



LA VACUNACION DEL ADULTO: UN RETO PARA ATENCION PRIMARIA

Dr. Joan Puig Barberá
Coordinador del Grupo de Trabajo de Vacunas de la SVMFIC
Centro de Salud Pública de Castelló

INTRODUCCION

Un porcentaje significativo de la morbimortalidad producida por enfermedades evitables mediante la administración de vacunas se produce en los adultos, la mayor parte debido a la infección gripal y sus complicaciones y a las infecciones por los virus de la hepatitis A y B.

Por otra parte, los adultos son susceptibles a enfermedades frente a las que se les supone protegidos, y ello es debido a que en su momento no recibieron alguna de las vacunas infantiles, no padecieron la enfermedad, por la menor probabilidad de contacto con la infección en la comunidad, debido a la propia vacunación infantil, o por la desaparición, con el paso del tiempo, de la inmunidad adquirida. La permanencia de adultos susceptibles en la población los convierte en reservorios que mantienen la enfermedad activa, como en el caso de la tosferina^{1,2} o, en susceptibles de una mayor morbimortalidad debido a que la vacunación infantil puede alterar radicalmente su susceptibilidad, como en el caso de la situación que podría originarse tras el inicio de la vacunación infantil frente a la varicela sin haber resuelto antes la protección del adulto frente al herpes zóster³, o por el cambio en la epidemiología de

enfermedades infecciosas de morbimortalidad elevada como la gripe⁴.

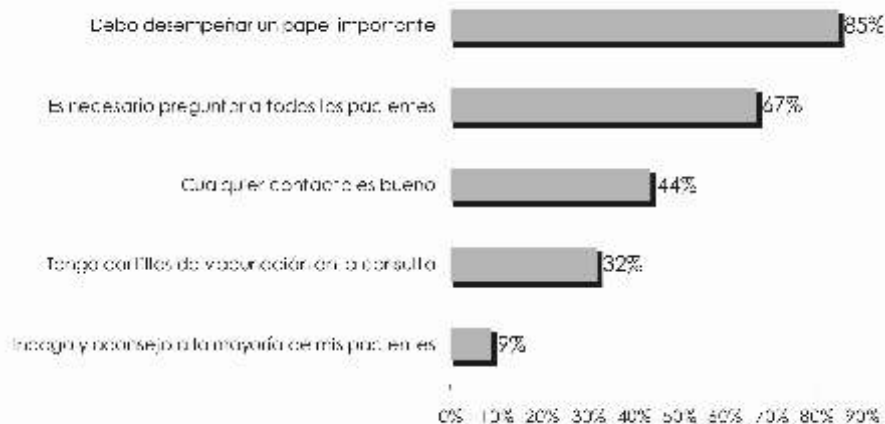
Todo ello justifica la integración del adulto en el sistema de protección frente a la enfermedad conferido por las vacunas, así como una mayor atención al perfil de protección inmunitario de la población adulta, a las estrategias adecuadas para potenciar su protección y al impacto en la salud y bienestar general de las estrategias utilizadas.

Este es el reto para la Atención Primaria, en el que el médico de familia debe jugar un papel fundamental⁵: La vacunación del adulto, un reto para la Atención Primaria.

LAS ACTITUDES DEL MEDICO DE FAMILIA FRENTE A LA VACUNACION DEL ADULTO

Entre enero y marzo de 1998, 2330 médicos de familia respondieron a una encuesta sobre "Opiniones y actitudes de los facultativos de Atención Primaria sobre la Vacunación del Adulto"⁶, en la misma, un 85% afirmaron estar totalmente de acuerdo en que "debo desempeñar un papel importante en aumentar la cobertura vacunal frente a las infecciones prevenibles por vacunas en los adultos"; un 67% estuvo totalmente de acuerdo en que "es necesario preguntar a todo paciente que acuda a la consulta por su historia vacunal"; el 44% manifestaron estar totalmente de acuerdo en que "cualquier contacto con el sistema sanitario debe ser aprovechado para poner el día la cartilla vacunal"; el 32% respondieron afirmativamente a "en mi consulta se dispone de cartilla de vacunación del adulto; por último, sólo el 9,5% preguntaron por su historia vacunal o recomendaron alguna vacuna en el último año de forma rutinaria a sus pacientes (ver Figura 1).

