



VII Jornadas Actualización en Inmunizaciones 2026

**XX Aniversario Curso Latinoamericano Actualización en Inmunizaciones a Distancia**

*“Acercando el conocimiento, acortando distancias y uniendo a Latinoamérica a través de las inmunizaciones”*

Vacunas en el curso de la vida  
**Adultos y no tanto.....**

Dr. Pablo Bonvehí



## Declaración de Conflicto de Interés

Compañía	Disertante	Investigador	Juntas Consultivas
CSL Seqirus	✓		✓
GSK	✓		
MSD	✓		✓
Sanofi	✓		✓
Takeda			✓



# Cómo y por qué vacunamos a los adultos

- Los adultos de cualquier edad están expuestos a distintas enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas
- El riesgo de contraer alguna de esas enfermedades y la recomendación de vacunarse para prevenirlas depende de varios factores como:
  - Estado de salud
  - Edad
  - Estilo de vida
  - Aspectos epidemiológicos
  - Exposición a riesgos como la ocupación o los viajes
- La vacunación puede contribuir a reducir el impacto de la resistencia a los antimicrobianos (una de las 10 mayores amenazas a la salud – OMS)



## Desafíos actuales y futuros

- Desarrollo científico y tecnológico ha promovido el desarrollo de varias vacunas dirigidas a los adultos que, anteriormente no era considerado como grupo objetivo, presentando un escenario más complejo para la prevención
- Baja percepción de riesgo de enfermedades inmunoprevenibles (EIP) entre los adultos
- Baja cobertura global
- Barreras para el acceso
- Numerosas medidas preventivas juntas (dieta, hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes) postergan la vacunación
- Temor a efectos adversos o miedos a las inyecciones

- Centros de vacunación solo dirigidos a población pediátrica
- Financiadores no siempre pagan por la vacunación para adultos
- Grupos antivacunas o personas indecisas respecto a la vacunación
- Fallas en los registros de vacunación
- Proporción de adultos y adultos mayores es la que crece más aceleradamente en el mundo:
  - Proporción de personas > 60 años aumentó:
    - 9.2% (1990)
    - 12.7% (2015)
    - **21.1% previsto (2050) crecimiento más acelerado en los países menos desarrollados**



# Vacunación en adultos mayores

## El desafío de la inmunosenescencia y la inflamación crónica

- **“Inmunosenescencia”**: reducción progresiva de la función del sistema inmune (respuesta innata y adaptativa) que depende de la edad
- Acumulación a lo largo de la vida de exposición a factores ambientales que disparan cambios en la respuesta inmune innata incluyendo un aumento en la producción de mediadores pro-inflamatorios
- Mediadores pro-inflamatorios producen estado inflamatorio crónico conocido como **“Inflammaging”**
- Resultado: menor respuesta inmune frente a infecciones que los adultos jóvenes
- Consecuencias:
  - Mayor susceptibilidad a infecciones virales y bacterianas
  - Mayor riesgo de infecciones oportunistas, reactivación de virus latentes
  - Neoplasias
- **Estos fenómenos también disminuyen la respuesta a las vacunas**

### La revolución de la longevidad: “Envejecer es la gran conquista social de los últimos 100 años”, dice un experto

El médico brasileño Alexandre Kalache, que dirigió durante más de una década el departamento sobre el tema en la OMS, explica cuáles son las políticas que los estados deberían adoptar para proteger a los adultos mayores

18 de septiembre de 2022 • 15:38



**Carlos Sanzol**  
Para LA NACION





# Recomendaciones de Vacunas en el adulto

Vacuna	17 – 45 años	45 – 64 años	≥ 65 años
Doble Adultos (dT)	1 dosis cada 10 años		
Triple acelular (dTpa)	1 dosis en reemplazo de una dT - 1 d en c/embarazo (a partir semana 20)		
Antigripal	1 dosis anual - 1 d en c/embarazo (cualquier trimestre)		1 dosis anual
Virus Sincicial Respiratorio (VSR)	1 dosis en c/embarazo (32 – 36 semanas)		1 dosis (> 60 años)
Neumococo VNC13/VAN23 ó VCN20	Esquema secuencial ó VCN20		Esquema secuencial ó VCN20
COVID-19	Esquema primario + refuerzos (incluyendo embarazo)		
Herpes Zóster (vacuna inactivada)		>18 con FR 2 d	> 50 2 dosis
HPV (vacuna)	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>Evaluar necesidad de administrar algunas vacunas características de la infancia como sarampión, varicela</b></p> </div>		
Hepatitis B			
Hepatitis A	2 dosis (0, 6 a 12 m)		
Antimeningocócica	1 ó 2 dosis (revacunar c/5 años si mantiene FR)		
Fiebre Amarilla	1 dosis		Evaluar riesgo/beneficio
	1 dosis (viajeros)		
Dengue	2 dosis (0 y 3 m)		

A todo el grupo

Grupos con indicación

En área geográfica de riesgo

Situaciones especiales

No aprobada/no indicada



# Porqué re-vacunar a los adultos contra tétanos y difteria

## Difteria en Latinoamérica

Venezuela: El brote de difteria que se inició en Venezuela en julio de 2016 seguía activo en 2019 (OPS) con 2512 casos sospechosos y 1559 confirmados (46 en 2019) con 270 fallecidos

