



Posicionamiento para la optimización de estrategias de prevención en patología respiratoria en el adulto

Neumococo como eje y enfoque integrado con VRS, COVID-19 y gripe

Tudela, 29 mayo de 2026

Las infecciones respiratorias en el adulto siguen siendo una causa relevante de morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios. En España, los calendarios de vacunación del adulto comparten principios comunes —priorización por edad, comorbilidad e institucionalización—, con adaptación autonómica en su implementación. En Aragón, Navarra, País Vasco y La Rioja se observa una convergencia en los objetivos de prevención, aunque persisten diferencias operativas en captación y circuitos asistenciales [1–2,8–12].

En este contexto, un enfoque integrado facilita ordenar las intervenciones preventivas con mayor impacto clínico. Neumococo, gripe, COVID-19 y VRS comparten población diana y ventanas estacionales; por ello, el objetivo transversal es maximizar coberturas y reducir oportunidades perdidas, especialmente en personas mayores y pacientes con patología crónica [12,15–16,19].

En vacunación antineumocócica del adulto, la recomendación programática en Aragón, País Vasco y La Rioja se articula con PCV20 como vacuna de referencia por edad y/o condiciones de riesgo. En Navarra, la estrategia incluye igualmente PCV20 y podría contemplar PCV21 como alternativa en adultos no vacunados previamente, de acuerdo con disponibilidad, ficha técnica y recomendaciones oficiales vigentes; en cualquier caso, PCV20 forma parte también de la estrategia en Navarra [8–11,18].

Para situar los elementos clave ‘encima de la mesa’ en neumococo, la evidencia de vigilancia reciente apunta a tres mensajes: (i) incremento de carga en España, (ii) dinámica serotípica pospandémica y (iii) relevancia clínica en adultos de serotipos prevenibles. El informe nacional de ENI 2024 describe 5.362 casos autóctonos notificados (TN 11,03/100.000), un 10% más que en 2023 y el valor más alto desde el inicio de la vigilancia en 2015; la carga se concentra especialmente en ≥ 65 años [1,21].

En 2024, el mismo documento resume que se dispuso de información de serotipo en el 72% de los casos, identificándose 67 serotipos diferentes, lo que refuerza la necesidad de estrategias basadas en vigilancia y revisables. Entre los serotipos predominantes se describen 8 y 3 ($\approx 35\%$ de los tipificados), seguidos por 4, 22F y 9N, con especial relevancia en población adulta [1,21].

Respecto a la dinámica pospandémica, el informe del consorcio IRIS (27 países) reportó aumentos marcados en 2022 frente a 2018–2019 para serotipos 3, 4, 9V, 19A y 19F; el documento destaca este hallazgo como marco internacional para interpretar la evolución reciente [21].

La diferenciación entre PCV20 y PCV21 debe interpretarse en el contexto de la epidemiología local y de la evidencia disponible. En términos generales, las decisiones programáticas se apoyan en la combinación de cobertura de serotipos relevantes en adultos, resultados de inmunogenicidad y seguridad, y evidencia



post-autorización cuando existe. En este sentido, PCV20 dispone de evidencia de efectividad en vida real publicada en población ≥ 65 años en una cohorte amplia [20], mientras que PCV21 cuenta con un programa clínico fase 3 de inmunogenicidad y seguridad en adultos y ficha técnica autorizada para su uso en población adulta [18].

Esta propuesta, no obstante, requiere ser interpretada con cautela, pues la distribución actual de serotipos de *S. pneumoniae* no es un fenómeno estático ni independiente, sino el resultado de la presión selectiva ejercida durante décadas por los programas de vacunación. En consecuencia, la aparente mayor cobertura potencial de las nuevas formulaciones podría estar, al menos en parte, condicionada por este sesgo de confusión, infrarrepresentando los serotipos presentes en las vacunas comercializadas hasta la fecha [25].

De forma práctica, el documento de síntesis destaca dos serotipos de especial interés en adultos por su reemergencia y perfil clínico: el serotipo 4 y el serotipo 14. Para serotipo 4 se recogen 214 casos notificados en 2024 frente a 102 en 2023 —incremento $>100\%$ — y se indica que afecta mayoritariamente a adultos, con impacto en 25–64 años y ≥ 65 años [21].

