

Vacuna de Hepatitis A, alergia a Neomicina y ototoxicidad

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de Hepatitis A, alergia a Neomicina y ototoxicidad

Pregunta

Buenas noches, quería comentaros dos dudas respecto a la vacuna de la hepatitis A.

1. Paciente adulto alérgico a la neomicina, ¿ estaría contraindicado administrarle la vacuna de la hepatitis A, cualquiera de ellas Vaqta 50 o havrix 1440 (ya que contienen trazas de neomicina) no? Al igual que también estaría contraindicado administrarle cualquier vacuna que contenga neomicina (mutagrip, varivax....) ?
2. Paciente que no puede tomar fármacos ototóxicos/intolerancia fármacos ototóxicos; ¿ se le podría administrar la vacuna de la hepatitis A (ya que contiene trazas de neomicina, farmaco ototóxico) ?

Muchas gracias. Un saludo

Respuesta de José Antonio Navarro (6 de Julio de 2016)

1. Depende del tipo de manifestaciones clínicas. Estaría contraindicada en caso de anafilaxia.
2. Una reciente revisión⁽¹⁾ no ha encontrado asociación entre hipoacusia neurosensorial y recepción de vacunas. Por otra parte tenga en cuenta la cantidad contenida en la vacuna (residuos de sulfato de neomicina en cantidad menor de 40 ng/ml)

Referencias

⁽¹⁾ Baxter R et al. Sudden-onset sensorineural hearing loss after immunization: a case-centered analysis. Otolaryngology–Head and Neck Surgery 2016;155:81-86

Vacuna de Hepatitis A y de Encefalitis Japonesa en niño viajero menor de 12 meses

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de Hepatitis A y de Encefalitis Japonesa en niño viajero menor de 12 meses

Pregunta

Bebé de 10 meses que viajará a Vietnam 3 semanas de vacaciones en julio con sus padres de 32 y 37 años (españoles).

1. La ficha técnica (FT) de la vacuna frente hepatitis A no contempla vacunación en menores de 12 meses, ¿se puede vacunar aun estando fuera de FT? ¿estaría indicada Ig, con qué pauta? y si la Ig no está disponible?
2. Unos días antes del viaje las autoridades de Vietnam notifican 9 casos de encefalitis japonesa en el país, pero faltan 15 días para la salida del viaje. Se podría hacer una pauta acelerada de 2 dosis 0-7 días para padres, pero para el bebé ¿cuál sería la recomendación de vacunación?

Gracias por su respuesta

Respuesta de José Antonio Navarro (2 de Julio de 2016)

Suponemos, en primer lugar, de que el viaje es ineludible y que los padres conocen los riesgos asociados al mismo.

Igualmente, suponemos, que desde su Centro ya se han valorado las características del viaje, alojamiento, momento, duración... y se ha concluido que son necesarias ambas vacunas, al margen de la triple vírica y que se les ha proporcionado consejos frente a mosquitos, animales (rabia) y a enfermedades de transmisión feco-oral. Por tanto:

1. Respecto a la hepatitis A pensamos que puede recibirla dado que tiene 10 meses y que por la edad de la madre es probable que sea susceptible. Incluso ante la presencia de anticuerpos maternos, la primera dosis es capaz de generar priming ^(1,2). La inmunoglobulina podría ser una opción pero interferirá con las vacunas atenuadas.
2. Respecto a la encefalitis japonesa, no está aprobada la pauta rápida para niños por lo que se intentaría proteger con una dosis de vacuna más la protección frente a mosquitos.

Referencias

⁽¹⁾ Dagan R et al. Immunization against hepatitis A in the first year of life: priming despite the presence of maternal antibody. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:1045-1052

⁽²⁾ Lagos R et al. Immunological priming of one dose of inactivated hepatitis A vaccine given during the first year of life in presence of maternal antibodies. *Vaccine* 2003;21:3730-3733

Vacunación en síndrome de DiGeorge

Respuesta del Experto a ...

