

La epidemiología cambiante de la enfermedad neumocócica invasiva después de la vacunación con PCV13 en una zona con cobertura de vacunación intermedia

22/02/2019

Ciruela P, Izquierdo C, Broner S et al. The changing epidemiology of invasive pneumococcal disease after PCV13 vaccination in a country with intermediate vaccination coverage. *Vaccine* 2018;36:7744-7452

Estudio retrospectivo llevado a cabo en Cataluña entre 2006 y 2014 para evaluar el impacto de la **vacuna antineumocócica conjugada de trece serotipos** en la carga de enfermedad invasora por serotipos específicos en todos los grupos de edad, en una región con niveles intermedios de cobertura de vacunación (64% en menores de dos años en el año 2013).

Se reportaron a lo largo del periodo 9338 casos de ENI. La incidencia disminuyó un 26,2% (de 16,4 a 12,1) en el periodo 2010-2014. El mayor descenso se objetivó en los niños de dos a cuatro años (un 44,5% desde 37,4% a 20,8%). La neumonía descendió en todos los grupos de edad con la mayor reducción en los de dos a cuatro años (49.3%) y en los menores de dos años (42%). Los serotipos contenidos en la vacuna de trece descendieron significativamente en todos los grupos de edad, oscilando entre un 52% en los de dos a cuatro años a un 35% en los de 65 años o más. Los más comúnmente aislados en los de cinco años o más fueron el 12F, 22F, 6C, 8 y 24F. A destacar que los tipos no 13 aumentaron un 13% en mayores de 65 años.

Los autores concluyen que la introducción en la infancia de PnC13 ha reducido la incidencia global de la **enfermedad neumocócica invasiva** debido mayoritariamente al descenso de los tipos vacunales en todos los grupos de edad. Sugieren reemplazo de serotipos de los de 65 o más años y piensan que a medida que aumenten las coberturas infantiles se reducirá aun más la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en todos los grupos de edad.

La epidemiología cambiante de la enfermedad neumocócica invasiva después de la vacunación con PCV13 en una zona con cobertura de vacunación intermedia

Inmunogenicidad y seguridad de las vacunas contra el meningococo 4CMenB y MenACWY-CRM administradas concomitantemente en lactantes: un ensayo controlado aleatorizado de fase 3b

22/02/2019

Macías M, Gentile A, Vazquez L et al. Immunogenicity and safety of the 4CMenB and MenACWY-CRM meningococcal vaccines

administered concomitantly in infants: a phase 3b, randomized controlled trial. *Vaccine* 2018;36:7609-7617

Ensayo clínico fase 3b, abierto y multicéntrico (Méjico y Argentina), aleatorizado en 750 lactantes distribuidos en tres grupos según las vacunas recibidas a los 3, 5, 7 y 13 meses: 4cMenB +MenACYW conjugada con CRM, 4CMenB y MenACYW conjugada con CRM para evaluar la inmunogenicidad y seguridad.

La respuesta inmune se midió tras el booster (a los trece meses) como objetivo primario mediante la actividad bactericida sérica medida con complemento humano. Al mes tras la dosis de recuerdo las ratios de los GMT's entre los grupos oscilaron entre 0.89 y 1.03 para los grupos que habían recibido vacunas con MenB y entre 1.05 y 2.48 para los grupos vacunados con ACYW, no demostrándose diferencias significativas en ninguna medición con un límite inferior del intervalo de confianza al 95% mayor de 0.5. Respecto a MenB el 68%-100% tenían hSBA igual o mayor de 5 tras las series primarias y el 87%-100% tras el booster para grupos vacunados con MenB, y entre el 96% y el 98% tras primarias y booster, respectivamente, para los vacunados con MenACYW. Los efectos adversos postvacunales fueron más frecuentes en el grupo 4CMenB/MenACYW y en el 4CMenB.

Los autores concluyen que las respuestas inmunes en la coadministración de las vacunas antimeningocócicas no fueron inferiores a las de la vacunación individual.

