



Servicio de Pediatría
Hospital Clínico Universitario de Valencia

**SECCIÓN DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA**

VACUNACIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

1. VALORACIÓN INICIAL DEL ESTADO VACUNAL

**** Antes del inicio de tratamientos inmunosupresores (idealmente, lo antes posible tras el diagnóstico de la enfermedad) se debe (ver tabla 1):**

-Descartar el estado de portador crónico de hepatitis B, tratar adecuadamente a los portadores crónicos y completar la vacunación frente a hepatitis B de los que no sean inmunes.

- Detectar a los seronegativos a varicela y aplicarles una pauta completa de vacunación (dos dosis separadas, al menos, 4 semanas), siendo la segunda dosis administrada, al menos, 4 semanas antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor.

- Se recomienda la vacunación frente a la hepatitis A en aquellos pacientes que reciban fármacos hepatotóxicos, sobre todo metotrexate o tocilizumab, ya que tienen mayor riesgo de hepatitis A fulminante. Existen datos favorables de inmunogenicidad, en pacientes en tratamiento con estos inmunosupresores, cuando son vacunados con 2 dosis (0 y 6 meses).

- Se recomienda la vacunación frente al VPH con 3 dosis en niños y niñas con tratamiento inmunosupresor desde los 9 años de edad.

Tabla 1. Evaluación inicial recomendada. Tomado y adaptado de NASPGHAN *clinical report: Surveillance, diagnosis, and prevention of infectious diseases in pediatric patients with inflammatory bowel disease receiving tumor necrosis factor- α inhibitors*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 63:130.

Vacuna o patógeno	Revisar factores de riesgo, registro vacunal e historia previa de infección.	Comprobación respuesta serológica	Reevaluación posterior anual
Haemophilus influenza tipo B	Sí	No	No
Virus hepatitis A	Sí	Considerar	No
Virus hepatitis B	Sí	Sí (Ag HBs, anti-HBc y anti-HBs)	Repetir si respuesta inadecuada ^a
VPH	Sí	Si edad apropiada, recomendar revisiones ginecológicas	Sí, si se considera apropiado
Influenza, vacuna inactivada	Sí	NA	Sí
Polio inactivada	Sí	NA	No
Triple vírica	Sí	Sí	No
Meningocócica conjugada	Sí	No	Sí ^b
Neumocócica conjugada (N13V)	Sí	No	NA
Neumocócica 23 V	Sí	No	Refuerzo cada 5 años tras 1 ^o dosis (máx 2 dosis)
Tétanos, difteria (Td), pertussis acelular (Tdap).	Sí	NA	Tras Tdap, refuerzo Td cada 10 años.
Varicela-zoster	Sí	Sí ^c	NA

^a Se debe medir la respuesta frente a la hepatitis B al mes de la última dosis, por la posibilidad de una respuesta insuficiente, y si no existieran títulos adecuados, revacunar con el doble de la dosis o con la vacuna Fendrix® o con la vacuna combinada VHB y VHA (Twinrix®). ^b Los adolescentes pueden necesitar una dosis de refuerzo. ^c Realizar serología si se desconoce inmunización previa: diagnóstico previo de varicela o herpes-zoster, confirmación por laboratorio de enfermedad pasada, evidencia serológica de infección pasada o registro de vacunación adecuado.

**** Completar las inmunizaciones pendientes del calendario sistemático (Figura 1), asegurando una óptima protección frente a enfermedades prevenibles y minimizando las interacciones entre la vacunación y el inicio de medicamentos inmunosupresores.**

Figura 1. Calendario vacunal Comunidad Valenciana 2019

Vacunas	2m	4m	11m	12m	15m	3-4a	6a	12a	14a
Hepatitis B	HB	HB	HB						
Difter. Tét. Tosf.	DTPa	DTPa	DTPa				Tdpa / DTPa ¹		Td
Polio inyectable	VPI	VPI	VPI				VPI ¹		
Haemoph. infl. b	Hib	Hib	Hib						
Neumococo	VNC	VNC	VNC						
Men C/ACWY		MenC		MenC				Men ACWY	
Triple vírica				SRP					
Varicela					Var	SRPV		Var ²	
Papilomavirus								VPH ³	

¹ Cuando lleguen a los 6 años los nacidos en 2017.

² Vacunar contra la varicela, 2 dosis, si no ha pasado la enfermedad ni está vacunado.

³ Solo para chicas. Pauta de 2 dosis.

En la Comunidad Valenciana se recomienda la vacunación de las **embarazadas** frente a la **gripe** en cualquier momento de la gestación y también frente a la **tosferina** (Tdpa) en el 3.er trimestre de cada embarazo.

Fuente: <https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas/valencia>

2. VACUNACIÓN INDICADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL:

En pacientes con EII la pauta básica de vacunación es la misma que en pacientes sanos. Deben recibir las vacunas inactivadas según calendario, haciendo especial énfasis en la vacunación antineumocócica en pauta secuencial y en la antigripal anual.

