

Isoinmunización anti-D y administración de inmunoglobulinas

Respuesta del Experto a ...

Isoinmunización anti-D y administración de inmunoglobulinas

Pregunta

1: ¿Cuál es el motivo por el que las vacunas atenuadas deben administrarse TRAS POSPONER UN PERIODO DE TIEMPO en caso de administración de inmunoglobulinas (excepto anti-D), concentrado de hematíes, sangre total o plasma/plaquetas? De este modo una púérpera no inmune a Rubeola y que debido a hemorragia posparto le hayan administrado concentrado de hematíes debe posponer la administración de la vacuna 5 meses, ¿no?

2: ¿Cuál es el motivo por el que la inmunoglobulina anti-D se recomienda administrar a las 29-30sg en el curso normal de una gestación (no en contexto de pruebas invasivas...)? ¿Guarda relación con la concentración de IgG materna-fetal (28-32sg IgG fetal = 50% de la IgG materna) o con la mayor posibilidad de paso de sangre fetal al torrente materno en esa edad gestacional?

Respuesta de José Antonio Navarro (15 de Octubre de 2018)

1. Los derivados hemáticos contienen inmunoglobulinas que pueden neutralizar los antígenos vacunales.

2. Aunque no se trata de una pregunta de Vacunología., en la situación que comenta, las hemorragias transplacentarias lo suficientemente importantes como para originar sensibilización no suele ocurrir hasta el tercer trimestre de gestación, de ahí que los anticuerpos que produce la madre, con mayor

frecuencia, se forman después de las 28 semanas de embarazo.

AntiHB-C aislado en tratamiento inmunosupresor

Respuesta del Experto a ...

AntiHB-C aislado en tratamiento inmunosupresor

Pregunta

Buenos días, soy residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Tenemos una paciente incluida en el programa de vacunación por recibir tratamiento inmunosupresor.

La paciente presentaba los siguientes datos frente a la HEPATITIS B en la serología:

agHBS: Negativo

antiHBc IgG: Positivo

antiHBs: Negativo

Le administramos una dosis frente al VHB, al pensar que con ella podría "remontar" ya que según la analítica ha pasado la infección pero no ha producido anticuerpos. Tras hacerle control postvacunal, el antiHBs sigue negativo. ¿Sería conveniente completar la pauta? o ¿como no ha creado anticuerpos tras la infección es poco probable que responda a la vacuna? Muchas gracias de antemano.

Respuesta de José Antonio Navarro (24 de Septiembre de 2018)

El caso que expone es el correspondiente a un AntiHBc aislado con posibilidad de una reactivación en función del tratamiento inmunosupresor que está recibiendo. Al margen de comprobar que no se trata de un falso positivo, la pauta a seguir es hacer

una determinación de ADN-HBV que será la que marcará la actitud (vacunación vs antivíricos) ^(1,2,3).

Referencias

⁽¹⁾ Wang O et al. Significance of anti-HBc alone serological status in clinical practice. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017; 2: 123–34

⁽²⁾ Piroth L et al. Patients With Isolated Hepatitis Core Antibody: Has the Time Come to Vaccinate? Clin Infect Dis 2018;66:317-318

⁽³⁾ Koffas A et al. Hepatitis B virus reactivation in patients treated with immunosuppressive drugs: a practical guide for clinicians. Clinical Medicine 2018;18:212-218

Síndrome de hipotonía-hiporreactividad tras recepción de vacuna 4C-MENB

Respuesta del Experto a ...

Síndrome de hipotonía-hiporreactividad tras recepción de vacuna 4C-MENB

Pregunta

Soy un Pediatra de Gipuzkoa. Tengo en la consulta un lactante de 3 meses, que a las 5-6 horas de administrarse la vacuna antimeningocócica B (Bexsero), presentó un episodio de palidez-hipotonía que duró unos 30 minutos, del cual se

recuperó sin problemas.

A la hora de administrarle la segunda dosis con 5 meses, ¿hay que tener alguna precaución adicional?. ¿Hay riesgo de que recurra esta reacción?

Respuesta de José Antonio Navarro (21 de Septiembre de 2018)

Da la impresión de que se trata de un síndrome de hipotonía-hiporreactividad postvacunal. Este cuadro es muy infrecuente, suele aparecer en el lactante pequeño tras la primera dosis de vacuna (habitualmente DTP) y suele cursar sin secuelas.

La tasa de recurrencia es variable. La última serie publicada procede de Australia y puede llegar hasta un 3% ^(1,2).

Respecto a las siguientes dosis, dadas las características del síndrome, la recurrencia y la gravedad de las inmunoprevenibles, soy partidario de continuar con el esquema de vacunación tras una detenida entrevista con los padres.

En relación a la vacuna recibida, se dispone de bibliografía de cuadros similares tras su recepción ⁽³⁾.

Dispone de información complementaria en: <https://www.vacunas.org/hiporreactividad-tras-primera-dosis-de-vacuna-hexavalente/>

Referencias

⁽¹⁾ Crawford N et al. Recurrence risk of a hypotonic hyporesponsive episode in two Australian specialist immunisation clinics. Vaccine 2018;36:6152-6157

⁽²⁾ Guetsop Zafack J et al. Risk of Recurrence of Adverse Events Following Immunization: A Systematic Review. Pediatrics 2017;140:e20163707

⁽³⁾ Mentzer D et al. Adverse events following immunisation with a meningococcal serogroup B vaccine: report from postmarketing

surveillance, Germany, 2013 to 2016. Euro Surveill. 2018;23(17):pii=1700468

Profilaxis postexposición frente a rabia en administración intradérmica previa

Respuesta del Experto a ...

Profilaxis postexposición frente a rabia en administración intradérmica previa

Pregunta

Hace 11 días me arañó en la cara un mono en Tailandia. Me aplicaron allí 3 dosis de vacuna Intradermal de 0.1ml en cada deltoides (Speeda). Al llegar a España, me han comentado los médicos que aquí utilizan otro tipo de vacuna y me comentaron que no pueden aplicarme la vacuna que tienen aquí (Rabipur) por vía Intradermal, que sería por vía intramuscular.

¿Sucede algo si cambio la vía de administración? Estoy muy angustiada porque parece que los médicos que he consultado no lo tienen claro y por eso les pido ayuda a ustedes.

Respuesta de José Antonio Navarro (31 de Julio de 2018)

Según la OMS, es aceptable un cambio en la vía de administración si el mismo es inevitable, como es el caso que expone⁽¹⁾. Debería recibir dos dosis más por vía intramuscular en los días 14 y 28..

Referencias

⁽¹⁾ WHO. Rabies vaccines: WHO Position Paper- April 2018. Wkly Epidemiol Rec 2018;93:201-220

Vacuna de rotavirus y ostomía gástrica

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

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

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

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

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://www.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

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....)