

**A ERRADICACIÓN DA POLIOMIELITE**

En maio de 1988, na súa reunión anual, a Asemblea Mundial da Saúde decidiu adopta-lo obxectivo de erradicar-la poliomielite para o ano 2000, baseándose nas razóns seguintes:

1. A polio só afecta ós humanos, non ten outro reservorio natural.
2. Existe unha vacina efectiva e mais económica, a polivalente oral.
3. A inmunidade é de por vida.
4. Non hai portadores de longa duración.
5. O virus sobrevive pouco tempo no medio ambiente.

Para cumprilo obxectivo propóñense catro estratexias fundamentais, baseadas na vacinación e na vixilancia. Así, tódolos países teñen que acadar e manter unha cobertura vacinal elevada, cos programas de vacinación rutineiros e, ademais, teñen que establecer un sistema efectivo de vixilancia da parálise fláccida aguda (PFA), xa que, de ocorrer, é esa a manifestación clínica que se espera que teñan os casos de polio.

Nos países nos que a polio aínda é endémica, as estratexias anteriores terán que ser completadas con outras dúas, os días nacionais de inmunización (DNI) e as campañas de "mopping-up".

Cos DNI preténdese interrompi-la transmisión indixena de polio-virus silvestre mediante a vacinación de tódolos nenos menores de 5 anos dun territorio dado, sen ter en conta os seus antecedentes de vacinación. A idea é vacinar ós que non estean vacinados ou ós que o estean de xeito incorrecto e, ademais, servirle de reforzo os que xa estaban ben vacinados. A vacinación, que se leva a cabo en dúas roldas separadas por 1 mes, desenvólvese normalmente na estación fría e seca, por cuestións lóxicas e para mellora-la resposta inmunitaria e diminuí-los problemas de sensibilidade térmica que puideren te-las vacinas.

Durante 1997, en todo o mundo foron vacinados nos DNI preto de 470 millóns de nenos menores de 5 anos, case 2/3 da poboación mundial desa idade.

A medida que vai diminuindo a endemia, pódense desenvolver campañas de "mopping-up" naqueles territorios onde se sabe ou se sospeita que persiste a circulación do virus silvestre. Estas campañas, coas que se pretende elimina-los derradeiros reservorios do virus, consisten na vacinación casa a casa dos nenos do territorio no que persiste a transmisión.

Como as diferentes rexións da Organización Mundial da Saúde (OMS) amosan diferencias notables na endemia de polio (ve-la táboa 1), e tamén na súa capacidade para a vixilancia e a inmunización, operativamente a certificación da erradicación da polio levarase a cabo cunha base rexional. É dicir, as diferentes rexións acadarán pola súa banda o seu certificado de eliminación (que xa teñen as Américas dende 1994).

A rexión europea, á que pertence España, amosou nos últimos tres anos un importante descenso no número de casos e tamén, e quizais o que é máis importante, no número de estados afectados. Así, os 193 casos de 1996, dos que 138 ocorreron en Albania, son de 8 estados diferentes. En 1997 xa ocorreron casos só en dous estados (6 en Turquía e 1 en Tadzhiqistán), e os 21 de 1998 circunscribíense a rexión sueste de Turquía.

**A eliminación en Galicia**. Galicia participa, a través do Estado español, nas actividades destinadas a acadar-lo certificado de eliminación da polio da rexión europea da OMS<sup>1</sup>. Polas súas características epidemiolóxicas (en Galicia non se dan casos de polio dende 1982 e en España dende 1987), as estratexias básicas limitáranse á vixilancia da PFA e a acadar unha boa cobertura vacinal co programa de vacinación rutineiro.

Táboa 1: Casos confirmados de poliomielite no mundo

Rexión OMS / Ano	1996	1997	1998 (*)
África	1.949	1.087	39
América	0	0	0
Mediterráneo-leste	532	1.255	299
Europa	193	7	21
Sueste de Asia	1.203	2.828	2.887
Pacífico-Oeste	197	9	0
Todos	4.074	5.185	3.226

(\*) Datos provisionais (novembro de 1998).

A vacinación rutineira da polio en Galicia, que é continuación das "campañas" dos anos sesenta, hoxe acadou unha cobertura suficiente para mante-la eliminación. De feito, nunha enquisa realizada en 1998, e que será comentada no vindeiro número do BEG, a cobertura documentada (é dicir, constatada pola cartilla de vacinación) da primovacinação antipoliomielítica (as tres primeiras doses) supera o 90% nos nacidos en 1994 e 1995 (IC95%: 93,2-97,4).

