

Vacunación en síndrome de DiGeorge

29/06/2016

Respuesta del Experto a ...

Vacunación en síndrome de DiGeorge

Pregunta

Tengo una niña con Síndrome DI George , de 3 años y 3 meses , con analítica reciente de:

- Linfocitos totales 5519.1/mmc
- linfocitos CD4 totales 1710.9/mmc
- linfocitos CD8 totales 1048.6/mmc

La envía su pediatra para vacuna de varicela y triple vírica . Entiendo por el documento del CAV : Vacunación en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor , que con esta analítica (que es mantenida en el tiempo) la podemos vacunar. Si bien no veo que tenga hecho ningún test de “respuestas a mitogénos” .Tiene un diagnóstico de Síndrome di George, pero sin apellido de completo , incompleto....

Respuesta de José Antonio Navarro (29 de Junio de 2016)

Muchas gracias por su “amable” pregunta.

Lo primero es conocer si ha recibido alguna vacuna.

En segundo lugar puede recibir vacunas inactivadas (<https://vacunas.org/vacunacion-en-el-sindrome-de-digeorge/>) por lo que tendría que planificarle un calendario según la edad actual y las recibidas anteriormente.

Respecto a las vacunas atenuadas, y tal como se especifica en el link anterior, teóricamente estarían contraindicadas, pero a la vista del recuento linfocitario y de experiencias recientemente publicadas ^(1,2), podría ser candidata a recibir TV

y varicela. Aun así estimamos que lo más prudente es que a la vista de la situación clínico-analítica, consensue el riesgo/beneficio de estas vacunas con el pediatra y el inmunólogo responsable.

Referencias

⁽¹⁾ Hofstetter A et al. Live vaccine use and safety in DiGeorge syndrome. Pediatrics 2014;133:e946

⁽²⁾ Principi N et al. Vaccine use in primary immunodeficiency disorders. Vaccine 2014;32:3725-3731

Tercera dosis de vacuna frente a la Parotiditis

29/06/2016

Respuesta del Experto a ...

Tercera dosis de vacuna frente a la Parotiditis

Pregunta

Enfermera de 35 años, de pediatría con cardiopatía intervenida en infancia, presenta tumoración parotídea. Se realizará serología para ver IG g, IGM... En el caso que se confirmase la infección aguda (desconociendo nº de dosis de TV administradas ¿1 ó 2?), ¿entendemos que la enfermedad confiere inmunidad duradera o sería necesario revacunar (en este caso: ¿con cuántas dosis?)?

He leído que actualmente se cuestiona la inmunidad duradera posparotiditis.

Muchas gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (23 de Junio de 2016)

Si se confirma la parotiditis mediante la serología (especialmente midiendo los títulos de IgG y su incremento a lo largo de los días), es probable que se deba a un fallo de vacunación secundario (incluso tras haber recibido dos dosis de vacuna). En función de las dosis recibidas con anterioridad podría necesitar la administración de dosis extra de vacuna triple vírica hasta llegar a las dos por ser sanitaria.

Hasta ahora, solo Francia ha adoptado el uso de una tercera dosis en situación de casos agrupados en colectividades y siempre que la segunda dosis la hubieran recibido hace 10 o mas años ⁽¹⁾.

Dispone de información complementaria en:
<https://vacunas.org/revacunaciones-de-parotiditis/>

Referencias

⁽¹⁾ Haut Conseil de la Santé Publique. AVIS relatif à la conduite à tenir en cas d'épisodes de cas groupés d'oreillons en collectivité. 11 juillet 2013

Cómo investigar en AP y no morir en el intento

29/06/2016

Les recordamos que la RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA (REAP) colabora con el próximo taller: CÓMO INVESTIGAR EN AP Y NO MORIR EN EL INTENTO que impartirá Cruz Bartolomé, el próximo 18 de junio en Oviedo, Asturias.

