

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMPELO: son de declaración obrigatoria urxente ó SAEG tódolos casos de enfermidade con febre > 38°, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite

A eliminación do sarampelo en Galicia: 1999-2001

En 1999 principiaron as actividades especificamente dedicadas a acadar, manter e garanti-la eliminación do sarampelo en Galicia, un obxectivo que se define como a interrupción permanente da transmisión autóctona do virus do sarampelo¹. Esas actividades desenvolveron e están a desenvolver-las dúas liñas de actuación que a Rexión Europea da OMS propuxo como básicas para elimina-lo sarampelo da rexión no ano 2007.

Unha primeira liña, que ten o carácter de fundamental, posto que do seu comportamento dependerá que se acade ou non a eliminación, consiste en propiciar que a poboación teña un perfil de susceptibilidade semellante ó que se amosa na táboa 1. A outra liña de actuación ten carácter auxiliar, e consiste en reforza-la vixilancia da enfermidade coa finalidade de poder corroborar, de xeito indirecto, a idoneidade do perfil de susceptibilidade e detectar, o máis axiña posible, que persisten bolsas de susceptibilidade capaces de seu de mante-la transmisión autóctona do virus do sarampelo.

Táboa 1. Perfil de susceptibilidade proposto pola Rexión Europea da Organización Mundial da Saúde

Idade	Susceptibles	Nacemento
1 a 4 anos	≤ 15%	2001-2004
5 a 9 anos	≤ 10%	1996-2000
10 a 14 anos	≤ 5%	1991-1995
15 ou máis anos	≤ 5%	Antes de 1991

Neste número do BEG coméntanse os resultados das actividades realizadas nos dous últimos anos para, por unha banda, reduci-la susceptibilidade da poboación galega e, por outra, coñece-lo seu perfil; e mesmo tamén, os resultados da vixilancia reforzada.

A redución da susceptibilidade

A susceptibilidade ó sarampelo pérdese (ou, á inversa, a protección acadase) ben polo contacto co virus, ben por inmunización. A actual vacina, induce protección nun 95% dos que a reciben se teñen máis de 12 meses de idade. Sen embargo, e a pesar desta grande eficacia, debido á facilidade coa que se transmite o sarampelo, incluso con coberturas vacinais do 100% sería imposible mante-la eliminación do virus; para iso son necesarias dúas doses de vacina, que ó recibilas despois dos 12 meses de idade, inducen protección en máis do 99% dos que as reciben (é dicir, queda menos dun 1% de susceptibles)².

Por iso, despois de avaliar diversas estratexias para ofrecerlle a dita protección ós nenos de Galicia, en 1999 decidiuse realizar unha campaña de vacinación destinada ós nados entre 1988 e 1996. Ademais, tamén nese ano se modificou o calendario vacinal, de tal xeito que os nados a partir de 1996 recibiran as dúas doses de vacina ós 15 meses e ós 3 anos de idade³.

A campaña de vacinación desenvólvese do 15 de outubro de 1999 ó 14 de abril de 2000. Executárona equipos de atención primaria nos colexios e garderías ós que acudían os nenos ós que ía dirixida, que entón tiñan entre 3 e 11 anos de idade. Estes nenos presentaban a cartilla de saúde infantil e se nela só constaba unha dose de triple vírica, o equipo procedía, previa autorización dos pais do neno, a administrarlle a segunda dose. Se non constaba ningunha dose, púñaselle a primeira e cítabaselle para administrarlle a segunda ó cabo dun mes.

Toda esta actividade rexistrábaa o equipo, tanto de xeito individual como agrupado, nunha folla resumo de actividades na aula. Logo, unha vez rematada a campaña no colexio ou gardería, o rexistro de actividades de tódalas aulas enviábase, por correo postal, a DXSP, e con estes datos elaborouse o informe provisional que vén de seguido no que, por sinxeleza, os valores numéricos se puxeron redondeados⁴.

A poboación á que ía destinada a campaña abranguíu uns 204.000 nenos. Deles, recibíuse información de 187.500 (92%), da que se pode considerar completa (é dicir, informa do estatus vacinal do neno ó remata-la campaña no colexio) a de 165.000, e incompleta a de 22.000. Que dos restantes nenos 17.500 (8%) non se dispoña de información ningunha débese, na metade dos casos, a que dos seus colexios tampouco se recibiu información ningunha ou, na metade restante, a que non se recibiu a documentación de tódalas aulas. Destes nenos estase a recadar información e, mentres non se teñan os datos definitivos, non se toman en consideración na análise de resultados que se amosa de seguido. Sen embargo, cómpre salientar, que nada indica que estes nenos dos que non se recibiu información puidesen ter, a efectos do resultado da campaña, un comportamento distinto do que tiveron os nenos dos que si se dispón de información.

