

Vista creada el 20/02/2026 a las 08:16 h

MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

18. Inmunizaciones de convivientes de pacientes con patologías de riesgo

SECCIÓN III. Inmunizaciones en circunstancias especiales

Actualizado en septiembre de 2024

Capítulo 18 - Inmunizaciones de convivientes de pacientes con patologías de riesgo

1. [Puntos clave](#)

2. [Introducción](#)

3. [Recomendaciones de inmunización](#)

3.1. [Gripe](#)

3.2. [Triple vírica \(sarampión, rubeola y parotiditis\)](#)

3.3. [Varicela](#)

3.4. [Tétanos, difteria y tosferina acelular \(Tdpa\)](#)

3.5. [Hepatitis A](#)

3.6. [Hepatitis B](#)

3.7. [Meningococos A, B, C, W e Y](#)

3.8. [Neumococo](#)

3.9. [Rotavirus](#)

3.10. [Viruela del mono](#)

3.11. [SARS-CoV-2](#)

4. [Bibliografía](#)

5. [Enlaces de interés](#)

6. [Historial de actualizaciones](#)

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Inmunizaciones de convivientes de pacientes con patologías de riesgo. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; sep/2024. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-18>

2

1. Puntos clave

- Todas las personas deberían estar vacunadas adecuadamente por su propio interés y el de la comunidad, pero la protección indirecta que proporciona la inmunización es fundamental cuando se convive con pacientes con patologías de riesgo.

- Los pacientes con patologías de riesgo pueden presentar grados variables de inmunosupresión y ser así más susceptibles a infecciones, muchas de las cuales son prevenibles mediante inmunización.
- Las vacunas atenuadas pueden estar contraindicadas en algunos pacientes con patologías de riesgo y la efectividad de las inactivadas puede ser menor o nula. Por ello, la inmunización adecuada de los convivientes resulta una medida muy eficaz de protección indirecta.
- Cuando la pauta recomendada de inmunización en los convivientes incluya 2 o más dosis de una misma vacuna, se deberán administrar con el mínimo intervalo válido de tiempo.
- Ninguna vacuna de las comercializadas en España, incluso las incluidas en los calendarios vacunales, está contraindicada en los convivientes con pacientes de riesgo. Únicamente se deben tomar ciertas precauciones respecto a las vacunas frente a la varicela y al rotavirus.

2

2. Introducción

Los pacientes con patologías de riesgo constituyen un grupo muy heterogéneo. Dependiendo de la enfermedad de base y del correspondiente tratamiento, pueden presentar grados variables de inmunosupresión y de susceptibilidad a la infección. Además, tales circunstancias son variables en el tiempo para un mismo paciente, lo que obliga a un abordaje dinámico y continuado de cada caso. Recientemente se ha publicado un Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité Asesor de Vacunas de Asociación Española de Pediatría para la vacunación en inmunodeprimidos, donde se describen las condiciones de riesgo en niños y la actuación a seguir en cuanto a la vacunación, tanto en ellos como en sus convivientes. Sin duda, estos grupos de riesgo pueden aplicarse también a los adultos que conviven con niños.

De forma general se consideran como pacientes de riesgo los siguientes:

- Inmunodeficiencias primarias:
 - Humorales
 - Celulares o combinadas
 - Defectos de la fagocitosis
 - Defectos del complemento
- Trasplantes de órganos sólidos
- Trasplantes de progenitores hematopoyéticos
- Asplenia anatómica o funcional
- Cáncer y sus tratamientos
- Enfermedades crónicas y sus tratamientos

En función de la causa responsable, la evolución de la enfermedad de base y los tratamientos aplicados, el grado de inmunosupresión puede ser leve, moderado o grave; además, puede ser estable, variable o incluso reversible en el tiempo.

