

Tendencias de la enfermedad neumocócica invasiva en niños y adultos durante la era de la vacuna antineumocócica conjugada en España (2009-2019)

30/12/2020

de Miguel S, Domenech M, González- Camacho F et al. Nationwide trends of invasive pneumococcal disease in Spain (2009-2019) in children and adults during the pneumococcal conjugate vaccine era. Clin Infect Dis published on line September 29. 2020dff

Estudio prospectivo observacional llevado a cabo en España para analizar las tendencias de la ENI por edades y por serotipos entre 2009 y 2019 en niños y adultos, y para comprobar el impacto del uso de la vacuna según las regiones españolas que utilicen vacunas PnC13 (siete) o PnPS23 en los de 65 o más años entre 2017 y 2019.

Encontraron que la vacunación infantil sistemática ha sido efectiva en la prevención de la ENI infantil con beneficios en adultos, moderados en el caso de los de 65 o más años, por mor de la inmunidad de rebaño, aunque con un aumento de tipos no vacunales en los menores de dos años desde 2016, especialmente el 24F y el 8. En los mayores sigue habiendo casos por tipos incluidos en la vacuna conjugada de trece. Curiosamente, también han descendido en niños y en adultos las ENI por 3, 6A y 19A. En la comparación de adultos según el tipo de vacuna utilizada en cada Comunidad Autónoma, las que utilizan PnC13 han experimentado un mayor descenso de ENI por tipos incluidos

en esa vacuna respecto de las que utilizan PnPS23, aunque habría que matizar ese hallazgo en función de las bajas coberturas para ambas vacunas en los de 65 o más años y el tiempo transcurrido desde la introducción sistemática de PnC13 en la infancia.

Los autores muestran su preocupación por el aumento del serotipo 8 -no incluido en la vacuna de trece serotipos- y apuntan a que la vacunación de ellos con la vacuna conjugada parece controlar los casos de ENI causados por los tipos en ella incluidos.

[• Tendencias de la enfermedad neumocócica invasiva en niños y adultos durante la era de la vacuna antineumocócica conjugada en España \(2009-2019\)](#)

Efectividad de la vacuna antigripal frente a hospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias pediátrica

30/12/2020

Campbell A, Ogokeh C, Lively J et al. Vaccine effectiveness against pediatric influenza hospitalizations and emergency visits. Pediatrics 2020;146: e20201368

Durante la temporada gripal 2018-2019 circuló predominantemente en los Estados Unidos el subtipo A/H1N1pdm09 junto a un virus A/H3N2 mutado que apareció tardíamente en la

temporada. Los autores determinan la efectividad de la vacuna antigripal en niños de 6 meses a 17 años frente a las visitas a urgencias y a hospitalizaciones causadas por la gripe confirmada por laboratorio en siete hospitales del país.

De 1.792 pacientes ingresados, el 13% eran positivos al virus gripal, de los que 47% lo eran a A/H3N2, 36% al A/H1N1, 9% al tipo A no subtipado y el 7% al tipo B. Entre las 1.944 consultas a departamentos de urgencias pediátricas, el 22% eran positivos a gripe, de los que el 48% eran H3N2, 35% H1N1, 11% A no subtipados y 5% al virus B. La efectividad de la vacuna fue del 41% frente a hospitalizaciones por cualquier tipo/subtipo y del 47% para A/H1N1. Llegó al 51% frente a las visitas a urgencias causadas por cualquiera de los virus, 39% frente al A/H3N2 y del 61% frente a A/H1N1pdm09. Los autores concluyen que la vacuna antigripal en una temporada con un *mismatch* antigénico para el H3N2 se asoció con una reducción de las hospitalizaciones y de las consultas a urgencias. Como limitaciones apuntan a que solo estudiaron una temporada con una muestra limitada y no evaluaron la vacunación completa o parcial.

[• Efectividad de la vacuna antigripal frente a hospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias pediátrica](#)

Nuevos casos de poliomielitis en países de Asia y de África

30/12/2020

Según el informe de 23 de diciembre de la [Global Polio Eradication Initiative](#) se han registrado casos de poliomielitis salvaje o derivados del tipo 2 de la vacuna en

cuatro países. La mayoría de los casos se han registrado en Pakistán, donde respecto al año anterior han descendido los casos causados por el virus salvaje pero han aumentado los derivados de la vacuna.

