

¿Quieres formar parte del jurado de los AEV AWARDS? ¡Buscamos voluntarios!

10/05/2024

Para la Asociación Española de Vacunología la participación de sus socios y socias es muy importante. Por eso buscamos entre nuestros asociados/as voluntarios/as para formar parte del jurado de los 'AEV AWARDS. Compartiendo experiencias, aumentando coberturas'.

Os recordamos que esta iniciativa ha sido puesta en marcha para dar visibilidad y premiar los proyectos impulsados por profesionales que hayan demostrado aumentar las coberturas de vacunación.

¿Qué perfiles buscamos?

Buscamos socios y socias de la AEV que sean enfermeros/as y médicos de Atención Primaria, enfermeros/as y médicos de Salud Pública, pediatras, farmacéuticos y especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública.

¿Hasta cuándo y dónde puedo enviar mi solicitud?

Envía tu solicitud para formar parte del jurado hasta el 14 de mayo a secretariatecnica@vacunas.org.

¿Cuál será mi labor?

Evaluar los proyectos presentados bajo criterios como la innovación, el impacto en las coberturas de inmunización, la factibilidad, la replicabilidad y la sostenibilidad. La AEV facilitará un documento específico con las variables de evaluación.

¿Debo desplazarme para ser parte del jurado?

Los miembros del jurado deberán estar presentes, salvo causa de fuerza mayor, en el acto de entrega de los AEV AWARDS, que

se celebrará el jueves 30 de mayo en Salón de Actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad (Madrid) de 11:00h a 14:00h. La Asociación Española de Vacunología correrá con los gastos de desplazamiento.

Importante: Para garantizar la imparcialidad de los premios no se admitirán como miembros del jurado a aquellas personas que hayan presentado algún proyecto a los AEV AWARDS.

[Más información sobre los AEV Awards](#)

Brotos de tosferina en 2024, un siglo después del inicio de las vacunas antipertussis

10/05/2024

Bordetella pertussis

Fernando Moraga-Llop

Pediatra. Vocal sénior y portavoz de la Asociación Española de Vacunología. Barcelona.

La tosferina es una enfermedad respiratoria aguda, muy contagiosa, producida por *Bordetella pertussis*, mediada por toxinas, que continúa siendo un problema de salud pública mundial. Otras especies del género *Bordetella* (*B. parapertussis*, *B. bronchiseptica* y *B. holmesii*) y diversos microorganismos, principalmente algunos virus (adenovirus,

virus respiratorio sincitial y virus parainfluenza, entre otros), pueden dar lugar a un cuadro clínico similar al de la tosferina, pero más leve y de menor duración, que se denomina síndrome pertusoide o *pertussis-like*.

La tosferina es una enfermedad endémica, con ondas epidémicas cíclicas cada 3-5 años, que ocurre durante todo el año, pero en especial en primavera y principios de verano; hasta ahora, pues la onda epidémica actual en España se inició en otoño de 2023. En solo los tres primeros meses de 2024 (hasta el 17 de marzo) se han notificado 10.027 casos en España, una cifra superior a las anuales desde 1998 (la máxima fue en 2015, con 8260 casos), sobre todo como brotes en las escuelas.

Una de las primeras causas de estos brotes es que la vacunación, al igual que la enfermedad, no proporciona una inmunidad de larga duración. Se ha observado una pérdida de la inmunidad más rápida (ya a partir de los 3-5 años) con la vacuna acelular, que además es menos efectiva para prevenir la infección y la transmisión, en comparación con la vacuna de célula entera. Como la última dosis de vacuna, según el calendario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 2024, se administra a los 6 años de edad, es lógico que la máxima incidencia sea entre los 10 y 14 años, como se observa en los brotes escolares y familiares. Los datos de Cataluña, donde se han notificado 7230 casos hasta el 27 de marzo, muestran que la mayor incidencia se da en este grupo de edad, que representa el 39,3% de todos los casos.

La historia de las vacunas para la tosferina se inició hace 110 años (1914) y la primera recomendación de una vacuna frente a esta enfermedad fue hace 80 años (1944). Previamente, en 1906, Bordet y Gengou lograron aislar el agente causante de la tosferina, que entonces se designó *Haemophilus pertussis* (después *B. pertussis*, al crearse el género *Bordetella*, a propuesta de Manuel Moreno-López en el VIII Congreso Nacional de Pediatría de 1952, celebrado en Barcelona).

La primera vacuna se autorizó en los Estados Unidos en 1914 y en las décadas siguientes se fabricaron diversos tipos, todas con resultados poco alentadores. En 1931, Leslie y Gardner describieron cuatro fases de degradación *in vitro* de *B. pertussis*, un método importante para la preparación de las vacunas. La fase I correspondía a cepas de aislamiento reciente de enfermos en periodo catarral, que mantienen todo su potencial antigénico, pero la acción inmunógena se va perdiendo a medida que transcurre el tiempo y las cepas se someten a pases sucesivos en diversos medios de cultivo.