Los convivientes de estos pacientes tampoco son un grupo homogéneo, ya que en el entorno familiar pueden convivir personas con diferente grado de susceptibilidad y de riesgo potencial. En general se consideran convivientes a los familiares y cuidadores domiciliarios, compañeros y docentes en el medio escolar, profesionales sanitarios y, en el caso de pacientes institucionalizados, tanto los cuidadores como el resto de los

residentes.

Como norma general, los convivientes y cuidadores de personas inmunodeprimidas deben tener actualizado su calendario de vacunación, haciendo especial énfasis en la vacunación frente a la triple vírica (esta vacuna debe ser administrada siguiendo las recomendaciones habituales, y sin precisar ninguna medida especial de precaución, ya que no se ha descrito transmisión de ninguno de los virus contenidos en la vacuna), la varicela, la gripe y la covid. **La vacunación prevendrá la enfermedad en los contactos y evitará así la potencial transmisión al paciente de riesgo.**

En convivientes de personas inmunodeprimidas solo están contraindicadas las vacunas orales frente a la polio y *Salmonella typhi* Ty21.

Como precaución, tras la vacunación de un conviviente frente al rotavirus se debe evitar cualquier contacto con las heces del lactante en las 4 semanas siguientes a la vacunación; y si tras la vacunación frente a la varicela aparece un exantema (situación muy poco frecuente), se debe evitar el contacto con las lesiones.

No se deben perder las oportunidades de vacunar a estas personas. Cuando deban llevarse a cabo pautas de rescate o puesta al día que incluyan 2 o más dosis de una misma vacuna, deben administrarse con el intervalo válido más corto posible con el objeto de alcanzar el nivel óptimo de protección lo antes posible.

2

3. Recomendaciones de inmunización

3.1. Vacuna de la gripe

Los pacientes pertenecientes a los grupos de riesgo presentan con mayor frecuencia cuadros clínicos de gravedad y complicaciones de la enfermedad. Por ello, además de indicar la vacunación en estos pacientes, se debe asegurar que los contactos mayores de 6 meses de edad estén correctamente vacunados y reciban la vacuna anualmente, preferiblemente con la vacuna tetravalente inactivada. Por otro lado, la inmunización de los convivientes es la única forma de proteger a los pacientes menores de 6 meses pertenecientes a un grupo de riesgo. La pauta de vacunación dependerá de la edad. [Ver capítulo 26 \(gripe\)](#).

Los preparados actualmente comercializados en nuestro medio aprobados para niños son las vacunas inactivadas de administración intramuscular. Se recomienda su empleo en todos los convivientes de pacientes inmunodeprimidos (así como cuidadores y sanitarios), pudiéndose iniciar la inmunización a partir de los 6 meses de edad, con dos dosis separadas por 4 semanas el primer año y, posteriormente, en dosis anual única antes del inicio de cada epidemia. La vacuna antigripal intranasal atenuada se puede utilizar en los contactos, salvo en el caso de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en los 2 meses previos, enfermedad injerto contra huésped (EICH) o inmunodeficiencia combinada grave (IDCG).

3.2. Vacuna triple vírica (SRP): sarampión, rubeola y parotiditis

Las vacunas de virus vivos atenuados están contraindicadas en la mayoría de los pacientes de riesgo, por lo que resulta especialmente importante la protección indirecta mediante la vacunación de los convivientes.

Esta vacuna deben recibirla todos los contactos susceptibles mayores de 12 meses de edad. En situación de epidemia, los convivientes niños no inmunes pueden recibir la vacuna a los 6-10 meses de edad. Posteriormente, se debe reiniciar la pauta vacunal completa, excluyendo la dosis administrada antes del año de vida, salvo que haya sido administrada a partir de los 11 meses, en cuyo caso es una dosis válida.

La pauta de vacunación consta de 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Ver [capítulos 32 \(parotiditis\)](#), [36 \(rubeola\)](#) y [37 \(sarampión\)](#).

3.3. Vacuna de la varicela

Como en el caso de la triple vírica, esta vacuna, también de virus vivos, está contraindicada en la mayoría de los pacientes de riesgo. Por lo tanto, se debe insistir en vacunar frente a la varicela a todos los contactos susceptibles de pacientes inmunodeprimidos o de riesgo.

