



Comité  
Asesor de  
Vacunas

## MANUAL DE VACUNAS EN LÍNEA DE LA AEP

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

# 32. Parotiditis

SECCIÓN IV. Vacunas de la A a la Z

Actualizado en abril de 2020

## Capítulo 32 - Parotiditis

1. [Puntos clave](#)
2. [Introducción](#)
3. [Epidemiología de la enfermedad](#)
4. [Tipos de vacunas, composición y presentación \(SRP y SRPV\)](#)
5. [Inmunogenicidad, eficacia y efectividad](#)
6. [Vías de administración](#)
7. [Indicaciones y esquemas de vacunación](#)
8. [Administración con otras vacunas y otros productos](#)
9. [Efectos adversos](#)
10. [Precauciones y contraindicaciones](#)
11. [Actuación ante brotes epidémicos](#)
12. [Bibliografía](#)
13. [Enlaces de interés](#)
14. Tabla y figura incluidas en el capítulo:

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Parotiditis. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; abr/2020. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-32>



## 1. Puntos clave

- La parotiditis o popularmente paperas, es una enfermedad típica de la edad escolar (5-14 años). La carga global de la enfermedad ha disminuido notablemente con la vacunación sistemática, produciéndose actualmente más de la mitad de los casos en adolescentes y adultos jóvenes.
- Las vacunas frente a la parotiditis están compuestas por diferentes cepas de virus atenuados de la parotiditis. En España solo existe vacuna de la parotiditis combinada con las de sarampión y rubeola, denominada vacuna triple vírica (SRP), y combinada además de con estas, con la de la varicela, en forma de tetravírica (SRPV).
- Se recomiendan dos dosis de la vacuna SRP o SRPV, dado que estudios de campo han demostrado eficacias inferiores con el esquema de una sola dosis.
- Está incluida en el calendario de vacunación sistemático del CAV-AEP. La primera dosis a los 12 meses y la segunda a los 2-3 años de edad, preferentemente a los 2 años.
- Es una vacuna bien tolerada.
- Está contraindicada en pacientes con inmunodepresión grave.
- Puede administrarse a niños alérgicos al huevo.



## 2. Introducción

La parotiditis (paperas) es una enfermedad típica de la edad escolar (5-14 años), aunque con la vacunación sistemática más de la mitad de los casos se dan actualmente en adolescentes y adultos jóvenes. Aproximadamente un 15-20 % de las infecciones son asintomáticas, el 40-50 % cursan con síntomas inespecíficos de vías altas y tan solo en un 30-40 % se presenta el cuadro clínico típico de la enfermedad, que consiste en una tumefacción parotídea, inicialmente unilateral y que en un 70-90 % de las ocasiones se convierte en bilateral. Dicha tumefacción se acompaña de fiebre poco elevada que suele resolverse en 3 o 4 días, mientras que la tumefacción persiste de 7 a 10 días. Los enfermos refieren hipersensibilidad y dolor en la zona parotídea que se exacerba al masticar. La glándula parótida es palpable y se extiende por debajo y por detrás de la oreja, desplazando el lóbulo hacia arriba. Hasta en un 10 % pueden afectarse otras glándulas salivales. La manifestación extrasalival más frecuente es la meningitis aséptica (5 %). La orquitis es, sobre todo, habitual en la edad pospuberal, en la que alcanza una frecuencia superior al 25 %. La esterilidad tras una orquitis es excepcional. La infección puede afectar a otras glándulas de forma que puede existir pancreatitis, mastitis, tiroiditis o prostatitis, entre otras.