Posteriormente, entre 1928 y 1933, Sauer mejoró la actividad de las vacunas al utilizar solo cepas aisladas en fase I, cultivadas en un medio con sangre humana y conteniendo un mayor número de microorganismos en cada dosis vacunal. El primer estudio controlado que demostró la eficacia de la vacuna lo llevó a cabo Madsen durante una epidemia de tosferina en las islas Feroe, en 1933, y se publicó en *JAMA*.

En la década de 1930, Pearl Kendrick, bacterióloga, y Grace Eldering, especialista en salud pública y bacteriología, con la colaboración de la química Loney Gordon, técnica de laboratorio que trabajaba con Kendrick en el Departamento de Salud de Michigan, comenzaron a investigar una vacuna contra la tosferina, ya que las obtenidas hasta entonces no habían resultado eficaces. Las dos primeras investigadoras estaban muy motivadas por haber padecido esa enfermedad en los primeros años de su vida. Después de realizar con éxito un ensayo clínico controlado, a gran escala, con más de 5800 niños, con la primera vacuna de la tosferina, esta se empezó a distribuir por los Estados Unidos (1940). Margaret Pittman, bacterióloga, desarrolló en 1943 un método para comprobar la seguridad y la eficacia de la vacuna, que se convirtió en la base de los requisitos internacionales de potencia exigida a esta vacuna.

En 1944, la American Academy of Pediatrics aprobó la vacuna para uso sistemático, y con ello la incidencia de la tosferina

y las tasas de mortalidad del país se redujeron drásticamente. En una segunda fase, la vacuna se combinó con la de la difteria y el tétanos: la vacuna DTP o triple bacteriana (1948).

La vacunación contra la tosferina se inició en España en 1965 con campañas de vacunación, 2 años después de las de la poliomielitis, y desde 1975 forma parte de los calendarios de vacunaciones sistemáticas, primero con la vacuna de célula entera o completa (DTPe o DTPc, que contiene *B. pertussis* inactivada). La sustitución por la vacuna acelular (DTPa, con dos a cinco componentes antigénicos de la bacteria), que es menos reactógena, pero también menos inmunógena y efectiva que la de célula entera, se hizo en el calendario de la Asociación Española de Pediatría de 1995 y en el del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 2005, si bien 3 años antes ya se había sustituido en algunas comunidades autónomas. Otra modificación importante fue que la primovacunación con tres dosis (a los 2, 4 y 6 meses) pasó a ser con dos dosis (2 y 4 meses) a partir del calendario de 2017.

Ochenta años después de la introducción de la vacuna de la tosferina de célula entera, que constituyó un gran éxito en la reducción de la morbimortalidad asociada a la enfermedad en todo el mundo, *B. pertussis* continúa siendo un problema importante de salud pública. Las vacunas actuales no impiden la infección al no actuar sobre la colonización nasofaríngea, y una persona vacunada se puede infectar, ser portadora asintomática y transmitir la infección. Por esto, son necesarias nuevas vacunas para las dosis de recuerdo del adolescente y el adulto, que sean monovalentes (las actuales forman parte de vacunas combinadas: hexavalentes en el lactante y tri- o tetravalentes en el niño mayor) y que proporcionen una inmunidad esterilizante que evite la infección. Entre las vacunas en investigación, la de desarrollo más avanzado y que además, por su mecanismo de

acción, puede controlar más la infección, reducir la transmisión y disminuir los ciclos epidémicos, es la BPZE1. Esta vacuna, que se administra por vía intranasal y que contiene una cepa viva atenuada de *B. pertussis* modificada por mecanismos genéticos, al eliminarse o inactivarse la toxina pertúsica, la toxina dermonecrótica y la citotoxina traqueal, ha mostrado buenos resultados en un ensayo clínico de fase IIb.

De momento, mientras no estén disponibles nuevas vacunas, en primer lugar hay que mejorar las coberturas de vacunación, sobre todo la de la dosis de los 6 años, que es inferior al 80% en varias comunidades autónomas, y además hay que considerar nuevas estrategias de vacunación. Administrar una dosis de recuerdo al comienzo de la preadolescencia, a los 10-11 años, cuando han transcurrido 4-5 años desde la última dosis, minimizaría la aparición de brotes escolares y familiares. La finalidad de este recuerdo es la protección individual del adolescente y, sobre todo, disminuir la carga sanitaria y para la salud pública que representa la aparición de estos brotes. Esto, aun sabiendo que la circulación de *B. pertussis* continuará y la enfermedad se desplazará al adulto joven y al mayor, cuya revacunación es otro tema que se debería considerar.