La vacuna de la varicela debe administrarse a todos los contactos susceptibles mayores de 12 meses de edad (9 meses en brotes y otras situaciones especiales). La pauta incluye dos dosis con intervalo mínimo de 4 semanas (aunque es preferible una separación de 3 meses en menores de 13 años). Ver [capítulo 41 \(varicela\)](#).

Si el conviviente vacunado desarrolla un exantema vacunal (harto infrecuente), se debe evitar el contacto con el paciente de riesgo hasta la resolución del exantema.

3.4. Vacuna Tdpa (tétanos, difteria y tosferina de baja carga antigénica)

Aunque la mayor parte de los pacientes en situación de riesgo estén correctamente vacunados, algunos organismos, como la AAP, el ACIP y la AEP, recomiendan revisar el estado vacunal de todos los contactos domésticos y vacunar lo antes posible a todos los que lo requieran (los

hermanos con DTPa o Tdpa, según la edad). Ver [capítulos 21 \(difteria\)](#) , [38 \(tétanos\)](#) y [39 \(tosferina\)](#) .

3.5. Vacuna de la hepatitis A

Los pacientes especialmente vulnerables a la hepatitis A son:

- Hepatitis B o C
- Enfermedad hepática crónica
- Tratamientos con fármacos hepatotóxicos
- Insuficiencia renal crónica en programa de diálisis
- Candidatos y receptores de trasplante hepático
- Síndrome de Down
- Infección por VIH
- Residentes en instituciones cerradas

Los contactos de estos pacientes que sean susceptibles y mayores de 12 meses de edad deberán vacunarse con una pauta de 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 6 meses. Se dispone de una vacuna combinada, hepatitis A y B, con una pauta de 3 dosis, para aquellos casos en que se precise la administración de ambas vacunas. Ver [capítulo 28 \(hepatitis A\)](#) .

3.6. Vacuna de la hepatitis B

Los pacientes de mayor riesgo son los mismos que los referidos para la hepatitis A.

Deben recibir la vacuna todos los contactos susceptibles, independientemente de la edad. La pauta habitual es: 0, 1 y 6 meses, aunque hay pautas más rápidas que pueden emplearse en situaciones de riesgo elevado. Se dispone de una vacuna combinada, hepatitis A y B, con una pauta de 3 dosis, para aquellos casos en que se precise la administración de ambas vacunas. Ver [capítulo 29 \(hepatitis B\)](#) .

3.7. Vacunas frente a los meningococos A, B, C, W, Y

La vacunación frente a cualquiera de los serogrupos de meningococo está específicamente indicada en:

- Personas con deficiencia de properdina o con deficiencias de factores terminales del complemento (incluyendo las que reciben o van a recibir eculizumab o revulizumab)
- Personas con asplenia o disfunción esplénica grave (anemia de células falciformes) y en aquellos con resección quirúrgica programada
- Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos
- Infección por VIH

Los contactos de estos pacientes deberían, asimismo, recibir la pauta completa de vacunación frente al meningococo B y a los meningococos ACWY. Ver [capítulo 30 \(meningococos\)](#) . La pauta de vacunación dependerá de la edad del contacto susceptible.

3.8. Vacuna frente al neumococo

El CAV de la AEP recomienda la vacunación sistemática frente al neumococo de todos los niños, incluidos los convivientes de pacientes de riesgo. En nuestro país se ha llevado a cabo, hasta ahora con la VNC13, con pauta 2+1. También considera que la VNC13 debería ser sustituida por la VNC15 o VNC20 aprobadas actualmente en Europa para la inmunización de los niños, con pautas 2+1 (VNC15) o 3+1 (VNC20).

Las 2 son totalmente intercambiables con la VNC13, de forma que en los niños que han iniciado la inmunización con esta última vacuna, puede continuarse la inmunización con cualquiera de las 2.

