

IX Reunión EPOC

13 y 14 de Marzo del 2014

Vacunas, ¿clásicas y nuevas?

Dr. Jorge Cabello Carro

Servicio de Medicina Interna

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

¡Socorroj soy el último
Los asistentes están cansados

¿Por dónde empezar el Tratamiento? ➡ Por el principio

¿Cuál es el principio? ➡ LA PREVENCIÓN: **vacunas**

16:00-18:00 h MESA REDONDA
TRATAMIENTO II

Moderadores: **Dra. Elena Zubillaga Azpiroz**
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

Dr. José Manuel Varela Aguilar
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Anticolinérgicos. ¿Cuál elegir?

Dra. Nuria Galofré Álvaro
Servicio de Medicina Interna
Hospital Municipal de Badalona. Barcelona

Broncodilatadores B2

Dra. Meritxell Salvadó Soro
Servicio de Medicina Interna
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. Barcelona

Corticoides Inhalados. ¿Cuándo?, ¿Cuánto?
¿Riesgo de Neumonías?

Dra. Lorena Montero Rivas
Servicio de Medicina Interna
Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba

Roflumilast

Dr. Juan Carlos Martín Escudero
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Oxigenoterapia domiciliar y ambulante

Dr. Juan Custardoy Olavarrieta
Servicio de Medicina Interna
Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante

Vacunas, ¿clásicas y nuevas?

Dr. Jorge Cabello Carro
Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

18:00 h CLAUSURA



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC)

Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – Spanish Guideline for COPD (GesEPOC)

Grupo de Trabajo de GesEPOC

Medidas generales

Las medidas generales que se deben tener en cuenta en todo paciente con EPOC comprenden el abandono del tabaco, la adecuada nutrición, la actividad física regular, la evaluación y el tratamiento de las comorbilidades y la vacunación. La rehabilitación forma parte del tratamiento integral del paciente con EPOC.

Vacunación

Las vacunas son una estrategia para reducir el riesgo de exacerbaciones relacionadas con infecciones que pueden derivar en complicaciones y, por tanto, pretenden reducir la morbilidad y los costes sanitarios asociados a la EPOC.

La administración anual de la vacuna antigripal reduce el número de exacerbaciones durante los períodos epidémicos, pero los estudios disponibles son demasiado pequeños y breves en duración para determinar cualquier efecto sobre la mortalidad¹⁷¹. Una reciente revisión sistemática señala que la evidencia sobre el efecto de esta vacuna en los pacientes con EPOC en cuanto a la reducción de neumonías, hospitalizaciones y mortalidad es de baja calidad¹⁷². Sobre la base de estos estudios, se recomienda la vacunación anual contra la gripe en todos los pacientes con EPOC (evidencia baja, recomendación fuerte a favor).

La actualización de la revisión sistemática Cochrane sobre la vacuna antineumocócica en los pacientes con EPOC incluye 7 estudios, los dos más antiguos realizados con la vacuna de 14 serotipos y los más recientes con la vacuna neumocócica polisacárida de 23 serotipos (PPV23)¹⁷³. Los resultados indican que, si bien es posible que las vacunas antineumocócicas polivalentes inyectables proporcionen alguna

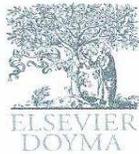
Guía Española de la EPOC (GesEPOC) / Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58

inismo

protección contra la morbilidad en los pacientes con EPOC, no se observaron efectos significativos en ninguno de los resultados (riesgo de neumonía, riesgo de exacerbación, admisiones al hospital, mortalidad). Es cierto que para demostrar la eficacia clínica de una vacuna se precisan poblaciones muy amplias, que son difíciles de reclutar en el caso de la EPOC, y los estudios antes mencionados carecían de una muestra suficiente de pacientes con EPOC para demostrar efectos. En un estudio específico en pacientes con EPOC, la vacuna antineumocócica de 23 serotipos fue efectiva para reducir el riesgo de neumonía en pacientes menores de 65 años y en aquellos con EPOC grave. Por este motivo, y por su escaso coste y gran seguridad, la mayoría de normativas recomiendan la vacunación sistemática en pacientes con EPOC, con una revacunación a partir de los 8 años de la primera administración¹⁷⁴ (evidencia baja, recomendación fuerte a favor).

Intervenciones farmacológicas en pacientes con EPOC en fase estable

El importante desarrollo farmacológico en el campo de la EPOC ha



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC)

Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – Spanish Guideline for COPD (GesEPOC)

Grupo de Trabajo de GesEPOC

Medidas generales

Las medidas generales que se deben tener en cuenta en todo paciente con EPOC comprenden el abandono del tabaco, la adecuada nutrición, la actividad física regular, la evaluación y el tratamiento de las comorbilidades y la vacunación. La rehabilitación forma parte del tratamiento integral del paciente con EPOC.

Vacunación

Las vacunas son una estrategia para reducir el riesgo de exacerbaciones relacionadas con infecciones que pueden derivar en complicaciones y, por tanto, pretenden reducir la morbilidad y los costes sanitarios asociados a la EPOC.

La administración anual de la vacuna antigripal reduce el número de exacerbaciones durante los períodos epidémicos, pero los estudios disponibles son demasiado pequeños y breves en duración para determinar cualquier efecto sobre la mortalidad¹⁷¹. Una reciente revisión sistemática señala que la evidencia sobre el efecto de esta vacuna en los pacientes con EPOC en cuanto a la reducción de neumonías, hospitalizaciones y mortalidad es de baja calidad¹⁷². Sobre la base de estos estudios, se recomienda la vacunación anual contra la gripe en todos los pacientes con EPOC (evidencia baja, recomendación fuerte a favor).

La actualización de la revisión sistemática Cochrane sobre la vacuna antineumocócica en los pacientes con EPOC incluye 7 estudios, los dos más antiguos realizados con la vacuna de 14 serotipos y los más recientes con la vacuna neumocócica polisacárida de 23 serotipos (PPV23)¹⁷³. Los resultados indican que, si bien es posible que las vacunas antineumocócicas polivalentes inyectables proporcionen alguna

Guía Española de la EPOC (GesEPOC) / Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58

19

inimismo

protección contra la morbilidad en los pacientes con EPOC, no se observaron efectos significativos en ninguno de los resultados (riesgo de neumonía, riesgo de exacerbación, admisiones al hospital, mortalidad). Es cierto que para demostrar la eficacia clínica de una vacuna se precisan poblaciones muy amplias, que son difíciles de reclutar en el caso de la EPOC, y los estudios antes mencionados carecían de una muestra suficiente de pacientes con EPOC para demostrar efectos. En un estudio específico en pacientes con EPOC, la vacuna antineumocócica de 23 serotipos fue efectiva para reducir el riesgo de neumonía en pacientes menores de 65 años y en aquellos con EPOC grave. Por este motivo, y por su escaso coste y gran seguridad, la mayoría de normativas recomiendan la vacunación sistemática en pacientes con EPOC, con una revacunación a partir de los 8 años de la primera administración¹⁷⁴ (evidencia baja, recomendación fuerte a favor).