En África es Burkina Faso la más afectada con seis casos de polio vacunal, seguida de Sudán del Sur, Nigeria, Togo y Chad. Dos países, Afganistán y Benin, han detectado virus en muestras ambientales. El *Independent Monitoring Board* apunta a que se han restablecido las campañas de vacunación y ha publicado [17 recomendaciones clave](#) para capitalizar el impulso de esa reanudación.

La farmacéutica Novavax comienza con la fase III de su vacuna de nanopartículas

30/12/2020

Según la revista *Science*, la farmacéutica Novavax ya ha comenzado a reclutar voluntarios para la fase III de su vacuna frente al SARS-CoV-2 y será la quinta que llega a esa fase en los Estados Unidos. El ensayo está patrocinado por los *National Institutes of Health* por el *Biomedical Advanced Research and Development Authority* (BARDA). Se pretende enrolar a 30.000 personas de ese país y de México. Novavax ya había completado un ensayo de eficacia en 15.000 voluntarios del Reino Unido y piensa que los resultados, aun no disponibles, servirán como soporte para el registro en la Agencia Europea del Medicamento.

Los participantes se encuadrarán en dos cohortes, una de 18 a 64 años y otra de 65 o más años. Para esta última pretenden

reclutar al menos al 25% del total de participantes. La vacuna candidata, NVX-CoV2373, emplea una tecnología de nanopartículas que vehiculiza copias de la proteína espiga (*spike*) del SARS-CoV-2. Para ello, se utiliza el sistema de expresión génica del baculovirus en cultivos de células de insecto. Está formulada con un adyuvante, MatrixM. El esquema de vacunación consta de dos dosis y se conserva entre 2°C y 8°C.

Una tecnología similar se utiliza para la vacuna antigripal Nanoflu, próxima a su comercialización en los Estados Unidos.

El doctor Fauci habla de vacunas frente a la COVID-19, de las mutaciones y del año 2021 (1ª parte)

30/12/2020

Transcripción de una entrevista al Dr. Anthony Fauci y publicada en [Medscape Infectious Diseases](#) que la publicamos en esta web por su manifiesto interés en formato de preguntas y respuestas.

Pregunta. He sabido que usted ha recibido hoy la vacuna. ¿Cómo ha sido la experiencia?

Me siento perfectamente bien. Me vacuné hace 3 o 4 horas y ni me duele el brazo y ni tengo ningún indicio de haber sido vacunado.

Al precisar congelación, la gente pregunta: ¿se siente frío al

recibirla?

No, no se siente nada. Fui a vacunarme con un grupo de colegas y todos estuvimos de acuerdo en que la sensación era menor que para la vacuna de gripe.

Usted está impresionado con los datos de seguridad y eficacia de las vacunas de Pfizer/BioNTech y de Moderna y, si los datos son tan convincentes, no entendemos por qué se han autorizado para su uso en emergencias.

La razón es porque se necesita urgentemente y la autorización completa (*Biologic License Application*, BLA) puede llevar varios meses más. Dado que los datos de los ensayos eran muy robustos en cuanto a la seguridad y a la eficacia no podíamos esperar meses sin vacunar con 200.000 casos, entre 2.000 y 3.000 muertos diarios y con 118.000 personas hospitalizados en nuestro país. Los datos eran muy sólidos como para garantizar ese proceso de emergencia.

Con el número de infecciones y de muertes y dada la escasez de vacunas, alguien ha preguntado ¿por qué no administramos, de momento, una sola dosis para vacunar a más personas?

Ha sido objeto de muchas discusiones y aunque una dosis puede proporcionar algo de eficacia, no es el esquema óptimo y lo que va a durar. Lo que sí conocemos es que es tras la segunda dosis cuando el grado de inmunidad es mucho más alto y dura considerablemente más.

¿Qué pasa con los de menos de doce años?

En los ensayos clínicos no vacunamos en primera instancia a los niños por no tener la capacidad de dar un consentimiento informado. Lo que hacemos es un estudio tradicional de fase III y cuando tenemos buenos datos de seguridad y de eficacia en adultos es cuando estaría justificado asumir el riesgo en los niños. Podemos hacer con ellos una fase I o fase II y luego llevar a cabo estudios de *immunobridging* (inmunogenicidad

puente). En estos estudios puente no hace falta reclutar a decenas de miles de voluntarios, sino que si se demuestra la seguridad con 2.000 o 4.000 niños y observamos que la vacuna induce una respuesta inmune similar a la que protege a los adultos, podemos asumir que también los protegerá. Comenzaremos con esos ensayos para mediados o finales de enero.