Todos los contactos mayores de 6 semanas de vida y no vacunados deben recibir las vacunas conjugadas (VNC13, VNC15 o VNC20), con la pauta adecuada según la edad. Ver [capítulo 31 \(neumococo\)](#).

3.9. Vacuna frente al rotavirus

Los lactantes contactos de inmunodeprimidos pueden ser vacunados frente al rotavirus. Por precaución, debe evitarse en el caso de contacto con pacientes con inmunodeficiencia combinada grave. Ver [capítulo 35 \(rotavirus\)](#).

Ambas vacunas están contraindicadas en las personas inmunodeprimidas. Sin embargo, sí se puede administrar a lactantes que convivan en el mismo domicilio, extremando las medidas higiénicas y el lavado de manos con gel alcohólico, y evitando que el paciente inmunodeprimido contacte con las heces o los pañales del niño vacunado, en la semana siguiente a la vacunación, sobre todo tras la primera dosis. Los rotavirus vacunales se eliminan por las heces del niño vacunado durante 1-2 semanas. En las dos vacunas hay eliminación de virus vacunal, aunque es mayor en Rotarix. La excreción es más alta en la primera semana tras la vacunación y cede a partir de la tercera semana. En general, es también mayor tras la primera dosis de vacuna que tras las dosis ulteriores.

3.10. Vacuna frente a la viruela del mono

Se recomienda la vacunación a todos los contactos estrechos que no hayan pasado la enfermedad, según la definición del [Protocolo para la detección precoz y manejo de casos ante la alerta de mpox](#), incluido en la web [Alerta de viruela del mono en España y a nivel mundial](#).

La vacunación se debe realizar en los primeros 4 días tras el primer contacto (aunque podrá ofrecerse hasta los 14 días). Se ofrecerá con mayor énfasis la profilaxis posexposición en las siguientes situaciones de mayor riesgo de mpox con complicaciones que son las siguientes:

1.- Personas con riesgo de enfermedad grave o complicaciones:

- Personas con inmunodepresión, incluyendo infección por VIH con >200 cel/ml
- Embarazadas en cualquier trimestre de la gestación
- Población infantil de cualquier edad (incluido lactantes y recién nacidos)

La vacunación en la población infantil (<18 años) y mujeres embarazadas no está contemplada en la ficha técnica de JYNNEOS o IMVANEX. Sin embargo, la enfermedad puede ser más grave y causar secuelas en ambos casos. Además, hay experiencia de utilización de vacunas de viruela en brotes de mpox. Se recomienda la utilización de un consentimiento informado en estos grupos de población tras realizar una evaluación individualizada del riesgo/beneficio.

2.- Personal sanitario que haya tenido un contacto cercano (inferior a 1 metro en la misma habitación) sin EPI o que ha presentado alguna incidencia en el uso del EPI

3.- Personal de laboratorio que maneje muestras de pacientes sospechosos o confirmados de mpox que ha presentado alguna incidencia en el uso del EPI

Se administrará una dosis de 0,5 ml por vía subcutánea en los primeros 4 días tras el primer contacto estrecho, aunque podrá ofrecerse hasta los 14 días.

La pauta de vacunación recomendada en posexposición es de una sola dosis. La pauta se completará con otra dosis en personas con prácticas sexuales de riesgo y, por tanto, candidatos a prevención preexposición.

En las personas con antecedente de vacunación frente a la viruela también se puede valorar no administrar la segunda dosis.

