

3. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, nº 240, de 5 de octubre de 2011.

Juan Atenza Fernández<sup>a,b</sup> y Mar Blasco Blasco<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Ciencias de la Salud, Secretaría General, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Talavera de la Reina, Toledo, España

<sup>b</sup> Grupo de Trabajo de Formación en Salud Pública de la SEE-SESPAS, Barcelona, España

<sup>c</sup> Doctorado de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mar.blasco@ua.es](mailto:mar.blasco@ua.es)  
(M. Blasco Blasco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.005>

## Estado vacunal de pacientes inmunocomprometidos atendidos en atención primaria



### Vaccination status of immunocompromised patients attended in primary care

Sra. Directora:

El número de pacientes inmunocomprometidos ha aumentado de manera considerable en los últimos años, debido fundamentalmente a la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana y al uso de tratamientos inmunosupresores. Estos pacientes tienen un riesgo aumentado de enfermedades infecciosas, por lo cual es necesario realizar consideraciones específicas respecto a sus recomendaciones de vacunación. Existen consensos y guías de práctica

clínica actualizados y para distintos ámbitos.<sup>1,2</sup> No obstante, parece que su conocimiento y aplicación son escasos.<sup>3</sup>

Pretendemos valorar el estado vacunal de los adultos inmunocomprometidos atendidos en un centro de salud urbano, que atiende a 10.748 personas de 18 años o más de edad, y que cuenta con base de datos poblacional, informatizada y actualizada en tiempo real, así como con historias clínicas electrónicas desde 2005 y registro informático de vacunaciones desde 2004, tanto para atención primaria como para especializada y hospitalaria.

A partir de la aplicación se obtuvieron los listados de pacientes con patologías que ocasionan inmunodepresión o en tratamiento inmunosupresor. Se revisaron sus historias y se recogieron las dosis administradas de cada vacuna desde 2004 hasta 2013, excluyendo los pacientes que habían cambiado de centro de salud, los fallecidos y los que habían cursado baja en el registro poblacional sanitario antes de iniciar el estudio.

**Tabla 1**

Coberturas vacunales según grupos de pacientes inmunocomprometidos

	Cáncer hematológico	Nefropatía crónica	Trasplante	VIH	Tratamiento inmunosupresor $\geq 1$ año	Otros	Total
Pacientes	34 (7,4%)	277 (60,0%)	19 (4,1%)	94 (20,3%)	65 (14,1%)	1 (0,2%)	462
Enfermedades (códigos CIE)	Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple (200-208)	Insuficiencia renal crónica (585): FG < 30 FG 30-59 y síndrome nefrótico (581) o diabetes (250) Dializados (V56.0, V56.8)	Hígado, riñón, corazón, pulmón, páncreas (V42)	(042, V08)	Corticoides orales Metotrexato, leflunomida, ciclofosfamida, azatioprina, 6-mercaptopurina Mitoxantrona Ciclosporina, tacrolímús, sirolímús, micofenolato Infliximab, adalimumab, etanercept, certolizumab, golimumab y otros	Asplenia (759.0, 079.53, V45.79) Fístula de líquido cefalorraquídeo (349.81, 388.61) Implante coclear (V53.09)	
VAG $\geq 7$ dosis	38,2%	56,0%	36,8%	23,4%	36,9%	0,0%	44,6%
VAT $\geq 1$ dosis	29,4%	29,2%	36,8%	33,0%	40,0%	100,0%	31,4%
VHB $\geq 3$ dosis	5,9%	3,6%	21,1%	4,3%	12,3%	0,0%	4,8%
VHA $\geq 1$ dosis	2,9%	0,4%	0%	8,5%	4,6%	0,0%	2,8%
VAN23 $\geq 2$ dosis	2,9%	2,2%	21,1%	9,3%	9,2%	0,0%	4,5%
VAN13 $\geq 1$ dosis	0,0%	2,2%	10,5%	1,1%	7,7%	0,0%	2,2%
Hib	5,9%	0,4%	0,0%	3,2%	7,7%	0,0%	2,2%
Meningococo	0,0%	0,4%	5,3%	2,1%	7,7%	0,0%	1,7%

FG: filtrado glomerular EPI-CKD en ml/min/1,7; Hib: vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b; VAG: vacuna antigripal (al menos siete dosis en los últimos 10 años); VAT: vacuna antitetánica (al menos una dosis en los últimos 10 años); VHA: vacuna antihepatitis A (al menos una dosis); VHB: vacuna antihepatitis B (al menos tres dosis); VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VAN23: vacuna antineumocócica 23-valente (al menos dos dosis); VAN13: vacuna antineumocócica 13-valente (al menos una dosis).

