

# 3° Congreso Argentino de Neonatología

9° Jornadas Interdisciplinarias de seguimiento de recién nacido de alto riesgo. 3° Jornada de Perinatología y 3° Jornadas Argentinas de Enfermería neonatal

29 de junio 2016

## Vacunación en pretérmino en UCIN y en el seguimiento

*Dr. Alejandro Ellis*

Jefe de Sección Infectología pediátrica. CEMIC-Hospital Universitario  
Médico Infectólogo Infantil del Sanatorio Mater Dei

*Dr. Jorge Lattner*

Médico infectólogo infantil del Hospital Fernández  
Miembros del Comité Nacional de Infectología de la Sociedad Argentina de  
Pediatria

[alejandroellis.bue@gmail.com](mailto:alejandroellis.bue@gmail.com)

[jorgelattner@fibertel.com.ar](mailto:jorgelattner@fibertel.com.ar)

## LOS MAYORES LOGROS

5000 años después...



Erradicación por vacuna  
1979



**Siglo XX: fue donde ocurrieron los mayores avances en los últimos 5.000 años, respecto al tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas.**



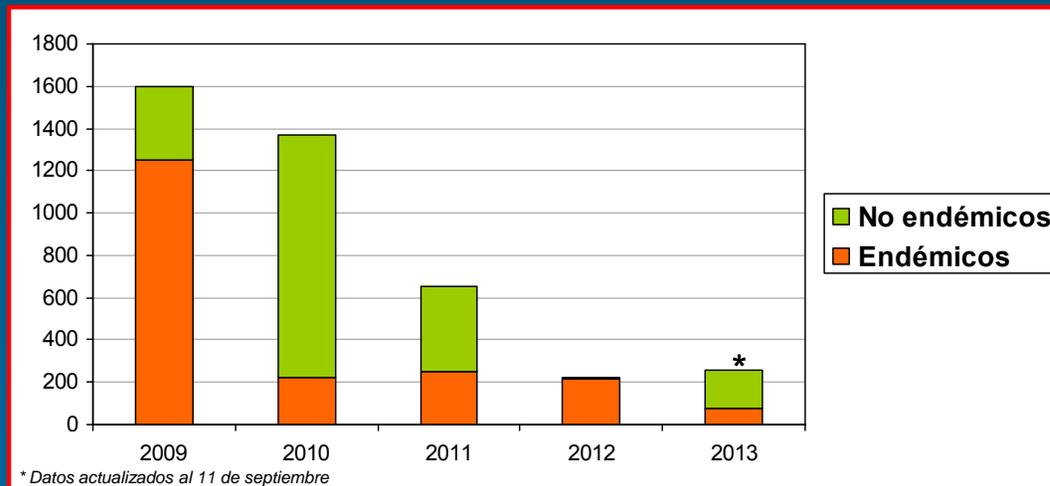
*Polio Eradication*

# Poliomielitis



- **1988** - 350.000 casos de poliomielitis notificadas en 125 países.
- **1991** – América fue el primer continente en eliminar la poliomielitis con estrategias adecuadas.  
(Último caso: 5-9-1991 – Pichanaki – Junín - Perú)

## Proporción de casos en áreas no endémicas (2009-2013)



## Casos que se presentan con mayor frecuencia

- N.S. nació el 4 de enero de 2015.
- RN pre-término bajo peso edad gestacional: 590 grs.
- En el transcurso de su internación desarrolló displasia broncopulmonar, hemorragia cerebral (con colocación de catéter ventrículo-peritoneal) y sepsis intrahospitalaria.
- En abril de 2016 alcanzó los 2.000 g de peso, aún dependiente de oxígeno.

*¿Qué conducta tomar con respecto a su plan de vacunación?*

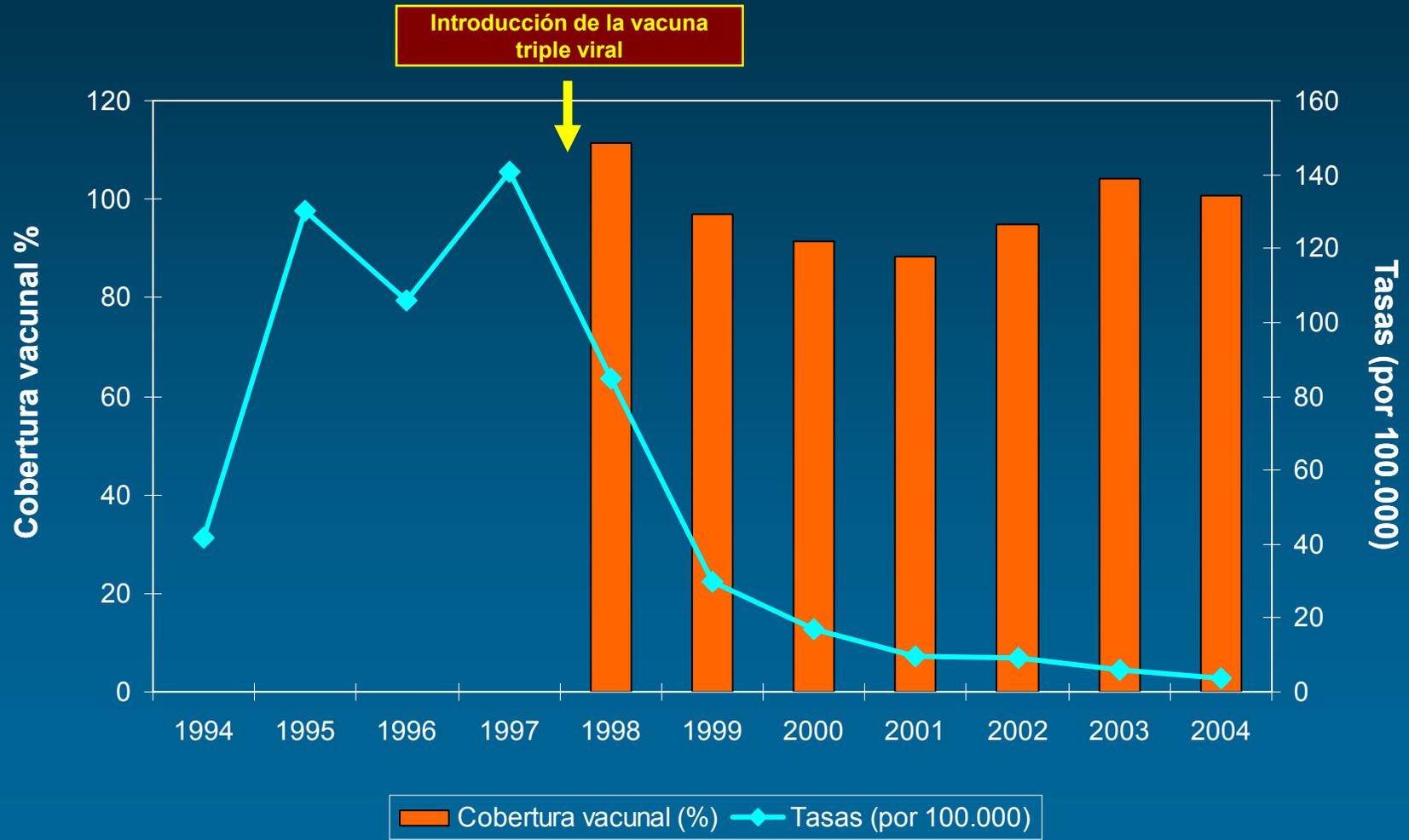


**Siglo XX: fue donde ocurrieron los mayores avances que en los últimos 5.000 años con respecto al tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas.**

1991



# Tasas de incidencia de rubéola y coberturas de vacunación según año. Argentina, 1994 a 2004.



# VACUNATE CONTRA LA RUBÉOLA. POR VOS Y POR EL FUTURO DE LOS CHICOS.

CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN PARA MUJERES DE 15 A 39 AÑOS.  
DEL 1º DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE.  
ES GRATIS, ES UNA VEZ Y PARA SIEMPRE.