Ha pasado más de un siglo y la vacunación contra la tosferina ha proporcionado dos grandes beneficios: 1) la disminución de la morbimortalidad mundial gracias a la primera vacuna, la de célula entera, que se continúa utilizando en muchos países, y 2) la disminución del síndrome de la tosferina maligna (forma clínica grave e incluso letal en los tres primeros meses de la vida) gracias a la vacunación de la embarazada, implantada hace una década, aunque lamentablemente solo en algunos países.

No obstante, incluso con estos éxitos, la tosferina presenta un «escape inmunitario», *B. pertussis* continúa circulando y causando infecciones, y aunque la enfermedad es más leve en

las personas vacunadas, siguen produciéndose grandes brotes epidémicos cíclicos cada 3-5 años.

La tosferina es la enfermedad inmunoprevenible clásica más frecuente a pesar de la vacunación. Lograr su erradicación debe ser un objetivo en el segundo siglo de vacunación antipertussis.

Josep Marès Bermúdez: “El anticuerpo monoclonal frente al VRS ha sido un sueño hecho realidad”

10/05/2024

Pediatra y director del Institut Pediàtric MARÈS-RIERA, en Blanes (Girona), Josep Marès Bermúdez hace balance de la campaña de inmunización frente al VRS y a la gripe y su aceptación entre los padres y madres de los más pequeños.

Como pediatra, ¿qué importancia tienen vacunar correctamente a los más pequeños?

Es de vital importancia. En primer lugar porque la vacunación es la estrategia preventiva más efectiva y con mayor impacto de la que disponemos para garantizar la salud la población. En segundo lugar, porque la vacunación precoz permite proteger al pequeño lo antes posible, y evitar que esté expuesto al riesgo infeccioso hasta que reciba la inmunoprotección adecuada en un momento posterior de su vida.

Este año, por primera vez, se ha puesto en marcha el anticuerpo monoclonal frente al VRS. ¿Qué aceptación ha tenido entre los padres y madres de los lactantes?

Disponer de esta inmunoprotección ha sido como un sueño hecho realidad. La aceptación por padres y familias, gracias al asesoramiento que hemos realizado todos los profesionales de la salud, ha sido excelente, envidiable a ojos de otros países que no consiguen nuestras coberturas de vacunación. Los padres han entendido el riesgo que representa el VRS para sus pequeños y han aceptado masivamente la inmunización. Hemos conseguido coberturas de inmunización superiores al 90% (entre el 90 y el casi 99% según Comunidades Autónomas) en recién nacidos durante la temporada de VRS, y superiores globalmente al 80% en menores de 6 meses nacidos antes del inicio de la temporada de VRS. Espectacular.

¿Y la vacuna antigripal para niños y niñas de entre 6 y 59 meses, ha tenido buena acogida? ¿Por qué razón?

No, con gripe tenemos una asignatura pendiente que debemos analizar con humildad si queremos mejorar la situación. Las coberturas conseguidas hablan por si solas. Datos provisionales estimados en enero de 2024 muestran una cobertura media nacional estimada en España, en población de 6 a 59 meses, de alrededor del 30%, con un rango entre Comunidades Autónomas (CC.AA.) del 15% al 55 %.

Solo 4 CC.AA. han conseguido una cobertura entre el 45 y el 55% de la cohorte diana de vacunación, cobertura subóptima, pero muy aceptable en una estrategia recién implantada. En el resto es inferior al 40%, y en 4 CCAA inferior al 20%. Resultados desalentadores que obligan a reflexionar que factores justifican esta poca aceptación de la vacunación antigripal.

Los pediatras históricamente hemos diagnosticado a los niños de infección viral, otitis, neumonía... raramente decíamos que

un niño tenía gripe. Los padres no tienen la percepción de que sus hijos hayan sufrido o puedan sufrir gripe, y menos que la gripe pueda ser una enfermedad grave o que pueda poner en peligro a sus hijos. Es difícil aceptar una vacuna sino existe el riesgo de enfermedad o gravedad.

Además en años anteriores, muchos profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias, incluso algunas sociedades científicas no se cansaban de repetir que los niños sanos no precisaban vacunarse de gripe, la vacuna solo estaba indicada en personas de riesgo. La población no entiende porque ahora cambia el criterio. Si añadimos la percepción, aún mayoritaria en la población y en gran número de profesionales sanitarios, del escaso impacto de la gripe en el niño y la baja eficacia de la vacuna en su prevención, el panorama no es nada halagüeño.

Y finalmente las estrategias institucionales de información a la población y a los profesionales sanitarios, la estrategias de difusión, comunicación y captación para esta campaña vacunal han sido, salvo excepciones, inexistentes, improvisadas, irregulares e insuficientes.

¿Qué acciones podrían llevarse a cabo para mejorar la cobertura vacunal frente a la gripe en esta franja de edad?

No se puede iniciar una campaña de gripe, con todas las connotaciones que he comentado, sin plantear una campaña de información por todos los medios de difusión disponibles, medios de comunicación, redes sociales, sin excluir ninguna técnica de información y comunicación que permitan llegar al máximo número de población.

