



GUÍA   
ACTUACIÓN  
FARMACÉUTICA  
frente a  
meningococo



CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE FARMACÉUTICOS





ACTUACIÓN FARMACÉUTICA  
frente a  
meningococo

1.- <i>Enfermedad Meningocócica: puntos clave</i> .....	03
2.- <i>Enfermedad Meningocócica: prevención y tratamiento</i> .....	05
3.- <i>¿Quién debe recibir la quimioprofilaxis en caso de contagio?</i> .....	05
4.- <i>Enfermedad Meningocócica: vacunación</i> .....	06
5.- <i>Presentación y reconstitución de las vacunas</i> .....	11
6.- <i>Preguntas frecuentes respecto a la vacunación frente a Meningococo</i> .....	11



## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA frente a meningococo

### Enfermedad Meningocócica: puntos clave

- La Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI), es una infección grave causada por la bacteria *Neisseria meningitidis*, un diplococo gramnegativo que se clasifica en 12 serogrupos en función de la composición del polisacárido capsular, si bien sólo 6, el **A, B, C, Y y W**, y más recientemente el serogrupo X como un serogrupo emergente en África, **se asocian con la práctica totalidad de los casos** de enfermedad invasiva.
- El meningococo es una de las principales causas de **meningitis bacteriana** (inflamación de la membrana que recubre el cerebro y la médula espinal) y **sepsis** (infección generalizada de la sangre) en el mundo. Otras formas menos graves (y también menos frecuentes) son: neumonía, endocarditis, pericarditis, artritis séptica, conjuntivitis, uretritis, faringitis y cervicitis.
- La EMI representa a menudo un reto diagnóstico, **los síntomas y signos más frecuentes son fiebre, cefalea intensa, rigidez de nuca, náuseas, vómitos en escopetazo, exantema, fotofobia y estado confusional**. En lactantes pueden no aparecer estos signos meníngeos, a veces solo fiebre y llanto desconsolado junto con rechazo de las tomas. La sintomatología inicial es por tanto, inespecífica, con manifestaciones clínicas atribuibles a procesos virales comunes (exantema, fiebre, dolor abdominal, diarrea).
- Representa la primera causa de meningitis bacteriana en los niños y la segunda en adultos (más frecuente en hombres que en mujeres).
- La **letalidad** de la enfermedad meningocócica es de alrededor del 10% (ha ido aumentando en las dos últimas temporadas a 11,5% y 12,7%, respectivamente), generalmente en las 24-48 horas tras la aparición de los síntomas. Entre el **10 y el 30%** de los supervivientes pueden sufrir **secuelas** a largo plazo, como **déficit neurológico, sordera y amputaciones de extremidades**.
- **El hombre es el único portador del meningococo**. El 5-10% de la población general y hasta el 25% de los adolescentes (el 40% en comunidades cerradas) son portadores asintomáticos de la bacteria en el tracto respiratorio superior.
- **La vía de transmisión es respiratoria**, por las secreciones respiratorias expulsadas por los enfermos o, con mucha mayor frecuencia, por portadores sanos.
- **El período de incubación** de la enfermedad suele ser de **3-4 días**, pero puede oscilar entre 2 y 10 días.
- Existen condicionantes que facilitan el desarrollo de la EMI en población sana, destacando, la exposición al humo del tabaco, el padecimiento reciente de una enfermedad respiratoria, vivir en condiciones de hacinamiento (colegios mayores, cuarteles, albergues, prisiones) y el intercambio de saliva (relaciones interpersonales).