CONSULTANOS GRATIS  
**0800-222-1002**  
[www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)



Hoy **X** mañana

CAMPAÑA NACIONAL PARA LA ELIMINACIÓN  
DE LA RUBÉOLA CONGÉNITA



## Objetivo de la vacunación en neonatos pre-término o de bajo peso.

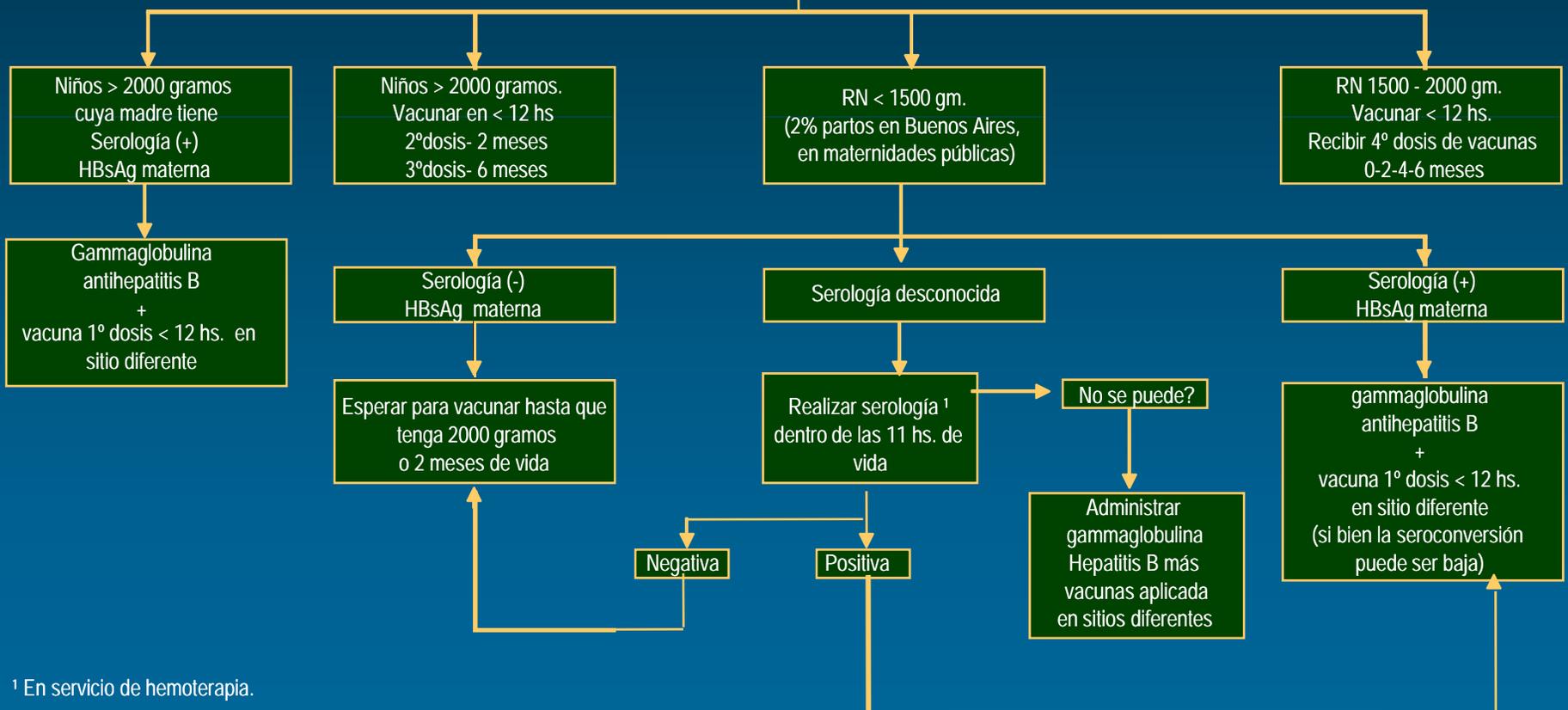
- Tomar conciencia sobre la mayor necesidad de vacunación en el niño nacido pre-término (< 37 semanas) o de bajo peso (< 2.500 gramos) evitando demoras innecesarias en la aplicación.
- Evaluar adecuadamente la tríada epidemiológica: huésped, agente y medio ambiente para evitar la escasa utilización del recurso de vacunación en este grupo etáreo.
- Seleccionar la mejor opción de vacunas disponibles en el mercado, con el fin de colaborar en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles en el recién nacido prematuro.



SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE SALUD COMUNITARIA  
PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

## VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B EN EL NIÑO RECIEN NACIDO SEGÚN PESO DE NACIMIENTO Y ANTECEDENTES MATERNOS

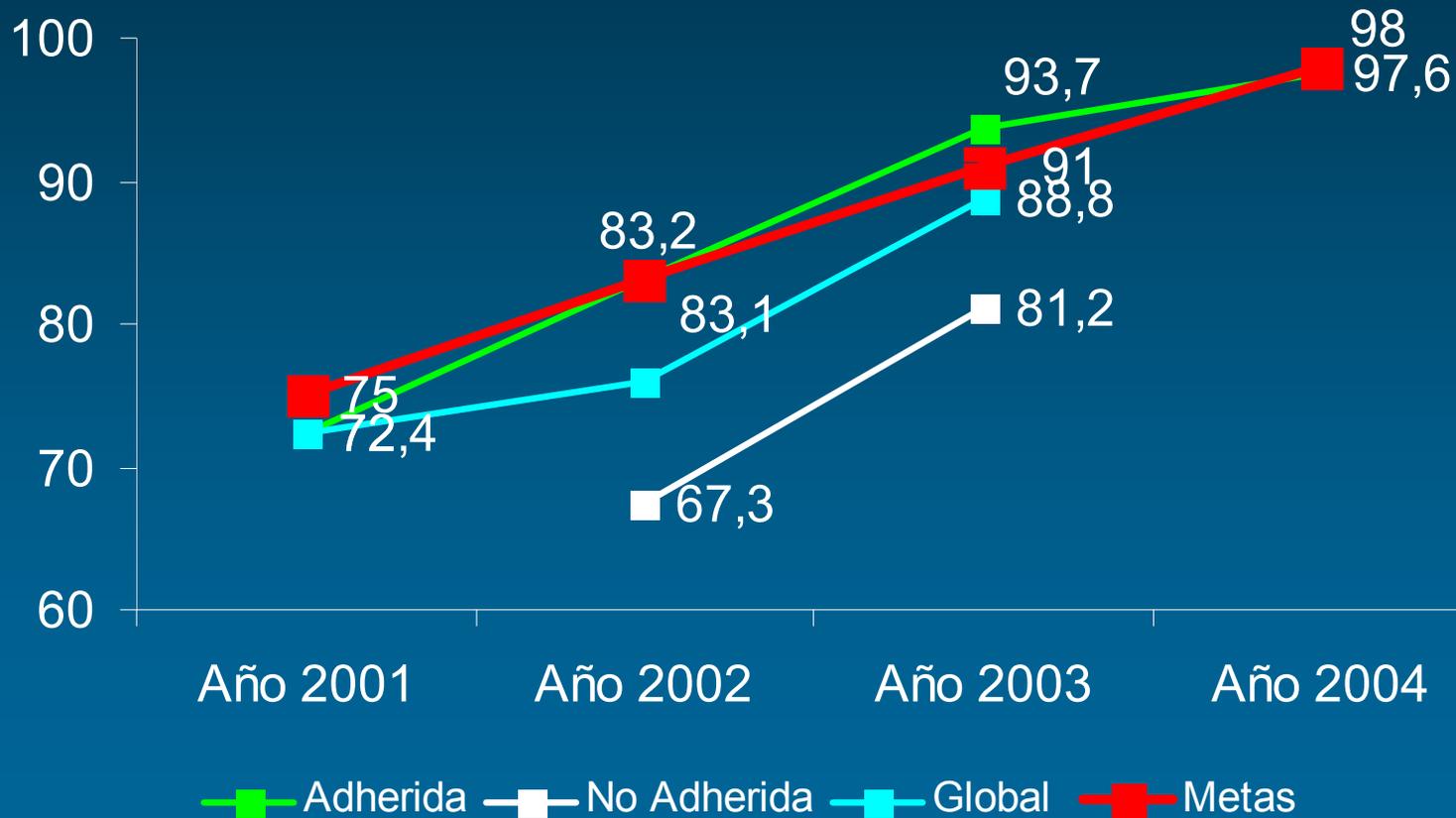
### ALGORITMO



<sup>1</sup> En servicio de hemoterapia.

