

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

Hospital General Universitario Dr. Balmis  
Salón de actos. De 8:30 a 14:00 horas

**ISABIAL** ENFERMEDADES  
REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

## VACUNACIÓN EN EL NIÑO CON PATOLOGÍA REUMÁTICA



Dra. María Pina i Jover  
Pediatra Hospital Virgen de la Salud  
ELDA

27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



### Población pediátrica con patología reumática: contexto

- **ID secundaria:** Enfermedad o tratamiento inmunosupresor. Pérdida cuantitativa o déficit funcional de algún componente del sistema inmune.
- **Mayor riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.** Desestabilización patología de base y curso clínico más grave.
- **Riesgo de infravacunación y retraso en la inmunización.** Falsos temores sobre la seguridad de las vacunas y alteración de patología de base.
- **Prioritario optimizar vacunación.**

## Escudo inmunitario



- Valorar **estado inmunitario al diagnóstico**. Serologías.
- Seguir el **calendario vacunal vigente + consideraciones especiales**:
  1. Administrar vacunas en fase estable de la enfermedad.
  2. Considerar calendarios acelerados.
  3. No demorar el inicio de un tratamiento necesario por la vacunación.
  4. Ampliar cobertura frente a bacterias encapsuladas y a partir de los 6 meses gripe estacional y covid-19.

## Escudo inmunitario



5. Las **vacunas inactivadas** son seguras durante el tratamiento IS. Valorar necesidad dosis extra de primovacunación o dosis de recuerdo (serología). Preferiblemente administrar 2 semanas antes del inicio de la IS para mejorar inmunogenicidad.

\*Valorar diferirlas si toman >20mg de prednisona.

6. Las vacunas de **virus vivos atenuados** (TV, VVZ, rotavirus, gripe atenuada, tifoidea oral, fiebre amarilla, BCG y VPO) deben administrarse al menos 4 semanas antes del inicio del tratamiento o 4 semanas después de suspenderlo. Riesgo replicación viral y enfermedad por cepas vacunales.

**Cointraindicadas si alto grado de inmunosupresión!**

## Grado inmunosupresión según causa responsable:

ALTO GRADO	BAJO GRADO
<p><b>Errores innatos inmunidad:</b> ID combinada grave, Di George completo, Wiskott-Aldrich, Ataxia-telangiectasia, Hiper IgM</p>	<p><b>Deficiencias menores de Anticuerpos:</b> Déficit selectivo de IgA Déficit de subclases de IgG</p>
<p><b>Prednisona o GC a dosis equivalentes:</b> &gt; o = 2mg/kg/día o 20mg/día en mayores de 10kg &gt; 2 semanas &gt; o = 1mg/kg/día durante &gt; 1 mes, metilprednisolona IV bolo &gt; o = 500mg o &gt; 10mg/kg.</p>	<p>Dosis menores de GC o a días alternos</p>

## Grado inmunosupresión según causa responsable:

ALTO GRADO	BAJO GRADO
<p><b>Ac. monoclonales inmunosupresores:</b> Anti-TNF (adalimumab, infliximab), anti linfocitos B (rituximab), anti linfocitos T (alemtuzumab), inhibidores IL-6R (sarilumab, tozilizumab), IL-17A (secukinumab), IL 12/23 (ustekinumab), IL-23 (guselkumab), IL-1 (canikinumab), IL-5 (mepolizumab), antifactor estimulador de linfocitos B (belimumab).</p> <p><b>Otros IS:</b> inhibidores Janus kinasa (tofacitinib, upadacitinib, baricitinib), inhibidor IL-1 (anakinra), inhibidor TNF-alfa (etanercept)</p>	<p>Ac. monoconales con mecanismo de acción que produce bajo grado de inmunosupresión o a dosis bajas de mantenimiento con poco efecto IS</p>
<p>Azatioprina &gt;3mg/kg/día, 6 mercaptopurina &gt; 1.5mg/kg/día, MTX &gt; o = 15mg/m2/sem o 25mg/semana, ciclosporina &gt; 2.5mg/día, sulfasalazina 40mg/kg/dia o 2gr/día, ciclofosfamida &gt; 2 mg/kg/día o pulsos iv, leflunomida &gt; o = 0.5mg/kg/día, micofenolato &gt; o = 600mg/m2/12h, tacrolimus &gt; 1.5mg/día.</p>	<p>MTX &lt; o = 0.4 mg/kg/semana o &lt; 15mg/m2/semana; azatioprina &lt; o = 3mg/kg/día o 6-mercaptopruina &lt; o = 1.5 mg/kg/día.</p>

