

¿Dos dosis de vacuna antigripal en trasplantes de progenitores hematopoyéticos?

17/11/2020

En la revista [*Clinical Infectious Diseases*](#) investigadores australianos se plantean la estrategia de inmunización antigripal con dos dosis de vacuna en un estudio con personas que han recibido un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en el año siguiente a su realización (media de 2.3 meses). Los 68 pacientes con edad media de 61.5 años, recibieron bien una dosis de vacuna de alta carga antigénica y a las cuatro semanas una dosis de vacuna convencional, o dos dosis convencionales. Se alcanzaron altas tasas de seroprotección y de seroconversión para todos los tipos/subtipos gripales con un esquema de dos dosis de vacuna a los dos meses tras el trasplante. Las tasas de efectos adversos postvacunales fueron similares para ambos grupos.

Las recomendaciones del Joint Committee on Vaccination and Immunization sobre la vacunación antigripal 2021/2022

17/11/2020

El *Joint Committee on Vaccination and Immunization* del Reino

Unido ha publicado el cuatro de noviembre sus [recomendaciones](#) de vacunación antigripal para la próxima temporada 2021/2022.

Para los de 65 o más años recomienda bien la vacuna tetravalente adyuvada con MF59 o la vacuna tetravalente de alta carga antigénica. Debido a la escasez de datos comparativos entre ambas vacunas no se puede establecer un uso preferencial de una respecto a la otra. Si no se dispusiera de ninguna de las dos, una alternativa aceptable es la tetravalente de cultivo celular y la vacuna tetravalente recombinante. Las vacunas de cultivo celular siempre se preferirán sobre las de huevo fertilizado de gallina.

Para los adultos de riesgo menores de 65 años, el orden de preferencia será: a) tetravalente de cultivo celular, b) tetravalente recombinante, y c) tetravalente producida en huevo. A la hora de emitir estas recomendaciones han tenido en cuenta que en el cultivo celular se reduce el posible impacto de la adaptación al huevo, especialmente del componente A/H3N2 que es el que más morbimortalidad genera. Adicionalmente, hay evidencias, aunque escasas, que en los menores de 65 años la vacuna recombinante es más efectiva que la producida en huevo. Respecto a la comparativa entre recombinante y cultivo celular, se decanta por la de cultivo celular por contener hemaglutinina y neuraminidasa y por tener más experiencia de uso. La tetravalente producida en huevo también puede utilizarse en este grupo de edad porque el impacto de la adaptación al huevo se limitará, únicamente, a aquellas temporadas en las que predomine la circulación del subtipo A/H3N2 con concordancia antigénica.

Los de 2 a 18 años aconseja, por orden, la vacuna tetravalente de cultivo celular y la tetravalente producida en huevo y para los menores de dos años pertenecientes a grupos de riesgo la tetravalente producida en huevo al no estar comercializada la de cultivo celular para los de esa edad.

Los fallecimientos por sarampión en el mundo aumentan un 50% entre 2016 y 2019, con 207.500 en 2019

17/11/2020

El número de casos de sarampión en 2019 alcanzó el mayor número en los últimos 23 años, según comunica una publicación de la [Organización Mundial de la Salud](#), con un total de 869.770 a expensas de todas las Regiones. Los fallecimientos aumentaron desde 2016 para suponer 207.500 solamente en el año 2019. Los responsables del programa de vacunación de la Institución piensan que el incremento se debe al insuficiente número de niños que reciben una segunda dosis de vacuna. La cobertura con la primera dosis se ha estancado desde hace más de una década entre el 84% y el 85% mientras que la de la segunda se mantiene en un 71%, lo que está muy por debajo del 95% necesario para controlar el sarampión y evitar brotes y muertes. La situación puede empeorar con la actual crisis pandémica ya que actualmente están en riesgo 94 millones de personas de 26 países como consecuencia de la interrupción de las campañas de vacunación.

Hematólogos

franceses

proponen evaluar las concentraciones de anticuerpos antineumocócicos a los 24 meses tras trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos

17/11/2020

En la revista [*Clinical Infectious Diseases*](#) hematólogos franceses han estudiado las titulaciones de anticuerpos ELISA frente a siete serotipos neumocócicos comunes a las vacunas disponibles para el adulto (PnC7, PnC13 y PnPS23) a partir de los 24 meses tras el trasplante para evaluar la pauta de vacunación antineumocócica a seguir pasados dos años tras el mismo. Encontraron a los 9.3 años de media una seroprotección (IgG \geq 0.35 mcgs/ml) del 50% para 7 de 7 serotipos y del 70% para 5 de 7. Plantean, a la vista de los resultados y hasta no disponer de estudios prospectivos con diseño ad hoc, una evaluación analítica transcurrido ese plazo para aconsejar recuerdos vacunales. Entretanto, proponen, en los no protegidos una dosis de PnC13 seguida dos meses más tarde de una de PnPS23.