RECIEN NACIDOS VIVOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN EL 2001: 75.476 - PORCENTAJE GLOBAL NIÑOS < 1500 grs: 2 % ANUAL

## Evolución de la cobertura de la vacuna contra hepatitis B dentro de las 12 horas de vida en relación a las meta propuesta. Año 2001 - 2004



## Casos de hepatitis B por grupo etario en Argentina. 2007-2011 (SIVILA)

Edad (años)	Hepatitis B aguda (casos)	Hepatitis B crónica (casos)
2 a 4	1	0
5 a 9	0	1
10 a 14	1	0
15 a 24	37	22
25 a 34	201	64
35 a 44	99	67
45 a 54	70	79
55 a 64	43	54
Mas de 65	10	19

*Resolución 940/00 del Ministerio de Salud: Incorporación de la vacuna al calendario nacional*

2015



## Infecciones respiratorias bajas: riesgo de hospitalización

- Su vía aérea de menor calibre puede ser obstruida con mayor facilidad por edema con el consiguiente aumento del trabajo respiratorio.
- Su menor reserva de energía puede llevarlos más fácilmente a la insuficiencia respiratoria.
- Las patologías del niño prematuro, como la displasia broncopulmonar, lo hacen más susceptible a complicaciones graves de infecciones por virus sincicial respiratorio, virus de la gripe, y *Streptococcus pneumoniae*, así como a una mayor morbilidad en casos de *Bordetella pertussis*.

## Contexto

### Riesgo de enfermedad invasiva por *S. pneumoniae*

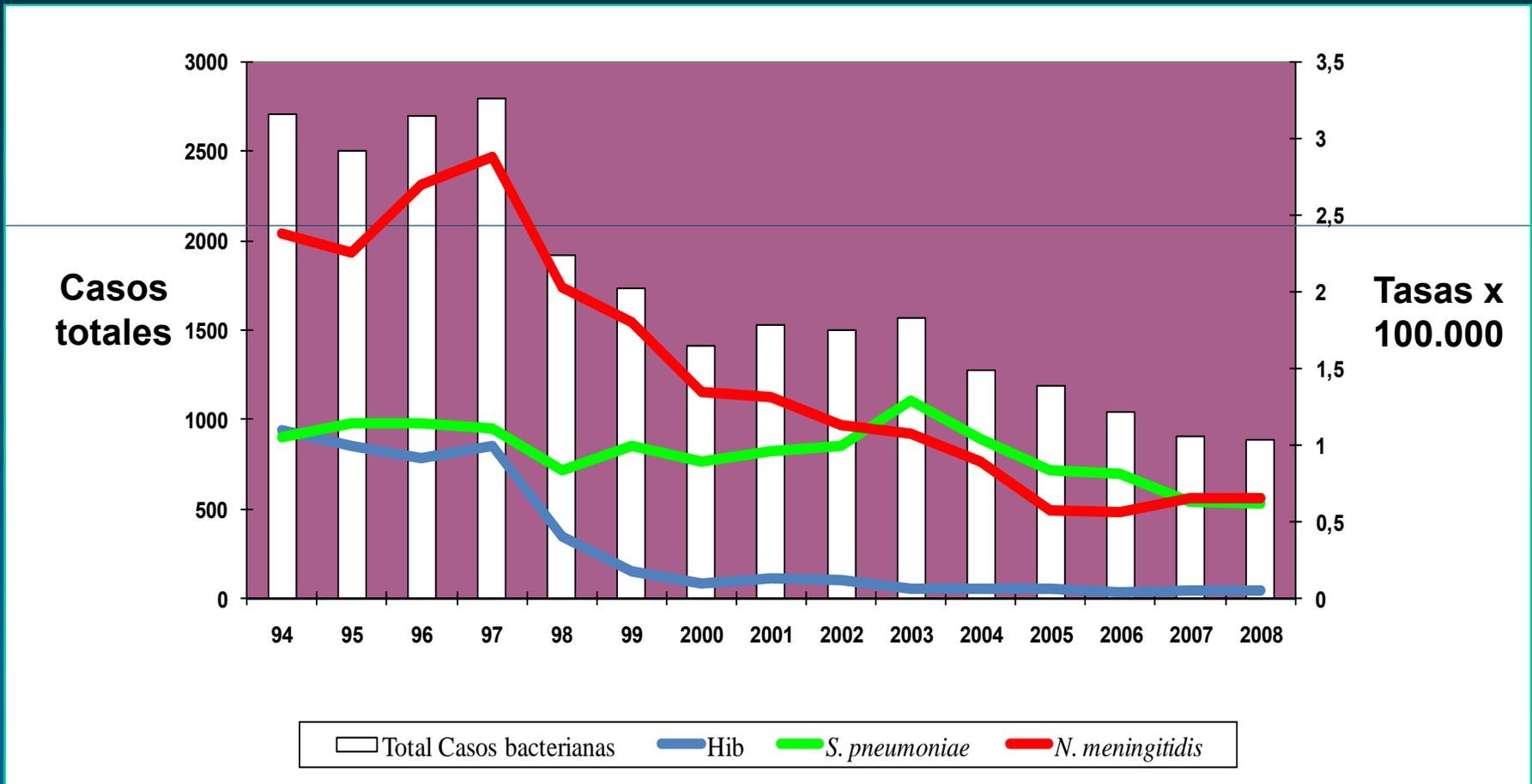
#### Riesgo moderado (>20/100,000)

- Todos los niños de 24-35 meses
- Niños menores de 60 meses en jardines maternas o jardines de infantes

#### Otras categorías de riesgos

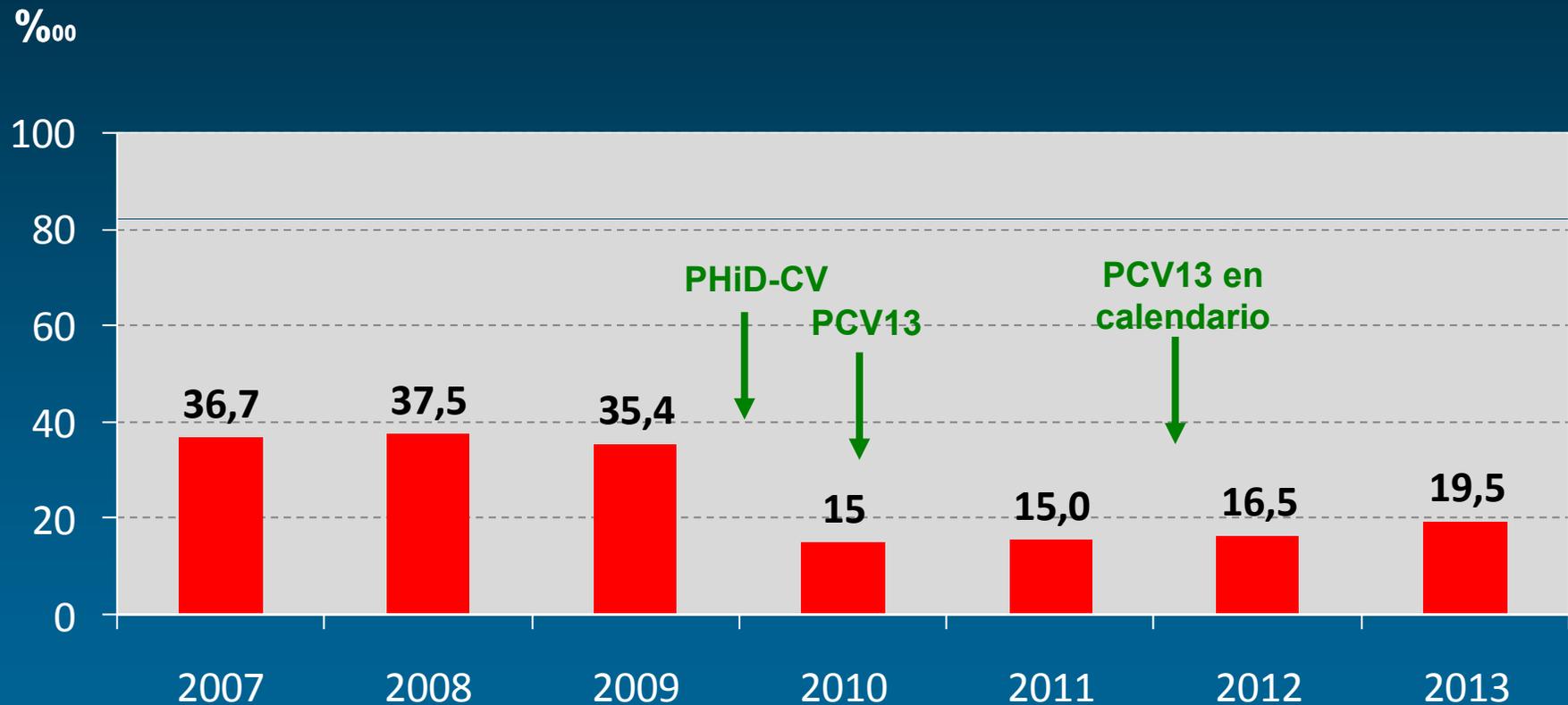
- Asmáticos
- Niños con bajo peso al nacer (2.6 veces incrementado el riesgo)
- Niños pretérminos < 28 semanas (1.6 veces incrementado el riesgo)
- Falta de lactancia materna

# Número de casos de meningitis bacteriana y tasas de incidencia por microorganismo. Argentina 1994-2008



Fuente: SINAVE

## Proporción de internación por enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* microbiológicamente documentada en el Sanatorio Mater Dei. Periodo 2007-2013.



