

11. RECOMENDACIONES SOBRE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN SITUACIONES ESPECIALES

11.1. Alergia al huevo

La alergia al huevo no se considera una contraindicación de la vacuna antigripal. Esto se ha comprobado tanto con la vacuna inactivada como con la atenuada⁹ y la práctica diaria ha demostrado que es un procedimiento seguro. La mayoría de las vacunas antigripales disponibles actualmente proceden de cultivos en huevos de gallina y contienen mínimas cantidades de huevo. En nuestro país las vacunas exentas totalmente de proteínas de huevo comercializadas son las cultivadas en medios celulares y están autorizadas a partir de los 9 años de edad. Las obtenidas por tecnología recombinante no están aún disponibles.

A pesar de que las fichas técnicas incluyen la contraindicación de uso de las vacunas antigripales en estos pacientes, se considera que incluso los pacientes que padezcan una alergia grave al huevo pueden ser vacunados en centros sanitarios con experiencia en el reconocimiento y tratamiento de reacciones alérgicas graves, y cualificados para realizar una resucitación cardiopulmonar⁹.

Actualmente se recomienda actuar según la historia previa de alergia al huevo:

1. Los sujetos con reacciones leves al huevo, como urticaria, pueden ser vacunados de la gripe con cualquiera de las vacunas disponibles.
2. Personas con reacciones graves tras la toma de huevo como angioedema, dificultad respiratoria o síntomas que hayan requerido adrenalina, pueden ser vacunadas con cualquiera de las vacunas disponibles, pero deberán ser vacunadas en centros, no necesariamente hospitalarios, con medios y preparación para atender eventuales reacciones graves, por personal con experiencia y supervisión

durante 30 minutos tras la administración¹³.

3. Una reacción alérgica grave a la vacuna antigripal, independientemente del componente (excepto el huevo) que sea la causa de la reacción es una contraindicación para recibir futuras dosis de la vacuna.

11.2. Inmunodepresión

Los pacientes inmunodeprimidos que se infectan por los virus de la gripe ingresan con más frecuencia en el hospital que los no inmunodeprimidos. La mortalidad de la neumonitis en estos pacientes, dependiendo del tipo y grado de inmunosupresión, oscila entre el 3 y el 10 %.

Aunque la inmunogenicidad de las vacunas antigripales es menor en los pacientes inmunodeprimidos, una proporción sustancial de estos alcanzan respuestas protectoras capaces de prevenir la enfermedad. Sin embargo, dado que algunos de estos pacientes no consiguen una adecuada protección, la importancia de la vacunación antigripal anual de las personas que conviven con ellos es notable.

Se recomienda, por tanto, la vacunación antigripal anual de todos los pacientes inmunodeprimidos y de sus convivientes (así como cuidadores y sanitarios) con vacunas inactivadas, siempre que tengan más de 6 meses de edad. La vacunación de los contactos domiciliarios cobra especial importancia si el inmunodeprimido es menor de 6 meses, al no poder ser éste vacunado⁸⁷.

La vacuna atenuada intranasal está contraindicada en pacientes inmunodeprimidos.

En niños con infección VIH estable, en tratamiento antiviral combinado o de gran actividad y con función inmunológica adecuada,

la vacuna nasal atenuada parece igual de segura que la inactivada. Como se ha comentado, este año esta vacuna no estará disponible en España, pero si lo estuviera en un futuro podría ofrecerse a los padres como alternativa a la vacuna parenteral¹⁴. Se requieren unas determinadas condiciones como son:

- Recibir Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) durante un tiempo ≥ 4 meses.
- Recuento de CD4 $\geq 500/\mu\text{l}$ en niños de 2-5 años, o $\geq 200/\mu\text{l}$ en niños de 6 a 17 años, medidos en los 100 días anteriores a la vacunación.
- VIH ARN en plasma $< 10\,000$ copias/ml también medidos en los 100 días anteriores a la vacunación.

11.3. Embarazo

La vacunación antigripal inactivada no adyuvada está recomendada y financiada para las embarazadas en toda España. Se recomienda durante el embarazo en cualquier momento del mismo, por parte de todos los organismos internacionales y nacionales^{4,13,87}. Las embarazadas tienen un elevado riesgo de enfermedad y hospitalización por gripe, así como un mayor riesgo de resultados perinatales adversos y mayor probabilidad de prematuridad y bajo peso al nacimiento.