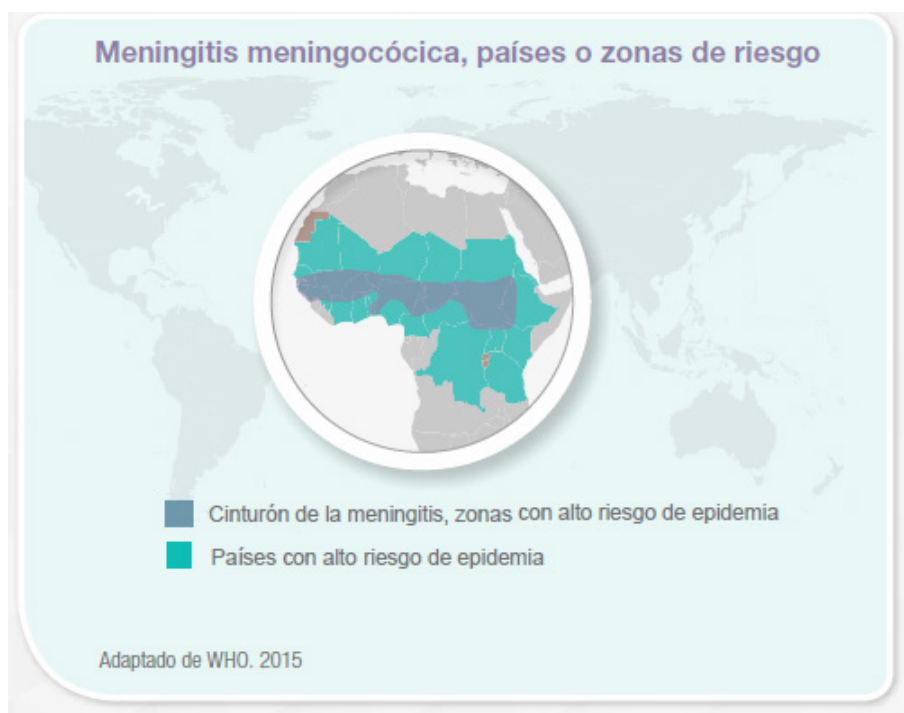
### Recuerda...

*Ante un cuadro brusco de fiebre en picos sin foco evidente, rigidez o artralgias y erupción cutánea precedido o no de un episodio catarral, derivar rápidamente al médico para descartar esta enfermedad.*



## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA frente a meningococo

- En España la enfermedad meningocócica es de **Declaración Obligatoria**, recogiéndose la información a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).
- La enfermedad presenta un **claro patrón estacional** que en Europa se corresponde con los meses de finales del invierno y principios de la primavera, siendo los de mayor acumulación de casos enero y febrero.
- Los casos pueden aparecer de forma esporádica, en pequeñas agrupaciones o incluso brotes epidémicos. En los países occidentales la mayoría de los casos de enfermedad invasora están producidos por los serogrupos B y C; aunque esto está cambiando debido a una gran variedad de factores (fluctuaciones epidemiológicas naturales del microorganismo, movilidad de la población, uso sistemático de vacunas conjugadas, etc.). Según los datos disponibles, **en España el serogrupo B es el mayoritario**.
- En relación a las tasas de la enfermedad invasiva asociada a serogrupo B más de la mitad aparecen en menores de 5 años, y de estos, la mayoría aparece en el primer año de vida; mientras que el serogrupo C afecta a los niños de 1 a 4 años y a las personas con 45 y más años.
- Los serogrupos Y y W son menos frecuentes aunque hay diferencias en la incidencia en distintos países europeos. La incidencia por serogrupo Y va en aumento, al igual que el serogrupo W. Este último, se ha asociado a casos y brotes después de viajar a la Meca. Respecto a la incidencia del serogrupo W en España, las tasas más elevadas se producen en los menores de 5 años de edad, en los mayores de 65 años y en los adolescentes de 15 a 19 años; y para el serogrupo Y en menores de 1 año, mayores de 65 y el grupo de 15 a 19 años.





## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA frente a meningococo

### Enfermedad Meningocócica: prevención y tratamiento

Aunque la utilización de tratamientos antibióticos eficaces y el manejo adecuado en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha reducido significativamente la mortalidad de la Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI), estamos ante una enfermedad que a veces es fulminante en sólo cuestión de horas. Por lo tanto, **la inmunización pasa por ser la solución más apropiada para conseguir el control de la enfermedad.**

Ante un caso de sospecha de enfermedad meningocócica, el diagnóstico temprano, la rapidez de instauración del tratamiento antibiótico y la derivación al hospital de referencia son de vital importancia. Además habrá que comunicar dicha sospecha a los servicios de Salud Pública correspondientes.

Ante la sospecha de un caso, en España, **el tratamiento empírico de elección son las cefalosporinas de 3ª generación** (cefotaxima o ceftriaxona) durante una semana. Tras conocer de qué bacteria se trata y el estudio de sensibilidad y resistencia antimicrobiana el tratamiento empírico se modificará, si es necesario. En pacientes alérgicos a beta-lactámicos la alternativa más adecuada es el cloranfenicol.

### ¿Quién debe recibir la quimioprofilaxis en caso de contagio?

Para prevenir la enfermedad se debe administrar la quimioprofilaxis a los contactos íntimos de un enfermo **en las primeras 24 horas** tras el contacto con un caso sospechoso de enfermedad meningocócica y, si se dispone de vacuna frente al serogrupo causante de enfermedad, se administrará en función de los criterios. La quimioprofilaxis se realiza con **rifampicina** durante 48 horas (ver tabla), excepto en embarazadas y en periodo de lactancia en cuyo caso se realiza con ceftriaxona en dosis única de 250 o 500 mg por vía intramuscular.

GRUPO DE EDAD	DOSIS
Adultos	600 mg /12h, 2 días
Niños	10 mg /kg cada 12h, 2 días
Recién nacidos	5 mg /kg cada 12h, 2 días

Tabla 1 - quimioprofilaxis con rifampicina



## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA frente a meningococo

Qué debemos tener en cuenta respecto al tratamiento con rifampicina (recomendaciones al paciente):

- Produce interacción con anticonceptivos orales, por lo que mujeres en tratamiento deberán sustituirlos por un método no hormonal de anticoncepción ante el riesgo de embarazo.
- Está contraindicada en insuficiencia hepática grave.
- Se debe tomar el medicamento con el estómago vacío, al menos 30 minutos antes de la comida o dos horas después de ella.
- Deberá derivarse al médico en caso de aparición de astenia, anorexia, náuseas, vómitos, ictericia o síntomas gripales (fiebre, escalofríos, cefaleas, mareo y dolor óseo).
- Puede teñir de rojo orina, heces, saliva, sudor, lágrimas y las lentes de contacto blandas.



### Recuerda...

*Se denomina contactos íntimos a: convivientes, personas que hayan pernoctado en la misma habitación en los 10 días previos (atención en internados, hospitalizaciones,...), personal sanitario y personas que hayan tenido contacto directo y sin protección con las secreciones nasofaríngeas del enfermo.*

## Enfermedad Meningocócica: vacunación

Actualmente en España se encuentran disponibles siete vacunas antimeningocócicas inactivadas. Cinco de ellas son polisacáridas conjugadas y las otras dos son preparados de proteínas subcapsulares (estas últimas monovalentes del serogrupo B).

- Vacunas **monovalentes conjugadas frente al serogrupo C**: Neisvac- C<sup>®</sup>, Menjugate<sup>®</sup> y Meningitec<sup>®</sup> (en desuso en nuestro país). Neisvac- C<sup>®</sup>, única vacuna frente al MenC que permite la administración de una sola dosis durante el primer año de vida por su elevada inmunogenicidad, duración de anticuerpos y eliminación del estado de portador.
- Vacunas **tetraivalentes conjugadas frente a los meningococos ACWY**: Nimenrix<sup>®</sup> y Menveo<sup>®</sup>.
- Vacunas **monovalentes de subunidades proteicas frente al meningococo B**: Bexsero<sup>®</sup> y Trumenba<sup>®</sup>. Bexsero<sup>®</sup> es una vacuna multicomponente constituida por 4 proteínas subcapsulares, y Trumenba<sup>®</sup> es una vacuna monocomponente, con las dos familias lipidadas de una de las proteínas subcapsulares del meningococo B (fHbp). Las dos vacunas muestran una inmunogenicidad similar y no están incluidas en el reciente calendario común de vacunación.



## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA frente a meningococo

El reciente Calendario Común de Vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud propuesto por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el año 2019, recomienda la administración de dos dosis de vacuna anti-meningococo C a los 4 y 12 meses y de una dosis de recuerdo de la vacuna tetravalente (ACWY) a los 12 años. Además, recomienda la administración de una dosis de la vacuna tetravalente a los 14-18 años en personas no vacunadas después de los 10 años de edad.

### Consejo interterritorial del sistema nacional de salud Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida

Calendario recomendado año 2019

VACUNACIÓN	Pre-natal*	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥ 65 años
Poliomielitis			VPI	VPI	VPI				VPI <sup>(a)</sup>					
Difteria Tétanos Pertussis	dTpa		dTpa	dTpa	dTpa				dTpa <sup>(a)</sup>			Td	Td <sup>(b)</sup>	Td <sup>(b)</sup> Td
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib	Hib									
Sarampión Rubéola Parotiditis						TV		TV				TV <sup>(c)</sup>	TV <sup>(c)</sup>	
Hepatitis B <sup>(d)</sup>		HB <sup>(d)</sup>	HB	HB	HB							HB <sup>(e)</sup>		
Enfermedad meningocócica C				MenC <sup>(f)</sup>		MenC				MenACWY		MenACWY <sup>(g)</sup>		
Varicela						WZ	WZ			WZ <sup>(h)</sup>		WZ <sup>(h)</sup>	WZ <sup>(h)</sup>	
Virus del Papiloma Humano										VPH <sup>(i)</sup>		VPH <sup>(i)</sup>		
Enfermedad neumocócica			VNC 1	VNC 2	VNC 3									VN <sup>(k)</sup>
Gripe	Gripe													Gripe anual

\*Se administrará una dosis de vacuna frente a tosferina en embarazos entre las semanas 27 y 36 de gestación.

En temporada de gripe se vacunará a embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

<sup>(a)</sup> Se administrará la vacuna combinada DTPa/VPI a los menores vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de 6 años.

Los menores vacunados con pauta 3 + 1 recibirán dTpa.

<sup>(b)</sup> Vacunar o completar vacunación en caso de no tener administradas 5 dosis durante la infancia y adolescencia.

<sup>(c)</sup> Vacunar con dos dosis si susceptible.

<sup>(d)</sup> Pauta 0, 2, 4, 11 meses. Se administrará la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada y la vacunación de hijos/as de madres portadoras de AgHBs en las primeras 24 horas de vida junto con administración de inmunoglobulina HB.

<sup>(e)</sup> En personas no vacunadas con anterioridad se administrarán 3 dosis con pauta 0, 1 y 6 meses.

<sup>(f)</sup> Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (4mese) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

<sup>(g)</sup> Se administrará 1 dosis en las personas no vacunadas después de los 10 años de edad.

<sup>(h)</sup> Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

<sup>(i)</sup> Vacunar solo a las niñas con 2 dosis.

<sup>(j)</sup> Vacunar solo a las mujeres no vacunadas con anterioridad, con pauta de 3 dosis.

<sup>(k)</sup> Vacunación frente a neumococo a los 65 años de edad.



ACTUACIÓN FARMACÉUTICA  
frente a  
meningococo



## Vacunación frente a *N. meningitidis* serogrupo C

Ambas vacunas tienen la misma indicación en inmunización activa desde los 2 meses de edad.