Efectividad comparativa de

Las vacunas antigripales intranasales e intramusculares en niños finlandeses. 2015-2018

17/11/2020

En la revista [*Clinical Infectious Diseases*](#), y mediante un estudio poblacional de cohortes basado en registros, se han publicado los resultados de efectividad de las vacunas antigripales en niños finlandeses de dos años según hubieran recibido las vacunas intranasales atenuadas tetravalentes o inactivadas intramusculares trivalentes en las temporadas 2015 a 2018.

Las coberturas en los de 6 a 35 meses en 2017-2018 fueron del 24%. La efectividad no difirió para el subtipo A/H1N1 aunque fue superior, sin significación estadística para la inactivada. Para el tipo B, la atenuada fue superior -aunque en las temporadas 2015-2016 y 2017-2018 circuló un linaje del tipo gripal B que no estaba incluido en la vacuna trivalente-, pero en general ninguna de ellas superó con claridad a la otra en cuanto a la efectividad.

A la vista de los resultados, la autoridad sanitaria recomienda el uso de cualquiera de las dos vacunas pero la inactivada en su forma tetravalente.

Las reticencias parentelas a las vacunas y la vacunación antigripal de sus hijos

17/11/2020

En la revista [Pediatrics](#) se han publicado los resultados de un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos en el que se ha cuantificado la prevalencia de las reticencias parentales a las vacunas para asociarla a la cobertura de vacunación antigripal infantil.

Se utilizó un cuestionario de seis preguntas a lo largo de 2018 y 2019 dirigido a padres de niños de 6 meses a 17 años, aprovechando la *National Immunization Survey Flu*. El porcentaje de niños cuyos padres reportaban ser reticentes a que pincharan a sus hijos fue del 25.8% y del 19.5% en 2018 y 2019, respectivamente. En ambos años, los mayores motivos de vacilaciones fueron el número de pinchazos que un niño recibe en el mismo acto vacunal y los efectos secundarios graves a largo plazo. En ambas temporadas, los niños de padres dubitativos tenían coberturas de vacunación antigripal un 26% inferiores respecto a padres no vacilantes.

Efectos de la vacunación antigripal en los Estados Unidos en la temporada

2018-2019

17/11/2020

En la revista [*Clinical Infectious Diseases*](#) se expone el efecto de la campaña de vacunación antigripal en los Estados Unidos para la temporada 2018-2019, caracterizada por una buena concordancia antigénica del componente A/H1N1 y una discordancia respecto de la vacuna del componente A/H3N2. Mediante modelos matemáticos y algoritmos estimaron los casos evitados de gripe, las visitas médicas, las hospitalizaciones y las muertes en dicha temporada. Las coberturas de vacunación llegaron al 73% en las de seis meses a cuatro años, 59% en los de 5 a 17, 35% en los de 18 a 49, 47% en los de 50 a 64 y del 68% en los de sesenta y cinco o más años.

Los cálculos fueron que la vacuna evitó unos 4.4 millones de enfermedades gripales, 2.3 millones de visitas médicas, 58.000 hospitalizaciones y 3.500 fallecimientos. La campaña de vacunación previno un 14% de las hospitalizaciones previstas asociadas al subtipo gripal A/H1N1 y un 43% en los niños de seis meses a cuatro años.

Reducción de la prevalencia de oncotipos VPH 16, 18 y relacionados en mujeres sexualmente activas de

Argentina tras la introducción de la vacuna bivalente

17/11/2020

En la revista *Papillomavirus Research*, se compara en niñas argentinas de 15 a 17 años inmunizadas o no inmunizadas con la vacuna bivalente frente al virus del papiloma humano (VPH), la prevalencia en muestras cervicales de papilomavirus en dos periodos consecutivos, 2014-2015 vs 2017-2018, respectivamente. Se constató una reducción significativa en la prevalencia de infección por cualquier tipo (de 56.3% a 49.8%), por 16 y 18 (de 15.2% a 1.2%) y por 6/11/16/18 (de 22.5% a 6.4%). Aunque los descensos fueron mucho más importantes para HPV16 y para HPV18, también se redujo significativamente la prevalencia de los tipos HPV31 (de 7.1% a 1.6%) y de HPV45 (de 4.6% a 0.5%). En el caso de VPH 33, aunque no significativa, sí existió una tendencia decreciente del 3.1% al 1.7% con $p < 0.032$.

A los siete años de introducida la vacuna la prevalencia de tipos vacunales ha descendido más de un 93% en niñas vacunadas sexualmente activas, con efectos protectores cruzados frente a los oncotipos 31 y 45.