Figura 1. Opiniones y actitudes de los facultativos de Atención Primaria sobre la vacunación del adulto⁶.





EL PAPPS

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) lleva a cabo desde 1989 un Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

El PAPPS se encuentra implantado actualmente en 642 centros de salud⁷, distribuidos en las diecisiete Comunidades Autónomas. Desde la puesta en marcha del PAPPS se estableció un procedimiento de evaluación bianual.

En la Tabla 1 se presentan los resultados de las evaluaciones disponibles en la página Web del PAPPS, obtenidos a partir de auditorias de historias de salud de los centros participantes en el programa. El grado de cumplimiento de las actividades en vacunación, aunque progresó lentamente, fue muy modesto.

1. Se aplica a toda la población.
2. Forma parte de políticas de salud, que se construyen alrededor de los siguientes elementos:
 - a. El lugar "natural" de la vacunación del adulto es el Centro de Atención Primaria,
 - b. La vacunación se realiza mediante programas.
 - c. Los programas y vacunas son de financiación pública, sin coste para el receptor.
 - d. Se sigue un calendario vacunal.
3. Los objetivos (y por tanto la evaluación) son epidemiológicos:
 - a. Proteger a los individuos susceptibles y por tanto, disminuir su número en la población.
 - b. Lograr inmunidad de grupo.
 - c. Disminuir la incidencia, controlar, eliminar y erradicar las enfermedades susceptibles.

Tabla 1. Resultados de la evaluación PAPPS, 1990 a 2001^a

	Año						
	1990	1991	1993	1995	1997	1999 ^b	2001
Correctamente vacunados (%)							
Antitetánica	8,1	16,9	20	29	34,8	39,1	SD ^c
Antigripal			41,1	52,6	47,9	48,6	SD
Antirrubéolica	14,4	22,1	27	30,5	38,6	42,2	SD

a. Evaluación PAPPS. www.semfyec.es [consulta: diciembre 2002].

b. Historias clínicas revisadas en 1999: antitetánica, 13237; antigripal, 3785; antirrubéola, 1638; resto de años sin información.

c. SD Sin datos

ESTRATEGIA SISTEMÁTICA VERSUS ESTRATEGIA BASADA EN EL RIESGO

La vacunación del adulto ha sido abordada de forma implícita mediante una estrategia no sistemática basada en el riesgo. Las consecuencias de esta aproximación en la actuación de los profesionales de atención primaria se han reflejado en los dos párrafos anteriores y el corolario es que se vacuna mucho, pero mal y a pocos. Así, para la población esto ha supuesto que más del 60% de adultos no hubiesen recibido una serie primaria de vacuna antitetánica⁸; o que en 1996 un porcentaje similar de la población española de 30 a 39 años estuviese desprotegido frente a la difteria⁹.

El Grupo de Vacunas de la Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SVMFIC) propone un cambio radical de rumbo basado en que la vacunación del adulto sea abordada mediante una estrategia sistemática. Ésta estrategia debe basarse en los siguientes puntos:

De los aspectos mencionados hasta aquí, compete a la SVMFIC, como sociedad científica, promover y apoyar el abordaje sistemático de la vacunación del adulto, y, como instrumento básico, informar la elaboración del Calendario Vacunal de Adulto (CAVA)

CALENDARIO VACUNAL DEL ADULTO

Características y recomendaciones sobre vacunas a administrar

Las recomendaciones sobre qué vacunas incluir en el Calendario Vacunal del Adulto (CAVA) vienen definidas por el conocimiento científico de cómo confieren protección y de qué protegen; de la epidemiología, la magnitud del problema como carga de enfermedad (morbilidad, mortalidad, costes del tratamiento, mermas en la productividad); de la seguridad; y del análisis de costes¹⁰. Desgraciadamente,



estas recomendaciones se han realizado en círculos ajenos a la medicina de familia, y en algunas ocasiones, en contra de las pruebas científicas disponibles, comprometiendo su credibilidad y aceptación^{11,12}.