## Grado inmunosupresión según causa responsable:

ALTO GRADO	BAJO GRADO
Terapias combinadas con independencia de la dosis	
Quimioterapia o radioterapia en los 6 meses previos	
Receptores de terapia CAR-T	
Infección VIH con recuento de linfocitos T CD4 + < 15% en menores de 13 años y < 200/mm <sup>3</sup> a partir de 14 años.	Infección por VIH asintomática con % y recuentos de T CD4+ superiores
Fallo renal crónico. Tratamiento sustitutivo (hemodiálisis o diálisis peritoneal)	
Transplante de órgano sólido	

## Escudo inmunitario



- Finalizado el tratamiento esperar a vacunar con vacunas atenuadas entre 1-3 meses hasta 2 años, en función de situación y del tipo de vacuna (eficacia y seguridad).
- **Vacunación de convivientes:** respetar calendario vacunal. Especial atención a TV, varicela, gripe estacional y covid.
  - Antigripal inactivada en mayores de 6 meses. Se puede administrar intranasal.
  - VVZ en mayores de 12 años.
  - Si TV y VVZ no contactar con ID hasta pasados 7 días.
  - Rotavirus se puede administrar. Lavado manos. No manipular pañales de niños vacunados.
  - > 60 años vacunar de herpes zóster.
  - No VPO ni Salmonella.

