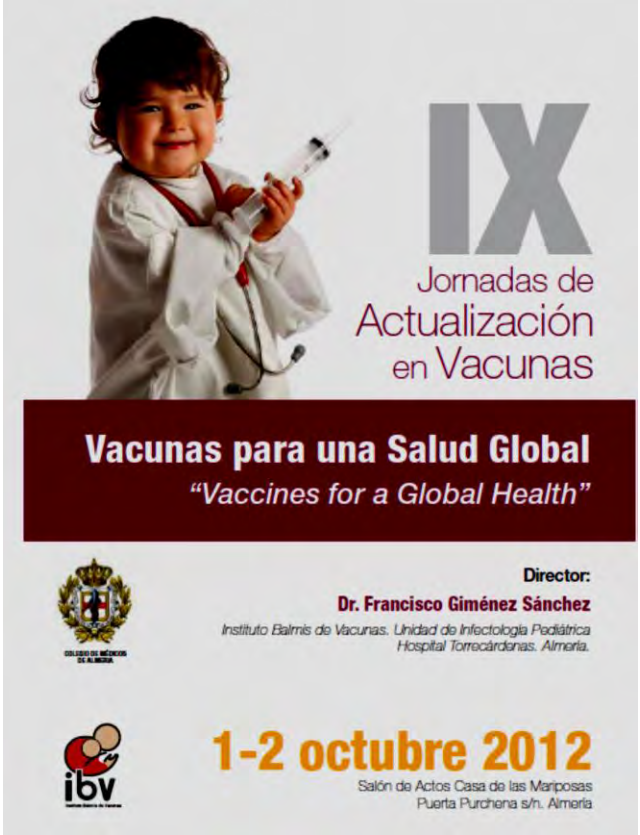


17.30-18.30	**Lo último en vacunas: aplicación a la práctica diaria** **Moderador:** Dr. Antonio Muñoz Hoyos. *Hospital Clínico San Cecilio. Granada.* **Ponente:** Dr. Fernando Moraga Llop. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Vacunas: ¿qué ha sucedido en el último año?

El epidemiólogo Ciro de Quadros, premio Fronteras del Conocimiento en Cooperación al Desarrollo

Vacunas para todos

CELESTE LÓPEZ
Madrid

La salud pública centró su atención desde el primer momento en que entró en la facultad de Medicina en su Brasil natal, tanto que incluso antes de terminar sus estudios de posgrado hizo su equipaje y se adentró en la Amazonia brasileña con el ambicioso objetivo de conseguir un 100% de tasa de vacunación entre la población atendida en su área, meta que ahora podría parecer más que factible, pero que fue tomada 44 años atrás cuando esa tasa apenas si llegaba al 10%. A este, siguieron otros objetivos y nuevos logros, entre ellos, la erradicación de uno de los enemigos más mortíferos de la humanidad, la viruela, y su lucha sin cuartel de la polio y el sarampión en América. Este es Ciro de Quadros (1940), galardonado con el premio Fundación BBVA Fronteras del Conocimiento en la categoría de Co-

PERFIL

FUNDACIÓN BBVA

El investigador brasileño Ciro de Quadros

Una carrera al servicio de la salud pública

De Quadros (1940) comenzó a trabajar en la Organización Mundial de la Salud como responsable del programa de erradicación de la viruela en 1970. Siete años después se registraba el último caso del mundo en Somalia. Ese año se unió a la Organización Panamericana de la Salud para poner en marcha planes de vacunación sistemática contra la polio. En 1994, quedó erradicada de la región americana. En 1999, concentró sus esfuerzos en sarampión, con idénticos resultados.

lud tiene grandes beneficios: "Por cada euro invertido en vacunas, el retorno es de diez".

Pero la labor de este brasileño no se limita a concienciar a los gobiernos sobre la necesidad de invertir en salud, sino que también promueve un nuevo modelo de aprovisionamiento de vacunas a través de centrales de compra integradas por varios países. De esta forma, el coste económico se

El investigador brasileño ha trabajado en la erradicación de la viruela, la polio y el sarampión

reduce considerablemente, lo que reduce las reticencias gubernamentales.

Desde el 2003 trabaja en el Instituto de Vacunas Sabín (EE.UU.), organización dedicada a la exten-

"Cada dólar que se invierte en vacunas ofrece un retorno de 10"

De Quadros conoció la conce- pañas de vacunación, conven- productiva. La inversión en sa- ta que llega al pueblo.

Unos 10.000 menores van a beneficiarse de una campaña de vacunación de la ONG África Arco Iris en la que colabora el Instituto Hispalense de Pediatría

Vacunas de vida para los niños de Costa de Marfil

P. GARCÍA
SEVILLA

La mortalidad infantil en Costa de Marfil es de ochenta y ocho personas por cada mil, siendo las vacunas el instrumento más eficaz en la lucha contra la infección y la enfermedad. De ello son bien conscientes en la ONG África Arco Iris que viene desarrollando allí campañas de vacunación desde hace ya ocho años con las que, hasta la fecha, se ha logrado salvar la vida de 165.000 niños. Su presidente, Jesús Mejías Begines, a la sazón cónsul de Costa de Marfil en Andalucía y Extremadura, tiene previsto viajar hoy a ese país acompañado de un grupo de personas del que forman parte dos médicos del Instituto Hispalense de Pediatría —Alfonso Carmona y Antonio Peralta— para responder así a un S.O.S. por el gran foco de mortalidad que se registra en el norte de aquella nación africana.

Con objeto de recabar los fondos necesarios para tal fin, esta Ong llevó a cabo en Navidad la iniciativa «Un belén, una vacuna» y ha contado con el apoyo de Caja Rural del Sur y Cajamar.

Se espera que, a lo largo de una semana, unos 10.000 niños de entre 2 y 14 años puedan beneficiarse de esta nueva campaña de vacunación contra la meningitis y la fiebre tifoidea. «En Costa de Marfil, una vacuna es una vida, no existe otro medio que la prevención y esa es nuestra mayor satisfacción personal», confiesa el doctor Carmona que lleva casi desde el principio colaborando con África Arco Iris como asesor en vacunación. Su labor, aparte de administrar vacunas, consiste en controlar y organizar con las autoridades todo el proceso «para que no desaparezca —dice— ni una sola dosis».

Además de la salud, para este reconocido pediatra la educación de los menores constituye otra de las tareas más importantes que pueden impulsarse en países tan azotados por la miseria como Costa de Marfil. Es por ello por lo que destaca la inauguración de una escuela, financiada por la Diputación de Sevilla, en el sur del país, en Anyama, con una población totalmente rural, contribuyendo así a la formación de miles de niños de los que dependerá el futuro de su país. Un regalo, en suma, de vida y esperanza.

El doctor Carmona vacuna a un niño en una de las campañas anteriores

AIAC

Dos médicos almerienses preparan la primera aplicación sobre vacunas

Estará lista a final de agosto e incluirá calendarios de vacunación de todo el país, las exigencias para los viajeros, un vademecum y descripciones de enfermedades

ALICIA AMATE
REDACCIÓN

Hagan memoria. ¿Saben si están vacunados del sarampión? ¿Recuerdan cuando toca la próxima vacuna a su hijo? ¿De qué habría que vacunarse para viajar a Malasia? Son preguntas muy habituales pero cuya respuesta puede resultar complicada. Eso mismo pensaron dos médicos de Almería y a finales del próximo mes la primera aplicación sobre vacunas para 'smart phone' y 'tablet' del mercado estará disponible.

"La idea se nos ocurrió por pura necesidad. Cuando viene un paciente, si es niño, no hay problema porque sabes que tiene todas las vacunas puestas pero en el caso de los adultos es mucho más complicado. Nunca se suelen acordar de si están vacunados de algo o no", explica Francisco Llave, Médico de Familia y de Urgencias en el Hospital de El Toyo.

Nacional e internacional

Allí también trabaja Loles Rubia como médico. Ella es la encargada de recopilar todo el material del que se nutrirá esta aplicación. "Estamos incluyendo el calendario de vacunaciones de todas las comunidades autónomas, así como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para tener un referente más general".