Mais, unha vez obtido este nivel de inmunidade na poboación, o éxito da eliminación vai depender da vixilancia da PFA, xa que a certificación da eliminación baséase no principio de que o risco de que pase desapercibida a circulación do virus silvestre diminúe axiña e achégase a cero ó pasar un período de tempo axeitado durante o cal non se detectou ningún virus a pesar dunha vixilancia excelente.

Un dos criterios utilizados para medi-la excelencia da vixilancia é que sexa capaz de detectar un número de casos de PFA en menores de 15 anos suficiente para obter unha taxa anual de 1 caso cada cen mil habitantes. Esta taxa supón, corrixido xa co padrón do 96, 4 casos ó ano en Galicia e 65 en España.

En Galicia a vixilancia da PFA (que está limitada ós hospitais) comezou en outubro de 1997. Nese trimestre detectáronse 2 casos de PFA. Logo, en 1998 só foron detectados 3, xa que outros dous que foron notificados non cumprían a definición de caso. No mes de xaneiro de 1999 foi detectado un novo caso.

Con estes datos, e aínda non atopando os 4 casos esperados, semella que a vixilancia estase a realizar axeitadamente.

En España, durante 1998 detectáronse 47 casos (o 72% dos necesarios para acadar-la taxa índice).

Por outra banda, e para rematar, vaise concretando o tempo que vai ter que dura-la vixilancia. De tal xeito que o "polo menos durante un ano"<sup>2</sup> hoxe se espera que sexan alomenos tres anos.

(1) A eliminación da poliomielite en Europa. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*, vol. X, nº 2.

(2) Protocolo de vixilancia da parálise fláccida aguda en Galicia no eido da eliminación da poliomielite en Europa. *Guías de Saúde Pública*. Serie I, Sección Vacinas, informe 7.

**SISTEMA DE ALER TA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA (SAEG)**

<b>TELÉFONOS DIRECTOS</b> Horario de Oficina	Epidemioloxía A Coruña 981 185 834	Epidemioloxía Lugo 982 294 114	Epidemioloxía Ourense 988 386 339	Epidemioloxía Pontevedra 986 805 872
---	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

**EPIDEMIÓLOGO DE GARDA** ( fóra de horario de oficina ) Tfno: 649 82 90 90  
A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

**BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA**  
SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE PÚBLICA. Dirección Xeral de Saúde Pública  
Avda. do Camiño Francés, nº 10 - baixo. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Telf.: 981 542 929 - Fax: 981 542 970 - E-mail: dxsp3@jet.es



CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVICIOS SOCIAIS  
Dirección Xeral de Saúde Pública

Vol. XI / 1998  
Núm. 2  
Cuadrisemanas 4 á 5/98  
**(29 de marzo ó 23 de maio de 1998)**  
Data de impresión: febreiro 1999

BEG

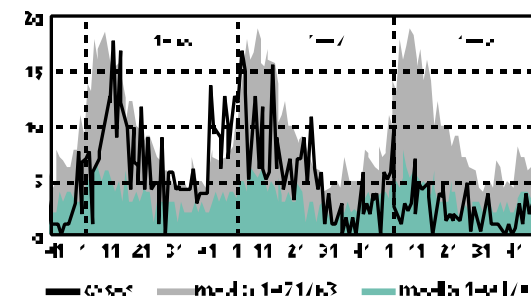
BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

## A ENFERMIDADE MENINGOCÓCICA EN GALICIA TRALA CAMPAÑA DE VACINACIÓN

Fai agora dous anos do remate da campaña de vacinación anti-meningocócica desenvolvida en Galicia, entre decembro de 1996 e xaneiro de 1997, para controla-la enfermidade debida ó serogrupo C, máis especialmente á cepa C:2b:P1.2,5.

Trala campaña, como logo se describe máis polo miúdo, a enfermidade por serogrupo C diminuíu en 1997 á metade, e en 1998 á décima parte do que fora en 1996. Esta diminución significa que a enfermidade volve ós seus niveis endémicos (definidos pola media dos casos semanais do período 1984-1995) e abandona os epidémicos (definidos pola media dos casos semanais do período 1971-1983), segundo se pode observar na figura 1.

Fig. 1: Evolución dos casos dende a tempada 95/96



Casos versus as medias dos anos epidémicos (71-83) e endémicos (84-95).

