



Comité
Asesor de
Vacunas

MANUAL DE VACUNAS EN LÍNEA DE LA AEP

Publicado en *Comité Asesor de Vacunas de la AEP* (<https://vacunasaep.org>)

18. Vacunación de convivientes de pacientes con patologías de riesgo

SECCIÓN III. Inmunización en circunstancias especiales

Actualizado en julio de 2020

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

1. [Puntos clave](#)
2. [Introducción](#)
3. [Recomendaciones vacunales](#)
 - 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](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Enlaces de interés](#)

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 vacunación 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 vacunación.
- 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 vacunación adecuada de los convivientes resulta una medida muy eficaz de protección indirecta.
- Cuando la pauta recomendada de vacunación 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. 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.

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 precursores hematopoyéticos
- Asplenia anatómica o funcional

- Cáncer y sus tratamientos
- Enfermedades crónicas y sus tratamientos

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.

Los convivientes de pacientes con patologías de riesgo deben haber recibido todas las vacunas recomendadas para su edad, incluidas las vacunas atenuadas. **La vacunación prevendrá la enfermedad en los contactos y evitará así la potencial transmisión al paciente inmunodeprimido.** Ninguna vacuna de las actualmente comercializadas en España, y usada en los calendarios de vacunación, está contraindicada en convivientes de pacientes de riesgo solo por este hecho. Las vacunas orales frente a la poliomielitis y *Salmonella typhi* sí están contraindicadas en los convivientes, pero la primera no está disponible en nuestro medio y la segunda no está incluida en los calendarios de vacunación sistemáticos. Los contactos de pacientes con trasplante de órgano sólido, o en espera de éste, deben recibir la vacuna frente a la hepatitis A, en caso de no ser inmunes.

La vacuna triple vírica 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. Las vacunas atenuadas frente a la varicela y el rotavirus representan un riesgo mínimo de transmisión horizontal desde los convivientes sanos vacunados a sus contactos con patología de riesgo. Este riesgo puede minimizarse con medidas simples que hacen que ambas vacunas puedan y deban usarse cuando están indicadas en los convivientes. El vacunado frente a la varicela que presente un exantema vacunal, hecho muy infrecuente, debe evitar el contacto con el paciente hasta la resolución del exantema. En el caso de la vacuna contra el rotavirus basta lavarse adecuadamente las manos después de tener contacto con las heces del vacunado –por ejemplo, al cambiar los pañales–, durante, al menos, una semana después de la vacunación, principalmente tras la primera dosis.

Los convivientes y otros contactos de personas con la inmunidad alterada deben vacunarse cada año frente a la gripe.

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.



3. Recomendaciones vacunales

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 vacunación 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 \(gripe\)](#) .

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. 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.

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. [Ver capítulo 41 \(varicela\)](#) .

Si el conviviente vacunado desarrolla un exantema vacunal, 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 e 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)
- Personas con asplenia o disfunción esplénica grave (anemia de células falciformes) y en aquellos con resección quirúrgica programada

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 \(meningococo\)](#) . La pauta de vacunación dependerá de la edad del contacto susceptible.

3.8. Vacuna frente al neumococo

Todos los contactos mayores de 6 semanas de vida y no vacunados deben recibir la vacuna conjugada 13-valente, 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 \(rotavirus\)](#) .

Es importante recomendar un lavado adecuado de las manos después de tener contacto con las

heces del vacunado –por ejemplo, al cambiar los pañales–, durante, al menos, una semana después de la vacunación, principalmente tras la primera dosis.



4. Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Immunization and other considerations in immunocompromised children. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2018-2021. Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st ed. Itasca IL: American Academy of Pediatrics; 2018: p.72-91.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Recommendations for prevention and control of influenza in children, 2018–2019. *Pediatrics*. 2018;142. pii: e20182367. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/142/4/e20182367>
3. Braccio S, Irwin A, Riordan A, Shingadia D, Kelly DA, Bansal S, *et al*. Acute infectious hepatitis in hospitalised children: a British Paediatric Surveillance Unit study. *Arch Dis Child*. 2017;102:624-8.
4. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; feb/2020. [consultado el 03/marzo/2020]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-14>
5. Doherty M, Schmidt-Ott R, Santos JI, Stanberry LR, Hofstetter AM, Rosenthal SL, *et al*. Vaccination of special populations: Protecting the vulnerable. *Vaccine*. 2016;34:6681-90.
6. Ferreras L, Moreno-Pérez D. Vacunación en enfermedades crónicas, inmunodeprimidos y trasplantes. *Pediatr Integral*. 2015;XIX:703-16.
7. Livingston KA, Rosen JB, Zucker JR, Zimmerman CM. Mumps vaccine effectiveness and risk factors for disease in households during an outbreak in New York City. *Vaccine*. 2014;3:369-74.
8. Martire B, Azzari C, Badolato R, Canessa C, Cirillo E, Gallo V, *et al*. Vaccination in Immunocompromised host: Recommendations of Italian Primary Immunodeficiency Network Centers (EPINET). *Vaccine*. 2018;36:3541-54.
9. 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.
10. Merckx J, McCormack D, Quach C. 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.
11. Nelson NP, Weng MK, Hofmeister MG, Moore KL, Doshani M, Kamili S, *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. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6905a1> .
12. Plans P, Toledo D, Sala MR, Camps N, Villanova M, Rodríguez R, *et al*. Effectiveness of acellular

pertussis vaccination during childhood (<7 years of age) for preventing pertussis in household contacts 1-9 years old in Catalonia and Navarra (Spain). *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016;35:2059-67.

13. Rubin LG, Levin MJ, Ljungman P, Davies EG, Avery R, Tomblyn M, *et al*. 2013 IDSA Clinical Practice Guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clin Infect Dis*. 2014; 58: e44-100.
14. Shigayeba A, Rudnick W, Green K, Chen DK, Demczuck W, Golg WL, *et al*. Invasive pneumococcal disease among immunocompromised persons: implications for vaccination programs. *Clin Infect Dis*. 2016;62:139-4.



5. Enlaces de interés

- Australian Immunization handbook. Vaccination for people who are immunocompromised. <https://immunisationhandbook.health.gov.au/vaccination-for-special-risk-...>
- Canadian Immunization Guide. Vaccination of Specific Populations. Immunization of immunocompromised persons. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-liv...>
- CDC. Pink Book. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. General recommendations on immunization. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/genrec.html>
- The Green Book. Public Health England. Immunisation against infectious disease. Immunisation of individuals with underlying medical conditions. <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploa...>
- Ministry of Health, New Zealand. 2018. Immunisation Handbook 2017 (2nd ed). Immunisation of special groups. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/immshandb...>

-oOo-

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