



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta al Editor

Redefiniendo el paradigma de la vacunación en inmunodeprimidos después de la pandemia



Redefining the paradigm of immunization in immunocompromised post-pandemic patients

Sr. Editor:

Los pacientes inmunodeprimidos siguen siendo un reto para el sistema sanitario. La aplicación de nuevos tratamientos inmunosupresores, así como su mayor supervivencia hacen que este grupo de pacientes esté en crecimiento continuo, mientras que los sistemas de información actuales presentan limitaciones para su identificación dentro de la población general. Por estos motivos y a pesar de los esfuerzos de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPYSP), y también de Atención Primaria (AP), las estrategias implementadas han demostrado no ser suficientes para alcanzar las coberturas de vacunación deseadas en los grupos de riesgo¹.

Estas coberturas tienen, al menos, tres niveles posibles de intervención y gestión: 1) microgestión, desde los SMPYSP y AP que ejecutan las instrucciones de vacunación emitidas por su autoridad sanitaria de referencia; 2) mesogestión, desde las Direcciones de Atención Sanitaria y Salud Pública que engloban tanto estos servicios hospitalarios como AP y 3) macrogestión, desde las políticas sanitarias y el planteamiento estratégico representado por los Servicios de Salud y las Consejerías de Salud². La interconexión de estos tres niveles es necesaria para un cambio de rumbo fáctico y significativo en la mejora de las coberturas de vacunación en los grupos de riesgo.

La vacunación de los pacientes inmunodeprimidos ha hecho *clíc* (punto de inflexión) en los últimos años. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las limitaciones anteriores al precisar actuaciones que hasta ahora no se habían llevado a cabo en el ámbito de la vacunología. Por un lado, por primera vez se prioriza de manera activa y acelerada la vacunación en estos pacientes debido a su riesgo incrementado de infección grave. En segundo lugar, también por primera vez las autoridades sanitarias realizan el esfuerzo de identificación de este grupo³, así como en dimensionarlo dentro de la población general⁴. Por último, ha tenido lugar entre los ciudadanos y afectados la normalización positiva del concepto inmunodeprimido al autodefinirse y demandar activamente su vacunación prioritaria. Así pues, y de manera no intencionada, todo lo anterior ha hecho que se haya construido socialmente una cultura de protección del paciente inmunodeprimido, poco arraigada hasta ahora.

¿Se podría aprovechar lo experimentado política y socialmente durante la pandemia para mejorar las coberturas vacunales no COVID-19 en este grupo? ¿Cómo podríamos reintroducir y fortalecer las estrategias de vacunación del inmunodeprimido?

En esta carta al editor las autoras proponen la potenciación de la vacunación de los grupos de riesgo a través de la incorporación explícita de las vacunas a los Procesos Asistenciales Integrados (PAI), o Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)⁵, como se denominan en algunas comunidades autónomas. Los PAI se definen como el «conjunto de actividades que realizan los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) para incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población», y nacen con el objetivo de consensuar entre las distintas especialidades, profesionales y niveles asistenciales involucrados en un problema de salud, el rol de cada profesional para lograr una atención de calidad y formalizar el acuerdo en un proceso asistencial compartido por todos ellos⁶. Los PAI se impulsan y promueven desde los Servicios de Salud y Consejerías de Salud siendo una estrategia de macrogestión encaminada a mejorar la atención sanitaria y la salud pública y, a pesar de que la mayoría de los documentos publicados abordan enfermedades con indicación específica de vacunación (tumores de órgano sólido, trasplantes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, . . .), apenas se hace mención directa a la necesidad de mejorar la protección de estos pacientes mediante las vacunas.

Consideramos que los PAI cumplen las características idóneas (abordaje multidisciplinar, estrategia preventiva e implicación de los gestores) para poder integrar la vacunación del paciente de riesgo y la revisión de su calendario de acuerdo con las recomendaciones vigentes. El salto de la vacunación del inmunodeprimido desde la microgestión (SMPYSP y AP) a la macrogestión (Servicios de Salud y Consejerías de Salud) y la implicación de todos los actores a través de herramientas ya disponibles y con las que gestores y profesionales estamos familiarizados es necesario si verdaderamente queremos mejorar las coberturas de vacunación en los pacientes de riesgo.

Como propuestas concretas se sugiere la nueva creación o actualización de los documentos relacionados con los procesos asistenciales de patologías con indicación de vacunación en los que se incluyan las vacunas como uno de los ejes principales conforme a las recomendaciones del momento (macrogestión). Al mismo tiempo, la implicación de los responsables de los servicios hospitalarios en su cumplimiento y monitorización mediante indicadores específicos promovería la vacunación (mesogestión). Por último, continuar con la formación continuada y transversal en vacunología entre los profesionales sanitarios es esencial para fomentar las buenas prácticas y adecuación de las vacunas en los pacientes inmunodeprimidos (microgestión).

La mejora de la salud de este colectivo está al alcance de un *clíc* organizativo.