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

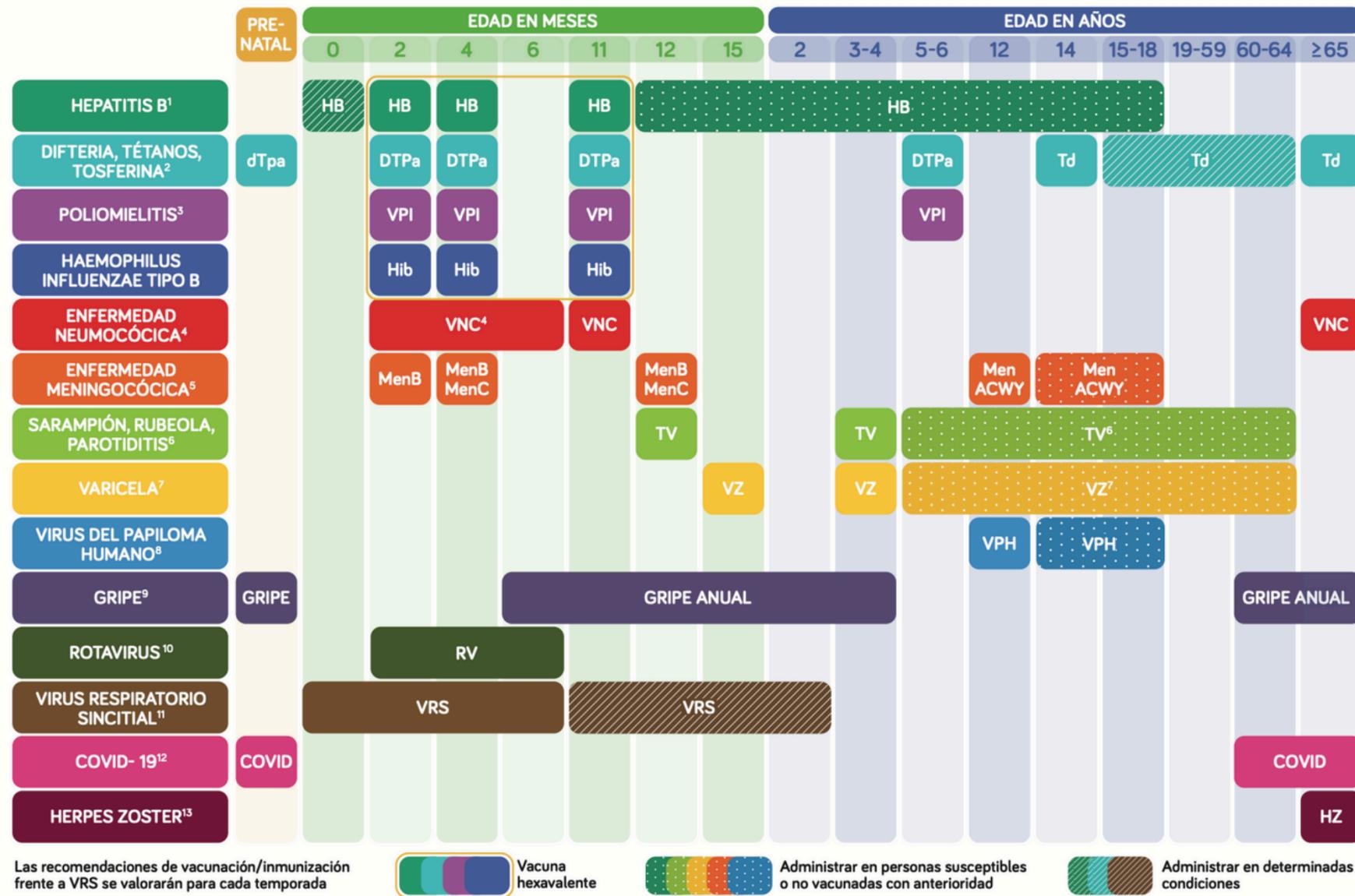
de la Provincia de Alicante

**ISABIAL** ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



## Calendario recomendado 2025 de la Comunitat Valenciana

### CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIONES E INMUNIZACIONES A LO LARGO DE TODA LA VIDA



27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



### Vacunas imprescindibles en todos los pacientes ID:

- **Meningococo B y ACWY:** en todos los paciente ID y según calendario vacunal.

- **Neumocócía conjugada VNC 15/VNC 20:** pauta según edad de inicio.

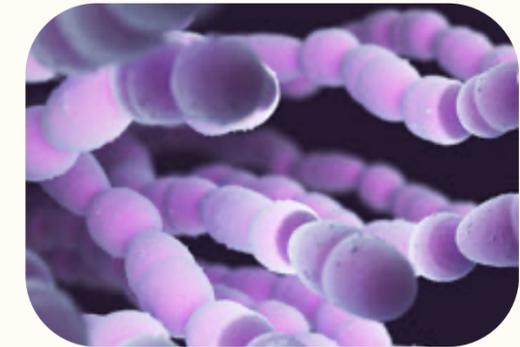
- 2-6 meses: 3+1 (2,4,6 y 11-15 meses)

- 7-11 meses: 2+1 (la primovacunación separada al menos 1 mes, el refuerzo a partir de los 12 meses y al menos 2 meses después de la primovacunación).

- 12 meses y 5 años: 2 dosis separadas 2 meses.

- > 5-18 años: 1 dosis de VNC 15/20.

\* La 23V: No necesaria si se ha completado vacunación con VNC20. En >2 años: 1 dosis a los 2 meses de la VNC15 y un recuerdo a los 5 años (se puede sustituir por VNC20).



27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

GENERALITAT VALENCIANA

aci. ARA.

ISABIAL

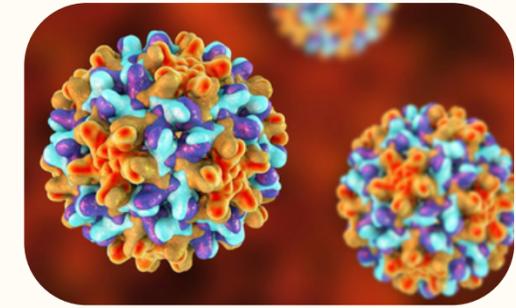
ALACANT HOSPITAL GENERAL DEPARTAMENT DE SAIGUT

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

UNIVERSITAT Miguel Hernández

reumalicante

### Vacunas imprescindibles en todos los pacientes ID:



- **Hepatitis A:** 2 dosis separadas 6-12 meses en pacientes que reciben MTX y tocilizumab.
- **Hepatitis B:** pacientes vacunados con esquema de 3 dosis hacer serología, si  $< 0 = 10$  mUI/ml administrar una única dosis y repetir analítica en 1-2 meses. Si no alcanza cifra protectora administrar pauta 0 y 5 meses o una serie completa 0,1 y 6 y repetir serología a los 2 meses. Si no aumentan los títulos se considera no respondedor y si exposición precisará IgHB.
- **Hepatitis A y B:** Entre 1-15 años con pauta 0,1,6.