La calidad de las pruebas

En este sentido, y como condición previa, es necesario valorar la calidad de las pruebas (ver anexos) que sustentan la premisa de eficacia, condición previa necesaria para la inclusión de una vacuna en el CAVA^{13,14}.

Así, una de las líneas de trabajo del Grupo de Vacunas de la SVMFIC ha consistido, desde diciembre de 2001, en la recuperación y sistematización de las mejores pruebas disponibles que sustentan la recomendación para el uso de una determinada vacuna en la población adulta. Para ello se realizan búsquedas de la literatura científica, con criterios predefinidos, seleccionando aquellas publicaciones con una metodología más sólida, más actualizadas y con resultados relevantes para la clínica, sobre eficacia, efectividad y efectos secundarios de las vacunas, de la vacunación y de estrategias de vacunación, excluyendo las de resultados intermedios no contrastadas suficientemente. Por este orden, se seleccionan y revisan revisiones sistemáticas o metaanálisis; ensayos clínicos con asignación al azar de los sujetos, con grupo control y doble enmascaramiento; estudios de cohortes; de casos y controles; o, de casos, cuando se trata de reacciones adversas a la vacuna o a la vacunación.

En la siguiente tabla se aporta la clasificación de la mejor evidencia disponible y su grado de recomendación (ver anexos) para su inclusión en el calendario vacunal del adulto.

Tabla 2. Calidad de las pruebas científicas para recomendar el uso de determinadas vacunas en el adulto.

	Calidad de las pruebas	Recomendación
Gripe ¹⁵	I	A
Hepatitis A ^{16,17}	II-2	A
Hepatitis B ¹⁸	I	A
Meningocócica A, C, Y y W135 ¹⁹	II-3	B
Neumococo ¹¹	I	D
Tétanos-Difteria	II-3	A
Tosferina acelular ²⁰	III	C
Triple vírica ²¹	II-2,3	A
Varicela ²²	I, II-3	B

Figura 2. Calendario Vacunal de Adulto CAVA de la SVMFIC.

Elementos de la historia/ Vacunas	Grupos de edad		
	18-44	45-64	>65
¿Completó el calendario infantil?	X		
¿Vacunas recibidas o necesarias en la Historia Clínica?	X	X	X
¿Tiene un documento con su calendario vacunal?	X	X	X
Hepatitis A	X		
Hepatitis B	X		
Gripe (anual)			X
Parotiditis	X		
Rubéola	X		
Sarampión	X		
Td	X	X	X
Tosferina acelular	X	X	X
Meningocócica A, C, Y, W135	X	?	?
Varicela	X	?	?

X: Realizar historia, registrar, articular un plan, vacunar en ausencia de historia de protección.

?: Se precisa más información para realizar la recomendación de estas vacunas en estos grupos de edad.

El CAVA. Instrumento necesario para trasladar las pruebas a la práctica

Un calendario de vacunación del adulto, consensado y aceptado, sencillo, adaptado a las necesidades de la población, de fácil aplicación y a un coste razonable, es el elemento clave para trasladar las pruebas a la práctica. La propuesta CAVA tiene tres elementos básicos:

a) Relación de enfermedades frente a las que el individuo debe estar protegido y vacunas a administrar si es necesario.

b) Grupos de edad en los que debe revisarse la historia, realizar un plan de acción y vacunar si no existen pruebas de que el individuo está protegido.

c) La confección y registro de la historia de protección del sujeto frente a las enfermedades evitables mediante la vacunación, sea por haber sido vacunado o por protección natural.

