

Vacuna de rotavirus y ostomía gástrica

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de rotavirus y ostomía gástrica

Pregunta

Soy un pediatra de Burgos. Tengo en el cupo una niña de 2 meses con diagnóstico prenatal de atresia de esófago. No se ha podido corregir la malformación por lo que actualmente la niña porta dos ostomías una gástrica por donde a través de una sonda se le alimenta y otra esofágica localizada en el cuello por la que sale la saliva que produce la boca. Me surge la duda de poder administrar o no la vacuna oral del rotavirus. ¿Sería suficiente con el contacto con la mucosa oral aunque posteriormente salga la vacuna a través de la ostomía ? Un saludo. Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (20 de Julio de 2018)

Los CDC consideran que la administración de la vacuna de rotavirus vía un tubo de gastrostomía es una práctica aceptable. Puede luego enjuagar el tubo con suero salino o agua estéril⁽¹⁾.

Referencias

⁽¹⁾ Immunization Action Coalition. Ask The Experts. Rotavirus vaccine. Disponible en: http://www.immunize.org/askexperts/experts_rota.asp

Protección tras vacuna Ty21a

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Protección tras vacuna Ty21a

Pregunta

¡Hola! Me gustaría saber, en relación a la vacuna oral contra la fiebre tifoidea (Vivotif), cuánto tiempo genera inmunidad y cuánto tiempo antes del viaje a realizar debe administrarse. Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (05 de Julio de 2018)

La protección óptima se alcanza una vez concluido el esquema de vacunación. Se recomienda haber finalizado la pauta al menos una semana antes de emprender viaje ⁽¹⁾.

Referencias

⁽¹⁾ Campbell J, Levine M. Typhoid and cholera vaccines. In: Travellers' vaccines. Jong & Zuckerman eds. 2004. BC Decker Inc

Viaje en tratamiento con Metotrexato

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Viaje en tratamiento con Metotrexato

Pregunta

Tengo un paciente de 24 años con alopecia areata que está siendo tratado con metotrexate oral. Me ha comunicado que dentro de seis semanas se va de viaje a Sri Lanka y Maldivas y le han recomendado vacunarse de fiebre amarilla y cólera. ¿Cual debe ser la actitud a seguir? Según las fuentes bibliográficas consultadas las vacunas con virus o bacterias atenuadas están contraindicadas y el methotrexate debe suspenderse tres meses antes, para lo cual ya no tenemos tiempo. ¿ Qué debo aconsejarle: que no viaje, que no se vacune y suspenda el methotrexate...? Muchas gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (03 de Julio de 2018)

1. La inmunosupresión de alto nivel por Metotrexato es aquella superior a 0.4 mgs/Kg/semana.
2. Sri Lanka y Maldivas no son áreas de fiebre amarilla.
3. La vacuna frente al cólera contiene bacterias muertas de *V cholerae* y una subunidad de toxina colérica.

En definitiva, podría viajar a ambos países.

Plasmaféresis y títulos de Anti-HBs

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Plasmaféresis y títulos de Anti-HBs

Pregunta

Mujer, personal sanitario, diagnosticada de miastenia gravis en tto con plasmaféresis. Vacunada frente a VHB en 2007. Anti HBs en 2009 114, inmune. El Servicio de Prevención de Riesgos

Laborales le solicita anti HBs y los niveles están por debajo de 10 en la actualidad. ¿La plasmaféresis puede eliminar los Acs circulantes (anti HBs) y por ello se requeriría administrar dosis de vacuna de VHB de recuerdo como en el caso de pacientes hemodializados?

Respuesta de José Antonio Navarro (12 de Junio de 2018)

Aunque la plasmaféresis puede deplecionar inmunoglobulinas, es poco probable que sea la única responsable del descenso del nivel de anticuerpos (hay IgG extravascular y es más eficiente la remoción de IgM al estar retenida casi por completo en el compartimiento vascular).

Por otra parte, es muy frecuente en condiciones normales el descenso progresivo de los Anti-HBs a medida que transcurre tiempo desde la vacunación (en este caso nueve años), lo que no implica pérdida de protección frente a enfermedad clínica ya que en cualquier caso persisten las células de memoria.

Recepción previa de Vamengoc-BC y vacunación antimeningocócica

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Recepción previa de Vamengoc-BC y vacunación antimeningocócica

Pregunta

Niña de 5 años de edad nacida y vacunada en Venezuela, acude a consulta. En su libro aportado aparece dos dosis de vacuna "antimeningococia b-c" administrada a los 24 meses y 3 años de

edad. Consideramos esa dosis de Mc o necesita otra dosis antes de los 12 años de edad y esa Meningitis B no es la misma que Bexsero (creo por otras preguntas revisadas de vacuna de Cuba). Gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (7 de Junio de 2018)

1. La vacuna es Vamengoc-BC que incluye polisacárido C no conjugado (no corresponde con las vacunas españolas) y PorA 19.15 de meningococo B (la PorA no corresponde con la recombinante tetravalente disponible en España para niños)
2. Debería recibir una dosis de MenC conjugada a partir de los diez años de vida.

