Preguntas varias sobre vacunación

08/10/2009
Respuesta del Experto a …

Preguntas varias sobre vacunación

Pregunta
– Conveniencia de la vacuna de prevenar o similar. Calendario + apropiado.
– ¿Se puede administrar simultáneamente a las calendario vacunal?.
– ¿Si no se puede administrar, que periodo de tiempo debe de transcurrir entre ambas? vacunas contra la gastroenteritis por rotavirus.
– ¿Es conveniente, y efectiva teniendo en cuenta su costo para la familia?
– ¿La vacuna de la gripe B o común y la gripe A se pueden poner simultáneamente?
¿Que periodo mínimo de días debe transcurrir entre las administración de ambas vacunas de la gripe, es decir la estacional y la gripe A?
– ¿Que periodo de inmunización se supone que cubre la vacuna de la gripe A, si esta enfermedad no parece estacional como la de la gripe común?
– Reacciones adversas + importantes de la vacuna de la gripe A conocidas hasta la fecha a nivel, mundial
– ¿Nos debemos vacunar el personal sanitario, que riesgo corremos?

Respuesta de Pedro José Bernal (8 de Octubre de 2009)

CONVENIENCIA DE LA VACUNA DE PREVENAR O SIMILAR.
La vacuna antineumocócica conjugada heptavalente no está

incluida en el calendario infantil de vacunaciones aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). En la actualidad solo está recomendada para los niños menores de 5 años incluidos en los grupos de riesgo, que en general son:

1.Enfermedades crónicas:
a)Cardiovasculares (particularmente cardiopatías cianóticas congénitas).
b)Pulmonares (excluido el asma, a menos que reciban corticoides orales a altas dosis). Se incluyen las enfermedades con riesgo de aspiración pulmonar (parálisis cerebral).
c)Diabetes mellitus.
d)Fístulas de líquido cefalorraquídeo.
e)Drepanocitosis y otras hemoglobinopatías.
f)Enfermedad celiaca.
g)Cirrosis.

2.Inmunodepresión:
Asplenia anatómica o funcional, inmunodeficiencias congénitas (excepto la enfermedad granulomatosa crónica), enfermedades que requieran tratamiento inmunosupresor o radioterapia (enfermedad de Hodgkin, linfomas, neoplasias…), trasplantes de órgano sólido, insuficiencia renal y síndrome nefrótico. 3.Infección por V.I.H. 4.Síndrome de Down. 5.Antecedentes de padecimiento de enfermedad invasora por S. pneumoniae. 6.Pacientes con implantes cocleares o susceptibles de recibirlos. Para más información se puede consultar: http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/neumo.pdf

CALENDARIO + APROPIADO.
Según la edad de comienzo de la vacunación, la pauta de vacunación es la siguiente: Niños de 2 a 6 meses de edad:
La serie primaria en niños consiste en tres dosis, de 0,5 ml cada una, administrándose habitualmente la primera dosis a los 2 meses de edad y con un intervalo de, al menos, 1 mes entre

dosis. Se recomienda una cuarta dosis en el segundo año de vida. Niños de 7 a 11 meses de edad: dos dosis, de 0,5 ml cada una, con un intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Se recomienda una tercera dosis en el segundo año de vida.

Niños de 12 a 23 meses de edad: dos dosis, de 0,5 ml cada una, con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis.
Niños de 24 meses a 5 años de edad: una dosis única.

¿SE PUEDE ADMINISTRAR SIMULTANEMENTE A LAS CALENDARIO VACUNAL? ¿SI NO SE PUEDE ADMINISTRAR, QUE PERIODO DE TIEMPO DEBE DE TRASCURRIR ENTRE AMBAS? No hay ningún problema en administrar Prevenar® simultáneamente con el calendario vacunal sistemático, aunque se ha descrito una mayor reactogenicidad cuando se coadministra con vacuna antimeningocócica C, por lo que podría recomendarse diferir la administración de Prevenar® unos días cuando coincida con esta vacuna.

VACUNAS CONTRA LA GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS. ¿ES CONVENIENTE, Y EFECTIVA, TENIENDO ENCUENTA SU COSTO PARA LA FAMILIA? La vacuna frente al Rotavirus no está incluida en el calendario infantil de vacunaciones aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). En concreto, las recomendaciones son: “No introducir la vacunación frente a rotavirus en el calendario de vacunación establecido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

No existiendo grupos de riesgo en los que selectivamente recomendar la vacunación y no habiendo recomendación de introducir la vacuna en el calendario de vacunación, se considera que la no financiación de esta vacuna por el Sistema de Salud estaría en concordancia con la recomendación establecida.” En el estudio realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, en 1999, sobre rotavirus en España se utilizó la proporción de ingresos por gastroenteritis atribuible a rotavirus en el modelo para todo el país, se calcularon 4.239 ingresos en el año 1994 atribuibles a

rotavirus. Para calcular el coste hospitalario, se utilizó la cifra de 60.750 pesetas por cama y día en el año 1994, ascendiendo el coste relacionado con estos ingresos a 2.100.000.000 pesetas.

Asumiendo que la vacuna se administra en tres dosis, sobre una población diana de niños menores de 5 años de edad, se estimó una protección potencial del 90,2% para este grupo de población; utilizando una cobertura vacunal del 95% en esta población y una eficacia vacunal del 70-90%, se estimó que la vacuna podría prevenir entre el 43% y el 77% de los cuadros moderados y graves de la enfermedad. No se consideró la mortalidad en estos cálculos ya que la infección por rotavirus no se asocia con una mortalidad importante, en nuestro medio.