Este descenso traducíuse tamén nunha diminución da mortalidade por serogrupo C: foron 15 mortes en 1996, 6 en 1997 e ningunha en 1998. Ningún dos mortos fora vacinado.

O descenso da enfermidade por serogrupo C repercutiu tamén na incidencia e mortalidade debida á enfermidade considerada no seu conxunto; é dicir, contando tanto os casos confirmados como os sospeitosos, aqueles con meninxite bacteriana ou sepse con petequias nos que non foi posible illa-la *N. meningitidis*. Os casos reducíronse un 30% e un 70%, respectivamente, en 1997 e 1998. A mortalidade pasou de 19 mortos en 1996 a 8 e 3 en 1997 e 1998, respectivamente. Cabe salientar, tamén, que a incidencia de enfermidade debida ó serogrupo B non variou trala campaña.

Ademais, coñece-la incidencia de enfermidade meningocócica en vacinados e en non vacinados vains permitir estima-la efectividade directa da vacina, que estudiaremos de dous xeitos: por unha banda, utilizando só os casos confirmados; pola outra, utilizando tanto os casos confirmados de C como os sospeitosos. Con este enfoque poderemos defini-las que chamaremos efectividade directa e maila efectividade directa mínima, que analizaremos tras describi-la evolución da enfermidade nos anos 1997 e 1998.

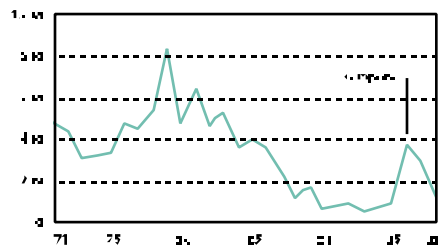
### A enfermidade meningocócica no ano 1997

Durante 1997, mediante vixilancia activa foron detectadas 281 sospeitas de enfermidade meningocócica, que supoñen unha taxa bruta de 10,2 casos por cen mil habitantes e a inversión do sentido que tomara a enfermidade a partir de 1995 (figura 2). Este descenso na incidencia e atribuíble principalmente ó da enfermidade debida ó serogrupo C, que pasou de dar conta de 172 casos en 1996 a 90 en 1997. Tamén diminuíu a detección de casos sospeitosos de enfermidade meningocócica que non foron confirmados polo illamento da *N. meningitidis*: 187 casos en 1996 fronte a 148 en 1997. Pola contra, os 40 casos debidos ó serogrupo B mantiveron o mesmo nivel de 1996, no que foron detectados 35. En 1997 tamén foron detectados dous casos debidos a meningococos do serogrupo W135 e outro máis do Y.

**SUMARIO**

- A enfermidade meningocócica en Galicia trala campaña de vacinación.
- EN BREVE...: A erradicación da poliomielite.
- ANEXOS I ó II: Situación das EDO nas cuadrisemanas 4 á 5/ 98.
- ANEXO III: Informe sobre a mortalidade en Galicia.1996.
- ANEXO IV: Informe de xestión do Programa Galego de Prevención e Control da Hepatite B: unha aproximación ó índice de coberturas de vacinación de neonatos. Ano 1997.

Fig. 2: Enf. meningocócica en Galicia: casos/ano 1971-98



A mortalidade atribuída á enfermidade meningocócica tamén diminuíu, de 19 mortes rexistradas en 1996 (15 por serogrupo C) pasouse a 8 en 1997, o que supón unha letalidade xeral de 2,8%. Destas 8 mortes, 6 debéronse ó serogrupo C (letalidade específica = 6,6%). Ningún dos mortos por serogrupo C tiña recibido a vacina.

Na táboa 1 obsérvase a distribución por idade dos casos de enfermidade meningocócica e a dos casos nos que foi confirmado o serogrupo C. Precisamente nesta distribución obsérvase un dos efectos da campaña de vacinación, a redución do número de casos esperado nas idades "vacinaes" (2 a 19 anos).

Táboa 1: Casos de enfermidade meningocócica en 1997 e por serogrupo C en 1996

Idade (anos)	1996		1997(2)		
	C (1)	C (3)	B	Desc	Total
< 2	44	37	8	26	71
2 a 4	42	13	11	35	59
5 a 9	28	6	8	49	63
10 a 14	18	2	2	13	17
15 a 19	25	9	3	8	20
> 19	15	23	8	17	48
Total	172	90	40	148	278

(1)Casos por serogrupo C durante 1996.