### 3. Epidemiología de la enfermedad

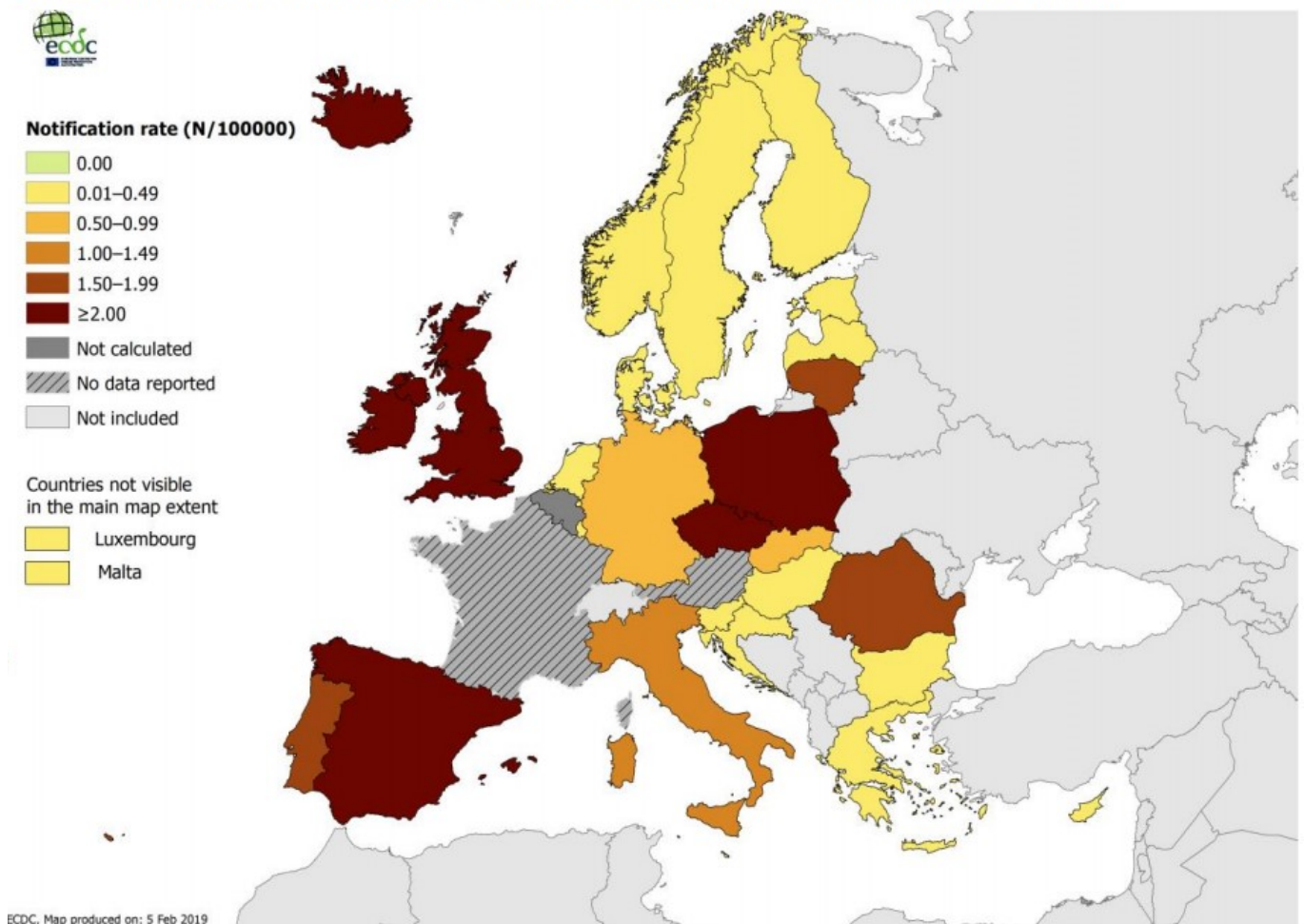
El único huésped conocido es el ser humano. Es una enfermedad con alta infecciosidad que se transmite por gotas grandes procedentes de la orofaringe de una persona infectada. La distribución es universal con mayor incidencia en invierno y primavera. El periodo de incubación dura 14-18 días. El periodo infeccioso va desde 3 días antes hasta 4-5 días después del inicio de los síntomas.

En España, la vacuna frente a la parotiditis se administra junto a sarampión y rubeola en la vacuna triple vírica (SRP) o en forma de tetravírica. La SRP se incluyó en los calendarios en España en 1981. Desde 1985, la cobertura media nacional ha superado el 85 %, situándose por encima del 90 % desde 1998. Durante este período temporal, la incidencia de parotiditis en España ha descendido drásticamente, pasándose de tasas de 748 casos por 100 000 habitantes en 1984 a menos de 10 en años posteriores. No obstante, ha persistido la aparición de ondas de la enfermedad cada 3 a 5 años, significando que el virus causal sigue circulando en la comunidad. Los más recientes brotes epidémicos, en 2012 y 2013, se han detectado en las CC. AA. de Asturias y Madrid incidiendo sobre todo en centros escolares y empresariales. En 2016 se notificaron 4696 casos (tasa: 10,1/100 000 habitantes), con tasas más altas en Aragón, Castilla y León y Galicia. La mayor parte de los casos de parotiditis declarados en nuestro país corresponden a individuos de más de 15 años, no vacunados o vacunados entre 1993 y 1999 con una vacuna SRP cuyo componente antiparotiditis, la cepa Rubini, resultó escasamente inmunógena. En la semana 52 de 2017 se han declarado provisionalmente 10 082 casos, duplicando los del año anterior

En Europa, en 2017 se declararon 13 693 casos (3,1 por 100 000), siendo los países con más casos Irlanda, España con 5862, Reino Unido con 2046 y Polonia con 1670 son los que más incidencia presentan ([figura 32.1](#)).