Vacunación en síndrome de DiGeorge

Pregunta

Tengo una niña con Síndrome DI George , de 3 años y 3 meses , con analítica reciente de:

- Linfocitos totales 5519.1/mmc
- linfocitos CD4 totales 1710.9/mmc
- linfocitos CD8 totales 1048.6/mmc

La envía su pediatra para vacuna de varicela y triple vírica . Entiendo por el documento del CAV : Vacunación en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor , que con esta analítica (que es mantenida en el tiempo) la podemos vacunar. Si bien no veo que tenga hecho ningún test de “respuestas a mitogénos” .Tiene un diagnóstico de Síndrome di George, pero sin apellido de completo , incompleto....

Respuesta de José Antonio Navarro (29 de Junio de 2016)

Muchas gracias por su “amable” pregunta.

Lo primero es conocer si ha recibido alguna vacuna.

En segundo lugar puede recibir vacunas inactivadas (<https://www.vacunas.org/vacunacion-en-el-sindrome-de-digeorge/>) por lo que tendría que planificarle un calendario según la edad actual y las recibidas anteriormente.

Respecto a las vacunas atenuadas, y tal como se especifica en el link anterior, teóricamente estarían contraindicadas, pero a la vista del recuento linfocitario y de experiencias recientemente publicadas ^(1,2), podría ser candidata a recibir TV

y varicela. Aun así estimamos que lo más prudente es que a la vista de la situación clínico-analítica, consensue el riesgo/beneficio de estas vacunas con el pediatra y el inmunólogo responsable.

Referencias

⁽¹⁾ Hofstetter A et al. Live vaccine use and safety in DiGeorge syndrome. Pediatrics 2014;133:e946

⁽²⁾ Principi N et al. Vaccine use in primary immunodeficiency disorders. Vaccine 2014;32:3725-3731

Tercera dosis de vacuna frente a la Parotiditis

Respuesta del Experto a ...

Tercera dosis de vacuna frente a la Parotiditis

Pregunta

Enfermera de 35 años, de pediatría con cardiopatía intervenida en infancia, presenta tumoración parotídea. Se realizará serología para ver IG g, IGM... En el caso que se confirmase la infección aguda (desconociendo nº de dosis de TV administradas ¿1 ó 2?), ¿entendemos que la enfermedad confiere inmunidad duradera o sería necesario revacunar (en este caso: ¿con cuántas dosis?)?

He leído que actualmente se cuestiona la inmunidad duradera posparotiditis.

Muchas gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (23 de Junio de 2016)

Si se confirma la parotiditis mediante la serología (especialmente midiendo los títulos de IgG y su incremento a lo largo de los días), es probable que se deba a un fallo de vacunación secundario (incluso tras haber recibido dos dosis de vacuna). En función de las dosis recibidas con anterioridad podría necesitar la administración de dosis extra de vacuna triple vírica hasta llegar a las dos por ser sanitaria.

Hasta ahora, solo Francia ha adoptado el uso de una tercera dosis en situación de casos agrupados en colectividades y siempre que la segunda dosis la hubieran recibido hace 10 o mas años ⁽¹⁾.

Dispone de información complementaria en:
<https://www.vacunas.org/revacunaciones-de-parotiditis/>

Referencias

⁽¹⁾ Haut Conseil de la Santé Publique. AVIS relatif à la conduite à tenir en cas d'épisodes de cas groupés d'oreillons en collectivité. 11 juillet 2013

[Vacuna de Hepatitis B, y seguimiento posterior, en paciente con Hemofilia A](#)

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de Hepatitis B, y seguimiento posterior, en paciente

con Hemofilia A

Pregunta

Paciente de 13 años. Hemofilia A. Calendario de la infancia completo, incluida primovacunación de Hepatitis B.

Se le hacen controles Anti VHBs en Hematología anualmente.

En dos ocasiones con resultado $< 10\text{UI}$ por lo que se le revacuna 2 veces. (1 pauta 0,1,6) y (2 pauta 0,1,2,12).

Me lo derivan porque en el ultimo control de este año de nuevo tiene $< 10\text{UI}$.