Los datos hasta el año 2011 fueron presentados en:

*Ellis A. et al. 30th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases. Thessloniki, Greece May 8-12, 2012*

## Indicación de vacunas a los 2 meses de vida

- Los niños internados NO deben recibir vacuna Sabin ni vacuna contra Rotavirus. Al irse de alta pueden recibir Sabin o vacuna contra Rotavirus si alcanzaron la edad cronológica correspondiente independientemente si fueron prematuros o no.



## Caso clínico 1



- Un recién nacido pretérmino (30 semanas), PAEG cumple 2 meses en la internación de UCIN y un colega le pregunta si tiene que vacunarse estando internado. El peso del paciente es de 1.940 gramos.

Las vacunas disponibles en el Hospital de CABA, son las habitualmente disponibles.

¿Cuál es la respuesta que daría en esta oportunidad?

## Caso clínico 1

- a. Vacunar con pentavalente, Sabin y PCV13.
- b. Vacunar con pentavalente, PCV13 y meningocócica conjugada.
- c. No vacunar hasta el alta del paciente.
- d. Vacunar con pentavalente y esperar que tenga un peso de 2.000 g para la PCV13.
- e. Vacunar con séxtuple (disponible en CABA para RNPT) y PCV13.

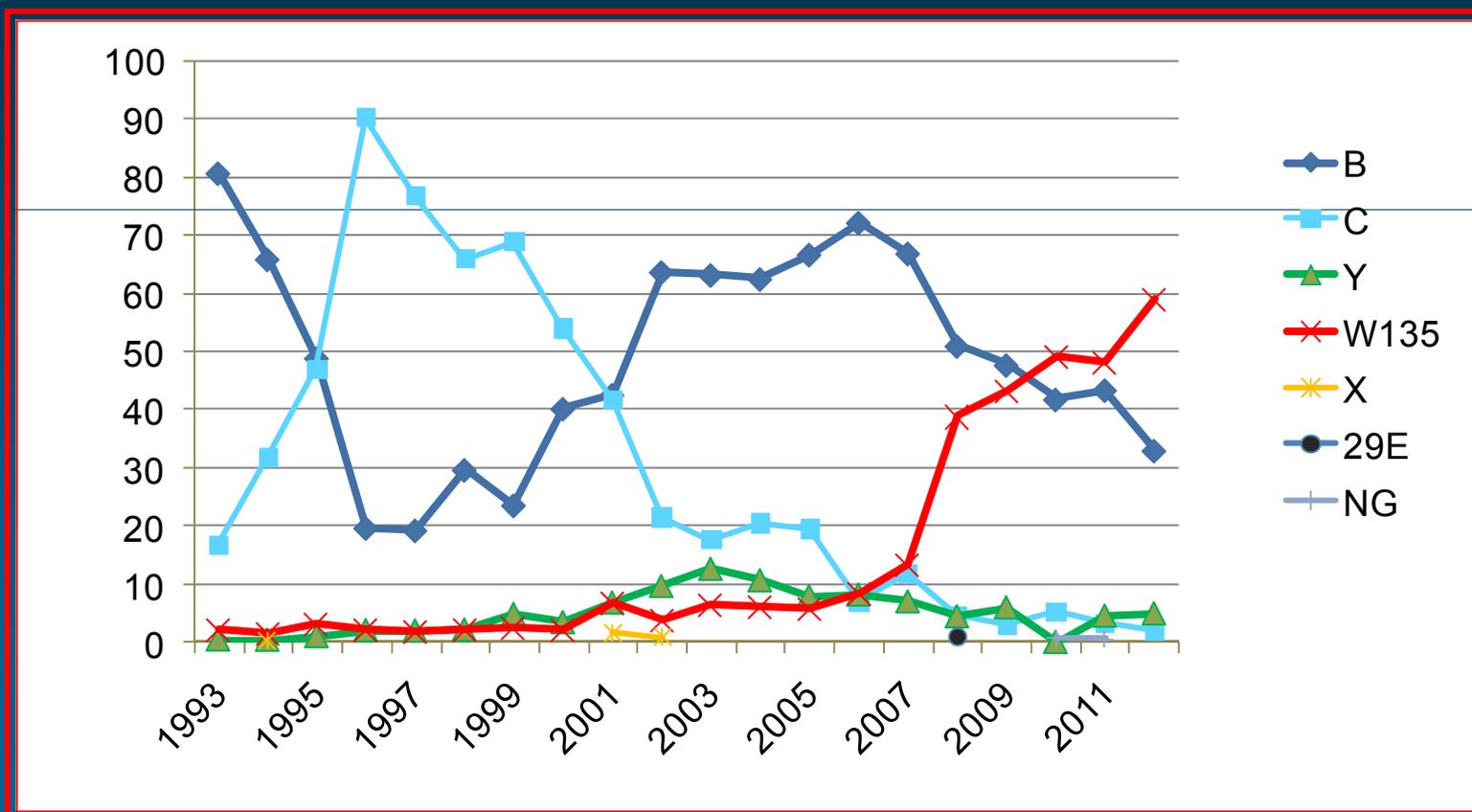
## Indicación de la vacuna meningocócica conjugada cuadrivalente

- La vacuna antimeningocócica conjugada cuadrivalente A, C, W e Y, de indicación en la población de mayor riesgo (niños con asplenia anatómica y funcional, VIH/SIDA déficit de complemento o properdina), puede indicarse a partir de los 2 meses de edad cronológica en el niño prematuro junto con las otras vacunas del Calendario Nacional, si este ha alcanzado el **peso de 2500 grs.**