Dispone de una pregunta similar en:
<https://vacunas.org/administracion-de-neisvac-c-y-de-bexsero-en-receptora-previa-de-vamengoc-bc/>

Viaje a Indonesia en antecedentes de síndrome de Guillain-Barré

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Viaje a Indonesia en antecedentes de síndrome de Guillain-Barré

Pregunta

Buenos días , tengo una paciente de 52 años que ha padecido en 3 ocasiones en otro centro cuadro compatible con Guillain Barre, con AF de enfermedades autoinmunes. Actualmente tiene viaje a Borneo, Indonesia y me comenta la necesidad de vacunación frente VHA,VHB, tétanos, fiebre tifoidea, además de la profilaxis de malaria.

No sé hasta qué punto serían susceptibles de desencadenar nuevamente Guillain-Barré y si lo hicieran, ella estaría en el extranjero con lo que ello conlleva.

Respuesta de José Antonio Navarro (5 de Junio de 2018)

Con los antecedentes personales y familiares y, aunque esas vacunas no están asociadas al síndrome de Guillain-Barré, pensamos que solo si está muy justificado el viaje a una zona de muy alto riesgo (en especial y, actualmente, para difteria, malaria y rabia) se podría plantear la vacunación/quimioprofilaxis.

En cuanto a las vacunas o profilaxis a recibir, en su caso, lo más importante sería la profilaxis antipalúdica. Se ha descrito, a ese respecto, algún caso de SGB asociado temporalmente a la ingesta de atovacuna/proguanil.

La HA y la fiebre tifoidea se pueden obviar extremando la precauciones frente a enfermedades de transmisión feco-oral.

La HB se puede evitar evitando exposiciones sexuales de riesgo y respecto al tétanos lo más probable es que haya recibido al menos tres dosis con anterioridad (las vacunas Td, DTPa y Tdap se administrarán con precaución en caso de haber padecido SGB tras alguna de esas vacunas) por lo que podría estar parcialmente protegida. Esta protección sería más dudosa para la difteria.

En cualquier caso, la decisión debe tomarse de común acuerdo entre su médico y la paciente valorando riesgo/beneficio, y particularmente las características del viaje (lugar, pernoctación, actividades....)

Exposición a varicela en una gestante con serología positiva y recepción previa de una dosis de vacuna

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Exposición a varicela en una gestante con serología positiva y recepción previa de una dosis de vacuna

Pregunta

Estoy de 24 semanas de gestación y en la semana 22 una compañera del colegio de mi hijo tuvo varicela (de carácter leve). Tanto mi hijo (vacunado a los 15 meses) hemos tenido contacto con la niña, en mi caso 2-3 veces, mi hijo todos los días, y de momento ninguno con síntomas. Yo no he pasado varicela, pero a los 24 años recibí una única dosis de vacuna y presenta una serología IgG frente a varicela positiva. Mi ginecóloga me ha solicitado una nueva serología con IgG e IgM, pero parece que la realización de IgM no es habitual. ¿ Me puedo considerar protegida si presente Anticuerpos antivariela positivos ? Al haber pasado más de 72-96 h del contacto, entiendo que la inmunoglobulina no tiene sentido, ¿ no ? Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (7 de Mayo de 2018)

El mero hecho de disponer de una IgG positiva quince años más

tarde habla de que probablemente fuera inmune por padecimiento oligosintomático de la varicela en su infancia (las técnicas habituales de serología de varicela suelen adolecer de baja sensibilidad en los vacunados y más con una sola dosis).

En España no se dispone de inmunoglobulina específica para el VVZ y por otra parte sería ineficaz al haber transcurrido más de 96 horas.

En resumen, no recomendamos analíticas ni ninguna otra medida a no ser que debutase con un cuadro sugerente de varicela, lo que parece bastante improbable.

No recepción de tercera dosis de Hepatitis B en sanitaria

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

No recepción de tercera dosis de Hepatitis B en sanitaria

Pregunta

En relación con una trabajadora sanitaria y la vacuna frente a la Hepatitis B. De 51 años. Con vacunación frente a la Hepatitis B 1ª dosis en 2-10-2017, 2ª dosis en 2-11-2017 y refiere reacción importante de vomitos y mal estar general. En marzo de 2018 correspondería la 3ª dosis que NO hemos administrado (ni desea recibirla).

Los Anti HBs en este momento son positivos, 54. ¿Podemos seguir el criterio general de considerarla respondedora como con los casos de vacunación completa y actuar de la misma

forma en caso de accidente con riesgo biológico?.