Pero este calendario es sólo una de las cinco partes de las que se compone la aplicación que estará disponible de manera gratuita en unas seis semanas. Además, contará con un 'Vademecum' en el que se describen todas las vacunas existentes hoy en día así como sus posibles efectos secundarios. Otro de los apartados, tendrá una descripción de las enfermedades vacunables para que el usuario pueda conocer contra qué esta siendo vacunado. "Toda la información va a estar validada y tendrá referencias bibliográficas perfectamente claras. Sabemos que el tema de las vacunas crea cierta controversia y que hay mucha desinformación, sobre todo en el caso de las vacunas para adultos", explica la doctora Rubia. Es por ello que también tendrá un espacio la vacunación para adultos.

Por último, uno de los aspectos más laboriosos de esta aplicación es que contará con un mapa en el que podrán consultarse las vacunas obligatorias y recomendadas para viajar a cualquier país del mundo. "A veces nos consultan a nosotros pero sabemos que hay gente que directamente pregunta en las agencias de viajes qué vacunas son necesarias para ir a algún país", destaca Francisco Llave.

Como último objetivo, aunque todavía no tiene fecha, se han propuesto crear una alerta para que insertando los datos del usuario en la aplicación, ésta recuerde con una semana de antelación que es el momento de vacunarse para lo que contará con un directorio donde poder concertar una cita.

VACUNAS PARA 'SMART PHONES'

La aplicación se llamará simplemente 'Vacunas'. Un ambicioso proyecto que tiene previsto también una versión en ingles. En principio podrá descargarse sus versiones para 'Iphone' y 'Android' aunque la empresa con la que colaboran, la almeriense Ingeniero Alborada, pretende también adaptar la aplicación para que pueda verse como página web.

FRANCISCO LLAVE
Médico de Familia y Urgencias

"Esta aplicación va a servir tanto para el sanitario como para el usuario"

LOLES RUBIA
Médico de Familia y Urgencias

"La mayoría de las personas ni siquiera saben qué es en realidad una vacuna"

"A la hora de viajar, hay quien pregunta sobre vacunas en las agencias de viajes"

SUPREMO RECHAZA UN RECURSO POR SUPUESTO ERROR JUDICIAL

Avalada una condena por mala información vacunal

→ La Sala Especial del Tribunal Supremo confirma un fallo de la Sala Contenciosa que condenaba a la Junta de Castilla-La Mancha por una información deficiente en la campaña vacunal de la meningitis de 2000.

M. Esteban

La Sala Especial del Tribunal Supremo ha desestimado el proceso por error judicial que la Junta de Castilla-La Mancha interpuso contra la sentencia de la Sala Contenciosa del Supremo que le condenaba a pagar 800.000 euros a la familia de una paciente por una información vacunal deficiente. En concreto, el Supremo entendía que la información de la campaña de vacunación de la meningitis del año 2000 fue deficiente e impidió a los padres de una niña -vacunada en 1997- la opción de revacunar a su hija.

La sentencia del alto tribunal, antes de analizar las cuestiones alegadas por la Administración, recuerda que para que prospere el recurso es preciso que el error judicial que se atribuye al Ese error, continúa el fallo, debe ser "craso, patente, indubitado, incontestable, flagrante y que haya provocado conclusiones fácticas o jurídicas ilógicas, irracionales, esperpénticas o absurdas".

Ninguno de estos requisitos concurren en el caso que el Supremo vuelve a analizar.

Los magistrados de la Sala Especial descartan los cuatro errores alegados por la Administración: en los hechos que fundamentan la estimación del recurso, en la normativa aplicada, en la consideración de la pérdida de oportunidad y en la fijación de la indemnización.

En el primer caso, la Junta sostenía que el Supremo analizó de forma errónea el informe del Servicio de Epidemiología, que en contra de lo que admitía el Supremar de ello.

No lo entiende así la Sala Especial del alto tribunal, que recuerda que la Administración había llevado a cabo tres campañas de vacunación de la meningitis C, en los años 1997, 2000 y 2003. El examen de estas campañas revela que "la del 2000 fue muy diferente" a las otras dos, caracterizadas estas últimas por la publicidad, la amplitud de la población diana y la adopción de múltiples medidas para captar a dicha población, lo que no ocurrió con la campaña del año 2000.

Datos relevantes

Además, el fallo recuerda que en el expediente constaba un cuadro sobre la tasa de dicha enfermedad en Castilla-La Mancha entre 1996 y 2003, donde se ad-

SUPREMO CASTILLA-LA MANCHA PAGARÁ 800.000 EUROS TRAS UNA INFORMACIÓN DEFICIENTE

Condena millonaria por mala campaña informativa vacunal

→ El Supremo impone a Castilla-La Mancha una condena de 800.000 euros por una deficiente información sobre la campaña de vacunación de la meningitis C del año 2000. Este error o sionó una pérdida de oportunidad para los dres de una menor que padeció la enfermeda

Norte Estelas

La Sala Contenciosa del Tribunal Supremo ha revocado un fallo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-

"para justificar, si no la r vacunación, al menos más la información".

Mayor extensión

La seguridad de los ciudadanos

La sentencia que a finales de 2010 dictó el Supremo analizaba si la Administración estaba o no obligada a revacunar a la población en caso de que una vacuna resulte ser ineficaz. El fallo declaraba que la Administración es libre para decidir revacunar de forma gratuita. Ahora bien, sí debería "rectificar informaciones" que ponen en peligro la seguridad de los ciudadanos *(vèr DM del 8-VII-2010)*.

si no la revacunación sí como mínimo la información, al tratarse de un franja que correspondía a niños ya vacunados". No se admite, por tanto, el error que se denuncia.

Tampoco puede prosperar un error en la apreciación de la pérdida de oportunidad, ya que el fallo del Supremo "razona detalladamente por qué en el caso se ha producido una pérdida de oportunidad". En efecto, según los magistrados, "nadie se revacuna de una enfermedad como la meningi-

excluidos de la campaña, donde radica la dejación de funciones de la Administración".

El tercer error atribuido a la sentencia del Supremo, relativo a la normativa aplicada, no pasa tampoco la revisión judicial. La Sala Especial recuerda que la campaña vacunal del año 2000 fue "una oportunidad innegable para suministrar la información de que se disponía, pero no la única, pues el incumplimiento del deber de informar no se agota en un acto único, sino que es con-

DIARIO MÉDICO, 11-11-11

FALLO DEL TSJ DE CASTILLA Y LEÓN CONTRA SACYL

Condena por no recabar el CI en la triple vírica

→ Los padres de un menor que desarrolló una encefalitis tras ser vacunado a los quince meses serán indemnizados porque no se les informó del riesgo.

El Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León ha admitido la reclamación de la familia de un menor que sufre una encefalitis y tetraparexia espástica que desarrolló pocos días después de ser vacunado de la triple vírica. La Consejería de Sanidad ha sido condenada a indemnizar con 470.000 euros por una falta de información a los padres del menor de los riesgos de encefalopatías asociados a la inmunización del virus contra el sarampión, que se suministra en esa triple vacunación. La sentencia admite que la complicación es "atípica por poco frecuente", pero dada su gravedad, con consecuencias irreversibles, es exigible informar.

Los magistrados no aceptaron ni las alegaciones del perito

470.000 euros de indemnización por no informar del riesgo atípico de una encefalopatía asociada a la inmunización del sarampión

judicial, ni las de la Administración que aludieron a la obligación del acto médico por su beneficio colectivo y la existencia de un consentimiento implícito al acudir libremente al centro. Es más, el tribunal afirma que este tipo de daños que surgen de acatar una norma dictada en beneficio de la colectividad "son imputables a la comunidad".

PÁG. 8

DIARIO MÉDICO, 13-01-12

Consenso de sociedades científicas

Hablemos de las vacunas desde la ciencia y el conocimiento.

Documento de consenso de sociedades y asociaciones científicas frente a la "desinformación" sobre las vacunas

Talking about vaccines: the scientific point of view.

