

Grupo de Trabajo Vacunación en Población Adulta y Grupos de Riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en Grupos de Riesgo de Todas las Edades y en Determinadas Situaciones

Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018

1.- Introducción

El documento coordinado por doña Aurora Limia Sánchez y don José Antonio Navarro Alonso fue aprobado el día 9 de julio de 2018.

Para establecer las recomendaciones de vacunación se ha realizado una exhaustiva revisión de la literatura científica, se han revisado los artículos de posicionamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los documentos técnicos del ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) y otros Comités Técnicos Asesores de Vacunación y se han tenido en cuenta las recomendaciones de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones acordadas por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

2.- Paciente Oncológico Sometido a Tratamiento Inmunosupresor

Los pacientes diagnosticados de cáncer pueden presentar inmunosupresión como resultado de su enfermedad subyacente y/o el uso prolongado o intensivo de quimioterapia +/- radioterapia. Esta situación puede prolongarse incluso hasta unos meses tras la supresión del régimen terapéutico. Adicionalmente pueden perder total o parcialmente la protección conferida por las vacunas administradas antes del inicio del proceso mórbido y responderán de manera diferente a las vacunas administradas durante la terapia.

Estas personas tienen un riesgo elevado de sufrir infecciones graves, algunas de ellas prevenibles mediante la vacunación. La administración de quimioterapia en pacientes oncológicos está catalogada en el grupo de “inmunosupresión de alto nivel”.

Existe unanimidad en actualizar el calendario de vacunación antes del inicio de la quimioterapia. Pero, no está justificado retrasar el inicio del tratamiento para vacunar.

Las vacunas inactivas no están contraindicadas, pero se recomienda vacunar 2 semanas antes del inicio del tratamiento inmunosupresor para obtener una respuesta óptima. En caso de vacunación durante el periodo de terapia inmunosupresora se recomienda valorar la necesidad de volver a administrar las vacunas, si la persona sigue en situación de alto riesgo de infección. Para garantizar una respuesta adecuada, la administración se realizará a los 3 meses de terminar el tratamiento.

Las vacunas atenuadas están contraindicadas en las personas que reciben tratamiento inmunosupresor o fármacos biológicos que conllevan una inmunosupresión grave. Así mismo, no se administrarán durante las 4 semanas previas al inicio del tratamiento. Si el inicio del tratamiento inmunosupresor no es urgente, es conveniente asegurar la inmunidad contra el sarampión, la varicela, la rubeola y la parotiditis antes del tratamiento.

Las vacunas específicas especialmente indicadas en pacientes oncológicos que reciben quimioterapia son el tétanos, la vacuna frente al neumococo y la vacuna antigripal inactivada.

En personas adultas vacunadas correctamente antes del tratamiento se realizará serología para el sarampión y varicela una vez concluido el tratamiento para valorar la vacunación. En caso de no aportar documentación vacunal será válida la serología previa para sarampión y varicela antes de comenzar el tratamiento inmunosupresor, para vacunar si es preciso a los 12 meses de finalizar el tratamiento.

Los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia no presentan un mayor riesgo de padecer infección por el virus de la hepatitis B, pero su pronóstico de infección es peor que en la población general. Por ello, se recomienda la vacunación frente al virus de la hepatitis B si hay un riesgo elevado de exposición (sexual, personas que se inyectan drogas, contacto con portador de AgsHB, infección con VIH, trabajador sanitario con riesgo ocupacional o trasplante de órganos sólidos / trasplante de progenitores hemotopoyéticos). Antes de iniciar el tratamiento se debe conocer la situación serológica frente a la infección (AgsHB, antiHBc y antiHBs) y tras la vacunación. En las personas con antecedentes de infección por el virus de la hepatitis B la terapia inmunosupresora puede reactivar la replicación vírica hasta en un 47% de los pacientes. Por este motivo se debe realizar el estudio serológico (AgsHB, antiHBc y antiHBs) y cuantificación del ADN vírico antes de iniciar el tratamiento, independientemente del estado vacunal previo. Si todos los marcadores son negativos se administrará una dosis de recuerdo o una pauta completa en función de las dosis que haya recibido previamente, siempre y cuando pertenezca a un grupo con riesgo aumentado de exposición al virus.

La hepatotoxicidad como efecto adverso de inmunosupresores o inmunomoduladores es infrecuente. No obstante, se valorará la administración frente a hepatitis A y hepatitis B si el paciente presenta un alto riesgo de exposición o signos de hepatotoxicidad.

La vacunación debe complementarse con otras estrategias de prevención, como la vacunación del entorno familiar más cercano y del personal sanitario para crear alrededor de la persona enferma un “cinturón de seguridad”.

Artículo completo