Os dejamos a continuación información detallada:

- Taller: CÓMO INVESTIGAR EN AP Y NO MORIR EN EL INTENTO
- Ponente/s: CRUZ BARTOLOME MOREN – Médico de Familia
- Dirigido A: Farmacéuticos, médicos y enfermeros.
- Fecha: 18/06/2016
- Lugar: Salón de Actos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias. Calle Campomanes, 24-1º 33008 Oviedo
- Horarios: DE 9 A 14 HORAS.

Objetivos: Conocer herramientas Web 2.0 para facilitar la investigación: gestor de referencias bibliográficas, buscadores bibliográficos, traductores integrados, calculadoras online para aleatorizar y realizar algunos análisis estadísticos básicos, recomendaciones metodológicas para diseñar y publicar resultados de investigaciones (CONSORT, CONSORT CLUSTER, QUOROM, MOOSE, TREND, STROBE, STARD, REMARK), conocer los procedimientos normalizados de trabajo de los Comités de Ética.

Enlace para poder tramitar su inscripción:

<http://www.farmasturias.org/GESCOF/servicios/formacion/formacionficha.asp?IdMenu=150&idcurso=520&pagina=1&IdTipo=>

Aprovechamos para recordarles que las próximas Jornadas de la REAP se celebraran en Oviedo, Asturias, del 6-8 de octubre. ¡Reserve las fechas!

Toda la información en www.geyseco.es/reap2016



Enhanced surveillance of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccines in pregnancy in the Vaccine Adverse Event Reporting System, 2011-2015

29/06/2016

Moro P, Cragan J, Tepepr N, Zheteyeva Y, Museru O, Lewis P et al. Vaccine available on line 22 March 2016

Caracterización de los reportes al Vaccine Adverse Event Reporting System de los Estados Unidos relativos a efectos observados tras la vacunación de embarazadas frente a la tosferina (Tdap) entre 2011 y 2015 y su comparativa con el periodo previo a la instauración de la vacunación (2005-2010). Se encontraron 392 registros de vacunación tras la implantación con una muerte neonatal y ausencia de muertes maternas. En el periodo previo no se detectaron ninguno de los outcomes anteriores. Se observó un aumento de los reportes de partos prematuros (1.5%-2.8%) y de las reacciones en el lugar de la inoculación tras las recomendaciones en relación al periodo 2005-2010. Se constató un descenso en los reportes de abortos espontáneos (16.7% en pre y 1% en periodo post). La mayoría de los reportes correspondían a las vacunas administradas durante el tercer trimestre de gestación (79%), mientras que en el periodo previo y en ese momento del

embarazo fueron del 4%. Se recibieron 26 reportes de vacunaciones repetidas de Tdap de las que en 13 no se declararon efectos adversos. Es destacable que un solo hospital declaró el 27% de todas las declaraciones de efectos adversos. Los autores concluyen que teniendo en cuenta las limitaciones de los sistemas pasivos de vigilancia, sus hallazgos son consistentes con los datos de otros sistemas de monitorización y con los estudios epidemiológicos publicados que han encontrado un perfil de seguridad favorable al uso de la vacuna Tdap durante el embarazo.

[\[más información\]](#)

A perfect storm: impact of genomic variation and serial vaccination on low influenza vaccine effectiveness during the 2014-2015 season

29/06/2016

Skowronski D, Chambers C, Sabaduic S, De Serres G, Winter A, Dickinson J et al. Clin Infect Dis first published on line March 29, 2016

Los autores canadienses miden la efectividad de la vacuna antigripal en la temporada 2014-2015 frente a la enfermedad confirmada por el laboratorio y mediante un diseño test negativo (comparativa entre vacunados y no vacunados con tests positivos) en 814 sujetos con pruebas positivas (PCR), correspondiendo la mayoría de las pruebas positivas al virus A

al subtipo H3N2, que presentaba una mutación menor respecto al contenido en la vacuna. La efectividad global de la vacuna fue del 9% y la ajustada frente al H3N2 del -16%. En contraste, la efectividad frente a este subtipo en los vacunados en 2014/15 pero no en la temporada previa fue del 53% y del -32% en los que habían sido vacunados en las dos temporadas precedentes. La autora principal comenta que este fenómeno se viene observando desde hace décadas, siendo los reportes más recientes los europeos de I-Move para esa temporada y que son congruentes con la hipótesis de que la vacunación previa puede disminuir la efectividad vacunal, y que esta interferencia negativa es más acusada cuando la distancia antigénica entre las vacunas de las temporadas sucesivas es pequeña pero amplia entre la cepa vacunal y la circulante. Se desconocen los motivos de estos hallazgos pero al ser un estudio observacional pudieran ser explicados por diferencias no detectadas entre los participantes. Es por ello que subraya que la población debe de seguir recibiendo la vacuna.