Un problema diferente suscitan os 22.000 nenos con información incompleta (o 10% dos da poboación obxecto da campaña). Este grupo compóñeno os que non presentaron a cartilla de saúde infantil e, ademais, os seus pais ou non autorizaron que se lles administrase unha dose de vacina ou non asinaron a autorización, polo que non se procedeu a administrarlles a dita dose, como se fixo cos nenos que, aínda que non presentaban cartilla, si contaban coa autorización dos pais. A este grupo de nenos, engádesse o 1% dos que eran obxecto da campaña e non foron captados nos seus colexios, porque nesas datas non acudiran a el, e ademais non presentaron a cartilla de saúde infantil (como fixeran outros nenos que tampouco foron captados).

Deste grupo de nenos con información incompleta, estase tamén a procurar información, mais mentres non se dispoña dos datos definitivos, estes nenos con status vacinal descoñecido pódense tratar alomenos de tres xeitos diferentes. Un primeiro, esixe asumir que estes nenos son indistinguibles a efectos da campaña dos do conxunto dos que si hai información completa e, por iso, abonda con prescindir deles na análise. Outro xeito de trata-la ausencia de información, consiste en identifica-lo feito de que non presentaran a cartilla coa ausencia de vacinacións.

A eliminación do sarampelo en Galicia: 1999-2001.

- EN BREVE...: Enfermidade meningocócica en Galicia. 1999-2001.
- ANEXOS I e II: Situación das EDO nas cuadrisesmanas 12 e 13/2001.
- ANEXO III: Lexislación da RGVSP: Orde polo que se regula o sistema específico de vixilancia das EETH en Galicia.

Sen embargo, ningunha das dúas aproximacións anteriores semella ser realista. De seguro que, no caso de algúns nenos, o feito de que non presentasen cartilla está asociado a unha menor inclinación á vacinación; mais, por outra banda, de seguro que noutros o feito de non presentar cartilla débese a un certo desinterese ou mesmo ó simple esquecemento, que nada teñen que ver con aceptar ou rexeita-la vacinación. De tódolos xeitos, como queira que hai datos das cartillas de nenos que non acudiron ó colexio, e de nenos ós que os seus pais non autorizaron que se lles administrase a vacina, ou que non asinaron a dita autorización, que indican que recibiran 2, 1 ou ningunha dose antes da campaña; hai outro modo de trata-lo grupo de nenos dos que non hai información completa. Este terceiro xeito asume que os nenos sen cartilla teñen os mesmos antecedentes vacinais que os de cada unha das devanditas categorías: non autorizan a vacinación, non asinan a autorización ou non acode ó colexio.

Os resultados de cobertura da campaña, os observados e os estimados con este terceiro procedemento, amósanse na táboa 2. Estes datos de cobertura analizáronse tamén por idades, dividindo ós nenos de acordo co ciclo do ensino primario ó que pertencía o curso que seguían (preescolar, primeiro e segundo ciclo), e xeograficamente, agrupando ós nenos, mediante os concellos onde se atopan os colexios, en áreas semellantes ás das xerencias de atención primaria. Esta análise non detectou ningunha diferenza de cobertura vacinal entre as distintas categorías etáreas e xeográficas consideradas.

Táboa 2. Coberturas vacinais trala campaña de vacinación (datos provisionais)

NÚMERO DE DOSES	COBERTURA (%)	
	Observada	Estimada
Dúas	84'5	94'1
Unha	3'6	5'7
Ningunha	0'1	0'2
Descoñecido	11'8	-

Estas coberturas vacinais empregáronse para estima-lo perfil de susceptibilidade da poboación galega, mais non como simples coberturas, se non como "coberturas efectivas", segundo se describe máis adiante. O mesmo córrelle á cobertura vacinal estimada pola enquisa realizada ós nados en 1996, que son os primeiros nenos ós que o calendario de vacinacións infantís de Galicia recomendou a vacinación con triple vírica ós 15 meses e os 3 anos de vida. Os datos da cobertura documentada (é dicir, constatada na cartilla de saúde infantil), neses nenos, amósanse na táboa 3⁵.