El calendario se aplica en un contexto orientado a la resolución de problemas, mediante la estrategia S.O.A.P., perfectamente conocida por los médicos de familia, acrónimo de historia subjetiva, objetiva, análisis y plan de actuación.

Para la realización del plan de acción la propuesta no incluye la realización de serología, siguiendo la argumentación de algunos autores²³ que



llaman la atención sobre el coste de las pérdidas por el no regreso a la vacunación de aquellos a los que no se vacuna en el mismo momento de elaborar el plan; por lo que podríamos cambiar el acrónimo S.O.A.P., por el más castizo de S.O.P.A., esto es: subjetivo, objetivo, plan y acción.

Anexos: Criterios para la clasificación de las recomendaciones de la US Preventive Services Task Force (Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996)

La calidad de las pruebas	
I	Ensayos clínicos con asignación al azar y doble enmascaramiento, metaanálisis de los mismos.
II-2	Estudios observacionales bien realizados.
II-3	Series temporales, resultados dramáticos de experimentos no controlados.
III	Opiniones de expertos, experiencia clínica, series de casos, informes de comités de expertos.

De la calidad de las pruebas a las recomendaciones	
A-B	Recomendadas por existir pruebas científicas sólidas de su efectividad o se ha observado repetidamente que aportan beneficios.
C	Las pruebas son insuficientes para realizar una recomendación
D-E	Recomendación en contra, D: No existen pruebas concluyentes de no efectividad, pero existe la posibilidad de efectos no deseados. E: Inefectiva o efectos adversos conocidos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Schmitt-Grohe S, Cherry JD, Heininger U, Uberall MA, Pineda E, Stehr K. Pertussis in German adults. *Clin Infect Dis* 1995;21:860-866.
- (2) Wirsing vKC, Postels-Multani S, Bock HL, Schmitt HJ. Pertussis in adults: frequency of transmission after household exposure [published erratum appears in *Lancet* 1995 Dec 2;346(8988):1502]. *Lancet* 1995;346:1326-1329.
- (3) Brisson M, Gay NJ, Edmunds WJ, Andrews NJ. Exposure to varicella boosts immunity to herpes-zoster: implications for mass vaccination against chickenpox. *Vaccine* 2002;20:2500-2507.
- (4) Reichert TA, Sugaya N, Fedson DS, Glezen WP, Simonsen L, Tashiro M. The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza. *N Engl J Med* 2001;344:889-896.
- (5) Puig-Barberà J. XXII Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria, Madrid, 20 a 23 de noviembre de 2002. Introducción a la Mesa ¿Es necesario un calendario vacunal del adulto? *Aten Primaria* 2002;30:56.
- (6) Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Opiniones y actitudes de los facultativos de Atención Primaria sobre la vacunación en el adulto. 1999. Madrid, SmithKlineBeecham. Pamphlet
- (7) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Memoria. 2002. Portaferrisa, 8, pral. 08002 Barcelona, semFYC. Report
- (8) Puig-Barberà J. Vacunaciones recomendadas en el anciano. *Clínica Rural* 1996;34-48.
- (9) Pachón I, Amela C, de Ory F, León P, Alonso M. Encuesta nacional de seroprevalencia de enfermedades inmunoprevenibles. Año 1996. *BES* 1998;6:93-100.
- (10) Atkinson WL, Pickering LK, Schwartz B, Weniger BG, Iskander JK, Watson JC. General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). *MMWR Recomm Rep* 2002;51:1-35.
- (11) Puig-Barberà J, Belenguier A, Goterris M, Brines Benlliure MJ. Efectividad de la vacuna frente al neumococo en el anciano. Revisión sistemática y metaanálisis. *Aten Primaria* 2002;30:269-282.
- (12) Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-1465.
- (13) Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
- (14) Puig-Barberà J. ¿Por qué los médicos de familia deben conocer en qué consiste la medicina basada en pruebas? *Tribuna Docente* 2001;2:23-24.
- (15) Puig-Barberà J, Marquez S. Efectividad de la vacunación antigripal en los ancianos. Una revisión crítica de la bibliografía. *Med Clin (Barc)* 1995;105:645-648.
- (16) Innis BL, Snitbhan R, Kunasol P, Laorakpongse T, Poopatanakool W, Kozik CA et al. Protection against hepatitis A by an inactivated vaccine [see comments]. *JAMA* 1994;271:1328-1334.
- (17) Sagliocca L, Amoroso P, Stroffolini T, Adamo B, Tosti ME, Lettieri G et al. Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: a randomised trial. *Lancet* 1999;353:1136-1139.
- (18) Szmunn W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Oleszko WR, William DC et al. Hepatitis B vaccine: demonstration of efficacy in a controlled clinical trial in a high-risk population in the United States. *N Engl J Med* 1980;303:833-841.