[\[más información\]](#)

Anaphylaxis to pneumococcal vaccine; CRM(197): Novel cause of vaccine allergy

29/06/2016

Arroabarren E, Anda M, Sanz M. Pediatr Allergy Immunology 2016 Feb 4. Epub ahead of print

Reporte de un caso de anafilaxia, del que se recuperó en pocos minutos, en un niño sano de 12 meses tras recibir simultáneamente una dosis de NeisVac-C y la cuarta de Prevenar

13 y la primera de triple vírica. A las tres semanas se le practicaron tests cutáneos con vacunas no diluidas (Prick test) siendo negativas. Posteriormente se le hicieron pruebas intradérmicas más frente a Infanrix y Boostrix. Por otra parte también se estudió el test de activación de basófilos (TAB) frente a PnC13, PnPS23, DTPa y Tdap en el enfermo y en dos controles sanos. Las pruebas intradérmicas y las TAB fueron positivas para PnC13 y DTpa/Tdap, mientras que los resultados de TAB fueron negativas para PnPS23 para el paciente y controles. Según los autores esta es la primera descripción de alergia a CRM y tanto los tests cutáneos como el BAT para PnC13 y DTPa/Tdap sugieren que el niño estaba sensibilizado a la toxina diftérica. Proponen varias opciones respecto a las dosis futuras de vacunas: a) evitación completa si evidencia de protección serológica, si tiene bajo riesgo de enfermedad o alto riesgo de reacción postvacunal, b) vacunación con preparados a los que no está sensibilizado, y c) en caso de absoluta necesidad, vacunar en cantidades crecientes de vacunas bajo supervisión hospitalaria.

[\[más información\]](#)

Vaccinations, response, and controls before and after intestinal transplantation in children

29/06/2016

Demir Z, Frange D, Lacaille F. Pediatr Transplantation 2016;20:449-455

El trasplante intestinal es uno de los de órgano sólido que conlleva un mayor riesgo de rechazo por lo que son altas dosis de medicación inmunosupresora. Ese hecho hace imperativo el que los niños deban de disponer de la mayor protección posible frente a las enfermedades prevenibles por vacunación antes de la cirugía y deben de monitorizarse los niveles de protección antes y después del trasplante. Los autores, del Hospital Necker de París, estudian retrospectivamente a 22 niños con registro válido de vacunación, trasplantados entre 1994 y 2009 y seguidos durante cinco años tras el procedimiento terapéutico, de los que solo trece habían sido evaluados pretrasplante y disponían de un carné fiable de vacunación. De ellos, el 46% no tenían anticuerpos para al menos uno de los antígenos del calendario al año de trasplante y el 61% a los cinco años. La incidencia global de inmunoprevenibles fue del 18% y se refirieron exclusivamente a varicela, siendo la incidencia para esta infección en no vacunados del 50%. Concluyen que a pesar de haber recibido pautas completas pretrasplante, algunos niños carecen de anticuerpos quizás por fallo intestinal grave, por lo que es muy recomendable chequear los niveles antes del trasplante. Respecto al postrasplante la inmunidad decrece por lo que también es deseable un control serológico al año y al menos hasta los cinco años y valorar, por tanto la administración de recuerdos. En cuanto a las vacunas atenuadas, el debate persiste en cuanto a si utilizarlas y cuando. Recomiendan, por último, el estudio y vacunación de los contactos familiares.

