

Vacuna recombinante HZ/su en antecedentes de padecimiento

19/04/2021

Respuesta del Experto a ...

Vacuna recombinante HZ/su en antecedentes de padecimiento

Pregunta

Hola. Acabo de salir de un proceso infeccioso de Herpes Zoster Oftálmico. Tengo 61 años y un Deficit Selectivo Absoluto de Ig A. Mi consulta es doble: ¿Debería vacunarme con la vacuna recombinante Shingrix para evitar recaídas? ¿ En caso afirmativo, qué plazo de tiempo debería esperar para aplicarme la primera dosis?

Muchas gracias por su atención.

Respuesta de José Antonio Navarro (19 de Abril de 2021)

Buenos días.

La vacuna Shingrix solo está disponible actualmente en España para ciertas patologías de alto riesgo entre las que no se incluye el déficit selectivo de IgA o los antecedentes de padecimiento de un episodio de herpes zóster ⁽¹⁾..

La vacunación podría tener lugar una vez superado el periodo agudo. En lo escasamente publicado al uso de la vacuna HZ/su en antecedentes de padecimiento, no parece estar del todo claro que evite futuros episodios ⁽²⁾.

Referencias

¹ Grupo de trabajo de vacunación frente a herpes zóster de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, marzo 2021. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromoc>

ion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/HerpesZoster_RecomendacionesVacunacion.pdf

² Godeaux O et al. Immunogenicity and safety of an adjuvanted herpes zoster subunit candidate vaccine in adults \geq 50 years of age with a prior history of herpes zoster: A phase III, non-randomized, open-label clinical trial. Hum Vacc Immunother 2017 May 4;13(5):1051-1058

El Departamento de Salud de la Generalitat publica datos de la vacuna Comirnaty en residencias de la tercera edad, en su personal y en sanitarios

19/04/2021

En una publicación [preprint](#) aún no revisada por pares firmada por personal de la Consejería de Salud, de la Universidad de Oxford y de la Universidad Autónoma de Barcelona, se exponen los resultados de un estudio prospectivo de cohortes de tres poblaciones analizadas por separado: personas en residencias de la tercera edad, personal de las mismas y trabajadores sanitarios. El objetivo fue evaluar en el corto plazo los efectos de la vacunación frente a la COVID-19 con la vacuna de ARN mensajero de BioNTech/Pfizer BNT162b2 en cuanto a la prevención de infecciones, las hospitalizaciones y la mortalidad.

Los datos los obtuvieron de bases de datos de atención primaria, de las de RT-PCR, de los registros de hospitales y de los de mortalidad. Los datos relativos a vacunación, del sistema de registro clínico. Incluyeron todas las personas vivas al comienzo de la vacunación del 27 de diciembre de 2020, que fueron seguidos hasta el 5 de marzo.

Los residentes vacunados tenían una edad media de 85.52 años y los no vacunados 84.78 años. Incluyeron 28.594 residentes, 26.238 trabajadores y 61.951 sanitarios de los que 2.405, 1.584 y 2.672 fueron diagnosticados de COVID-19, respectivamente; 383, 35 y 76 precisaron hospitalización y 409, 0 y 1 fallecieron.

La vacunación parcial con una sola dosis redujo el riesgo de infección un 42% en los residentes de tercera edad, un 35% en el personal de las mismas y un 32% en los trabajadores sanitarios, lo que es similar a lo encontrado en la fase III de los ensayos clínicos con esta vacuna. Vienen a remarcar que tras una dosis la protección es modesta y que hasta la recepción de la segunda tienen que mantenerse la distancia física y las otras medidas preventivas, especialmente en las dos primeras semanas tras la primera dosis.

El cociente de riesgos ajustado (Hazard ratio) para la infección por COVID-19 tras dos dosis fue de 0.08 (0.07-0.09) para los residentes, de 0.12 (0.10-0.15) para el *staff* de las residencias y de 0.05 (0.04-0.07) para los sanitarios. En relación a las hospitalizaciones y a la mortalidad, fue de 0.03 (0.02-0.05) y de 0.02 (0.01-0.03), respectivamente, para los que vivían en las residencias.