Deben realizarse, de forma institucional y a través de sociedades científicas, campañas de formación dirigida a todos los profesionales sanitarios, de todas las especialidades médicas, sobre el impacto real de la gripe, el impacto beneficioso conocido de la vacunación antigripal, eliminando

mitos y creencias históricas, que permitan contar con una implicación real de todo el colectivo sanitario.

La posibilidad, cada vez más extendida, del diagnóstico etiológico de gripe en atención primaria mediante test de diagnóstico rápido, tiene un impacto espectacular en el cambio de percepción de la carga de enfermedad, sus complicaciones y su gravedad, tanto en los profesionales como en la población, aspecto muy relevante para aceptar una estrategia preventiva con vacunas.

Son necesarias nuevas estrategias de comunicación, información, captación y optimización de recursos para mejorar las coberturas vacunales en un futuro, así como la implicación de todos los actores imprescindibles para el éxito de una campaña de vacunación: autoridades sanitarias, sociedades científicas, profesionales sanitarios, académicos, centros docentes, líderes de opinión, medios de comunicación, industria farmacéutica... con las herramientas de comunicación más adecuadas en cada entorno y, gracias a ello, conseguir la aceptación por las familias y la población general. Solo con altas coberturas de vacunación es posible conseguir el impacto beneficioso deseado tanto a nivel individual como colectivo, objetivo final de la estrategia de vacunación planteada.

¿Algún proyecto en el que estés inmerso que te gustaría destacar?

En estos momentos son dos los proyectos en los que estoy 100% implicado. Un proyecto es de formación continuada en pediatría de atención primaria, que es el Curso Pediatría Extrahospitalaria organizado por GRINDOPE, que codirijo con el Dr. Diego van Esso. Precisamente en esta próxima edición, que se celebrará los días 23, 24 y 25 de mayo, conmemoraremos el 50º Aniversario del curso. Como vacunólogo, la actualización en vacunas es un tema que nunca falta en GRINDOPE, y en el que la gripe será, sin duda, uno de los temas a debatir este año.

El segundo proyecto está dirigido a la evaluación y formación en técnicas diagnósticas y utillaje diagnóstico en atención primaria, vinculado al grupo de trabajo TECDIAP de la SEPEAP. Actualmente, estamos realizando un estudio multicéntrico en atención primaria para evaluar el diagnóstico etiológico de la gastroenteritis aguda en la edad pediátrica en España.

¿Desde hace cuánto forma parte de la AEV?

No lo recuerdo con exactitud, pero creo que desde 2010, quizás algún año antes.

¿Qué es lo que le llevó a formar parte de esta asociación?

Mi dedicación a la vacunología desde la pediatría de atención primaria, como pediatra implicado en la vacunación infantil en mi praxis diaria, por mi participación en investigación en ensayos clínicos en vacunas, y por mi implicación en formación continuada específicamente en el ámbito de la infectología y vacunología. Estas tres vertientes de mi praxis profesional me llevaron en 2009 a coordinar el Comité Asesor de Vacunas de la AEP, y fue en este momento que consideré imprescindible mi vinculación también a la AEV.

Además de ser socio, colabora asiduamente en los congresos y simposios de la AEV. ¿Qué le aporta estar tan involucrado?

La AEV es el mejor foro vacunológico de nuestro país. Poder compartir conocimiento con colegas y amigos vacunólogos, preventivistas, salubristas, epidemiólogos, enfermeras, pediatras, médicos de familia, profesionales de la industria farmacéutica, académicos... que son las especialidades de los miembros de la AEV (disculpas si me dejo alguna) es algo único, enriquecedor, e imprescindible para seguir mejorando en este campo, y trabajar unidos para la salud de la población desde la perspectiva de la inmunoprevención.

¿Qué mensaje le daría a un nuevo socio de la AEV?

Ya lo dije, la AEV es el mejor foro vacunológico de nuestro país. Si te interesa la inmunoprevención debes ser socio de la AEV y participar activamente en el amplio abanico de posibilidades que nuestra asociación ofrece, adaptadas a cada uno de los distintos ámbitos profesionales de los miembros de la asociación. La AEV garantiza una formación continuada y actualizada en vacunas con un matiz único: revisada, comentada y matizada por colegas expertos, con un espíritu crítico, ético y basado en la evidencia científica.

La AEV, presente en el Senado para analizar la preparación y la respuesta ante futuros retos y pandemias

10/05/2024

La Asociación Española de Vacunología estuvo presente el pasado 17 de marzo en el acto 'Pandemias: preparación y respuesta ante futuros retos', celebrado en el Antiguo Salón de Sesiones del Senado de España.

