

ENERO ES EL MES DE CONCIENCIACIÓN SOBRE EL CÁNCER CERVICAL

16/01/2024

La [Organización Mundial de la Salud](#) ha seleccionado el mes de enero como el de la concienciación sobre el problema que supone el cáncer cervical y para ello emite una serie de hechos clave:

. A escala global el cáncer cervical es el cuarto más frecuente en mujeres con unos 604.000 y 342.000 nuevos casos y fallecimientos en el año 2020, respectivamente.

. La mayor tasa de cáncer y de muertes se dan en países de rentas medias o bajas debido a la falta de acceso a la vacunación, a los programas de cribado y a los tratamientos precoces y adecuados.

. El cáncer cervical está causado por infecciones persistentes por el papilomavirus humano. Las mujeres con VIH tienen una frecuencia de desarrollar cáncer cervical seis veces superior en relación a las mujeres no infectadas.

. La vacunación antes de que las niñas y niños sean sexualmente activos es esencial para evitar el cáncer cervical.

. La vacunación preventiva frente al papilomavirus, el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas son las maneras más efectivas de evitar el cáncer.

. El cáncer cervical puede curarse si se diagnostica y trata precozmente.

. Los países están trabajando para acelerar la eliminación del cáncer cervical en las próximas décadas con el compromiso de

alcanzar los tres aspectos, vacunación, cribado y diagnóstico-tratamiento precoz, para 2030.

LA UNIVERSIDAD DE OXFORD INICIA ENSAYOS CON UNA VACUNA FRENTE AL VIRUS NIPAH

16/01/2024

La [Universidad de Oxford](#) ha anunciado que va a comenzar con el primer ensayo clínico con una vacuna (ChAdOx1 Nipah B) frente al virus Nipah que utiliza como plataforma adenovirus de chimpancé y que estará financiado por la *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations*. El ensayo se llevará a cabo en personas de 18 a 55 años y durará unos 18 meses tras los cuales proseguirán los ensayos en países afectados por el virus.

Las infecciones por este virus pueden llegar a alcanzar una letalidad del 75% y ocurren principalmente en el sudeste asiático, Singapur, Malasia, Bangladesh y La India. El virus lo transportan los murciélagos de la fruta, aunque también pueden transmitirse mediante el contacto con animales infectados o mediante contacto estrecho con personas. El virus se identificó por vez primera en 1998.

La infección respiratoria aguda por VRS en la embarazada no se asocia con cuadros graves

16/01/2024

Kenmoe S, Chu H, Dawood F et al. Burden of respiratory syncytial virus-associated acute respiratory infections during pregnancy. J Infect Dis published on line October 12, 2023

<https://academic.oup.com/jid/advance-article-abstract/doi/10.1093/infdis/jiad449/7308861>

Revisión sistemática de cinco bases de datos (Medline, Embase, Global Health, Web of Science y Global Index Medicus) con la intención de determinar en embarazadas la proporción de positivos al virus respiratorio sincitial en infecciones respiratorias agudas, la tasa de incidencia, las hospitalizaciones asociadas, fallecimientos y desenlaces perinatales. Se identificaron once estudios publicados entre 2010 y 2022. En 8.126 embarazadas la proporción de ellas con infección respiratoria con test VRS positivo osciló entre el 0,9% y el 10.7% con una meta estimación del 3,4% (IC 95%: 1,9-54). La incidencia combinada de episodios infecciosos por VRS fue 26,0 (15,8-36,2) por 1000 personas y año. En dos estudios se reportaron las hospitalizaciones que fueron del 2,4 y del 3,0 por 1000 personas y año. Solo cinco estudios abordaron el tema de los fallecimientos en 4.708 embarazadas y no se registró ninguna muerte asociada al padecimiento de infección respiratoria por VRS. Tres estudios compararon embarazadas positivas/negativas a VRS y no encontraron diferencias en la probabilidad de abortos o de pequeños para edad gestacional. No obstante, las embarazadas positivas sí tuvieron un riesgo mayor de partos prematuros (OR: 3,6 con IC

95%: 1,3-10,3). Los autores concluyen que, aunque son escasos los datos disponibles acerca de las hospitalizaciones, las estimaciones apuntan a una menor incidencia en embarazadas respecto a personas mayores y lactantes, por lo que la vacunación materna frente a VRS debería dirigirse a la protección del lactante.