Consensus document of the Scientific Societies and Associations against the anti-vaccine campaign

Asociación Española de Vacunología (AEV)

VACUNAS. 2011;**12(4)**:160-161

SÁBADO, 11 DE JUNIO DE 2011 ABC
abcdesevilla.es/sevilla

En cuatro días la Junta cambia de criterio sobre la meningitis C

▸Ayer aseguró que ya no es necesaria la cuarta vacuna que aconsejó aplicar el lunes

del Satse. Tanto el Sindicato de Enfermería, como la Delegación de Salud de la Consejería indicaron ayer que en los centros de salud de Sevilla no hay demora para la administración de las vacunas y también se han

tas para dentro de un mes en el primer sitio y mes y medio en el segundo centro de salud.

El doctor Alfonso Carmona, del Instituto Hispalense de Pediatría, recomienda la cuarta dosis y dice que aun-

«Vacunarse es el modo más seguro y efectivo de protección, ya que es la mejor forma de reducir el riesgo de contraer la meningitis C, enfermedad que cursa con gravedad, llegando a producir secuelas neurológicas y físicas, e incluso llegando a ser letal», afirmó Carmona. Pese a que este pediatra insiste en que Andalucía y España tienen «el mejor calendario vacunal» y que los niños no vacunados no están desprotegidos, él aconseja esa dosis de recuerdo.

24 SEVILLA

MARTES, 14 DE JUNIO DE 2011 ABC
abcdesevilla.es/sevilla

Listas de espera y confusión para vacunarse de meningitis C

▸La Junta dice una cosa; los médicos, otra, y hay padres que no saben a qué atenerse

En los centros de salud de Mallén, Sevilla-Este, San Jerónimo y El Porvenir, varias usuarias dij
ABC que les están dado
dosis de recuerdo para el
ta el 20 de julio, «porque
dicos consideran que se

los niños nacidos entre 2000 y 2005
que vivan o estén en contacto con per-

no hay suficiente para los niños que han de seguir el calendario».

Tanto la Junta como el Sindicato de Enfermería aseguraron la semana pasada que en los centros de salud de Sevilla no hay demora para la administración de las vacunas y que también se han reforzado los servicios para que la población que pida la revi-

MAIRENA DEL ALCOR

Habrá vacunación contra la meningitis hasta los 40 años

▸Son cerca de 5.000 los vecinos inmunizados ya en Mairena y El Viso del Alcor

Mairena del Aljarafe

vacuna, los sanitarios también han estado vacunando a personas fuera del tramo establecido como de peligro. Al día de ayer se habían vacunado en Mairena casi 4.000 personas, mientras que en El

VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA C CONJUGADA

¿Qué hay que cambiar en la estrategia vacunal?

1. Catch-up hasta los 19 años (si no se ha hecho)
2. Booster a los 12-15 meses en calendario
3. Catch-up booster de los niños de 1-5 años
4. Vigilancia epidemiológica

JCVI statement on the use of meningococcal C vaccines in the routine childhood immunisation programme
29 January 2012

Conclusion

11. Given that evidence suggests:
    (i) one dose of serogroup C meningococcal vaccine offers protection to infants; and
    (ii) one dose of serogroup C meningococcal vaccine would provide longer-term protection to adolescents and maintain herd protection to infants and younger children,

the committee advises that an adolescent dose of serogroup C meningococcal vaccine be introduced and a dose of serogroup C meningococcal vaccine in infants be removed.

Immunogenicity of a Single Dose of Meningococcal Group C Conjugate Vaccine Given at 3 Months of Age to Healthy Infants in the United Kingdom

(*Pediatr Infect Dis J* 2012;31: 616–622)

PAUTA 1 + 1 + 1

COBERTURAS VACUNALES EN ESPAÑA (1992-2009-2010)

Ministerio de Sanidad

				2011
DTP (1er año)	83,8	**95,9**	**96,6**	**97,1**
VPO/VPI (1er año)	84,8	**95,9**	**96,6**	
DTP/VPO-VPI (2º año) (1998)	89,5 91,2	**94,1** **94,1**	**93,7** **93,7**	
Hib/MCC (1er año) (1998/2001)	81,6 86,7	**95,9** **97,4**	**96,6** **97,8**	**98,0**
VHB (1er año) (2003)	97,6	**95,5**	**96,5**	
Triple vírica (1ª d.) (2003)	96,7	**97,4**	**95,5**	**(89,4-100)**

COBERTURAS VACUNALES EN ESPAÑA (2009-2010)

Ministerio de Sanidad

DTP (5ª d., 4-6 años)	**88,3**	**88,9**
Triple vírica (2ª d.) (3-6 años)	**90,4**	**92,3**
dT (6ª d.) (14-16 años)	**74,1**	**80**
VHB (11-12 años)	**82,7**	**79,1**
VPH (11-14 a, 3 dosis)	**77,2**	**64,3**

(77,6-97,7)