- (19) Brundage JF, Ryan MA, Feighner BH, Erdtmann FJ. Meningococcal disease among United States military service members in relation to routine uses of vaccines with different serogroup-specific components, 1964-1998. *Clin Infect Dis* 2002;35:1376-1381.
- (20) De Serres G. Statement on adult/adolescent formulation of combined acellular pertussis, tetanus and diphtheria vaccine. *CCDR* 2000;26:1-8.
- (21) Peltola H, Heinonen OP, Valle M, Paunio M, Virtanen M, Karanko V et al. The elimination of indigenous measles, mumps, and rubella from Finland by a 12-year, two-dose vaccination program [see comments]. *N Engl J Med* 1994;331:1397-1402.
- (22) Skull SA, Wang EE. Varicella vaccination--a critical review of the evidence. *Arch Dis Child* 2001;85:83-90.
- (23) Black S. Varicella vaccination: to test or not to test. *Am J Med* 2000;108:746-747.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL TRAS EL VII INFORME DEL "JOINT NATIONAL COMMITTE" Y LAS DIRECTRICES 2003 DE LAS SOCIEDADES EUROPEAS DE HIPERTENSION Y DE CARDIOLOGIA

Dr. Carlos Sanchis Doménech
Coordinador del Grupo de Trabajo de HTA de la
semFYC
Grupo de Trabajo de Cardiovascular de la SVMFIC
CAP Algemésí

INTRODUCCION

Recientemente se han publicado dos informes de gran trascendencia sobre el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la hipertensión arterial (HTA). Por un lado La Comisión Nacional Conjunta (JNC) norteamericana para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA, ha presentado su VIIº informe dentro del National High Blood Pressure Education Program, que patrocina como en anteriores ocasiones la administración pública norteamericana a través del National Institute of Health (National Heart, Lung, and Blood Institute) del U.S. Department of Health and Human Services. Su fin es facilitar una nueva guía para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial a los médicos norteamericanos.

Por otra parte, y por primera vez, atendiendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH)¹, de que expertos regionales redactaran documentos dirigidos de forma específica al tratamiento de los pacientes de sus propias poblaciones, el Comité establecido por la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), ha publicado recientemente sus: Directrices 2003 de la ESH-ESC para el tratamiento de la HTA² (DEU-2003).

A pesar de que existen diversas guías, desde hace varias ediciones las del JNC se han convertido en el punto de referencia de las demás. Hacía tiempo que los médicos clínicos que tratamos la HTA demandábamos una actualización de las evidencias y una simplificación de las recomendaciones para su uso en la práctica clínica. Ahora además con las Directrices Europeas tenemos un documento dirigido a población Europea, que tiene su origen en las Sociedades Científicas que lo avalan, especialmente la ESH que es la patrocinadora.