



PROFILAXIS INFECCIOSA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. 2024.

Revisión realizada por Dr. Pedro L. Carrillo-Alascio.

GENERALIDADES:

- La infección es una causa frecuente de morbimortalidad debido a la alteración inmunitaria de la propia enfermedad o a inmunosupresores. El LES presenta una situación de hipoesplenía funcional en el 5% de los pacientes. En algunos estudios hasta 50% pacientes inmunodeprimidos no están vacunados.
- 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 la primera visita se recomienda revisar el estado vacunal y estudio de infecciones latentes.
- En el paciente ya inmunodeprimido la vacunación puede ser ineficaz (sobre todo con RTX).
- Siempre es mejor vacunar o realizar quimioprofilaxis antes de inmunodeprimir, SIN ESPERAR UNA SITUACIÓN EXTREMA.
- Evitar terapias inmunodepresoras en infecciones activas, o si lo está tomando reducir o suspender el IS.

QUIMIOPROFILAXIS:

- Tuberculosis: Isoniacida/B6 (Cemidon 300 B6): 5 mg/kg/día x 9 meses. (habitual 6 meses) ó rifampicina 10 mg/Kg/día durante 4-6 meses.
 - Realizar cribaje (Mantoux + IGRA, Rx y antecedentes) en cualquier EAS independientemente del uso de corticoides (¿y de forma periódica cada 2-3 años?).
 - Mantoux positivo si > 5 mm, negativo si Booster negativo.
 - Considerar IGRA (Quantiferon o Elispot) 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 las 8 semanas, 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.
 - Cuando iniciar tratamiento IS:
 - Si es por profilaxis secundaria iniciar IS a las 4 semanas del inicio del tratamiento de la TBC latente.
 - Si es por infección activa no iniciar IS o retrasar lo máximo posible el tratamiento IS (mínimo 2 meses).
- Pneumocystis jirovecii: Cotrimoxazol 160/800 (Septrin forte) 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), INF, RTX, CD4<250, linfocitos totales <600, corticoides > 20 mg/día al menos durante 4 semanas.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. Levante Alto Almanzora
Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00





- 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.

VACUNACIÓN:

- No está demostrado la inducción de autoinmunidad por vacunas.
- En primer lugar confirmar calendario vacunal infantil.
- Se considera a un adulto correctamente vacunado si:
 - Difteria/tétanos/tos ferina: 3 dosis y cada 10 años.
 - Polio: 3 dosis.
 - Triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis): 2 dosis o inmunidad (serología sarampión).
 - Varicela: 2 dosis o inmunidad o infección pasada.
 - Gripe: anual en > 60 años.
 - Neumococo: S23 en > 65 años.
- 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 VNC20) 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).**
- **COVID19: Se recomienda vacunar a todos los pacientes, idealmente antes de iniciar el tratamiento. Ajustar dosis de vacuna generalmente entre 1 y 4 semanas antes de la pauta del IS / BIOL. En MTX, AZA; MMF suspender tratamiento 1-2 semanas tras vacunación.**
- **Virus papiloma humano**: mayor riesgo de serotipos de alto riesgo. En mujeres menores de 25 años (especialmente LES). Meses 0, 2 y 6. Cribado anual de cáncer de cérvix. Ojo a la vacuna cuativalente por riesgo tromboembólico en sd antifosfolípido.
- **Hipoesplenismo, déficit de complemento o importante inmunodepresión: Haemophilus influenzae B (1 dosis) y meningococo ACWY (Nimenryx, 2 dosis separadas al menos 1 mes y recuerdo a los 5 años) + meningococo B (Bexsero, 2 dosis separadas al menos 1 mes y recuerdo a los 5 años).**
- Profilaxis específica tras exposición a ciertas infecciones: Tétanos (inmediato: vacuna+Ig), Gripe (<48h: oseltamivir/zanamivir) , VHA (72h: vacuna+Ig), VHB (inmediato: vacuna+Ig), Sarampión (6 días: Ig), meningococo (durante 2 días: rifampicina), varicela (96h: Ig y/o aciclovir), rabia (inmediato: vacuna+Ig).
- Riesgo de infección por VHA: Mayor riesgo en homosexuales varones, hepatópatas y sanitarios. Vacuna inactiva en el mes 0 y el mes 6 (serología en el mes 8 comprobatoria).
- Riesgo de activación por VHB: Mayor riesgo en varones, AgHBs positivo, DNA detectable, uso de RTX, CTC y anti TNF. Reactivación: Aumento de DNA viral, aumento x3 de transaminasas.
 - En no inmunizados: VACUNAR en caso de uso de corticoides a dosis altas o biológicos (doble dosis, mes 0, 1 y 6), comprobar antiHBs en 2 meses y si < 10 revacunación completa (al menos 1º dosis pre-IS).
 - En infección crónica: iniciar tratamiento 2 semanas antes y hasta 6-12 meses tras finalizarlo.
 - En infección pasada/oculta (AgHBs negativo + antiHBc positiva): Tenofovir, entacavir o lamivudina.
- VHC: Remitir a hepatólogo.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. Levante Alto Almanzora
Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00