[Inmunogenicidad y seguridad de las vacunas contra el meningococo 4CMenB y MenACWY-CRM administradas concomitantemente en lactantes: un ensayo controlado aleatorizado de fase 3b](#)

¿Influyen los abuelos en la decisión de los padres de vacunar a sus hijos? Una revisión sistemática

22/02/2019

Karthigesu S, Chisholm J, Coall A. Do grandparents' decision to vaccinate their children? A systematic review. *Vaccine* 2018;36:7456-7462

Entre los factores no explorados que pueden condicionar el deseo de vacunar o no a los niños se encuentra el de la influencia de los abuelos u otros miembros de mayor edad de la comunidad, especialmente en aquellas familias en las que los abuelos están implicados regularmente en el cuidado de los niños.

Los abuelos, en teoría, estarían en una posición única para influir en el comportamiento acerca de las actitudes sobre las **vacunas** y pueden impactar positivamente en la decisión de los padres. Dado que a menudo se menciona en los medios de comunicación que los abuelos recuerdan las **enfermedades inmunoprevenibles** que ahora son casi invisibles y que, por tanto, pueden influir positivamente en la captación vacunal, los autores llevan a cabo una revisión sistemática de la literatura entre 1990 (pre-Wakefield) y 2017.

Seleccionaron 77 artículos de los que analizaron solamente seis por ser los únicos que cumplían criterios preespecificados. Uno provenía de Pakistán, dos del ámbito rural o de comunidades afroamericanas de los Estados Unidos, uno de Líbano, otro del noroeste de Londres y el último de Quebec.

Aunque ninguno de ellos exploraba específicamente el impacto

de los abuelos en la vacunación, sí demostraban que estaban implicados en variable grado en la captación para vacunas. Al no existir publicaciones que claramente demuestren su papel en la promoción, se hace precisa una investigación en esos términos que, potencialmente, demuestre si los recuerdos de los abuelos y el conocimiento directo o indirecto de las inmunoprevenibles, podría aprovecharse como una medida de salud pública que contrarreste la actual y mal informada atención negativa a las vacunas pediátricas.

[¿Influyen los abuelos en la decisión de los padres de vacunar a sus hijos? Una revisión sistemática](#)

¿Los padres prefieren la vacuna antigripal inactivada o atenuada para sus hijos?

22/02/2019

Santibanez T, Kahn K, Bridges C. Do parents prefer inactivated or live attenuated influenza vaccine for their children? *Vaccine* 2018;36:7300-7305

Estudio basado en encuestas telefónicas a padres de niños menores de 17 años, de los Estados Unidos, para conocer qué proporción de los vacunados tenían padres que preferían **vacuna antigripal inactivada** o atenuada para sus hijos, examinar las razones para sus preferencias, examinar si las preferencias diferían por factores socio-demográficos.

Los datos fueron recabados en dos temporadas gripales: 2014-15 y 2015-16. Para ambas temporadas el 55.2% y el 53.7%,

respectivamente, de los niños vacunados tenían padres que reportaron no tener preferencias por una u otra. El porcentaje que prefirió vacuna atenuada fue del 22.7% y 21.7% y prefirieron la inactivada el 22.1% y el 24.7%, respectivamente. La razón más usual dada por los padres para preferir la vacuna atenuada fue el miedo de sus hijos a las agujas (70.9%) y para preferir la inactivada el que un pinchazo sería más efectivo.

Los autores concluyen que el mayor hallazgo de su estudio es que los padres no expresan preferencias por una u otra vacuna. La falta de preferencias supone una ventaja para el mantenimiento de los niveles de cobertura vacunal en las ocasiones en las que no esté disponible una de las dos o cuando no se recomiendan, como ocurrió con la atenuada en 2016-17 y 2017-18, al no recomendar la vacuna atenuada el ACIP norteamericano.