Respuesta de José Antonio Navarro (3 de Mayo de 2018)

Tenga presente que en adultos menores de 40 años entre el 30% y el 75% tienen niveles protectores de AntiHBs tras la primera y segunda dosis, respectivamente, pero recuerde que el título >10 mUI/mL solo se considera protector cuando se determina tras recibir tres dosis y que su paciente tiene 51 años (la respuesta inmune es peor). Es por ello que no se puede considerar bien vacunada⁽¹⁾.

Actitud:

1. Intentar la recepción de una tercera dosis ya que la reacción a la segunda no parece que correspondiera a una asociación causal.
2. En caso de negativa, actuar como no vacunada ante una exposición a fuente potencialmente contaminada.

Referencias

⁽¹⁾ Schillie S et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 2018;67:1

Vacuna de varicela en trasplantes de progenitores

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de varicela en trasplantes de progenitores

Pregunta

Algunos artículos (Pandit, 2018 Bone marrow transplantation DOI: 10.1038/s41409-018-0112-x; Issa, 2014 Biol BMT 2014; 20:279-287) señalan la posibilidad de vacunar con vacunas atenuadas a los pacientes de MM post TPH con lenalidomida de mantenimiento, pero señalan la triple vírica y la vacuna frente a herpes zoster disponible en la actualidad. Dado que la dosis de UFP en la vacuna de la varicela es menor y que realmente es el único virus que todavía circula entre la población, ¿sería también posible vacunar de ésta una vez transcurridos los 24 meses de rigor?

Respuesta de José Antonio Navarro (20 de Abril de 2018)

1. La lenalidomida, tal como señalan los investigadores del Dana Farber en el BMT, no es inmunosupresor sino inmunomodulador y el número de pacientes tratados con el verdadero inmunosupresor (bortezomib) es muy bajo, no pudiendo, por tanto, extraer conclusiones sobre el uso de la vacuna atenuada frente a H zóster.
2. Las pautas actuales recomiendan la vacuna frente a la varicela en régimen de dos dosis valorando el balance riesgo/beneficio en los pacientes en los que haya transcurrido 2 años o más desde el trasplante, sean seronegativos, en ausencia de tratamiento inmunosupresor durante 1 año y 8-11 meses sin haber recibido inmunoglobulinas sistémicas y sin EICH. Por otra parte los pacientes con inmunidad a VVZ inducida por la vacuna de varicela tienen menor riesgo de padecer zóster ⁽¹⁾. Algunos autores recomiendan la vacuna atenuada frente a H zóster si se cumplen los mismos requisitos anteriores, más seropositividad y edad mayor de sesenta años ⁽²⁾.
3. En breve se dispondrá para estos pacientes de la vacuna de subunidades HZ/su que se está ensayando con buenos resultados de seguridad en trasplante autólogo (enlace).

Referencias

⁽¹⁾ Rubin LG et al. 2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. Clin Infect Dis 2014;58:309–18

⁽²⁾ Carpenter P et al. How I vaccinate blood and marrow transplant recipients. Blood 2016;127:2824-2832

Tratamiento con inhibidores tópicos de la calcineurina y vacunación

20/07/2018

Respuesta del Experto a ...

Tratamiento con inhibidores tópicos de la calcineurina y vacunación

Pregunta

Buenas tardes. Me gustaría saber si a una niña de 3 años y medio que está recibiendo tratamiento tópico con primecrolimus 1% tópico actualmente ¿ se le puede administrar la 1ª de vacuna varivax o hay que esperar un tiempo ? Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (9 de Abril de 2018)

Dispone de la respuesta a una pregunta similar en: <https://vacunas.org/vacunacion-en-tratamiento-con-inhibidores-de-la-calcineurina-2/>. Aunque la respuesta inmune a vacunas vivas e inactivadas no parece verse afectada por el tratamiento con inhibidores tópicos de la calcineurina ^(1, 2, 3), convendría, por motivos de seguridad y en cuanto a la vacuna de varicela, estar sin tratamiento dos semanas antes de

recibirla (puede provocar, además, exantema cutáneo postvacunal) y reiniciarlo un par de semanas después.

Referencias

- (1) Food and Drug Administration. Elidel (pimecrolimus) Cream 1%. NDA 21-302. Briefing Document. January 25, 2005.
- (2) Papp K et al. Long-term treatment of atopic dermatitis with pimecrolimus cream 1% in infants does not interfere with the development of protective antibodies after vaccination. J Am Acad Dermatol 2005;52:247-253
- (3) Hofman T et al. Tacrolimus ointment does not affect the immediate response to vaccination, the generation of immune memory, or humoral and cell-mediated immunity in children. Arch Dis Child 2006;91: 905–910