Los autores concluyen que la vacunación con BNT162b se asocia con una reducción entre el 85% y el 96% en las tasas de infección en las tres cohortes estudiadas y con reducciones mayores en las hospitalizaciones y en la mortalidad en los residentes de la tercera edad, en un seguimiento de hasta dos meses. Pese a estos prometedores hallazgos, es importante

mantener el seguimiento a largo plazo de la efectividad de la vacuna.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Vacuna de adenovirus en tratamiento anticoagulante

19/04/2021

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de adenovirus en tratamiento anticoagulante

Pregunta

Buenos días, les escribo por si me pueden contestar a una pregunta, por favor. Tengo una persona allegada que toma anticoagulantes y que ha pasado el coronavirus generando anticuerpos, le han llamado para vacunarse el viernes, en su caso, ¿es recomendable la vacunación?

Muchas gracias de antemano. Un saludo.

Respuesta de José Antonio Navarro (14 de Abril de 2021)

Buenos días

Es conveniente la vacunación ya que se desconoce qué nivel de anticuerpos es el protector y su duración. No hay inconveniente en que esté anticoagulada ⁽¹⁾.

Referencias

¹ Sociedad Española de trombosis y hemostasia (SETH). Alarmas

relacionadas con la vacuna de AstraZeneca. Disponible en: <https://seth.es/index.php/noticias/noticias/noticias-de-la-seth/1793-alarmas-relacionadas-con-la-vacuna-de-astrazeneca.html>

Primeros datos sobre efecto directo e indirecto de la vacuna Comirnaty en residencias de la tercera edad

19/04/2021

En una publicación [preprint](#) aún no revisada por pares se muestra el efecto directo e indirecto del uso de la vacuna *Comirnaty* en las residencias de la tercera edad españolas, para mayores de 65 años. Se trata de un estudio de cohortes basado en el registro de los residentes que fueron vacunados entre el 27 de diciembre de 2020 y el 10 de marzo de 2021, en el que se comparó el riesgo de una infección por SARS-CoV-2 tras la vacunación con el riesgo en los mismos individuos en el periodo previo a la vacunación. El riesgo en los no vacunados también se comparó con el periodo prevacunado para estimar la protección indirecta.

Se seleccionaron 573.533 registros de 299.209 personas incluidas en el Registro Nacional de Vacunación. El 99.0% habían recibido una o más dosis, de las que el 99.8% eran de BioNTech/Pfizer (BNT162b2). El 92.6% habían recibido la segunda dosis a los 21 días. La edad media de los residentes era de 85.9 años y el 70.9% eran mujeres. Se había diagnosticado una infección previa por SARS-CoV-2 en el 17.5%

de los participantes en la fecha en la que comenzó el seguimiento, 22.3% en el grupo de vacunados y 12.7% en el grupo de comparación (desde 87 días antes). Para el análisis del efecto indirecto, el 20.3% tuvo una infección previa, 27.7% en los indirectamente protegidos y 12.9% en el grupo de comparación.

La vacunación redujo el riesgo de infección documentada por SARS-CoV-2 en un 57.2% (56-58) y aumentó al 81.2% (80-82) para los que estaban completamente vacunados. En personas sin antecedentes de infección (*naïve*) la vacunación redujo el riesgo un 57%, que se traduce en haber evitado hasta 11.6 casos por 10.000 personas vacunadas por día. Aquellos con infección previa también se beneficiaron de una reducción del riesgo del 57%, lo que se traduce en menos de una infección evitada por 10.000 personas vacunadas por día (quizás debido a un riesgo de infección basal bajo). Los no vacunados que residían en esas instalaciones (residentes y staff) y donde la mayoría habían recibido la vacuna, mostraron una reducción del riesgo similar al de los vacunados.

Los autores, del Grupo de Trabajo de Registros de Vacunación COVID-19, concluyen que sus resultados confirman la efectividad de las vacunas de ARN mensajero en personas mayores institucionalizadas, lo que avala la política de la vacunación universal en estos espacios, incluyendo a aquellos con antecedentes de infección previa. Sugieren, además, que incluso los no vacunados pueden beneficiarse de la protección indirecta, lo que podría deberse a que la vacunación pudiera reducir la transmisibilidad del virus y generar, por tanto, inmunidad de rebaño.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Exantema urticarial tras la primera dosis de vacuna

19/04/2021

Respuesta del Experto a ...