Intervenciones farmacológicas en pacientes con EPOC en fase estable

El importante desarrollo farmacológico en el campo de la EPOC ha

VACUNACIÓN DE LOS GRUPOS DE RIESGO FRENTE AL VIRUS DE LA GRIPE



DOCUMENTO DE CONSENSO 2012

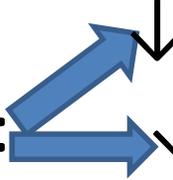
de Sociedades Científicas Españolas,
Consejo General de Enfermería y
Grupo de Estudio de la Gripe

Coordinación: R. Cisterna

Grupos de vacunación frente a la gripe incluidos en los programas de vacunación en España (financiación pública)
Personas mayores de 60-65 años.
<p>Personas de cualquier edad que presentan una condición clínica especial con alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe o en las que el padecer la enfermedad pueda provocar una descompensación de su condición médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas cardiovasculares o pulmonares, incluyendo: displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma. • Enfermedades metabólicas crónicas, incluyendo diabetes <i>mellitus</i> y obesidad mórbida (índice de masa corporal igual o superior a 40). • Inmunosupresión, incluida la originada por la infección por VIH por fármacos o en los receptores de trasplantes. • Enfermedad renal crónica. • Enfermedad hepática crónica. • Hemoglobinopatías y anemias. • Asplenia. • Enfermedades neuromusculares graves. • Enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras. En este grupo se hará un especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente. • Niños/as y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe. • Mujeres embarazadas.
Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones (p.e trabajadores sanitarios, convivientes con pacientes de riesgo).
Trabajadores de servicios públicos esenciales.



Vacunación antigripal

- Trasmisión virus gripe: 2 días antes hasta 5 días después
- Vacuna  2 semanas  anticuerpos protectores
- Hay que planificar con tiempo
- Grupo de 18 – 65 años: eficacia 66%.
- Grupo > 65 años:
menor eficacia 58 – 47%; pero:  ↓ hospitalización 27%
 ↓ riesgo muerte 48%
- >65 años: vacunación en 68%; objetivo OMS 2015: 75%

Agudizaciones EPOC: del 39 – 56% son de etiología vírica
> 65 años: vacunación 78%

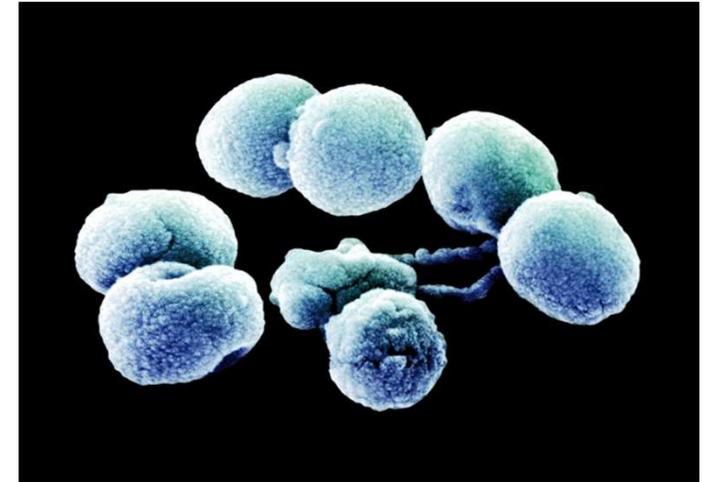
Enfermos respiratorios: < 65 años: vacunación 32%

Vacunación antigripal

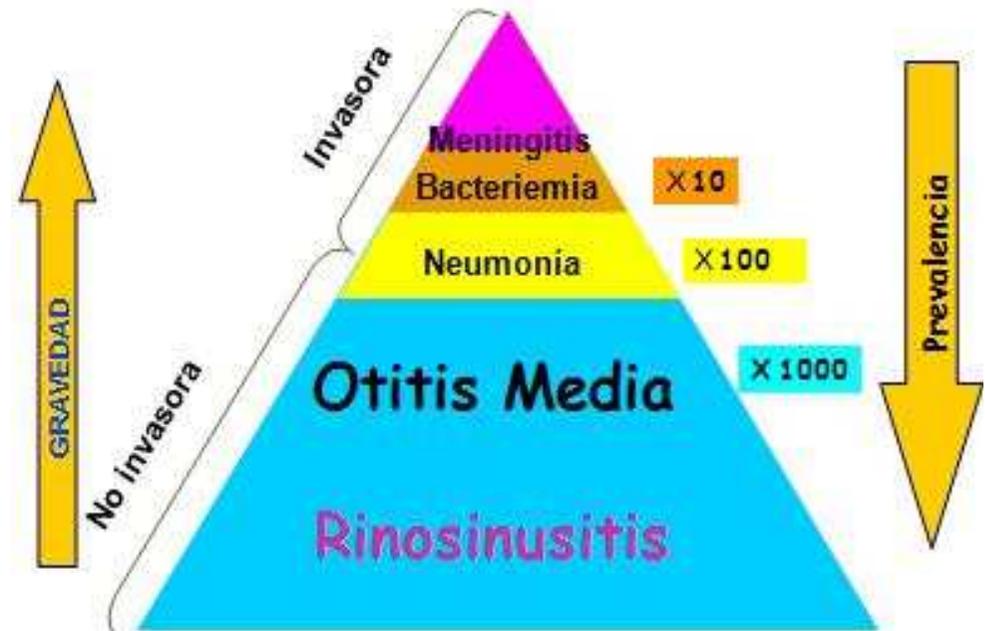
- En febrero la OMS recomienda tipo cepas se debe usar
- España: vacunas inactivas trivalentes con 2 subtipos del virus A y 1 subtipo virus B
- 1 dosis de 0,5 mL (músculo deltoides) lleva 15 mcg de cada hemaglutininas; guardar en nevera
- Efectos secundarios: locales y generales
- Contraindicaciones:
 - alergia al huevo
 - infección aguda
 - reacción previa a la vacuna
 - neutropenia de quimioterapia

Streptococcus pneumoniae

- Diplococo Gram-postivo^{1,2}
- Polisacárido capsular^{1,2}
 - Define el serotipo
 - Factor de virulencia
 - Base del desarrollo de vacunas
- Más de 92 serotipos identificados (40 serogrupos)³
 - Diferente patogenicidad³ y distribución geográfica⁴
 - 11 serotipos son responsables del 70-90% de los casos de ENI en el mundo^{5,6}