En España las coberturas vacunales en embarazadas frente a la gripe (40,1 %)⁸⁸ son claramente mejorables y para ello es preciso una estrategia multidisciplinar que implique a ginecólogos, matronas, médicos de familia, pediatras, neonatólogos, enfermería, sociedades científicas y autoridades sanitarias.

La mayor parte de los ingresos por gripe en niños corresponden a niños menores de 6 meses⁵³. Esta población, que es la más vulnerable, no puede recibir la vacuna antigripal. La única medida preventiva factible para este grupo es la vacunación de la madre durante el embarazo.

Desde el año 2012 la OMS considera a las mujeres embarazadas como grupo de mayor prioridad para beneficiarse de la vacuna inactivada de la gripe⁴ con un triple objetivo:

- Evitar la gripe en la mujer durante el embarazo y sus importantes efectos como complicaciones respiratorias, ingresos y alteraciones en el curso de la gestación (aborto, prematuridad).
- Proporcionar anticuerpos al feto para que tenga protección los primeros meses de vida.
- Evitar la enfermedad materna en el posparto, para no ser ella misma fuente de infección para el recién nacido.

La eficacia vacunal es similar en madres y lactantes, 50,4 % y 48,8 %, respectivamente⁸⁹. En un artículo de revisión que analiza diversos estudios⁹⁰, se comprueba que la transferencia de anticuerpos frente a la gripe, desde la mujer vacunada, proporciona niveles de protección muy satisfactorios, que pueden variar según el emplazamiento de los estudios, con los siguientes resultados:

- Reducción de la tasa de gripe confirmada por laboratorio en los primeros 6 meses de vida (63 %).
- Reducción de la hospitalización por gripe en los lactantes menores de 6 meses, entre el 45 % y el 91,5 %.

Además se han observado efectos heterólogos, es decir, aquellos añadidos a los de la pretendida protección frente a la gripe, como son: menor probabilidad de prematuridad (< 37 semanas, OR [*odds ratio*]: 0,75) y bajo peso en el nacimiento (< 2500 g; OR: 0,73) y bajo peso a término (OR: 0,85)⁹¹, menor riesgo de infección por *B. pertussis* (tosferina) en mujeres no vacunadas frente a tosferina (OR: 0,4) y eficacia vacunal frente a la neumonía grave (20 %) en el niño⁹².

Cada vez existe un mayor número de trabajos que avalan la seguridad de la vacunación antigripal en cualquier momento del embarazo. Los resultados de todos los trabajos indican que la vacunación materna no se asocia con un incremento del riesgo de malformación

congénita, muerte fetal o aborto espontáneo⁹³, hechos además comprobados con la cantidad de dosis administradas a embarazadas desde hace décadas.

Tipos de vacuna antigripal a emplear en la vacunación maternal

Las vacunas atenuadas de virus vivos y las adyuvadas están contraindicadas. Se emplearán vacunas inactivadas, tanto trivalentes como tetravalentes. Existen datos limitados con las vacunas de desarrollo más reciente, como las de cultivos celulares. Las vacunas tetravalentes inactivadas han demostrado ser igual de inmunógenas y seguras que las trivalentes inactivadas en las embarazadas⁹⁴.

Momento óptimo para la vacunación durante la gestación

No se ha conseguido un consenso sobre cuál es el momento óptimo para la vacunación antigripal durante el embarazo. Una reciente revisión sistemática y metaanálisis⁹⁵, muestra que vacunando tarde en el embarazo, al menos, 15 días antes del parto, se producen niveles más altos de anticuerpos en la madre en el momento del parto y, por tanto, mayor transferencia de anticuerpos al feto. Por el contrario, la vacunación en momentos más precoces del embarazo protegerá más a la madre durante un periodo mayor de tiempo, pero con la posibilidad de que los anticuerpos no se mantengan hasta el momento del parto y por consiguiente que haya una menor transferencia de anticuerpos al feto.

