

## Editorial

### Reflexiones tras la vacunación antimeningocócica en Cantabria

A. GONZÁLEZ DE ALEDO LINOS

*Jefe de Sección de Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad de Cantabria.*

Históricamente Cantabria ha sido más castigada por la meningitis meningocócica que el resto de las Comunidades Autónomas, con unas tasas de incidencia muy por encima de la media (por ejemplo, la onda epidémica que tuvo su acmé en 1979 alcanzó una incidencia de 18/100.000 en el conjunto nacional, y casi 40/100.000 en Cantabria). En 1996 fuimos la 2ª Comunidad Autónoma en tasa de incidencia, con 10.8 casos/100.000 habitantes, después de Galicia (con 13.10) y seguidos por La Rioja (con 6.19). A principios de 1997 detectamos en Cantabria un brote epidémico de enfermedad meningocócica C, con una letalidad mayor que en años anteriores. La "tasa primaria de ataque" por el serogrupo C, en el grupo de riesgo de 18 meses a 19 años, aumentó preocupantemente a principios de febrero de 1997, alcanzando en la semana 7 la cifra de 14/100.000 (esta tasa indica el número de casos primarios de meningitis C en 3 meses, referida a la población de riesgo en vez de a la población total, y se acepta que a partir de 10/100.000 está indicada una campaña de vacunación). En las 8 primeras semanas del año se produjo un incremento en las meningitis meningocócicas de 190% respecto a 1996, y en los casos por serogrupo C de 260%. Además la enfermedad fue muy agresiva, con una letalidad del 11.11% para el serogrupo C. Por otra parte, se detectó la cepa C: 2b: P1. 2, 5, que era la que se había difundido en la península comenzando por el noroeste (Galicia) y que posteriormente hemos comprobado cómo se ha extendido a todo el país avanzando en dirección sudeste a lo largo de 1997-98.

Teniendo en cuenta tanto la magnitud del brote como su gravedad, se tomó la decisión de iniciar una campaña de vacunación. Se previó poder evitar por lo menos 150 casos de meningitis C, y 16 muertes, en los próximos 5 años, que se elevarían a casi el doble si la eficacia protectora de la vacu-

na se cifrara en 10 años, como está descrito para los niños más mayores y los adultos. Aunque en el mundo se han administrado más de 250 millones de dosis de la vacuna antimeningocócica desde hace más de 20 años, su utilización no tenía precedentes en nuestra Comunidad Autónoma, y en el resto del país sólo se había utilizado en campañas masivas de ámbito regional, ese mismo invierno 96-97, en Galicia y en La Rioja.

La campaña estuvo jalonada de dificultades prácticas debido a la rapidez con que debió realizarse (la tasa de ataque pasó de 3 a 14/100.000 en menos de dos meses), a que la vacuna no estaba comercializada en nuestro país y hubo que importarla, a la falta de experiencia de los profesionales con esta vacuna de la que se carecía de precedentes en España, a las declaraciones procedentes del Ministerio de Sanidad (que posteriormente se comprobaron infundadas) quitando importancia al brote y desaconsejando la vacunación, y a la coincidencia en el tiempo con una huelga del transporte por carretera que dificultó todas las operaciones de adquisición y reparto de las vacunas. La decisión de vacunar se tomó el 14-2-97. Se consiguió tramitar la adquisición y disponer de las dosis vacunales en una semana. La campaña se dividió en dos fases. La primera se dirigió a la población escolarizada y se desarrolló entre los días 24 y 28 de febrero. Se dió prioridad a este colectivo por su accesibilidad al ser la escolarización obligatoria, y por suponer más del 85% del grupo de riesgo. La segunda fase (vacunación de los niños no escolarizados en los puntos habituales de vacunación) se desarrolló entre el 3 y el 12 de marzo. En las dos semanas de campaña se consiguió vacunar a 100.732 niños, el 93,45% de la población diana. En los meses siguientes se mantuvo abierta la vacunación para los lactantes que fueran alcanzando la edad de 18 meses, porque en Canta-

bria la enfermedad meningocócica tiene poco carácter estacional, produciéndose tantos casos en primavera- verano como en otoño-invierno. Con esta pauta, hasta el 31-12- 97 se ha mantenido una cobertura vacunal del 95,17% sólo en el sector público, teniendo en cuenta que la vacuna ya está libremente disponible en las farmacias y algunos niños se están vacunando privadamente.