Se incluyeron 462 pacientes con una edad media de 68,3 años (desviación estándar: 17,3), de los que el 55,2% eran mujeres. La prevalencia de pacientes inmunocomprometidos es de 4,30/100 habitantes mayores de 18 años. La [tabla 1](#) muestra la prevalencia de cada grupo de causas de inmunocompromiso y sus coberturas vacunales.

Se trata de pacientes atendidos en atención primaria, pero no creemos que la cifra se desvíe mucho de la prevalencia en la población general, ya que son pacientes con medicación continuada y controles periódicos, que necesariamente acuden a su médico de atención primaria, y quedan así registrados. Es una cifra alta de pacientes, cuya indicación de vacunaciones debe considerarse de manera individualizada.

Las coberturas vacunales observadas son globalmente bajas. No creemos que exista un infraregistro de vacunas, ya que el sistema informático está ligado al suministro de vacunas, de modo que si no se justifica una vacuna administrada no se proporciona otra.

Las coberturas más altas son las de vacuna antigripal, la más conocida por la población adulta. El grupo mejor vacunado es el de pacientes con nefropatías crónicas, quizá debido a su mayor edad.

En un estudio<sup>4</sup> en pacientes ingresados por enfermedad inflamatoria crónica, el 28% había recibido la vacuna antigripal el año anterior. Al preguntar a los no vacunados por la razón de ello, el 58% adujo la falta de recomendación por parte del médico. Al entrevistar a los médicos que atienden este tipo de pacientes<sup>3</sup>, el 23,1% no sabía que debían evitarse las vacunas de virus vivos y el 42,9% no sabía qué vacunas deben evitarse; sólo el 14,3% recogía los antecedentes vacunales. Por otra parte,<sup>5</sup> el 64% cree que es el médico de atención primaria quien debe indicar las vacunas.

En cuanto a los pacientes inmunocomprometidos,<sup>6</sup> el 62,1% cree que la responsabilidad de la vacunación es del médico de atención primaria y el 44,7% cree que es del especialista. En nuestra opinión, este es un caso claro de corresponsabilidad entre niveles, tanto de atención especializada como de atención primaria, y deberían implementarse estrategias de captación activa para mejorar las coberturas vacunales de este colectivo de riesgo.

#### Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes cumplen los criterios de autoría y no se excluye a nadie que también los cumpla. Todas han

participado en el diseño del trabajo, la recogida de datos y su análisis e interpretación, han hecho una revisión crítica del artículo y han aprobado la versión final para su publicación.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

1. Rubin LG, Levin MJ, Ljungman P, et al. 2013 Infectious Disease Society of America clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clin Infect Dis*. 2014;58:44-100.
2. van Assen S, Agmon-Levin N, Elkayam, et al. EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:414-22.
3. Yeung JH, Goodman KJ, Fedorak RN. Inadequate knowledge of immunization guidelines: a missed opportunity for preventing infection in immunocompromised IBD patients. *Inflamm Bowel Dis*. 2012;18:34-40.
4. Lanternier F, Henegar C, Mouthon L, et al. Facteurs associés à la vaccination antigrippale chez les patients traités par immunosuppresseurs pour une maladie systémique. *Med Mal Infect*. 2009;39:247-51.
5. Wasan SK, Coukos JA, Farraye FA. Vaccinating the inflammatory bowel disease patient: deficiencies in gastroenterologists knowledge. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17:2536-40.
6. Wasan SK, Calderwoodn A, Long M, et al. Immunization rates and vaccine beliefs among patients with inflammatory bowel disease: an opportunity for improvement. *Inflamm Bowel Dis*. 2014;20:246-50.

Francisca Rivera Casares\*, Rahalf Pineda Coronel, Sebastián García de León Chocano, Silvia López, Silvana Montagud y Pilar Lorente

*Centro de Salud Fuensanta, Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [frivera@comv.es](mailto:frivera@comv.es) (F. Rivera Casares).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.12.002>