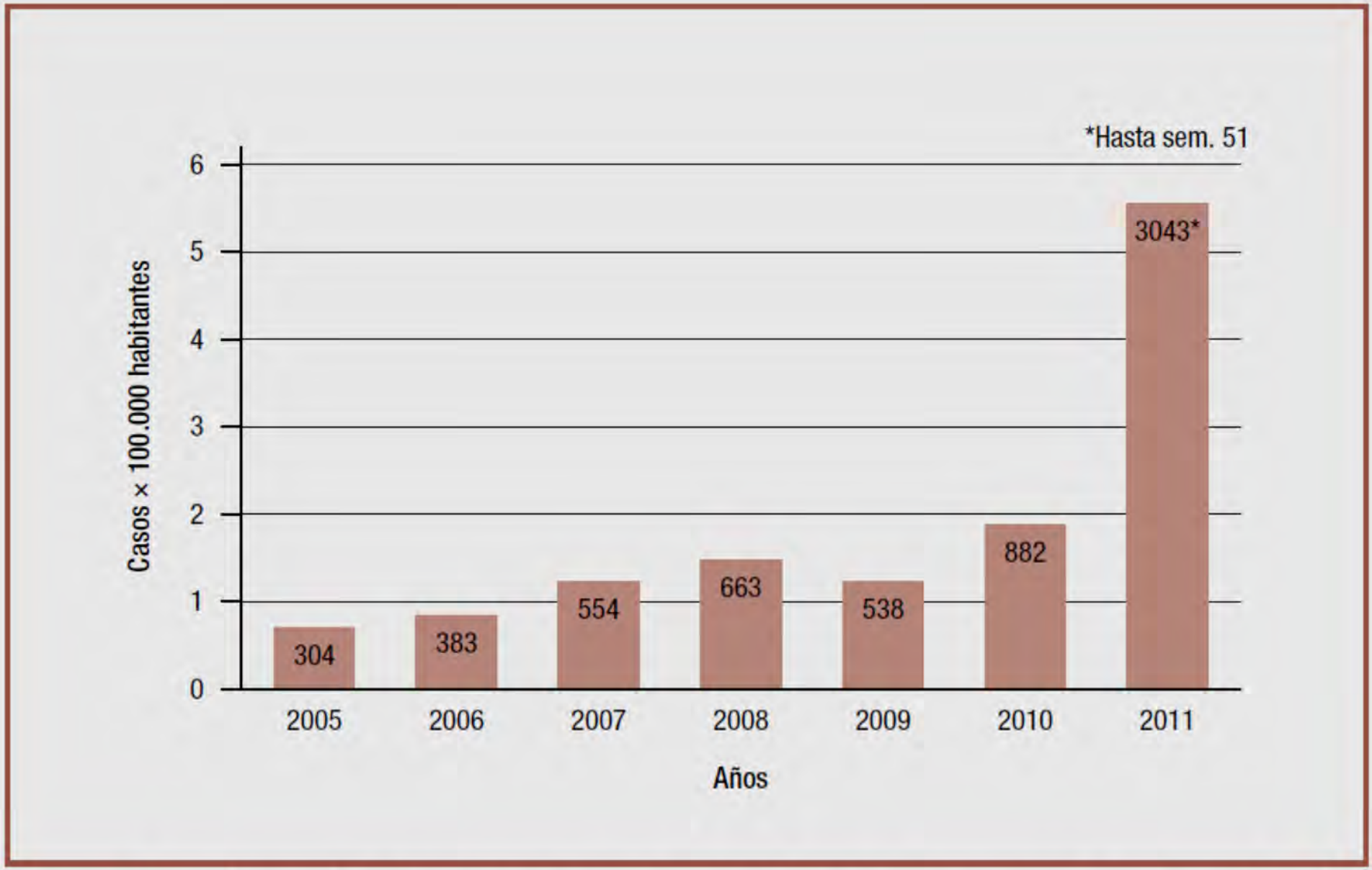
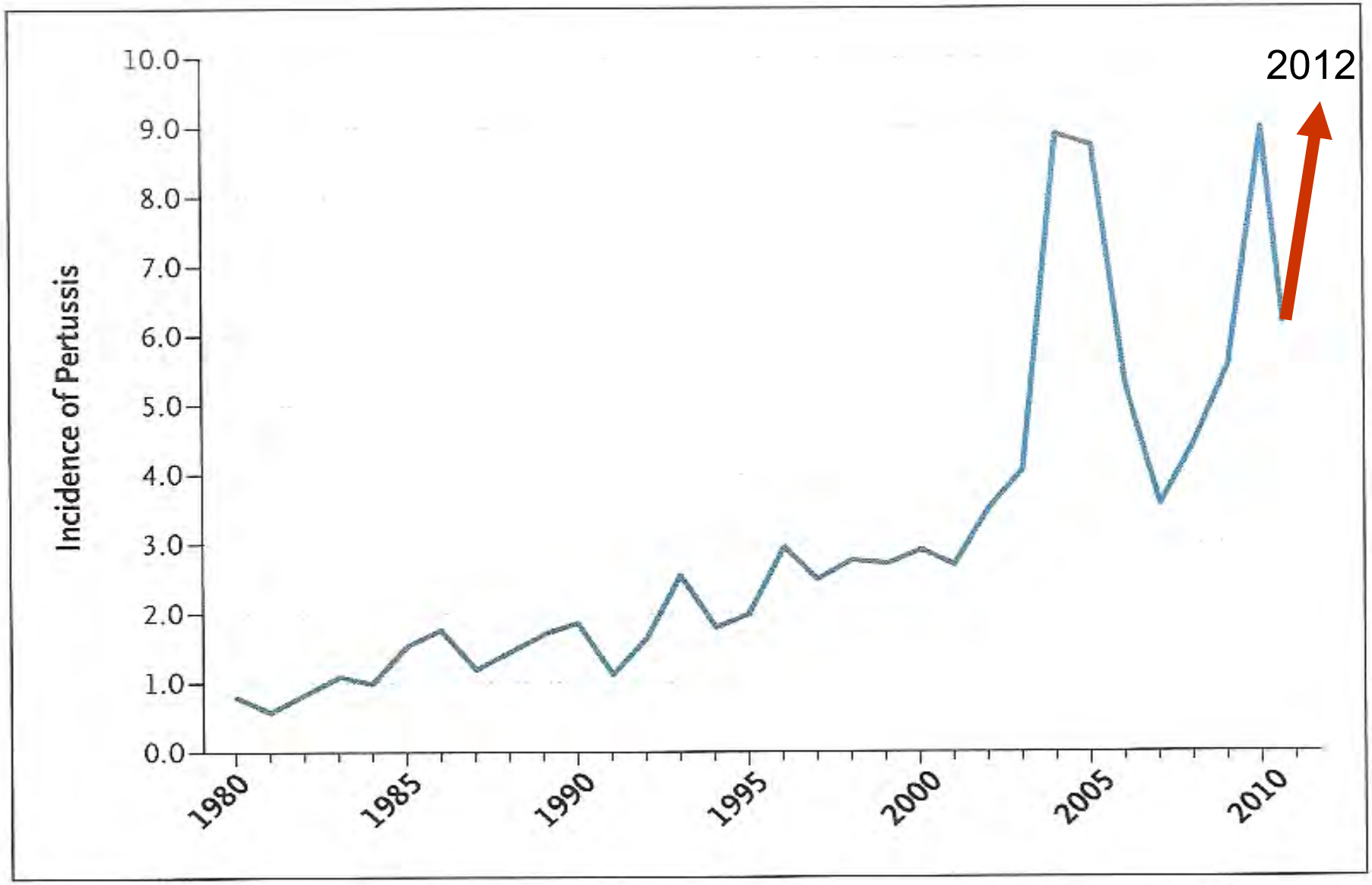


Figura 1. Incidencia de la tos ferina en España (2005-2011). Sistema EDO. Instituto de Salud Carlos III.

De: F. Giménez en Vacunas 2012, Campins M, Moraga FA (eds)



Incidence of Pertussis per 100,000 Population in the United States, 1980–2011.

Data are from the Centers for Disease Control and Prevention.

Tabla 3. Estrategias de vacunación frente a la tos ferina.

- Vacunación sistemática del adolescente a los 11-12 años: dTpa en lugar dT
- Vacunación sistemática del adulto: dTpa en lugar dT
- Estrategia del nido: precoz, al menos 15 días antes del contacto
  - Contactos domiciliarios familiares
  - Contactos domiciliarios no familiares
  - Estrategia del nido ampliada:
    - Personal de guarderías
    - Personal sanitario
- Vacunación de la embarazada a partir de la 20ª semana de gestación:
  - Protección directa pasiva e indirecta del recién nacido
- Vacunación materna en el puerperio inmediato
- Vacunación pediátrica precoz:
  - Neonatal: no hay vacunas monovalentes disponibles
  - Lactante: vacunación precoz y rápida a las 6, 10 y 14 semanas
- Nuevas vacunas adaptadas a las cepas de *B. pertussis* circulantes: en investigación

FA Moraga Llop: Vacunas 2012

Cobertura de vacunación frente a virus de papiloma humano -VPH- (3 dosis; niñas de 11 a 14 años). Curso Escolar 2009-2010.

CC.AA	Población	Fuente	nº dosis	%	2008-2009
Andalucía	40.849	DIABACO-SIGAP	15.062	36,9	62,2
Aragón	5.519	Instituto Aragonés Estadística	3.896	70,6	
Asturias	3.438	Tarjeta Sanitaria	2.882	83,8	
Baleares	4.934	Censo escolar	2.461	49,9	80,6
Canarias	9.896	ISTAC	6.873	69,5	
Cantabria	2.239	Instituto Cantabro Estadística	1.614	72,1	
Castilla y León	9.858	Censo escolar	8.356	84,8	
Castilla La Mancha	10.121	Tarjeta Sanitaria	5.248	51,9	70,5
Cataluña	32.437	IDESCAT	26.092	80,4	
C. Valenciana	23.539	SIP (tarjeta sanitaria)	13.729	58,3	73,7
Extremadura	5.500	CIVITAS (Sis. Inf. base poblacional)	4.686	85,2	
Galicia	9.570	Instituto Gallego de Estadística	7.457	77,9	
Madrid	27.811	Padrón continuo 2009	19.328	69,5	
Murcia	7.341	Registro Nominal	5.451	74,3	
Navarra	2.845	Censo escolar	2.406	84,6	
P. Vasco	-		-	-	
La Rioja	1.285	Censo Escolar	1.171	91,1	
Ceuta	459	CIVITAS (Sis. Inf. base poblacional)	364	79,3	
Melilla	514	INE	344	66,9	
TOTAL	**198.155**		**127.420**	**64,3**	77,2

CONSEJO INTERTERRITORIAL LA TRIPLE VÍRICA SE ADELANTARÁ A LOS 12 MESES

El calendario será único en fechas pero aún no en vacunas

Calendario único de vacunas: un problema viejo de muchos gobiernos

¿Hacia un calendario vacunal único en España ?

Cambios en 2011

- Sustitución de la 5ª dosis de DTPa por la dTpa en 15 CCAA
- Incorporación de la VNC 13v en Galicia (enero 2011)
- 2ª dosis de vacuna de la varicela en Melilla (enero 2011)
- 6ª dosis de vacuna de tos ferina (dTpa) en Madrid (junio 2011)

¿Hacia un calendario vacunal único en España ?