Colombia y Haití: también casos en 2018 (OPS). Haití 673 casos y 102 defunciones acumulados (2014-2018)

## Tétanos en Latinoamérica

- Incidencia y prevalencia actuales del tétanos en América Latina son muy bajas
- La mayoría de los países han logrado la eliminación del tétanos materno y neonatal
- Casos esporádicos principalmente en adultos no vacunados
- Específicamente en zonas con coberturas de vacunación subóptima, especialmente entre varones mayores, poblaciones rurales y aquellos con exposición ocupacional a heridas contaminadas



## Vacuna doble adultos

- Composición: Contiene toxoide tetánico (40 UI) y **toxoide diftérico (2,8 UI, 10 veces menos que en la vacuna de los niños)**, inactivados con formalina, adsorbidos con fosfato de aluminio, conservados con thimerosal.
- Elevada inmunogenicidad y eficacia: >95%
- Dosis y vía de administración:
  - **Adultos no vacunados: serie primaria de tres dosis de toxoides tetánico y diftérico adsorbidos (doble bacteriana para adultos) primeras dos dosis con intervalos de 4 a 8 semanas, y la tercera dosis, 6 m a 1 año después de la segunda**
  - **Adultos vacunados: 1 dosis cada 10 años**



# A qué adultos y con qué los vacunamos para pertussis?

- ✓ **Personal de salud en contacto con:**
  - ✓ lactantes menores de 1 año
  - ✓ recién nacidos de menos de 1.500 gramos
- ✓ **Mujeres embarazadas, desde la semana 20 de gestación en cada embarazo**
- ✓ **Varias sociedades científicas recomiendan al menos una dosis de dTpa en reemplazo de dT**

## **Vacuna triple bacteriana acelular (dTpa)**

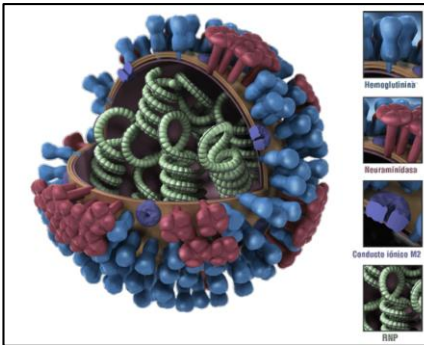
(no se dispone de vacuna monovalente contra *B.pertussis*, se combina con tétanos y difteria)

- La vacuna contiene toxoides tetánico y diftérico contienen:
  - Toxina inactivada o detoxificada
  - Uno o más inmunógenos bacterianos:
    - Hemaglutinina filamentosa (HAF)
    - Pertactina (Pn)
    - Aglutinógenos de 2 tipos de fimbrias (2 y 3)\*