Por otra parte, desde el año 2005 circula el genotipo G1 de forma mayoritaria, hecho que puede contribuir a explicar que exista circulación viral a pesar de las altas coberturas de vacunación.

**Figura 32.1. Distribución de casos comunicados de paperas por 100 000 habitantes, por país, UE/AEE, 2017.**



Fuente: ECDC 2020.



#### 4. Tipos de vacunas, composición y presentación (SRP y SRPV)

Las vacunas de la parotiditis están compuestas por una cepa atenuada de este virus, combinada con otros componentes en forma de triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) o bien tetravírica (con varicela añadida), esta última comercializada recientemente en nuestro país (tabla 32.1).

Actualmente no están disponibles en España vacunas monocomponentes frente a ninguno de los integrantes de la triple vírica.

Recientemente se ha comercializado en España dos vacunas tetravíricas que confieren protección contra sarampión, rubeola, parotiditis y varicela: SRPV. Aunque el uso de la vacuna tetravírica está admitido desde los 12 meses de edad, dada la mayor frecuencia de convulsiones febriles cuando se administra por debajo de los 2 años, la ACIP recomienda administrar los dos preparados por separado (SRP y varicela) hasta dicha edad. De haber disponibilidad, la segunda dosis se podría aplicar en forma de tetravírica.

#### Tabla 32.1. Vacunas comercializadas en España que incluyen el componente de la parotiditis.

Nombre (Laboratorio)	Composición	Presentación (dosis)	Conservación
<b>M-M-R VaxPro</b> (MSD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepa Enders Edmonston (sarampión)<sup>1</sup>: no menos de 1000 CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Wistar RA 27/3 (rubeola)<sup>5</sup>: no menos de 1000 CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Jeryl-Lynn (parotiditis)<sup>1</sup>: no menos de 12 500 CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Gelatina, neomicina, L-glutamato monosódico, medio 199, trazas de albúmina humana recombinante, sacarosa, sorbitol, fosfato de sodio, fosfato de potasio, rojo fenol, bicarbonato sódico, ácido clorhídrico e hidróxido de sodio</li> </ul>	Liofilizada (0,5 ml) 1 vial 10 viales	+2 a +8 °C Preservar de la luz No congelar
<b>Priorix</b> (GSK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepa Schwarz (sarampión)<sup>1</sup>: no menos de 1000 CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Wistar RA 27/3 (rubeola)<sup>3</sup>: no menos de 1000·CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa RIT4385, derivada de la Jeryl-Lynn (parotiditis)<sup>1</sup>: no menos de 5012 CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Aminoácidos, lactosa, manitol, neomicina y sorbitol</li> </ul>	Liofilizada (0,5 ml) 1 vial 10 viales	+2 a +8 °C Preservar de la luz No congelar
<b>Priorix-Tetra</b> (GSK) No comercializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepa Schwarz (sarampión)<sup>1</sup>: no menos de 1000 CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Wistar RA 27/3 (rubeola)<sup>3</sup>: no menos de 1000·CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa RIT4385, derivada de la Jeryl-Lynn (parotiditis)<sup>1</sup>: no menos de 25·119 CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Oka (varicela): no menos de 1995 UFP<sup>4</sup></li> <li>• Trazas de neomicina, aminoácidos, lactosa, manitol, sorbitol y medio 199</li> </ul>	Polvo en un vial. 0,5 ml de disolvente en una jeringa precargada. Envases de 1, 10, 20 o 50	+2 a +8 °C Preservar de la luz No congelar
<b>ProQuad</b> (MSD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepa Enders Edmonston (sarampión)<sup>1</sup>: no menos de 3,0 log<sub>10</sub> CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Wistar RA 27/3 (rubeola)<sup>5</sup>: no menos de 3,0 log<sub>10</sub> CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Jeryl-Lynn (parotiditis)<sup>1</sup>: no menos de 4,3 log<sub>10</sub> CCID<sub>50</sub><sup>2</sup></li> <li>• Cepa Oka/Merck (varicela): no menos de 3,99 log<sub>10</sub> UFP<sup>4</sup></li> <li>• Sacarosa, gelatina hidrolizada, cloruro sódico, sorbitol, glutamato monosódico, fosfato sódico, bicarbonato sódico, fosfato potásico, cloruro potásico, neomicina, rojo fenol, ácido clorhídrico, hidróxido sódico, urea y trazas de albúmina humana recombinante</li> </ul>	Liofilizada (0,5 ml) 1 vial 10 viales	+2 a +8 °C Preservar de la luz No congelar