Cambios en 2012

La Comunidad deja de dar gratis la vacuna del neumococo a 76.000 niños

EL PAIS

Medio: EL PAIS MADRID
Fecha: 25/07/2012
Página: 1 Documento: 1/1
Autor: REDACCIÓN

Edad de vacunación: lo científico

1. **Hepatitis B: 2,4,6 meses, *PERO en este caso….mejor no tocarlo***
2. **Triple vírica y varicela: 12 meses (2ª dosis: 2-3 años)**
3. **Meningococo C conjugada: 12 meses**
4. **VPH: a los 11 años**
5. **Sexta dosis de dTpa a los 11 años**

Tabla 2. Nuevas vacunas comercializadas en España (1993-2011).

VHA	Anticolérica oral
Hib conjugada	VHB adyuvada (AS04)
dT	Antirrábica PCECV
DTPe-VHB	Varicela**
VHA+VHB	Antirrotavirus monovalente
Meningocócica AC no conjugada	Antirrotavirus pentavalente
DTPe-Hib	VPH tetravalente
Varicela*	VPH bivalente
DTPa	Neumocócica conjugada 10-valente
DTPa-Hib	Pandémica A H1N1/2009 (adyuvada con AS03)
DTPa-VHB	Pandémica A H1N1/2009 (adyuvada con MF59)
Neumocócica no conjugada 23-valente	Pandémica A H1N1/2009 (no adyuvada)
DTPa-VPI-Hib	Encefalitis japonesa
DTPa-VPI/Hib	dTpa++
Meningocócica C conjugada	Meningocócica conjugada tetravalente (ACWY)
Antigripal adyuvada (MF59)	Neumocócica conjugada 13-valente+++
Antigripal virosómica	Antigripal intradérmica
DTPa-VPI-VHB/Hib	Antigripal intranasal
DTPa-VPI-VHB-Hib	Meningocócica B (pendiente de aprobación en 2012)
Neumocócica conjugada 7-valente	
dTpa+	

En: Vacunas 2011. Campins Martí M, Moraga Llop FA.

Aprobación EMA 27/10/2011

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Prevenar 13 suspensión inyectable
Vacuna antineumocócica polisacárida conjugada (13-valente, adsorbida)

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Inmunización activa para la prevención de enfermedad invasiva, neumonía y otitis media aguda causadas por *Streptococcus pneumoniae* en lactantes y niños desde 6 semanas hasta 5 años de edad.

Inmunización activa para la prevención de la enfermedad invasiva causada por *Streptococcus pneumoniae* en adultos de 50 años de edad o mayores.

4.2 Posología y forma de administración

Adultos de 50 años de edad o mayores

Una dosis única.

Septiembre de 2012 **PREVENAR 13® (vacuna antineumocócica conjugada 13-valente), ha recibido la autorización de comercialización en España, para la nueva indicación para la prevención de la enfermedad invasiva causada por *Streptococcus pneumoniae* en adultos de 50 años de edad o mayores[1].**

PREVENAR 13® se ha incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, con cargo a fondos públicos (reembolso mediante recetas visadas) para los pacientes de 50 años o mayores considerados de riesgo, con

Inmunodeficiencia/inmunosupresión: Enfermedad de Hodking, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, infección por VIH.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

EMA/562289/2011
EMEA/H/C/000973

FT

Synflorix suspensión inyectable en jeringa precargada
Vacuna conjugada antineumocócica de polisacáridos (adsorbida)

Inmunización activa frente a enfermedad invasora y otitis media aguda causada por *Streptococcus pneumoniae* en lactantes y niños a partir de las 6 semanas hasta los 5 años de edad. Ver secciones 4.4 y 5.1 para información acerca de la protección frente a serotipos neumocócicos específicos.

- niños de 2 a 5 años: La pauta de vacunación consiste en dos dosis de 0,5 ml con un intervalo de al menos 2 meses entre las dosis.

Invasive pneumococcal diseases in birth cohorts vaccinated with PCV-7 and/or P*Hi*D-CV in the province of Quebec, Canada

Philippe De Wals[a,b,c,*], Brigitte Lefebvre[d], Fannie Defay[b], Geneviève Deceuninck[b], Nicole Boulianne[c]

Vaccine (2012), http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.08.017

Table 2
Incidence of invasive pneumococcal disease in birth cohorts exposed to different vaccines.

Birth cohort	Observation age (period)	Persons at risk	Person-years at risk	Main vaccine for primary series + booster	Number of IPD cases (rate per 100,000 person-years)				
					PCV-7 types (rate)	Additional PHiD-CV types (rate)	19A (rate)	Other types (rate)	Total all types (rate)
Jun 2007–Jun 2008	6–18 months (Sep 2007–Dec 2008)[a]	92,997	54,587	PCV-7 + PCV-7	1 (2)	3 (6)	15 (27)	16 (29)	35 (64)
Jun 2009–Jun 2010	6–18 months (Sep 2009–Dec 2010)	95,600	56,600	PHiD-CV-10 + PHiD-CV-10	2 (4)	0 (0)	9 (16)	9 (16)	20 (35)*
Aug 2007–Jan 2008	13–28 months (Sep 2008–Dec 2009)[a]	42,528	48,160	PCV-7 + PCV-7	0 (0)	5 (10)	12 (25)	8 (17)	25 (52)
Aug 2008–Jan 2009	13–28 months (Sep 2009–Dec 2010)	44,405	50,238	PCV-7 + PHiD-CV-10	0 (0)	0 (0**)	8 (16)	4 (8)	12 (24)**

*$p = 0.03$; **$p = 0.02$; all other comparisons were not statistically significant.

[a] 6 IPD cases (including one 7F case) are common to the two comparison periods, the overlap is shown in Supplementary Figure.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Boostrix suspensión inyectable en jeringa precargada
Vacuna antidiftérica, antitetánica y antitos ferina (componente acelular) (adsorbida, contenido antigénico reducido)

La vacunación repetida frente a difteria, tétanos y tos ferina debe realizarse en los intervalos establecidos en las recomendaciones oficiales (generalmente 10 años).

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

TRIAXIS, suspensión inyectable
Vacuna de difteria, tétanos, tos ferina (componente acelular) (adsorbida, contenido de antígenos reducido)

Se recomienda una única inyección de una dosis (0,5 ml), en todos los grupos de edad indicados. Triaxis es una vacuna que contiene dosis reducidas de antígenos de difteria, tétanos y pertussis, estando indicada como vacunación de recuerdo. Al administrar la vacuna, se deben tener en cuenta las indicaciones e intervalos de dosis de acuerdo con las recomendaciones oficiales para todos los antígenos contenidos en la vacuna.

VACUNAS dTpa

Decennial Administration of a Reduced Antigen Content Diphtheria and Tetanus Toxoids and Acellular Pertussis Vaccine in Young Adults

Jussi Mertsola,[1] Olivier Van Der Meeren,[2] Qiushui He,[4] Anna Linko-Parvinen,[4] Gunasekaran Ramakrishnan,[2] Leni Mannermaa,[4] Maaria Soila,[3] Markku Pulkkinen,[3] and Jeanne-Marie Jacquet[2]

[1]Department of Pediatrics, University of Turku, Turku, Finland; GlaxoSmithKline Biologicals, [2]Rixensart, Belgium, and [3]Espoo, Finland; and [4]Department of Infectious Diseases Surveillance and Control, National Institute for Health and Welfare, Turku, Finland

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

agencia española de medicamentos y productos sanitarios

Fecha de publicación: 10 de febrero de 2012

RotaTeq (VACUNA ORAL DE VIRUS VIVOS FRENTE A ROTAVIRUS)

- Nueva indicación:

  Se ha modificado la indicación autorizada para ampliar la edad de los pacientes en su límite superior de 26 a 32 semanas.

  Por tanto la indicación sería como sigue:

  "RotaTeq está indicado para la inmunización activa de niños a partir de las 6 semanas de edad hasta la semana 32 para la prevención de la gastroenteritis debida a infección por rotavirus".

