3.

Las dos vacunas antipoliomielíticas, la parenteral primero y la oral después, pero sin olvidarse de la primera, a medida que la enfermedad se ha ido eliminando de muchos países, han sido y son el fundamento de la prevención de la poliomielitis, cada una de ellas utilizada según la situación epidemiológica de eliminación o no de la enfermedad en los distintos países del mundo.

La vacuna de Salk, que había llegado a España en 1957, se utilizó entre los años 1959 y 1963, administrándose en el tramo de edad de los 5 meses a los 8 años, en tres dosis con un mes de intervalo, pero con una baja cobertura de vacunación. En mayo de 1963 se decidió iniciar la vacunación antipoliomielítica con la forma oral tras intensas y duras discusiones político-científicas, durante los primeros meses del año, entre dos organismos del Estado: la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación y el Seguro Obligatorio de Enfermedad del Ministerio de Trabajo.

### **Campaña piloto y primera campaña de vacunación masiva antipoliomielítica en España, en 1963**

La campaña nacional de vacunación se inició con una campaña piloto en dos provincias, León y Lugo, a los niños de 2 meses a 7 años de edad. León fue la primera, comenzando el 14 de mayo de 1963, el mismo día precisamente en que 167 años antes Jenner inició la vacunación antivariólica. Rafael Nájera, responsable de esta gran actuación de salud pública en León, nos explica que la estrategia se llevó a cabo vacunando de pueblo en pueblo, concentrando en un punto a los niños de los pueblos cercanos y haciendo diariamente una ruta que iba pasando por varios lugares donde se iba vacunando. Se recorrió toda la provincia con una primera dosis, que luego se completó con una segunda.

Luis López Villalba fue el responsable de la campaña en Lugo, donde también se siguió el sistema de ir haciendo rutas, pero dejando la vacuna en manos de los médicos titulares de

Asistencia Pública Domiciliaria (APD) para que ellos vacunaran, y obteniendo después los datos de los niños vacunados.

El 14 de noviembre de 1963, el ministro de gobernación anunció la primera campaña nacional contra la poliomielitis y en diciembre se inició la vacunación, que tuvo dos fases: en la primera se administró una dosis de vacuna oral monovalente de poliovirus 1, y en la segunda, a principios de 1964, una segunda con la forma trivalente de poliovirus 1, 2 y 3, alcanzando coberturas del 95% y el 98%, respectivamente.

La incidencia de la enfermedad descendió desde una cifra media de 1900 casos notificados en el periodo prevacunacional a 195 casos en 1964. Los resultados de la campaña se publicaron en un excelente artículo de Florencio Pérez Gallardo, Luis Valenciano Clavel y Jesús Gabriel y Galán (Resultados de la Campaña Nacional de vacunación antipoliomielítica por vía oral en España. Estudio virológico y epidemiológico. Revista de Sanidad e Higiene Pública [actualmente Revista Española de Salud Pública] 1965;39:537-61), autores que deben ser considerados (junto con todo su equipo de colaboradores) como los artífices del inicio del difícil camino de la eliminación de la poliomielitis en España. Su entusiasmo, tenacidad y rigor científico deben ser siempre recordados: fueron los grandes vacunólogos del siglo pasado.

En España, el último caso por poliovirus salvaje ocurrió en 1988, pero con posterioridad se detectaron cuatro casos por cepas vacunales del virus (en 1999, 2001, 2005 y 2021; los dos últimos procedentes de Marruecos y Senegal), sin transmisión a la población. En nuestro país, desde 2004 se vacuna con la forma parenteral de virus inactivados.

El 10 de junio de 2021, la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (conocida como GPEI, por sus siglas en inglés) puso en marcha la «Estrategia de erradicación de la polio 2022-2026: cumplir una promesa», para

superar los obstáculos finales y mantener un mundo libre de poliovirus. La larga y difícil travesía en la erradicación de la poliomielitis está llegando a su final, y esperamos que pueda ser declarada por la Organización Mundial de la Salud antes de finalizar el actual decenio.

## **B. Primer calendario de vacunaciones sistemáticas, hace 50 años: Barcelona, 1973**

En 2023 se ha conmemorado el cincuentenario del primer calendario de vacunaciones sistemáticas de la población infantil de Barcelona, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, que entró en vigor el 1 de enero de 1973, denominado *Plan de vacunación continuada de la población infantil de Barcelona*. En la elaboración de este primer calendario, la Societat Catalana de Pediatria tuvo un papel fundamental, junto con el Instituto Municipal de Higiene del Ayuntamiento de Barcelona, siendo sus presidentes los profesores Francesc Prandi Farràs y Agustí Pumarola Busquets, respectivamente, que fueron los artífices del calendario de vacunaciones.