3.11. Vacuna frente al SARS-CoV-2

Personas convivientes con aquellas que tienen alto grado de inmunosupresión: en general se refiere a aquellas con trasplante de progenitores hematopoyéticos, trasplante de órgano sólido, insuficiencia renal crónica, infección por VIH con bajo recuento de CD4 (<200 cel/μl), algunas inmunodeficiencias primarias y sometidas a ciertas terapias inmunosupresoras. También se podrán incluir convivientes de personas mayores y con otras enfermedades de mayor riesgo

2

4. Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Immunization and other considerations in immunocompromised children. En: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2021-2024. Report of the Committee on Infectious Diseases. 32st ed, Itasca, IL.: American Academy of Pediatrics; 2021. pp. 72-86.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. [Recommendations for prevention and control of influenza in children, 2023–2024](#) . Pediatrics. 2023;152:e2023063772.
3. Andavac. [Programa de Vacunación frente a la viruela del mono en Andalucía. Indicaciones y forma de empleo](#) . Instrucción DGSPyOF-11/2023
4. Braccio S, *et al.* Acute infectious hepatitis in hospitalised children: a British Paediatric Surveillance Unit study. Arch Dis Child. 2017;102:624-8.
5. Campins Martí M, *et al.* Vacunación en niños con enfermedades crónicas, inmunodeprimidos y receptores de trasplantes. Pediatr Integral 2020;XXIV:490.e1-9.
6. Centers for Disease Control and Prevention. [Altered Immunocompetence. General Best Practice Guidelines for Immunization](#) . Update August 2023.
7. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). [Neumococo](#) . Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; jun/2024.
8. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). [Vacunación en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor](#). Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; abr/2024.
9. Doherty M, *et al.* Vaccination of special populations: Protecting the vulnerable. Vaccine. 2016;34:6681-90.
10. Moore DL. Immunization of the immunocompromised child: Key principles. Paediatr Child Health. 2018;23:203-5.
11. Ferreras L, *et al.* Vacunación en enfermedades crónicas, inmunodeprimidos y trasplantes. Pediatr Integral.2015;XIX:703-16.
12. Livingston KA, *et al.* Mumps vaccine effectiveness and risk factors for disease in households during an outbreak in New York City. Vaccine. 2014;32:369-74.
13. Martire B, *et al.* Vaccination in Immunocompromised host: Recommendations of Italian Primary Immunodeficiency Network Centers (EPINET). Vaccine. 2018;36:3541-54.
14. Medical Advisory Committee of the Immune Deficiency Foundation. Recommendations for live viral and bacterial vaccines in immunodeficient patients and their close contacts. J Allergy Clin Immunol. 2014;133:961-6.
15. Merckx J, *et al.* Improving influenza vaccination in chronically ill children using a tertiary-care based vaccination clinic: Is there a role for the live-attenuated influenza vaccine (LAIV)? . Vaccine. 2016;34:750-6.
16. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. [Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2024-2025 en España](#) 6 de septiembre de 2024.

17. Nelson NP, *et al.* [Prevention of hepatitis A virus infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2020](#) . MMWR Recomm Rep 2020;69(RR-5):1–38.

18. Rivero I, *et al.* [Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría para la vacunación en inmunodeprimidos](#) . An Pediatr (Engl Ed). 2023;99:403-21.

19. Rubin LG, *et al.* 2013 IDSA Clinical Practice Guideline for vaccination of the immunocompromised host. Clin Infect Dis. 2014; 58: e44-100.

2

5. Enlaces de interés

- [Australian Immunization handbook. Vaccination for people who are immunocompromised](#)
- [Canadian Immunization Guide. Vaccination of Specific Populations. Immunization of immunocompromised persons](#)
- [CDC. Pink Book. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. General Best Practice Guidance for Immunization](#)
- [The Green Book. Public Health England. Immunisation against infectious disease. Immunisation of individuals with underlying medical conditions](#)
- [Ministry of Health. 2024. Immunisation Handbook. Wellington: Ministry of Health. Immunisation of special groups](#)

2

6. Historial de actualizaciones

16 de enero de 2019	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés
12 de julio de 2020	Actualización del subapartado "Hepatitis A". Nueva cita bibliográfica
25 de enero de 2023	Cambio de nombre a Manual de Inmunizaciones
16 de mayo de 2024	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas
6 de septiembre de 2024	Introducción del subapartado "SARS-CoV-2". Nueva cita bibliográfica

-oOo-

Dirección URL original: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-18>