(2)Casos por serogrupos durante 1997. Exclúense os 2 casos por W135 e 1 caso por Y.

(3)Casos sospeitosos. Serogrupo descoñecido.

A distribución da idade dos casos de enfermidade meningocócica é moi característica: case a metade dos casos ocorren en menores de cinco anos e preto de 2/3 nas idades vacinaes. Estas características téñenas as distribucións de idade dos casos por serogrupo C observadas en 1996, antes da campaña, e a dos casos do serogrupo B en 1997. Pola contra, a distribución dos casos do serogrupo C en 1997 amosan outro patrón, no que os casos das idades vacinaes só acadan 1/3 do total.

Trala campaña, especialmente nos primeiros meses que a seguiron, obsérvase tamén un fenómeno ó que se lle deu o nome de "subdetección de meningococos en vacinados, e que se caracterizaba porque a capacidade de detección de meningococos (medida como a proporción de sospeitas nas que se illaba *N. meningitidis*) non variou de 1996 a 1997 cando se estudiaban os casos ocorridos nos que non tiñan indicada a vacinación (é dicir, os que na campaña tiñan menos de 18 meses ou máis de 19 anos) e nos casos que aínda tódolos non recibiron a vacina. Nembargantes, a devandita capacidade de detección diminuíu notablemente nos casos que foron vacinados na campaña. Ademais, nestes mesmos casos, a incidencia de enfermidade por serogrupo B detectada en 1997 tiña un nivel semellante ó de 1996.

Ó detectar este problema, principiouno un estudio polo que se están a coller datos para medir a gravidade dos casos, e mostran para tentar de confirmar a presenza de meningococo mediante a proba da reacción en cadea da polimerasa. En marzo de 1998 teranse os primeiros datos.

## A enfermidade meningocócica en 1998

Durante 1998 mantívose a vixilancia activa, diaria e con base hospitalaria, e con ela detectáronse durante o ano 118 casos de enfermidade meningocócica. Estes casos supoñen unha taxa bruta de 4,3 casos por cen mil habitantes, coa que se volve ós niveis de 1995.

O máis salientable do ano foi o descenso na incidencia debida ó serogrupo C, que con só 21 casos fixo que o serogrupo B volva a se-lo predominante en Galicia (ve-la táboa 2). Segue a ser importante sinalala estabilidade da incidencia do serogrupo B despois de que pasasen dous anos do remate da campaña, xa que se mantiñan cauteladas acerca da posibilidade teórica de que unha vacinación masiva fronte ó serogrupo C viñese a alteralo equilibrio ecolóxico das *N. meningitidis* favorecendo o aumento da colonización polo serogrupo B e, como consecuencia, da enfermidade.

Táboa 2: Casos de enfermidade meningocócica en 1998 e de serogrupo C en 1996 e 1997

Idade (anos)	1996	1997	1998(3)			Total
	C (1)	C (2)	C	B	Desc (4)	
< 2	44	37	10	13	13	36
2 a 4	42	13	5	8	16	29
5 a 9	28	6	2	3	5	10
10 a 14	18	2	0	6	5	11
15 a 19	25	9	2	2	3	7
> 19	15	23	2	9	14	25
Total	172	90	21	41	56	118

(1)Casos por serogrupo C durante 1996.

(2)Casos por serogrupo C durante 1997.

(3)Casos por serogrupos durante 1998.

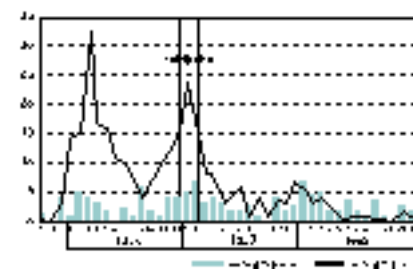
(4)Casos sospeitosos. Serogrupo descoñecido.

Ademais, a diminución da incidencia por serogrupo C non se circunscribiu as idades vacinaes, senón que afectou a todas elas, como reflicten os 10 casos ocorridos nos menores de 2 anos.

Por outra banda, o troco no serogrupo predominante foi se concretando co paso do ano, de tal xeito que dende xullo de 1998 só foron detectados dous casos do serogrupo C, como se observa na figura 3.

A mortalidade, seguindo o comportamento da incidencia, tamén diminuíu. Neste ano atribuíronse 3 mortes á enfermidade meningocócica, o que supón unha letalidade dun 2,5%. Ningunha das mortes se debeu ó serogrupo C.