Quiero preguntarle sobre la confianza en las vacunas. Puede ser que haya visto las encuestas en los Estados Unidos en la que se dice que los demócratas son más propensos a vacunarse que los republicanos, pero, lo que también preocupa es que el 36% de estos últimos han dicho que nunca se vacunarán. ¿Cómo llegamos al 70%-80% de inmunidad comunitaria con ese nivel de confianza?, ¿qué tenemos que hacer ahora para inspirar confianza?

Tenemos que llegar a todas las personas, republicanas, demócratas, minorías y a la población en general. La idea es la de no enfrentarse a personas que están reticentes o que son escépticas, pero si razonar con ellos y decirles: ¿qué razones tienes para ser escéptico?

En general, hay dos tipos de respuestas: una es porque el desarrollo ha ido muy rápido, a lo que se puede responder que el conocer el nuevo virus en enero y disponer de una vacuna en diciembre no compromete la seguridad ni la integridad científica. Es solo un reflejo de los extraordinarios avances científicos que hemos conseguido con las nuevas plataformas vacunales y que nos han permitido hacer en meses lo que en condiciones normales habiéramos tardado años.

Si la respuesta, por el contrario, es una muy comprensible: “estás diciendo que es segura y efectiva, ¿es eso verdad o es que te está presionando el gobierno?, ¿es que las farmacéuticas quieren ganar mucho dinero?”

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

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

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

Comienzo de la vacunación a los 5 meses y medio

30/12/2020

Respuesta del Experto a ...

Comienzo de la vacunación a los 5 meses y medio

Pregunta

Tengo un paciente que a los 5 meses y medio que se ha administrado la primera dosis de Rotarix. A los 6 meses y medio estaría indicado ponerle la segunda dosis o por el riesgo que entraña a esta edad es preferible dejarlo sin la segunda dosis?

Gracias por antelación y felices fiestas

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

Buen día y felices fiestas.

La edad máxima para recibir la primera dosis es de 14 semanas y 6 días y suponemos que este niño la ha recibido con una edad superior.

En ese caso, y según el ACIP de los Estados Unidos ⁽¹⁾, deben completarse el resto de las vacunas del esquema de vacunación de manera que esté completado para los 8 meses y 0 días. El momento de la recepción de la primera dosis no debe afectar a la seguridad o eficacia de las dosis subsiguientes.

Referencias

¹ Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Rotavirus Gastroenteritis Among Infants and Children. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2009;58:RR-2

Se estanca la capacidad mundial de fabricación de vacuna antigripal

30/12/2020

En la revista *Vaccine*, miembros de la Organización Mundial de la Salud analizan la capacidad actual de producción de vacuna antigripal estacional y pandémica y ponen de manifiesto que se encuentra estancada desde el año 2015. Actualmente se producen 1.48 miles de millones de dosis de vacuna estacional y la capacidad para fabricar vacuna pandémica se estima en 8.31 miles de millones de dosis. Estos datos nos sitúan en el escenario más favorable, más aún si tenemos en cuenta que el total de las dosis no estarían inmediatamente disponibles y llevaría de 4 a 6 meses los primeros suministros y varios meses para alcanzar la capacidad máxima. Adicionalmente, se podrían precisar dos dosis para disponer de una óptima protección.

Los autores hacen un llamamiento a llevar a cabo esfuerzos continuados para asegurar el mantenimiento de la producción, para investigar tipos de vacunas más fáciles de producir y de mayor espectro, aprovechando las lecciones que nos han proporcionado las vacunas frente al SARS-CoV-2.

El regulatorio del Reino Unido puede aprobar en días la vacuna de Oxford/AstraZeneca

30/12/2020

Según [*The Financial Times*](#) el regulatorio del Reino Unido (MHRA) aprobará la vacuna de Oxford Vaccine Group/AstraZeneca de manera inminente. La aprobación supondrá un aspecto crítico para conseguir el objetivo del Gobierno de tener vacunados a los más vulnerables del país para primavera.