[¿Los padres prefieren la vacuna antigripal inactivada o atenuada para sus hijos?](#)

Facebook estudia ocultar publicaciones en contra de la vacunación después de ser acusados de difundir noticias falsas de salud

22/02/2019

Según una noticia publicada en *USA Today*, el portavoz de Facebook, Andy Stone, ha comentado que su compañía está dando

pasos para reducir las noticias falsas (*fake*) en relación especialmente a la **vacuna del sarampión**.

Para ello está considerando hacer los contenidos de antivacunación menos visibles. La iniciativa surge después de que el gigante de la comunicación haya recibido críticas por diseminar noticias falsas en su red social y de que un miembro republicano del Congreso de los Estados Unidos haya culpado en una carta dirigida a Mark Zuckerberg a Facebook e Instagram de propagar información falsa sobre la seguridad de las vacunas.

[Facebook estudia ocultar publicaciones en contra de la vacunación después de ser acusados de difundir noticias falsas de salud](#)

Los CDC insisten en que se compruebe el estado de vacunación frente el sarampión antes de emprender viajes internacionales

22/02/2019

Entre el 1 de enero y el 14 de febrero del presente año, se han confirmado 127 casos de sarampión en diez Estados de los Estados Unidos: California, Colorado, Connecticut, Georgia, Illinois, Kentucky, New York, Oregon, Texas y Washington.

Además, se han declarado cinco brotes de enfermedad, definidos como tres o más casos, en Nueva York, Washington y Texas, todos ellos ligados a viajeros que llevaron el sarampión desde

Israel o Ucrania.

Los CDC insisten en que se chequee el estado de vacunación antes de emprender viajes internacionales.

Casos de sarampión en 2019

Recomendaciones de la OMS para la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2019-2020 en el hemisferio norte

22/02/2019

La Organización Mundial de la Salud ha publicado hoy, 21 de febrero de 2019, sus recomendaciones para la composición de la vacuna frente a la gripe para la temporada de gripe 2019-2020 en el hemisferio norte.

Se recomienda que las **vacunas antigripales cuadrivalentes** a base de huevo para uso en la temporada de gripe del hemisferio norte 2019-2020 contengan lo siguiente:

- un virus tipo A / Brisbane / 02/2018 (H1N1) pdm09;
- se anunciará un virus A (H3N2) el 21 de marzo de 2019 *;
- un virus similar a B / Colorado / 06/2017 (linaje B / Victoria / 2/87); y

- un virus similar a B / Phuket / 3073/2013 (linaje B / Yamagata / 16/88).

Se recomienda que el componente del virus de la gripe B de las vacunas trivalentes para uso en la temporada de gripe del hemisferio norte 2019-2020 sea un virus similar a B / Colorado / 06/2017 del linaje B / Victoria / 2/87.

* A la luz de los cambios recientes en las proporciones de virus A (H3N2) genéticamente y antigénicamente diversos, la recomendación para el componente A (H3N2) se ha pospuesto.

Protección indirecta de la vacunación antigripal en niños

22/02/2019

En un artículo publicado en *Nature Communications*, investigadores de Hong Kong han analizado el efecto domiciliario de la **vacunación antigripal infantil** en niños de 6 a 17 años para comprobar si la vacunación genera protección indirecta para la **gripe B** en los no vacunados que conviven en el mismo domicilio.

Investigadores encontraron que la probabilidad de infección en contactos no vacunados fue un 5% inferior a los domicilios “control” donde no había niños vacunados. Los datos fueron recogidos mediante un ensayo controlado y aleatorio de base comunitaria.

Se concluye, en esta investigación, que la vacunación reduce la probabilidad de transmisión domiciliaria aunque el impacto

en la probabilidad global de infección fue pequeño porque en la epidemia analizada causada por el tipo B representó solamente el 10% de todos los acontecimientos de transmisión.