Táboa 3. Cobertura vacinal documentada da vacina triple vírica nos nenos galegos nados en 1996

Número de doses	Cobertura	IC _{95%}
1 dose de triple vírica	97'8 %	97'1-98'4 %
2 doses de triple vírica	88'1 %	85'7-90'3 %

Resultados da enquisa de seroprevalencia

A campaña de vacinación dirixiuse ós nados de 1988 a 1996, o cambio de calendario vacinal, ós nados de 1996 en diante. Ámbalas dúas actividades incidiron, e o calendario segue a incidir, en poboacións con protección insuficiente e mesmo totalmente desprotexidos fronte ó sarampelo. Os que naceron en 1983, que en 2001 cumpriron 18 anos, ou antes dese ano, na súa inmensa maioría están protexidos pola súa continua exposición ó virus do sarampelo. Nembargantes, aínda que nos de máis idade podía-se asumir con seguridade que o seu nivel de protección abonda para os propósitos da eliminación, esa protección é dun nivel que se descoñecía, e nos máis novos aquela asunción non carecía de riscos.

As enquisas de seroprevalencia son o método axeitado para coñece-lo nivel de protección deste grupo de poboación. Nelas midense os anticorpos fronte ó virus do sarampelo, e se acadan un certo nivel permiten afirmar que a persoa está protexida fronte á enfermidade (é dicir, que non é susceptible). Unha enquisa destas características vén de rematar en Galicia, e dela xa se dispón de resultados parciais (os de 2.680 individuos, que non obedecen a ningunha selección respecto do total de integrantes da mostra)⁶.

As mostras de sangue recolleunas e procesounas o Centro de Transfusións de Galicia, entre quen se acercaba a doar sangue e autorizou que se lle incluíse no estudio. No caso do sarampelo, tódalas determinacións realizáronse mediante ELISA indirecto para cuantifica-la IgG específica; unha cuantificación que permitiu dividi-las persoas en tres categorías: "sen protección" (menos de 150 UI/L), "protección insuficiente" (150-400 UI/L) e "protexidos" (máis de 400 UI/L).

A proporción de individuos nas distintas categorías de protección (aínda sen intervalos de confianza, por subliña-lo seu carácter de datos que aínda non son definitivos), amósanse na táboa 4, divididos en grupos de idade. Non se especifica o sexo porque non hai diferenza ningunha (por exemplo, a proporción de persoas protexidas en todo o rango de idade é dun 95'9 e dun 96'0 en mulleres e homes, respectivamente).

Táboa 4. Resultados por idade da enquisa de seroprevalencia.

IDADE		Nº DE PERSOAS	PROTECCIÓN		
Anos	Nacemento		(+)	(±)	(-)
18-24	1983-77	402	94'5	5'5	-
25-29	1976-72	580	96'0	4'0	-
30-39	1971-62	759	95'8	4'0	0'3
40-64	1961-37	939	96'6	3'3	0'1

(+) Protexidos; (±) Protección insuficiente; (-) Sen protección

Como se observa na táboa, non hai datos de protección das persoas nadas antes de 1937, mais a progresión que indica a táboa mesma e a continua exposición ó virus do sarampelo espallada por moitos dos anos das súas vidas, permiten asumir que neles a protección é superior á de calquera dos grupos estudados.

Os nados de 1984 a 1987

Non se destinou ningunha actividade específica ós nados entre 1984 e 1987. Por unha banda, eran demasiado novos para participar na enquisa de seroprevalencia, xa que as doazóns de sangue só se poden facer ó cumprí-los 18 anos, e tampouco foron obxecto da campaña. Nembargantes, o certo é que todos estes mozos puideron recibir, polo ano en que naceron, dúas doses de triple vírica, a primeira cando tiñan 15 meses e a segunda ós 11 anos de idade. É certo tamén, que a cobertura do programa de vacinacións non acadou niveis de preto do 90% ata finais dos anos oitenta, mais durante toda esta época, estes mozos aínda puideron ter contacto co virus do sarampelo, especialmente nos abrochos dos anos 1984, 1986 e 1991/92¹.