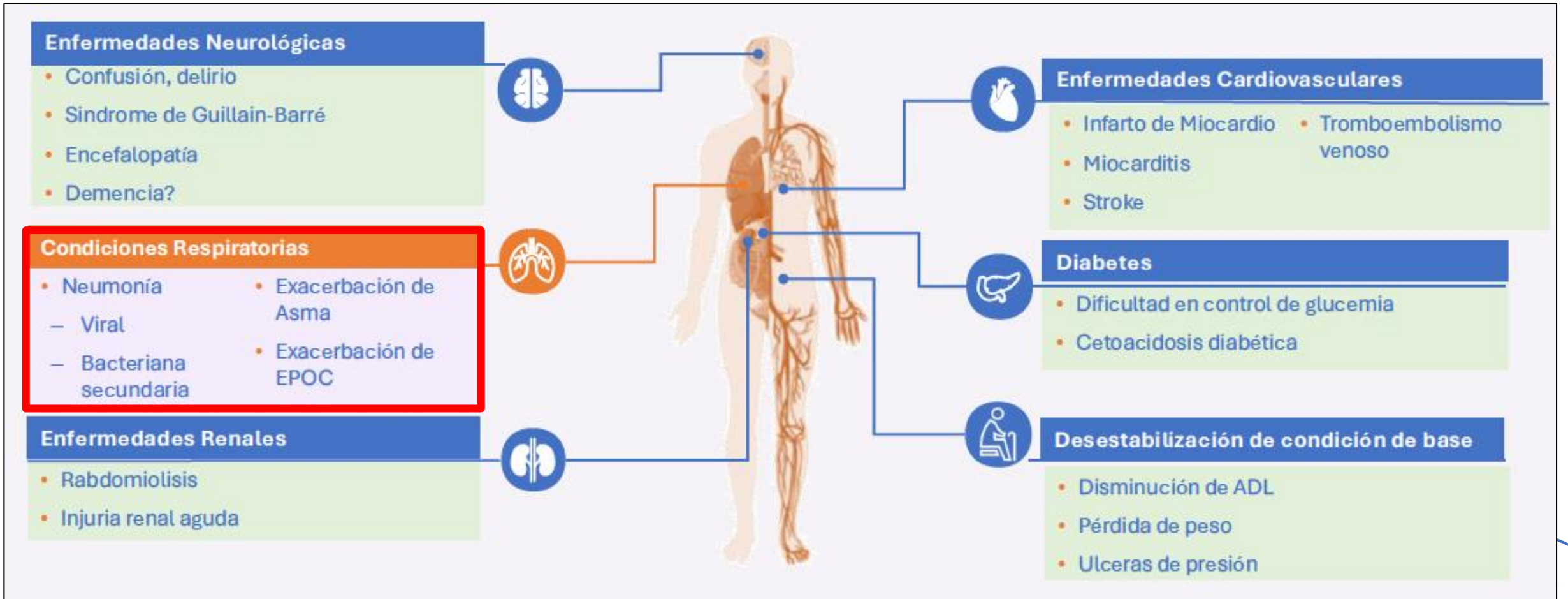
\*en una de las vacunas disponibles



# VACUNAS EN ADULTOS FRENTE A PATÓGENOS RESPIRATORIOS



# Influenza complicaciones respiratorias y extrapulmonares



Macías AE, et al. *Vaccine*. 2021;39(Suppl 1):A6-A14.; Ekstrand JJ. *Semin Pediatr Neurol*. 2012 Sep;19(3):96-100. Warren-Gash C, et al. *Eur Respir J*. 2018;51:1701794; Kwong JC, et al. *N Engl J Med*. 2018;378:345-353 Baral N, et al. *Cureus*. 2020;Dec;12(12):e12007. Boehme AK, et al. *Ann Clin Transl Neurol*. 2018;5(4):456-463; Zhu T, et al. *Thromb Haemost*. 2009;Dec;102(6):1259-64. Klein EY, et al. *Influenza Other Respir Viruses*. 2016 Sep;10(5):394-403. Kubale J, et al. *Clin Infect Dis*. 2021;Dec 6;73(11):e4288-e4295. Schwarze J, et al. *Allergy*. 2018;Jun;73(6):1151-1181. Wesseling G. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2007;2:5-10; Samson S, et al. *J Diabetes Sci Technol*. 2021;Jan;15(1):44-52. Diepersloot RJ, et al. *Diabetes Care*. 1990;Aug;13(8):876-82. Watanabe T. *Eur J Pediatr*. 2013;Jan;172(1):15-22. Andrew MK, et al. *J Am Geriatr Soc*. 2021;Mar;69(3):696-703. Barker WH, et al. *Arch Intern Med*. 1998;Mar 23;158(6):645-50. Gozalo PL, et al. *J Am Geriatr Soc*. 2012;Jul;60(7):1260-7. Macías AE, McElhaney JE, Chaves SS, et al. *Vaccine* 2021; 39: Suppl. 1, A6–A14; Fischer WA, Gong M, Bhagwanjee S, et al. *Glob Heart*. 2014; 9: 325–33



# Tipos de vacunas contra influenza *disponibles en el mundo*

- **Composición:**

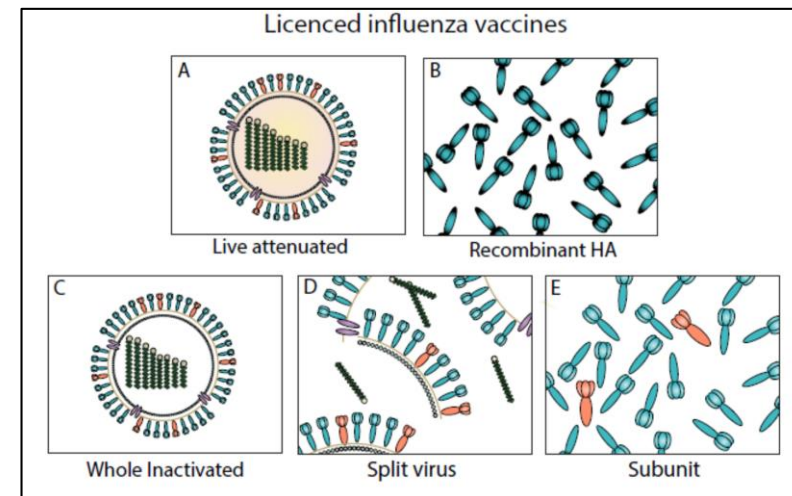
- **Trivalente (A: H3N2, H1N1+B Victoria)**
- Cuadrivalente (+B Yamagata)

- **Presencia de adyuvantes:**

- Adyuvantada o no adyuvantada

- **Plataforma de elaboración:**

- **Huevos embrionados**
- Líneas celulares
- Recombinante
- RNA mensajero



- **Contenido de antígeno vacunal:**

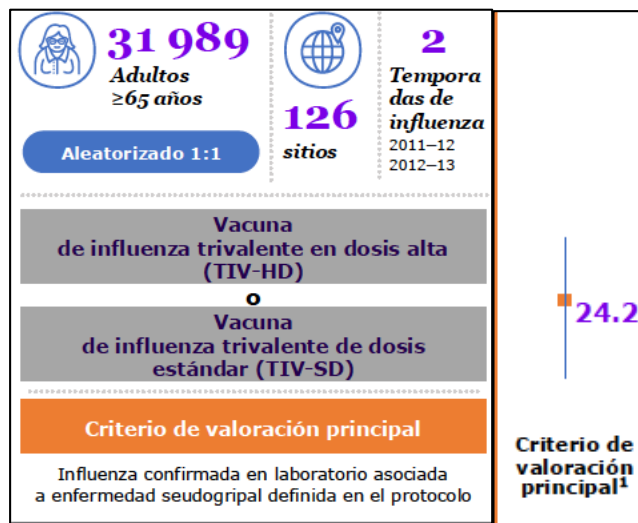
- **De alta dosis de antígeno (60 µg)**
- Dosis estándar (15 µg)

