

Cartas al Director

SOBRE LA INCIDENCIA DE MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN CANTABRIA

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de la Dra. Lozano y cols.⁽¹⁾ publicado en esa revista y quisiéramos hacer las siguientes matizaciones:

En 2001 la Consejería de Sanidad de Cantabria convocó una Comisión, integrada por especialistas en Salud Pública de los Servicios de Admisión de los hospitales de Cantabria, responsables de la Vigilancia Epidemiológica y del Programa de Vacunaciones de la Consejería, y la propia Dra. Lozano como representante del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, para estudiar la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en nuestra Comunidad. La Comisión revisó todas las fuentes de documentación (CMBD, registro EDOs e historias clínicas de los Servicios de Pediatría y Admisión-Urgencias) de todos los hospitales, públicos y privados, en el período 1994-2001. De su trabajo surgió un documento oficial que informó de una incidencia de 5,5 meningitis y 11,1 enfermedades invasivas/100.000 <2 años, que se comunicó al Ministerio de Sanidad. La Dra. Lozano no estuvo de acuerdo con los datos obtenidos, con los que sí estuvieron de acuerdo los otros 5 integrantes de la Comisión, incluyendo el responsable del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (y por tanto del registro CMBD) de su propio hospital.

El artículo comentado se limita a los niños menores de 2 años en el período 1997-2001, y no cabe duda, que la incidencia en ese período es la comunicada. Pero es importante hacer constar que en los años 1994-1997 no hubo ningún caso, como tampoco (posteriormente) en el año 2002 ni en los meses transcurridos del 2003. Así pues, los 4 casos de meningitis contabilizados lo son para el período 1994-2002 (9 años). En una enfermedad poco incidente como ésta hay diferencias importantes de un año a otro, especialmente en las Comunidades Autónomas pequeñas (no hay más que

ver los enormes intervalos de confianza de sus resultados), y por este motivo cuanto mayor sea el período analizado más evidencia científica tendrán las conclusiones. Al incluir en el denominador los niños nacidos en 9 años y medio en lugar de en 5, con el mismo número de casos, la incidencia real es de casi la mitad.

Por otra parte, no todos los casos contabilizados son evitables con la vacunación. De los 4 niños, los dos que padecieron la meningitis con 2 meses no se habrían evitado (normalmente se ponen las vacunas estándar a los 2 meses y la neumocócica a los 3, para respetar un mes sin inyecciones tras la polio oral y evitar el riesgo de parálisis), y el niño que la padeció con 6 meses es posible que tampoco, pues sólo habría recibido 2 dosis y la protección vacunal no es completa hasta recibir 3. Si todavía descontásemos los serotipos no incluidos en la vacuna 7-valente (22%, hasta 40% si no se asume automáticamente la inmunidad cruzada entre los serotipos de los serogrupos 6, 19 y 23), y los fallos vacunales (5%), nos quedamos con que la probabilidad de haber evitado efectivamente el cuarto y último caso habría sido del 50 al 75%. Es decir, que a lo mejor ni siquiera se hubiera evitado el último. En contrapartida, la vacunación universal de los niños nacidos en Cantabria en esos 9 años (aproximadamente 36.000 niños, esto es, 144.000 dosis vacunales) habría producido 20 convulsiones postvacunales, al menos la mitad de ellas atribuibles a la vacuna neumocócica (según datos del Kaiser Permanente, que encontró convulsiones en los 3 días postvacunales en 14/100.000 dosis, el doble que el grupo control, y no todas febriles)⁽²⁾. Como Cantabria tiene localidades mal comunicadas (más de 1 hora de transporte al hospital más próximo, y sin Servicio de Pediatría) no puede descartarse que algunas de estas convulsiones hubieran dejado secuelas.

A lo anterior hay que añadir la posibilidad real de reemplazo de serotipos⁽³⁻⁵⁾ y de otros riesgos vacunales todavía desconocidos, como la incidencia de anafilaxias por reacción al látex o la vacuna. Puede recordarse aquí la aparición de invaginación tras la vacuna de rotavirus o de artritis tras

la de la enfermedad de Lyme; ambas motivaron la retirada de las vacunas del mercado, la primera después de haberse incluido en el calendario vacunal de EE.UU. Y, muy recientemente, la aparición de casos de muerte con edema cerebral tras la vacuna hexavalente, que va a ser estudiada en Europa de inmediato antes de decidir su introducción en España. Cuando una decisión de Salud Pública no está muy clara es mejor decantarse por la actitud prudente que por la innovadora. Cuando se decide un cambio en el calendario vacunal se aplica inmediatamente a cientos de miles de niños, no a los pocos que un pediatra ve en su consulta. Por ello la responsabilidad de la Autoridad Sanitaria es enorme, e igual de enorme debe ser su prudencia y la evidencia científica que apoye sus decisiones⁽³⁾.