Propuesta de una dosis de vacuna como profilaxis preexposición a corto plazo frente a la rabia

16/01/2024

Overduin L, Koopman J, Prins C et al. Boostability after single-visit pre-exposure prophylaxis with rabies vaccine: a randomised controlled non-inferiority trial. Lancet Infect Dis published online October 3, 2023

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(23\)00452-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(23)00452-8/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Ensayo clínico multicéntrico, aleatorio y controlado de no inferioridad en adultos sanos de 18 a más de 50 años para evaluar si fuera suficiente con una dosis de vacuna antirrábica como profilaxis preexposición. Para ello los autores establecen cuatro grupos en el que primero recibe una dosis intramuscular (1 cc), otro una dosis intradérmica (0,2 cc), un tercero dos dosis intramusculares y un cuarto no recibe ninguna vacuna. A los seis meses y simulando una mordedura administran una profilaxis postexposición en previamente vacunados (2 dosis en días 0 y 3). Hacen

determinaciones repetidas de anticuerpos neutralizantes con un outcome primario de las veces que se incrementa su concentración en los días 0 y 7 tras el esquema del booster. Entre mayo 2016 y marzo 2020, 288 adultos viajeros fueron aleatorizados para evaluar a 214 de ellos. Una dosis intramuscular indujo una respuesta anamnésica no inferior a la obtenida en el esquema de primovacunación con dos dosis, mientras que no lo consiguió el esquema intradérmico de vacunación. Los incrementos tras el esquema intramuscular e intradérmico fueron de 2,32 (1,43-3,77) y de 1,11 (0,66-1,87), respectivamente, respecto del incremento obtenido en el esquema de dos dosis de primovacunación. A la vista de los resultados los autores concluyen que una dosis intramuscular puede ser válida para viajeros de 18 a 50 años al menos durante seis meses, media de tiempo transcurrido entre primovacunación y simulación, y siempre que transcurra al menos dos semanas entre la administración y la exposición al animal rábico. Este esquema ahorrará visitas y costes lo que redundará en un mayor número de personas protegidas. Advierten que el esquema no es válido en mayores de cincuenta años por el escaso número de participantes de esas edades.

LA NUEVA VACUNA ORAL FRENTE A LA POLIOMIELITIS SE AFIANZA COMO UNA HERRAMIENTA CLAVE EN LA ERRADICACIÓN

16/01/2024

En una carta dirigida a los *supporters* de la [Global Polio Eradication Initiative](#) se celebra un hito trascendental en la

historia de la erradicación de la poliomielitis como es la [precualificación](#) por parte de la Organización Mundial de la Salud de la vacuna oral frente a la poliomielitis, nOPV2. Esta vacuna se viene utilizando desde marzo 2021 y hasta la fecha se han administrado aproximadamente mil millones de dosis en 35 países, particularmente en la región africana. Esta precualificación implica que más países podrán acceder a ella de manera que se allanará el camino a hacer realidad un mundo libre de poliomielitis. La vacuna nOPV2 está producida por *Bio Farma Indonesia* y se ha mostrado igual de efectiva en interrumpir brotes epidémicos de poliovirus vacunal tipo 2, respecto de su predecesora mOPV2, pero a diferencia de esta última es mucho más estable. Tras tres años de uso, nOPV2 tiene un 80% menos de probabilidades de inducir aparición de brotes causados por vacunaciones masivas, lo que la hace de elección para interrumpir brotes por el tipo 2 de virus vacunal.