- Indicaciones ya autorizadas:

  RotaTeq está indicado para la inmunización activa de niños a partir de las 6 semanas de edad para la prevención de la gastroenteritis debida a infección por rotavirus (ver sección 4.2 de la ficha técnica).

  La eficacia en la prevención de la gastroenteritis debida a rotavirus de los serotipos G1P1[8], G2P[4], G3P1[8], G4P1[8] y G9P1[8] se ha demostrado en ensayos clínicos. Ver secciones 4.4 y 5.1 de la ficha técnica.

  RotaTeq debe usarse de acuerdo con las recomendaciones oficiales.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

19 January 2012
EMA/CHMP/49745/2012
Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)

RotaTeq is indicated for the active immunisation of infants from the age of 6 weeks to ~~26~~ 32 weeks for prevention of gastroenteritis due to rotavirus infection (see sections 4.2, 4.4 and 5.1).

FICHA TÉCNICA

4.1 Indicaciones terapéuticas

RotaTeq está indicado para la inmunización activa de niños a partir de las 6 semanas a 32 semanas de edad para la prevención de la gastroenteritis debida a infección por rotavirus (ver secciones 4.2, 4.4 y 5.1).

Risk of Intussusception Following Administration of a Pentavalent Rotavirus Vaccine in US Infants

Irene M. Shui, ScD
James Baggs, PhD
Manish Patel, MD, MPH
Umesh D. Parashar, MBBS, MPH
Melisa Rett, MPH
Edward A. Belongia, MD
Simon J. Hambidge, MD, PhD
Jason M. Glanz, PhD
Nicola P. Klein, MD, PhD
Eric Weintraub, MPH

JAMA, February 8, 2012—Vol 307, No. 6

During the study period, 786 725 total RV5 doses,

Conclusion Among US infants aged 4 to 34 weeks who received RV5, the risk of intussusception was not increased compared with infants who did not receive the rotavirus vaccine.

GAVI acuerda precio reducido para vacuna rotavirus GSK y Merck

Reuters | 10/04/2012 14:57 | Actualizado: 10/04/2012 17:05

Me gusta

0 Comentarios | Media: 0 | Votos: 0

Por Kate Kelland

El grupo internacional de vacunación denominado Alianza GAVI llegó a un acuerdo para la compra de dosis de la vacuna contra el rotavirus de GlaxoSmithKline y Merck, que redujeron el precio en dos tercios y permitirán a los países más pobres acceder a ellas a alrededor de 5 dólares por tratamiento.

Las vacunas, Rotarix de GSK y Rotateq de Merck, combaten al principal causante de diarrea infantil, que es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años a nivel mundial.

Dado que la diarrea vinculada con el rotavirus provoca la muerte de más de 500.000 niños por año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en el 2009 que todos los países incluyan las vacunas contra ese virus en los programas nacionales de inmunización, pero muchos países en desarrollo tienen problemas para costearlas.

La Alianza GAVI dijo el martes que su acuerdo de reducción del precio de la vacuna le permitiría "responder a la siempre creciente demanda desde los países en desarrollo" y brindar las dosis este año para 3 millones de niños en ocho naciones pobres.

GAVI indicó que para el 2016 planea administrar las vacunas en más de 40 de los países más pobres del mundo, inmunizando a más de 70 millones de niños.

Alrededor del 95 por ciento de los suministros contratados de 132 millones de dosis se entregarán a un costo de 5 dólares por dos dosis de tratamiento, señaló GAVI en un comunicado. Eso equivale a un descuento de dos tercios en el menor precio ofrecido a GAVI, de 15 dólares por tratamiento.

En Estados Unidos, el tratamiento con la misma vacuna cuesta a las instituciones públicas 177 dólares y 213 dólares a los proveedores privados de servicios médicos.

GAVI es una institución público-privada con sede en Ginebra, Suiza, respaldada por la Fundación Bill & Melinda Gates, la OMS, el Banco Mundial, UNICEF y gobiernos donantes internacionales, entre otros.

La entidad financia la compra a precios reducidos de inmunizaciones para llevar a cabo campañas de vacunación en las naciones más pobres, que no pueden pagar las dosis a los precios del mundo rico.

Su presidente ejecutivo, Seth Berkley, dijo que acuerdo muestra cómo el modelo GAVI está funcionando para beneficiar a algunos de los niños con menos ventajas del mundo.

"Luchamos por hacer que los fondos de nuestros donantes vayan más allá y podamos ayudar a los países en desarrollo a proteger a más niños contra enfermedades letales", dijo Berkley en un

La OMS indica que la vacunación es una de las medidas de salud pública más efectivas. La agencia de Naciones Unidas estima que cada año se evitan entre 2 y 3 millones de muertes con inmunizaciones.

GAVI tuvo anteriormente problemas para obtener financiación suficiente para sostener sus programas, pero recibió cierto impulso el año pasado cuando donantes internacionales dirigidos por Gran Bretaña y el filántropo multimillonario Bill Gates se comprometieron a brindarle 4.300 millones de dólares para respaldarla.

Un portavoz de GSK, que brindará el 95 por ciento de las dosis contratadas por GAVI, dijo que el laboratorio británico estaba encantado de contribuir con los esfuerzos contra enfermedades prevenibles.

"La vacuna contra el rotavirus ha demostrado en el mundo real tener un impacto importante a la hora de salvar vidas y reducir las muertes", dijo el portavoz. "Aquí tenemos la posibilidad de colaborar en programas diseñados para proteger a millones de niños", finalizó.

Nimenrix
GSK

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

16 February 2012
EMA/CHMP/70728/2012
Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)

Summary of opinion[1] (initial authorisation)

Nimenrix

Meningococcal group A, C, W135 and Y conjugate vaccine

The approved indication is: "Indication for active immunisation of individuals from the age of 12 months and above against invasive meningococcal diseases caused by *Neisseria meningitidis* group A, C, W-135 and Y". The use of this vaccine should be in accordance with official recommendations. It is proposed that Nimenrix is prescribed by physicians experienced in the treatment of invasive disease caused by *Neisseria meningitidis* groups A, C, W-135 and Y.

Vacuna meningocócica conjugada tetravalente ACWY (con TT)

15 March 2012
EMA/CHMP/187861/2012
Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)

Summary of opinion[1] (post authorisation)

Menveo

meningococcal group A, C, W135 and Y conjugate vaccine

Menveo (VACUNA CONJUGADA FRENTE A MENINGOCOCO DE LOS SEROGRUPOS A, C, W135, e Y)

- Nueva indicación:

  Menveo está indicado para la inmunización activa de niños (a partir de los 2 años), adolescentes y adultos con riesgo de exposición a *Neisseria meningitidis* de los serogrupos A, C, W135 e Y, con el fin de prevenir la infección por enfermedades invasivas.

  El uso de esta vacuna debe realizarse de acuerdo con las recomendaciones oficiales.

- Indicaciones ya autorizadas:

  Menveo está indicado para la inmunización activa de adolescentes (a partir de los 11 años) y adultos con riesgo de exposición a *Neisseria meningitidis* de los serogrupos A, C, W135 e Y, con el fin de prevenir la infección por enfermedades invasivas.

  El uso de esta vacuna debe realizarse de acuerdo con las recomendaciones oficiales.

World Health Organization

Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2012-2013 northern hemisphere influenza season

February 2012

It is recommended that vaccines for use in the 2012-2013 influenza season (northern hemisphere winter) contain the following:

– an A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-like virus;
– an A/Victoria/361/2011 (H3N2)-like virus;
– a B/Wisconsin/1/2010-like virus.

Tabla 2. Formulación de la OMS para la vacuna antigripal de la temporada 2012-2013.

- El componente AH3N2, cepa A/Perth/16/2009, se sustituye por la cepa A/Victoria/361/2011(AH3N2) ya que la mayoría de los virus recientes fueron antigénicamente y genéticamente distinguibles de la cepa vacunal A/Perth/16/2009 y estaban más estrechamente relacionados con la cepa de referencia A/Victoria/361/2011.
- El virus de la gripe B, cepa B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria), se sustituye por la cepa B/Wisconsin/1/2010(Yamagata). Esta decisión se basa en el aumento de la proporción de virus de linaje B/Yamagata/16/88 en muchas partes del mundo, aunque el virus B/Victoria/2/87 ha predominado en algunos países, especialmente en China.