¿Se deben seguir haciendo controles y revacunación o refuerzo toda la vida?

Gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (08 de Junio de 2016)

Teniendo en cuenta que el factor VIII de coagulación humano se produce mediante técnicas de ADN recombinante (ADN r) en células de riñón de crías de hámster que contienen el gen del factor VIII humano, y que las técnicas de transfusión son las correctas, no pensamos que el paciente tenga mayor tendencia a infectarse por el virus de la hepatitis B. De hecho no hay descritos casos de contaminación en los últimos veinte años

(1,2)

Suponemos, por otra parte, que no recibe transfusiones sanguíneas o de hemoderivados. A efectos prácticos hay que tener en cuenta que los títulos postvacunales decaen con cierta rapidez por lo que hubiera resultado muy productivo conocer en qué momento tras la vacunación se realizaron las extracciones sanguíneas. En cualquier caso hay que tener en cuenta que persiste la memoria inmunológica humoral y celular.

En definitiva, y a efectos prácticos, teniendo en cuenta la ausencia de riesgo incrementado si cumple con los protocolos terapéuticos y las diez dosis de vacuna que ya ha recibido, es muy importante conocer si tras cualquier serie vacunal superó

el nivel de AntiHBs de 10 mUI/mL.

1. Si es así: no hacer nada (ni serologías periódicas ni más dosis de vacuna).
2. Si no ha sido así o lo desconocemos: administrar una sola dosis de vacuna y realizar marcadores a los dos meses. Si AntiHBs igual o superior a 10 mUI/mL, actuar como en punto 1 y si es inferior a ese nivel (tras comprobar o cambiar de técnica), no administrar más dosis de vacuna y actuar solo en caso de exposición a fuente potencialmente contaminada (inmunoglobulina). El ACIP, por su parte, solo recomienda los marcadores postvacunales en sanitarios, hemodializados-inmunodeprimidos y contactos sexuales ⁽³⁾

Referencias

⁽¹⁾ Musso R. Drugs Today 2008;44:735-750

⁽²⁾ Gringeri A. Blood Transfus 2011;9:366-370

⁽³⁾ ACIP. MMWR 2006;55:RR-16

Dosis de vacuna de Hepatitis B tipo adulto en un neonato

Respuesta del Experto a ...

Dosis de vacuna de Hepatitis B tipo adulto en un neonato

Pregunta

Buenas noches. Esta tarde se me informa que a un RN se le administra, en maternidad, por error, la primera dosis del calendario con VHB tipo adulto.

¿Qué riesgo corre el RN. Se debe tomar alguna precaución con siguientes dosis?

No encuentro la respuesta en ficha técnica, ...

Un saludo

Respuesta de José Antonio Navarro (05 de Junio de 2016)

Si un bebé recibe por error una dosis de vacuna de hepatitis B tipo adulto, ésta debe de contabilizarse como válida y no precisa repetirla. Al tratarse de una vacuna muy segura no se esperan reacciones adversas infrecuentes. La siguiente dosis debe administrarse según el esquema de la CCAA ⁽¹⁾.

Referencias

¹. Immunization Action Coalition. Hepatitis B. Ask the Experts: Diseases & Vaccines. Pregnancy, Perinatal, and Infants. Disponible en: http://www.immunize.org/askexperts/experts_hepb.asp

Intercambio de vacunas frente a Papilomavirus Humano

Respuesta del Experto a ...

Intercambio de vacunas frente a Papilomavirus Humano

Pregunta

En los centros de salud se han administrado vacunas frente al

VPH de las dos marcas disponibles en diferentes momentos. Dado que no son intercambiables, ¿cuál sería la conducta más recomendable en el caso de que una chica a la que se ha administrado una primera dosis de Cervarix, y por error se vacuna con Gardasil en su segunda dosis correspondiente a los 6 meses? Gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (24 de Mayo de 2016)

Según las recomendaciones de la Autoridad Sanitaria del Reino Unido, deberíamos considerarla bien vacunada siempre que tenga menos de 15 años y se haya respetado un intervalo de al menos seis meses entre ambas dosis ⁽¹⁾.