- VIH: Remitir a infectólogo.
- Tétanos: En heridas teratógenas, insuficientemente vacunados o embarazo. Recuerdos cada 10 años.
- Strongiloides stercoralis: En inmunodeprimidos puede desarrollarse una superinfección (sobre todo en tratamiento corticoideos). Realizar serología y coprocultivo. Tratamiento con ivermectina / albendazol.
- Chagas: Serología en endémicos. Tratamiento con beznidazol o Nifurtimox.
- Contraindicadas vacunas de virus vivos o atenuados (varicela, herpes zoster, triple vírica, polio oral, fiebre amarilla, fiebre tifoidea oral, BCG, rotavirus). 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, por el alto riesgo y gravedad clínica, en caso de no contraindicación).
- Varicela Zoster: mayor riesgo de infecciones graves y diseminadas, vacuna de virus vivos atenuados (cese comercialización 2022), antes de comenzar tratamiento inmunosupresor. Dosis única. No evidencia de recomendación de aciclovir profiláctico.
 - vacunación contra el herpes zóster con la vacuna **recombinante (no viva)** contra el herpes zóster (RZV) para incluir a todos los adultos inmunocomprometidos ≥ 19 años de edad. Shingrix® (HZ/su) (GSK) para la prevención del HZ y de la neuralgia posherpética (NPH)
 - RZV se administra en dos dosis espaciadas al menos con dos meses de diferencia (idealmente con dos a seis meses de diferencia, 4 semanas si es necesario).
 - Las personas que hayan recibido ZVL en el pasado deben volver a vacunarse con RZV, independientemente de cuándo se administró ZVL, debido a la eficacia subóptima y la inmunidad menguante de ZVL.
- Convivientes: Gripe, triple vírica y varicela.
- Otras vacunas seguras (al no ser vivas): polio parenteral, encefalitis centroeuropea, encefalitis japonesa, antirrábica, anticolérica, antitifoidea parenteral.
- 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.
- VIAJES INTERNACIONALES: Variable según destino, visitar "who.int/es".
- NEUMOCOCO 2023: A partir de 18 años: se recomienda una dosis única de VNC20.
- Pauta de VNC20:
 - Si no han recibido previamente ninguna dosis de vacuna neumocócica conjugada: se recomienda una dosis única de VNC20.
 - Si tienen antecedente de vacunación neumocócica con VNC13 y/o VNP23: - si la última vacuna que han recibido ha sido VNC13: se recomienda una dosis única de VNC20 a partir de los 6 meses desde la VNC13. - si la última vacuna que han recibido ha sido VNP23: se recomienda una dosis única de VNC20 a partir de los 12 meses desde la VNP23.
 - Si han recibido VNC20 previamente: no se administrarán más dosis de VNC20. Tras recibir VNC20 no será necesario recibir VNP23

PROTOCOLO PRE-BIOLÓGICO ¿?:

- Descartar TBC latente: Mantoux, IGRA y Rx de Torax.
- Determinación serología: Varicela, sarampión (TV), VHB, VHA.
- Vacunar: Gripe, Neumococo, Difteria/tétanos. Papiloma (mujer 9/14-26 años). Haemofilus influenzae B y Meningococo C conjugada (asplénicos).
- Control postvacunal serológico (1-3 meses): HiB ($> 0.15 \mu\text{g/ml}$), VHA ($> 10 \text{ mU/ml}$), VHB ($> 10 \text{ mU/ml}$).

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. Levante Alto Almanzora
Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00





- Vacunación de convivientes: Gripe, TV (sarampión, rubeola, parotiditis), varicela, VHA.

BIBLIOGRAFIA:

- Vacunas en la enfermedad reumática inflamatoria autoinmune en adultos. UpToDate. Revisión de la literatura vigente hasta: Diciembre de 2023.
- Enfermedades Autoinmunes Sistemicas. Cervera et al. 2021.
- Prevencion del Infeccion en Enfermedades Autoinmunes Sistemicas. Tratado SER de diagnostico y Tratamiento de enfermedades autoinmunes sistémicas. Tejera Segura. 2018 (436-442).
- ANDAVAC. Consultado 23/01/24.