Para serotipo 14 se describen 122 casos en 2024 —incremento $>100\%$ vs. 2023— y se subraya su asociación con resistencia antimicrobiana y con desenlaces de mayor complejidad clínica, como ingreso en UCI, en estudios nacionales citados en el propio documento [21].

En coherencia con estos elementos, el mismo texto advierte que estrategias que dejasen de cubrir determinados serotipos prevenibles podrían favorecer reemergencias cuando disminuye la presión vacunal, con especial impacto en adultos mayores, pacientes crónicos e inmunodeprimidos [21].

En VRS, la disponibilidad de tres vacunas en Europa permite una estrategia orientada a riesgo. Sin entrar en comparativas directas, existen diferencias técnicas y regulatorias relevantes para la planificación: una de las vacunas contiene antígenos prefusión F de los subgrupos A y B —bivalente— y, además de su indicación en adultos, está autorizada para inmunización en embarazo —entre semanas 24–36— con el objetivo de proteger al lactante frente a LRTD por VRS hasta los 6 meses. Otra se basa en una proteína RSVPreF3 adyuvada y está autorizada para la prevención de LRTD por VRS en adultos. La tercera utiliza tecnología de ARNm que codifica una proteína F del RSV-A en conformación prefusión y está autorizada para la prevención de LRTD por VRS en adultos [22–24].

La prevención frente a SARS-CoV-2 se mantiene como prioridad de salud pública por su capacidad de provocar enfermedad grave y mortalidad en grupos vulnerables. Las recomendaciones oficiales 2025–2026 se orientan a vacunar de forma estacional a los grupos con mayor riesgo de complicaciones, con el objetivo de reducir morbilidad y presión asistencial, y contemplan coadministración cuando esté indicado [15–16].

La vacunación antigripal sigue siendo un pilar fundamental de la prevención respiratoria en el adulto. Las recomendaciones oficiales 2025–2026 enfatizan el objetivo de incrementar coberturas vacunales, especialmente en personas mayores, pacientes con condiciones de riesgo y profesionales sanitarios, para reducir morbilidad e impacto sobre la capacidad asistencial durante el periodo epidémico [19].



Conclusiones y recomendaciones

La evidencia de vigilancia disponible en España confirma que la enfermedad neumocócica invasiva continúa representando un problema relevante de salud pública en la población adulta, con incremento de la carga notificada, diversidad serotípica y especial impacto en personas mayores y pacientes con condiciones de riesgo. La identificación de serotipos emergentes o reemergentes, junto con la evolución pospandémica de la epidemiología respiratoria, refuerza la necesidad de estrategias preventivas dinámicas, basadas en vigilancia epidemiológica, revisión periódica y evaluación de resultados en vida real [1,21].

En este contexto, las sociedades firmantes consideran prioritario avanzar hacia un modelo integrado de prevención respiratoria en el adulto, en el que neumococo, gripe, COVID-19 y VRS se aborden de forma coordinada. Estas infecciones comparten población diana, ventanas estacionales y oportunidades asistenciales de intervención, por lo que una planificación conjunta puede contribuir a mejorar coberturas, reducir oportunidades perdidas y disminuir hospitalizaciones evitables [12,15–16,19,21].

A partir de esta evidencia, el posicionamiento se articula en tres niveles complementarios: un mensaje clínico centrado en la prevención de enfermedad grave y hospitalizaciones evitables; un fundamento epidemiológico basado en vigilancia, carga de enfermedad y dinámica de serotipos; y una propuesta operativa orientada a mejorar coberturas, reducir oportunidades perdidas y simplificar los circuitos asistenciales.

Recomendaciones

1. Consolidar una estrategia integrada de prevención respiratoria en el adulto.

Las actuaciones frente a neumococo, gripe, COVID-19 y VRS deben planificarse de forma coordinada, evitando circuitos fragmentados y favoreciendo una visión común desde Atención Primaria, Salud Pública, servicios hospitalarios, centros sociosanitarios y otros dispositivos asistenciales.

2. Mantener la vacunación antineumocócica como eje estratégico.

La prevención frente a neumococo debe ocupar un lugar central en la estrategia de prevención respiratoria del adulto, especialmente en personas mayores, pacientes con patología crónica, personas inmunodeprimidas e institucionalizadas. La elección de la estrategia vacunal debe considerar la epidemiología local, la distribución de serotipos, la carga clínica, la evidencia de inmunogenicidad y seguridad, y los datos de efectividad en vida real disponibles [18,20–21].