MENJUGATE®	NEISVAC-C®
<p><b>Vacunación primaria</b> 2 dosis: a partir de 2 meses y hasta los 12 con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis 1 dosis: en mayores de 12 meses, adolescentes y adultos</p>	<p><b>Vacunación primaria</b> 2 dosis: entre 2 y 4 meses con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis 1 dosis: en mayores de 4 meses, adolescentes y adultos</p>
<p><b>Dosis de recuerdo</b> 1 dosis en niños primovacunados entre 2-12 meses No se ha establecido en primovacunados a los 12 meses o mayores</p>	<p><b>Dosis de recuerdo</b> 1 dosis en niños primovacunados entre 2-12 meses. 1 dosis a los 12-13 meses con al menos un intervalo de 6 meses después de la última vacunación No se ha establecido en primovacunados a los 12 meses o mayores</p>
<p>Sujeto a prescripción médica</p>	<p>Sujeto a prescripción médica</p>
<p><b>Diagnóstico hospitalario</b></p>	<p><b>Diagnóstico hospitalario</b></p>

Las vacunas antimeningocócicas frente al serogrupo C se pueden administrar simultáneamente con otras vacunas. Los puntos de inyección deben estar preferentemente en distintos miembros o, al menos, separados 2,5 cm entre sí.

Menjugate® puede hacerlo con las vacunas frente a **difteria, tétanos, tosferina, Hib, hepatitis B, poliomielitis (incluida la oral), triple vírica o pneumocócica combinada**; mientras que Neisvac- C® con vacunas frente a **poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, Hib, triple vírica, neumococo y en algunos casos hepatitis B**.

Los efectos adversos más frecuentes de las vacunas conjugadas frente al serogrupo C son:

- Reacciones locales leves (enrojecimiento e hinchazón en el punto de inyección) que aparecen hasta en un 50 % de vacunados y reacciones sistémicas (especialmente irritabilidad y fiebre). En niños mayores y adultos puede aparecer cefalea y malestar general hasta en el 10 % de los vacunados.
- Las reacciones graves son muy infrecuentes (<0,01 %), incluyendo las reacciones alérgicas sistémicas.





ACTUACIÓN FARMACÉUTICA  
frente a  
meningococo



## Vacunación frente a *N. meningitidis* serogrupos A, C, W e Y

Ambas vacunas tienen la misma indicación en inmunización activa pero difieren en la edad mínima a partir de la cual se puede administrar la vacuna.

MENVEO®	NIMENRIX®
<b>Vacunación primaria</b> 1 dosis: a <u>partir de los 2 años</u> , adolescentes y adultos	<b>Vacunación primaria</b> 2 dosis: entre las <u>6 semanas</u> y los 6 meses con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis
<b>Dosis de recuerdo</b> 1 dosis en función de las necesidades	1 dosis: en mayores de 6 meses, adolescentes y adultos
<b>Sujeto a prescripción médica</b>	<b>Dosis de recuerdo</b> 1 dosis a los 12 meses en niños primovacunados entre las 6 semanas y los 12 meses
Estudiada compatibilidad con las vacunas del calendario sistemático (a partir de los 10 años de edad) incluidas VPH4 y Tdpa y con las vacunas de viajes internacionales (fiebre amarilla, fiebre tifoidea inactivada, hepatitis A y B, encefalitis japonesa y rabia)	En mayores de 12 meses no se ha establecido la necesidad de dosis recuerdo. Se podrá establecer en función de necesidades
	<b>Sujeto a prescripción médica</b> Compatible con las vacunas del calendario sistemático y VPH2

En pacientes con **alto riesgo** de desarrollar EMI, como son aquellos con asplenia y los que presentan déficit del complemento (incluidos los pacientes en tratamiento con eculizumab) o VIH, la vacunación frente al meningococo debe llevarse a cabo, desde la primera infancia, con vacuna conjugada tetravalente las 3 dosis (2 de ellas con intervalo de 2 meses y la tercera a los 12 meses).

En los mayores de 12 meses pertenecientes a estos grupos de riesgo que no hayan sido previamente vacunados, la primovacunación con vacuna tetravalente constará de 2 dosis con un intervalo de 2 meses.

