



EDITORIAL

Vacunación frente al herpes zóster



El herpes zóster (HZ) es una enfermedad que se produce por la reactivación del virus varicela zóster (VVZ), está asociada a situaciones que afectan a un déficit la inmunidad celular. La edad representa el factor fundamental para su aparición, incrementándose su incidencia a partir de los 50 años¹.

El número de hospitalizaciones en España por HZ aumenta con la edad. Las hospitalizaciones crecen a partir del grupo de edad 50-54 años (pasando de 2.018 hospitalizaciones entre los 45-49 años a 2.534 en el grupo de 50-54 años, incremento de 20%). El grupo de edad que registra más hospitalizaciones es de ≥ 85 años (8.883 hospitalizaciones en el periodo). De las hospitalizaciones, 80,2% se acumulan en personas que tienen 50 o más años y 63,1% en las que tienen 60 o más años².

Las muertes por HZ en Europa ocurren en la población adulta a partir del grupo de edad de 45-64 años, que acumula 2,8% del total de defunciones; 33,2% ocurren entre los 65-84 años y 64,0% en personas de 85 años o más años³.

La primera vacuna autorizada en la Unión Europea frente al HZ se comercializó en 2006. Era una vacuna de virus atenuados, y por consiguiente contraindicada en pacientes inmunodeprimidos, colectivo de especial riesgo para padecer la enfermedad. Tuvo escaso éxito por sus características intrínsecas y por la falta de un calendario vacunal único del adulto a nivel nacional que promoviera su uso. Ya no está disponible en nuestro país.

En el 2018 la Unión Europea autorizó una nueva vacuna recombinante y no contraindicada en personas con inmunodeficiencia. Es la vacuna que actualmente se está administrando en España.

En 2018 el Ministerio de Sanidad publicó un documento de recomendaciones, «Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones» en el que se recomendaba vacunar frente a HZ con la vacuna frente al HZ de subunidades (HZ/su) a personas inmunocomprometidas en los siguientes casos: trasplante de órgano sólido (TOS) pretrasplante o postrasplante, trasplante de progenitores hematopoyéticos, infección por el VIH, tratamiento con fármacos anti-JAK. La vacunación quedaba condicionada a la disponibilidad de dosis⁴. Hubo que esperar mucho tiempo para disponer de ella por cuestiones de distribución por parte del laboratorio productor.

En marzo 2021 el Ministerio de Sanidad publicó el documento «Recomendaciones de vacunación frente a HZ», donde ya se añadían en el grupo de inmunocomprometidos a pacientes con hemopatías malignas y tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia. Igualmente se recomendaba incorporar la vacunación sistemática en 2022 en población general en la cohorte que cumplía 65 años en el año 2022, tras confirmación de disponibilidad de dosis. Además, en función de la disponibilidad de dosis se recomendaba captar y vacunar al menos una cohorte por año comenzando por la cohorte que cumple 80 años y descendiendo en edad hasta alcanzar a la primera cohorte que se vacunó a los 65 años⁵.

En el Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida de 2023⁶, ya se incorpora como vacunación sistemática de las personas que cumplen 65 años en el año en curso. Igualmente se incluye en el Calendario Vacunación Específica en mayores de 18 años con condiciones de riesgo. A medida que se dispongan de más dosis de vacunas se irán ampliando las cohortes a vacunar. Por el momento no se plantean dosis de recuerdo.

La tendencia en los últimos años por parte del Ministerio de Sanidad ha sido potenciar un calendario vacunal para toda la vida, desterrando para siempre la idea de que las vacunas son cosa de la infancia. La disponibilidad de nuevas vacunas para el adulto ahora y en el futuro va a cambiar de manera sustancial nuestra forma de ver la prevención de enfermedades en el adulto.

La primera cuestión que se plantea en el contexto actual es si una vez que las autoridades competentes optan por una recomendación vacunal la industria farmacéutica es capaz de abastecer el mercado global de manera satisfactoria. En el caso de nuestro país, como se ha relatado anteriormente, hemos tenido que esperar varios años por falta de suministro adecuado en el caso de la vacuna frente al HZ. Se crean expectativas posteriormente frustradas por cuestiones comerciales.