# Neisseria meningitidis – Argentina 1993-2012



## Distribución de serogrupos por año (%)<sup>1</sup>



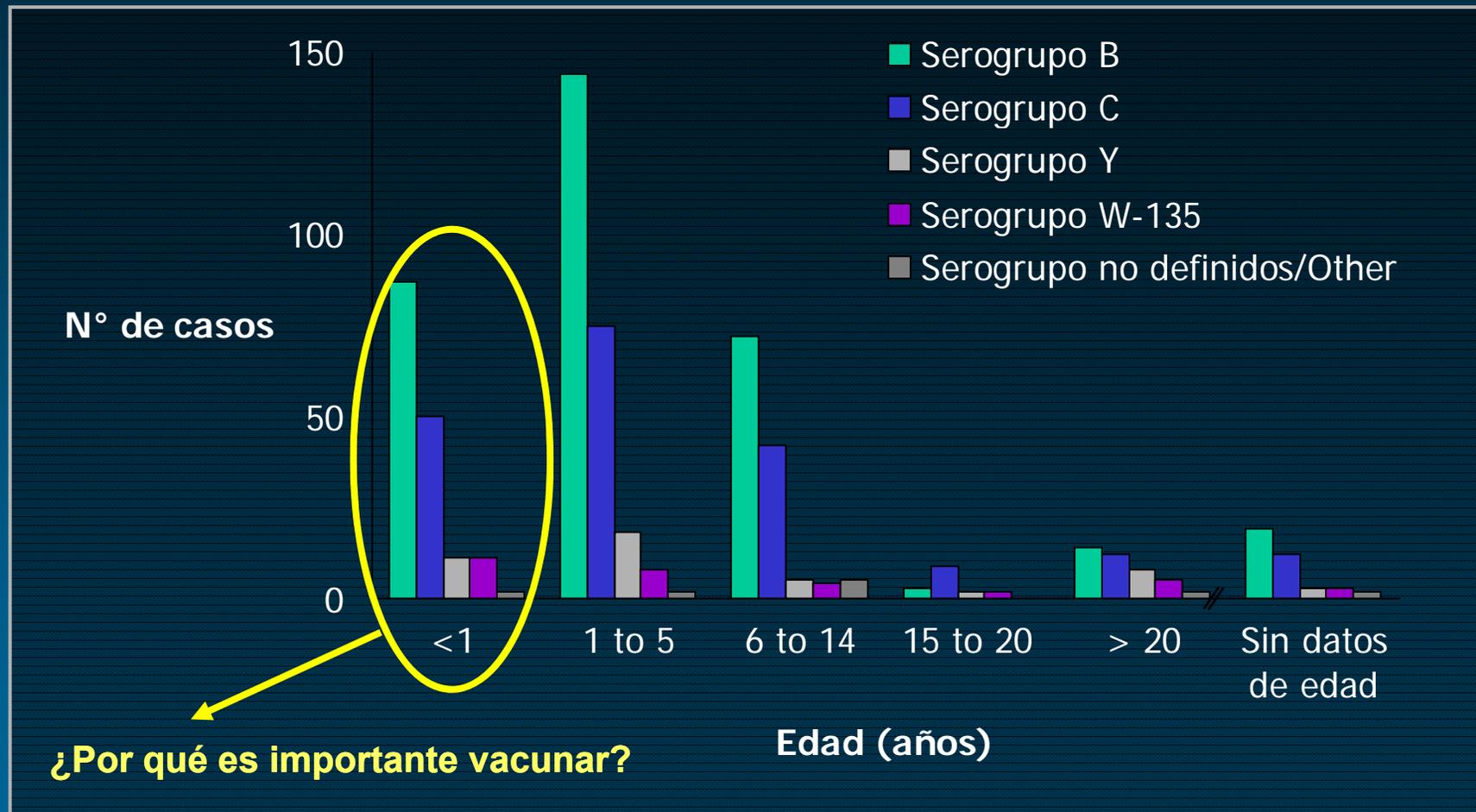
1. Servicio Bacteriología Clínica. INEI-ANLIS C.G. Malbrán/SIREVA 2011, 2012- Datos parciales (S1-50) I. Malbrán 2012

## Tasa de letalidad de diferentes enfermedades infecciosas

Enfermedad	Tasa de letalidad estimada	Notas
Ebola <sup>1</sup>	50%–89%	Tasa de letalidad reportada en Gabon y República del Congo: No vacuna
Influenza “Aviaria” H5N1 “ <sup>2</sup>	59%	Tasa de letalidad para casos reportados en África y Asia 2003–2010
Viruela <sup>3</sup>	≥30%	Considerada globalmente <b>erradicada en 1980</b>
<b>Enfermedad meningocócica invasiva<sup>4</sup></b>	<b>9%–12%</b>	A pesar de tratamiento antimicrobiano adecuado
Difteria <sup>4</sup>	5%–10%	
Neumonía neumocócica <sup>4</sup>	5%–7%	
Polio paralítica <sup>4</sup>	2%–5%	Niños
Meningitis por Hib <sup>4</sup>	2%–5%	A pesar de tratamiento antimicrobiano adecuado
Varicela <sup>4</sup>	<1%	Entre niños y adolescentes
Sarampión <sup>4</sup>	0.2%	EE.UU., 1985–1992
Rotavirus <sup>5</sup>	0.01%	EE.UU., población general

1. Rouquet P, et al. *Emerg Infect Dis.* 2005;11:283-290; 2. WHO. [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2010\\_12\\_09/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2010_12_09/en/index.html);  
3. WHO. *Plague factsheet.* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/en/print.html>; 4. Atkinson W et al, eds. *Epi and Prev of Vacc-Prev Dis.* 11th ed. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pink-chapters.htm>; 5. Gerba CP, et al. *Wat Res.* 1996;30;2929-2940.

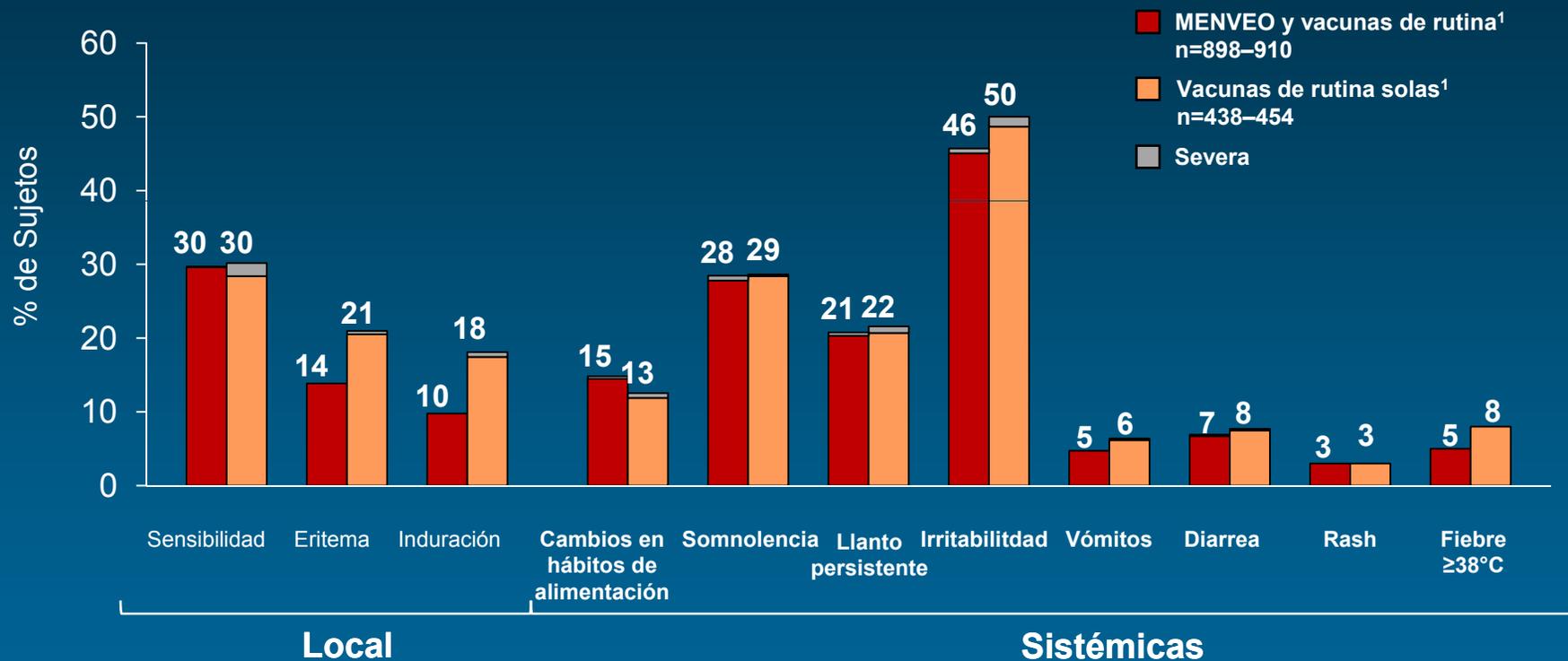
# Incidencia de Enfermedad Meningocócica por Edad y Serogrupo Argentina, 2000–2005



Informe Regional de SIREVA II: datos por país y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* en procesos invasores, 2000-2005. Washington, DC: OPS; 2007.

# MENVEO co-administrada con vacunas de rutina tiene un perfil de seguridad demostrado en lactantes

Reactogenicidad local y sistémica dentro de los 7 días después de la vacunación a los 6 meses de edad\*



\*Un perfil de reactogenicidad similar se obtuvo con otros esquemas en el lactante para este grupo de edad<sup>2</sup>

1. Klein NP, et al. *Pediatr Infect Dis J.* 2012;31:64-71; 2. Snape MD. *JAMA.* 2008;299:173-184.

## Caso clínico 2



- Una niña RNPT, peso 1.600 g está internada en una UCIN de un Sanatorio en el mes de mayo de 2016 y cumple 2 meses en dos días. Se considera que puede recibir vacunas en ese momento. La disponibilidad de las mismas no tiene restricciones.

La familia consta de padre y madre vacunada ésta última con dTpa. No tiene hermanos.

¿Qué indicaría al grupo familiar?