(1) Producido en células de embrión de pollo.

(2) CCID<sub>50</sub>: dosis que infecta al 50 % de los cultivos celulares.

(3) Producido en células diploides humanas (MRC-5).

(4) Unidades formadoras de placa.

(5) Producidos en fibroblastos pulmonares diploides humanos (WI-38).

## **Presentación y reconstitución**

Se presentan liofilizadas en vial. La composición se puede ver en la tabla 32.1.

### **Priorix**

La vacuna se debe reconstituir añadiendo el contenido entero del envase que contiene el diluyente al vial que contiene el polvo liofilizado. Después de añadir el diluyente al polvo liofilizado, se ha de agitar bien hasta que el polvo se disuelva completamente en el diluyente. Debido a una variación menor de su pH, la vacuna reconstituida puede variar el color de naranja claro a rojo claro sin que indique deterioro en la potencia de la vacuna.

Se debe desechar al cabo de 8 horas tras la reconstitución si no ha sido utilizada, aunque se conserve entre +2 °C y +8 °C.

### **M-M-RVaxPro**

Para la reconstitución, utilizar el disolvente suministrado, que es un líquido incoloro transparente. Antes de mezclarlo con el disolvente, el polvo es una masa cristalina compacta de color amarillo pálido. Cuando está completamente reconstituida, la vacuna es un líquido amarillo claro. Se debe extraer el volumen completo de disolvente en la jeringa que se va a utilizar para la reconstitución e inyección. Inyectar el contenido completo de la jeringa en el vial que contiene el polvo. Agitar suavemente para mezclar por completo. Extraer en la misma jeringa todo el contenido del vial de vacuna reconstituida e inyectar el volumen total.

Se debe desechar al cabo de 8 horas tras la reconstitución si no ha sido utilizada, aunque se conserve entre +2 °C y +8 °C.

### **ProQuad**

Existen dos presentaciones y es de prescripción médica con receta:

ProQuad con disolvente para reconstitución suministrado en un vial:

Extraer el contenido completo de disolvente del vial en una jeringa. Inyectar el contenido completo de la jeringa en el vial que contiene el polvo. Agitar suavemente para mezclar completamente. Extraer en la misma jeringa todo el contenido de vacuna reconstituida del vial e inyectar el volumen total.

La vacuna reconstituida se debe inspeccionar visualmente para detectar cualquier partícula extraña o variación del aspecto físico, antes de la administración. En el caso de que se observen cualquiera de los anteriores, desechar la vacuna.

Se recomienda que la vacuna sea administrada inmediatamente después de la reconstitución, para minimizar la pérdida de potencia. Deseche la vacuna reconstituida si no es utilizada en 30 minutos.

ProQuad con disolvente para reconstitución, suministrado en una jeringa precargada:

Inyectar el contenido completo de disolvente de la jeringa en el vial que contiene el polvo. Agitar suavemente para mezclar completamente. Extraer en la misma jeringa todo el contenido de vacuna reconstituida del vial e inyectar el volumen total. La vacuna

reconstituida se debe inspeccionar visualmente para detectar cualquier partícula extraña o variación del aspecto físico, antes de la administración. En el caso de que se observen cualquiera de los anteriores, desechar la vacuna.

Se recomienda que la vacuna sea administrada inmediatamente después de la reconstitución, para minimizar la pérdida de potencia. Deseche la vacuna reconstituida si no es utilizada en 30 minutos.