3. Interpretar con prudencia la diferenciación entre vacunas conjugadas antineumocócicas.

La comparación entre PCV20 y PCV21 debe realizarse en el contexto de la epidemiología local y de la evidencia disponible, evitando conclusiones basadas únicamente en la cobertura teórica de serotipos. Debe tenerse en cuenta que la distribución actual de serotipos puede estar condicionada por la presión selectiva ejercida por los programas de vacunación previos [18,20–21,25].

4. Preservar la protección frente a serotipos prevenibles clínicamente relevantes.

Las estrategias vacunales deben valorar el riesgo de reemergencia de serotipos previamente contenidos,



especialmente cuando afectan a población adulta o se asocian a resistencia antimicrobiana, ingreso en UCI o mayor complejidad clínica. Este aspecto resulta especialmente relevante en personas mayores, pacientes crónicos e inmunodeprimidos [21].

5. Reforzar la identificación proactiva de población vulnerable.

Debe promoverse la captación activa de personas mayores, pacientes con comorbilidad, inmunodeprimidos, institucionalizados y otros grupos de riesgo. La revisión del estado vacunal debe incorporarse de forma sistemática en consultas de Atención Primaria, seguimiento de pacientes crónicos, altas hospitalarias, consultas externas, urgencias y centros sociosanitarios [12,15–16,19].

6. Reducir las oportunidades perdidas de vacunación.

Cada contacto con el sistema sanitario debe considerarse una oportunidad para revisar indicaciones vacunales, actualizar pautas pendientes y ofrecer la vacunación correspondiente cuando esté indicada. La captación oportunista es especialmente importante en población adulta con alta frecuentación sanitaria [12,15–16,19].

7. Simplificar los circuitos asistenciales.

La mejora de coberturas requiere protocolos claros, circuitos accesibles, recordatorios en la historia clínica electrónica, listados de pacientes candidatos, coordinación entre medicina y enfermería, y campañas específicas en residencias y centros sociosanitarios.

8. Favorecer la planificación estacional y la coadministración cuando proceda.

La vacunación frente a gripe y COVID-19 debe mantenerse como prioridad estacional en los grupos de riesgo, contemplando la coadministración cuando esté indicada según las recomendaciones oficiales vigentes. Estas campañas pueden servir también para revisar otras necesidades preventivas, incluida la vacunación antineumocócica y, cuando proceda, la prevención frente a VRS [15–16,19,22–24].

9. Impulsar la formación de los profesionales sanitarios.

Es necesario reforzar la actualización de médicos, enfermeras, farmacéuticos comunitarios y otros profesionales implicados en la prevención respiratoria del adulto, especialmente en indicaciones por edad, comorbilidad, inmunosupresión, institucionalización, intervalos vacunales y criterios de priorización.

10. Evaluar coberturas, impacto clínico y resultados en vida real.

Las estrategias preventivas deben acompañarse de sistemas de seguimiento que permitan evaluar coberturas, efectividad, hospitalizaciones evitables, evolución de serotipos, seguridad y carga asistencial. Esta evaluación debe permitir adaptar las recomendaciones a la realidad epidemiológica de cada territorio [21].

En definitiva, la prevención respiratoria del adulto debe avanzar hacia un modelo integrado, proactivo, simplificado y evaluable. La combinación de calendarios de vida, captación activa, vigilancia epidemiológica, coordinación asistencial y evaluación de resultados en vida real permitirá mejorar las



coberturas vacunales y reducir la morbimortalidad asociada a infecciones respiratorias prevenibles.