[Protección indirecta de la vacunación antigripal en niños](#)

Pautas de consenso multidisciplinarias basadas en la evidencia para la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en poblaciones de alto riesgo, España 2016

22/02/2019

En la revista *EuroSurveillance* ha publicado un artículo de profesionales sanitarios catalanes procedentes de varias disciplinas que han analizado bajo el prisma GRADE qué pacientes de alto riesgo podrían beneficiarse de la **vacunación frente a las infecciones por el virus del papiloma humano**.

Para ello revisaron las publicaciones científicas *ad hoc* aparecidas entre 2006 y 2016 relativas a la seguridad, inmunogenicidad y eficacia/efectividad de la vacunación.

Concluyeron que hay varios grupos para los que existe una potente recomendación: pacientes VIH menores de 26 años,

hombres que tienen sexo con hombres menores de 26 años, mujeres tratadas de lesiones precancerosas cervicales, mujeres con trasplante de órgano sólido menores de 26 años y papilomatosis respiratoria recurrente hasta los 26 años.

[Pautas de consenso multidisciplinarias basadas en la evidencia para la vacunación contra el virus del papiloma humano \(VPH\) en poblaciones de alto riesgo, España, 2016](#)

El Gobierno de Canarias plantea incluir en su calendario vacunal la vacuna conjugada tetravalente frente al meningococo y la vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B

22/02/2019

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha reunido al Comité Asesor de Vacunas, en el que están representados todas las sociedades científicas, para presentar la propuesta de incorporación de nuevas vacunas en el Calendario Vacunal para todas las edades de la vida de la Comunidad Autónoma de Canarias, con el fin de incluir la **vacuna conjugada**

tetravalente frente al meningococo, la vacuna frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo B, y la mejora de la oferta vacunal frente al Virus del Papiloma Humano con la incorporación de una vacuna frente a 9 genotipos del VPH.

Estos cambios, que fueron presentados por el director del SCS, Conrado Domínguez, el director general de Salud Pública, José Juan Alemán y el presidente de la Asociación Española de Vacunología, Amós García, obligan a una modificación del Calendario Vacunal y suponen un fuerte esfuerzo inversor, de entorno a tres millones y medio de euros más y un incremento de la inversión en torno al 33 por ciento. El objetivo fundamental es garantizar la equidad en el acceso a las vacunas, dentro de una Estrategia Global Frente a las enfermedades transmisibles. De esta manera, y junto a la implementación de las vacunas antigripales tetravalentes, Canarias se configura como la Comunidad Autónoma con el Calendario Vacunal más avanzado del país.

Este cambio en el calendario vacunal estará disponible previsiblemente antes del verano, tras la realización de los trámites administrativos para las adquisiciones correspondientes de las nuevas vacunas y afectará a una cohorte de 8.500 niñas susceptibles de vacunación con el VPH, a los que habría que añadir adultos en determinados grupos de riesgo, tales como hombres que mantienen sexo con hombres, transexuales, etc.; 18.000 niños y niñas preadolescentes de 12 años de la Vacuna Meningocócica Conjugada Tetravalente y 17.000 niños y niñas de menos de un año de vida frente a la Meningitis B.

Vacuna conjugada tetravalente antimeningocócica

Aunque en la actualidad hay 12 serogrupos de meningococo descritos, la gran mayoría de los casos de Enfermedad Meningocócica Invasiva (el 95% de los casos a nivel mundial) son producidos solo por 6 serogrupos: A, B, C, W, X e Y.

La incidencia de EMI aumentó en las cuatro últimas temporadas (entre 2014-2015 y 2017-2018) después de un periodo de descenso continuado desde el año 2000. En la temporada 2017-2018 se registró un incremento del 27,6% con respecto a la temporada previa a expensas del aumento de los casos debidos a los serogrupos C, W, Y,

Frente a la Enfermedad Meningocócica Invasiva, Canarias propone la introducción de la vacuna conjugada tetravalente antimeningocócica, que protege frente a los serotipos A,C,W, Y, y que sustituirá a la vacuna antimeningocócica C y se justifica por el importante aumento que se está observando en Europa de enfermedad meningocócica de determinados tipos incluidos en esa vacuna, que además pueden tener un mayor virulencia.

