

# Se mantiene la eficacia de la vacuna recombinante frente a H Zoster a los 11 años

29/04/2024

En el 34 congreso de la [ESCMID](#) que se celebra en Barcelona se han presentado los datos de eficacia a once años de la vacuna recombinante frente a herpes zóster tras el análisis de los datos generados en los ensayos ZOE50/70 y ZOE-LTFU. La eficacia de la vacuna frente a un primer episodio de la enfermedad a los once años desde su administración alcanzó el 82% en los de 50 o más años y al 72% en los de 70 o más años. No se registraron efectos adversos graves a lo largo del periodo de seguimiento. El estudio incluyó a más de 7.000 participantes de 18 países. El segundo firmante del estudio es el Dr Javier Díez-Domingo.

---

## VÍAS DE ADMINISTRACIÓN PARA VACUNAS ATENUADAS E INACTIVADAS

29/04/2024

Respuesta del Experto a ...

ULTIMAS CONSULTAS y de LOGÍSTICA VACUNAL

### Pregunta

Nos gustaría tener una referencia bibliográfica que apoye de manera específica la indicación de administración vía

subcutánea preferentemente para las vacunas vivas atenuadas, ya que aunque sabemos que es una práctica habitual y se indica en las fichas técnicas de las vacunas, desconocemos el motivo concreto de la indicación (¿mejor eficacia? ¿mejor inmunogenicidad? ¿menos reactogenicidad?)

### **Respuesta de José Antonio Navarro (27 de abril de 2024)**

Buenos días.

Tradicionalmente se considera que las vacunas inactivadas al contener, en general, adyuvantes, van a ser menos reactogénicas al administrarlas por vía intramuscular respecto de la vía subcutánea. Por esta última vía, las vacunas inactivadas pueden generar irritación local, induración, decoloración de la piel, inflamación y formación de granulomas. Por otra parte, las vacunas atenuadas, en especial las de los calendarios, tradicionalmente se administran por vía subcutánea por generar menos dolor, aunque también se admite la vía intramuscular.

Sin embargo, respecto a la inmunogenicidad y, aunque ambas vías se consideran válidas, clásicamente las vacunas atenuadas se han utilizado por vía subcutánea. Al analizar su respuesta inmune hay datos contradictorios, pues, aunque en teoría, la dermis contiene una amplia variedad de células presentadoras de antígeno que afectan a la magnitud, duración y orientación de la memoria inmune, los estudios publicados no llegan, en general a establecer una diferencia clara para ambas vías de administración.

Para las vacunas inactivadas sí se dispone de datos de una mejor inmunogenicidad de la vía intramuscular.

En definitiva, para las vacunas inactivadas se considera, en general, como idónea la vía intramuscular para reducir la reactogenicidad y mejorar la efectividad y para las vacunas atenuadas hay, hasta la fecha, datos que no favorecen claramente una vía frente a la otra.

## Referencias

. Cook I. Evidence based route of administration of vaccines. Hum Vaccines 2008;4:67-73 . Ols S Route of Vaccine Administration Alters Antigen Trafficking but Not Innate or Adaptive Immunity. Cell Rep. 2020 Mar 24;30(12):3964-3971 . Rosebaum P. Vaccine Inoculation Route Modulates Early Immunity and Consequently Antigen-Specific Immune Response. Fron Immunol 2021;12:645210

---

# Nirsevimab no induce aumento de la incidencia o de la gravedad de infecciones respiratorias inferiores por VRS en la segunda temporada

29/04/2024

Dagan R, Hammitt L, Seoane-Núñez B et al. Infants Receiving a Single Dose of Nirsevimab to Prevent RSV Do Not Have Evidence of Enhanced Disease in their Second RSV Season. J Pediatr Infect Dis J published January 14, 2024

[https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piad113/7534315?utm\\_source=advanceaccess&utm\\_campaign=jpids&utm\\_medium=email&utm\\_source=campaigner](https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piad113/7534315?utm_source=advanceaccess&utm_campaign=jpids&utm_medium=email&utm_source=campaigner)

Debido a que los anticuerpos no neutralizantes o los de unión a antígenos víricos a concentraciones bajas pueden bloquear inadecuadamente el virus o no aclarar la infección lo que podría dar lugar al fenómeno de potenciación de la infección o

de la gravedad de la enfermedad mediada por anticuerpos (ADE), los autores siguen una segunda temporada de VRS a la cohorte de niños que recibieron Nirsevimab en la primera (MELODY) para evaluar el riesgo teórico de ADE o conocer si su administración causa un desplazamiento de la enfermedad al segundo año de vida. Todos los niños enrolados estuvieron sometidos a vigilancia pasiva desde comienzo del MELODY hasta el día 511 (1 a 151 y 362 a 511 días) evaluando cualquier evidencia de infección respiratoria inferior. Se aleatorizaron 3.012 entre julio 2019 y octubre 2021 en 211 lugares de 31 países de los que 2.911 (97%) de Nirsevimab y 969 (96%) de placebo completaron el seguimiento al día 361 y 2.796 (93%) y 923 (92%) de Nirsevimab y placebo, respectivamente al día 511. Durante la segunda temporada 6.9% y 7.3% de Nirsevimab y placebo, respectivamente, tuvieron infección respiratoria inferior de cualquier etiología y 1.1% y 1.1% una hospitalización por cualquier cuadro respiratorio. Al englobar todos los desenlaces causados por VRS ocurrieron en el 1.8% y el 2.1% y hospitalizaciones en el 0.5% y 0.6%, respectivamente. Los autores concluyen que sus datos no apoyan un aumento en la incidencia o gravedad de cuadros respiratorios inferiores por VRS en el segundo año de vida, lo que está en consonancia con que el Nirsevimab no inhibe la respuesta inmune tras una infección natural, así como tampoco encontraron evidencias del fenómeno ADE.