Este calendario, que algunos a veces pretenden no recordar, fue el primero que se implementó en España, en una población de un área geográfica determinada (los nacidos en el término municipal de Barcelona a partir del 1 de enero de 1973, de padres que figuraran empadronados en él como residentes), con un carnet individual de vacunación, unas hojas de control de las distintas etapas del calendario y un esmerado registro de las vacunaciones, y fue también uno de los primeros de Europa.

El 23 de diciembre de 1972, el alcalde don José María de Porcioles firmó el decreto de aprobación del proyecto del *Plan de vacunación continuada de la población infantil de Barcelona* desde el nacimiento hasta los 14 años. Este indicaba el comienzo de las vacunaciones en los nacidos a partir del 1 de enero de 1973; por lo tanto, el 1 de abril de ese año se vacunaron los primeros niños según el Plan, porque la primovacunación se iniciaba entonces a los 3 meses de edad.

El Plan fue presentado a la Societat Catalana de Pediatria, en una sesión celebrada el 23 de febrero de 1973. Esta sesión se recogió en un número monográfico del *Boletín de la Sociedad Catalana de Pediatría* (hoy *Pediatria Catalana*), de marzo-abril de 1974. En el capítulo 2, el doctor Prandi presenta el calendario de vacunaciones sistemáticas, que incluye ocho vacunas sistemáticas y otras que se agrupan en cuatro apartados:

- 1) Primovacunas de 3 a 18 meses de edad: DTP, antipoliomielítica y antivariólica.
- 2) Revacunaciones a los 6, 10 y 14 años.
- 3) Otras vacunas sistemáticas: antisarampión, antirruabeola (solo para las niñas) y BCG.
- 4) Otras vacunas: antigripal, antiparotiditis, TAB o antitífica-antiparatífica A y B.

El primer calendario de vacunaciones que se implantó en España por la Dirección General de Sanidad fue en 1975. Este incluía cinco vacunas (difteria, tétanos y tosferina en forma de DTP, antipoliomielítica y antivariólica), tres menos que el de Barcelona. En 1977 se amplió el calendario estatal con las vacunas frente al sarampión y la rubeola (solo para las niñas).

Después de este primer calendario de vacunaciones sistemáticas que únicamente se aplicaba a los niños nacidos en la ciudad de Barcelona, mientras los del resto de Cataluña seguían el calendario de la Dirección General de Sanidad o el de Barcelona por indicación de su pediatra, llegaron las transferencias en materia de salud pública que permitieron que Cataluña tuviese en 1980 su primer calendario de vacunaciones, 7 años después que Barcelona.

**Fernando Moraga-Llop**

# Vigilancia epidemiológica de la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* en España

29/11/2023

Soler Soneira M, Granero Melcón B, Arroyo Nebreda V et al. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2021-2022. Boletín Epidemiológico Semanal 2023;31:3

<https://revista.isciii.es/index.php/bes/issue/view/295>

Informe sobre la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* en España entre 2021 y 2022 mediante el análisis epidemiológico descriptivo de los casos notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que incluye las variables sexo, edad, residencia, defunción y serotipo. En 2021 se observó un importante descenso de la tasa de incidencia para recuperarse en el año siguiente en todos los grupos de edad para alcanzar las cifras previas a la pandemia. En 2021 fueron 182 los casos notificados con una tasa de incidencia de 0,40 y en 2022 462 casos para una tasa de 0,97. La mayor tasa se dio en los menores de doce meses con 5,05 y 8,20 para cada uno de los dos años, respectivamente. En 2022 los menores de un año y los de 1 a 4 tuvieron una tasa superior a la observada en años prepandémicos. En los menores de un año el 46.8% tenían menos de dos meses. No se conoce el serotipo de la mayoría de los casos. De momento son tres los casos confirmados producidos por *Haemophilus influenzae* tipo

b. Agrupando los 435 casos con esta información en el periodo 2015-2022, el serotipo más habitual fue el no tipificado (no capsulado). En este mismo periodo la mayoría de los casos por Hib ocurrieron en los mayores de 40 años y 17 en los de 0 a 4 años. En tres casos por Hib se tenía constancia de la recepción de 3 o 4 dosis de vacuna.