Los expertos debaten el 'mérito' de los

confinamientos (John Snow Memorandum frente a la Protección Focal (Great Barrington Declaration))

17/11/2020

En la revista [British Medical Journal](#) aparece un interesante artículo en el que tres expertos exponen sus diferentes puntos de vista en relación a las medidas apropiadas de salud pública tendentes a controlar la diseminación del SARS-CoV-2 en una reunión esponsorizada por la *Johns Hopkins University*. Los expertos representaban opiniones que variaban entre la promoción de la protección focalizada, tal como se describe en la [Declaración Great Barrington](#) frente a las recomendaciones poblacionales tal como las describe el memorando de *John Snow*. La primera propone permitir a los que tienen un riesgo ínfimo de morir por COVID-19 vivir sus vidas con normalidad para construir inmunidad frente al virus mediante la infección natural y, de esa manera, proteger a los que están en mayor riesgo de enfermedad grave y muerte. La segunda propone medidas efectivas que controlen la transmisión apoyadas por programas financieros y sociales que aborden las inequidades que la pandemia ha amplificado. Además, implica continuar con las restricciones para reducir la transmisión y evitar confinamientos futuros y con el resto de medidas de salud pública.

Uno de los participantes, David Dowdy, epidemiólogo de la *Johns Hopkins School of Medicine* estaba de acuerdo con buena parte del memorando, pero matiza que el foco debe ponerse en la detección de los brotes localizados mediante un sistema integral de test, trazabilidad, aislamiento y apoyo una vez que se alcancen niveles bajos de COVID-19. Se apoya en la experiencia de Australia, que centra las intervenciones en

áreas geográficas localizadas (códigos postales) donde hay transmisión, pero no firma el memorando, al contrario que lo que han hecho miles de médicos en todo el mundo. Sus motivos: le preocupa que algunos colegas tuvieran vergüenza implícita con puntos de vista distintos, lo que les podría impedir hablar claro.

Jay Bhattacharya, economista y profesor de medicina de la *Stanford University* y que es co-autor de la Declaración *Great Barrington*, expuso que las amplias diferencias en las tasas de riesgo de morir en base a la edad y a las comorbilidades permitirían una “protección focal” de los de alto riesgo, permitiendo que los niños vayan a la escuela y que los jóvenes adultos sigan trabajando. Se apoyó en datos de seroprevalencia publicados por la OMS en los que la tasa de supervivencia es del 95% para los de setenta o más años, mientras que en los de menos de esas edades es del 99.95%. Añadió que los amplios confinamientos pueden, paradójicamente, aumentar los daños a las personas mayores, ya que puede causar que por motivos económicos los jóvenes tengan que vivir con sus padres. Un beneficio de la protección focal sería la redirección de recursos a donde más se necesiten.

Un epidemiólogo de enfermedades infecciosas de la *Johns Hopkins School of Public Health*, Stefan Baral, apoyó las intervenciones que protegen a las personas de alto riesgo más que a amplios confinamientos de toda la población. La simple apertura de la sociedad no es suficiente, al menos, hasta que existan políticas de apoyo para las personas de riesgo, del tipo de compensar pérdidas de salarios y procurar alojamientos en caso de positividad cuando no puedan aislarse en su casa.

Cuando el moderador sugirió que la Declaración *Great Barrington* recomienda como estrategia el alcanzar la inmunidad de rebaño, Jay Bhattacharya explicó que él y sus colegas no ven esa inmunidad como estrategia, sino como “*un mero hecho biológico*”: “*se trata de cómo llegas allí con la menor miseria posible, con las menores muertes y con el menor daño*”. La

mejor manera es reconocer quién está en peligro y dedicar enormes recursos, creatividad y energía para protegerlos. El economista citó unas estimaciones del *United Nations World Food Program* en el que se decía que los confinamientos habían causado roturas en la cadena de alimentos y que se esperaba que podían empujar a 135 millones de personas a una hambruna grave para fin de año. Otro importante daño colateral sería el derivado de la falta de escolarización. Un área de consenso fue el que tendrían que evitar los confinamientos amplios. Persisten las diferencias respecto a cómo hacer los confinamientos locales una vez que nos encontremos en las segundas o terceras oleadas de la COVID-19. En cualquier caso, expresaron su esperanza de que este diálogo inicial sea el comienzo de más discusiones tanto respetuosas como basadas en evidencias.

Fundamentos del cambio de esquema de vacunación antineumocócica infantil en el Reino Unido

17/11/2020

En la revista *Lancet Infectious Diseases*, integrantes del programa de vacunación de Inglaterra, encabezados por el Dr. Shamez Ladhani, exponen los motivos de la decisión de modificar el calendario de vacunación infantil con la vacuna antineumocócica conjugada pasando de dos dosis a las 8 y 16 semanas con un booster en el segundo año de vida a una a las doce semanas con un booster a los doce meses. En síntesis, la modificación se decidió tras revisar la evidencia de los datos

de vigilancia, los de los ensayos clínicos, los análisis epidemiológicos, las estimaciones de la efectividad de la vacuna y los estudios de modelaje que apoyaban el nuevo esquema. Respecto a países de alta renta, recomiendan este esquema en base a la existencia de programas “maduros” de vacunación con altas coberturas y baja incidencia de ENI infantil.

Un esquema 1+1 supone un ahorro económico con lo que se puede valorar la inclusión de otras vacunas y simplifica el esquema de vacunación al reducir el número de pinchazos.