### **Priorix-Tetra**

Era de uso hospitalario, pero ya no está comercializada. Se debe reconstituir añadiendo todo el contenido de la jeringa precargada al vial que contiene el polvo. Se ha de agitar bien la mezcla hasta que el polvo está totalmente disuelto. El color de la vacuna reconstituida puede variar del naranja claro al rosa fucsia debido a pequeñas variaciones del pH. Una vez reconstituida debe administrarse rápidamente o mantenerse en la nevera (entre +2 °C y +8 °C) un máximo de 24 horas.



## **5. Inmunogenicidad, eficacia y efectividad**

Todas las vacunas frente a la parotiditis, a excepción de la fabricada con la cepa Rubini, muestran tasas de seroconversión cercanas al 95 % a corto plazo tras una dosis a los 12 meses de edad. Sin embargo, en estudios de campo, se han demostrado eficacias inferiores, de alrededor del 80 %, con los esquemas de una sola dosis. Actualmente se recomiendan esquemas de dos dosis para mantener niveles de protección adecuados a largo plazo. Todas las vacunas, excepto la Rubini, son adecuadas para los programas de vacunación.



## **6. Vías de administración**

Se administran por vía subcutánea, aunque también se pueden administrar por vía intramuscular. Los lugares de inyección recomendados son la región anterolateral externa del muslo en niños pequeños y la región deltoidea en niños mayores, adolescentes y adultos. En pacientes con trombocitopenia o con cualquier alteración de la coagulación esta vacuna se aplicará por vía subcutánea.



## **7. Indicaciones y esquemas de vacunación**

Indicada en todos los niños a partir de los 12 meses de edad y en adolescentes y adultos sin antecedentes de vacunación completa.

Está incluida en el calendario de vacunaciones sistemáticas. Se recomiendan dos dosis de vacuna SRP, la primera a los 12 meses y la segunda a los 3-4 años de edad. El intervalo mínimo entre ambas dosis es de 4 semanas.

La segunda dosis podría administrarse en forma de tetravérica y actualmente, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla y León, Castilla la Mancha, Galicia, Murcia, La Rioja y la comunidad valenciana ya aplican la 2.ª dosis de los calendarios con esta vacuna tetravérica.

La vacunación y la inmunoprofilaxis pasiva tras la exposición a la enfermedad no parecen proteger frente a la misma ni modificar su curso clínico, por lo que no se recomiendan. La vacunación puede valorarse en presencia de un brote epidémico, incluso en niños bien vacunados: recientemente los CDC han recomendado que en los mayores de 12 meses de edad que hayan recibido 2 dosis de la vacuna triple vírica, pueden recibir una tercera dosis en caso de exposición en un brote de parotiditis.



## 8. Administración con otras vacunas y otros productos

La vacuna SRP y la SRPV, tanto una como otra, se pueden administrar simultáneamente, en general, con el resto de las vacunas preventivas, aunque con distintas jeringuillas y en lugares separados. Una excepción es su coadministración con la vacuna de la fiebre amarilla, que condiciona una moderada interferencia negativa en la respuesta inmune a los componentes parotiditis, rubeola y la propia fiebre amarilla, por lo que no debe indicarse. Cuando se administra con las restantes vacunas parenterales de microorganismos atenuados, se deben dar al mismo tiempo o con un intervalo mínimo de 4 semanas. Este intervalo se respetará también cuando proceda administrar la vacuna de la fiebre amarilla, que no podrá aplicarse simultáneamente con la SRP.

### Posibles interferencias con otros fármacos o productos biológicos

- La administración reciente de inmunoglobulinas o hemoderivados interfiere con la respuesta serológica a la vacuna durante un tiempo variable que depende del producto y la dosis administrada (ver el [capítulo 2](#) y el [43](#)). Si el niño es vacunado durante ese periodo, se le debe revacunar una vez transcurrido el intervalo adecuado, a menos que se compruebe que hubo una adecuada seroconversión.
- La vacuna frente al sarampión, componente de la SRP, puede ocasionar una falta de respuesta transitoria a la tuberculina y dificultar el diagnóstico durante 4-6 semanas. Es posible que incida del mismo modo sobre los resultados de los test diagnósticos in vitro de la tuberculosis (IGRA: *Interferon-gamma Release Assays*). Por consiguiente, en caso de tener que practicar estas pruebas, deberán hacerse el mismo día de la vacunación o al cabo de 4-6 semanas como mínimo.