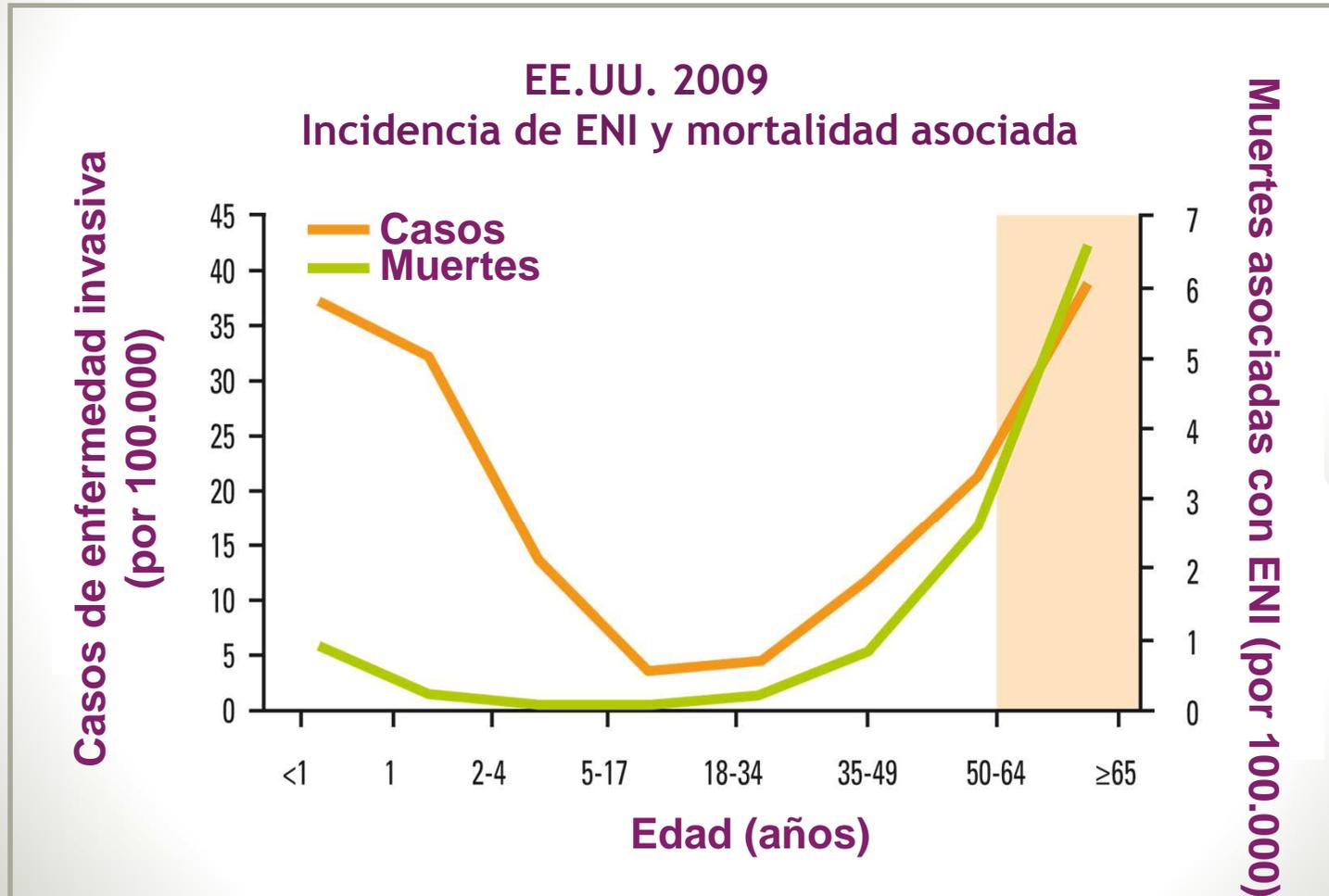


1. CDC. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. 11th ed. 2009;217-230.
2. Watson DA et al. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1995;14:479-490.
3. Park IH et al. *J Clin Microbiol*. 2007;45:1225-1233.
4. Feikin DR et al. *Clin Infect Dis*. 2002;35:547-555.
5. World Health Organization (WHO). Acute respiratory infections (update September 2009). www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/print.html. Accessed Jan 7, 2011.
6. Imhol M et al. *J Clin Microbiol*. 2010;48:1291-1296.



La incidencia de ENI aumenta a partir de los 50 años

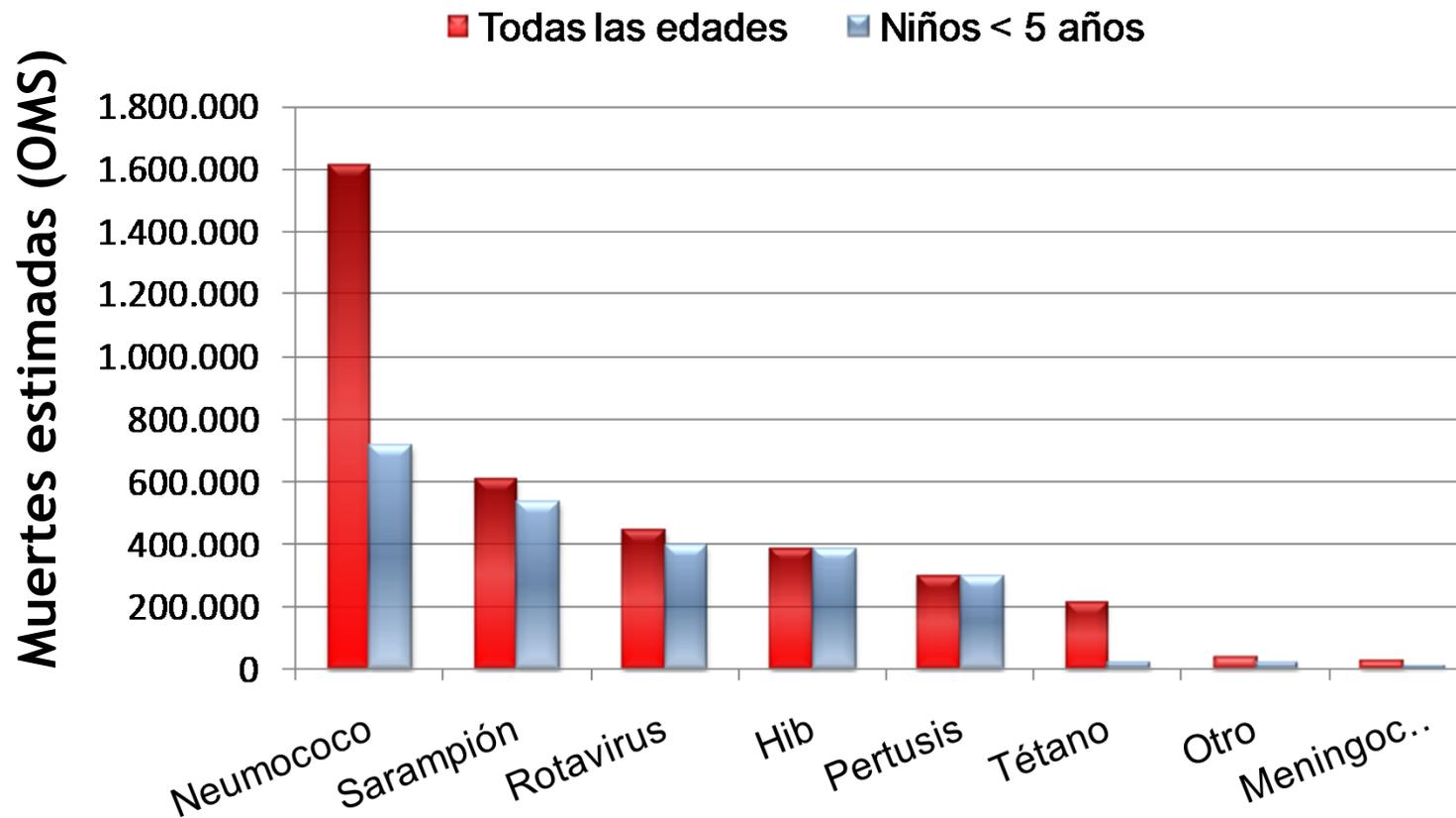
La ENI registra una alta tasa de mortalidad, una media del 20% de los casos de adultos con neumonía bacteriana¹



1. CDC. Epidemiology and prevention of vaccine preventable diseases. The Pink book. 11th ed may 2009

2.- Figura Adapted from Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Streptococcus pneumoniae*, 2009.