A 3 de enero de 2024 se han reportado en 2023 325 casos de poliomielitis causada por el tipo 2 derivado de la vacuna y 689 en 2022, lo que habla del papel clave jugado por la nueva vacuna.

Su desarrollo comenzó en 2011 mediante un consorcio de expertos liderados por la *Bill & Melinda Gates Foundation*, e incluyendo a la *UK National Institute for Biological Standards and Controls*, los *U.S. Centers for Disease Control and Prevention*, la *US Food and Drug Administration*, PATH y la *University of California* en San Francisco.

XXXII Jornadas Internacionales sobre actualización en vacunas

16/01/2024

Expertos en vacunas de Medicina Preventiva, Pediatría, Epidemiología, Ginecología, Enfermedades Infecciosas y Enfermería, se darán cita en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid los días 15 y 16 de Febrero de 2024.

Durante esas dos jornadas se celebrarán presencialmente en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid las “XXXII Jornadas de Actualización en Vacunas”, organizadas, por el Doctor José Ramón de Juanes, colaborador Senior de Medicina Preventiva y la Dra. Ma Pilar Arrazola, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del mencionado hospital.

En ellas se analizará e informará de los avances en algunos de los temas de más interés en este

campo de la Salud Pública.

Descarga aquí el programa completo

La vacuna antitosferinosa de la gestante provoca blunting con escasa o nula repercusión

en el lactante

16/01/2024

Regan A, Moore H, Binks M et al. Maternal Pertussis Vaccination, Infant Immunization, and Risk of Pertussis. *Pediatrics* 2023;152 (5): e2023062664

<http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/doi/10.1542/peds.2023-062664/1535986/peds.2023-062664.pdf>

Estudio poblacional de cohortes llevado a cabo en Australia para evaluar la efectividad de la vacuna y si la vacunación de la embarazada frente a la tosferina modifica la efectividad de las tres primeras dosis de primovacunación. Incluyen 279.418 pares de madres-hijos utilizando registros clínicos de tres jurisdicciones del país. Los niños de madres vacunadas se consideraban si la madre lo había sido 14 o más días antes del parto. Debían haber nacido por encima de las veinte semanas y con un peso de 400 o más gramos. La cobertura de vacunación fue del 51.7% del total de embarazos desde 2014 hasta 2017, administrando la vacuna en general entre las semanas 28 y 31. La efectividad vacunal descendió desde un 70.4% en niños menores de dos meses a un 43.3% en los de 7 a 8 meses y dejó de ser significativa a partir de los 8 meses de edad. Aunque se registró una ligeramente inferior efectividad tras la tercera dosis en los niños de madres vacunadas en relación a los de madres no vacunadas (76.5% vs 92.9%), no se observaron mayores tasas de tosferina confirmada (Hazard ratio: 0.70. IC95%: 0.61-3.39).

Los autores concluyen que la vacunación de la gestante a las 28 semanas se asocia con un riesgo disminuido de tosferina en los niños hasta los ocho meses de vida y aunque hay ciertas evidencias de menor efectividad de la vacuna en niños de madres vacunadas, no parece que ese hecho se traslade a un mayor riesgo de padecer la enfermedad.

Una editorial acompañante enfatiza en que los datos no sugieren que el *blunting* encontrado en el estudio haya provocado un aumento de los casos de tosferina en el primer año de vida.

¿Nirsevimab tras infección por VRS?

16/01/2024

Respuesta del Experto a ...

¿Nirsevimab tras infección por VRS?

Pregunta

Paciente de dos meses. Un mes hospitalizada por bronquiolitis VRS +.

¿ Debe vacunarse a pesar de haber padecido la enfermedad ?

Respuesta de José Antonio Navarro (09 de Enero de 2024)

Buenos días.