Por outra banda, polo de agora nada indica que sexa necesaria unha actuación dirixida a eles. Nin os datos de vixilancia reforzada do sarampelo, que se comentan máis adiante, nin os das outras enfermidades asociadas ó sarampelo por compartí-la vacina, a rubéola e a parotidite, están a indicar dita necesidade. Por exemplo, os abrochos de rubéola que ocorreron en 2000, e os de parotidite que o fixeron en 2001 e persisten en 2002, afectan a persoas de idades superiores ós do grupo aquí considerado. Isto está a indicar, especialmente no caso da parotidite, da cal a vacina é moito menos efectiva que a do sarampelo, que os nados de 1984 a 1987, ou ben tiveron unha exposición ó virus máis intensa do que reflicten os rexistros de casos desas enfermidades, ou que están protexidos de abondo coa vacina triple vírica.

Antes de rematar este apartado, cómpre indicar que o desaxuste nas particións dos anos de nacemento presentadas neste BEG e nun número anterior², débese a que a enquisa de seroprevalencia realizouse despois do que estaba previsto daquela.

O perfil de susceptibilidade de Galicia en 2002

O perfil de susceptibilidade dunha poboación é a distribución da proporción de persoas, agrupadas por ano de nacemento, que non están protexidas fronte a enfermidade. Para estimalo, pódese botar man dos antecedentes do comportamento da enfermidade na poboación, pero se hai datos de seroprevalencia e de cobertura vacinal, aqueles xa non son necesarios.

Para leva-los datos dunha enquisa de seroprevalencia ó perfil de susceptibilidade, abonda con quitarlle a cada grupo de poboación considerado a proporción de persoas protexidas. Pola súa banda, non é tan doado trae-los datos de cobertura vacinal. Para facelo, hai que ter en conta a protección que produce a vacina (no caso do sarampelo, a que se produce cunha dose e a que se produce con dúas); de tal xeito que as coberturas observadas, ó seren corrixidas pola capacidade de protección, vense reducidas ó que aquí se chama "coberturas efectivas". O resultado de quitarlle a cada grupo de poboación considerado, a proporción de persoas efectivamente cuberta con unha dose de vacina e cuberta con dúas doses, é a proporción de persoas susceptibles que se integra no perfil de susceptibilidade.

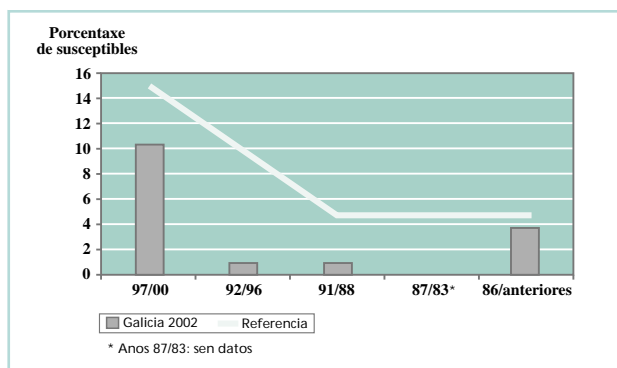
No noso caso, estimouse o perfil de susceptibilidade da poboación de Galicia para o 1 de xaneiro de 2002, tomando como referencia para agrupa-los individuos o perfil de susceptibilidade proposto pola Rexión Europea da OMS (táboa 1). Neste perfil non se teñen en conta os nenos de menos de 1 ano de idade, que na meirande parte serán totalmente susceptibles, agás os que estean protexidos polos anticorpos maternos.

Os que teñen 1 a 4 anos de idade. Para estima-la súa susceptibilidade, empregáronse os datos de cobertura vacinal dos nados en 1996 que, polo de agora, son os únicos dispoñibles. Tomáronse como totalmente susceptibles os nenos de menos de 15 meses (nados en 2000); o resto de nenos nados en 2000, e os nados en 1999, tomáronse como cubertos cunha dose de vacina na mesma proporción observada nos nados en 1996; e os nados en 1998 e 1997, que cumpriron todos eles 3 ou 4 anos en 2001, tomáronse como se tivesen a mesma cobertura vacinal que os nados en 1996 (táboa 3).

