

Posicionamiento de la SPMYCM respecto a las vacunas no financiadas

La Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha, en línea con las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP), quiere manifestar su posición con respecto a las siguientes enfermedades prevenibles a través de la vacunación:

MENINGITIS

La meningitis es una enfermedad muy grave, que, afortunadamente, es muy poco frecuente en estos momentos en nuestro país.

Esta bajada en la frecuencia se debe, entre otros, a la inclusión en el calendario vacunal de las vacunas frente al *Haemophilus*, el neumococo y el meningococo C.

El meningococo causa la mayor parte de las meningitis bacterianas en niños y adultos en la actualidad.

Los serogrupos B, C, Y y W son los causantes de enfermedad en nuestro país. Y son prevenibles a través de la vacunación, pero solo el C está incluidos en el calendario vacunal.

El meningococo B es el serogrupo más frecuente, aunque en descenso en parte gracias a la inmunización autofinanciada por las familias.

La incidencia de los serogrupos Y y W aumentó de forma muy importante las cuatro últimas temporadas (precovid), afectando sobre todo a menores de 5 años y mayores de 65, siendo responsables junto al serogrupo C de aproximadamente el 50% de los casos.

La susceptibilidad a la enfermedad meningocócica es mayor en la infancia (menores de 5 años y sobre todo entre los 6 y 24 meses), con un segundo pico de incidencia en los adolescentes, que además suponen el mayor número de portadores nasofaríngeos de la enfermedad, comportándose como transmisores.

El otro grupo afectado es la tercera edad que se puede beneficiar de la vacunación en la infancia ya que suelen ser su foco de contagio.

La letalidad global de la enfermedad meningocócica es del 10%, siendo mayor para el meningococo C y para los serogrupos Y y W.

Un 10-20% presentan secuelas (retraso mental, sordera, pérdida de funcionalidad o amputación de extremidades).

La vacuna que incluye a los serogrupos Y y W está financiada a partir de los 12 años.

La medida más eficaz para luchar contra la enfermedad y sus potencialmente graves consecuencias es la vacunación temprana.

Disponemos de vacunas seguras y eficaces para prevenir estas enfermedades.

La SPMMyCM, al igual que el CAV-AEP, las considera recomendables y cree que las familias deben conocer su existencia y decidir si las aplica para la protección individual de sus hijos, aunque no sean financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

Además, deseamos remarcar que la protección individual frente a los microorganismos incluidos en las vacunas es de especial importancia en momentos como el actual, en el que la bajada de la cobertura vacunal en la población (financiada o no) aumenta el riesgo de infección.

Meningococos A, C, Y y W

Vacuna incluida en el calendario vacunal sistemático por el Consejo interterritorial del SNS (marzo de 2019), a **los 12 años** de edad, en sustitución de la vacuna monovalente frente a meningococo C, con captación activa de adolescentes de 12 a 18 años de edad.

Por debajo de esa edad también está financiada, en mayores de 6 semanas, en **los grupos de riesgo de EMI** (enfermedad meningocócica invasiva).

Para protección individual la SPMMyCM, en línea con el CAV-AEP recomienda la vacunación entre las 6 semanas y los 12 años de edad para aumentar la cobertura antimeningocócica.

La SPMMyCM recomienda la sustitución a los 12 meses de la vacuna frente a meningitis C por la tetravalente ACYW, como ya se está llevando a cabo desde 2020 en Castilla León y Andalucía.

También la recomienda en viajes o estancias en países de elevada incidencia o en los que la vacuna esté incluida en calendario, como EE. UU., Canadá, Argentina, Reino Unido, Austria, Grecia, Holanda, Italia o Suiza.

Tenemos tres vacunas disponibles:

- Nimenrix® (Pfizer): autorizada a partir de las 6 semanas de vida.
- Menveo® (GSK): autorizada a partir de los 2 años.
- Menquadfi® (Sanofi Pasteur): a partir de los 12 meses (disponible a partir de 2021).

Meningococo B

A pesar de su importante descenso en los últimos años, sigue siendo el principal causante de meningitis y sepsis meningocócica en nuestro país (50% de los casos), sobre todo en los niños más pequeños, afectando principalmente a bebés y adolescentes.

Su mortalidad es del 10% aproximadamente, la evolución de la enfermedad con frecuencia fulminante y produce con frecuencia secuelas neurológicas y amputaciones.

Actualmente disponemos de dos vacunas frente a meningococo B:

- Bexsero[®], autorizada a partir de los 2 meses de edad.
- Trumemba[®], para mayores de 10 años.

Está financiada en los grupos de riesgo de enfermedad meningocócica invasiva (EMI).

La SPMMyCM, al igual que el CAV-AEP, para proteger a la población más vulnerable (menores de 2 años), recomienda la vacunación sistemática de los lactantes a partir de los 2 meses de edad con una pauta 2+1.

Por encima de esta edad también la considera recomendable con una pauta de 2 dosis para ampliar la cobertura antimeningocócica.

INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

La infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común. Casi todos los hombres y mujeres sexualmente activos se infectarán en algún momento de su vida.

El uso adecuado de protección reduce, pero no elimina, el riesgo de infección.

Hay muchos tipos distintos de VPH y la infección puede producir verrugas genitales y cáncer.

Afecta tanto a hombres como mujeres (es más prevalente en los hombres) y puede causar cáncer genital (cuello de útero, vulva, vagina, pene o ano), así como cáncer de cabeza y cuello.

Hay hasta 15 genotipos oncogénicos (productores de lesiones precancerosas o cancerosas) conocidos, siendo el 16 y 18 los responsables del 70% de los casos cáncer de cérvix y, junto a los genotipos 45, 31, 33 y 52, causan el 85% de los casos.