Según la American Academy of Pediatrics ⁽¹⁾: una infección previa por VRS no debe condicionar la elegibilidad para recibir Nirsevimab cuando el suministro es adecuado. En situación de desabastecimiento es razonable diferir la administración en los que han padecido una infección por VRS documentada ya que el riesgo de enfermedad grave es menor con infecciones subsecuentes.

Por su parte, los Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos ⁽²⁾: “las recomendaciones de Nirsevimab son las mismas independientemente de una infección previa por VRS u hospitalización asociada a VRS ya que las reinfecciones por VRS pueden ocurrir durante la misma temporada. En los

niños con clínica moderada/grave su administración se diferirá hasta la resolución de la fase aguda.

Referencias

¹ American Academy of Pediatrics. Nirsevimab Frequently Asked Questions. Should an infant who had a confirmed RSV infection this season still receive nirsevimab? Updated 12/22/2023

² Centers for Disease Control and Prevention. Frequently Asked Questions About RSV Immunization with Monoclonal Antibody for Children 19 Months and Younger. Nirsevimab and RSV infection. Last Reviewed: September 28, 2023

Magda Campins: “Es fundamental que la atención a los pacientes tenga la máxima calidad humana y técnica”

16/01/2024

Magda Campins Marti es Doctora en Medicina Preventiva y Salud Pública, y fue responsable del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Universitario Vall d’Hebron hasta octubre de 2021. Forma parte de la AEV desde 2000 y ha participado, desde su inicio, en el proyecto VaCredita.

¿Desde hace cuánto eres socia de la AEV?

Desde su constitución en el año 2000. Tuve el honor de formar parte de la 1ª Junta Directiva de la Asociación, presidida por el Dr. Francisco Calbo Torrecillas, y que compartimos con los Profesores Lluís Salleras i Sanmartí y Àngel Gil de Miguel, y

los Dres. Javier de Arístegui Fernández, José Antonio Navarro Alonso, José Ramón de Juanes Pardo, Jaime Muñiz Saitua, Jesús Ruiz Contreras, José M^a Corretger Rauet, Rafael Pereiro Hernández y Juan García de Lomas Barrionuevo. Fue una etapa de puesta en marcha de grandes proyectos en el ámbito de la vacunación en nuestro país y la creación de la AEV ayudó a la difusión del conocimiento entre profesionales de la importancia de la vacunación.

¿Qué te llevó a formar parte de esta asociación?

Desde mis inicios como especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública uno de los ámbitos de conocimiento que despertó más mi interés fue el de las enfermedades infecciosas y en especial las inmunoprevenibles. Pusimos en marcha la Unidad de Vacunación del hospital para pacientes crónicos y en situaciones especiales, iniciamos los primeros ensayos clínicos en vacunas, me involucré en grupos de trabajo y en comités nacionales e internacionales sobre inmunizaciones. Formar parte de la AEV ha sido fundamental para compartir experiencias con otros profesionales expertos en este tema y poder colaborar en la elaboración de documentos de consenso y guías de utilidad en nuestra práctica diaria.

¿En qué proyectos estás inmersa en estos momentos?

En los últimos 3 años he estado participando en proyectos de investigación de vacunas frente a la COVID-19 y, concretamente, dentro de la AEV en el proyecto VaCredita ¿Cuál ha sido tu papel en el proyecto VaCredita? He participado desde su inicio, como miembro del comité asesor, colaborando desde que surgió la idea del proyecto hasta su puesta en marcha. Se han realizado muchas reuniones de trabajo, primero definiendo aquellos criterios de calidad e indicadores que era necesario que una unidad de vacunación hospitalaria debería

cumplir para poder optar al sello de calidad, así como los estándares. No fue una tarea fácil, dado que aunque se disponía de sistemas de referencia de acreditación en otras materias, no teníamos ninguna específica para unidades de vacunación.

¿Por qué hacía falta un modelo de acreditación como este?