El presidente de la AEV, Jaime Pérez, intervino en la mesa de debate 'Respuestas y controversias en torno a la pandemia de Covid-19', en la que también participaron el presidente de la Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Federico García; el presidente de Honor de la Sociedad Española de Emergencias y Urgencias Sanitarias, Juan González, y el presidente de la Sociedad Española de Salud Pública, Medicina Preventiva y Gestión Sanitaria, Manuel García.

En ella pusieron en valor la vacunación a lo largo de la vida, desde antes incluso de nacer hasta edades avanzadas. Además, Jaime Pérez destacó la necesidad de encontrar nuevas estrategias para que la vacunación llegue a la población y no solo se tengan en cuenta criterios como la edad o las patologías, también los factores sociales.

La jornada fue inaugurada por el presidente del Senado, Pedro Rollán, y en ella también estuvieron presentes el presidente de Fundamed, Santiago de Quiroga; el catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos, Ángel Gil; el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla; la diputada y exministra de Sanidad, Ana Pastor; y el director general de Moderna España, Juan Carlos Gil.

Abierto el plazo para participar en los 'AEV AWARDS. Compartiendo experiencias, aumentando coberturas'

10/05/2024

Tal y como lo adelantamos hace unas semanas, la Asociación Española de Vacunología ha lanzado los **'AEV AWARDS. Compartiendo experiencias, aumentando coberturas'**, una iniciativa pionera con la que la asociación científica busca dar visibilidad y premiar los proyectos puestos en marcha por profesionales que hayan demostrado aumentar las coberturas de vacunación.

La convocatoria va dirigida tanto a profesionales individuales como a equipos multidisciplinares de atención primaria, hospitalaria o salud pública de cualquier punto del país. Los participantes deberán enviar sus proyectos a secretariatecnica@vacunas.org con el asunto: AEV AWARDS antes del martes 14 de mayo a las 23:59h. Además, se deberá rellenar el documento de [conflictos de intereses que se adjunta a estas bases](#).

Se han establecido cuatro categorías de premios:

- Buenas prácticas en atención primaria.
- Buenas prácticas en atención hospitalaria.
- Buenas prácticas en salud pública.
- Buenas prácticas en la farmacia comunitaria.

Se establecerá un premio y una mención de honor para cada una de las categorías mencionadas, los cuales serán entregados en un evento especial que se celebrará en Madrid el día 30 de mayo de 2024 de 11.00h a 14.00h, en el Salón de Actos Ernest Lluch.

Los premios tendrán una dotación económica de 1.200 euros y las menciones de honor consistirán en la inscripción al XII Congreso de la Asociación Española de Vacunología en Málaga los días 24, 25 y 26 de octubre de 2024. Ambos reconocimientos incluirán la inscripción gratuita como socio de la Asociación Española de Vacunología durante 1 año.

[Para más información, consulta aquí las bases completas de la convocatoria.](#)

[Descargar documento de conflictos de intereses.](#)

Abiertas las inscripciones para la segunda edición del programa formativo sobre inmunización a lo largo de la vida

10/05/2024

El programa formativo online sobre Inmunización a lo largo de la vida, organizado por la Asociación Española de Vacunología, dará el pistoletazo de salida a su segunda edición el próximo 13 de mayo de 2024.

Como en ediciones anteriores, el programa constará de tres bloques anuales de formación y está dirigido a profesionales médicos, enfermeras, farmacéuticos, veterinarios, biólogos, bioquímicos, físicos, químicos, etc.

El programa formativo es gratuito para los socios de la AEV. No socios 120€. Posibilidad de inscribirse a los bloques por separado con una cuota de 50€.

El Bloque 1 ha sido ACREDITADO por el Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS) con 0,2 créditos.

[Inscríbete aquí](#)

[Descarga el programa](#)

BLOQUE 1 (13 DE MAYO) de 17:00h a 19:00h. Actividad virtual a través de plataforma (streaming)

17:00h.-17:10h. Presentación del Curso. María Fernández Prada. Medicina Preventiva. Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres. Asturias.

17:10h.-17:30h. Key regulatory aspects for the approval of vaccines and other biological products. Marco Cavaleri. Responsable de la estrategia vacunal de la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Amsterdam.

17:30h.-17:50h. Navegando en aguas turbulentas: cómo manejar la desinformación en nuestra consulta. Cristian Pérez. Divulgador científico

17:50h.-18:00h. Turno de debate.

18:00h-18:20h. Novedades en vacunación pediátrica en 2024. Fernando Moraga-Llop. Pediatra. Vocal Sénior y Portavoz de la AEV.

18:20h.-18:40h. Actualización del Calendarios Vacunales del Adulto en 2024. Jaime Pérez Martín. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud, Región de Murcia. Presidente de la AEV.

18:40.-18:50h. Turno de debate.

18:50.-19:00h. Conclusiones y cierre del Bloque 1.

