

PROFILAXIS INFECCIOSA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

GENERALIDADES:

- La infección es una causa frecuente de morbilidad debido a la alteración inmunitaria de la propia enfermedad o a inmunosupresores. El LES presenta una situación de hipoesplenia funcional en el 5% de los pacientes.
- En las EAS el riesgo de infección es el DOBLE que en la población general, sobre todo gérmenes intracelulares y oportunistas, y de hasta por CUATRO el riesgo de tuberculosis (Investigar infección latente: suele reactivarse en los primeros meses de tratamiento inmunosupresor y se presenta de forma extrapulmonar o diseminada).
- Fármacos más asociados a infecciones oportunistas o intracelulares son: corticoides a dosis altas, ciclofosfamida y biológicos. Los antiTNF pueden reactivar VHB con casos mortales (no descrito para VHC).
- Situaciones clínicas de mayor riesgo: EPOC, neumopatía intersticial, uso de corticoides, insuficiencia renal, HTA.
- En el paciente ya inmunodeprimido la vacunación puede ser ineficaz.
- Siempre es mejor vacunar o realizar quimioprofilaxis antes de inmunodeprimir, SIN ESPERAR UNA SITUACIÓN EXTREMA.

QUIMIOPROFILAXIS:

- Tuberculosis: Isoniacida/B6: 5 mg/kg/día x 9 meses. (habitual 6 meses) ó rifampicina 10 mg/Kg/día durante 6 meses.
 - Realizar cribaje (Mantoux, Rx y antecedentes) en cualquier EAS independientemente del uso de corticoides y de forma periódica.
 - Mantoux positivo si > 5 mm, negativo si Booster negativo. Considerar QUANTIFERON si Mantoux + en BCG (Mantoux se considera directamente positivo si han pasado > 15 años o Mantoux > 15 mm), si sospecha de infección por micobacterias no TBC, o Mantoux booster negativo en inmunodeprimidos.
 - Profilaxis primaria: contacto con bacilífero y mantoux negativo: iniciar. Mantoux a los 3 meses, si negativo suspender, si positivo continuar.
 - Profilaxis secundaria:
 - Con cualquier edad si: contacto íntimo con bacilífero y mantoux positivo, viraje de Mantoux en < 2 años o Mantoux positivo en tto IS o enfermedad tipo EAS.
 - Mantoux positivo sin inmunodepresión en < 35 años.
- Pneumocystis jirovecii: Cotrimoxazol 160/800 3 veces a la semana.
 - Siempre como profilaxis secundaria.
 - Como profilaxis primaria en caso de: Vasculitis ANCA +, LES muy activos con nefropatía o neumopatía, Ciclofosfamida (y en menor medida MTX), CD4<250, linfocitos totales <600, corticoides > 20 mg/día al menos durante 4 semanas.
- Endocarditis infecciosa: Libman-Sachs hasta 50% de LES, aumenta riesgo de EI en maniobras invasivas. Recomendación controvertida, en general se recomienda profilaxis como en valvulopatías.

- Profilaxis en la cirugía: mismas recomendaciones que en población general. Mayor riesgo por inmunosupresores no concluyente (suspender IS de forma individualizada). Biológicos suspender previamente y reiniciar en unos 15 días.
- Profilaxis de reactivación de VHB, VHC y VIH: Monitorización regular de perfil hepático, carga viral y CD4. Considerar inmunosupresión de bajo perfil: Antimaláricos. Evitar IS hepatotóxicos: metotrexate, leflunomida. Biológicos, considerar riesgo/beneficio (VHB)

VACUNACIÓN:

- En primer lugar confirmar calendario vacunal infantil.
- Mayor riesgo si se utilizan CTC mas de 20 mg durante mas de 2 semanas o cualquier IS (no evidencias de mayor riesgo de uno sobre otro).
- Vacunar al diagnóstico (o en el peor de los casos 2-4 semanas antes de iniciar inmunosupresores) SIN ESPERAR UNA SITUACION EXTREMA.
- Es importante que, si el tratamiento ya ha comenzado cuando se prescriba la vacunación, al menos la enfermedad se encuentre en situación estable.
- Recomendada siempre: Gripe (anual), Neumococo (dosis única conjugada 13-valente, cada 3-5 años polisacárica 23-valente; se recomienda 13-valente y a los 2 meses 23-valente) y Difteria/Tétanos (3 dosis en meses 0,1 y 12, dosis de recuerdo cada 10 años).
- Recomendada si no contacto previo: VHB (meses 0, 1 y 6).
- Virus papiloma humano: mayor riesgo de serotipos de alto riesgo. En mujeres menores de 25 años (especialmente LES). Meses 0, 2 y 6.
- Hipoesplenismo, déficit de complemento o importante inmunodepresión: Haemophilus influenzae B (1 dosis) y meningococo C (cada 3-5 años))
- Profilaxis específica tras exposición a ciertas infecciones: Tétanos (inmediato: vacuna+Ig), Gripe (48h: amantidina o rimantidina) , VHA (72h: vacuna+Ig), VHB (inmediato: vacuna+Ig), Sarampión (6 días: Ig), meningococo (durante 2 días: rifampicina), varicela (96h: Ig y/o aciclovir).
- Contraindicadas vacunas de virus vivos o atenuados. Excepción en casos aislados, con inmunosupresión moderada, y en caso de tener que administrarlas hacerlo 1 mes antes del inicio de inmunosupresión o 3 meses tras su finalización. Excepcionalmente sólo Varicela, triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) o Herpes Zoster.
- Varicela Zoster: mayor riesgo de infecciones graves y diseminadas, vacuna de virus vivos atenuados, antes de comenzar tratamiento inmunosupresor. Dosis única.
- Convivientes: Gripe, triple vírica y varicela.
- Rituximab es el biológico con menor tasa de vacunación eficaz (30%). En general se considera beneficioso la vacunación, aunque pueda haber fallos en su eficacia. Vacunar 4 semanas antes y 6 meses después.