Por otra parte, no se debe perder de vista que el momento de la vacunación depende más de la presentación de la epidemia de gripe estacional que de la edad gestacional.

A pesar de que los mejores niveles de protección para el feto y recién nacido se alcanzan vacunando en el tercer trimestre, no se debería retrasar la administración de la vacuna si la estación gripal ha comenzado.

Se puede realizar la vacunación simultánea con la vacuna de tosferina (Tdap) si la embarazada está en edad gestacional apropiada para ello. **“En el embarazo, una vacuna en cada brazo”.**

A pesar de la inmunogenicidad, efectividad y seguridad de la vacuna de gripe en la embarazada, las coberturas vacunales son subóptimas, tanto en España como en otros países. Debemos integrar la recomendación de la vacunación maternal en nuestra práctica habitual para prevenir ciertas enfermedades infecciosas en el neonato y lactante pequeño, como un medio, a veces el único, de proteger a los más pequeños⁹⁶.

11.4. Profesionales

La AEP, en consonancia con otras sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad, recomienda la vacunación antigripal de todos los trabajadores sanitarios y estudiantes que estén en contacto con pacientes, sobre todo lactantes e inmunodeprimidos^{3,88,97}.

No se conoce cuál puede ser el efecto de la coinfección por gripe y SARS-CoV-2, pero en la situación de la actual pandemia se hace necesario, más que nunca, mantener la capacidad del sistema sanitario, evitando, entre otras cosas, el absentismo laboral por gripe de los profesionales sanitarios⁹⁸. Por tanto, en la presente temporada, la vacunación antigripal de este colectivo adquiere una nueva dimensión.

En España, las coberturas para esta vacunación son, generalmente, bajas (20-30%)^{99,100}, aunque en el caso concreto de los pediatras ha alcanzado hasta un 60 % en años recientes¹⁰¹. En la Unión Europea, la mediana de las tasas de cobertura es un 25 %, pero oscila entre el 5 % de Polonia y el 55 % de Reino Unido⁹⁷.

En los EE. UU., probablemente por las políticas de vacunación obligatoria, las tasas de vacunación en los profesionales sanitarios han alcanzado hasta el 70 % en los últimos años^{102,103}. Sin embargo, la estrategia de vacunación antigripal obligatoria de los profesionales sanitarios que cuidan a pacientes, especialmente los más vulnerables, como los lactantes y las personas inmunodeprimidas¹⁰⁴, ha sido puesta en entredicho desde el punto de vista ético por vulnerar el principio de autonomía del personal sanitario, aunque

cumple los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, desde la óptica del paciente^{105,106}.

Otra vía de mejorar las coberturas es la solicitud de una declaración de declinación entre los profesionales sanitarios que se niegan a ser vacunados³, como se ha hecho recientemente con los profesionales sanitarios el sistema público de salud del Reino Unido¹⁰⁷.

El debate sobre este tema está servido^{105,107}, pero la evidencia demuestra que la obligatoriedad de la vacunación para acceder a determinados puestos de trabajo ha sido, hasta ahora, la única práctica que ha logrado coberturas altas entre los profesionales.

Las causas del rechazo a la vacunación antigripal entre los sanitarios son muy variadas y algunas de ellas carecen de sustento científico: falta de tiempo, falta de seguridad de la vacuna, miedo de contraer la gripe tras la vacunación y falta de efectividad de la vacuna^{97,108}. Por el contrario, la actitud proclive a la vacunación se basa en un mejor conocimiento de la gripe y de las vacunas utilizadas para su prevención¹⁰⁸. Por eso, se considera fundamental la realización de campañas informativas y la implementación de estrategias específicas más efectivas en este colectivo³.

