



PROTOCOLO DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

El uso actual de drogas inmunosupresoras modificadoras (inmunomoduladores), corticoides y de inmunoglobulinas biológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, unido en ocasiones a una grave malnutrición proteico-calórica, los hace más susceptibles a infecciones oportunistas, pudiendo evitarse, algunas de ellas, mediante inmunoprofilaxis activa. Lo ideal es comenzar con los esquemas de vacunación antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor para conseguir una óptima respuesta inmune. No obstante, y aunque la inmunosupresión puede disminuir parcialmente la respuesta inmune, las vacunas inactivadas son seguras y, en general, efectivas.

Conviene tener presente las dosis que se consideran altamente inmunosupresoras de los fármacos más habitualmente utilizados^{1,2}:

- Metotrexate: >0.4 mgs/Kg/semana
- Azatioprina: >3 mgs/Kg/día
- 6 Mercaptopurina: >1.5 mgs/Kg/día
- Prednisona o su equivalente: En adultos: >20 mgs/día durante >2 semanas o >40 mgs durante >1 semana.

Por otra parte, la vida media de los agentes biológicos suele situarse alrededor de los tres meses³.

En el presente Documento se revisan las indicaciones de vacunación de estos pacientes.

- Hepatitis B. Dado que el tratamiento inmunosupresor puede reactivar una hepatitis B (AgsHB+/-, AntiHBc+, AntiHBs+/-)^{4,5,6}, se aconseja un cribado previo de marcadores para proceder en base a los resultados. El algoritmo de actuación está disponible en Murciasalud: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/355629-protocolo_inmunodeprimidos.pdf. La indicación de vacunación dependerá



de riesgo de adquisición del virus y la pauta dependerá del grado de inmunosupresión previsto.

- Hepatitis A. Se aconseja la vacunación en situaciones de riesgo elevado de exposición^{4,7,8}. Por consiguiente, serán tributarios de vacunación aquellos pacientes que vayan a viajar a áreas endémicas de hepatitis A, homosexuales varones, hepatopatía crónica, receptores de trasplante hepático y aquellos con riesgo ocupacional⁹. En los pacientes nacidos con anterioridad a 1977 se realizarán, previo a la vacunación, marcadores de infección (IgG Anti-VHA).
- *Streptococcus pneumoniae*. Se aconseja la administración de una dosis de vacuna antineumocócica conjugada de trece serotipos, seguida doce meses más tarde de una dosis de vacuna antineumocócica simple de 23 serotipos: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/302233-Indicaciones.pdf>
- *Neisseria meningitidis*. Se recomienda la administración de la vacuna recombinante multicomponente frente a *N meningitidis* serogrupo B (http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/MenB_situacEspeciales.pdf) y de la antimeningocócica conjugada frente a *N meningitidis* serogrupos A,C,Y,W en caso de disfunción esplénica grave como consecuencia de la enfermedad de base (<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/300464-ESPLENECTOMIA.pdf>). El diagnóstico de la misma se hará en base a un informe de hematología en el que se constate la presencia en sangre de cuerpos de Howell-Jolly o de células en diana¹⁰.
- *Haemophilus influenzae* tipo b. No se aconseja sistemáticamente a menos que por su patología de base presente una disfunción esplénica grave.
- Gripe. Se recomienda la vacunación antigripal anual del paciente y de sus convivientes con vacuna inactivada.
- Sarampión, rubeola, parotiditis. Un número no desdeñable de pacientes es susceptible al sarampión. Se realizarán marcadores de infección en aquellos



que no estén correctamente vacunados y, en caso de negatividad, administración de vacuna triple vírica al menos cuatro semanas antes de iniciar el tratamiento. Si se encuentra en tratamiento inmunosupresor, esperar al menos tres meses después de suprimido.

- Varicela. Se realizará serología específica pretratamiento en el caso de que sean negativos los antecedentes de padecimiento previo, o no haya recibido dos dosis de vacuna. Si es negativa recibirá una o dos dosis (según las recibidas previamente, en su caso) al menos cuatro semanas antes de iniciar el tratamiento. Si se encuentra en tratamiento inmunosupresor, esperar al menos tres meses después de suprimido.
- Tétanos/difteria. Una dosis de vacuna si no ha recibido al menos cinco dosis de vacuna a lo largo de la vida (<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/50645-vata-julio-2014.pdf>).
- Papilomavirus humano. Se recomienda la administración de la vacuna frente a infecciones por el virus del papiloma humano a las menores de 18 años no vacunadas con anterioridad¹¹.

REFERENCIAS

1. Harpaz R, Ortega-Sánchez I, Seward J. Prevention of herpes zoster. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 2008;57:RR-5
2. Long M, Gulati A, Wohl D, Herfarth H. Immunizations in pediatric and adult patients with inflammatory bowel disease: a practical case-based approach. *Inflammatory Bowel Disease* 2015;21:1993-2003
3. Desalermos A, Farraye F, Wasan S. Vaccinating the inflammatory bowel disease patient. *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology* 2015;9:91-102
4. Rahier J, Magro F, Abhreu C, Armuzzi A, Ben-Horin S, Chowers Y, Cottone M et al. Second European evidence-based consensus on the prevention,



- diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis* 2014;8:443-468
5. Gonzalez S, Perrillo R. Hepatitis B virus reactivation in the setting of cancer chemotherapy and other immunosuppressive drug therapy. *Clinical Infectious Diseases* 2016;62(S4):S306-S313
 6. Perrillo R, Gish R, Falck-Yitter Y. American Gastroenterological Association Institute technical review on prevention and treatment of hepatitis B virus reactivation during immunosuppressive drug therapy. *Gastroenterology* 2015;148:221-244
 7. Chaudery K, Salvaggio M, Ahmed A, Mahmood S, Ali T. Updates in vaccination: recommendations for adult inflammatory bowel disease patients. *World Journal of Gastroenterology* 2015;21:3184-3196
 8. Lodhia N. The appropriate use of vaccines in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2014;48:395-401
 9. Sánchez-Tembleque M, Corella C, Pérez-Calle J. Vaccines and recommendations for their use in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology* 2013;19:1354-1358
 10. Kuchar E, Miskiewicz K, Karlikowska M. A review of guidance on immunization in persons with defective or deficient splenic function. *British Journal of Haematology* 2015;171:683-694
 11. Grupo de Trabajo Vacunación en Población Adulta y Grupos de Riesgo de la Ponencia de Vacuna y Registro de Vacunación. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interyterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018

Abril 2019