- **Tipo de vacuna:**

- **Inactivada (split o subunidades)**
- Virus vivo (intranasal)

# Vacuna de alta dosis

## EFICACIA



Reacciones locales solicitadas <sup>1</sup> n (%)	TIV-HD (n = 2572)	TIV-SD (n = 1260)
Dolor	915 (36 %)	306 (24 %)
Eritema	384 (15 %)	136 (11 %)
Hinchazón	165 (9 %)	45 (6 %)

**Efectividad en vida real** (estudio pragmático vs dosis estándar. N 466.320 adultos mayores, casi 50% con al menos una comorbilidad)

- **Hospitalización por influenza o neumonía (endpoint primario):**  
→ rVE 8,8% a favor de HD-IIV (IC95% 1,7–15,5).
- **Hospitalización por influenza confirmada por laboratorio:**  
→ rVE 31,9% (IC95% 19,7–42,2).
- **Hospitalización cardiorrespiratoria:**  
→ rVE 6,3% (IC95% 2,5–10,0).
- **Hospitalización por cualquier causa:**  
→ rVE 2,2% (IC95% 0,3–4,1).

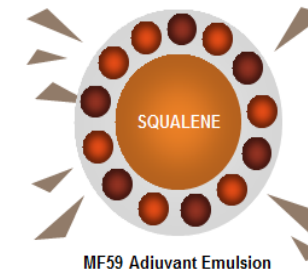
### Vigilancia pasiva de seguridad mejorada (EPSS) para 2021/22 y 2022/2023 en Alemania<sup>4,5</sup>

Durante su uso rutinario como la vacuna de influenza preferida para personas mayores de 60 años, QIV-HD mostró un perfil de seguridad consistente con estudios clínicos anteriores.



# Vacuna adyuvantada

Pequeña vesícula (~160 nm de diámetro), estable.  
Emulsión de aceite en agua (escualeno, tween 80, span 85)



## INMUNOGENICIDAD

- Los sujetos expuestos presentan una **respuesta inmunogénica superior**
- Mayor títulos de Anticuerpos** a los 12 meses post-vacunación.
- Títulos de anticuerpos 1,5 veces mayores con la TIVad vs TIV y **duración más prolongada.**
- Respuesta antigénica más amplia provee **reacción**

	LIVE Fase 4 Estudio Observacional <sup>1</sup> N = 170,988	Estudio Observacional Canadá, BC <sup>2</sup> N = 282	Estudio Observacional Canadá <sup>3</sup> N = 5017	Estudio de clúster prospectivo en centros de cuidados crónicos de Estados Unidos <sup>4</sup> N = 52,774	Estudio retrospectivo Italiano CV <sup>5</sup> N = NA
Temporada	2006-2009	2011-2012	2011-2014	2016-2017	2002-2016
Diseño del estudio	Estudio de cohorte fase 4, abierto, observacional, prospectivo.	Estudio prospectivo, caso-control, fase cuatro, basado en la comunidad.	Estudio prospectivo, fase 4 de vigilancia	Estudio de clúster, randomizado, fase 4,	Estudio retrospectivo, caso control anidado, longitudinal de efectividad

Resultados principales	Resultados principales	Resultados principales	Resultados principales	Resultados principales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>25%</b> de reducción del riesgo de hospitalizaciones por influenza o neumonía en pacientes vacunados con aTIV vs vacunados con TIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectividad global de <b>58%</b> para aTIV para infección por influenza confirmada por laboratorio</li> <li>• <b>63%</b> rEV para aTIV vs TIV</li> <li>• <b>72%</b> de efectividad en pacientes de la comunidad</li> <li>• TIV no fue efectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectividad global del <b>61.3%</b> para aTIV para influenza confirmada por laboratorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>7%</b> de reducción en todas las causas de hospitalización para individuos vacunados con aTIV vs vacunados con TIV</li> <li>• <b>20%</b> de reducción en hospitalizaciones por neumonía e influenza en pacientes vacunados aTIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>39%</b> de reducción en el riesgo de hospitalización por neumonía y eventos cerebro/CV en vacunados con aTIV vs vacunados con TIV.</li> </ul>

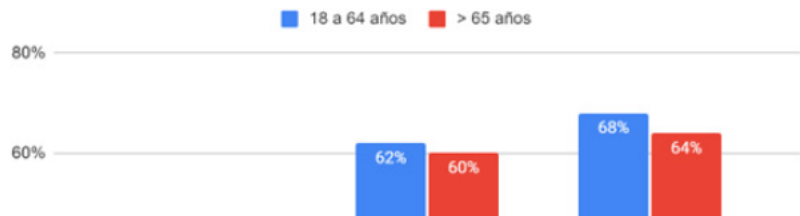
## Clinicos y observacionales

- Estudios controlados > 5.000 niños, 18.000 adultos, y 15.000 adultos mayores.
- No hay alertas de seguridad en estudios clínicos o bases de datos de farmacovigilancia**