BLOQUE 2 (SEPTIEMBRE)

BLOQUE 3 (NOVIEMBRE)

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

La XIX Jornada de Inmunizaciones de Lleida pondrá el foco en la protección del recién nacido y la vacunación desde la infancia a la edad adulta

10/05/2024

- El próximo miércoles 10 de abril, la Universitat de Lleida acogerá este encuentro organizado por la Asociación Española de Vacunología, el Institut Català de la Salut y la Agència de Salut Pública de Catalunya en Lleida, en colaboración con la Universitat de Lleida
- El encuentro, que reunirá a más de 200 profesionales, abordará también la protección de las personas inmunocomprometidas y servirá para poner en común las distintas estrategias de vacunación que se han llevado a cabo en el territorio
- En la jornada participarán profesionales de la Agència de Salut Pública de Catalunya, de la Atención Primaria y Hospitalaria de Lleida y de la propia Asociación Española de Vacunología, entre otros

El próximo miércoles 10 de abril, la Universitat de Lleida acogerá la **XIX Jornada de Inmunizaciones**, organizada conjuntamente por la **Asociación Española de Vacunología (AEV)**, el Institut Català de la Salut y la Agència de Salut Pública de Catalunya en Lleida, en colaboración con la Universitat de Lleida.

Un año más, el objetivo de este encuentro, que reunirá a más de 200 asistentes de forma presencial, es **impulsar la formación continuada** en vacunaciones para profesionales sanitarios, permitiéndoles actualizar conocimientos e intercambiar experiencias sobre programas y estrategias de vacunación.

En esta edición, la jornada pondrá especial atención en **la vacunación de las personas desde la infancia a la edad adulta**, recordando que es necesario mejorar las coberturas vacunales en adultos. Además, se abordará la protección del recién nacido y las personas inmunocomprometidas, y se hablará sobre la prevención de las infecciones inmunoprevenibles.

También habrá espacio para intercambiar las distintas experiencias de vacunación que se han llevado a cabo en el territorio desde instituciones como la escuela, los hospitales o las residencias, entre otras, y se analizarán las **estrategias de comunicación** puestas en marcha para convencer a la población de la necesidad de vacunarse.

En la jornada participarán diferentes profesionales del mundo de la vacunología y de la salud pública, así como profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y de la Atención Primaria de Lleida.

Carlos Martín: “Si se demuestra la protección de MTBVAC contra formas

respiratorias de la tuberculosis, será una herramienta importantísima para la lucha contra la enfermedad”

10/05/2024

Con motivo de la proximidad del Día Mundial de la Tuberculosis, que se celebra el 24 de marzo, Carlos Martín, investigador de la Universidad de Zaragoza, protagoniza la entrevista del mes.

Vinculado estrechamente con la Asociación Española de Vacunología, Carlos Martín desarrolla la vacuna española contra la tuberculosis, MTBVAC, de la que nos da todos los detalles en las siguientes líneas.

¿Cuál es la situación de la tuberculosis en España?

Los datos del Instituto de Salud Carlos III de Vigilancia de la tuberculosis mostraban unas cifras descendentes en el número de casos en España hasta el año 2020. En el año 2022 cambió la tendencia y el número de casos aumentó en casi un 2% respecto al año 2021 (aproximadamente 8 casos por 100.000 habitantes).

¿Cómo actúa la nueva vacuna española contra la tuberculosis que está desarrollando?

MTBVAC (de *Mycobacterium Tuberculosis* Vacuna) es un candidato a vacuna contra la tuberculosis basado en una cepa atenuada, como lo es la actual vacuna en uso BCG, y que tiene más de 100 años de antigüedad. BCG protege contra las formas graves de tuberculosis en los niños (meningitis, tuberculosis miliar)

pero no protege contra las formas respiratorias de la enfermedad en adolescentes y adultos.

La mayor diferencia es que MTBVAC deriva de una cepa aislada de humanos con tuberculosis, mientras que BCG deriva de una cepa aislada de vacas con tuberculosis, con lo que MTBVAC contiene un mayor número de antígenos reconocidos por los linfocitos CD4 humanos. MTBVAC incluye la región RD1, ausente en BCG, y que es la responsable de su atenuación. Esta región RD1 presente en MTBVAC contiene, entre otros ausentes en BCG, los antígenos ESAT6 CFP10, que en modelos animales son esenciales para mejorar la protección de BCG.

¿Cuántos años lleva trabajando en ella? ¿Cuáles son las principales dificultades a las que se ha enfrentado en su desarrollo?

En los años 80 comenzamos los estudios de Genética de Micobacterias en el Instituto Pasteur de París, aprendiendo de la pionera del campo, la Dra. Brigitte Gicquel. En los años 90 (antes de la implantación de la terapia contra el SIDA) en la Universidad de Zaragoza, de vuelta en España, estudiamos un brote de tuberculosis multirresistente entre pacientes de SIDA que causó la muerte de más de un centenar de personas en nuestro país. Ahí descubrimos que uno de los sistemas mayores de virulencia del bacilo de la tuberculosis estaba regulado por un factor de transcripción denominado PhoP y era el causante del aumento de virulencia del bacilo.