## 9. Efectos adversos

### Vacuna triple vírica

Los efectos adversos detectados tras la administración de la vacuna triple vírica son los siguientes:

- Reacciones locales (dolor, eritema, tumefacción, adenopatía): infrecuentes.
- Fiebre, que puede ser superior a 39,5 °C, al cabo de 5-12 días de la vacunación en el 5-15 % de niños vacunados; dura uno o dos días (máximo cinco) y puede aparecer asociado un exantema morbiliforme y/o una tumefacción parotídea (enfermedades atenuadas).



- Encefalitis o encefalopatía en menos de 1 por cada millón de dosis, atribuible al componente antisarampión. Dado que la incidencia tras la vacunación frente al sarampión es inferior a la incidencia global de encefalitis de causa desconocida, probablemente la mayoría de casos de alteración neurológica grave comunicadas simplemente son coincidentes en el tiempo con la inmunización, pero no son causadas por ésta. Asimismo, probablemente no hay ningún riesgo de panencefalitis esclerosante subaguda.
- Trombocitopenia transitoria.
- Reacciones alérgicas a alguno de los componentes de la vacuna. Son muy infrecuentes y aunque generalmente se han relacionado con antígenos del huevo, suelen deberse a alguna de las otras sustancias presentes en la vacuna (antibióticos, gelatina usada como estabilizador; en España la contienen solo MMRVaxPro y ProQuad).
- Convulsiones, habitualmente de tipo febril simple, en pocos casos.
- Enfermedad producida por el virus vacunal del sarampión en pacientes inmunodeprimidos, potencialmente grave e incluso mortal.
- La aparición de meningitis aséptica se relaciona con la vacunación con la cepa Urabe de la parotiditis y es excepcional tras la vacunación con las cepas Jeryl-Lynn y RIT 4385.

### **Vacuna tetravérica**

Tras la administración de la vacuna tetravérica se pueden observar, además de los efectos adversos de la vacuna triple vírica, los siguientes:

- **Herpes zóster.** En un ensayo clínico se comunicaron 2 casos de herpes zóster en 2108 individuos sanos de edades comprendidas entre 12 y 23 meses que fueron vacunados con 1 dosis de ProQuad y controlados durante un año. Ambos casos fueron leves y no se comunicaron secuelas. Los datos de seguimiento activo en niños vacunados con la vacuna de varicela de virus vivos (Oka/Merck) y controlados durante 14 años tras la vacunación no demostraron incremento en la frecuencia de herpes zóster en comparación con los niños con varicela previa de tipo salvaje, durante la época anterior a la vacunación. Estos datos de seguimiento sugieren en realidad que los niños vacunados frente a varicela tienen un menor riesgo de herpes zóster. Sin embargo, en la actualidad se desconoce el efecto a largo plazo de la vacunación frente a varicela en la incidencia de zóster. Por el momento no se dispone de datos a largo plazo relacionados con las vacunas tetravéricas.
- **Transmisión del virus vacunal.** Basándose en notificaciones aisladas de casos durante el seguimiento poscomercialización de la vacuna de la varicela Oka/Merck, existe la rara posibilidad de que el virus de la vacuna de varicela pueda transmitirse, cuando se entra en contacto con personas vacunadas con vacuna tetravérica que hayan desarrollado una erupción de tipo varicelosa.
- **Crisis febriles.** Se han notificado crisis febriles en niños que recibieron vacuna tetravérica: En un estudio observacional poscomercialización de ProQuad, realizado en niños de 12 a 23 meses de edad, se reveló un incremento de aproximadamente dos veces en el riesgo de crisis febriles en el periodo de tiempo entre los días 5 y 12 después de una primera dosis de ProQuad, en comparación con la administración concomitante de la vacuna TV y la vacuna de varicela. Estos datos sugieren un caso adicional de crisis febril por cada 2300 niños vacunados con ProQuad, comparado con la administración por separado de la vacuna TV y la de la varicela.

En cuanto a la vacuna tetravérica Priorix-Tetra, en un análisis retrospectivo en niños entre 9 y 30 meses tras la primera dosis de vacunación con Priorix-Tetra frente a vacuna TV o vacuna TV y antivárica, se observó un caso adicional de convulsiones por cada 5882 niños, comparados con los grupos control (riesgo atribuible de 1,7 a 3,64 por cada 10 000 niños). [Estos datos fueron confirmados por un estudio observacional poscomercialización patrocinado por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

Por este motivo, el Comité Asesor de Inmunizaciones (ACIP) de los CDC recomienda que la primera dosis de vacunación se realice preferiblemente administrando los preparados por separado de triple vírica y varicela monocomponente, y para la segunda dosis proponen el uso de la vacuna combinada tetravérica.