Streptococcus pneumoniae es la primera causa de muerte prevenible por vacunación

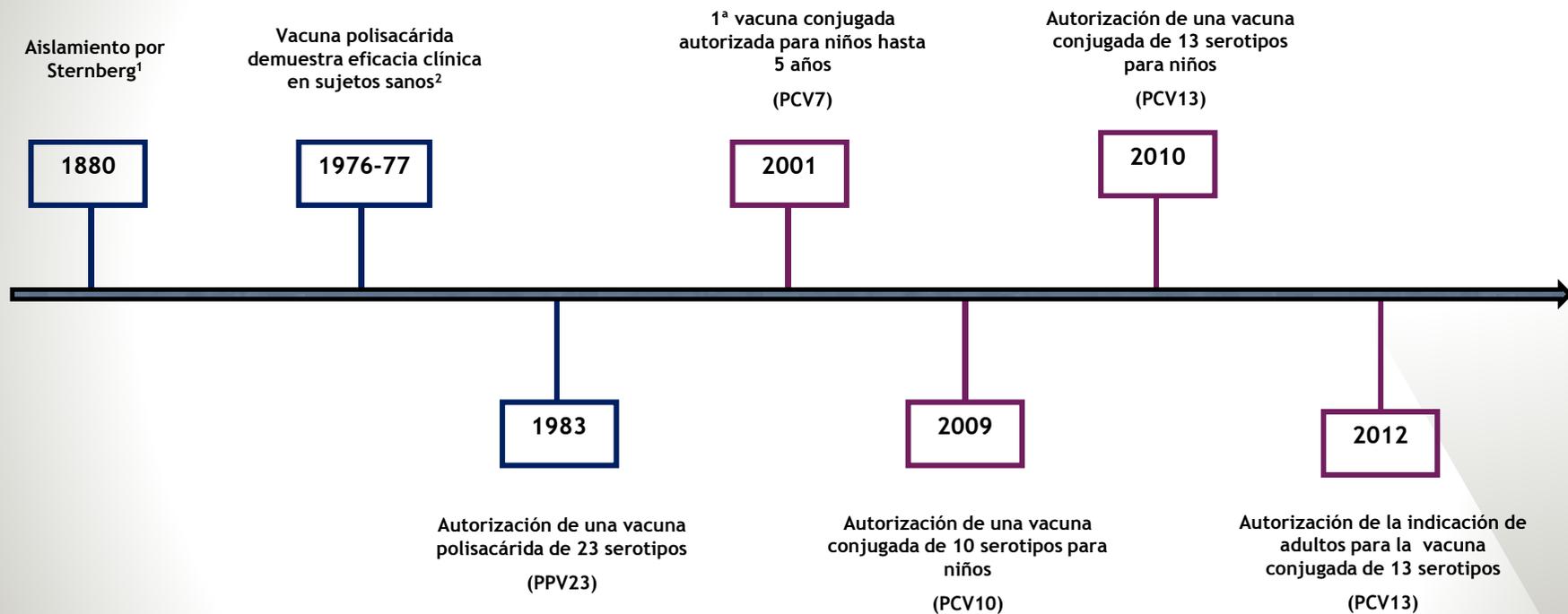


Nuestras amigas las vacunas



Tan amigas y tan poco usadas

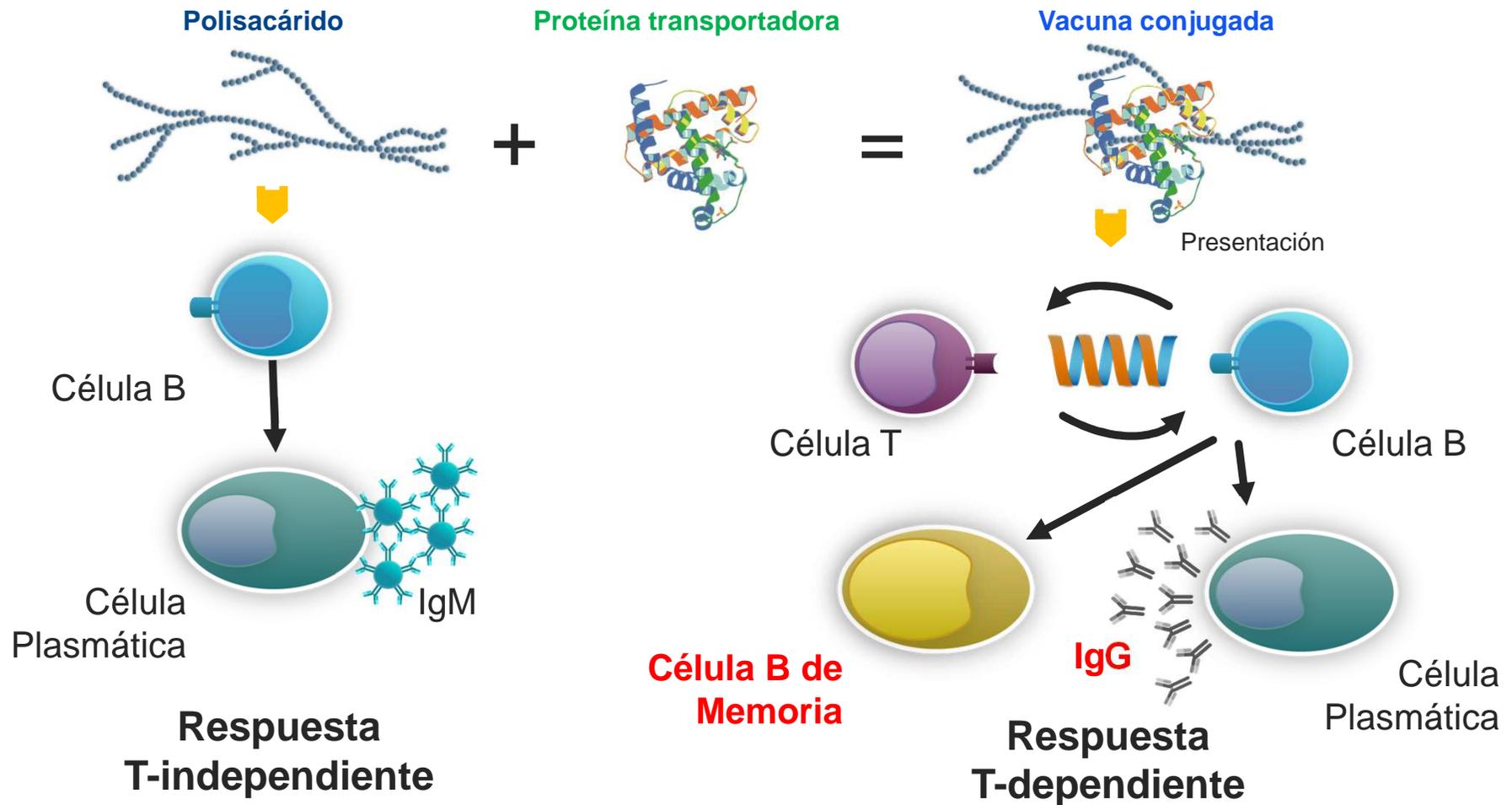
Evolución en el desarrollo de las vacunas antineumocócicas



1. Austrian R. *Drugs Aging*. 1999;15(suppl 1):1-10.
2. Fedson DS. *Drugs Aging*. 1999;15(suppl 1):21-30.
3. Summary of basis for approval. Pneumococcal vaccine, polyvalent. June 1983.