Dos cambios

World Health Organization

For those considering the use of a B/Victoria/2/87 lineage vaccine virus, either in trivalent vaccines or in quadrivalent vaccines containing two influenza B viruses, B/Brisbane/60/2008-like viruses continue to be the appropriate vaccine virus.

Flu vaccine to be given to all UK children

Nasal vaccination of children aged two to 17 may save up to 2,000 lives a year, say experts, and will cost £100m a year

- Press Association
- guardian.co.uk, Wednesday 25 July 2012 10.45 BST

The vaccination of up to 9 million children is expected to be rolled out in 2014. Photograph: Guardian/Christopher Thomond

FDA NEWS RELEASE

For Immediate Release: Feb. 29, 2012
Media Inquiries: Rita Chappelle, 301-796-4672, rita.chappelle@fda.hhs.gov
Consumer Inquiries: 888-INFO-FDA

FDA approves first quadrivalent vaccine to prevent seasonal influenza

FluMist Quadrivalent, a vaccine to prevent seasonal influenza in people ages 2 years through 49 years, has been approved today by the U.S. Food and Drug Administration. FluMist Quadrivalent is the first influenza vaccine to contain four strains of the influenza virus, two influenza A strains and two influenza B strains.

EEUU GRIPE

EE.UU. aprueba una vacuna contra cuatro variantes de gripe

01 de marzo de 2012

Washington, 29 feb (EFE).- La Administración de Fármacos y Alimentos (FDA, siglas inglés) anunció hoy la aprobación de una vacuna que protege contra cuatro diferente variantes de gripe común, y reducirá el impacto de la enfermedad,

El FluMist Quadrivalent servirá para proteger a personas desde los dos a los 49 años contra dos ramas de la gripe A y otras dos de la gripe de tipo B.

Fluarix Tetra, GSK
INCLUSIÓN DE UNA CEPA ADICIONAL B

- La vacuna antigripal estacional trivalente contiene **dos cepas A (H1N1 y H3N2) y una B**
- El virus B es causa del 15% de la mortalidad por gripe en la población general
- Desde 1983 dos cepas diferentes de virus B coexisten (linaje Yamagata y Victoria)
  - La frecuencia de estos dos linajes varía de año en año y de país en país
  - La reactividad cruzada entre linajes es limitada
  - Sólo se elige una cepa B cada año para su inclusión en la vacuna
- Es dificil predecir que linaje circulará cada estación epidémica
- **La inclusión de una segunda cepa B como parte de la vacuna estacional (formulación tetravalente) podría incrementar la protección**

Cervarix® 2012 (FT: diciembre 2011)

1. Edad mínima: 9 años

2. Datos de inmunogenicidad y eficacia: 9,4 años de seguimiento

3. Protección cruzada

Tabla 6: Eficacia de la vacuna frente a tipos oncogénicos no vacunales de VPH

Tipo VPH	PP[1]					
	Infección persistente a 6 meses			CIN2+		
	Cervarix n	Control n	% eficacia (IC 95%)	Cervarix n	Control n	% eficacia (IC 95%)
Tipos relacionados con VPH-16 (especies A9)						
VPH-31	58	247	76,8% (69,0;82,9)	5	40	87,5% (68,3;96,1)
VPH-33	65	117	44,8% (24,6;59,9)	13	41	68,3% (39,7;84,4)
VPH-35	67	56	-19,8% (<0;17,2)	3	8	62,5% (<0;93,6)
VPH-52	346	374	8,3% (<0;21,0)	24	33	27,6% (<0;59,1)
VPH-58	144	122	-18,3% (<0;7,7)	15	21	28,5% (<0;65,7)
Tipos relacionados con VPH-18 (especies A7)						
VPH-39	175	184	4,8% (<0;23,1)	4	16	74,9% (22,3;93,9)
VPH-45	24	90	73,6% (58,1;83,9)	2	11	81,9% (17,0;98,1)
VPH-59	73	68	-7,5% (<0;23,8)	1	5	80,0% (<0;99,6)
VPH-68	165	169	2,6% (<0;21,9)	11	15	26,8% (<0;69,6)

Cervarix® 2012 (FT: septiembre 2012)

1. Eficacia clínica en mujeres a partir de 26 años de edad

2. Inmunogenicidad en mujeres a partir de 26 años de edad

Tabla 7: Eficacia de la vacuna frente a IP a 6M asociada a VPH-16/18 en las cohortes PP y CTV

Variable VPH-16/18	Cohorte PP[1]			CTV[2]		
	Cervarix n/N	Control n/N	% Eficacia (IC 97,7%)	Cervarix n/N	Control n/N	% Eficacia (IC 97,7%)
IP a 6M	6/1.859	34/1.822	82,9% (53,8; 95,1)	71/2.767	132/2.776	47% (25,4; 62,7)

N= número de sujetos incluidos en cada grupo
n= número de sujetos que notificaron al menos un acontecimiento en cada grupo
IP a 6M = infección persistente a 6 meses
IC = Intervalo de Confianza
[1] PP: incluye a las mujeres que recibieron 3 dosis de la vacuna, fueron ADN negativas y seronegativas en el mes 0 y ADN negativas en el mes 6 para el tipo de VPH correspondiente (VPH-16 y/o VPH-18)
[2] CTV: incluye a todos los sujetos vacunados (que recibieron al menos una dosis de vacuna) independientemente de su estatus de ADN para VPH y estatus serológico en el mes 0. Esta cohorte incluye el 15% de mujeres con historia previa de enfermedad/infección por VPH

Gardasil® 2012 (FT: agosto 2011)

1. Eficacia en hombres de 16 a 26 años
2. Eficacia en hombres naïve y eficacia puente de hombres a chicos de 9 a 15 años

Tabla 5: Eficacia de Gardasil frente a las lesiones genitales externas en la población PPE de hombres de 16 a 26 años de edad*

Variable de eficacia	Gardasil		Placebo		% Eficacia (IC 95%)
	N	Número de casos	N	Número de casos	
Lesiones genitales externas relacionadas con VPH 6/11/16/18					
Lesiones genitales externas	1.394	3	1.404	32	90,6 (70,1; 98,2)
Verrugas genitales	1.394	3	1.404	28	89,3 (65,3; 97,9)
PIN 1/2/3	1.394	0	1.404	4	100,0 (-52,1; 100,0)

Tabla 7: Inmunogenicidad puente entre chicos de 9 a 15 años de edad y hombres de 16 a 26 años de edad (población por protocolo) basada en los títulos medidos por cLIA

	Chicos de 9 a 15 años		Hombres de 16 a 26 años	
	n	GMT (IC 95%)	n	GMT (IC 95%)
VPH 6	884	1.038 (964, 1.117)	1.093	448 (419, 479)
VPH 11	885	1.387 (1.299, 1.481)	1.093	624 (588, 662)
VPH 16	882	6.057 (5.601, 6.549)	1.136	2.403 (2.243, 2.575)
VPH 18	887	1.357 (1.249, 1.475)	1.175	403 (375, 433)

GMT- Media geométrica de los títulos en mUM/ml (mUM= mili-unidades Merck)

Morbidity and Mortality Weekly Report

Recommendations on the Use of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine in Males — Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011

MMWR / December 23, 2011 / Vol. 60 / No. 50

TABLE. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine for prevention of HPV 6-, 11-, 16-, and 18-related genital warts, AIN 1/2/3, or AIN 2/3, per protocol,* in males aged 16 through 26 years†

	Control		Vaccine		Vaccine efficacy	
Condition	No.	Cases	No.	Cases	%	(95% CI)
Genital warts	1,404	28	1,394	3	89.3	(65.3–97.9)
AIN1/2/3§	208	24	194	5	77.5	(39.6–93.3)
AIN2/3§	208	13	194	3	74.9	(8.8–95.4)

Recommendations

ACIP recommends routine vaccination of males aged 11 or 12 years with HPV4 administered as a 3-dose series (recommendation category: A, evidence type: 2§). The vaccination series can be started beginning at age 9 years. Vaccination with HPV4 is recommended for males aged 13 through 21 years who have not been vaccinated previously or who have not completed the 3-dose series. Males aged 22 through 26 years may be vaccinated. Recommendations for administration and precautions are unchanged from previous recommendations (*1*).