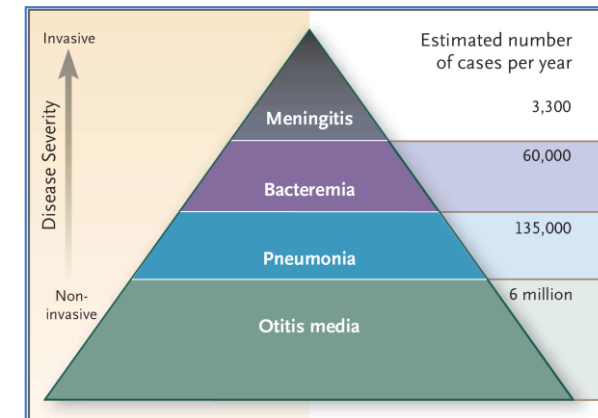
Resultados principales	Resultados principales	Resultados principales	Resultados principales	Resultados principales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>25%</b> de reducción del riesgo de hospitalizaciones por influenza o neumonía en pacientes vacunados con aTIV vs vacunados con TIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectividad global de <b>58%</b> para aTIV para infección por influenza confirmada por laboratorio</li> <li>• <b>63%</b> rEV para aTIV vs TIV</li> <li>• <b>72%</b> de efectividad en pacientes de la comunidad</li> <li>• TIV no fue efectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectividad global del <b>61.3%</b> para aTIV para influenza confirmada por laboratorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>7%</b> de reducción en todas las causas de hospitalización para individuos vacunados con aTIV vs vacunados con TIV</li> <li>• <b>20%</b> de reducción en hospitalizaciones por neumonía e influenza en pacientes vacunados aTIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>39%</b> de reducción en el riesgo de hospitalización por neumonía y eventos cerebro/CV en vacunados con aTIV vs vacunados con TIV.</li> </ul>



# Vacuna antineumocócica



Inmunocompromiso (HIC), fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR) o implante coclear	Enfermedades crónicas con riesgo aumentado de ENI
<p><b>Condiciones incluidas dentro de HIC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por VIH</li> <li>• Personas en diálisis</li> <li>• Síndrome nefrótico</li> <li>• Enfermedades neoplásicas</li> <li>• Leucemia, Linfoma y enfermedad de Hodgkin</li> <li>• Inmunodepresión farmacológica o radioterapia</li> <li>• Trasplante de órgano sólido</li> <li>• Trasplante de médula ósea</li> <li>• Asplenia funcional o anatómica</li> <li>• Anemia de células falciformes u otras hemoglobinopatías</li> <li>• Inmunodeficiencias congénitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatía crónica</li> <li>• Enfermedad pulmonar crónica</li> <li>• Enfermedad hepática crónica</li> <li>• Enfermedad renal crónica (excepto personas en diálisis y síndrome nefrótico)</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Tabaquismo (personas adultas)</li> <li>• Alcoholismo (personas adultas)</li> </ul>



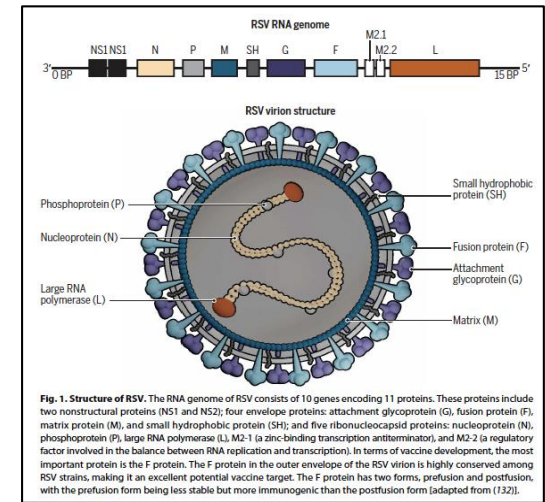
## ESQUEMA DE VACUNACIÓN

	Elección	Esquema alternativo
<b>&gt; 60 años(*)</b>	1 dosis PCV20	PCV13/PCV15 + 1 dosis PPV23 a los 12 meses
<b>18 a 59 años pertenecientes a grupo de riesgo (ver tabla)**</b>	1 dosis PCV20	PCV13/PCV15 + 1 dosis PPV23 a los 12 meses
<b>Receptores de trasplante de células hematopoyéticas (TCH):</b>	<p>PCV20: Esquema 3 + 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-3 dosis separadas por al menos un mes cada una, comenzando 3 a 6 meses post TCHP</li> <li>-4º dosis a los 6 meses de la última dosis de PCV20, o a los 12 meses del trasplante (lo que ocurra más tarde)</li> </ul>	<p>PCV13 o PCV15:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-3 dosis separadas por al menos un mes cada una, comenzando 3 a 6 meses post TCHP</li> <li>-y, a los 6 meses de la última dosis de PCV13 o PCV15, o, a los 12 meses del trasplante (lo que ocurra más tarde) aplicar, dependiendo la situación:</li> <li>• 1 dosis de PPV23: pacientes sin enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónico</li> <li>• O 1 dosis de PCV13 o PCV15: en caso de EICH crónico (baja respuesta a PPV23)</li> </ul>