La segunda es que toda decisión se debe basar en estudios de eficacia, eficiencia y efectividad amplios, rigurosos y concluyentes, alejados de conflictos de interés⁷⁻⁹.

La tercera es que los órganos de decisión y los órganos asesores en su caso deben ser completamente transparentes, con explicaciones pormenorizadas en la secuencia de

la toma de decisiones. En el caso que nos ocupa se debiera explicar si se ha tenido en cuenta la diferencia de incidencia en función del sexo, siendo siempre superior en el caso de las mujeres¹⁰, y teniendo en cuenta que la esperanza de vida en España rebasa ampliamente los 80 años debiéramos saber el motivo de que el límite de edad en la vacunación se haya establecido por el momento en 80 años.

Por último, sería deseable que las autoridades explicasen cuál es el presupuesto destinado a dicho fin y el beneficio esperado. En un contexto como el actual con un presupuesto sanitario muy ajustado, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, resulta capital explicar de forma lógica la priorización del gasto sanitario que realizan nuestros gobernantes.

La implementación de un calendario vacunal para toda la vida con un apartado específico para la vacunación del adulto constituye un avance que va a marcar una mejora notable en la salud de toda la población. Dentro de este calendario tendrá un peso importante y diferenciado el apartado dedicado a las personas más mayores.

Financiación

El trabajo no ha recibido financiación de ninguna clase.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Bibliografía

1. Masa-Calles J, López-Perea N, Vila Cordero B, Carmona R. Vigilancia y epidemiología del herpes zóster en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:e202106088.
2. Risco Risco C, Herrador Z, Lopez-Perea N, Martínez-Urbistondo D, Suárez del Villar Carrero R, Masa-Calles J. Epidemiology of Herpes Zoster in the pre-vaccination era: establishing the baseline for vaccination programme's impact in Spain. *Euro Surveill*. 2023;28:2200390, <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.8.2200390>.
3. Johnson RW, Alvarez-Pasquin M-J, Bijl M, Franco E, Gaillat J, Clara JG, et al. Herpes zoster epidemiology, management, and disease and economic burden in Europe: a multidisciplinary perspective. *Ther Adv Vaccines*. 2015;3:109–20, <http://dx.doi.org/10.1177/2051013615599151>.
4. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de

Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018. [consultado 5 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/home.htm>.

5. Grupo de trabajo de vacunación frente a herpes zóster de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, marzo 2021. [consultado 5 Abr 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/HerpesZoster_RecomendacionesVacunacion.pdf.
6. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida 2023. [consultado 27 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion.Todalavida.pdf>.
7. Boutry C, Hastie A, Diez-Domingo J, Tinoco JC, Yu C-J, Andrews C, et al. The adjuvanted recombinant zoster vaccine confers long-term protection against herpes zoster: interim results of an extension study of the pivotal phase 3 clinical trials ZOE-50 and ZOE-70. *Clin Infect Dis*. 2022;74:1459–67.
8. Izurieta HS, Wu X, Forshee R, Lu Y, Sung HM, Agger PE, et al. Recombinant Zoster Vaccine (Shingrix): Real-World Effectiveness in the First 2 Years Post-Licensure. *Clin Infect Dis*. 2021 Sep 15;73:941–8, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab125>.
9. Chiyaka ET, Nghiem VT, Zhang L, Deshpande A, Dolan Mullen P, Le P. Cost-Effectiveness of Herpes Zoster Vaccination: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 2019;37:169–200, <http://dx.doi.org/10.1007/s40273-018-0735-1>.
10. Pan CX, Lee MS, Nambudiri VE. Global herpes zoster incidence, burden of disease, and vaccine availability: a narrative review. *Ther Adv Vaccines Immunother*. 2022 Mar 21;10, <http://dx.doi.org/10.1177/25151355221084535>, 25151355221084535.

Ana Pilar Javierre^a, Coro Sánchez Hernández^b, Pablo Aldaz^{c,*} y Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPs-semFYC
^a *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Avenida de Aragón. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid, España*
^b *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Virxe Peregrina de Pontevedra. Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Pontevedra, España*
^c *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan, Pamplona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paldazhe@cfnavarra.es (P. Aldaz).