En viajeros a zonas endémicas, sanitarios tras una exposición de riesgo y personal de laboratorio en contacto con *N. meningitidis* se realizará la vacunación con vacuna tetravalente pauta según edad (entre 1-3 dosis) y un refuerzo en caso de riesgo continuado a los 3 años en menores de 7 años o a los 5, en mayores de 7 años.

Los efectos adversos más frecuentes de estas vacunas son:

- De forma muy frecuente: irritabilidad, cefalea, malestar general y dolor, eritema e induración en el lugar de la inyección.
- De forma frecuente: escalofríos, mialgias, artralgias o fiebre a la administración de la vacuna (especialmente en edades superiores a 10 años).



ACTUACIÓN FARMACÉUTICA  
frente a  
meningococo



## Vacunación frente a *N. meningitidis* serogrupo B

Ambas vacunas tienen la misma indicación en inmunización activa pero difieren en la edad mínima a partir de la cual se puede administrar la vacuna.

BEXSERO®	TRUMENBA®
<p><b>Vacunación primaria</b></p> <p>3 dosis: lactantes entre 2 y 5 meses a partir de los <u>2 meses</u> con al menos 1 mes de intervalo entre las dosis</p> <p>2 dosis: lactantes a partir de 3 meses y hasta los 23 meses con 1 intervalo de no menos de 2 meses entre las dosis y niños entre los 2 y 10 años; adolescentes y adultos dos dosis con 1 intervalo de no menos de 1 mes</p> <p><b>Dosis de recuerdo</b></p> <p>En lactantes de 2 a 5 meses independientemente de si la vacunación primaria ha sido de 2 o 3 dosis la dosis de recuerdo se debe administrar entre los 12 y 15 meses de edad con un intervalo de al menos 6 meses entre la primovacuna y la dosis de recuerdo</p> <p>En lactantes de 6 a 11 meses la dosis de recuerdo se debe administrar en el 2º año de vida con un intervalo de al menos 2 meses entre la primovacuna y la dosis de recuerdo</p> <p>En lactantes de 12 a 23 meses la dosis de recuerdo se debe administrar entre 12 a 23 meses tras la segunda dosis</p> <p>En niños de 2 a 10 años de edad, adolescentes y adultos, se debe considerar una dosis de recuerdo en individuos con riesgo continuado de exposición a la enfermedad meningocócica, según las recomendaciones oficiales.</p> <p><b>Sujeto a prescripción médica</b></p>	<p><b>Vacunación primaria</b></p> <p>2 dosis: a partir de los <u>10 años</u> de edad con un intervalo de 6 meses entre dosis</p> <p>3 dosis: 2 dosis a partir de los <u>10 años</u> administradas con al menos 1 mes de intervalo, seguidas de una tercera dosis al menos 4 meses después de la segunda dosis</p> <p><b>Dosis de recuerdo</b></p> <p>Valorar administrar una dosis de recuerdo con cualquiera de los dos pautas posológicas en individuos con riesgo continuado de EMI</p> <p><b>Sujeto a prescripción médica</b></p>

**RECUERDA a la hora de DISPENSAR estas vacunas EN FARMACIA COMUNITARIA: Las dos vacunas no son intercambiables, por lo que las pautas deben completarse con el mismo preparado.**

Las vacunas antimeningocócicas frente al serogrupo B se pueden administrar simultáneamente con otras vacunas. Los puntos de inyección deben estar preferentemente en distintos miembros o, al menos, separados 2,5 cm entre sí. Trumenba® se puede administrar de forma simultánea con cualquiera de las siguientes vacunas: **toxide tetánico, toxide diftérico de baja carga, tosferina acelular, polio inactivada, VPH4 y vacuna conjugada antimeningocócica MenACWY**.