Fig. 3: Número de illamentos por serogrupo e cuadrisesmanas en Galicia no período que vai dende o remate da temporada 95/96 ata o remate do ano 1998



## O resultado da campaña de vacinación

Como xa se comentou noutro BEG<sup>1</sup>, ó se-lo obxectivo da campaña evitar casos de enfermidade meningocócica do serogrupo C, o seu resultado ten que ser avaliado neses termos; é dicir, baseándose no número de casos de enfermidade meningocócica C que non ocorreron e que ocorrerían se non se realizase a campaña. Para coñecerlo número de casos evitados hai que compara-la incidencia de enfermidade trala campaña coa incidencia de enfermidade observada noutra poboación na que non se realizou ningunha campaña.

Estas dúas poboacións, a da campaña e a que lle serve de referencia, teñen que ser comparables no risco de enfermarse, na distribución dos factores que determinan a susceptibilidade e nos que favorecen ou dificultan a difusión da infección nas poboacións.

Para escoller unha poboación comparable recoméndase recorrer a outra poboación do contorno (que non interactúe coa da campaña en termos de transmisión da enfermidade), ou ben utiliza-la experiencia histórica coa enfermidade que ten a poboación na que se avalía a campaña. No caso de Galicia, ningunha das dúas alternativas son axeitadas, xa que é unha comunidade que tradicionalmente ten unha incidencia de enfermidade diferente á do seu contorno, un contorno ademais que acabou realizando campañas de vacinación nun momento distinto da evolución do ciclo hiperendémico de enfermidade meningocócica C.

A outra posibilidade, recorrer á experiencia histórica da enfermidade, descártase aínda sen ter en conta os factores que inflúen a comparabilidade (distinta cepa das anteriores, distintas posibilidades de contactos inter-persoais, etc), xa que as técnicas de predicción fanse moi imprecisas a longo prazo.

Polo tanto, para avalialo resultado da campaña haberá que rexeita-la perspectiva descrita, chamada "poboacional", e recorrer a outra, chamada "directa", que esta baseada na comparación non de poboacións, senón de individuos vacinados e non vacinados, membros, ámbolos dous grupos, da poboación onde se fixo a campaña. Adoptar esta perspectiva supón renunciar á información con valor tanto práctico (o resultado concreto da campaña) como científico, xa que a perspectiva poboacional podería achegar datos importantes para comprender a influencia que a vacinación masiva pode ter na difusión da enfermidade<sup>2</sup>.

Ó adopta-la perspectiva directa hai que garantir-la comparabilidade de vacinados e non vacinados seguindo dous eixes fundamentais: que ámbolos dous grupos sexan semellantes en susceptibilidade e posibilidades de exposición.

Coa comparabilidade das susceptibilidades quérese dicir que a decisión de recibir-la vacina durante a campaña non estea relacionada coa susceptibilidade da persoa que, na enfermidade meningocócica está relacionada 1) coa idade (que é controlada na análise, xa que o resultado vai ser especificado en grupos de idade), 2) con certas inmunopatías (que de influir o farían en contra do resultado positivo, xa que eses grupos teñen indicada a vacinación) e 3) da inmunización natural, que non pode influir porque os individuos non saben se están ou non inmunizados. Polo tanto, pódese asumir que as susceptibilidades de vacinados e non vacinados son comparables.

Nembargantes, non é tan doado asumir-la comparabilidade da exposición, especialmente pola prevalencia tan baixa da infección pola cepa C:2b:P1.2,5 observada incluso nas zonas de meirande incidencia de enfermidade meningocócica C<sup>2</sup>. Nestas situacións, os expostos á infección poden estar compostos por diferentes combinacións de vacinados e non vacinados, algunhas delas ben afastadas da de comparabilidade ideal (isto é: a exposición de tódolos membros da poboación). Nembargantes, este problema, de por si incontrolable en situacións como a considerada, pode ter pouca repercusión xa que a súa influencia diminúe a medida que aumenta o nivel de inmunización da poboación, tanto natural como por vacinación.

Este problema da baixa prevalencia da infección, semella dúbidas sobre a comparabilidade da exposición entre vacinados e non vacinados durante 1997 (cando a incidencia da enfermidade nos non vacinados e nos que non tiñan indicada a vacinación por non ter nesas datas entre 18 meses e 19 anos, foi semellante á de 1996) e fai imposible estende-la avaliación coas mínimas garantías de comparabilidade ó ano 1998, xa que a incidencia da enfermidade baixou moitísimo.