## Caso clínico 2

- a. Vacunar a la niña con séxtuple y PCV13.
- b. Vacunar a la niña con séxtuple y a la madre con dTpa.
- c. Vacunar a la niña con séxtuple y ambos padres con vacuna antigripal.
- d. NO vacunar a la niña hasta que no alcance los 2.000 g y vacunar a los padres con antigripal.
- e. Vacunar a la niña con pentavalente, PCV13, meningocócica conjugada cuadrivalente y a ambos padres con antigripal y dTpa.

## Caso clínico 3



- En mayo de 2013 falleció un RNPT con NEC de buena evolución quien adquirió en una UCIN de un Sanatorio de CABA, infección respiratoria aguda baja por VSR +. El caso índice sobrevivió a dicha infección.
- En junio de 2016, tenemos 4 niños de 1.200 g, 1.004 g, 1.372 g y 1.450 g respectivamente, todos menores de 32 semanas de gestación, Uno de ellos tiene cardiopatía con hiperflujo pulmonar.
- ¿Cuál es la conducta que usted tomaría en relación a este momento del año con respecto a la indicación de palivizumab, independientemente de las adecuadas medidas de aislamiento?

## Caso clínico 3

- a. Medicaría con palivizumab a los 4 pacientes y repetiría las dosis en forma mensual.
- b. No medicaría a los pacientes puesto que no está en las recomendaciones de 2015.
- c. No indicaría el palivizumab pues asumo que las obras sociales no lo van a cubrir.
- d. Medicaría sólo al paciente con cardiopatía con hiperflujo.
- e. Medicaría a los pacientes cuando hubiera un caso índice en la unidad.

## **Prevención del virus sincicial respiratorio en el niño pretérmino y su relación con la aplicación de vacunas**

- La indicación del palivizumab (anticuerpos monoclonales) no contraindica su aplicación con las vacunas correspondientes.

## Caso clínico 4



- Un niño de 21 días de vida, antecedentes de RNTPAEG se interna en UCIN por infección respiratoria aguda baja y fiebre documentándose por PCR-RT Influenza A H1N1.
- Usted revisa los antecedentes de vacunación familiar y el niño recibió hepatitis B y BCG antes del egreso de la maternidad. La madre recibió dTpa en el embarazo anterior hace 2 años y ambos padres están vacunados con vacuna antigripal por indicación del pediatra de cabecera.
- El padre, de 32 años, recibió en su oportunidad solo las vacunas del Calendario Nacional, la última de ellas a los 16 años.
- ¿Cuál es la conducta que tomaría frente a esta situación?

## Caso clínico 4

- a. Señalar que la vacuna dTpa debe ser aplicada en cada embarazo.
- b. Vacunar a ambos padres con dTpa.
- c. Señalar que la indicación de la vacuna dTpa fue la correcta.
- d. Vacunar sólo al padre con dTpa.
- e. Señalar que la vacuna dTpa debe ser indicada en cada embarazo y aplicar vacuna doble adultos o dTpa al padre y 1° dosis de vacuna hepatitis B.

# Calendario de Vacunación para el control de *Bordetella pertussis*, 2012

Edad	Vacunas
2 meses	1 dosis con comp pertussis (pentavalente, cuádruple, séxtuple)
4 meses	2 dosis con comp pertussis (pentavalente, cuádruple, séxtuple)
6 meses	3 dosis con comp pertussis (pentavalente, cuádruple, séxtuple)
18 meses	3 dosis con comp pertussis y 1er refuerzo (cuádruple)
Ingreso escolar	3 dosis con comp pertussis, 1er refuerzo (cuádruple) y 2do refuerzo (triple bacteriana)
11 años	3 dosis con comp pertussis, 1er refuerzo (cuádruple), 2do refuerzo (triple bacteriana) y 1 dosis triple acelular (dTpa)
Embarazadas**	1 dosis triple acelular (dTpa)
Personal de salud en contacto con niños menores de 1 año.	1 dosis triple acelular (dTpa)
Convivientes de recién nacidos menores de 1.500 gramos	1 dosis de triple acelular (dTpa), junto con vacuna antigripal

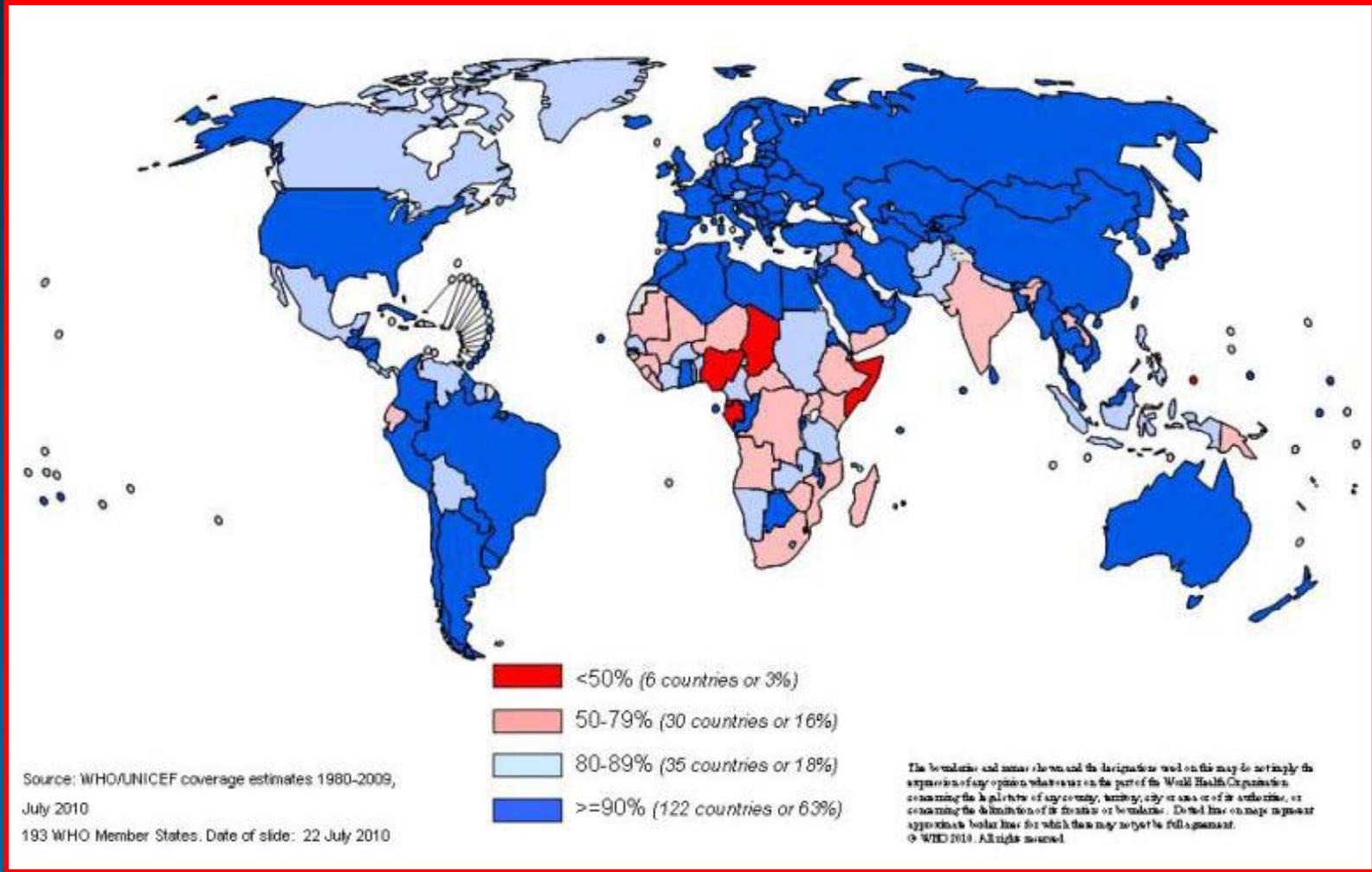
## Contraindicaciones de la vacunación contra el componente *B. pertussis*.

- Reacción anafiláctica inmediata a la aplicación de la vacuna.
- Encefalopatía desarrollada dentro de los 7 días de aplicada la vacuna (alteración de la conciencia, con o sin convulsiones generalizadas o focalizadas, no explicadas por otra causa, con recuperación lenta en no menos de 24 horas)

## Precauciones para la inmunización contra el componente *B. pertussis*

- Convulsiones dentro de los 3 días de aplicada la vacuna previa, ya sea DPT o DPaT.
- Llanto persistente e inconsolable por más de 3 horas dentro de las 48 horas de aplicación de la vacuna.
- Síndrome de hipotonía-hiporespuesta (colapso).
- Temperatura mayor de 40.5 ° C no explicada por otra causa, dentro de las 48 horas de administrada la vacuna.