Los beneficios económicos derivados de la instauración de un programa de inmunización, se calcularon sobre la base de 400.000 nacidos vivos, con una cobertura esperada del 95%, con tres dosis de vacuna, se necesitarían al menos 1.140.000 dosis de vacuna al año. La parte importante del coste, seria el propio coste de la vacuna. Si estimamos que las cifras esperadas de reducción de costes hospitalarios son del 77%, para que el coste-efectividad de la vacunación fuese positivo, el precio de una dosis de vacuna debería ser menor de 1.400 pesetas y cuando la reducción es del 43%, el coste de una dosis de vacuna debería ser menor de 750 pesetas. No se ha considerado la mortalidad en estos cálculos ya que la infección por rotavirus no se asocia, en nuestro medio, con mortalidad. En la actualidad el coste de las vacunas es 187,32 € (dos dosis), 31.167,43 Ptas., para Rotarix® y 208,50€ (tres dosis), 34.691,48 Ptas., para RotaTeq®.

¿LA VACUNA DE LA GRIPE B O COMUN Y LA GRIPE A SE PUEDEN PONER SIMULTANEAMENTE? ¿QUE PERIODO MINIMO DE DIAS DEBE TRASCURRIR ENTRE LAS ADMINISTRACION DE AMBAS VACUNAS DE LA GRIPE, ES DECIR LA ESTACIONAL Y LA GRIPE A? Los únicos datos de administración concomitante existentes se refieren a la administración de la vacuna pandémica H5N1 con una vacuna

estacional no adyuvada. No existen datos de la administración concomitante de la vacuna pandémica A (H1N1) con ningún tipo de vacuna estacional.

Por tanto, la administración concomitante de Pandemrix® o Focetria® (únicas vacunas autorizadas hasta el momento en la Comunidad Europea) con vacunas estacionales no se recomienda (la administración debe distanciarse al menos dos o tres semanas de acuerdo con las recomendaciones de la EMEA).

¿QUE PERIODO DE INMUNIZACION SE SUPONE QUE CUBRE LA VACUNA DE LA GRIPE A, SI ESTA ENFERMEDAD NO PARECE ESTACIONAL COMO LA DE LA GRIPE COMUN? La duración de la inmunidad de las vacunas antigripales no está tanto en relación con las vacunas, como con la variabilidad de las cepas circulantes. De esta manera, en tanto en cuanto la cepa A/California/7/2009(H1N1) siga circulando sin variaciones mayores, la inmunidad que confiere la vacuna debe ser duradera. Por otra parte, en Pandemias anteriores, lo que se ha observado es que el virus pandémico termina sustituyendo a una de las cepas circulantes, convirtiéndose en estacional.

REACCIONES ABVERSAS + IMPORTANTES DE LA VACUNA DE LA GRIPE-A CONOCIADAS HASTA LA FECHA A NIVEL, MUNDIAL. Los estudios de seguridad realizados en las vacunas autorizadas hasta el momento aseguran que las vacunas han presentado un perfil de reactogenicidad aceptable. Las reacciones locales fueron más frecuentes, en todos los grupos de edad, a partir de la segunda dosis. La mayoría de las reacciones sistémicas se experimentaron a los 3 días siguientes a la administración de la vacuna y fueron transitorias y de gravedad entre baja y moderada.

¿NOS DEBEMOS VACUNAR EL PERSONAL SANITARIO, QUE RIESGO CORREMOS? En los sanitarios el objetivo de la vacunación es triple, por una parte evitar la transmisión y el contagio del virus a sus colegas y a los pacientes, especialmente a aquellos de alto riesgo en los que por su condición clínica la

respuesta a la vacuna puede ser subóptima. Su efectividad en la prevención de la gripe confirmada serológicamente en este colectivo puede alcanzar hasta el 85%-90%2. Por otra evitar el absentismo como trabajadores esenciales para el mantenimiento de la infraestructura sanitaria, y en último lugar para evitar el "presentismo" en el que los no muy enfermos siguen trabajando3,4. En cuanto al riesgo de recibir la vacuna, es similar al riesgo de recibir cualquiera de las vacunas estacionales, es decir, reacciones locales mínimas y reacciones sistémicas muy improbables, por lo que no debemos ampararnos en riesgos desconocidos para evitar la vacunación frente a este virus, teniendo en cuenta los beneficios.

Referencias

1. World Health Organization. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization – report of the extraordinary meeting on the influenza A(H1N1) 2009 pandemic, 7 July 2009. Wkly Epidemiol Rec 2009;84:305-308.
2. Wilde J, McMillan J, Serwint J, Butta J, O´Riordan M, Steinhoff M. Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals: a randomized trial. J Am Med Assoc 1999. 281: 908-913.
3. Greenberg ME, Lai M, Hartel G, Wichems Ch, Gittleson Ch, Bennet J et al. Response after one dose of monovalent influenza A (H1N1) 2009 vaccine- Preliminary Report .N Engl J Med 2009;361.
4. Mak TK, Mangtani P, et al. Influenza vaccination in pregnancy: current evidence and selected national policies. Lancet Infect Dis 2008; 8: 44-52