Dispone de una respuesta similar en: <https://www.vacunas.org/intercambio-de-vacunas-frente-al-virus-del-papiloma-humano-2/>

Referencias

¹. Public Health England. Human papillomavirus (HPV): the green book, chapter 18a. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/human-papillomaviruses-hpv-the-green-book-chapter-18a>

[Vacunación y síndrome de Job-Buckley. Vacunación en tratamiento con Metotrexate. Vacunación en alergia a](#)

formaldehido

Respuesta del Experto a ...

Vacunación y síndrome de Job-Buckley. Vacunación en tratamiento con Metotrexate. Vacunación en alergia a formaldehido

Pregunta

Estimados compañeros, agradecería su opinión en relación a algunas cuestiones referentes a la administración vacunal en determinados grupos de riesgo:

1. Vacunación con triple vírica en adultos con tratamiento crónico exclusivo con Metotrexato. ¿Existe un perfil de seguridad como el de la vacuna frente a la varicela que sirva de referencia para su administración en estas condiciones? Grosso modo, ¿serviría la referencia en dosis $< 0,4$ mg/kg/semana para este fin?
2. Varón de 36 años de edad diagnosticado de Sd. de Hiper IgE con patrón de herencia autosómico dominante (Síndrome de Job) multisistémico (mutaciones del gen STAT3). Derivado para inmunizaciones por neumonías recurrentes, presenta serología negativa a la varicela. Ya vacunado del neumococo, también recibe vacunación antigripal estacional anual. Aunque la vacuna frente a la varicela parece estar especialmente indicada en este caso (Medicina Preventiva Vol. XX N^o2, 3, y 4 2014. Especial Consenso de Vacunas), algunos documentos consultados contraindican su administración:
 - * El Federal Public Service (FPS) belga en su documento Vaccination of immunocompromised children and adults with chronic illness de julio de 2012 contraindica la administración de cualquier tipo de vacuna viva por déficit parcial en la respuesta inmune celular asociada

a este síndrome (disponible en: <http://www.health.belgium.be/en/vaccination-immunocompromised-children-and-adults-chronic-illness-july-2012-shc-8561>)

* El CDC en los apéndices de la 13ª edición del Pinkbook (Vaccination of Persons with Primary and Secondary Immune Deficiencies) no hace mención a este desorden inmunitario. Tampoco lo hace el General Recommendations on Immunization de la ACIP de 28 de junio de 2011.

* En el Documento de Consenso sobre la Vacunación de Niños Inmunodeprimidos de noviembre de 2015 (AEP-SLIPE-ALAPE) también se contraíndica la administración de cualquier vacuna viva por incluir este desorden en el grupo de inmunodeficiencias mixtas.

Al margen de las medidas alternativas que podría realizarse (vacunación de convivientes y empleo de inmunoglobulinas postexposición) ¿se desestimaría la administración de esta vacuna?

3. Gestante alérgica al formaldehído. Las fichas técnicas de Boostrix difieren dependiendo del año: en el 2003 se muestra el formaldehído como posible excipiente, sin embargo, en la ficha más reciente no se muestra entre sus componentes. El fabricante reconoce que aunque este compuesto se emplea en la manufacturación de la vacuna, no se utiliza en su formulación, aunque reconoce que podría estar presente en una cantidad máxima de 0,1 mg por dosis (1 dosis = 0,5 ml). ¿Sería cantidad suficiente como para inducir una reacción alérgica y estar contraíndicada su administración?

Agradeciendo enormemente disponer de este foro para resolver y compartir nuestras dudas cotidianas, reciban un cordial saludo.

Respuesta de José Antonio Navarro (13 de Mayo de 2016)

1. Se acepta, en general, que las dosis inmunosupresoras de metotrexate son aquellas superiores a 0.4 mgs/Kg/semana

(1) .