Os que teñen de 5 a 9 e de 10 a 14 anos de idade. Os nenos destes dous grupos foron os destinatarios da campaña de vacinación, e como non se observou que os resultados da mesma variasen dun grupo de idade a outro, emprégase o mesmo valor de susceptibilidade para ámbolos dous. Este valor é o calculado a partir das coberturas estimadas da táboa 2, o 1%; unha porcentaxe que quizais poida parecer optimista, mais, ó comparalo cos datos de cobertura da enquisa de nados en 1996, semella que non debe estar moi lonxe do valor verdadeiro. Da táboa 2 dedúcese que o 99,8% dos nenos remataron a campaña con alomenos 1 dose, e na táboa 3, que o 98% de nenos nados en 1996 recibiran tamén 1 dose vacina e a tiñan documentada (a cobertura notificada, a que se calcula engadindo os nenos que os pais din que recibiron a vacina mais non teñen no documento ou nel non consta, ascende ó 99%); por outra banda, na táboa 2 a cobertura con dúas doses é do 94%, mentres a documentada nos nados en 1996 do 88% (a notificada é do 89%), que corresponde á característica perda de cobertura que ocorre a medida que aumenta o número de doses, e que en condicións habituais recupérase parcialmente en sucesivas visitas ó pediatra ou, en cantidade aínda maior, durante as campañas de vacinación.

Os que teñen 15 ou máis anos de idade. Na figura 1, onde se expón a proporción de susceptibles de cada grupo de idade considerado, engadiuse un oco para salienta-la ausencia de información directa sobre a susceptibilidade dos nados en 1987-1983; e logo expónse a dos nados antes deste último ano. Nestes, a susceptibilidade, que foi calculada cos datos da enquisa de seroprevalencia, ponderando os de cada grupo etáreo pola súa presenza na poboación de Galicia, acadou o 3%, porque, por poñerse no peor dos casos, tomouse tamén como susceptible a categoría de protección insuficiente.

Fig. 1. Perfil de susceptibilidade. Galicia: 1 de xaneiro de 2002



A figura 1 contén tamén os valores de referencia que, segundo a recomendación da rexión europea da OMS, non debe superar ningún grupo de idade. Nela obsérvase como, no caso de Galicia, en tódolos grupos de idade dos que se dispón de información, a susceptibilidade está por baixo do dito estándar esixido para acadar-la eliminación.

Vixilancia reforzada

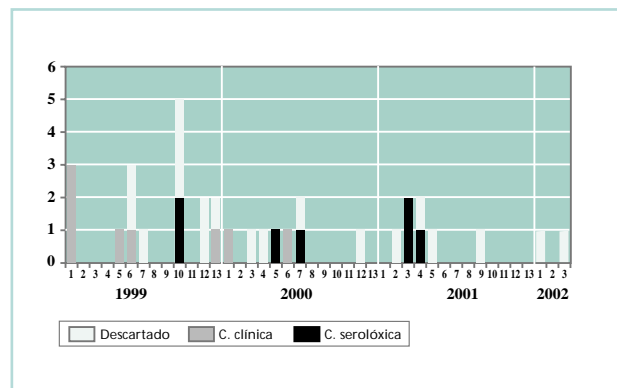
En abril de 1999 modificouse a vixilancia do sarampelo en Galicia para axeita-la ó período de eliminación da enfermidade. Tres son os seus obxectivos⁷:

- Detectar axiña todos aqueles casos de enfermidade que puidesen ser sarampelo. Para iso, modificouse a definición de caso que tradicionalmente se empregaba para efectua-la notificación: a sospeita de estar diante dun enfermado con sarampelo. Agora, a notificación non ten que ver con que clinicamente se sospeite o sarampelo, abonda con que o doente teña: febre de máis de 38 °C, exantema maculopopular e algún destes tres signos: tose, rinite ou conxuntivite. Este cambio na vixilancia principiou con outro referido ó intre no que hai que face-la declaración obrigatoria dos casos que cumpren a definición de sospeita: a declaración deixou de ser semanal e pasou a ser urxente ó SAEG⁸.
- Confirmar tódalas sospeitas notificadas, mediante un estudo da presenza de anticorpos IgM anti-sarampelo. Ademais, se non se fai esta proba, todos aqueles casos que cumpran a definición de sospeita e nos que o exantema dura 3 ou máis días, serán clasificados como "confirmados clinicamente". Pola contra, os resultados negativos á IgM cualifican o caso como "descartado"; e os positivos, como "confirmado seroloxicamente".
- Clasifica-los casos confirmados segundo sexa a súa orixe: de tal xeito que, se o enfermado se infectou en Galicia o caso considerárase "autóctono"; se o fixo noutra comunidade autónoma, "extracomunitario"; e se o fixo fora de España "importado". Asemade, tódolos casos nos que o estudo do caso non descubriu unha posible fonte de infección, cualifícanse como autóctonos.