¿Qué implica la conjugación?

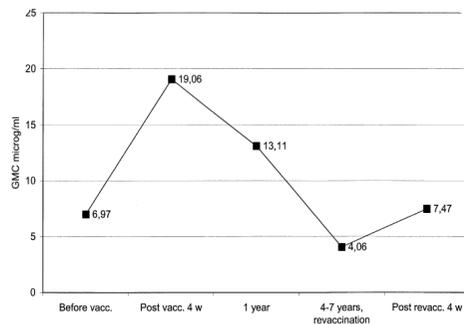
La conjugación de una proteína transportadora con un polisacárido lleva a una interacción con las células T, resultado en una producción de anticuerpos funcionales IgG y producción de células de memoria.^{1,2}



Vacunas polisacáridas vs conjugadas

Vacunas de polisacáridos planos

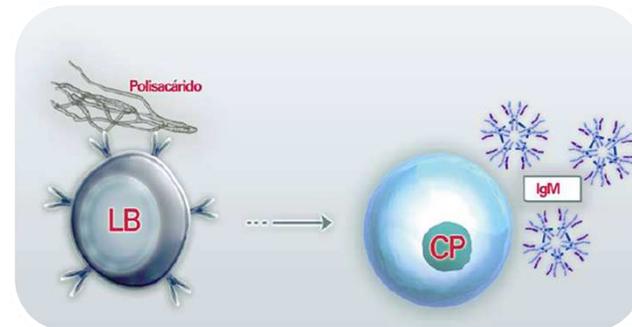
- Activación células B, sin respuesta inmune mediada por células T.
- No indicada en menores de 2 años
- Limitado impacto sobre colonización nasofaríngea
- No induce memoria inmune



Niveles de anticuerpos disminuyen progresivamente
Fenómeno de hiporrespuesta

Vacunas de polisacáridos conjugados

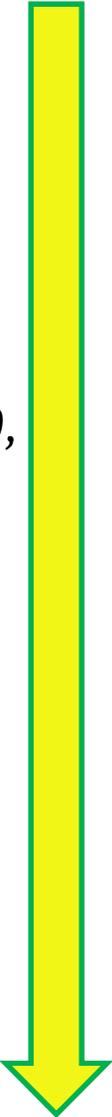
- Genera respuesta inmune T-dependiente
- Induce una potente y prolongada respuesta inmune secundaria en lactantes
- Reduce estado de portador nasofaríngeo



Induce memoria inmune
(Respuesta T independiente)

Vacuna polisacárida antineumocócica 23 valente

- Contiene los Ag. polisacáridos capsulares purificados de 23 serotipos de *S. pneumoniae*, conteniendo 25 mcg. de Ag de cada serotipo:
1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F
- En España, se recomienda administrar 1 sola dosis a:
 - Sujetos inmunocompetentes de edad ≥ 60 años (según CCAA, 65 años)
 - Personas con alto riesgo de ENI entre 2 y 64 años:
 - Inmunodeficiencia congénita o adquirida (VIH)
 - Anemia de células falciformes o asplenia
 - Enfermedad crónica cardiaca, pulmonar, renal, o hepática
 - Cáncer
 - Diabetes
 - Alcoholismo crónico, tabaquismo (≥ 20 cigarrillos/día)
- Revacunación (una sola vez) a los 5 años para:
 - Sujetos con alto riesgo de ENI mayores de 60/65 años si han pasado más de 5 años de la dosis previa
 - Asplenia anatómica o funcional
 - Inmunodeprimidos



Precio
Eficacia

Vacuna antineumocócica conjugada 13valente (PCV13):

- Polisacárido capsular de 13 Serotipos de *Streptococcus pneumoniae*:
4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F
1, 3, 5, 6A, 7F, 19A

- Conjugados con proteína diftérica CRM₁₉₇ y adsorbida en fosfato de Aluminio (0,125 mg de aluminio)

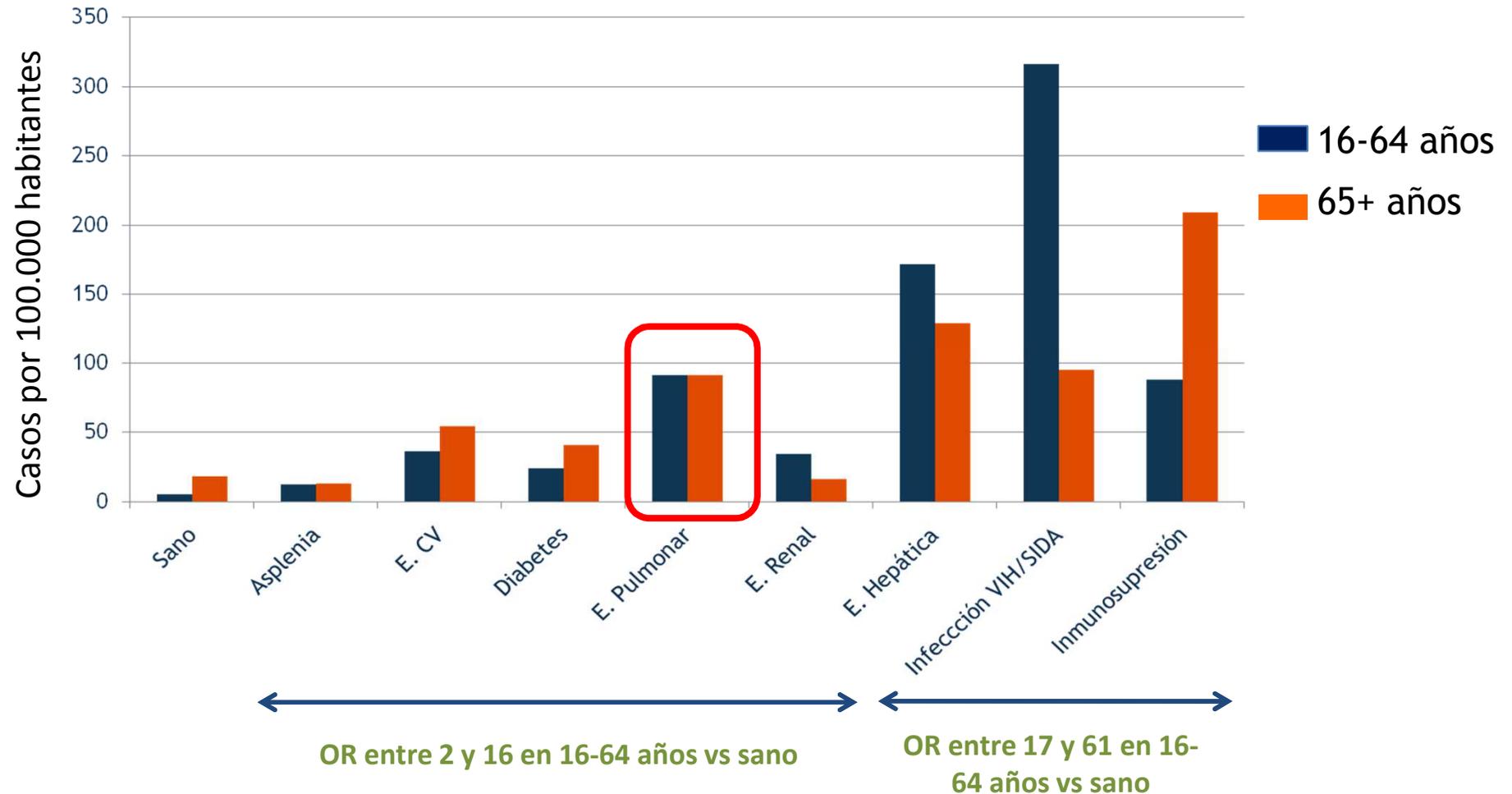
- Indicaciones autorizadas:

En niños de 6 semanas a 5 años de edad, para la prevención de la enfermedad neumocócica, neumonía y otitis media por los serotipos vacunales incluidos (febrero/13 se ha ampliado a los 17 años)

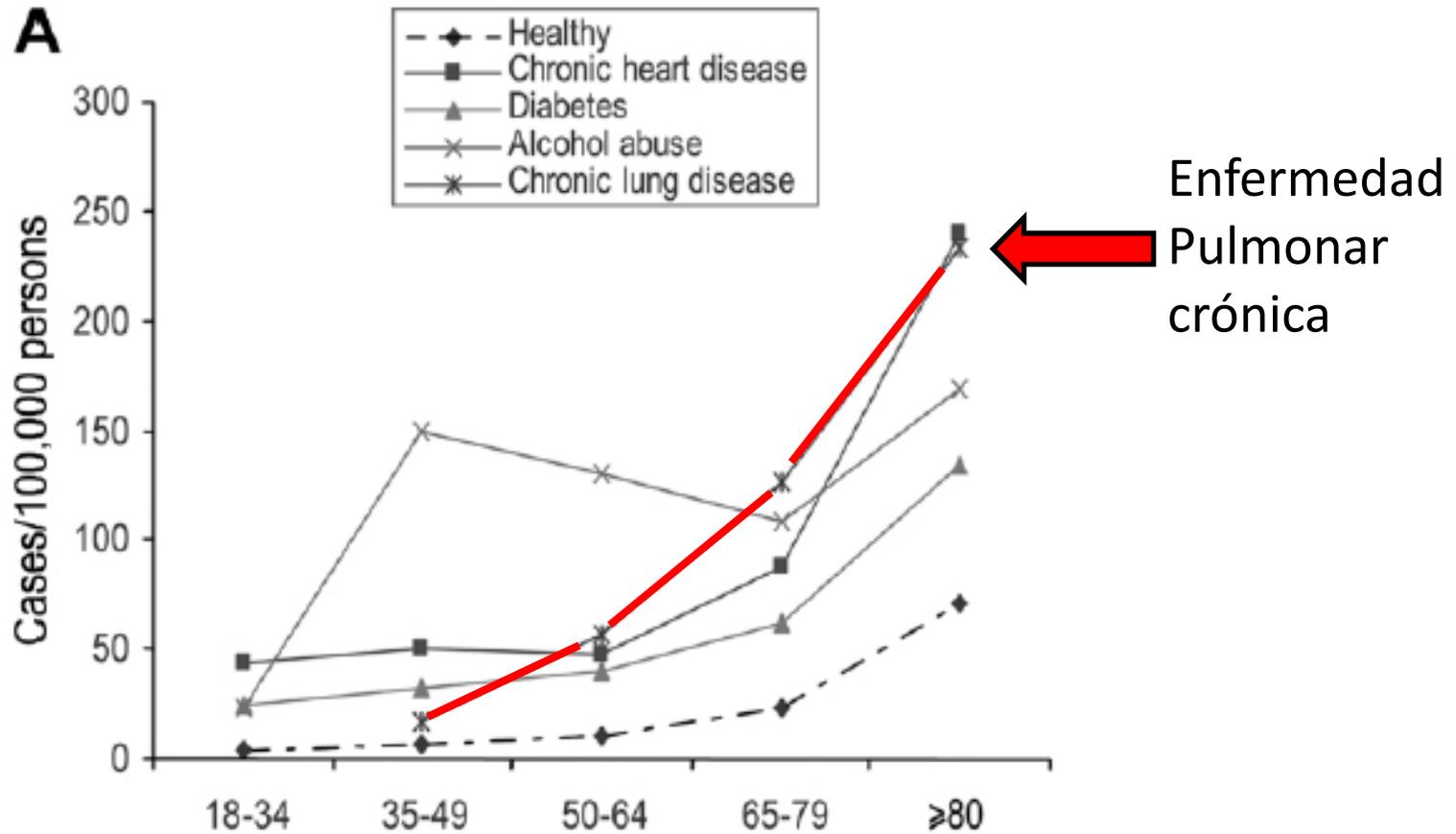
Incluida en el calendario vacunal de 86 países*
En adultos de 50 años o más, para la prevención de la enfermedad neumocócica invasora (ENI) causada por los serotipos vacunales incluidos (también ampliado de 18 a 50 años en mayo/13)

Precio
Eficacia

Incidencia de Enfermedad Neumocócica Invasora (ENI) por enfermedad de base en mayores de 16 años. Inglaterra, 2002-2009



Enfermedad crónica como factor de riesgo de ENI



¿Qué opinan nuestros expertos?

REVISTA ESPAÑOLA DE Quimioterapia

SPANISH JOURNAL
OF CHEMOTHERAPY

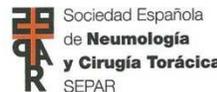
Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica
en el adulto con patología de base

JUAN JOSÉ PICAZO, FERNANDO GONZÁLEZ-ROMO, AMÓS GARCÍA ROJAS,
EMILIO PERÉZ-TRALLERO, PEDRO GIL GREGORIO, RAFAEL DE LA CÁMARA,
MARÍA LUISA MORATÓ, ALEJANDRO RODRÍGUEZ, JOSÉ BARBERÁN, VICENTE
DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ, MANUEL LINARES RUFO, ISABEL JIMENO SANZ, JOSÉ
MARÍA PORTOLÉS, FRANCISCO SANZ HERRERO, JAVIER ESPINOSA ARRANZ,
VALLE GARCÍA-SÁNCHEZ, MARÍA GALINDO IZQUIERDO

Rev Esp Quimioter 2013;26(3):232-252

Publicación Oficial
de la Sociedad Española
de Quimioterapia

Rev Esp Quimioter 2013;26(3):232-252



Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto con patología de base^{△,△}