Lo que hasta ahora se desconoce si el esquema de vacunación que se aprobará constará de una o dos dosis, aunque alguna de las personas involucradas en el proceso de aprobación piensan que será el de dosis única con el objetivo de crear inicialmente cierta inmunidad poblacional. Esta se podría conseguir con rapidez con una sola dosis y para disponer de una protección óptima habría que ir a una segunda dosis. A este respecto, la duda sería definir el intervalo entre ellas que podría ser de dos o de tres meses para dar tiempo a fabricar gran cantidad de dosis.

El jefe ejecutivo de la farmacéutica comentó el pasado domingo que los nuevos datos de la vacuna apuntan a una eficacia similar a las de ARNm en esquema de dos dosis.

Embarazo y vacunas frente a COVID-19

30/12/2020

Respuesta del Experto a ...

Embarazo y vacunas frente a COVID-19

Pregunta

Con respecto a la vacuna contra el COVID-19, ¿ es recomendable ponerla si se esta buscando embarazo? En caso de ponerte la vacuna, ¿ que tiempo de espera sería necesario hasta buscar embarazo? ¿ Podría causar problemas en el feto una vez pasado unos meses de espera tras la segunda dosis? Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (28 de Diciembre de 2020)

Buena tarde.

Tal como se contempla en el documento del Ministerio de Sanidad que en breve verá la luz:

“Aunque no hay ninguna indicación de problemas de seguridad en la vacunación de embarazadas, no hay evidencia suficiente para recomendar su uso durante el embarazo. En términos generales, debe posponerse la vacunación de embarazadas hasta el final de la gestación.

En situaciones muy particulares de embarazadas que formen parte de un grupo en el que se recomienda la vacunación por su alta exposición (por ejemplo, sanitarias) o que tengan un alto riesgo de complicaciones de COVID-19, puede plantearse la vacunación de acuerdo con la valoración beneficio/riesgo realizada junto con el personal que sigue su embarazo y con el pertinente consentimiento informado, ya que, aunque es una vacuna inactivada, no hay datos de seguridad de la vacuna en el embarazo. No es necesario realizar una prueba de embarazo antes de la vacunación. Si se produce una vacunación en un embarazo inadvertido, debe de ponerlo en conocimiento de su profesional sanitario de referencia.”

Vacunación

Preguntas comunes

COVID-19.

30/12/2020

VACUNACIÓN COVID-19



Alrededor del **90%** de la población **NO** ha pasado la enfermedad. Aún hay muchas personas susceptibles de infectarse. La vacuna es necesaria para protegernos.



¿A QUIÉN PROTEGE?

La vacunación protege a la persona vacunada y también indirectamente al resto de la población. Cuantas más personas se vacunen, menor probabilidad habrá de que las personas más vulnerables contacten con el virus.

¿CUÁNDO ESTARÁN DISPONIBLES?

Las vacunas estarán disponibles de manera progresiva, por eso se ha establecido un orden para la vacunación de la población teniendo en cuenta criterios éticos, el riesgo de enfermedad grave y el riesgo de exposición:



1 Residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de mayores y de atención a grandes dependientes.



2 Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario.



3 Otro personal sanitario y sociosanitario.



4 Personas con gran dependencia no institucionalizados (grado III).



¿SON SEGURAS?

Las vacunas son seguras. Se han sometido a los controles habituales de las Agencias Regulatoras de Medicamentos



¿DÓNDE ESTARÁN DISPONIBLES?

Inicialmente, las vacunas estarán solo disponibles en los servicios de salud y para la administración a las personas priorizadas.

Cada Comunidad Autónoma determinará el lugar o lugares de vacunación según las personas a vacunar.



Y, vacunado o no, no olvides mantener las medidas de protección individual.



Usa la mascarilla.



Lávate las manos.



Mantén la distancia.



Limita tus contactos.



Aire libre y ventila los espacios.



Quédate en casa con síntomas o diagnóstico COVID, si eres contacto o esperas resultados.

Y utiliza la App Radar.



Consulta fuentes oficiales para informarte
www.mscbs.gob.es @sanidadgob
21 diciembre 2020



VACUNACIÓN
COVID-19 EN ESPAÑA



Vacunación, con la participación de representantes de las Comunidades Autónomas, del Comité de Bioética de España y de diversas entidades, como la Asociación Española de Vacunología, han elaborado un documento para dar respuestas a muchas cuestiones sobre la vacunación en España.

Consultar documento con toda la información ampliada en formato PDF [aquí](#).