Vacunación en varones

…… Y GRUPOS DE RIESGO:

ECDC **GUIDANCE**

Introduction of HPV vaccines in European Union countries – an update

Stockholm, July 2012

19

países de

29

Table 1. Current status of HPV immunisation programmes in EU/EEA countries (data adapted from the VENICE 2 Report, WP 3, Dec 2010 and from the official national immunisation programmes)

	Introduction	Target age group	Coverage (three doses, %)	Financing	Delivery infrastructure
Austria [5]	2006	9-15 (female and male)	n/a	Fully covered by patient	Private sector (100%)
Belgium [6]	2007	10-13	n/a	75% supported by national health authorities	Private sector (100%)
Bulgaria [7]	No*	-	-	-	-
Cyprus [8]	No	-	-	-	-
Czech Republic [9]	No*	-	-	-	-
Denmark [10]	2008	12	79 (2011)§	Fully covered by national health authorities	PH (100%)
Estonia [11]	No	-	-	-	-
Finland [12]	No	-	-	-	-
France [13]	2007	14	24 (2008)	65% supported by national health authorities	PH (5%), Private sector (95%)
Germany [14]	2007	12-17	n/a	Fully covered by national health authorities	PH (5%), Private sector (95%)
Greece [15]	2008	13-18	n/a	Fully covered by national health authorities	PH (30%), Private sector (70%)
Hungary [16]	No	-	-	-	-
Iceland [17]	2011	12	n/a	Fully covered by national health authorities	SHS (100%)
Ireland [18]	2008	~12-13**	n/a	Fully covered by national health authorities	SHS (100%)
Italy [19]	2007–2008 (a)	11-18	56 (2009)	Fully covered by national health authorities	PH (100%)
Latvia [20]	2009	12	n/a	Fully covered by national health authorities	PH (95%), SHS (4%), Private sector (1%)
Lithuania [21]	No	-	-	-	-
Luxembourg [22]	2008	12	17 (2009)	Fully covered by national health authorities	Private sector (100%)
Malta [23]	No	-	-	-	-
Netherlands [24]	2009	12-13	58 (2011)§	Fully covered by national health authorities	PH (100%)
Norway [25]	2008	12-13	63 (2011)§	Fully covered by national health authorities	SHS (100%)
Poland [26]	No	-	-	-	-
Portugal [27]	2007	13	84 (2011)§	Fully covered by national health authorities	PH (100%)
Romania [28]	2008	12	n/a	Fully covered by national health authorities	PH (5%), SHS (95%)
Slovakia [29]	No	-	-	-	-
Slovenia [30]	2009	11-12	55 (2011)§	Fully covered by national health authorities	SHS (100%)
Spain [31]	2007	11-14	64 (2011)§	Fully covered by national health authorities	PH (50%), SHS (50%)
Sweden [32]	2008	10-12	n/a	Fully covered by national health authorities	SHS (100%)
UK [33]	2007	12-13	80 (2009)	Fully covered by national health authorities	PH (6%), SHS (94%)

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of all Children

POLICY STATEMENT

Recommendations for Administering Hepatitis A Vaccine to Contacts of International Adoptees

child in countries with high or medium hepatitis A endemicity. All previously nonimmune unvaccinated people who anticipate close exposure to international adoptees during the 60 days after their arrival should receive hepatitis A immunization, ideally 2 or more weeks before the arrival of the adopted child. *Pediatrics* 2011;128:803–804

2012, 87, 261–276

No. 28-29

World Health Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record
Relevé épidémiologique hebdomadaire

13 JULY 2012, 87th YEAR / 13 JUILLET 2012, 87e ANNÉE
No. 28-29, 2012, 87, 261–276
http://www.who.int/wer

Contents

261 WHO position paper on hepatitis A vaccines – June 2012

Sommaire

261 Note de synthèse: position de l'OMS concernant les vaccins contre l'hépatite A – Juin 2012

WHO position paper on hepatitis A vaccines – June 2012

In accordance with its mandate to provide guidance to Member States on healt
icy matters, WHO issues a series of
larly updated position papers on va

Note de synthèse: position de l'OMS concernant les vaccins contre l'hépatite A – Juin 2012

Conformément à son mandat qui prévoit

Número 1 • junio 2011

Newsletter

hepatitis A
epidemiología

Hepatitis A en Valencia. Verificando la hipótesis de su crecimiento. Pág. 2

Incidencia de la hepatitis A en Ceuta Pág. 12

Hepatitis A. Una reflexión, desde la Ciudad Autónoma de Melilla, tras la introducción de la vacuna Pág. 15

La hepatitis A en Cataluña: de la vacunación de grupos de riesgo a la vacunación universal Pág. 20

Evolución y características de los brotes de hepatitis A en Cataluña Pág. 25

Vacunación antihepatitis A. La gran olvidada

Fernando A. Moraga Llop.
Área de Pediatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

La vacuna frente al virus de la hepatitis A figura en muy pocos calendarios de vacunaciones sistemáticas del niño sano en el mundo y sólo se recomienda para las personas pertenecientes a grupos de riesgo. En España sólo está incluida, desde hace más de 10 años, en el calendario de Cataluña en el preadolescente, en forma de vacuna combinada

haberme confiado la coordinación del proyecto. Quiero extender mi agradecimiento al comité de expertos de los diversos números, que además han colaborado con sus trabajos.

En este primer número se tratan algunos aspectos de la epidemiología de la hepatitis A en España. Se dedican sendos artículos a las tres

Single-dose immunization

Within 2–4 weeks of the first dose of inactivated hepatitis A vaccine, up to 100% of immunocompetent children and young adults achieve anti-HAV IgG titres over 20 mIU/ml.[40] Furthermore, a single dose of this vaccine may successfully control outbreaks of hepatitis A.[17, 33, 34] The indication for a booster dose of inactivated hepatitis A vaccine was based on early projections of waning antibody levels. However, long-term follow-up studies among adult European travellers show that 1 dose of hepatitis A vaccine induces immunological memory and in most cases anti-HAV antibodies that persist throughout 4–11 year periods of observation.[41, 42]

[43] Mayorga Pérez O et al. Efficacy of virosome hepatitis A vaccine in young children in Nicaragua: randomized placebo-controlled trial. *The Journal of Infectious Diseases*, 2003, 188:671–677.

[44] Vacchino MN. Incidence of Hepatitis A in Argentina after vaccination. *Journal of Viral Hepatitis*, 2008, 15 Suppl 2:47–50.

WHO position on hepatitis A vaccines

Both inactivated and live attenuated hepatitis A vaccines are highly immunogenic and immunization will generate long-lasting, possibly life-long, protection against hepatitis A in children as well as in adults.

Evidence testifies to the excellent safety profile of inactivated vaccines. Although considered safe, internationally published evidence on the safety and tolerability of the live attenuated hepatitis A vaccines is more limited.

WHO recommends that vaccination against HAV be integrated into the national immunization schedule for children aged ≥1 year if indicated on the basis of incidence of acute hepatitis A, change in the endemicity from high to intermediate, and consideration of cost-effectiveness.

Update on Herpes Zoster Vaccine: Licensure for Persons Aged 50 Through 59 Years

MMWR / November 11, 2011 / Vol. 60 / No. 44

La FDA aprueba el uso de Zostavax en adultos de 50 a 59 años (2006: ≥60 años)

El ACIP se ha reafirmado en la recomendación en adultos ≥60 años

Use of Hepatitis B Vaccination for Adults with Diabetes Mellitus: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)

Centers for Disease Control and Prevention
MMWR
Morbidity and Mortality Weekly Report
Weekly / Vol. 60 / No. 50
December 23, 2011