Exantema urticarial tras la primera dosis de vacuna

Pregunta

Sra. de 62 años que a las 48h de vacunar con Astrazeneca(R) inicia cuadro de urticaria cutánea que a la semana se autolimita (con tratamiento antihistamínico) ¿ Se puede administrar la segunda dosis dado que no se trata de una reacción alérgica GRAVE ? La ficha técnica contraindica en caso de hipersensibilidad sin especificar intensidad de la reacción. Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (12 de Abril de 2021)

Buenos días.

El Green Book del Departamento de Salud del Reino Unido ha elaborado un algoritmo para esas situaciones ⁽¹⁾. En el caso de una reacción aparecida más allá de las dos horas desde la administración de la vacuna y se trata de una reacción autolimitada, los autores aconsejan la segunda dosis de la misma vacuna considerando la administración treinta minutos antes de un antihistamínico no sedante. Por supuesto, con una observación posterior en los treinta minutos tras la recepción de la vacuna y no estaría de más una consulta con alergología.

Referencias

¹ The Green Book. COVID-19-SARS-CoV-2. 12 February 2021. GOV.UK. Disponible en:

Trombopenia aislada y vacunas COVID-19

19/04/2021

Respuesta del Experto a ...

Trombopenia aislada y vacunas COVID-19

Pregunta

Hola, soy mujer de 35 años diagnosticada con PTI desde el 2015. En principio creo que todo comenzó al infectarme de gripe A y de dar a luz a mi primer hijo, mi recuento de plaquetas quedó en 4000 plaquetas. Ahora con el covid 19 me cuido mucho y prácticamente sin vida social.

Creía que la solución estaría en las vacunas, y ahora veo que existe mucho riesgo con trombocitopenia. Me gustaría saber si es seguro vacunarme y que tipo de vacuna sería la más segura con mis características.

Respuesta de José Antonio Navarro (10 de Abril de 2021)

Buenos días.

Una trombopenia aislada no contraindica la recepción de vacunas frente a COVID-19, incluida Vaxzetria, siempre y cuando se encuentren en unas cifras que no contraindiquen la administración intramuscular ⁽¹⁾.

Referencias

¹ Public Health England. National Health Service. Blood Clotting following COVID-19 Vaccination. Information for

Contraindicaciones hematológicas para recibir Vaxzevria

19/04/2021

Respuesta del Experto a ...

Contraindicaciones hematológicas para recibir Vaxzevria

Pregunta

Buenos días. Tengo una paciente de 66 años con PTI que hace menos de 1 mes presentó trombopenia severa con 14.000 plaquetas y hematuria que precisó ingreso e iniciar tto con dexametasona 40 durante 5 días con buena respuesta. La pregunta es en relación a la vacunación COVID. Con el cambio reciente de criterios de vacunación a esta paciente le podría corresponder la vacuna de Astra Zeneca, siendo esta vacuna la que se asocia a casos de trombosis asociados a trombopenia por sospecha de un mecanismo autoinmune.

Mi experiencia y sentido común me dicen que en esta paciente sería conveniente por la PTI actual utilizar otras vacunas (ARNm) de forma preferente en esta paciente. Quisiera saber su recomendación. Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (9 de Abril de 2021)

Buenos días.

Hasta la fecha no se ha identificado ningún factor de riesgo para el padecimiento de trombosis con trombopenia (VIPIT). Por su parte, el regulatorio británico (MHRA) ⁽¹⁾ dice:

“Las contraindicaciones para recibir la vacuna Vaxzevria son un episodio anterior de trombosis importante con trombocitopenia, incluyendo a los que previamente han tenido reacciones con esa vacuna y a aquellos que hubieran padecido una trombocitopenia inducida por heparina. Una historia de trombosis per se no es una contraindicación.

Supone una precaución para recibir la vacuna aquellos con historia de trombosis de senos venosos cerebrales, trombofilia congénita o adquirida o un síndrome fosfolipídico”.

Referencias

¹ Information for healthcare professionals on bloodclotting following COVID-19 vaccination. GOV UK. Published 7 April 2021

Cinco cosas que tienes que saber de las variantes según Bill Gates

19/04/2021

Bill Gates en su “[gatesnotes](#)” expone su visión acerca de lo que tenemos que conocer de las variantes del virus SARS-CoV-2, que surge al haber mostrado los expertos su preocupación acerca del impacto que pueden tener las variantes en la finalización de la pandemia. Estas variantes pueden amenazar el progreso conseguido en el último año y es por ello que aborda cinco puntos que deberíamos tener en cuenta para comprender cómo esas variantes podrían complicar el devenir de la pandemia.