## 10. Precauciones y contraindicaciones

- **Enfermedad febril aguda:** debe demorarse la vacunación hasta la resolución del proceso agudo. Las infecciones de vías respiratorias altas sin fiebre o con febrícula no constituyen contraindicaciones a la vacunación.
- **Embarazo:** las vacunas de virus vivos atenuados, sobre todo la de la rubeola, comportan el riesgo teórico, no confirmado en la práctica, de provocar malformaciones fetales si se administran durante el embarazo, por lo que no deben administrarse la SRP ni la SRPV a mujeres embarazadas. Por el mismo motivo, las mujeres en edad fértil deben evitar un embarazo hasta 1 mes tras su recepción (lo que ya viene reflejado en las fichas técnicas).
- **Alergias:** los niños con alergia al huevo de naturaleza no anafiláctica no tienen ningún riesgo especial de desarrollar manifestaciones de hipersensibilidad, y la mayoría de niños con antecedentes de anafilaxia al huevo no presentan efectos adversos a la vacuna por lo que esta debe ser administrada en los centros de atención primaria. La mayor parte de episodios de anafilaxia consecuentes a las vacunas SRP y SRPV son debidos a la gelatina hidrolizada que contienen (solo ProQuad y M-M-RVaxPro, en España) y no a las proteínas del huevo. No es necesario efectuar test cutáneos previos, los cuales, por otra parte, no predicen qué niños desarrollarían una reacción de hipersensibilidad inmediata.  
Las personas con antecedentes de anafilaxia a una dosis previa de vacuna SRP o a la neomicina (administrada de forma tópica o sistémica) o a la gelatina no deben recibir la vacuna como es norma general para todas las vacunas.
- **Alteraciones inmunitarias:** la vacuna SRP está contraindicada en personas con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas significativas. Los niños con inmunosupresión farmacológica, en general, pueden recibirla a partir de los 3 meses de haber finalizado la terapia y de hallarse en remisión el proceso que la motivó. En los pacientes tratados con dosis altas de corticoesteroides durante 2 o más semanas, pero que no tienen un compromiso inmunitario de base, el intervalo mínimo recomendado es de 1-3 meses. Los niños con infección por el VIH pueden y deben recibir la vacuna, tanto si están asintomáticos como si tienen síntomas, a menos que tengan inmunodeficiencia grave. Los pacientes con cifras de linfocitos T CD4 superiores al 15 % no presentan complicaciones al recibir las vacunas triple vírica o tetravérica y pueden recibirlas, aunque las respuestas inmunes a la misma pueden ser deficientes, por lo que conviene administrar las 2 dosis lo antes posible (por ejemplo, a los 12 meses y a los 13-15 meses).

- **Trombocitopenia:** se recomienda no revacunar a los niños que desarrollan un episodio de púrpura trombocitopénica en las 6-8 semanas siguientes a la primera dosis de vacunas que contengan la del sarampión, a no ser que, una vez comprobada la no seroconversión, se considere que el beneficio de la vacunación supera al riesgo de que desarrolle de nuevo una trombocitopenia. Los pacientes con antecedentes de trombocitopenia no relacionada con la vacuna tienen un ligero aumento de posibilidades de padecer una trombocitopenia tras la vacuna, pero las ventajas de la inmunización superan a los riesgos. El riesgo de trombocitopenia tras la 2.ª dosis es inferior al que comporta la 1.ª y nunca se han comunicado casos de muerte por esta causa asociados a la vacunación con SRP en niños sanos.
- **Intolerancia congénita a la fructosa:** contraindica la vacuna SRP y la SRPV por el contenido en sorbitol de las presentaciones comercializadas.



## 11. Actuación ante brotes epidémicos

- Ante un brote de parotiditis en poblaciones bien vacunadas puede considerarse, de acuerdo con las autoridades locales de salud pública, la administración de una 3.ª dosis de SRP, estrategia que algunos estudios y los CDC consideran útil para su control. La vacunación y la inmunoprofilaxis pasiva tras una exposición a la parotiditis probablemente no prevengan la enfermedad, ni modifiquen su curso clínico y por lo general no se recomiendan, pero se podría valorar en brotes epidémicos, ya que en todo caso poner una dosis adicional no constituye ningún riesgo relevante.
- Los lactantes de 6 a 11 meses de edad que vayan a emprender un viaje internacional deben recibir una dosis de SRP, reiniciando la vacunación a partir de los 12 meses, tras un intervalo mínimo de 1 mes.
- Debe aprovecharse cualquier coyuntura epidemiológica que implique al sarampión, a la rubeola o a la parotiditis para revisar el cumplimiento de la vacunación con SRP de los niños mayores de 2-3 años, actualizándola en caso necesario.