[\[volver al índice web\]](#)

REFERENCIAS

87. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018. [Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones.](#)
88. Ministerio de Sanidad. [Coberturas vacunales en la campaña 2018-19.](#)
89. Madhi SA, Cutland CL, Kuwanda L, Weinberg A, Hugo A, Jones S, *et al.* Maternal Flu Trial (Matflu) Team. Influenza vaccination of pregnant women and protection of their infants. [N Engl J Med. 2014;371:918-31.](#)
90. Takeda S, Hisano M, Komano J, Yamamoto H, Sago H, Yamaguchi K. Influenza vaccination during pregnancy and its usefulness to mothers and their young infants. [J Infect Chemother. 2015;21:238-46.](#)
91. Legge A, Dodds L, MacDonald NE, Scott J, McNeil S. Rates and determinants of season influenza vaccination in pregnancy and association with neonatal outcomes. [CMAJ. 2014;186:E157-64.](#)
92. Nunes MC, Cutland CL, Madhi SA. Influenza Vaccination during Pregnancy and Protection against Pertussis. [N Engl J Med. 2018;378:1257-8.](#)
93. Nunes MC, Aqil AR, Omer SB, Madhi SA. The Effects of Influenza Vaccination during Pregnancy on Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. [Am J Perinatol. 2016;33:1104-14.](#)
94. Vesikari T, Virta M, Heinonen S, Eymen C, Lavis N, Chabanon AL, *et al.* Immunogenicity and safety of a quadrivalent inactivated influenza vaccine in pregnant women: a randomized, observer-blind trial. [Hum Vaccin Immunother. 2020;16:623-9.](#)
95. Cunningham W, Geard N, Fielding JE, Braat S, Madhi SA, Nunes MC, *et al.* Optimal timing of influenza vaccine during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. [Influenza Other Respir Viruses. 2019;13:438-52.](#)
96. Maertens K, Orije MRP, Van Damme P, Leuridan E. Vaccination during pregnancy: Current and possible future recommendations. [Eur J Pediatr. 2020;179:235-42.](#)
97. European Centre for Disease Prevention and Control. Seasonal influenza vaccination in Europe. [Vaccination recommendations and coverage rates in the EU Member States for eight influenza seasons: 2007–](#)

- [2008 to 2014–2015](#). Stockholm: ECDC; 2017.
98. Gostin LO, Salmon DA. The Dual Epidemics of COVID-19 and Influenza Vaccine Acceptance, Coverage, and Mandates. [JAMA. 2020;324:335-6](#).
99. Velasco Munoz C, Sequera VG, Vilajeliu A, Aldea M, Mena G, Quesada S, *et al*. Sistema de autodeclaración de acontecimientos adversos y cobertura de vacunación antigripal en profesionales sanitarios en un hospital universitario de tercer nivel. [Med Clin \(Barc\). 2016;146:155-9](#).
100. Astray-Mochales J, López de Andres A, Hernandez-Barrera V, Rodríguez-Rieiro C, Carrasco Garrido P, Esteban-Vasallo MD, *et al*. Influenza vaccination coverages among high risk subjects and health care workers in Spain. Results of two consecutive National Health Surveys (2011-2014). [Vaccine. 2016;34:4898-904](#).
101. CAV-AEP, 20 de noviembre de 2012. Resultados de la encuesta VacGripe, noviembre de 2012. [Los pediatras sí nos vacunamos de la gripe](#).
102. Backer H. Counterpoint: In Favor of Mandatory Influenza Vaccine for All Health Care Workers. [Clin Infect Dis. 2006;42:1144-7](#).
103. Hofmann F, Ferracin C, Marsh G, Dumas R. Influenza Vaccination of Healthcare Workers: a Literature Review of Attitudes and Beliefs. [Infection. 2006;34:142-7](#).
104. Lukich N, Kekewich M, Roth V. Should influenza vaccination be mandatory for healthcare workers? [Healthc Manage Forum. 2018;31:214-7](#).
105. Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. [Euro Surveill. 2013;18\(45\):pii=20627](#).
106. Lacobucci G. NHS staff who refuse flu vaccine this winter will have. [BMJ. 2017;359:i4766](#).
107. Hayward AC. Influenza Vaccination of Healthcare Workers Is an Important Approach for Reducing Transmission of Influenza from Staff to Vulnerable Patients. [PLoS One. 2017;12:e0169023](#).
108. Hulo S, Nuvoli A, Sobaszek A, Salembier-Trichard A. Knowledge and attitudes towards influenza vaccination of health care workers in emergency services. [Vaccine. 2017;35:205-7](#).

[\[volver al índice web\]](#)