[\[más información\]](#)

Del éxito de las vacunas y de la pérdida del Dr. Castellsague

29/06/2016

Del éxito de las vacunas y de la pérdida del Dr. Castellsague

La revista The Lancet divulga una reflexión sobre cómo a medida que las vacunas ejercen su efecto protector con la reducción en la incidencia de una serie de enfermedades infantiles graves e incluso mortales, por lo que cada vez, paradójicamente, es más difícil convencer a los padres de la necesidad de vacunar a sus hijos, porque no han conocido dichas patologías, como la polio, les suena el sarampión, conocen las paperas y especialmente la varicela. Con todo, son hitos recientes del éxito de las vacunas el hecho de que el tétanos materno y neonatal se ha eliminado del sudeste de Asia, status que se ha hecho oficial cuando la última bolsa de tétanos en Indonesia alcanzó los objetivos propuestos número de casos a menos de 1 por 1000 nacidos vivos y junto a la región Europea, es la segunda en alcanzar este logro. Además, La Comisión Europea de Certificación de la eliminación de rubeola y sarampión de la OMS ha anunciado que en el periodo 2012-2014, la República de Irlanda ha eliminado la rubeola aunque el sarampión sigue endémico. Sin embargo, Mark Honigsbaum, advierte que los “evidentes beneficios” de la vacunación no han tenido como resultado mayores niveles de comprensión científica en la población ni en los profesionales, sino que a los padres les preocupa son los remotos, y muchas veces faltos de pruebas, riesgos de la vacunación, y no el hecho de que cerca de uno de cada mil casos de sarampión desencadena encefalitis, que puede ser mortal e invalidante.

Para mejorar las coberturas vacunales, que es el elemento

clave para el éxito y coincidiendo con la puesta en marcha del nuevo calendario vacunal para inmunizar a menores en 2016, la Consejería de Salud de Andalucía ha mejorado, dentro de su Plan de Vacunaciones de Andalucía (PVA), el sistema informático de gestión y de control de vacunación, el denominado 'módulo de vacunas de Diraya', que integra el control y la gestión de las vacunas en la historia digital de salud del ciudadano. La actualización tecnológica y funcional desarrollada permite la integración de esta herramienta en la historia digital de salud del ciudadano, lo que supone el acceso directo a esta información desde cualquier nivel asistencial del sistema sanitario público de Andalucía.

Además existen herramientas novedosas de apoyo al profesional como [Vacunas 3.0](#) que es una aplicación móvil que informa sobre todo lo relacionado con la vacunación infantil, las vacunas para adultos, las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud (OMS), las diferentes Comunidades Autónomas y también Sanidad Exterior, en lo que se refiere a profilaxis indicada para viajar a otros países con la máxima protección. Otra innovación importante para un país montañoso y escarpado como Ruanda el proyecto piloto para que drones trasladen y entreguen, en sectores remotos de ese país, bolsas de sangre y tratamientos contra la rabia, un plan que podría replicarse en otros territorios. Las autoridades han alcanzado un acuerdo con la GAVI , la Alianza para las Vacunas; así como con la empresa de entregas UPS y la compañía de robótica Zipline, con el fin de poner en marcha el plan de usar drones para distribuir insumos médicos.

Para cerrar este editorial desafortunadamente tenemos que rendir homenaje al profesor Xavier Castellsague, al que solo tuve la ocasión de conocer en persona en una ocasión, quedándome impresionada por su cercanía. Como dice el Dr. Bayas, su dedicación al conocimiento de la epidemiología y prevención de las patologías asociadas al VPH, ha contribuido poderosamente a posicionar al Institut Català d'Oncologia

(ICO) en un papel internacional de vanguardia. Como Asociación Española de Vacunología, como profesionales de la Medicina y Enfermería y como ciudadanos de este país, donde cuesta tanto la investigación, lamentamos profundamente su pérdida.

Dra. María José Álvarez Pasquín.

Directora Vacunas.org

El doctor, insigne científico y amigo, Xavi Castellsagué, nos ha dejado

29/06/2016

Tuve la suerte de conocer a Xavier Castellsagué hace más de 10 años, gracias a los ensayos clínicos que ambos realizábamos sobre las vacunas del Virus de Papiloma Humano (VPH). Su amplia sonrisa y bonhomía que siempre compartía con todos, han sido siempre un atractivo más para participar desde entonces en todo tipo de reuniones de trabajo.