Los autores concluyen que sería necesario llegar a serotipar todos los casos y el estado de vacunación para poder evaluar correctamente el programa de vacunación.

---

## **Brotos de parotiditis en jóvenes españoles entre 2005 y 2022**

29/11/2023

Horcas de Frutos A, López Perea N, Fernández-García A et al. Vigilancia epidemiológica y virológica de la parotiditis en España, 2005-2022. Boletín Epidemiológico Semanal 2023;31:3

<https://revista.isciii.es/index.php/bes/issue/view/295>

Descripción del patrón epidemiológico de la parotiditis en España entre los años 2005 y 2022 mediante los casos notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica para esos años al de la vigilancia de la parotiditis del Centro Nacional de Microbiología para los casos acaecidos entre 2016 y 2021. Se constataron tres ondas epidémicas, 2005/2009, 2010/2014 y 2015/2020. La incidencia fue mínima en el año 2022 para recuperarse ligeramente en 2022. Los casos se concentraron mayoritariamente en adolescentes y adultos jóvenes y solo el 32% de todos los casos habían recibido dos

dosis de vacuna triple vírica. Solamente se confirmaron el 48% de los casos sospechosos investigados, siendo las muestras salivares las que se asociaron con una mayor tasa de positividad para PCR. En el periodo 2016 a 2021 solo se notificaron los genotipos en 29 casos y todas ellas pertenecientes al genotipo G. Son varios los factores que contribuyen al acúmulo de población susceptible y a la aparición de brotes en población bien vacunada: efectividad vacunal del 70%, waning inmunitario y el patrón de socialización de los jóvenes, entre otros.

Los autores concluyen que es muy importante integrar en un mismo sistema toda la información generada en las actividades de vigilancia.

---

## **Vacuna inactivada frente a Herpes Zóster (HZ/su) y medicación antivírica**

29/11/2023

**Respuesta del Experto a ...**

Vacuna inactivada frente a Herpes Zóster (HZ/su) y medicación antivírica

### **Pregunta**

Nos ha surgido una duda sobre la vacunación frente a herpes zóster con Shingrix en pacientes que están con profilaxis con aciclovir por herpes recurrente, a raíz de una persona que nos consulta por este motivo (lleva aciclovir de forma continua ya que en cuanto este se retira vuelve a aparecer la infección). ¿Hay alguna interferencia entre la vacuna y la toma de

antivirales? ¿Habría que tomar alguna precaución en este tipo de pacientes?

**Respuesta de José Antonio Navarro (24 de Noviembre de 2023)**

Buenos días.

La respuesta inmune a la vacuna inactivada HZ/su no se ve comprometida por el uso de medicación antivírica <sup>(1)</sup>.

### **Referencias**

<sup>1</sup> Anderson T et al. Use of Recombinant Zoster Vaccine in Immunocompromised Adults Aged  $\geq 19$  Years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2022. MMWR 2022;71:3

---

# **Mejores respuestas inmunes con vacunas antigripales de alta carga o adyuvadas en trasplantados de órgano sólido**

29/11/2023

Mombelli M, Neofytos D, Huynh-Do U et al. Immunogenicity of High-Dose vs. MF59-adjuvanted vs. Standard Influenza Vaccine in Solid Organ Transplant Recipients: The STOP-FLU trial. Clin Infect Dis published August 16, 2023

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciad477/7242942?login=false>

