



Protocolo de vacunación en el paciente inmunocomprometido, esplenectomizado y al comienzo de tratamientos biológicos e inmunosupresores

E. García Vázquez^{a,b,*}, A. Hernández Torres^{a,b}, E. Moral Escudero^a, J.A. Herrero Martínez^{a,b}, J. Gómez Gómez^{a,b} y M. Segovia Hernández^c

^aServicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. ^bDepartamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia, España. ^cUnidad Regional de Medicina Tropical. Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España.

Palabras Clave:

- Vacunación
- Viajeros
- Inmunocomprometido
- Consejo al viajero

Keywords:

- Vaccination
- Travellers
- Immunocompromised
- Travel advice

Resumen

Decíamos en el protocolo anterior que las vacunas supusieron una gran revolución en el mundo de la medicina. Pero también hay otros hitos en la historia clínica de determinadas patologías, como por ejemplo las enfermedades autoinmunes o sistémicas, la esclerosis múltiple, los trasplantes y las neoplasias. En muchas de estas entidades, la aparición de los tratamientos biológicos e inmunosupresores ha supuesto un antes y un después en la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. Es por tanto un logro en el campo terapéutico que tiene pocos paralelismos con ninguna época previa. Pero este nuevo campo de actuación también ha propiciado un mayor riesgo de infecciones. La vacunación en estos enfermos forma parte del abordaje multidisciplinar de estas patologías, y uno de los principios básicos a tener en cuenta es la capacidad inmunogénica de la vacuna en el paciente con potencial alteración de la inmunidad y, por otro lado, el riesgo de complicaciones en el caso de utilizar vacunas con virus vivos atenuados.

Abstract

Vaccination protocol for immunocompromised, splenectomised patients, starting biological and immunosuppressant treatment

We stated in a previous protocol that vaccines constituted a major revolution in the medical world. However, there are other milestones in the clinical history of certain diseases, such as autoimmune or systemic disease, multiple sclerosis, transplantations and neoplasms. The emergence of biological treatment and immunosuppressants for many of these conditions has marked a before and after in the quality of life and survival of these patients. This is, therefore, an achievement in the therapeutic field that has few parallels with any previous time. But this new field of action has also resulted in a greater risk of infections. Vaccination for these patients forms part of the multidisciplinary approach to their diseases, and the immunogenic capacity of vaccines in patients with potentially altered immunity is a basic principal to bear in mind. However, the risk of complications should be borne in mind if using vaccines with live-attenuated viruses.

Introducción

En el protocolo anterior hemos analizado las vacunas que se recomiendan en adultos sanos, a nivel general y en caso de que vayan a realizar viajes internacionales a zonas con mayor prevalencia de determinadas enfermedades inmunoprevenibles. En este caso nos vamos a centrar en las recomendacio-

*Correspondencia
Correo electrónico: elisagv@um.es

nes para pacientes con inmunodepresión de base o esplenectomizados. En la mayoría de estos casos es necesaria la detección de infecciones prevenibles mediante vacunación (virus de la hepatitis B –VHB–, virus de la varicela zoster, virus del papiloma humano –VPH–, etc.) y de otras infecciones latentes e importadas que pueden originar complicaciones (VHB, virus de la hepatitis C, virus de la inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, *Strongyloides* en inmigrantes procedentes de zonas altamente endémicas, como norte de África e Hispanoamérica). En este protocolo nos centraremos en la parte que corresponde a la vacunación, realizando una aproximación general, pues habrá muchos matices dependiendo del tipo de tratamiento biológico que reciba el paciente, la quimioterapia o los inmunosupresores.

Clasificación de las vacunas

Para entender las bases de la vacunación de estos pacientes es necesario tener en cuenta que las vacunas se clasifican (tabla 1) según el estado de su componente antigénico (virus o bacteria) en vacunas con agentes vivos atenuados o inactivados, siendo las primeras aquellas que contienen microorganismos vivos enteros que han sido debilitados en el laboratorio para que no puedan causar la enfermedad, pero manteniendo siempre la capacidad inmunogénica. Es fácil comprender que este tipo de vacunas provoca una gran respuesta celular y de anticuerpos que con frecuencia permitirá una inmunidad de por vida con solo una o dos dosis, pero están contraindicadas en pacientes con alteraciones de la inmunidad por el riesgo de desarrollo de la enfermedad frente a la que pretendían tan solo proteger mediante la estimulación de la producción de anticuerpos. Por otro lado, en las vacunas con agentes inactivados el microorganismo está muer-

to como consecuencia de haber sido sometido a procedimientos térmicos, químicos o de radiación. Todo esto hace que sean más seguras puesto que estos microorganismos (o a veces componentes de las membranas de los mismos) nunca puedan producir la enfermedad frente a la que pretendemos proteger. Pero también inducen una respuesta más débil del sistema inmunitario, por lo que suele ser necesario repetir la administración de las mismas o dar dosis de refuerzo con el paso de los años.

Vacunaciones previas del paciente y convivientes

Cuando nos encontramos ante un paciente inmunodeprimido es también necesario tener en cuenta que su capacidad de respuesta inmunogénica a la vacuna es menor e incluso puede no tener lugar, dependiendo del tipo de vacuna que empleemos. De ahí que un cumplimiento correcto del calendario de vacunación desde antes del inicio de la inmunosupresión causada por el tratamiento utilizado para ciertas entidades (quimioterapia, tratamientos biológicos y otros inmunosupresores), si esto es posible, permitiría abordar las diferentes opciones de tratamiento a lo largo de la enfermedad de base con mayor seguridad y rapidez. Por eso, antes de iniciar dichos tratamientos y para poder establecer la necesidad de vacunaciones, debe estudiarse el estado serológico y revisar el calendario de vacunación para infecciones inmunoprevenibles como las producidas por los virus de la hepatitis A y VHB, el tétanos y la difteria, el VPH, la varicela y el sarampión, y posteriormente valorar cuál es el mecanismo de acción del fármaco inmunosupresor que vamos a utilizar para ver qué vacunas y en qué momento sería óptima su administración, con el objetivo de conseguir el mayor efecto protec-

TABLA 1
Clasificación de las vacunas

Tipo de vacunas		Vacunas atenuadas (vivas)	Vacunas inactivadas
Víricas	Enteras	Antipoliomielítico oral Fiebre amarilla Rotavirus Sarampión-rubeola-parotiditis (TV 0 SRP) Varicela	Antipoliomielítico inyectable Encefalitis por garrapata Encefalitis japonesa Gripe (en desuso) Hepatitis A Rabia
	Subunidades		Gripe fraccionada o de subunidades Hepatitis B Virus del papiloma humano
Bacterianas	Acelulares		Tosferina acelular
	Conjugadas polisacárido + proteína		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b Meningococo C y A, C W125, Y Neumococo 10 y 13
	Enteras	Antituberculosa (BCG) Tifoidea oral	Antitíficas parenterales Cólera oral Peste
	Polisacáridos capsulares		Meningococo A+C y A, C, W135, Y Neumococo 23
	Proteínas de superficie Toxoides		Meningococo B Difteria Tétanos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764229>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764229>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)