2.1 Vacunas inactivadas

1. dT/dtpa.
2. HI b.
3. Antipoliemielítica parenteral.
4. Hepatitis B.
5. Hepatitis A
6. Antimeningocócica C y antimeningocócica tetravalente (ACYW135) conjugadas.
7. Antineumocócica 23- v y antineumocócica 13-v conjugada.
8. Antigripal.
9. Vacuna frente al papiloma humano.
10. Fiebre tifoidea parenteral.
11. Encefalitis centroeuropea.
12. Encefalitis japonesa.
13. Antirrábica.
14. Anticolérica.

- Seguras en pacientes inmunodeprimidos. La inmunización es generalmente efectiva, aunque los inmunomoduladores y los agentes biológicos pueden atenuar discretamente la respuesta inmune.
- Cualquier dosis pendiente o revacunación debe administrarse idealmente al menos dos semanas antes del inicio de la inmunosupresión.
- En caso de vacunación en periodo de inmunosupresión se recomienda monitorizar respuesta serológica al mes de la última dosis o repetir la vacunación al cabo de 3 meses de finalizado el tratamiento.
- Se recomienda la vacunación frente a la hepatitis A en aquellos pacientes que reciban fármacos hepatotóxicos, sobre todo metotrexate o tocilizumab, ya que tienen mayor riesgo de hepatitis A fulminante. Existen datos favorables de inmunogenicidad, en pacientes en tratamiento con estos inmunosupresores, cuando son vacunados con 2 dosis (0 y 6 meses).
- Se recomienda la vacunación frente al VPH con 3 dosis en niños y niñas con tratamiento inmunosupresor desde los 9 años de edad.
- Vacuna antineumocócica conjugada: todos los niños con EII deben recibir la vacuna 13 valente (recomendada para todos los niños sanos, incluida en el calendario vacunal desde el 2016 en todas las CCAA). Se recomienda administrar además la vacuna 23-valente por considerarse en este subgrupo un mayor riesgo de enfermedad

neumocócica invasiva cuando reciban además tratamiento con medicamentos inmunosupresores. Esta debe administrarse en mayores de 2 años y al menos 8 semanas tras la última dosis indicada de la vacuna 13-valente.

2.2 Vacunas virus vivos atenuados

1. Triple vírica: sarampión, rubeola, parotiditis.
2. Varicela.
3. BCG.
4. Rotavirus.
5. Fiebre amarilla.
6. Fiebre tifoidea oral (T y 21a)
7. Polio oral.

En general no se recomienda su administración en pacientes con alto nivel de inmunosupresión.

Para la administración de este tipo de vacunas se requiere que hayan transcurrido 3 meses desde la finalización del tratamiento inmunosupresor, salvo en el caso del tratamiento con corticoides cuyo intervalo es de un mes.

Si se han administrado estas vacunas antes de iniciar alguno de estos tratamientos se deberá respetar un intervalo mínimo de 4 semanas hasta iniciar la inmunosupresión.

- **Varicela y sarampión.** En pacientes no inmunizados:

- Si puede diferirse el inicio del tratamiento: pauta rápida de vacunación al menos 4 semanas antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor.

- Si el paciente ya se encuentra inmunodeprimido o no puede diferirse de forma segura el tratamiento, existe controversia sobre si debe vacunarse de la varicela o no y no existe evidencia actual suficiente. Estos pacientes se consideran en riesgo de desarrollar enfermedad severa y diseminada por varicela si se exponen al virus, pero también se encuentran en riesgo de desarrollar la enfermedad por vacunación. Por ello se debe valorar de forma individualizada el balance riesgo- beneficio. Los factores decisivos serán la actividad de la enfermedad en el paciente así como el potencial para exposición a la varicela en la comunidad.

- Las guías de la IDSA determinan que la vacunación puede considerarse en pacientes no inmunes con tratamiento inmunosupresor de bajo nivel.

- En aquellos niños con tratamiento inmunosupresor no inmunes a varicela, se debe administrar tratamiento con globulina anti-varicela zoster generalmente en combinación con aciclovir oral o parenteral.

- Los familiares y contactos de estos pacientes pueden recibir de forma segura las vacunas para varicela y sarampión.

- **Polio:**

- Los pacientes inmunodeprimidos no vacunados pueden recibir de forma segura la vacuna inactivada del poliovirus. No deben recibir sin embargo la forma viva-atenuada de la vacuna. De la misma forma los familiares y contactos de estos pacientes deben también recibir la forma inactivada de la vacuna.

3. VACUNACIÓN DE CONVIVIENTES

Convivientes: contacto íntimo domiciliario.

1. Neumococo
2. triple vírica.
3. Vacuna antigripal anual.
4. Varicela en pacientes predispuestos.
5. VHA en pacientes predispuestos.
6. Polio en su forma parenteral (contraindicada en forma oral).

BIBLIOGRAFÍA:

-Protocolo de Vacunación en EII del Hospital Niño Jesús de Madrid

-<http://vacunasaep.org>

Revisado por:

Elena Crehuá