## Precauciones con vacunas de M.O vivos o atenuados:

- **Administrar 4 semanas antes de iniciar tratamiento IS o 4 semanas después de suspenderlo. Contraindicadas si alto grado de inmunosupresión.**
- Según el fármaco y su vida media el intervalo puede cambiar: rituximab > 6-12 meses (eficacia y seguridad) e IgIV hasta 11 meses (eficacia). *\*Vacunasaep.org.*
- **2ª dosis TV y varicela** (si no la han pasado ni están vacunados):
  - Se puede administrar si MTX en monoterapia < 15mg/m<sup>2</sup>.
  - Casos seleccionados (riesgo/beneficio) se podrían poner si dosis bajas de GC, anti-TNF, anti IL-1 o IL-6 en monoterapia.
- Contactos de **varicela y sarampión** no inmunizados: Ig.

## Gripe estacional:

- **Vacunación anual de todos los pacientes** mayores de 6 meses **con enfermedad reumática**, con o sin tratamiento. También a sus convenientes.
- 1º año de vacunación en <9 años: 2 dosis separadas 4 semanas. Posteriormente 1 dosis al año.
- Valorar diferir MTX o rituximab 2 semanas tras la vacunación antigripal.
- **Intranasal atenuada contraindicada** si IS grave. Tampoco en embarazadas, <2 años y > 17 años o tratamiento crónico con salicilatos.



## VRS:

- **Nirsevimab** en todos los niños con tratamiento IS hasta los 23 meses. 1 dosis al inicio de cada temporada. Mayores de 10kg dosis de 200mg.

## COVID-19 (Ministerio Sanidad 2024-25):

- En **todos los pacientes con enfermedad reumática >6 meses** (con la gripe).
  - 6-59 meses de edad:
    - . No vacunados o sin infección previa: 3 dosis *Comirnaty* 3mcg (0,3,8 semanas).
    - . Vacunados o con infección previa: 1 dosis *Comirnaty* 3mcg pasados 3 meses al menos.
  - > 5 años independientemente de la vacunación: <12 años *Comirnaty* 10mcg (JN1 o KP2 cepa ómicron); >12 años *Comirnaty* 30mcg (pasados al menos 3 meses de la vacuna anterior o infección).

\*Valorar dosis extra si inmunosupresión grave pasados 3 meses (mejorar inmunogenicidad).

27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



### OTRAS:

- **VPH:** Mujeres y hombres a partir de 9 años. Se recomiendan 3 dosis de la VPH9 si tratamiento IS (0,1-2 y 6 meses).
- Vacuna recombinante contra el **herpes zóster** en > 18 años con IS grave.
- Si herida tetanígena en paciente que recibe fármacos anti linfocitos B (hasta 6 meses antes): administrar vacuna frente al **tétanos** + inmunoglobulina.

27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



### CONCLUSIONES:

- Pacientes con patología reumática + tratamiento IS **más riesgo de enfermedades prevenibles** con un **curso clínico más grave**.
- Riesgo de infravacunación.
- Crear **escudo protector**: cumplir calendario vacunal + protección frente a encapsuladas + vacunación del entorno.
- **No interrumpir tratamientos para administrar vacunas inactivadas**. Pueden necesitar recuerdos por menor inmunogenicidad.
- **Vacunas atenuadas 4 semanas antes o 4 semanas después de iniciar IS grave**.
- Serología al debut y de forma periódica para comprobar títulos de ac. protectores.

## Títulos de Ac. postvacunales considerados protectores:

<b>Tétanos</b>	> 0.1 UI/ml
<b>Difteria</b>	> 0.1 UI/ml
<b>Sarampión</b>	> 120 mUI/ml
<b>AntiHBs</b>	> 10 UI/l protectores > 100 UI/l óptimos
<b>Rubeola</b>	> 10-15 UI/ml

<b>Hepatitis A</b>	> 10 mUI/ml
<b>Meningococo C</b>	> 1:8
<b>Hib</b>	> 0.15-1 mcg/ml
<b>Neumococo</b>	> 0.35 mcg/ml

27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



### BIBLIOGRAFÍA:

1. Comité Asesor de Vacunas Asociación Española de Pediatría. Capítulo 14: *Inmunización en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor*. Actualización mayo 2025.
2. *Vacunación en pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas*. Recomendaciones grupo de trabajo SERPE. Febrero 2025.
3. Manual SER de diagnóstico y tratamiento en Reumatología Pediátrica. Capítulo 43: *Vacunación y quimoprofilaxis en enfermedades reumáticas*. Gisela Diaz-Cordovés Regó, Daniel Clemente Garulo.

Muchas gracias  
por su atención.



GENERALITAT VALENCIANA | ACI. ARA.