Al generar una menor inmunogenicidad la vacuna antigripal convencional en los trasplantes de órgano sólido, se plantea un estudio en nueve clínicas de trasplantes de España y de Suiza con individuos trasplantados más de tres meses desde el mismo. El *outcome* primario fue la tasa de respuesta a la vacuna definida como un título de cuatro veces superior de inhibición de la hemaglutinación al menos para una de las cepas de la vacuna, a los 28 días. Como *outcome* secundario fue los casos de gripe confirmados por PCR y la reactogenicidad de las tres vacunas estudiadas, convencional (C), de alta carga de hemaglutinina (HD) y adyuvada con MF-59. Se reclutaron 619 pacientes de los que 598 proporcionaron sueros para analizar el end point primario (vacuna convencional 198, MF59 205 y alta carga 195 pacientes. Las tasas de respuesta fueron del 42% en el grupo C, 60% en el MF y 66% en el HD. La diferencia entre HD y C y entre C y MF fue significativa con  $p < 0.001$ ). Se diagnosticó gripe en el 6%, 5% y 7% en los grupos C, MF-59 y HD (la ausencia de diferencias a pesar de mejores títulos en los grupos de intervención puede explicarse por el hecho de que el 83% de los pacientes habían recibido la vacuna en temporadas previas lo que podría indicar que tenían cierta protección basal para complicaciones gripales graves). La reactogenicidad fue superior en los grupos HD y MF. Se obtuvieron mejores respuestas en los trasplantes de hígado y páncreas, cuando se vacunó 12 meses después del trasplante, en ausencia de micofenolato y sin vacunación en temporadas precedentes. Los autores concluyen que en los TOS las vacunas adyuvadas o las de alta carga son seguras y con una alta respuesta inmune.

---

# **Ismael Huerta González: “Las vacunaciones del adulto forman parte de un estilo de vida saludable”**

29/11/2023

**Ismael Huerta González, Coordinador de Salud Pública en el Área Sanitaria III de Asturias, es socio de la AEV desde 2007. Apasionado de las vacunas, hace unas semanas participó en una jornada del ISGlobal en la que repasó la historia de las vacunaciones del adulto y cómo ha ido cambiando el enfoque a lo largo del tiempo.**

**¿Qué te llevó a formar parte de esta asociación?**

En esa época trabajaba en Salud Pública de Asturias y estaba a cargo del Programa de Vacunaciones. El mundo de las vacunas siempre me ha apasionado, y ya había ido a varios congresos y simposios de la AEV, la única sociedad científica dedicada específicamente a este tema. Además ya eran socios muchos de mis compañeros de otras Comunidades Autónomas, así que era natural que me asociara.

**¿En qué proyectos estás inmerso en estos momentos?**

Estoy terminando un estudio sobre la vacunación en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en España, junto con una compañera del ámbito de la salud laboral, que ya ha servido como base para un trabajo de fin de máster, y del que quedan pendientes algunos análisis finales. Además, participo en pequeños estudios sobre vacunación frente a herpes zóster en pacientes de riesgo, dirigidos por el Servicio de MPySP del hospital del Área Sanitaria VII de Asturias. Por último, como trabajo de fondo, estoy trabajando en una Guía de vacunación en pacientes de riesgo que actualice la guía de 2014 de

Asturias (en la que participé como autor) y tenga en cuenta las indicaciones de la guía nacional de 2018 y otras actualizaciones.

**El pasado mes de octubre participaste en la jornada ‘La vacunación en España. Presente y futuro’, ¿en qué consistió tu presentación?**

Mi presentación repasaba la historia de las vacunaciones del adulto y cómo ha ido cambiando el enfoque, desde una vacunación separada, infantil por un lado y del adulto por otra, hasta el planteamiento actual de vacunación a lo largo de toda la vida. Este cambio, junto con el envejecimiento demográfico en España y las nuevas vacunas que estarán disponibles para personas mayores o con situaciones de riesgo, hace resaltar la importancia de las vacunaciones en el adulto, especialmente de cara al futuro. Para responder a ello, también hacía un repaso de las razones para vacunar a los adultos, y de los planteamientos necesarios para mejorar esta vacunación, tanto con más y mejores vacunas, como para llegar con la vacunación a más personas.

**¿Con qué mensajes claves de los que diste en la ponencia te gustaría que se quedara la sociedad?**

Los dos mensajes claves de la ponencia se dirigen a normalizar las vacunaciones como una actividad básica y habitual del sistema sanitario, y serían los siguientes. En primer lugar, que las vacunaciones del adulto forman parte de un estilo de vida saludable, contribuyendo a mantener un buen estado de salud a lo largo de la vida, lo que incluye completar las vacunaciones infantiles que no se hayan recibido, proteger a las personas en situaciones de mayor riesgo y contribuir a un envejecimiento activo y saludable, con una buena calidad de vida y evitando situaciones de discapacidad, mediante las vacunaciones indicadas en personas mayores.

En segundo lugar, que la vacunación de los adultos debe formar

parte de la actividad asistencial básica preventiva del adulto, implicando tanto al conjunto de profesionales sanitarios como a la sociedad en general.