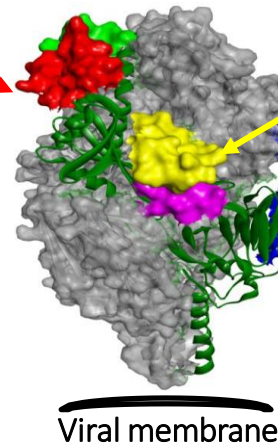
# Vacunación contra VSR

Vacunas de subunidades basadas en glicoproteínas F del VSR en su conformación prefusión



Antigenic site Ø  
(Nirsevimab, AM22)

Antigenic site II  
(Synagis)



Antigenic site IV  
(101-F, AM14)

VSR preF Abrysvo<sup>®</sup>

Aprobada en adultos:

- 18 – 59 a con FR
- > 60 años
- Embarazdas

VSR PreF3 + AS01<sub>E</sub>  
Arexvy<sup>®</sup>

Aprobada en adultos:

- 50 – 59 a con FR
- > 60 años

Sólo la proteína de prefusión F puede unirse a las células huésped para que el VSR infecte. Los anticuerpos específicos de la forma de prefusión son los más eficaces para bloquear la infección por el virus

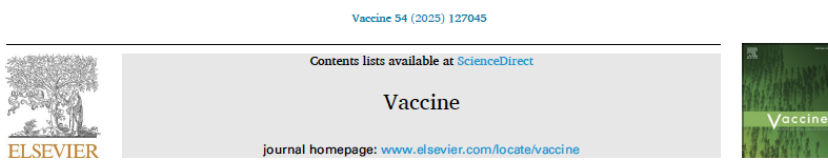
# Vacunación contra VSR: eficacia, efectividad y seguridad

Dominio	Hallazgos clave	Interpretación para la práctica
<b>Eficacia (ensayos clínicos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Arexvy® (GSK):</b> ~82,6% (1ª temporada) y 67,2% (1–2 temporadas) contra ETRI.</li> <li>- <b>Abrysvo® (Pfizer):</b> 66,7% (≥2 síntomas) y 85,7% (≥3 síntomas) en 1ª temporada.- Alta eficacia contra enfermedad grave (Arexvy hasta 94%).</li> </ul>	Elevada protección frente a enfermedad respiratoria inferior, consistente entre plataformas. Mayor impacto en prevención de cuadros graves.
<b>Eficacia en &lt;60 con comorbilidades</b>	- No hay ensayos clínicos directos.- Evidencia basada en <b>inmuno-bridging</b> (respuesta inmune no inferior a ≥60 años).	Permite extrapolar eficacia a adultos con factores de riesgo, aunque con menor nivel de evidencia clínica directa.
<b>Efectividad (vida real) para prevenir hospitalización</b>	- <b>En general superior al 70%.</b> Incluyendo poblaciones especiales como HIC	En < 60 años y poblaciones especiales se espera más información mediante estudios observacionales (test-negative, cohortes).
<b>Seguridad (ensayos e inmunogenicidad)</b>	- Perfil de seguridad <b>favorable y consistente.</b> - Reactogenicidad generalmente leve-moderada.- Similar entre grupos etarios y en inmunocomprometidos.	Adecuadas para uso en población con comorbilidades, incluyendo inmunocomprometidos (vacunas inactivadas).
<b>Seguridad post-comercialización</b>	- Vigilancia en curso.- No se identifican señales mayores inesperadas hasta el momento (según documento).	Importante continuar farmacovigilancia, especialmente en poblaciones de alto riesgo.

# Vacunas contra COVID-19

## Vacunas disponibles en Argentina:

- **Vacunas ARNm:** (ámbito público)
  - Vacuna COMIRNATY® monovariante (Pfizer BioNtech) JN.1
- **Vacunas proteicas recombinantes:** (sector privado)
  - Vacuna ARVAC ® monovalente de subunidad proteica RBD Omicron JN.1



Immunogenicity and safety of monovalent and bivalent SARS-CoV-2 variant adapted RBD-based protein booster vaccines in adults previously immunized with different vaccine platforms: A phase II/III, randomized clinical trial

Acs neutralizantes contra RBD  $\geq 1030$  UI/ml (correlacionado con un 90% de protección contra COVID-19 sintomático) en > 85 % de los participantes. Para refuerzo en > 18 años



## Recomendaciones Argentina

- **Personas de 12 a 64 años de edad con factores de riesgo:** se debe aplicar 1 dosis cada 12 meses.
- **Personas con inmunocompromiso:** se debe aplicar 1 dosis cada 6 meses.
- **Personas de 65 años de edad o más** se debe aplicar una dosis anual independientemente del estado de vacunación previo.
- **Personal de salud y personal estratégico** dosis anual.
- **Embarazadas** en cualquier trimestre una dosis.