Xavi era un gran científico. Su dedicación al conocimiento de la epidemiología y prevención de las patologías asociadas al VPH, ha contribuido poderosamente a posicionar al Institut Català d'Oncologia (ICO) en un papel internacional de vanguardia. Era uno de sus orgullos.

Xavi tenía dotes de gran comunicador, que siempre supo que enseñando se aprende. En una espiral en que así, se hace

posible saber más y enseñar más.

Xavi era una gran persona. Aunque mi relación con él se situó fundamentalmente en la esfera de lo profesional, siempre percibí que estaba con un amigo. Su fino y perenne sentido del humor favorecía ese punto de complicidad que se desea en un buen amigo y en un buen compañero.

Como a tantísimas personas, Xavi proporcionó ciencia, ejemplo y amistad a muchos miembros de la AEV. Por ello, Xavi, Prof. Castellsagué, permanecerás siempre en lo más entrañable de nuestros recuerdos.

José M^a Bayas (en nombre de la Junta Directiva y miembros de la AEV)

Barcelona, 13 de junio de 2016

Vacuna de Hepatitis B, y seguimiento posterior, en paciente con Hemofilia A

29/06/2016

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de Hepatitis B, y seguimiento posterior, en paciente con Hemofilia A

Pregunta

Paciente de 13 años. Hemofilia A. Calendario de la infancia completo, incluida primovacunación de Hepatitis B. Se le hacen controles Anti VHBs en Hematología anualmente.

En dos ocasiones con resultado $< 10\text{UI}$ por lo que se le revacuno 2 veces. (1 pauta 0,1,6) y (2 pauta 0,1,2,12). Me lo derivan porque en el ultimo control de este año de nuevo tiene $< 10\text{UI}$.

¿Se deben seguir haciendo controles y revacunación o refuerzo toda la vida?

Gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (08 de Junio de 2016)

Teniendo en cuenta que el factor VIII de coagulación humano se produce mediante técnicas de ADN recombinante (ADN r) en células de riñón de crías de hámster que contienen el gen del factor VIII humano, y que las técnicas de transfusión son las correctas, no pensamos que el paciente tenga mayor tendencia a infectarse por el virus de la hepatitis B. De hecho no hay descritos casos de contaminación en los últimos veinte años (1,2).

Suponemos, por otra parte, que no recibe transfusiones sanguíneas o de hemoderivados. A efectos prácticos hay que tener en cuenta que los títulos postvacunales decaen con cierta rapidez por lo que hubiera resultado muy productivo conocer en qué momento tras la vacunación se realizaron las extracciones sanguíneas. En cualquier caso hay que tener en cuenta que persiste la memoria inmunológica humoral y celular.

En definitiva, y a efectos prácticos, teniendo en cuenta la ausencia de riesgo incrementado si cumple con los protocolos terapéuticos y las diez dosis de vacuna que ya ha recibido, es muy importante conocer si tras cualquier serie vacunal superó el nivel de AntiHBs de 10mUI/mL .

1. Si es así: no hacer nada (ni serologías periódicas ni más dosis de vacuna).
2. Si no ha sido así o lo desconocemos: administrar una sola dosis de vacuna y realizar marcadores a los dos

meses. Si AntiHBs igual o superior a 10 mUI/mL, actuar como en punto 1 y si es inferior a ese nivel (tras comprobar o cambiar de técnica), no administrar más dosis de vacuna y actuar solo en caso de exposición a fuente potencialmente contaminada (inmunoglobulina). El ACIP, por su parte, solo recomienda los marcadores postvacunales en sanitarios, hemodializados-inmunodeprimidos y contactos sexuales ⁽³⁾

Referencias

⁽¹⁾ Musso R. *Drugs Today* 2008;44:735-750

⁽²⁾ Gringeri A. *Blood Transfus* 2011;9:366-370

⁽³⁾ ACIP. *MMWR* 2006;55:RR-16