Todos los días tomamos decisiones profesionales casi sin darnos cuenta de que estamos valorando la relación beneficio/riesgo. ¿Por qué no damos quimioprofilaxis antipalúdica en España si cada año hay cientos de casos de paludismo? O en el caso extremo: ¿por qué no damos la vacuna de la encefalitis primaveral, si es segura y eficaz?: porque, al no haber casos en España, aunque el riesgo vacunal sea mínimo el beneficio es cero y por lo tanto la relación beneficio/riesgo es cero. En el caso de la vacuna neumocócica esta relación es aún incompletamente conocida, y con los datos actuales, no está claro que sea superior a la unidad, lo que dificulta la toma de la decisión.

Lo que debe quedar claro es que si esta vacuna no se incluye todavía en el calendario vacunal de Cantabria no es por motivos económicos. En la relación beneficio/riesgo no entran consideraciones económicas en ninguna de las partes de la ecuación. Nuestra historia vacunal reciente no es precisamente economicista: hemos sido de las primeras Comunidades Autónomas en ir introduciendo las nuevas vacunas, incluyendo la campaña de 1997 contra la meningitis C (3ª Autonomía en aplicarla), y la vacunación universal de los mayores de 65 años contra el neumococo desde el 2000 (2ª Autonomía en aplicarla). Este año estamos realizando la vacunación de todo el grupo de riesgo de meningitis C (hasta los 19 años) que fue vacunado en 1997 con la vacuna polisacárida, a pesar de que no tenemos casos de esta enfermedad desde hace 3 años. ¿Por qué? Porque sabemos que la vacuna polisacárida protege de 5 a 10 años (y ya han pasado 6), y que el potencial epidémico de la meningitis C es alto, al contrario que la neumocócica, que nunca ha producido brotes epi-

démicos (de hecho, ni siquiera se da quimioprofilaxis a los contactos). Preferimos aplicar la campaña antes de que ocurra un solo caso. Pues bien, las tres campañas citadas en este párrafo han incrementado un 350%, 38% y 57%, respectivamente, el coste del calendario vacunal del año, y los profesionales de la sanidad pública hemos conseguido superar el obstáculo que suponía el elevado coste de las medidas. Si en un futuro nuevas evidencias científicas modifican el balance beneficio/riesgo de la vacuna neumocócica conjugada, seremos los primeros en luchar por su inclusión universal y gratuita en el calendario vacunal de Cantabria.

**A. González de Aledo Linos, L.J. Viloría Raymundo,
J.A. Sanz Salanova, L. Ansorena Pool**

[*Bol Pediatr* 2003; 43: 331-332]

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano MJ, Madrigal V, Alonso J, Fernández C, Llorca J. Incidencia de meningitis neumocócica en niños de 0 a 23 meses en Cantabria. Estudio retrospectivo 1997-2001. *Bol Pediatr* 2003; 43: 27-31.
2. Anónimo. Pneumococcal 7-valent Conjugate Vaccine (Diphtheria CRM197 protein), final package insert 2/16/00.
3. Editorial. Protein conjugate pneumococcal vaccines offer new opportunities for high risk individuals but still lack robust evidence. *BMJ* 2002; 324: 750-1.
4. Mbelle N, Huebner RE, Wasas A, Kimura A, Chang I, Klugman K. Immunogenicity and impact on nasopharyngeal carriage of a nonavalent pneumococcal conjugate vaccine. *J Infect Dis* 1999; 180: 1171-6.
5. Mauri JM. ¿Qué población infantil entre 2 meses y 2 años debe recibir la vacuna antineumocócica? *Aten Primaria* 2002; 30: 176-8.

RESPUESTA A LA CARTA DEL DR. GONZÁLEZ DE ALEDO LINOS

Sr. Director:

La toma adecuada de decisiones en salud pública requiere un conocimiento preciso de la situación epidemiológica de las enfermedades. Las medidas a tomar para el control de la enfermedad invasiva por neumococos están siendo objeto de polémica sin que, en general, se aporten datos suficientes sobre la situación de esta enfermedad en España. Por esta razón publicamos un artículo en el Boletín de Pediatría en el que analizábamos la situación de la meningitis por neumococo en menores de dos años en Cantabria⁽¹⁾. Elegi-