# Cobertura de inmunizaciones con 3ra. dosis de DPT en lactantes, 2009



## Características de los pacientes internados por coqueluche (n= 206)

Características de los pacientes internados*	n	Porcentaje
Eutróficos (n= 204)	202	99
Inmunocompetentes (n= 204)	201	98,5
Nacidos de término (n= 204)	183	89,7
Patología respiratoria al nacer (n= 204)	6	2,9
Antecedentes de internación por causa respiratoria (n= 205)	31	15,1
Comorbilidad (n= 205)**	33	16,1
Requerimientos de oxígeno (n= 197)	158	80,2
Broncodilatadores (n= 198)	170	85,9
Asistencia ventilatoria mecánica (n= 206)	25	12,1
Complicaciones (n= 202)	37	18,3
Infección intrahospitalaria (n= 204)	19	9,3

\*Entre paréntesis se detalla el número de pacientes en los que se pudo recabar el dato.

\*\* De ellos, 70% tenían síndrome broncoobstructivo de repetición.

*Dra. Ángela Gentile et al.  
Arch. argent. pediatr. vol.112 no.1 Buenos Aires feb. 2014*

# Conclusiones respecto a *B. pertussis*

- 1. Mejorar las coberturas de vacunación para *B. pertussis* en todos los grupos etarios**
  - Lograr una cobertura continua igual o mayor al 95% con las 5 dosis de la vacuna específica especialmente refuerzo de 18 meses, 6 y 11 años
  - **Estimular la vacunación en el personal de salud, los grupos de riesgo y durante los brotes**
  - Monitorear y realizar cálculos de susceptibilidad en las jurisdicciones más pequeñas para implementar acciones eficientes;
  - Trabajar estimulando las actualizaciones de todo el Calendario Nacional, para evitar las oportunidades perdidas
  - Realizar búsqueda activa, además del llamado, la vacunación casa por casa, en refugios y comedores, especialmente en los barrios donde las condiciones de vida son menos propicias para la accesibilidad a los establecimientos de salud;

## Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis post-exposición de Pertussis en lactantes, niños, adolescentes y adultos

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días*	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	NO RECOMENDADO
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días*	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días
≥ 6 meses y durante la niñez	10 mg/kg como dosis única el primer día (máximo 500mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250mg/día).	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días (máximo /día)	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días (máximo /día)
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2..... gramos/día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250mg como dosis única desde el día 2 al 5	2..... gramos/día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días

\* Macrólido de elección en esta edad por el riesgo de hipertrofia pilórica asociado a eritromicina

## Conclusiones (cont.)

### 2. Intensificar la vigilancia epidemiológica, incluyendo a adolescentes y adultos

- Involucrar a todo el equipo de salud, con el fin de indicar oportunamente las medidas de control de foco y notificación;
- vigilar la adherencia al tratamiento y quimioprofilaxis y probar la eficacia de otros macrólidos con menores tiempos de tratamiento y efectos adversos.

## Caso clínico 5

- Un niño de 6 días de vida se contagió de su primo diarrea por Rotavirus y estuvo internado durante 4 días, hasta que todos los cultivos descartaron una infección bacteriana grave. Se fue de alta en buen estado general.
- Llega a los 2 meses a su consultorio y le debe indicar las vacunas correspondientes pudiendo administrar vacunas fuera de Calendario también.

**¿Le indicaría vacuna contra Rotavirus a este niño?**

## Caso clínico 5 (cont.)

- a. De ninguna manera. Es un gasto inútil.
- b. Le indicaría 1 sola dosis de la vacuna humana pues ya tuvo infección previa.
- c. Le indicaría 2 dosis de la vacuna reasociada humana-bovina ya que tuvo infección previa en el periodo neonatal.
- d. No le indicaría la vacuna contra Rotavirus pues recibirá simultáneamente las vacunas de calendario incluyendo Sabin oral.
- e. Le indicaría 2 dosis de vacuna humana o 3 dosis de vacuna-humana bovina según esquemas recomendados.

# Seguridad y eficacia de la vacuna pentavalente contra *Rotavirus* en niños pretérminos

**Sujetos:** 2.070 niños pretérminos (1.007 vacunados)

**Método:**

- Vacuna o placebo administrado de acuerdo a la edad cronológica
- Todos los niños seguidos por SAEs
- Subestudio de niños (n=308) seguidos para todo tipo de reacciones adversas
- Subestudio de niños (n=204) seguidos para establecer eficacia

**Resultados:** Estudios de seguridad fueron similares entre los vacunados y los placebos (incluyendo incidencia de fiebre, vómitos, diarrea o irritabilidad)

**La eficacia fue similar que en la población general (70,3%)**

# Seguridad y eficacia de la vacuna pentavalente en niños pretérminos

**Sujetos:** 2.070 niños pretérminos (1.007 vacunados)

**Método:**

- Vacuna o placebo administrado de acuerdo a la edad cronológica
- Todos los niños seguidos por SAEs
- Subestudio de niños (n=308) seguidos para todo tipo de reacciones adversas
- Subestudio de niños (n=204) seguidos para establecer eficacia

**Resultados:** Estudios de seguridad fueron similares entre los vacunados y los placebos (incluyendo incidencia de fiebre, vómitos, diarrea o irritabilidad)

La eficacia fue similar que en la población general (70,3%)

## Caso clínico 6



- En el consultorio, usted recibe por primera vez 2 niños, primos hermanos, que vienen por indicación de vacuna Rotavirus.
- El primero de ellos (Julián) estuvo internado en UCIN durante 3 meses y fue dado de alta. No recibió la vacuna contra Rotavirus y hoy tiene 5 meses.
- La segunda (Clara) estuvo internada en UCIN 14 días y luego del alta, a los 2 meses recibió las vacunas en tiempo y forma incluyendo vacuna Rotavirus. No recibió la segunda dosis y hoy tiene 6 meses y 18 días.
- ¿Cuál sería la conducta frente a las dos familias, que por otra parte comparan lo que recibieron uno y otro niño?

## Caso clínico 6

- a. Aplicar 1° dosis de vacuna Rotavirus a Julián y 2° dosis a Clara.
- b. Contraindicar la vacuna en Julián y reiniciar esquema con Clara ya que pasó mucho tiempo entre ambas vacunas.
- c. No aplicar vacuna a ninguno de los 2 puesto que excede edad de aplicación en ambos.
- d. No aplicar vacuna a Julián y aplicar vacuna Rotavirus a Clara, sólo si hubiera recibido la vacuna monovalente.
- e. No aplicar la vacuna a Julián y aplicar vacuna Rotavirus a Clara, independientemente que hubiera recibido la vacuna monovalente o pentavalente.

## Caso clínico 7



- Una niña RNPT, 36 semanas de gestación, 2.800 g, hijo de madre portadora de hepatitis C +, tratada su oportunidad (2011) con fallo virológico al tratamiento.
- ¿Qué conducta tomaría con respecto a la vacunación del recién nacido antes del egreso de la maternidad?

## Caso clínico 7

- a. Inhibo la lactancia, BCG, hepatitis B y gammaglobulina específica para hepatitis C.
- b. Espero tener los resultados de PCR para hepatitis C y luego lo vacuno.
- c. Permito la lactancia y lo vacuno para hepatitis B y BCG.
- d. BCG solamente y espero la PCR para hepatitis C para indicar la vacuna de hepatitis B.
- e. No aplico BCG y aplico vacuna de hepatitis B y gammaglobulina hiperinmune 0,5 ml IM para hepatitis B por el riesgo cruzado de estas 2 enfermedades.

## Caso clínico 8



Un recién nacido pretérmino, 30 semanas de gestación, hijo de madre VIH + de reciente profilaxis con AZT IV y AZT, 3TC y nevirapina. Se recibe PCR + y carga viral con 30.000 copias, CD4 3.500 (35%) cumpliendo 2 meses de vida con peso adecuado.

¿Qué vacunas indicaría?

## Caso clínico 8

a) BCG, quíntuple, Sabin y PCV 13.

b) Séxtuple y PCV 13

c) Séxtuple, PCV 13 y Rotavirus

d) Espero que le baje la carga viral y suba CD4 para vacunarlo.

e) Pentavalente + Sabin

## Caso clínico 9



Un recién nacido pre término, bajo peso (36 semanas de gestación) permanece en neonatología y cumple allí 1 semana de vida. A la madre le diagnostican en ese momento hepatitis A (Ig M anti HAV +).