LOS 10 PUNTOS CLAVE

1. La infección neumocócica y en especial la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es una importante causa de morbilidad y mortalidad en el mundo.
2. La ENI se puede presentar en diferentes formas clínicas entre las que la neumonía bacteriémica es la más frecuentemente comunicada. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes subyacentes aumentan el riesgo de ENI y su evolución.
3. La prevención de la infección neumocócica mediante vacunación puede contribuir positivamente en la disminución de las resistencias de *Streptococcus pneumoniae* a los antibióticos que se venía constatando antes de la introducción de la vacunación conjugada infantil.
4. La vacuna polisacárida (VNP23), que se emplea en mayores de 2 años de edad desde hace décadas, es la que mayor número de serotipos (23) incluye, pero no genera memoria inmunitaria, los niveles de anticuerpos disminuyen con el tiempo, provoca un fenómeno de tolerancia inmunitaria, no actúa sobre la colonización nasofaríngea y no ha mostrado efectividad vacunal en estos grupos de riesgo en Reino Unido a pesar de coberturas vacunales del 75%.
5. La vacuna conjugada (VNC13) puede emplearse en cualquier edad a partir de las 6 semanas de vida, genera memoria inmunitaria y una respuesta inmunitaria más potente que la vacuna polisacárida.
6. Aunque actualmente aún son deseables un mayor número de estudios sobre el efecto protector para la infección neumocócica en los adultos con patología de base de ambas vacunas, es predecible un claro beneficio, especialmente con la vacuna conjugada (VNC13).
7. Probablemente, la medida más costo-efectiva en los países con la vacuna conjugada (VNC13).
7. Probablemente, la medida más costo-efectiva en los países de nuestro entorno para prevenir la morbilidad y mortalidad asociada a la infección neumocócica en los adultos con patología de base sea la que se obtiene vacunando a los niños (protección indirecta). En ausencia de una vacunación sistemática de la población infantil, la utilización de la VNC13 parece estar justificada en sujetos con inmunodeficiencias y en alguna otra patología de base.
8. Entre los grupos de riesgo se consideró susceptibles de vacunación los sujetos con asplenia anatómica o funcional, fistulas de LCR, implantes cocleares e inmunodeprimidos: Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, enfermedad renal crónica estadio 4-5 y estadio 3 con riesgo aumentado (síndrome nefrótico, diabetes mellitus o tratamiento con inmunosupresores), trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, infección por VIH, enfermedad reumatológica inflamatoria autoinmune y enfermedad inflamatoria intestinal (incluye enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).
9. También se consideró susceptibles de vacunación los sujetos inmunocompetentes con otras patologías de base, o factores de riesgo, como: Enfermedad respiratoria crónica (incluye EPOC, asma grave y patología intersticial difusa pulmonar), enfermedad hepática crónica (incluye cirrosis), enfermedad cardiovascular crónica (incluye cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva y accidente cerebrovascular), diabetes mellitus en tratamiento con ADO o insulínoddependientes, tabaquismo y abuso del alcohol.
10. Las 16 Sociedades Científicas firmantes de este Consenso consideran que los adultos con las patologías de base enumeradas en los puntos clave 8 y 9 deben vacunarse frente a neumococo y recibir, preferentemente, al menos, 1 dosis de VNC13 que se administrará siempre antes que VNP23 en aquellos casos en los que la revacunación con ésta esté indicada.

RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN EN EL ADULTO CON PATOLOGÍA DE BASE

A pesar de las medidas terapéuticas y preventivas actuales, la incidencia y la mortalidad de la enfermedad neumocócica en adultos con patología de base se mantienen elevadas, lo que justifica fortalecer y abordar nuevas estrategias de concienciación y prevención en esta población de alto riesgo y los profesionales médicos que les atienden.

En base a lo anteriormente descrito, los adultos con las patologías de base consideradas en las tablas 8 y 9 deben vacunarse frente a neumococo y recibir, preferentemente, al menos, 1 dosis de VNC13 que se administrará siempre en primer lugar.

La Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sis-

Tabla 8	Recomendaciones de vacunación en el adulto con patología de base	
	NO VACUNADOS PREVIAMENTE	PREVIAMENTE VACUNADOS CON VNP23 (≥ 1 AÑO)
INMUNODEPRIMIDOS ^{2,3} (tabla 9)	VNC13 ---> VNP23	VNC13
FÍSTULAS DEL LCR	(intervalo mínimo 8 semanas)	Revacunación con VNP23 si ≥ 5 años de la 1ª dosis ¹
IMPLANTES COCLEARES		
ASPLENIA ANATÓMICA O FUNCIONAL		
INMUNOCOMPETENTES CON OTRAS PATOLOGÍAS DE BASE (tabla 9)	VNC13	VNC13

¹Revacunación con una 2ª dosis de VNP23 con intervalo mínimo de 8 semanas tras VNC13 si hace más de 5 años de la administración de la 1ª dosis de VNP23, has

Tabla 9	Pacientes considerados inmunodeprimidos o inmunocompetentes con otras patologías de base o factores de riesgo.	
SUJETOS CONSIDERADOS CON INMUNOSUPRESIÓN O INMUNODEPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma. - Mieloma múltiple. - Enfermedad renal crónica estadio 4-5¹ - Enfermedad renal crónica estadio 3² con riesgo aumentado (síndrome nefrótico, diabetes mellitus o tratamiento con inmunosupresores) - Transplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas³ - Tratamiento quimioterápico o inmunosupresor⁴ - Infección por VIH⁵ - Enfermedad reumatológica inflamatoria autoinmune⁶ - Enfermedad inflamatoria intestinal (incluye enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa)⁷ 	
SUJETOS INMUNOCOMPETENTES CON OTRAS PATOLOGÍAS DE BASE O FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad respiratoria crónica (incluye EPOC, asma grave⁸ y patología intersticial difusa pulmonar) - Enfermedad hepática crónica (incluye cirrosis) - Enfermedad cardiovascular crónica (incluye cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva y accidente cerebrovascular) - Diabetes mellitus en tratamiento con ADO o insulín dependientes - Tabaquismo⁹ - Abuso del alcohol¹⁰ 	

¹Situación en la que el paciente mantiene un filtrado glomerular estimado inferior a 30 ml/min/1,73m². La medición del eFG se basa en la medición de creatinina sérica estanda

Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto con patología de base

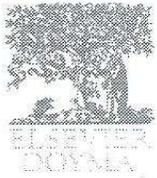
La Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia resolvió el 17 de julio de 2012 incluir la prestación farmacéutica del Sistema de Salud con cargo a fondos públicos la indicación de inmunización activa para la prevención de la enfermedad invasiva causada por *S. pneumoniae* en adultos de 50 años, o más, con las siguientes indicaciones: Inmunosupresión: enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico e infección por VIH. Tras la reciente opinión positiva del CHMP de la EMA a la ampliación de indicación a adultos a partir de 18 años es probable que en breve plazo el Sistema Nacional de Salud y Farmacia también modifique esta prestación. A su vez, algunas Comunidades Autónomas han ampliado las mencionadas indicaciones y el rango etario. Para algunas de las recomendaciones efectuadas en este documento de consenso (tablas 8 y 9), no existe en estos momentos financiación pública, por lo que habrán de ser prescritas indicando a los usuarios que deberán abonarlas íntegramente.