MTBVAC se construyó por ingeniería genética eliminando el gen *PhoP*, que codifica para este factor de transcripción de la virulencia de tuberculosis regulando el 2% de su genoma. Siguiendo el Consenso de Ginebra para la construcción de vacunas atenuadas contra la tuberculosis, a esta delección se añadió una segunda delección estable para aumentar la seguridad en un gen que codifica para el lípido PDIM necesario para causar la virulencia de *M. tuberculosis*. La construcción se realizó en la Universidad de Zaragoza en colaboración con el

Instituto Pasteur de París.

¿Qué posibilidades se abren con esta nueva vacuna en la lucha contra la tuberculosis?

Si los estudios de eficacia demuestran la protección de MTBVAC contra formas respiratorias de la tuberculosis sería una herramienta importantísima para la lucha contra la enfermedad.

¿En qué se diferencia de otras vacunas? ¿Qué es lo que la hace única?

MTBVAC es el único candidato a vacuna contra la tuberculosis en ensayos clínicos que deriva de una cepa de *Mycobacterium tuberculosis* de origen humano. Al tratarse de una vacuna atenuada como la actual BCG podrá utilizarse en dosis única, a diferencia de las vacunas subunidades que deben administrarse varias dosis. Además, la producción, transporte y administración serán similares a la vacuna en uso, con más de 100 años de experiencia en países con alta incidencia de tuberculosis, y no necesitando transporte ni almacenaje en congeladores de bajas temperaturas (-80C).

¿En qué fase se encuentra? ¿Cuáles son los próximos pasos?

Desde el año 2008 la Universidad de Zaragoza cuenta con la Biofarmacéutica Gallega Biofabri, perteneciente al grupo Zandal, como socio industrial y es la responsable del Desarrollo Industrial y Clínico de MTBVAC. Los estudios clínicos, de los que Biofabri ha sido promotor, muestran que MTBVAC es inmunogénica y segura en adultos en Suiza, y adultos y recién nacidos en Sudáfrica (Fase 1). En recién nacidos de Sudáfrica se ha determinado la dosis (Fase 2, resultados sin publicar) para los estudios posteriores de eficacia. En el año 2022 se iniciaron los estudios de eficacia Fase 3 en Sudáfrica y en breve se sumarán Madagascar y Senegal, estudio financiado parcialmente por la Unión Europea EDCTP (The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership) y coordinado por Biofabri.

Para los estudios en adultos, Biofabri cuenta con el apoyo de IAVI (The International AIDS Vaccine Initiative). Los estudios en adultos en Sudáfrica han determinado la dosis para estudiar la eficacia en adultos (Fase 2, resultados sin publicar) y se prevé iniciar estudios de eficacia en adultos previamente infectados con tuberculosis VIH negativos a finales de 2024.

¿Qué mensaje o recordatorio le gustaría lanzar con motivo del Día Mundial de la Tuberculosis?

Que una “vacuna eficaz contra las formas respiratorias de tuberculosis”, responsable de la transmisión de la enfermedad, es una herramienta “esencial” para, junto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, controlar de forma efectiva la tuberculosis.

Como colaborador activo de la Asociación Española de Vacunología. ¿Qué cree que aporta una sociedad científica como esta al mundo de la vacunología y la inmunización?

Desde los primeros Congresos de la AEV en las Palmas de Gran Canaria organizados por Amós García a hasta las pasadas Jornadas de 2023 de Palma de Mallorca, nos han invitado a presentar nuestro trabajo en Vacuna de Tuberculosis. Una sociedad científica que promueva la vacunología y la inmunización es esencial para dar garantía y confianza en las vacunas a nuestra sociedad.

La Asociación Española de Vacunología convoca unas

ayudas económicas para que las asociaciones de pacientes pongan en marcha proyectos que promuevan la vacunación

10/05/2024

Las Asociación Española de Vacunología ha abierto la convocatoria de ayudas económicas para que las asociaciones de pacientes puedan llevar a cabo proyectos y actividades relacionadas con la promoción de la vacunación a lo largo de 2024.

La sociedad científica ofrecerá un total de tres ayudas de 1.000€ cada una, destinadas a ofrecer apoyo económico a proyectos o actividades llevadas a cabo por asociaciones de pacientes que contribuyan a la mejora de la salud relacionadas con la vacunología.