## PORQUE VACUNAR CONTRA COVID-19

- Incertidumbre del rumbo epidemiológico
- Presencia de casos y muertes asociadas a SARS-CoV-2 en grupos de riesgo como los adultos mayores
- Posibilidad de aparición de nuevas variantes con mayor virulencia
- Reinfecciones aumentan el riesgo de secuelas multiorgánicas de mediano y largo plazo.
- Long COVID

### FACTORES DE RIESGO:

- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad pulmonar crónica (enfermedad pulmonar intersticial, embolia pulmonar, hipertensión pulmonar, bronquiectasia, EPOC)
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis, esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica, enfermedad hepática etílica, hepatitis autoinmune)
- Fibrosis quística
- Diabetes mellitus tipo I y tipo 2
- Enfermedad cardiovascular (p. ej, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, miocardiopatías, cardiopatía congénita)
- Hemofilia
- Enfermedad neurológica (parálisis cerebral, demencia, epilepsia, enfermedad de Parkinson, lesiones de la médula espinal)
- Obesidad IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>
- Anemia drepanocítica
- Tuberculosis



## Vacuna contra Herpes Zóster

- Mayor incidencia y gravedad de HZ y NPH en adultos mayores y HIC
- Vacuna inactivada recombinante contiene gpE adyuvantada con AS01<sub>B</sub>
- Alta eficacia para prevención de HZ y NPH
- Eventos adversos: locales (dolor y eritema) y sistémicos (astenia, mialgias)
- Datos de efectividad en la vida real
- Eficacia en HIC para prevención de HZ entre 68.2% (TCPH) a 96.2% (PVVIH)

Grupo etario (años)	<b>EFICACIA FRENTE A HZ</b> ZOE-50 y ZOE-70 <sup>1,†</sup> Análisis agrupados, preespecificados
≥70 <sup>‡</sup>	<b>91.3%</b> (86.8-94.5)
70-79	<b>91.3%</b> (86.0-94.9)
≥80	<b>91.4%</b> (80.2-96.9)

<b>EFICACIA FRENTE A NPH y OTRAS COMPLICACIONES (Análisis agrupado ZOE 50 ZOE 70)</b>		
<b>NPH</b>	≥ 70 años	<b>88.8</b> (68,7 -97,1)
<b>Otras complicaciones asociadas al HZ</b>	≥ 50 años	<b>93,7%</b> (IC del 95%: 59,5 - 99,9)
	≥ 70 años	<b>91,6%</b> (IC del 95%: 43,3 - 99,8 )

- Efectividad (datos de vida real) con dos dosis:

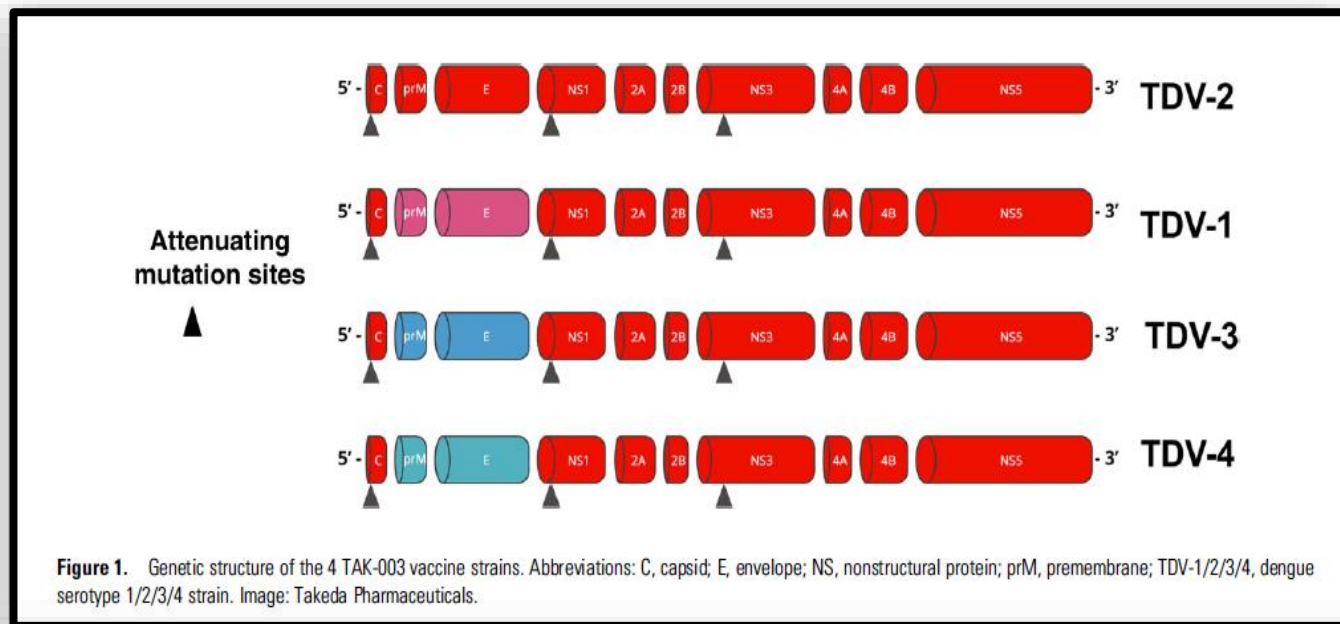
- HZ: 70.1% (IC95%, 68.6-71.5)
- NPH: 76.0% (CI95%, 68.4–81.8)

Esquema 2 dosis: intervalo 2 meses (1 en HIC)  
Aprobada para todos los ≥ 50 a y 18 a 49 con FR

HZ: herpes zóster  
NPH: neuralgia post herpética  
HIC: huésped inmunocomprometido  
FR: factores de riesgo

