

Protección frente al neumococo: del niño al adulto

Desde que en el año 2001 Pfizer comercializara la primera vacuna antineumocócica conjugada, en un principio frente a siete serotipos (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F) y desde el 2010 frente a 13 (los mencionados anteriormente y el 1, 3, 5, 6A, 7F y 19A)¹ su administración a lactantes y niños menores de 5 años ha producido un notable descenso de la enfermedad neumocócica en la población infantil²⁻⁴.

Se denomina enfermedad neumocócica al conjunto de enfermedades causadas por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*. Se trata de una infección que se manifiesta con una amplia variedad de formas clínicas. Las más graves son las que se producen cuando el neumococo infecta líquidos corporales, como sangre o líquido cefalorraquídeo, y produce lo que se denomina enfermedad neumocócica invasiva, que incluye la meningitis, la septicemia o la neumonía bacteriémica, entre otras, mientras que las formas menos graves, aunque las más prevalentes, son las enfermedades no invasivas o de mucosas, como por ejemplo, la neumonía, la otitis media y la sinusitis⁵.

Dado que las infecciones por neumococo se producen, principalmente, en los primeros años de vida y en adultos a partir de los 50 años, desde el pasado mes de julio, se amplió la autorización del uso de la vacuna antineumocócica conjugada trecevalente (Prevenar 13[®]) para incluir la prevención de la enfermedad neumocócica invasiva en adultos de 50 o más años. Esta nueva indicación viene avalada por los datos clínicos de seis ensayos clínicos de fase III de inmunogenicidad y seguridad de la vacuna realizados en más de 6.000 adultos¹.

En dichos ensayos, la vacuna conjugada demostró la superioridad de la respuesta inmune frente a la vacuna antineumocócica polisacárida no conjugada, tanto en adultos previamente vacunados con la vacuna antineumocócica clásica como en los no vacunados y un buen perfil de seguridad¹. Así mismo, la vacuna conjugada trecevalente ha demostrado que

genera memoria inmune, lo que también la diferencia de la vacuna antineumocócica polisacárida⁶.

Aunque la incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es mayor en niños, las complicaciones y la mortalidad aumentan a partir de los 50 años y en pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades crónicas. Por todo ello, la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) ha hecho públicas recientemente sus *Recomendaciones de Vacunación Antineumocócica en el Adulto por Indicación Médica*. En las que recomiendan como estrategia el uso preferencial de la vacuna conjugada trecevalente en personas con factores de riesgo, y en general 1 dosis, estuvieran vacunados previamente o no con la vacuna polisacárida⁷.

En estas recomendaciones por indicación médica se incluyen los siguientes grupos de riesgo: pacientes con inmunodeficiencias primarias o secundarias (como, la insuficiencia renal crónica, trasplantes de órganos sólidos o de células hematopoyéticas, VIH/SIDA, enfermedades autoinmunes, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor y asplenia, entre otras); y pacientes con determinadas condiciones médicas subyacentes u otras indicaciones, como enfermedades crónicas hepáticas, respiratorias (incluyendo el EPOC y el asma), cardíacas, diabetes, fistulas de líquido cefalorraquídeo, tabaquismo, alcoholismo crónico e internos en residencias o centros de larga estancia entre otras⁷.

La vacuna conjugada trecevalente debe administrarse por inyección intramuscular. En el adulto la zona preferida es el músculo deltoides en la parte superior del brazo, y puede administrarse concomitantemente, en distintos lugares de vacunación, con la vacuna trivalente inactivada frente a los virus de la gripe estacional¹.

Por lo tanto, la vacuna conjugada trecevalente representa una nueva estrategia preventiva frente a la enfermedad neumocócica invasiva para los adultos de 50 años y mayores.

Referencias:

1. Ficha técnica Prevenar 13

2. Pilishvili T, Catherine Lexau, Monica M. Farley, James Hadler, Lee H. Harrison, Nancy M. Bennett, Arthur Reingold, Ann Thomas, William Schaffner, Allen S. Craig, Philip J. Smith, Bernard W. Beall, Cynthia G. Whitney, and Matthew R. Moore, for the Active Bacterial Core Surveillance/Emerging Infections Program Network. Sustained Reductions in Invasive Pneumococcal Disease in the Era of Conjugate Vaccine. *The Journal of Infectious Diseases* 2010; 201:32–41
3. Elizabeth Miller, Nicholas J. Andrews, Pauline A. Waight, Mary P.E. Slack, Robert C. George. Effectiveness of the new serotypes in the 13-valent pneumococcal conjugate Vaccine. *Vaccine* 29 (2011) 9127– 9131
4. Picazo J, Ruiz-Contreras J, Casado-Flores J, Giangaspro E, García-de-Miguel MJ, Hernández-Sampelayo T, Otheo E, Méndez C. Impact of Introduction of Conjugate Vaccines in the Vaccination Schedule on the Incidence of Pediatric Invasive Pneumococcal Disease Requiring Hospitalization in Madrid (2007-2011). *Pediatr Infect Dis J.* 2012 Dec 17.
5. Fedson DS, Musher DM. Vacunación antineumocócica de polisacáridos capsulares. En: Plotkin SA, Orenstein WB, Picazo JJ, editores. *Vacunas*. 1ª ed. Madrid Editorial Médica; 2004. p. 545-04
6. Peter R. Paradiso. Pneumococcal Conjugate Vaccine for Adults: A New Paradigm. *Clinical Infectious Diseases* 2012;55(2):259–64
7. Domínguez V, Arrazola P, Campins M, Chamorro J, de Diego J, Fenoll A, Gil A, Mollar J, Quintas C, Torres Lana A. Recomendaciones de vacunación antineumocócica en el adulto por indicación médica. *Medicina Preventiva Vol. XVIII, Nº 3 Bis – ESPECIAL* 2012.