Bexsero®, por su parte, se puede administrar de manera simultánea con cualquiera de los siguientes antígenos de vacuna, ya sea como vacunas monovalentes o combinadas: **difteria, tétanos, tos ferina acelular, Hib, poliomeilitis inactivada, hepatitis B, conjugado neumocócico heptavalente, sarampión, paperas, rubéola, varicela y conjugado meningocócico de los grupos A, C, W, Y (independientemente del carrier).**



## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA frente a meningococo

Los efectos adversos más frecuentes de estas vacunas son:

- De forma muy frecuente: náuseas, diarrea, cefalea, malestar general y dolor, escalofríos, fatiga, eritema e induración en el lugar de la inyección.
- De forma frecuente: vómitos y fiebre.

### Presentación y reconstitución de las vacunas

**Se deben conservar en nevera entre +2 y +8°C, no congelar y preservar de la luz.** Las vacunas conjugadas se administran por vía intramuscular, en la zona anterolateral externa del muslo en niños pequeños y en el deltoides en niños mayores y adultos.

Como con cualquier vacuna parenteral, se debe revisar cada dosis de forma visual para verificar la integridad del recipiente, la presencia de partículas o la decoloración, antes de la administración



### Preguntas frecuentes respecto a la vacunación frente a Meningococo



*¿Por qué se ha  
cambiado el tipo de  
vacuna incluida en  
calendario a los 12 años  
recientemente?*

Teniendo en cuenta la forma de transmisión y el aumento de casos de meningitis producidos por los serogrupos W e Y en población a partir de los 15 años, se cambiará la vacuna frente a meningococo C por la vacuna tetravalente, frente a los serogrupos ACWY con el fin de obtener protección directa y, además, protección comunitaria frente a los mismos. La población adolescente y joven es la que mayoritariamente transporta y transmite la enfermedad sin padecerla. Además se realizará una vacunación de rescate en jóvenes entre 13 y 18 años durante un periodo de 2-3 años con la finalidad de controlar la enfermedad de manera más rápida.



*¿Por qué no se ha  
realizado el cambio  
para el resto de edades?*

Debido a que la situación epidemiológica muestra que actualmente los casos de la enfermedad producidos por los serogrupos W e Y no han aumentado en la población infantil.



## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA frente a meningococo



***Debido a que las vacunas frente al serogrupo B provocan fiebre de manera frecuente, ¿se puede administrar paracetamol previo a la vacunación?***

Si, el uso profiláctico de paracetamol (bien en el momento previo a la vacunación o inmediatamente después), seguido de 2 dosis más con un intervalo de tiempo entre ellas de 4 a 6 horas reduce la incidencia y la gravedad de la fiebre sin afectar a la inmunogenicidad de la vacuna.



***¿Me puedo vacunar frente a meningococo (cualquier vacuna) si estoy resfriado?***

Cualquier enfermedad o infección aguda leve con fiebre menor de 38°C o sin fiebre no es contraindicación para vacunar. Las dos situaciones que se consideran contraindicaciones permanentes para recibir la vacunación son:

1. Reacción alérgica anafiláctica a una dosis previa de una vacuna o a algún componente de la misma.
2. La presencia de una encefalopatía de etiología desconocida, aparecida en los 7 días siguientes a la administración de una vacuna con componente frente a la tos ferina, contraindica la administración de dosis posteriores de vacunas que contengan dicho componente a excepción de la vacuna Td, al estar también autorizada en menores de 7 años cuando haya contraindicación para la vacuna de la tos ferina.



### **Recuerda...**

***Las vacunas deben utilizarse de acuerdo con las recomendaciones oficiales. Todas necesitan prescripción médica y se deben seguir las indicaciones del médico prescriptor.***

# GUÍA

## ACTUACIÓN FARMACÉUTICA

frente a

# meningococo

---

Con la colaboración de:



A efectos de transparencia, le informamos que GSK ha colaborado en la financiación de la presente publicación.  
Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK.  
GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.  
Este material es de uso exclusivo para profesionales sanitarios.