## 12. Bibliografía

1. Álvarez García FJ, Cilleruelo Ortega MJ, Álvarez Aldeán J, Garcés Sánchez M, García Sánchez N, Garrote Llanos E, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2020. An Pediatr (Barc). 2020;92:52.e1-52.e10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.007>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mumps. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook - 13th Edition Second Printing (2015). Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/mumps.html>
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of measles, rubella, congenital

rubella syndrome, and mumps, 2013: Summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2013;62(RR04);1-34. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6204a1.htm>

4. Centro Nacional de Epidemiología. Situación de la parotiditis en España, 1982-2016. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) . Centro Nacional de Salud ISCIH en : <http://www.isciii.es/ISCIH/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnico...>
5. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de declaración obligatoria. Semana 52/2017. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIH/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnico...>
6. Dayan GH, Rubin S. Mumps outbreaks in vaccinated populations: are available mumps vaccines effective enough to prevent outbreaks? *Clin Infect Dis* 2008;47:1458-67.
7. Domínguez A, Barrabeig I, Casanovas JM, Costa J, García JJ, Sala MR, *et al*. Guia per a l'eliminació de la parotiditis a Catalunya. Bases científiques i programa (Quaderns de Salut pública; 20). Barcelona: Departament de Salut; 2006.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Mumps - Annual Epidemiological Report for 2017. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/mumps-annual-epidemiolog...>
9. Fiebelkorn AP, Lawler J, Curns AT, Brandenburg C, Wallace GS. Mumps postexposure prophylaxis with a third dose of measles-mumps-rubella vaccine, orange county, new york, USA. *Emerg Infect Dis*. 2013;19:1411-7.
10. García García JJ, Corretger Rauet JM. Parotiditis. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012, 5.ª ed. Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p. 413-9.
11. Informe epidemiológico de la parotiditis en la Comunidad del Principado de Asturias. Oviedo, 29 de enero de 2013. Disponible en: [https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Informe+parotiditis+29\\_0...](https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Informe+parotiditis+29_0...)
12. JCVI. Revised recommendations for administering more than 1 live vaccine. Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/fil...](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/fil...)
13. Marin M, Marlow M, Moore KL, Patel M. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of a Third Dose of Mumps Virus-Containing Vaccine in Persons at Increased Risk for Mumps During an Outbreak. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:33-38
14. Nascimento Silva J, Camacho L, Siqueira M, Freire M, Castro Y, Maia M, *et al*. Mutual interference on the immune response to yellow fever vaccine and combined vaccine against measles, mumps and rubella. *Vaccine* 2011;29:6327-34.
15. Ogbuanu IU, Kutty PK, Hudson JM, Blog D, Abedi GR, Goodell S, *et al*. Impact of third dose of measles-mumps-rubella vaccine on a mumps outbreak. *Pediatrics*. 2012;130:e1567.
16. O'Leary ST, Kimberlin DW. Update From the Advisory Committee on Immunization Practices. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2017;6:311-6.

### 13. Enlaces de Interés

- Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría 2020.  
<https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep2020-razones-...>
- CDC. Mumps.  
<http://www.cdc.gov/mumps/index.html>
- CDC. Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 years or younger, United States, 2020.  
<https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html#f8>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendarios españoles.  
<http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Enfermedades inmunoprevenibles: Parotiditis.  
<http://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/parotiditis>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Fichas técnicas de vacunas. Triple y tetravérica.  
<http://vacunasaep.org/profesionales/fichas-tecnicas-vacunas/resultados?d...>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Las vacunas... una a una. Vacuna de la parotiditis.  
<https://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-parotiditis-pap...>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Preguntas frecuentes sobre la vacunación frente a la parotiditis.  
<http://vacunasaep.org/profesionales/pregunta-al-cav/parotiditis>
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Vacunación acelerada.  
<https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep-2020-acelera...>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Mumps.  
<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/mumps/Pages/index.aspx>
- WHO. Health topics: Mumps.  
<http://www.who.int/topics/mumps/en/>

-oOo-