2. Como comprenderá, al tratarse de entidades muy infrecuentes, no se dispone de la suficiente casuística como para disponer de recomendaciones generales de vacunación. Mientras unos contraindican las vacunas vivas en el síndrome de hiper IgE ⁽²⁾, otros autores sugieren evaluación del riesgo/beneficio como requisito previo a la vacunación ⁽³⁾.
3. En cuanto al formaldehído, todo dependerá de las manifestaciones clínicas al mismo y la decisión de vacunar se basará en la valoración del riesgo vs beneficio. Si hubiera dudas, podría proceder a la vacunación de los familiares más cercanos además de evitar la exposición del neonato a fuentes transmisoras.

Referencias

- ¹. Harpaz R et al. Prevention of Herpes Zoster. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2008;57:RR-5
- ². Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination des personnes immunodéprimés ou aspléniques. 2 edition. Décembre 2014
- ³. Aguilar C et al. Clin Infect Dis 2014;59:1462-1470

Adenopatía supraclavicular tras vacunación frente a VPH

Respuesta del Experto a ...

Adenopatía supraclavicular tras vacunación frente a VPH.

Pregunta

Adolescente de 13 años que recibe la vacuna del papilomavirus (Gardasil). A los 3 días de la vacunación se palpa una adenopatía supraclavicular de 1,5 cm en el mismo lado de la administración (izqdo).

En la ficha técnica de la vacuna consta de que puede dar linfadenopatías.

¿Entraría dentro de lo factible el achacarlo a la vacuna en esta localización?.

Respuesta de José Antonio Navarro (11 de Mayo de 2016)

Muchas gracias por su “amable” pregunta.

Aunque muy infrecuente, se dispone en la literatura científica de descripciones de casos de asociación temporal entre vacunas VPH y linfadenopatías, apareciendo en el sitio homolateral hacia los tres días tras la vacunación ⁽¹⁾. En éstos se ha proseguido con la pauta vacunal sin reaparición de la linfadenopatía ⁽²⁾.

Referencias

¹. National Vaccine Information Center. Disponible en: [http://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=on&PAGE=2&PERPAGE=10&ESORT=NONE&REVERSESORT=&VAX=\(HPV+HPV4\)&SYMPTOMS=\(Lymphadenopathy_\(10025197\)\)](http://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=on&PAGE=2&PERPAGE=10&ESORT=NONE&REVERSESORT=&VAX=(HPV+HPV4)&SYMPTOMS=(Lymphadenopathy_(10025197)))

². Studdiford J et al. Pharmacotherapy 2008;28(9):1194-7

Vacuna de fiebre amarilla en paciente con déficit de IgA

Respuesta del Experto a ...

Vacuna de fiebre amarilla en paciente con déficit de IgA

Pregunta

Se puede vacunar de Fiebre amarilla, una paciente con un déficit absoluto de IgA ?

Seria conveniente hacerle una analítica de inmunidad completa?
Saludos y gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (03 de Mayo de 2016)

La deficiencia de IgA es una condición heterógena y, aunque la mayoría e los pacientes no tienen déficits inmunes importantes, algunos responden a las vacunas de una manera subóptima mientras que otros tienen bajos niveles de células T, producen menos interferón y tienen respuestas mitogénicas disminuidas. Por otra parte algunos puedes acabar en una inmunodeficiencia variable común que a menudo se asocia con déficit de inmunidad celular. Ello implica que algunos pacientes con déficit de IgA puedan tener problemas graves con las vacunas atenuadas ⁽¹⁾. No obstante y dado que no hay casos descritos de complicaciones vacunales, se podría plantear la vacunación con las rutinarias, pero desaconsejaría la vacuna de fiebre amarilla por su perfil de seguridad.

En cualquier caso debería ser su inmunólogo el que sentase la indicación en base a la relación riesgo/beneficio ⁽²⁾.

Referencias

¹. Principi N et al. Vaccine use in primary immunodeficiency disorders. Vaccine 2014;32:3724-3731

². Shearer et al. Recommendations for live viral and bacterial vaccines in immunodeficient patients and their close contacts. J Allergy Clin Immunol 2014;133:961-966