Es fundamental que toda nuestra práctica clínica se base en la máxima evidencia científica y la atención que ofrecemos a los pacientes sea rigurosa y de máxima calidad humana y técnica. Los grandes avances de la medicina en las últimas décadas, los tratamientos inmunosupresores y el aumento de la esperanza de vida de la población hacen que la aplicación de los calendarios vacunales sea no solo muy necesaria sino también más compleja en estos grupos de pacientes. El modelo VaCredita permite homogeneizar el proceso asistencial de vacunación de los pacientes de riesgo en los hospitales de nuestro país, con el máximo nivel de excelencia. Este ha sido el objetivo de la AEV al desarrollar este programa.

¿Qué dirías a las Unidades de Vacunación de los hospitales para que soliciten las becas VaCredita?

Todas las unidades asistenciales debemos monitorizar de forma periódica nuestra actividad y la calidad de la asistencia que prestamos a nuestros pacientes. Un procedimiento de verificación externa, como el que aporta VaCredita, es un elemento que permite saber cómo estamos, que hacemos bien y en que necesitamos mejorar. Por tanto, no lo dudéis, revisad si cumplís los criterios, y si es así, solicitad la beca para acreditación. Si aún no estáis listos porque hay criterios que aún no cumplís, trabajad para lograrlo y solicitarlo lo antes posible. ¡Seguro que os ayuda a mejorar! ¿Qué consejo o mensaje le darías a un nuevo socio de la AEV? Que la AEV, como

asociación de profesionales expertos en la prevención mediante las inmunizaciones, le ofrece un gran número de posibilidades para mantenerse al día y actualizar sus conocimientos sobre vacunas. No solo encontrará información científica importante en su página web, sino que podrá plantear dudas y preguntas, participar en sesiones de formación y formar parte de grupos de trabajo. Ser socio de la AEV es, sin duda, una gran inversión en formación y conocimientos en este ámbito.

Comparativa de esquemas de dos dosis de vacuna antigripal de carga antigénica alta y convencional en pacientes pediátricos trasplantados de progenitores hematopoyéticos

16/01/2024

Schuster J, Hamdan L, Dulek D et al. The Durability of Antibody Responses of Two Doses of High-Dose Relative to Two Doses of Standard-Dose Inactivated Influenza Vaccine in Pediatric Hematopoietic Cell Transplant Recipients: A Multi-Center Randomized Controlled Trial. Clin Infect Dis published October 6, 2023

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciad534/7293033?login=false>

Fase II de un ensayo clínico, multicéntrico, doble ciego, aleatorio y controlado en el que se compara la vacuna antigripal de alta carga con la de carga antigénica convencional, en régimen de dos dosis separadas por 28-42 días, en cuanto a la duración de la inmunogenicidad y al papel del momento de la vacunación (precoz: 3-5 meses y tardío: 6-35 meses) tras el trasplante de progenitores hematopoyéticos en niños de 3 a 17 años y a los 3-35 meses tras el mismo. Se midieron los títulos de inhibición de la hemaglutinación (HAI) basalmente, a los 28-42 días y a los 138-222 tras la segunda dosis. En las tres temporadas del estudio (2016-2019) se aleatorizaron 170 pacientes. Los títulos HAI mantuvieron elevaciones por encima de las basales para ambas vacunas, aunque el beneficio relativo de la inmunogenicidad de la vacuna de alta carga se desvaneció a lo largo del estudio. Dos dosis de alta carga fueron más inmunógenas para las cepas A respecto a la convencional. La administración de dos dosis tardías de alta carga se asoció con mayores GMT's en relación a la administración precoz, independientemente de la vacuna utilizada. En relación a la vacuna de carga convencional, la de alta carga tuvo mayores GMT's y significativos en la visita de los 28-42 días. Los autores concluyen que, aunque el uso de vacunas de alta carga se reserva para personas mayores, los clínicos deberían considerar un esquema de dos dosis de vacuna de alta carga como una opción de vacunación en pacientes pediátricos trasplantados de progenitores.