

Yellow fever in Angola and beyond – The problem of vaccine supply and demand

19/08/2016

Barrett A. N Eng J Med published on line June 8, 2016

Con motivo del brote epidémico de fiebre amarilla en varios países africanos con exportaciones a terceros países, el autor expresa su preocupación ya que los casos de Angola son de tipo urbano en los que el virus se transmite entre humanos por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* y no mediante el ciclo selvático en el que el humano es el huésped accidental. Por otra parte es preocupante la aparición de casos en la República Popular de China ya que varios estudios han demostrado que el *Aedes asiático* es un vector competente para transmitir la fiebre amarilla. Propone una serie de soluciones para mejorar el suministro que convendría estudiar por parte de las industrias fabricantes, cuatro precalificadas por la OMS para distribuir internacionalmente y dos productores locales. Estas estrategias serían: a) aumentar las reservas de vacuna (actualmente se dispone de seis millones de dosis), b) que la OMS y las autoridades regulatorias fijen una cantidad mínima de virus en cada dosis de vacuna, c) fraccionar las dosis de vacuna una vez abierto el vial (habría que asegurarse de que los vacunados recibirían la cantidad apropiada de vacuna y por otra parte habría que conocer si ese fraccionamiento sería equivalente en niños y adultos, d) uso intradérmico de la vacuna, y e) cambiar el actual proceso de fabricación en huevos embrionados por el uso de cultivo en líneas celulares. En definitiva, el autor concluye que a pesar de disponer de una vacuna que proporciona protección duradera, la fiebre amarilla sigue siendo un problema debido al desequilibrio oferta y demanda.

Safety of Tdap vaccine in pregnant women: an observational study

19/08/2016

Petousis-Harris H, Walls T, Watson D, Paynter J, Graham P, Turner N. BML Open 2016;6:e010911

Estudio prospectivo observacional de seguimiento activo llevado a cabo en dos regiones de Nueva Zelanda para conocer la seguridad de la vacuna Tdap en embarazadas de 28 a 38 semanas mediante entrevistas telefónicas realizadas a las 48 horas y a las cuatro semanas. Los end-points mayores fueron las reacciones locales, los síntomas sistémicos y los efectos adversos etiquetados como graves. Participaron 793 embarazadas con edad media de 32 años y generalmente de raza caucásica, de las que el 27.9% recibieron simultáneamente la vacuna antigripal inactivada. El 79% reportaron dolor de escasa-moderada intensidad y el 2.6% un dolor grave. Se reportó hinchazón de cualquier tamaño en el 7.6%, induración en el 12% y eritema en el 5.8%. Se comunicó fiebre en el 2.1% ocurriendo mayoritariamente en las primeras 24 horas tras la vacunación. En menos del 4% de participantes se detectó cefaleas, mareos, náuseas, mialgias o artralgias. Al final de las cuatro semanas de seguimiento se clasificaron 31 como efectos adversos graves (sangrado vaginal, hipertensión, infección, taquicardia, parto prematuro y preeclampsia y muerte perinatal). Ninguno de ellos, tras una exhaustiva evaluación clínica, se consideró como con relación causal con la vacuna Tdap. Los autores

concluyen que sus hallazgos son consistentes con los datos de otros estudios realizados en mujeres no embarazadas, lo que supone un mensaje de tranquilidad para las embarazadas, los vacunadores y los responsables de los programas de vacunación.

[\[más información\]](#)

Immune response to hepatitis B immunization 10-18 years after primary vaccination: a population-based cohort study

19/08/2016

Katoonizadeh A, Sharafkhah M, Ostovaneh M, Norouzi A, Khoshtakht N, Mohamadkhani A et al. J Viral Hep published online before print 29 April 2016

Estudio que evalúa la respuesta inmune en niños de 10 a 18 años de padres infectados de hepatitis B y que fueron vacunados con tres dosis primarias en el primer año. El trabajo se llevó a cabo en la provincia de Golestan (noreste de Irán) con 575 personas de esa franja de edad. Diez de ellos (1.7%) fueron positivos para AgsHB y AntiHBc, de los que ocho habían nacido de madre portadora de AgsHB. 29 sujetos eran positivos para AntiHBc de los que 16 también eran AntiHBs + y 13 positivos aisladamente para AntiHBc. De estos últimos seis habían nacido de madre portadora. De 541 negativos para AgsHB y AntiHBc y con una edad media de 14.8 años, el 70% tenían títulos de AntiHBs ≤ 10 mUI/mL y el 30% restante, superiores. De los 378 con todos los marcadores negativos de hepatitis B participaron 275 en el subprograma de booster. Se obtuvo una

respuesta anamnésica en el 80% con títulos medios de AntiHBs de 375.5. De los 56 escolares sin respuesta anamnésica, 41 recibieron una segunda dosis de vacuna y 31 mostraron una buena respuesta. Recibieron una tercera dosis diez niños, de los que nueve respondieron. Los autores concluyen que una proporción significativa de los vacunados (de alto riesgo por los antecedentes familiares) no mostraron respuestas inmunes sugestivas de memoria tras quince años tras la primovacunación, aunque piensan que antes de recomendar un esquema de vacunaciones de recuerdo conviene determinar en ellos el riesgo de padecer una infección natural.

[más información]

Herpes zoster vaccine response in inflammatory bowel disease patients on low dose immunosuppression

19/08/2016

Wasan S, Zullow S, Berg A, Cheifetz A, Ganley-Leal L, Farraye F. Inflamm Bowel Dis 2016;22:1391-1396

La inmunosupresión terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal supone un factor de riesgo para el padecimiento de herpes zóster, por lo que se plantea un ensayo clínico para evaluar la seguridad e inmunogenicidad de la vacuna frente a zóster en dos grupos de pacientes con EII. Uno de ellos con catorce pacientes en bajas dosis de inmunomoduladores (metotrexate, 6 mercaptopurina o azatioprina) (grupo A), y otro de 25 pacientes sin terapia o en tratamiento con ácido 5

aminosalicílico (grupo B). Los autores encuentran que la inmunoglobulina G específica aumentó de manera significativa en ambos grupos aunque fue menor en el grupo de inmunodeprimidos ($p=0.0002$). También se incrementó en el grupo B, pero no en el A, la secreción de factor alfa de necrosis tumoral por parte de los mononucleares de sangre periférica. Aumentó la secreción de interleuquina 8 en ambos pero fue bastante mayor en el grupo B. No se encontraron diferencia entre ambos en cuanto a reacciones adversas y no se identificó exantema herpético o variceloso en el primer año tras la vacunación. Los autores piensan que los gastroenterólogos podrían prescribir esta vacuna en sus pacientes con bajas dosis de inmunosupresión, a pesar de que la vacuna esté contraindicada en pacientes en tratamiento con terapias anti-TNF. En cualquier caso es importante disponer de más trabajos de investigación para determinar el significado clínico de la atenuada respuesta inmune en pacientes inmunodeprimidos y si esta respuesta es protectora o precisa un protocolo alternativo de vacunación.

[\[más información\]](#)