Este novo sistema de vixilancia principiou, como se dixo, en abril de 1999, e os casos sospeitosos notificados e a súa clasificación en termos de confirmación amósanse na figura 2. Nela compróbase que os casos con confirmación clínica, porque non se lles realizou o estudo serolóxico e son, polo tanto, considerados como fallos da vixilancia, ocorreron só no primeiro ano. Despois dese primeiro ano, tódolos casos notificados que cumprían a definición de sospeita foron estudados seroloxicamente.

No período se confirmaron seroloxicamente 7 casos. Os 3 últimos, os de 2001, forman parte dunha mesma cadea de transmisión, que principiou cun caso importado (de China) que lle transmitiu a enfermidade, xa en Galicia, a un irmán e a un compañeiro de colexio, que non tiñan ningunha dose de vacina. O caso inmediatamente anterior, o derradeiro de 2000, era extracomunitario e non produciu, igual que o caso anterior (de fonte descoñecida e, por iso, codificado como autóctono), ningún caso secundario. Os dous primeiros casos da serie, tamén autóctonos porque non se atopou a súa fonte de infección, ocorreron cando estaba a piques de principia-la campaña de vacinación.

Fig. 2. Casos que cumprían a definición de sospeita de sarampelo notificados en Galicia de abril de 1999 a marzo de 2002, cualificados segundo o seu grao de confirmación



Comentario

Á vista destes datos, que indican que o último caso ocorreu hai máis dun ano, en marzo de 2001, semella que en Galicia xa se interrompeu a transmisión autóctona do virus do sarampelo. Nembargantes, esta observación queda a expensas da calidade da vixilancia, que ten que ver coa proporción de casos que terían que ser notificados e os que efectivamente o son; mais é esta unha calidade que, a diferenza do que ocorre no eido da erradicación da poliomielite coa vixilancia da parálise fláccida aguda⁹, polo de agora non ten un estándar de referencia.

Outro atranco para a vixilancia de calidade, poderíase agachar detrás do cambio de filosofía que supón a vixilancia cara a eliminación, respecto da que é habitual no sistema de vixilancia na que se atopa inscrito, o sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades, SXNOE. Como quedou dito nun parágrafo anterior, a diferenza do que ocorre coas outras enfermidades vixiadas polo SXNOE, no eido da eliminación sarampelo non hai que notifica-la sospeita clínica de sarampelo, notifícase unha combinación de signos: febre de máis de 38 °C, exantema maculopopular e algún destes tres: tose, rinite ou conxuntivite. Compre salientar, ademais, que co actual perfil de susceptibilidade, espérase que a maioría dos casos notificados non deben ser casos de sarampelo.

Na liña do dito, vén de modificarse a mensaxe que dende abril de 1999 aparece na cabeceira de tódolos números do BEG. Quitáronse as verbas "sospeita de sarampelo" para, deste xeito, evitar calquera equívoco sobre o que hai que notificar.

Polo demais, para rematar cómpre salientar que co perfil de susceptibilidade actual, e acadada a interrupción da transmisión autóctona do virus do sarampelo, que se manteña o estado de eliminación vai depender de que, pola súa banda, o calendario de vacinacións infantís manteña os actuais niveis de aceptación.

¹ DXSP. Programa galego de eliminación do sarampelo. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie A, nº 14.

² DXSP. Boletín epidemiolóxico de Galicia; vol. XI, nº 3.

³ DXSP. Guías de Saúde Pública. Serie I; sección sarampelo, informe 1.

⁴ Os datos definitivos presentaríanse nun vindeiro informe das Guías de Saúde Pública.

⁵ DXSP. Boletín epidemiolóxico de Galicia; vol. XIII, nº 5.

⁶ A metodoloxía e os datos definitivos presentaríanse nun vindeiro número do BEG.

⁷ DXSP. Guías de Saúde Pública; Serie I, sección vacinas: informe 9.

⁸ Orde de 24 de marzo de 1999 (DOG nº 73). Vid. "DXSP. Guías de Saúde Pública; Serie I, sección lexislación da RGVSP.