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). Informe epidemiológico sobre la situación de la enfermedad neumocócica invasora en España. Año 2024. https://cne.isciii.es/documents/d/cne/eni_informe-vigilancia-2024_siviet
2. Ministerio de Sanidad. Enfermedad neumocócica invasiva: información para profesionales. Actualizado julio 2025. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/enfermedades/profesionales/enfNeumococicaInvasiva.htm>
3. Gil-Prieto R, Hernandez-Barrera V, Marín-García P, et al. Hospital burden of pneumococcal disease in Spain (2016–2022): a retrospective study. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2025;21(1):2437915. <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2437915>
4. Garcia-Carretero R, Gil-Prieto R, Hernandez-Barrera V, Gil-de-Miguel A. Epidemiological and clinical impact of pneumococcal disease in Spain in 2023: a nationwide retrospective analysis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2025;21(1):2579385. <https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2579385>
5. CIBERISCIII. Aumentan los casos en España de enfermedad neumocócica hasta niveles superiores pre- pandemia (2019–2023). 8 julio 2024. <https://www.ciberisciii.es/noticias/aumentan-los-casos-en-espana-de-enfermedad-neumococica-hasta-niveles-superiores-pre-pandemia>
6. SEMPSPGS. Consenso de la SEMPSPGS sobre vacunación frente a neumococo en el adulto. Octubre 2022. <https://sempspgs.es/wp-content/uploads/2025/05/Consenso-de-la-SEMPSPGS-sobre-vacunacion-frente-a-NEUMOCOCO-en-el-adulto.pdf>
7. Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Guía Enfermedad neumocócica y sus vacunas. Junio 2025. <https://seepidemiologia.es/wp-content/uploads/2025/07/GUI%CC%81A-NEUMOCOCO-1-1-1.pdf>
8. Gobierno de Navarra. Actualización de la vacunación frente al neumococo. Febrero 2024. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/60EC3E70-CD63-4424-9CED-0382BB32D093/490032/202402Vacunacionfrentealneumococo.pdf>
9. Gobierno de Aragón. Actualización vacunación antineumocócica Aragón 2024. Circular DGSP 02/2024. https://www.aragon.es/documents/d/guest/circular_dgsp_02-2024_actualizacion_vacunacion_neumococo_2024-def-pdf
10. Rioja Salud. Actualización en vacunación frente al neumococo. Abril 2024. https://www.riojasalud.es/files/content/salud-publica-consumo/epidemiologia/vacunaciones/Actualizacion_neumococo.pdf
11. Gobierno Vasco. Calendario vacunal del adulto 2026 (PDF). https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/calendario_vacunaciones/es_def/adjuntos/Calendario-vacunal-del-adulto-2026.pdf
12. Consejo Interterritorial del SNS. Vacunación específica en personas adultas (≥ 18 años) con condiciones de riesgo. Calendario recomendado año 2026 (aprobado 12/12/2025).
13. ISCIII. SiVIRA: Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria y Hospitales. Informe anual temporada 2024-2025 (publicado 2026).



14. Symes R, et al. Vaccine effectiveness of RSV pre-F vaccine against RSV-associated hospital admission among adults aged 75–79 years in England. *The Lancet Infectious Diseases*. 2026.
15. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19. Temporada 2025-2026 en España (aprobadas 03/07/2025).
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/recomendacionesVacunacionCovid19_2025_2006.pdf
16. Ministerio de Sanidad. Portal ‘Vacunación Gripe y COVID-19’ (documentos oficiales y materiales).
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/home.htm
17. Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Información de producto (ES) vacuna neumocócica conjugada 20-valente (PCV20). https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/prevenar-20-epar-product-information_es.pdf
18. AEMPS-CIMA. Ficha técnica vacuna neumocócica conjugada 21-valente (PCV21).
https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/1251913001/FT_1251913001.html
19. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2025-2026 en España (aprobadas 03/07/2025).
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/recomendacionesVacunacionGripe_2025_2026.pdf
20. Miles AC, et al. Real-world effectiveness of 20-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV20) among Medicare beneficiaries aged ≥ 65 years: retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2026.
<https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2826%2900115-5/fulltext>
21. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL NEUMOCOCO EN ESPAÑA. Impacto de las vacunas conjugadas VNC20. Documento (PDF) aportado para discusión (incluye síntesis de Informe ENI 2024 e IRIS).
22. Abrysvo | European Medicines Agency (EMA). EPAR overview and product information (incluye antígenos subgrupo A y B y uso en embarazo 24–36 semanas).
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abrysvo>
23. Arexvy | European Medicines Agency (EMA). EPAR overview (vacuna RSVPreF3 adyuvada; indicación en adultos). <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/arexvy>
24. mResvia | European Medicines Agency (EMA). EPAR overview (vacuna de ARNm; indicación en adultos).
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/mresvia>
25. Open Forum Infectious Diseases (Oxford Academic). Artículo sobre dinámica de serotipos y cautela interpretativa por presión selectiva y tendencias temporales.
<https://academic.oup.com/ofid/article/12/2/ofaf050/7985364>