Bibliografía

1. Mora-Zamorano E, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Zamorano-Leon JJ, Jiménez-García R. Decreasing influenza vaccine coverage among adults with high-

- risk chronic diseases in Spain from 2014 to 2017. Hum Vaccin Immunother. 2019;16:95–9, <http://dx.doi.org/10.1080/21645515.2019.1646577>.
- Román A. Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. Medwave. 2012;12:e5418, <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5418>.
 - Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España. Actualización 4. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Ministerio de Sanidad. 2022 [consultado 30 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.jcyl.es/junta/cs/COVID-19.Actualizacion4.EstrategiaVacunacion.pdf>.
 - Ministerio de Sanidad. Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España. Actualización 5. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2022 [consultado 30 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Actualizaciones.Estrategia.Vacunacion/docs/COVID-19.Actualizacion5.EstrategiaVacunacion.pdf>.
 - Astursalud. Portal de salud del Principado de Asturias. Actualización Programas Clave (PCAIS) Asturias. 2017 [consultado 30 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/01000practica-clinica/02000programas-clave-de-atencion-interdisciplinar-y-guias-clinicas/02000actualizacion-programas-clave-pcais-asturias>.
 - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, 2001 [consultado 30 Jul 2022]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c952f3_guia_diseno_primera.pdf.

María Fernández-Prada^{a,*}, Magda Campins-Martí^b
y Sonia Tamames-Gómez^c

^a Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias, España

^b Grupo de Investigación en Epidemiología y Salud Pública, Instituto de Investigación Valle de Hebrón, Barcelona, España

^c Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mariafdezprada@gmail.com,
maria.fernandezp@sespa.es (M. Fernández-Prada).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.09.006>

0213-005X/ © 2022 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Disponibilidad de anfotericina B desoxicolato en España



Amphotericin B deoxycolate availability in Spain

Sr. Editor:

Con relación a la carta científica publicada recientemente en la revista ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA por Capilla-Miranda et al.¹, en la que se describe la opción de tratamiento con anfotericina B liposomal de una cistitis por *Meyerozyma guilliermondii* resistente a fluconazol, quisiéramos actualizar la información sobre la disponibilidad en España de la especialidad de anfotericina B desoxicolato.

Tal como informan los autores de la carta, es cierto que, en España, desde la retirada hace ya algunos años de la única presentación que existía de anfotericina B desoxicolato (Fungizona®), solo se comercializan 2 presentaciones lipídicas de este antifúngico (Abelcet® y Ambisome®)², que se han consolidado como opción preferente cuando es necesario plantear un tratamiento por vía sistémica. A pesar de ello, no son poco habituales otras situaciones clínicas que precisan de la administración tópica de anfotericina B. Por sus características físico-químicas (hidrosolubilidad), facilidad de manipulación (libre de partículas lipídicas) y menor coste, clásicamente se ha utilizado la presentación desoxicolato para preparar diferentes formulaciones dirigidas a la administración por diferentes vías. Entre otras, la administración intravesical, como la planteada por Capilla-Miranda et al.^{1,3}, la profilaxis o el tratamiento de la aspergilosis pulmonar por vía nebulizada^{4,5}, la inyección intraocular en casos de infección fúngica de este espacio anatómico⁶ u otras situaciones que han requerido de la administración local de anfotericina B⁷.

A pesar de la ausencia de comercialización en España de una especialidad de anfotericina B desoxicolato para poder formular correctamente este antifúngico en los servicios de farmacia, creemos oportuno matizar la afirmación de los autores de la carta científica en cuanto a las dificultades para poder disponer de esta presentación del antifúngico, y quisiéramos compartir algunas opciones para obtener fácilmente anfotericina B desoxicolato. La primera, mediante formulación magistral, práctica regulada

en cada comunidad autónoma a través de oficinas de farmacia legalmente establecidas para la producción de este tipo de medicamentos⁸, y la segunda, a través del programa de Acceso a Medicamentos en Situaciones Especiales habilitado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios⁹, que facilita la importación de viales de anfotericina B desoxicolato comercializados en otros países europeos. Ésta ha sido con toda probabilidad la vía de adquisición del medicamento en los casos publicados recientemente en esta misma revista³. Actualmente es posible la importación de la especialidad Amphotericin B® 50 mg (Pharma International, SA).

Creemos que es interesante actualizar la información de la disponibilidad de anfotericina B desoxicolato en España, para facilitar la posibilidad de plantear una serie de tratamientos con esta presentación del antifúngico, mediante una formulación más sencilla en diferentes escenarios clínicos, con mayor experiencia clínica en numerosas indicaciones y con una evidente reducción del coste.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la redacción de este texto.

Bibliografía

- Capilla-Miranda A, Plaza-López D, García-Clemente P, Baquero-Artiago F. Instalaciones vesicales intermitentes con anfotericina B liposomal para el tratamiento de una cistitis por *Meyerozyma guilliermondii* resistente a fluconazol en un adolescente inmunodeprimido. *Enferm Infecc Microb Clin*. 2023;41:253–4.
- Centro de información online de medicamentos de la AEMPS. Ministerio de Sanidad. Amfotericina [consultado 6 Abr 2023]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/lista.html>
- Comes-Escoda A, Villaronga-Flaque M, Velasco-Arnaiz E, Esteban E, Pertierra-Cortada À, Noguera-Julian A. Renal fungus balls in neonates and very young infants treated with local amphotericin B deoxycolate: Two cases reports and review of the literature. *Enferm Infecc Microb Clin (Engl Ed)*. doi: 10.1016/j.eimc.2023.02.003.
- Otu AA, Langridge P, Denning DW. An evaluation of nebulised amphotericin B deoxycholate (Fungizone®) for treatment of pulmonary aspergillosis in the UK National Aspergillosis Centre. *Mycoses*. 2019;62:1049–55, <http://dx.doi.org/10.1111/myc.12996>.