### **¿Cómo se pueden mejorar las coberturas de vacunación en el adulto?**

Se requieren una serie de actuaciones coordinadas que aborden el tema desde diferentes

puntos de vista. Por un lado actuaciones estructurales, como mejorar los sistemas de información para realizar una evaluación continuada de coberturas e impacto de las vacunaciones (básico para difundir y comunicar los resultados a profesionales, gestores sanitarios y a la población en general), y dotar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria de tiempo y recursos para actividades comunitarias, incluida la vacunación.

Por otro lado actuaciones funcionales, dirigidas a mejorar la comunicación con la población, con campañas informativas dirigidas, y la formación en vacunas de los profesionales sanitarios a todos los niveles. También se puede valorar la opción de establecer revisiones sistemáticas en adultos, a determinadas edades, para realizar actividades preventivas, incluidas las vacunaciones, como las que aseguran las altas coberturas en la infancia. Así como actuaciones para ampliar la accesibilidad, mejorando la gestión de las campañas de vacunación e implicando a nuevos actores en la información y captación de las personas con indicaciones de vacunación, como a los profesionales de las oficinas de farmacia.

### **¿Qué consejo o mensaje le darías a un nuevo socio de la AEV?**

Que aproveche los recursos de información y formación de la AEV, tanto los contenidos de la web (vacunas.org, que se está modernizando), como los recogidos en el apartado de profesionales (muy completos y actualizados), así como los webinarios que se organizan. Que participe en los congresos y

simposios de la AEV, tanto por la formación como por la oportunidad de relacionarse con expertos en diferentes aspectos de las vacunas y participar en actividades lúdicas enfocadas en pensar de manera diferentes en estos temas. Y, por supuesto, que sea un apasionado de las vacunas como un buen socio de la AEV.

---

## **Dos dosis de la vacuna de hepatitis B adyuvada con agonistas de TLR-9 seroprotege en personas VIH +**

29/11/2023

Marsk K, Kang M, Umbleja T et al. Immunogenicity and Safety of Hepatitis B vaccine with a Toll-like Receptor 9 Agonist Adjuvant (HEPLISAV-B) in HBV Vaccine-naive People with HIV. Clin Infect Dis 2023;77:414-418

<https://academic.oup.com/cid/article-abstract/77/3/414/7107372?redirectedFrom=PDF&login=false>

Las personas con VIH tienen, habitualmente, una respuesta deficiente a la vacuna convencional de hepatitis B, de manera que tras tres dosis se alcanza una tasa de serorrespuesta que oscila entre el 20% y el 70%. En un estudio prospectivo y abierto se evalúa la inmunogenicidad de una vacuna recombinante de hepatitis B adyuvada con un agonista de los receptores toll-like (TLR-9) en esquema de dos dosis (0 y 1 mes), en: 1) no respondedores a una serie previa de vacunación, 2) sin antecedentes conocidos de vacunación previa, que son los que se presentan en este estudio. Los

criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 70 años en terapia antirretrovírica con CD4 superiores a 100 células/mm<sup>3</sup>, HIV-1 RNA menor a 1000 copias por mililitro, marcadores de hepatitis B negativos. Reclutaron 75 personas en trece lugares de varias partes del mundo con una edad media de 47 años. El 100% de los participantes alcanzó seroprotección a las cuatro semanas tras recibir tres dosis de la vacuna HepB-CpG sin ningún efecto adverso remarcable. El pico de AntiHBs fue superior tras recibir tres dosis respecto a la pauta tradicional de dos dosis, lo que se asocia con una mayor duración de la protección que puede ser muy importante en estos pacientes en caso de riesgo incrementado de exposición. Los autores concluyen que dos dosis de vacuna pueden utilizarse con primovacunación en VIH naïve a la hepatitis B quedando por conocer si un esquema de tres dosis extiende la duración de la protección.

---

## **El Bloque 3 del programa sobre inmunización a lo largo de la vida de la AEV se celebrará el próximo 11 de diciembre**

29/11/2023

El próximo 11 de diciembre, la Asociación Española de Vacunología celebrará el Bloque 3 de su programa formativo sobre inmunización a lo largo de la vida. La sesión, que dará comienzo a las 17:00h de forma online, está acreditada por el Consell Català de la Formació Continuada de les

Professions Sanitàries (CCFCPS) con 0,3 crèdits.