¿Qué conducta tomaría en ese momento con el niño?

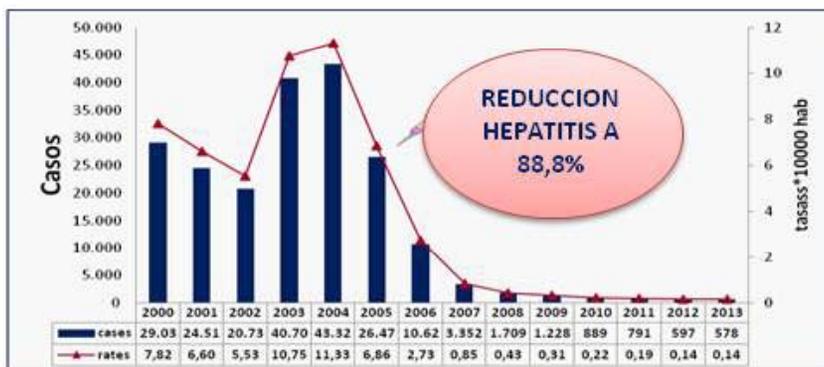
## Caso clínico 9

- a) Vacunar con hepatitis A al niño y al grupo familiar no vacunado.
- b) Vacunar con hepatitis A al padre y hermanos no vacunados y aislamiento al niño.
- c) Sólo medidas de aislamiento para todo el grupo familiar.
- d) Vacunar al padre de 27 años, quien refiere no haber tenido hepatitis A y a los hermanos no vacunados y dar gammaglobulina 0,06 ml/kg al recién nacido séxtuple y neumocócica conjugada.
- e) Pobrecito, es muy chiquito!!! Mejor no pincharlo.

# Vacunación contra hepatitis A



Casos de Hepatitis A  
Argentina, 2000-2013



Casos de trasplante hepático por  
Hepatitis A. Argentina, 2000-2013



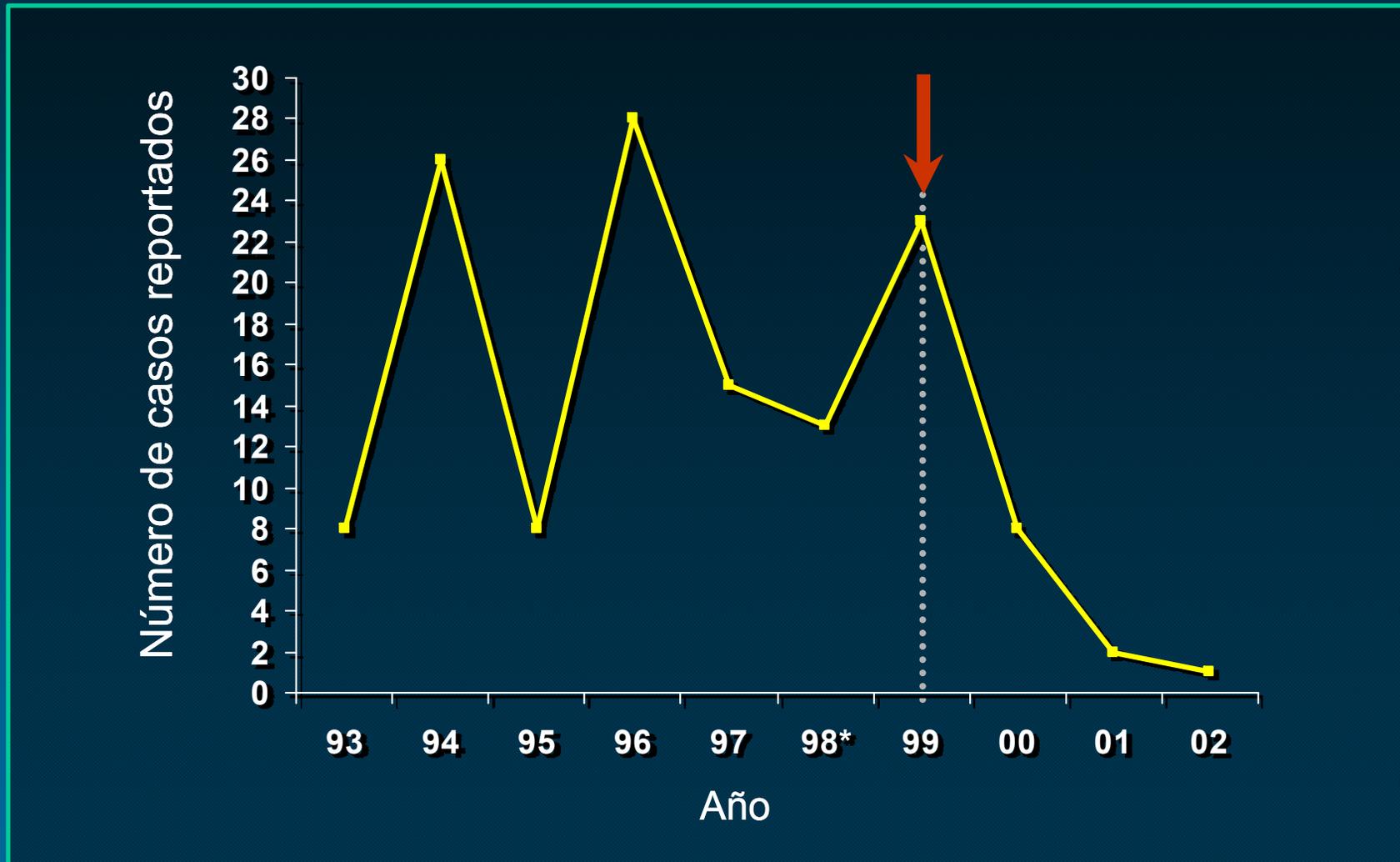
- En 2003-2004, el virus de la Hepatitis A fue la principal causa de falla hepática fulminante y trasplante hepático.
- En 2005 se incorpora la vacuna al año de edad con estos resultados:
  - **Reducción del 88% de los casos de hepatitis A desde 2005**
  - **Eliminación del trasplante de hígado por el virus A desde 2007**
- El esquema habitual de vacunación contra Hepatitis A era de dos dosis y Argentina fue el **primer país del mundo** en vacunar con dosis única. La Organización Mundial de la Salud avaló esta estrategia argentina y ahora varios países usan este esquema.

# Casos y tasas de hepatitis A y hepatitis sin especificar en Argentina. Período 2000-2013



AÑO	CASOS	TASAS
2000	29.039	7,82
2001	24.512	6,60
2002	20.739	5,53
2003	40.709	10,75
2004	43.321	11,33
2005 *	26.475	6,86
2006	10.629	2,73
2007	3.352	0,85
2008	1.709	0,43
2009	1.228	0,31
2010	889	0,22
2011	791	0,19
2012	597	0,14
2013	578	0,14

## Casos de hepatitis A en menores de 1 año de edad en Israel. Período 1993-2002



## Indicación de vacunas a los 2 meses de vida

- Los niños internados en neonatología que cumplan 2 meses de vida y alcancen el peso adecuado deben vacunarse con las vacunas del calendario nacional. Estas incluyen:
- Cuádruple, quintuple o séxtuple con componente *B. pertussis* de células enteras o *B. pertussis* acelular.
- Antipoliomielítica inactivada si permanece internado
- Hepatitis B
- *Streptococcus pneumoniae*

# Vacunas del grupo familiar del niño prematuro

## *Se sugiere que:*

- Los contactos familiares mayores de 6 meses de un niño prematuro se vacunan con la vacuna antigripal, si por la época del año correspondiere, ya que puede proteger al lactante cuando éste aún, no pueda ser vacunado (< 6 meses).
- La contribución del pediatra para lograr elevadas tasas de cobertura con la vacuna de hepatitis A en la población mayor de 1 año ha obtenido una disminución significativa de los casos de hepatitis A en los menores de 1 año, no pasibles de ser vacunados.
- La inmunidad del grupo familiar contra la varicela, puede establecer una barrera epidemiológica con respecto al recién nacido prematuro, sobre todo en el extremadamente prematuro (<28 semanas) o peso bajo extremo (<1.000 gramos) que no cuentan con suficientes anticuerpos de pasaje trasplacentario.



**Muchas gracias  
por su atención!**