# Vacuna contra el dengue

## Vacuna TAK-003 (Qdenga)



- Vacuna a virus vivo atenuada quimérica
- Aprobado para personas a partir de 4 años
- Esquema de dos dosis (0 y 3 meses)
- Administración subcutánea
- No se ha establecido la necesidad de una dosis de refuerzo.
- Contraindicada en inmunocomprometidos, gestantes y lactancia

- Eficacia a 7 años:**
- Contra la hospitalización (**90,6%**)
  - Contra el dengue confirmado virológicamente (**74,3%**)
  - Menor eficacia en los que eran sero-negativos pre vacunación
  - No se demostró eficacia para el serotipo 3 en sero-negativos
  - Incluida en calendario en ciertas regiones del país y grupos de edad (mayormente adultos jóvenes)

Efectividad frente a dengue sintomático confirmado virológicamente 10 a 14 años:

- 50,2% (IC 95%: 45,0, 54,9) una dosis
- 61,7% (IC 95%: 39,9, 75,6) dos dosis
- Hospitalización: 67,5% (IC 95%: 43,4, 81,3) una dosis

- Seguridad:
- Locales: dolor (50%), eritema (27%)
  - Sistémicos: malestar general (24%), astenia (20%), fiebre (11%)
- Datos vida real en > 60 años: sin diferencias con menores de esa edad

# Vacuna contra HPV

## Calendario:

- varones y mujeres entre 11 y 26 años que vivan con VIH, quienes hayan sido trasplantados (órganos sólidos o células hematopoyéticas) y personas con enfermedades autoinmunes (LES, AIJ, EII, DM y otras enf. autoinmunes en plan de recibir inmunosupresión) 3 dosis

## Fuera de Calendario: Mujeres y hombres entre 27 a 45 años más vulnerables a adquirir la infección o enfermedad por VPH:

- HSH, bisexuales, transgénero, Trabajadores sexuales (HSH: hombre sexo con hombres)
- Personas abusadas sexualmente
- Personas con múltiples parejas (+ de 1 en 30 días)
- Personas viviendo con VIH
- Trasplantados
- Enfermedades reumatológicas autoinmunes: como LES, AR, entre otras
- Tratamiento con inmunosupresores o biológicos
- Diabetes
- Enfermedad oncológica previa por HPV (riesgo mayor de desarrollar cáncer por HPV en otra localización)

- Tecnología recombinante ADN
- Proteína estructural L1 purificada que se autoensambla para formar cáscaras vacías específicas del tipo de VPH, denominadas partículas similares a virus (VLP)
- Genera respuesta inmune celular local y anticuerpos neutralizantes

Características	Nonavalente
Genotipos	30 µg <b>HPV-6</b> L1VLP - 40 µg <b>HPV-11</b> L1VLP - 60 µg <b>HPV-16</b> L1VLP - 40 µg <b>HPV-18</b> L1VLP - 20 µg <b>HPV-31</b> L1VLP - 20 µg <b>HPV-33</b> L1VLP - 20 µg <b>HPV-45</b> L1VLP1 - 20 µg <b>HPV-52</b> L1VLP - 20 µg <b>HPV-58</b> L1VLP
Adyuvante	Amorphous aluminum hydroxyphosphate sulfate (AAHS) 500 µg
Substrato	<i>S.cerevisiae</i>
Esquema	0 – 2 – 6 meses en HIC
Edad	≥ 9 años (mujeres y hombres)



### CALENDARIO DE VACUNAS EN ADULTOS RECOMENDADO POR LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE VACUNOLOGÍA - SLV

VACUNA	19-26 AÑOS	27-49 AÑOS	50-64 AÑOS	≥65 AÑOS
COVID-19	Al menos 1 dosis actualizada anual			
Influenza / gripe	Todos los años			
Virus Respiratorio Sincial (VRS)	Embarazadas			A partir de los 60 años
Difteria, tétanos, pertussis (Tdap/Td)	En cada embarazo, y cada 10 años para todo adulto			
Triple viral	No vacunados o con esquema incompleto; nacidos antes de 1957 no necesitan ser vacunados			
Varicela	Hasta 40 años con esquema incompleto o sin historia previa de enfermedad			
Zóster				
HPV				
Antineumocócica (PCV15/PCV20/PCV21 - PPSV23)				
Hepatitis A	No vacunados, o con esquema incompleto, o sin antecedentes de enfermedad			
Hepatitis B	No vacunados, o con esquema incompleto, o sin antecedentes de enfermedad			
Dengue	Personas con riesgo de exposición			
Fiebre amarilla	Personas que viven en áreas endémicas			



## Vacunación en el curso de la vida: mensajes claves

- La carga de enfermedad prevenible en adultos sigue siendo alta y subestimada
- El riesgo no depende solo de la edad: las comorbilidades son determinantes clave
- La inmunosenescencia exige estrategias vacunales más potentes y adaptadas
- Las nuevas vacunas (VSR, HZ, dengue, COVID-19) cambian el escenario preventivo
- Las bajas coberturas reflejan fallas del sistema, no falta de herramientas
- Vacunar al adulto es una intervención costo-efectiva que salva vidas y reduce hospitalizaciones

***Pasar de la recomendación a la acción es el verdadero desafío***