Si alguna vez te has vacunado frente a la gripe, ya te has enfrentado con una variante del virus.

Los virus están en constante evolución y a menos que trabajes con enfermedades infecciosas, la idea de una variante pudiera parecer nueva y amenazante. La capacidad del virus de la gripe para mutar es lo que hace que tengamos que vacunarnos cada año, por lo que resulta necesario actualizar anualmente la vacuna para adecuarla a las nuevas cepas del virus gripal.

Para comprender cómo cambia el virus de la COVID-19, hay que entender cómo se disemina por el organismo. El coronavirus solo tiene un objetivo: replicarse. Cada vez que invade nuestras células, las engaña para que sigan sus instrucciones y éstas están incluidas en su ARN para que puedan generarse más y más copias del virus. Sin embargo, este código consta de unas 30.000 letras de largo, lo que implica que surjan multitud de oportunidades para que aparezcan fallos en la producción de esos nuevos virus. La mayoría de esos errores dan lugar a la aparición de uno funcionalmente idéntico u otro que no se pueda replicar, pero de vez en cuando uno de esos cambios puede hacer que el virus pueda infectar más fácilmente al humano o hacer que evada a su sistema inmune. Cuando el cambio se expande por la población, emerge una nueva variante.

Estamos viendo las mismas mutaciones una y otra vez. Pueden ser buenas noticias.

Todos los virus evolucionan, pero no lo hacen a la misma velocidad ni de la misma forma. Algunos, como el de la gripe, cambian con rapidez, mientras que otros mutan despacio. Afortunadamente para nosotros, el SARS-CoV-2 es de estos últimos, ya que muta la mitad de rápido que el de la gripe, pero al haber tanto virus pandémico circulando por el mundo hay más probabilidades de que surjan estos cambios. Una vez que vaya descendiendo el número de casos, es posible que aparezcan variantes a una menor frecuencia.

Hasta ahora, las mutaciones más notables del SARS-CoV-2 han afectado a la proteína S de la superficie del virus, que es la clave para su diseminación al permitir que penetre en las

células. Si cambia solo un poco, puede adherirse más fácilmente a las células, lo que puede llevar a que el virus sea más transmisible o a que al sistema inmune le sea más difícil reconocerlo.

La limitada capacidad de cambiar puede explicar por qué las mismas mutaciones aparecen en varias partes del mundo en lugar de que aparezcan muchas más variaciones distintas. Tanto la B.1.1.7 como la B.1.351 han evolucionado independientemente, aunque comparten algunas mutaciones.

El virus cambia, pero no cambia la estrategia para acabar con la pandemia

En el último año los expertos en salud pública han estado repitiendo el mismo mensaje: tenemos que contener a la COVID-19 lo mejor que podamos hasta que dispongamos de una vacuna y esté disponible para todos.

La buena noticia es que muchas de las vacunas actualmente en uso parecen proteger frente a la enfermedad grave, incluso en el caso de las nuevas variantes. La gran pregunta es si necesitamos actualizarlas para dirigir las frente a las nuevas variantes y si precisaremos de dosis adicionales. Hasta ahora, la clave es continuar con las mejores prácticas y la mejor manera de evitar que aparezcan nuevas variantes es interrumpiendo, entre todos, la transmisión del virus y manteniendo las conocidas medidas de contención. Si además nos vacunamos, acabaremos mucho antes con la pandemia.

La aparición de las variantes hace que las vacunas estén disponibles para todo el mundo

La COVID-19 es una amenaza en cualquier lugar y para todo el mundo. Esto es así para el virus original y para sus variantes. Cuantos más casos de COVID-19 haya en el mundo, de más oportunidades gozará el virus para evolucionar y desarrollar nuevos mecanismos de protección frente a las defensas de los huéspedes. Si no llevamos las vacunas a cada

rincón del planeta, tendremos que convivir con la posibilidad de que aparezca una cepa vírica mucho peor e incluso resistente a las vacunas. Como nadie quiere que eso ocurra, la mejor manera de evitarlo es vacunando a todo el mundo y es por eso por lo que la Fundación Bill y Melinda Gates trabaja junto a gobiernos, fabricantes, CEPI, Gavi y otros para llevar vacunas a países de baja renta mediante la iniciativa COVAX. Aunque les entregará 300 millones de dosis para mediados de este año, hacen falta muchísimas más vacunas.