La vacuna conjugada tetravalente frente al meningococo se administrará a los 12 años de edad, sustituyendo a las dosis de vacuna antimeningocócica C que actualmente se administran a esa edad.

Vacuna frente al meningococo B

La introducción de la vacuna frente al meningococo B se justifica en la gravedad de esta enfermedad junto a las secuelas a las que puede dar lugar, y en lo impredecible del comportamiento del meningococo B, ya que, si bien hoy hay una escasa presencia de casos, mañana puede ocurrir lo contrario. Pero, sobre todo, se justifica como una medida de salvaguarda de la equidad.

No hay que olvidar que esta vacuna ya está presente desde hace tiempo en las oficinas de farmacias y es prescrita por muchos pediatras, lo que genera inequidad en relación a la misma, ya que mientras los niños y niñas que viven en barrios más favorecidos se encuentran vacunados en un alto número, los de zonas más desfavorecidos se encuentran, en la mayoría de los casos, sin vacunar, y en ocasiones dadas las posibles

condiciones de vida son, además un grupo con mayor riesgo de sufrir este problema. La introducción de la vacuna frente al meningococo B evitará esa desigualdad.

La vacuna antimeningocócica B se administrará en una pauta de dos dosis mas uno. Las dos primeras dosis en el primer año de vida, y la tercera, como recuerdo, en el segundo año de vida.

Vacuna frente a 9 genotipos de VPH

La mejora de la oferta vacunas frente al VPH está justificada por el incremento de protección directa que se obtendría frente a 9 genotipos oncogénicos del VPH, incluidos en la nueva vacuna Gardasyl 9. Las dosis de Gardasyl 9 sustituirán a las dosis de vacuna frente al VPH que actualmente se incluyen en el calendario vacunal infantil, en el mismo número y secuencia temporal.

Enfermedad Meningocócica Invasiva EMI

La EMI es una enfermedad bacteriana aguda causada por *Neisseria meningitidis* o meningococo. Los síndromes clínicos que la caracterizan son meningitis, bacteriemia y sepsis⁸. Otras presentaciones menos frecuentes son neumonía, artritis séptica, pericarditis, uretritis y conjuntivitis. El inicio de la clínica más común es la aparición repentina de fiebre, náuseas y vómitos, cefalea intensa, alteración del estado mental, rigidez de nuca y fotofobia.

A veces, la presentación de EMI puede ser inespecífica (fiebre, mialgias, vómitos y otros síntomas gastrointestinales) y evolucionar rápidamente a shock séptico, sobre todo en la población infantil o en la producida por algunos serogrupos. Recientemente se ha descrito un aumento de la presentación con sintomatología gastrointestinal. La letalidad por EMI es del 8-15%, generalmente en las primeras 24 a 48 horas tras la aparición de los síntomas. Un 10-15% de los que sobreviven sufren secuelas a largo plazo incluyendo déficit neurológico, sordera y amputaciones.

La enfermedad se transmite de forma directa de persona a persona a través de las secreciones respiratorias. La propagación de la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado con un caso o una persona portadora (besar, estornudar, toser, dormitorios colectivos, compartir cubiertos y vajillas). El periodo de incubación medio es de 4 días, pero puede oscilar entre 2 y 10 días. El periodo de transmisibilidad persiste mientras el microorganismo permanezca en la nasofaringe de las personas portadoras, pudiendo prolongarse durante semanas o incluso meses, así como estar presente en la vía superior de manera intermitente.

El único reservorio conocido de *N. meningitidis* es el ser humano; no hay reservorios animales. La infección meningocócica puede limitarse a la nasofaringe sin producir síntomas, como estado de portador (10% de media en población general), o progresar a enfermedad invasiva y producir un cuadro de púrpura fulminante con postración súbita y shock.

Fuente: Gobierno de Canarias