**BLOQUE 3 (11 diciembre de 2023. 17:00h)**

**17:00h. Presentación del Curso.**

**17:05h.-17:30h. Vacunación en condiciones de riesgo y en situaciones especiales. María Fernández Prada. Medicina Preventiva. Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres. Asturias.**

**17:30h.-17:55h. Novedades en vacunación del viajero. Natividad Tolosa Martínez. Jefa de Servicio, Medicina Preventiva Hospital La Fe, Valencia.**

**17:55h.-18:10h. Turno de debate.**

**18:10h.-18:35h. One Health, una visión amplia de las vacunas. Santiago Vega García. Catedrático de Sanidad Animal, Universidad CEU-Cardenal Herrera de Valencia.**

**18:35h.-19:00h. Papel de la farmacia comunitaria en la estrategia para aumentar coberturas de vacunación. Rosario Cáceres Fernández-Bolaños. Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.**

**19:00h.-19:15h. Turno de debate.**

**19:15h.-19:30h. Conclusiones y cierre del Bloque 3.**

[Inscríbete al programa formativo](#)

Descarga el programa completo

El programa formativo es gratuito para los socios de la AEV. Posibilidad de inscribirse a los bloques por separado con una cuota de 50€.

**Directores de formación:** Jaime Pérez, presidente de la AEV y Natividad Tolosa, vocal de Formación en Vacunología de la AEV.

---

# EN LA TERCERA EDICIÓN DEL DÍA DE LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER CERVICAL, LA OMS REPASA LOS LOGROS DE ESTOS AÑOS

29/11/2023

En el tercer "[Cervical Cancer Elimination Day of Action](#)" la OMS ha reposado los grandes logros alcanzados en los tres últimos años a pesar de que en los países de baja renta y aquellas marginadas en los de alta renta siguen sufriendo, de moda desproporcionada, las consecuencias del cáncer cervical. Entre los progresos destacan:

- . Australia está en el camino de estar entre los primeros países en eliminar el cáncer cervical, que espera alcanzar en los próximos diez años.
- . En Noruega los científicos han reportado la ausencia de casos de cáncer cervical causado por el virus del papiloma humano en mujeres de 25 años, que integraron la primera cohorte a la que se les ofreció la vacuna en la preadolescencia.
- . Indonesia ha anunciado que alcanzará los objetivos 90-70-90 para eliminar el cáncer cervical para 2030.
- . Hace dos años que Japón reintrodujo la vacuna frente a VPH en el calendario.
- . 140 países han introducido la vacuna en sus calendarios.
- . Las coberturas de vacunación con al menos una dosis han aumentado, a escala mundial, al 21% en 2022.

---

# **18 de noviembre. Día Europeo para el uso prudente de los antibióticos: Mayores coberturas de vacunación, menor resistencia a los antibióticos**

29/11/2023

El día 18 de noviembre se celebra el día europeo para el uso prudente de los antibióticos enmarcado en la semana mundial de concienciación sobre el uso de antimicrobianos. Una de las grandes amenazas a las que nos enfrentamos actualmente en el mundo es el aumento de bacterias resistentes a los antibióticos convencionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la resistencia a antibióticos es una de las 10 principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad y nos alerta de que los antibióticos se agotan.

El desarrollo de nuevos antibióticos es un proceso costoso y largo, un esfuerzo que se ve mermado con la aparición un en relativo breve periodo de tiempo de bacterias resistentes a estos. Por lo tanto, requerimos alternativas para combatir a los patógenos resistentes. Una de las herramientas que ha demostrado ser más efectiva en reducir la resistencia a antibióticos son las vacunas y anticuerpos monoclonales dirigidos a prevenir infecciones por virus y bacterias. Las vacunas no solo combaten la aparición de resistencia a antibióticos evitando la infección directa por patógenos a los

que van dirigidas, sino que pueden prevenir otras enfermedades infecciosas cuyo tratamiento incluiría antibióticos cuyo uso agrava la aparición de nuevas resistencias.

Desde la Asociación Española de Vacunología, hemos creado un Grupo de Trabajo de impacto de las inmunizaciones en las resistencias antibióticas, abordando la problemática y evaluando el impacto de presentes y futuras vacunas en las resistencias a antibióticos.

Está demostrado que las vacunas tienen un impacto directo e indirecto en combatir la resistencia a antibióticos y su uso resulta esencial. #LasVacunasFuncionan #VaccinesWork

Más información:

<https://www.who.int/es/campaigns/world-amr-awareness-week/2023>