(1) A campaña de vacinación fronte o meningococo C: Resultados e primeira avaliación. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. IX, nº 6.

(2) Aínda é tema de controversia a posibilidade de que a vacina diminúa a duración do estado de portador e, por iso, diminúa tamén a transmisibilidade da infección dende os vacinados. De ser certo este suposto, e cando a cobertura vacinal dunha poboación é elevada dabondo, tanto os vacinados como os non vacinados vanse beneficiar da vacinación posto que, estando reducida a transmisión polos vacinados, será máis difícil expoñerse á infección e, polo tanto, enfermarse. Mais, para poder estudar esta posibilidade é necesario comparar poboacións (con e sen vacinación), xa que é iste o nivel onde se manifesta a interferencia na transmisión da infección.

(3)Portadores de *N. meningitidis* e incidencia de enfermidade meningocócica. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. X, nº3.

Para rematar coa cuestión de comparabilidade, queda o efecto heteroxéneo da vacina, que é diferente segundo a idade da vacinación e que se vai perdendo co paso do tempo, tamén en función da idade da vacinación. Ámbalas dúas circunstancias pódense controlar mediante estratificación, da idade nun caso e de períodos de tempo na outra. Nembargantes, como quedou dito, esta última análise non se vai facer non sendo que volva a medra-la incidencia da enfermidade e se poida poñer de manifesto a perda da capacidade de protección da vacina.

**Análise**. Antes de detalla-las características da análise do resultado da campaña, hai que facer dúas puntualizacións. A primeira ten que ver cos individuos engadidos na análise, xa que esta se vai circunscribir a aqueles que poden recibir-la vacina durante a campaña e neses momentos tiñan entre 2 e 19 anos. Exclúense, polo tanto, naquel momento os que non tiñan indicada a vacinación e os que tódolos tiñan entre 18 meses e 2 anos. Estes foron excluídos posto que o grupo seguiu a vacinarse tralo peche da campaña e do seu sistema de información numérico, co que foi posible coñecer-la cantidade de vacinados cada semana nos outros grupos de idade.

A outra puntualización ten que ver cos grupos de idade elixidos para face-la análise. Veñen impostos polo devandito sistema de información da campaña, que foi deseñado para seguir os seus progresos e, se fose necesario, poder actuar.

O resultado, recollido na táboa 3, vaise analizar de dous xeitos, como resultado directo e como resultado directo mínimo. No estudio do resultado directo son casos tódalas sospeitas de enfermidade meningocócica que son confirmadas polo illamento de *N. meningitidis* do serogrupo C nunha mostra tomada nunha localización normalmente estéril. Os casos considéranse vacinados se enfermaron despois de que pasasen 15 días de recibir-la vacina. Os casos considéranse non vacinados cando non recibiron a vacina ou, se a recibiron non pasaran 15 días diso.

Para estudia-lo efecto directo mínimo, e só para os vacinados, considérase como caso tanto as sospeitas de enfermidade non confirmadas por illamento de ningún meningococo como as sospeitas confirmadas como C. Nos non vacinados mantense a definición de caso de antes, restrinxida ós confirmados de C. Con esta definición a análise sitúase no peor resultado posible, xa que se engaden como casos vacinados sospeitas que, de certo, nalgúns deles non terán a súa orixe no meningococo C.

Ademais do resultado, estúdiala unha das súas compoñentes, a efectividade da campaña, tanto a efectividade directa coma efectividade directa mínima. Estas efectividades miden a proporción de enfermidade que ocorreu nos non vacinados que podería ser evitada pola vacinación.

Para rematar, o resultado, expresado como casos evitados, mídese como o número de casos que terían que ocorrer nos vacinados para que a súa incidencia sexa semellante á observada nos non vacinados.

Táboa 3: Avaliación do resultado da campaña durante 1997

Resultado e efectividade directos				
Idade	Vacinados	Non vacinados	EV	RC
	Casos	Casos	%	ce
2-5	6	10	96,5	164
6-13	1	4	99,4	174
14-19	1	8	94,1	18

Resultado e efectividade directos mínimos				
Idade	Vacinados	Non vacinados	EV	RC
	Casos	Casos	%	ce
2-5	51	10	70,0	119
6-13	45	4	74,3	130
14-19	5	8	70,7	12

EV = Efectividade vacinal

RC = Resultado da campaña (ce = casos evitados)