Después de la campaña de vacunación y hasta mayo de 1998 en que se hace este análisis (es decir, en 14 meses), sólo se ha producido un caso de meningitis C en vacunados, que tuvo un curso clínico benigno. La incidencia de meningitis C en el grupo de riesgo ha caído de 21,33 a 0,92/100.000 al comparar el año previo con el posterior a la campaña. La eficacia vacunal ha sido del 95,68% en todas las edades. Este resultado es mejor que lo descrito en la bibliografía, y lo atribuimos a haber realizado la campaña en el pico ascendente de la epidemia y a la rapidez de la misma (2 semanas) lo que sin duda bloqueó la transmisión del germen en el seno del grupo de riesgo y potenció la efectividad de la vacuna en cada caso individual.

A pesar del buen resultado inicial de la campaña, y debido a que en España las últimas ondas epidémicas han tenido una duración de 2-4 años (hasta 7 años la de 1979), realizamos un estudio de seroprotección para ayudarnos a decidir la revacunación si la evolución epidemiológica fuera desfavorable al acercarnos al límite de eficacia de la vacuna en los más pequeños, que se cifra entre 1 y 3 años. Para ello, 10 meses tras la vacunación se obtuvieron muestras de sangre de 423 niños a los que se midió la tasa de anticuerpos bactericidas. Los resultados, paradójicamente, arrojan unas cifras de seroprotección muy escasas (7% en menores de 6 años, 51% entre 6 y 12 años, y 81% en los mayores de 12 años), que difieren poco de lo descrito en la bibliografía. A pesar de ello, y debido a la excelente evolución clínico-epidemiológica de la enfermedad que nos hace considerar que ya no existe riesgo epidémico, no hemos aconsejado la revacunación de ningún grupo de población en Cantabria, aunque mantenemos una vigilancia activa de la enfermedad por si ocurriera un rebrote que nos obligara a modificar esta recomendación.

¿Qué reflexiones podemos hacer tras esta experiencia en Cantabria?. En primer lugar, que la indicación de realizar una campaña de vacunación debe basarse en la epidemiología local, debido a las diferencias interprovinciales, y que debe darse gran importancia a la información pública para que las diferentes autoridades sanitarias o profesionales no envíen mensajes contradictorios. Que el éxito de la campaña depende de una coordinación entre todas las instituciones (principalmente Consejería de Sanidad e INSALUD). Que durante todo el desarrollo de la epidemia debe seguirse estrictamente un protocolo, pues se recibe una gran presión social para extender la vacunación o la quimiopprofilaxis más allá de la población considerada de riesgo. Que la eficacia inmediata de la vacuna para el control del brote es excelente, a pesar de que la tasa de anticuerpos bactericidas decaiga pronto, circunstancias ambas que nos obligan a ser muy cautos con el uso indiscriminado de la vacuna y a utilizarla exclusivamente, como recoge la bibliografía, en situaciones epidémicas. Y finalmente, que se debe llegar a un consenso entre las Comunidades Autónomas para definir qué se entenderá por "persistencia del riesgo epidémico" de cara a la revacunación, pues este extremo no está claro en la bibliografía (para la primovacuna se define una "tasa primaria de ataque" fácil de calcular, pero no así para la revacunación). Este consenso racionalizaría la decisión de revacunar en términos científicos, ayudaría a que la asignación de recursos económicos para la campaña de revacunación fuera coherente a nivel nacional, y a que España no pase a la historia por haber dilapidado unos stoks de vacuna que a nivel mundial son escasos y mucho más necesarios en otros países (algunos alcanzan tasas de 15 casos/100.000 habitantes/semana).