El plazo para presentar las solicitudes finaliza el 30 de abril de 2024, y el 10 de mayo de 2024 se conocerá cuáles son los proyectos becados

[Consulta aquí los requisitos y las bases completas de la convocatoria.](#)

La AEV recuerda: “El acceso

equitativo a las vacunas previene enfermedades evitables y disminuye las desigualdades en salud”

10/05/2024

- La Asociación Española de Vacunología ha lanzado un manifiesto elaborado por su Grupo de Trabajo de Vacunología Social en el que defienden que las vacunas ayudan a reducir las desigualdades en salud provocadas por la desinformación, el desconocimiento o la situación social y económica de las personas
- Instan a las administraciones a poner en marcha políticas y programas que ayuden a vencer las barreras a la vacunación y los estigmas que, en muchas ocasiones, existen entre los grupos más desfavorecidos
- Las desigualdades en materia de vacunas no solo están relacionadas con cuestiones socioeconómicas, también son una cuestión territorial: España cuenta con 19 calendarios de vacunación distintos en función de las comunidades y ciudades autónomas
- Tanto la investigación como la evaluación de los programas de vacunación deben tener en cuenta los indicadores sociales para desarrollar estrategias de vacunación más efectivas

Miércoles, 13 de marzo de 2024.- Las vacunas salvan vidas, pero no todas las personas pueden acceder a ellas de la misma forma. La Asociación Española de Vacunología ha lanzado un manifiesto elaborado por su Grupo de Trabajo de Vacunología Social en el que recuerda que **las vacunas pueden ayudar a disminuir las desigualdades en salud provocadas por la**

desinformación, el desconocimiento o la situación social y económica de las personas pero, para ello, todos los ciudadanos deberían poder acceder a ellas en igualdad de condiciones.

“No todos tenemos el mismo acceso a las vacunas ni información veraz sobre ellas, y esto conduce a enfermedades y muertes evitables”, señalan los expertos en el documento. Esto se debe a que los programas de inmunización se enfrentan a **desafíos continuos como los bulos, la reticencia a las vacunas o las desigualdades**, que deben abordarse a través de políticas y programas específicos que permitan superar estas barreras.

En el acceso a las vacunas juegan un papel fundamental los determinantes sociales, como **el nivel socioeconómico o cultural, el género o el lugar de nacimiento**. Prueba de ello fue la vacunación frente a la Covid-19 durante el primer año de pandemia, en el que los países de alta renta en todo el mundo pudieron vacunar al 80% de su población, mientras que los países de baja renta solo pudieron vacunar a menos del 10% de sus ciudadanos.

En este sentido, desde la Asociación Española de Vacunología insisten en que las vacunas son herramientas que promueven la equidad, y que pueden contribuir a disminuir las desigualdades entre los grupos sociales más vulnerables. Un ejemplo de ello fue **el caso de la Hepatitis A en Estados Unidos**, que afectaba de forma desproporcionadamente alta a poblaciones desfavorecidas. La vacuna, que se incluyó entre los años 1996 y 2006 consiguió que prácticamente desaparecieran las diferencias de incidencia de la enfermedad entre los diferentes grupos sociales.

No obstante, **las desigualdades en el acceso a las vacunas no solo están condicionadas por factores socioeconómicos**, también son una cuestión territorial. En el caso de España, por ejemplo, dado que las comunidades autónomas tienen transferidas las competencias en materia de salud, cada una de

ellas puede incluir en el calendario común otras vacunas que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España no haya introducido. Esto ha generado que en España existan **19 calendarios de vacunación distintos**. Igualmente, las recomendaciones de vacunación para pacientes de riesgo también han sido adaptadas de distinta manera en función de la disponibilidad de vacunas financiadas en cada comunidad autónoma.

“La primera forma de inequidad en el reparto de las vacunas se genera institucionalmente”, lamentan. Por ello, ya en 2023 la AEV propuso a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad **que sea el propio Ministerio el que se encargue de suministrar las vacunas a las comunidades autónomas** en el momento inicial de la puesta en marcha de los Programas de Vacunación, una vez aprobados, para conseguir así que todos los ciudadanos se beneficien en el mismo momento.

Además, la sociedad científica destaca la importancia de que, en un mundo globalizado como el nuestro, el mayor número de personas posible estén vacunadas. “Si todos no están a salvo, nadie está a salvo. En la era actual las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación pueden propagarse de un país a otro con facilidad. Por lo tanto, **mantener una cobertura vacunal adecuada en un país beneficia a todos**”, señalan. Es por ello que las políticas públicas y estrategias de vacunación deben ir más allá de lo local, regional y nacional, y ser pensadas de manera mundial.

Por último, para poder atajar las diferencias en las coberturas vacunales causadas por las desigualdades en salud, es fundamental que las evaluaciones de los programas y campañas de vacunación **incluyan indicadores de tipo social**. Lo mismo ocurre en el ámbito de la investigación. Si no se tienen en cuenta los determinantes sociales se corre el riesgo de incrementar las brechas de salud existentes y perpetuar la inequidad. Por ello, los investigadores deben adoptar esta **perspectiva social** para desarrollar estrategias de vacunación

más efectivas, que aborden las barreras socioeconómicas y culturales.

[Descarga aquí el manifiesto completo](#)