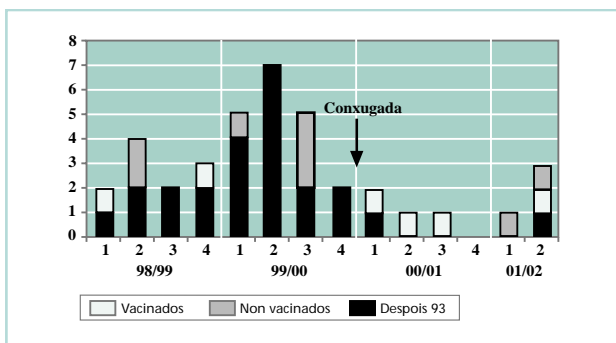
⁹ DXSP. Guías de Saúde Pública; Serie I, sección vacinas: informe 7.

ENFERMIDADE MENINGOCÓCICA EN GALICIA. 1999/2001

Despois das campañas de vacinación desenvolvidas para interromper a progresión do ciclo hiperendémico de enfermidade meningocócica debida ó serogrupo C (EMSC), e da inclusión no calendario de vacinacións infantís da vacina fronte ó dito serogrupo, a vixilancia da enfermidade meningocócica en Galicia ten tres obxectivos: (1) segui-la incidencia da EMSC nos nados despois do 1 de xaneiro de 1993; (2) segui-la incidencia da EMSC nos nados antes desa data; e (3) segui-la incidencia da enfermidade debida ó serogrupo B (EMSB) e ós outros serogrupos. Neste BEG dáse conta dos resultados destes seguimentos nas dúas últimas tempadas que, lémbrese, van da semana 41 dun ano á 40 do ano seguinte.

EMSC nos nados despois do 1 de xaneiro de 1993. Este corte obedece a que eles foron obxecto da campaña de vacinación con vacina "conxugada", que principiou coa tempada 2000/01, e son os que se están a vacinar coa mesma vacina segundo as recomendacións do calendario de vacinacións infantís¹. Esta vacina, que é diferente da de "polisacáridos" que fora empregada na campaña de 1996/97¹, ten unha grande eficacia, polo que se espera que ocorran moi poucos fallos vacinais primarios (aqueles casos de EMSC que se dan en persoas que foron vacinadas porque a vacina foi incapaz de inducir protección). Polo de agora en Galicia non ocorreu ningún deles, xa que dende que se comezou a empregar a vacina, os 2 casos nados despois do 1 de xaneiro de 1993 ocorreron en nenos que non recibiran ningunha dose de vacina (ve-la figura 1).

Fig. 1. Casos de EMSC en Galicia dende a tempada 1998/99 en nados despois e antes do 1 de xaneiro de 1993, divididos estes últimos en vacinados e non vacinados



Ademais de detecta-los fallos vacinais primarios, obxecto da vixilancia tamén é coñecer aqueles casos que poderían ser previstos por vacinación e non o foron porque os nenos non se vacinaron. Dos dous casos citados, o primeiro ocorreu nun neno de 4 anos durante a campaña, pola que non foi captado, e o outro nun neno de 3 meses ó que se lle atrasou a vacinación.

Nembargantes, a validez deste seguimento indirecto da cobertura vacinal poderíase ver interferido favorablemente por un efecto indirecto da vacinación². No Reino Unido, onde se vacinaron con vacina conxugada ás persoas de menos de 18 anos de idade, observouse, ademais dunha efectividade da vacina que variou entre o 89 e o 100%, segundo a idade de vacinación, unha redución da incidencia da enfermidade nos que non se vacinaron que variou do 34% nos de 9 a 14 anos de idade ata o 61% nos mozos de 15 a 17 anos³. O considera-lo posible efecto indirecto da vacinación, cómpre salienta-las diferencias entre a do Reino Unido e a de Galicia: aquela abrangueu ós adolescentes, a de Galicia non. Este feito podería explicar, se o houbera, unha menor magnitude de efecto indirecto en Galicia,

Táboa 1: Casos de enfermidade meningocócica por serogrupos e idade. Galicia, tempadas 1999/00 e 2000/01