El 6 y 11 son los causantes de las verrugas genitales o condilomas y la papilomatosis laríngea o respiratoria recurrente (lesiones causantes de importantes molestias, problemas estéticos y psicológicos, con mala respuesta al tratamiento).

La infección por un tipo determinado no produce inmunidad frente a la infección por ese u otro tipo de VPH.

El VPH puede transmitirse incluso cuando la persona infectada no tiene síntomas y los síntomas pueden presentarse muchos años después de padecer la infección, lo que hace difícil saber cuándo se infectó.

No hay forma de saber qué personas infectadas eliminarán naturalmente la infección (la mayoría) y en cuáles producirá cáncer.

Disponemos de vacunas seguras que previenen la infección persistente y las lesiones precancerosas, pero no protegen para el tipo vacunal en el caso de ya estar infectados, por lo que el momento ideal para su administración es antes del inicio de relaciones sexuales, recomendando los 12 años como edad óptima de vacunación.

Disponemos de tres vacunas (autorizadas a partir de los 9 años):

- Cervarix (VPH2): incluye proteínas de los tipos 16 y 18 (oncogénicos).
- Gardasil (VPH 4): proteínas de los tipos 6,11 (condilomas), 16 y 18 (oncogénicos).
- Gardasil 9V (VPH 9): tipos 6, 11 (condilomas) y 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 (oncogénicos).

La SPMMyCM recomienda la vacunación sistemática frente al VPH, con independencia del género, preferentemente a los 12 años, para prevenir el cáncer cervical en la mujer, y el anal y las lesiones precancerosas del tracto genital tanto en la mujer como en el varón.

Razones para vacunar a los varones (ya incluida en calendario sistemático en 37 países):

- Una cuarta parte los casos de patología oncológica relacionada con el VPH corresponde al varón.
- La incidencia del cáncer de cabeza y cuello y del cáncer anal está aumentando de forma progresiva, sobre todo en el varón. El cáncer de cabeza y cuello es mucho más frecuente en el varón. El cáncer anal es tan frecuente en el varón como en la mujer.
- La implicación del VPH en el cáncer de cabeza y cuello es mayor de lo que se pensaba, implicando a toda la vía respiratoria.
- No existen medidas de detección precoz del cáncer relacionado con VPH en varones (pene, ano, cabeza y cuello).
- La mitad de los casos de verrugas genitales se dan en el varón.
- La vacunación sistemática frente al VPH solo de las chicas como medida de reducción de la enfermedad por VPH en toda la población no contempla que:
 - Existe un promedio de un 20-25% de chicas no vacunadas en nuestro medio (potenciales transmisores del VPH a los chicos heterosexuales).
 - Hay países que no tienen incluida la vacunación frente al VPH en las chicas. Dada la alta movilidad e interacción intersexual de los jóvenes actualmente, es muy probable el contacto con chicas extranjeras no vacunadas.
 - Los hombres que tienen sexo con hombres no pueden beneficiarse de la inmunidad de grupo que se puede generar vacunando solo a las chicas.
- Los chicos son los mayores transmisores del virus a nivel mundial, por lo que su vacunación tendrá un gran impacto en la reducción de enfermedad por VPH.
- Si la vacuna protege frente al cáncer relacionado con el VPH en ambos sexos, es ético incluir a ambos sexos en las recomendaciones.
- Actualmente, las tres vacunas frente al VPH disponibles están autorizadas para su uso en varones desde los 9 años de edad (menor experiencia con VPH2).

INFECCIÓN POR ROTAVIRUS

- El rotavirus (RV) es la causa principal de diarrea infantil grave en todo el mundo e infecta prácticamente a todos los niños en los 5 primeros años de vida, sobre todo en los primeros 2 años, independientemente de la mejoría en las condiciones higiénicas y sanitarias.

- La gastroenteritis por rotavirus (GEA-RV) se asocia a una mayor gravedad que la causada por otros agentes infecciosos, con más riesgo de deshidratación y de necesidad de hospitalización, dándose principalmente entre los 6 y 24 meses de edad.
- En España, el RV es responsable del 14-30% de todos los casos de GEA, y una cuarta parte de ellos requieren hospitalización.
- No existe un tratamiento específico de la GEA-RV.
- Existen dos vacunas frente al rotavirus, pentavalente bovina-humana (RotaTaq) y monovalente humana (Rotarix), ambas atenuadas y de administración oral, que han demostrado ser seguras y eficaces frente a la enfermedad.
- En Europa, EE. UU. y Australia, en los países con implantación de un programa de vacunación universal, se ha observado una disminución en la hospitalización por GEA-RV en menores de 5 años del 65-94%, y una reducción de hasta el 98% de GEA-RV grave.
- También se ha producido una disminución de la tasa de hospitalización en niños más mayores, no vacunados, por protección indirecta o inmunidad tipo rebaño.
- La vacunación frente a rotavirus a los recién nacidos prematuros menores de 32 semanas está financiada, al ser considerados población de riesgo para la enfermedad por rotavirus, lo antes posible a partir de las 6 semanas de vida.
- En Europa la Sociedad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (ESPID) recomiendan su incorporación en todos los calendarios europeos.
- En la actualidad hay más de 100 países en el mundo que ya tienen introducida la vacuna en su calendario sistemático.

La SPMYCM, como ya el Comité Asesor de Vacunas de la AEP considera desde 2008, recomienda iniciar la vacunación frente al rotavirus en todo lactante entre 6 y 12 semanas de edad, completando la pauta de 2 dosis antes de las 24 semanas de vida y la de 3 dosis antes de las 32 semanas.