La próxima vez lo haremos mejor

La aparición de las variantes es inevitable. Si nos volvemos a encontrar en un escenario pandémico esperamos que la diferencia resida en que estemos mejor preparados para detener antes la aparición de las variantes. La clave será la secuenciación génica de todas o de la mayoría de los aislamientos junto a una mejor vigilancia epidemiológica. Los expertos son de la opinión que hace falta secuenciar al menos el 5% de todas las cepas para poder tener una imagen precisa de la mutación de un patógeno, de su capacidad de transmisión y de su letalidad.

No cabe duda de que las variantes complican nuestros esfuerzos para acabar con la pandemia. Incluso aunque ya hayamos pasado lo peor, tendremos que mantenernos vigilantes. Afortunadamente, sabemos lo que necesitamos y, por ahora, lo mejor que podemos hacer para protegernos es seguir las recomendaciones de salud pública y vacunarnos en cuanto se proponga la vacunación del grupo al que pertenezcamos.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Vacunas COVID-19 y enfermedades autoinmunes

19/04/2021

Respuesta del Experto a ...

Vacunas COVID-19 y enfermedades autoinmunes

Pregunta

Hace 14 años me puse por primera y única vez la vacuna de la gripe y 15 días después me debutó una esclerosis múltiple. Desde entonces no me he vuelto a vacunar de nada (de hecho el neurólogo me recomendaba no hacerlo) y la enfermedad la tengo inactiva desde hace más de 10 años (estoy en tratamiento con interferón beta). Por mi trabajo me van a vacunar para la COVID con AstraZeneca, lo cual me preocupa mucho: ¿podrá provocarme un brote de la EM? ¿sería más seguro para mí vacunarme con una de las vacunas de ARN?

Respuesta de José Antonio Navarro (1 de Abril de 2021)

Buenos días

Hasta ahora ninguna autoridad sanitaria contraindica la recepción de cualquier vacuna frente al COVID en enfermedades autoinmunes y sí enfatizan en la potencial gravedad de los que la padecen.

Los CDC norteamericanos abogan por utilizar cualquier tipo de vacuna aunque allí no disponen de la vacuna Vaxzevria (<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>). La OMS, por su parte, no contraindica esa vacuna en las personas con trastornos autoinmunes (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-oxford-astrazeneca-covid-19-vaccine-what-you-need-to-know>).

No obstante, debería ser usted junto a su neurólogo los que

decidieran respecto de su vacunación.

Mastocitosis y vacunación frente al SARS-CoV-2

19/04/2021

Respuesta del Experto a ...

Mastocitosis y vacunación frente al SARS-CoV-2

Pregunta

He sido diagnosticada recientemente de mastocitosis sistémica asociada a mieloma múltiple quiescente. Padece el COVID-19 el año pasado en marzo con infiltración en pulmón derecho y por suerte lo superé. A enero del 2021 todavía presento anticuerpos IgG, pero padezco Hipopantoglobulinas. Quisiera saber si debo ponerme la vacuna del Covid-19 y si es así cuál de las existentes en la actualidad sería la que provocaría menos reacción alérgica por ella misma y por sus excipientes, dada mi mastocitos.

Respuesta de José Antonio Navarro (31 de Marzo de 2021)

Buenas tardes.

La recomendación general es la de evitar la vacuna solamente si se es alérgico/a a alguno de los ingredientes (PEG o polisorbato 80) o si tiene alguna otra patología por la que su internista considere que no debiera recibir la vacuna ^(1,2)

Cualquiera de las vacunas es válida ⁽¹⁾, pero en cualquier caso la decisión última de la vacunación debería recaer entre usted y su internista.

Referencias

¹ The Mast Cell Disease Society, Inc. COVID-19 STATEMENT.
disponible en: <https://tmsforacure.org/covid19-statement/>

² Rama T et al. mRNA COVID-19 vaccine is well tolerated in patients with cutaneous and systemic mastocytosis with mast cell activation symptoms and anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2021;147:877-878