IDADE (ANOS)	TEMPADA 1999/00				C	TEMPADA 2000/01			
	C	B	Desc.	Todos		C	B	Desc.	Todos
< 2	5	21	18	44	O	0	10	7	17
2-4	3	8	9	20	N	0	7	11	18
5-9	7	8	19	34	X	2	11	11	24
10-14	1	7	9	17	U	0	3	6	9
15-19	0	1	5	6	G	2	1	4	7
> 19	3	8	13	24	A	0	8	8	16
Todos	19	53	73	145	D	4	40	47	91
					A				

C = EMSC; B = EMSB; Desc. = Sospeita de enfermidade meningocócica que non se confirmou

posto que este dependería da intensidade coa que a vacina interferise no estado de portador de meningococos do serogrupo C, que é especialmente importante nos adolescentes e do que depende a transmisión da EMSC.

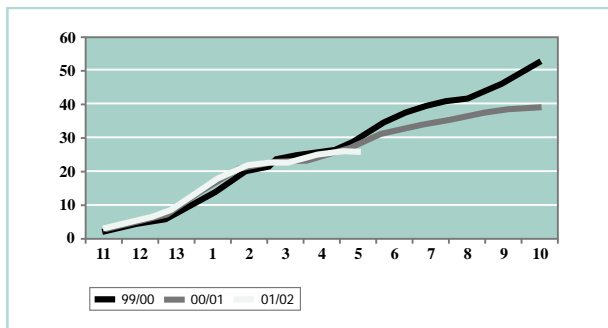
EMSC nos nados antes do 1 de xaneiro de 1993. Este grupo de poboación pódese dividir noutros dous grupos que merecen atención diferente, os que recibiron a vacina de polisacáridos na campaña de 1996/97, e os que non a recibiron⁴. No primeiro grupo interesa segui-lo número de fallos vacinais secundarios, que son os que se producen en persoas vacinadas debido a que a protección inicialmente inducida pola vacina foise perdendo co paso do tempo. O outro grupo ten importancia porque, coa eficacia da vacina conxugada e se non diminúe a capacidade de protección da vacina de polisacáridos, neste grupo vaise a amosar calquera aumento da incidencia da EMSC.

Na figura 1 vese como nas últimas tempadas non se observou ningún aumento no número de casos; nin nos vacinados, nin nos non vacinados. Pola súa banda, tampouco se observou aumento ningún no número de casos nos que se sospeitou enfermidade meningocócica, mais non se puido confirma-la súa orixe (ve-la táboa 1, columna "Desc."), que puidese estar a agachar un cambio na incidencia de EMSC.

Enfermidade meningocócica debida a outros serogrupos. Dos outros serogrupos de *N. meningitidis*, só o B ten relevancia en Galicia, onde a incidencia de EMSB séguese con especial atención porque as cepas deste serogrupo manteñen a súa capacidade epidémica e por constatar que non se produza o fenómeno coñecido como cambio de cápsula (ie, cepas do serogrupo C, fronte ó que vai dirixida a vacinación, mudan a cápsula pola do serogrupo B e serían favorecidas pola presión selectiva que exerce a vacina).

Nas últimas tempadas, a EMSB mantívose estable, e o pequeno aumento de casos observado en nenos de menos de 2 anos na tempada 1999/00, non se mantivo na 2000/01. Ese aumento na EMSB acompañouse doutro semellante no número de casos nos que non se confirmou a orixe meningocócica da enfermidade (táboa 1). Este comportamento estable mantense no que vai de tempada 2001/02, como se observa na figura 2.

Fig. 2. Casos cuadrisemanais acumulados de EMSB en Galicia, por tempadas



Comentario. Na actualidade, a enfermidade meningocócica en Galicia atópase nunha situación estable, de endemia con neto predominio da EMSB, debido a efectividade da vacina conxugada e a que se mantén a protección debida á vacina de polisacáridos. Polo de agora, pois, non é preciso modifica-las actuais medidas de control.

¹ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XII, nº 6.
² Vid. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XIV, nº 5.
³ Miller et al. Introduction of MenC vaccine in UK. ECCEMID; Milán, 2002.
⁴ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. IX, nº 6.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA (SAEG)

TELÉFONOS DIRECTOS	Epidemioloxía A Coruña	Epidemioloxía Lugo	Epidemioloxía Ourense	Epidemioloxía Pontevedra
Horario de oficina	981 185 834	982 294 114	988 386 339	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
 Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA
 Telf.: 981 542 929 - Fax: 981 542 970 - E-mail: dxsp3@jet.es