En la tabla 8 se describe la pauta vacunal teniendo en cuenta la cobertura de serotipos de la vacuna VNC13 del 63% en adultos inmunocompetentes y del 45% en inmunocomprometidos⁶³.

INSTRUCCIÓN SOBRE VACUNACIÓN FRENTE AL NEUMOCOCO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Actualmente están disponibles dos tipos de vacunas financiadas por el programa de vacunación de la Comunidad de Madrid para la prevención de la enfermedad neumocócica en la población; la vacuna neumocócica conjugada de 13 serotipos (PnC13) que se administra en niños de riesgo a partir de los 2 meses de edad hasta los 5 años y la vacuna neumocócica de polisacáridos de 23 serotipos (PnPS23) que se administra en niños de riesgo a partir de los 2 años de edad y en adultos. En los últimos meses se ha modificado la ficha técnica de PnC13 ampliando su indicación en la edad adulta.

La Dirección General de Atención Primaria, considerando importante la prevención de la enfermedad neumocócica en la edad adulta, ha decidido suministrar a partir del 1 de octubre la PnC13 para su administración a todos los adultos de 50 años de edad o mayores con inmunodeficiencia/inmunosupresión: enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, infección por VIH. Fístula de LCR, Asplenia (incluyendo esplenectomía selectiva y deficiencia de los componentes finales del complemento), Drepanocitosis, Enfermedad renal terminal, Receptores de hemodiálisis, Alcoholismo crónico, Implante coclear, Enfermedad hepática crónica incluida cirrosis hepática, Receptores de concentrados de factores de la coagulación. La pauta de vacunación será de una dosis.



Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014

Spanish Guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014

Marc Miravittles^{a,b,*}, Juan José Soler-Cataluña^{b,c}, Myriam Calle^d, Jesús Molina^e, Pere Almagro^f, José Antonio Quintano^g, Juan Antonio Riesco^h, Juan Antonio Triguerosⁱ, Pascual Piñera^j, Adolfo Simón^k, Juan Luis Rodríguez-Hermosa^d, Esther Marco^l, Daniel López^m, Ramon Collⁿ, Roser Coll-Fernándezⁿ, Miguel Ángel Lobo^o, Jesús Díez^p, Joan B. Soriano^q y Julio Ancochea^r

^aServicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

Tratamiento de la EPOC en fase estable

La base del tratamiento farmacológico de la

ves ($FEV_1 < 50\%$) y/o con medicación concomitante con CI^{57} .

B En el apartado de la prevención, la nueva vacuna neumocócica conjugada de 13 serotipos aporta una mayor respuesta inmunológica, incluso en mayores de 70 años que han sido previamente vacunados con la vacuna neumocócica polisacárida⁵⁸. Esto es especialmente relevante para la EPOC, ya que confiere un riesgo elevado de enfermedad neumocócica invasiva⁵⁹ y la mayoría de pacientes son de edad avanzada, por lo que se debe recomendar la vacunación. También, en consecuencia, el grupo de trabajo del área de tabaquismo de la SEPAR recomienda la vacunación antineumocócica utilizando una sola dosis de vacuna neumocócica conjugada de 13 serotipos (VNC-13) en todos los fumadores, independientemente de su edad e intensidad y/o carga de consumo, que padecen enfermedades respiratorias como la EPOC⁶⁰.

Tratamiento por fenotipos

Oportunidades perdidas de vacunación antineumocócica. ¿Se puede hacer algo más en prevención?

Mercedes Arencibia Jiménez^a, Juan Francisco Navarro Gracia^a, José Antonio Delgado de los Reyes^a, Gerardo Pérez Torregrosa^a, David López Parra^b, Pilar López García^b

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España
^b Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

Palabras clave

Infección neumocócica. Vacunas neumocócicas. Programas de inmunización.

Resumen

Introducción

La vacunación es la medida más efectiva para la prevención de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI). Los pacientes con enfermedades predisponentes se podrían beneficiar de esta vacuna si se recomienda durante las visitas médicas.

Objetivos

Describir los casos de ENI. Valorar los serotipos más frecuentes y evaluar oportunidades perdidas de vacunación.

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de la incidencia de ENI en Elche durante 5 años. Se ha revisado el estado vacunal y las visitas a atención especializada previas a la enfermedad. También se ha calculado la efectividad vacunal con vacuna antineumocócica 23 valente en nues

Resultados

Descripción de los serotipos vacunales

Conclusiones

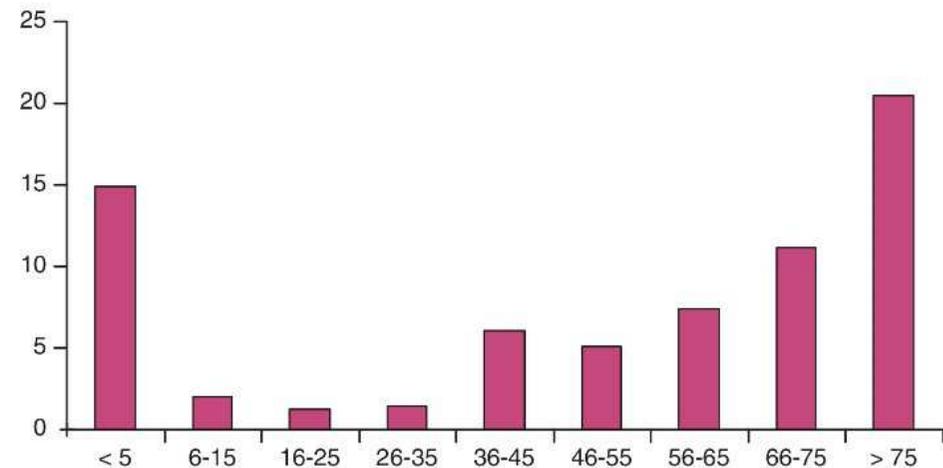
Tras la baja cobertura vacunal de los casos prevenidos por la vacunación

Conclusiones

Tras 10 años de introducción de la vacuna en el calendario vacunal del adulto sigue siendo baja la cobertura vacunal de pacientes con factores de riesgo. En nuestro estudio, el 75% de los casos no están vacunados. Teniendo en cuenta la efectividad de la vacuna para la prevención de ENI, entre los pacientes que han sido atendidos en el hospital por el especialista previo a su ENI, se podrían haber prevenido en el mejor de los supuestos (85% de efectividad vacunal) 60 casos de ENI.

Artículo

Tasas de ENI
Casos por 100.000 habitantes



181 casos de ENI en Elche del 2007 al 2011

<65 años 112-65% y >65 años 69-38%

66% forma clínica: neumonía

Tenían factor de riesgo: 113-62%:

27% EPOC; 25% cardiovascular; 16% Diabetes

Tasa de mortalidad: 12%

80% serotipos causales están en la vacuna

Vacuna para los oyentes: la anti estrés

Aire libre, vida sana y disfrutar de los nietos (o de los hijos)

Espero no haberos aburrido mucho
Gracias por vuestra atención

