

XIII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS

Barcelona, 18 de Noviembre de 2011

LAS VACUNAS A DEBATE

Amalia Nácher Fernández

Pediatra. Centro de Salud de Benicassim –Castellón-

INTRODUCCIÓN

- Las vacunas han sido y son herramientas poderosas para proteger nuestra salud individual y colectiva..Se considera que junto con el agua potable son unas actuaciones que ha contribuido en gran medida a reducir la mortalidad de la población mundial y mejorar la calidad de vida .

- Evitan muertes y secuelas bien utilizadas y han conseguido erradicar enfermedades o disminuir su incidencia de un modo significativo.

-Paradójicamente cuando más grande es su beneficio a nivel individual y colectivo mayor es la preocupación por los efectos adversos que pueden producir.

-Decimos que las vacunas han sido víctimas de su propio éxito .Parece lógico que al disminuir o desaparecer las enfermedades prevenibles y dejarse de percibir como amenazantes nos olvidemos de ellas sin tener presentes las enormes consecuencias que podrían tener sino existieran las vacunas. ..

- No podemos considerarlas solo en nuestro entorno sino que nuestra pauta de actuación influye tanto en nuestra población como en otras zonas del mundo que son menos afortunadas que nosotros en salud .Tampoco debemos olvidar que enfermedades erradicadas en unos países persisten endémicas en otros países – poliomielitis-

- Pero todas las vacunas no pueden ser consideradas como "iguales" en importancia .La presión de la farmaindustria ,el “miedo” injustificado ,la ignorancia ,las luchas políticas etc .hacen que se utilicen algunas vacunas sin evidencias científicas que las justifiquen.

ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA

-El programa de erradicación de la viruela se llevó a cabo entre los años 1966-1980 .Endémica a finales de los años 60 en Asia y Africa además de la vacunación hubo de realizarse un gran trabajo de campo.

-El último caso de viruela en el mundo se confirmó en Somalia .Considerándose erradicada del mundo el 26/10/1979.

POLIOMIELITIS

-Acompaña al hombre a lo largo de la historia y aún existe en el mundo aunque desde el año 1988 haya disminuido en más del 95%.

-La única prevención posible es la vacuna administrada en 3-4 dosis que protege al niño de por vida.

-Sabemos que afecta sobre todo a niños menores de 5 años pero también a adultos y que de un 5% al 10% de los casos se produce la muerte por parada respiratoria y que existen secuelas importantes (parálisis flácidas 1:200 casos).En España tras las campañas de vacunación que se iniciaron en 1964 se produjo una drástica disminución del número de casos. Tabla 1

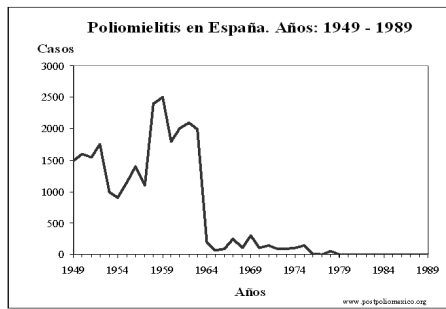
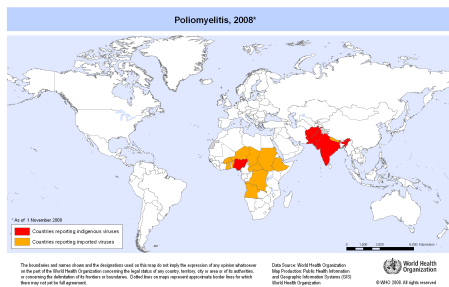
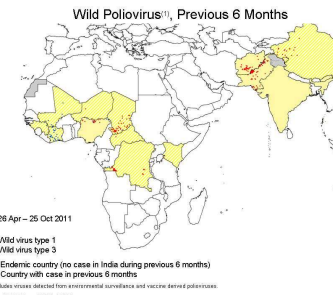


Tabla 1

- En España en 1989 se declararon los 2 últimos casos de polio salvaje .
- La OMS declara erradicada de Europa la Poliomieltis el 21/06/2002 y desde el año 2004 se sustituye la vacuna oral Sabin –virus atenuados- por la vacuna Salk intramuscular –virus inactivados-
- Actualmente aún existen casos de Poliomieltis .Tenemos países endémicos: Pakistán ,Afganistán ,Nigeria ,India ,Congo ..En el año 2010 se notificaron 1117 casos de Poliomieltis a nivel mundial .Mapas 1 y 2. -



Mapa 1



Mapa 2

- Mientras que un solo niño siga infectado de poliovirus los niños de todos los países correrán con el riesgo de contraer la enfermedad .El poliovirus puede pasar muy fácilmente a países exentos de polio y propagarse con rapidez entre la población no inmunizada.

Para erradicar la polio se necesita:

1. Que no haya un solo caso de Polio salvaje en 3 años
2. Que los países cumplan con las normas de vigilancia internacionales.
- 3 .Que cada país de muestre su capacidad para detectar ,notificar y responder a casos de polio importados

Reacciones graves secundarias a la vacunación oral polio :Polio Parálitica se consideran 1 caso por cada 750.000 primeras dosis administradas y 1 caso cada 2.400.000 dosis totales administradas.El riesgo aumenta en inmunodeficientes.

| Total cases | Year-to-date 2011 | | | Year-to-date 2010 | | | Total in 2010* |
|-----------------------------|-------------------|--|--|-------------------|--|--|----------------|
| Globally | 489 | | | 747 | | | 1349 |
| * in endemic countries: | 217 | | | 163 | | | 232 |
| * in non-endemic countries: | 272 | | | 584 | | | 1117 |

| Countries | Year-to-date 2011 | | | Year-to-date 2010 | | | Total in 2010* | Date of most recent case |
|----------------------------|-------------------|------|-------|-------------------|------|-------|----------------|--------------------------|
| | WPV1 | WPV3 | Total | WPV1 | WPV3 | Total | | |
| Pakistan | 130 | 2 | 132 | 76 | 21 | 97 | 144 | 10-Oct-11 |
| Afghanistan | 43 | | 43 | 11 | 8 | 19 | 25 | 08-Oct-11 |
| Nigeria | 32 | 9 | 41 | 4 | 4 | 8 | 21 | 02-Oct-11 |
| India | 1 | | 1 | 16 | 23 | 39 | 42 | 13-Jan-11 |
| DR Congo | 84 | | 84 | 30 | | 30 | 100 | 21-Aug-11 |
| Chad | 111 | 3 | 114 | | 14 | 14 | 26 | 10-Aug-11 |
| Angola | 4 | | 4 | 25 | | 25 | 33 | 27-Mar-11 |
| CAR | 1 | | 1 | | | | | 19-Sep-11 |
| China | 18 | | 18 | | | | | 18-Sep-11 |
| Mali | | 9 | 9 | 3 | 1 | 4 | 4 | 03-Aug-11 |
| Kenya | 1 | | 1 | | | | | 30-Jul-11 |
| Guinea | | 2 | 2 | | | | | 27-Jul-11 |
| Côte d'Ivoire | | 35 | 35 | | | | | 24-Jul-11 |
| Niger | 1 | 1 | 2 | | 2 | 2 | 2 | 09-Jul-11 |
| Congo* | 1 | | 1 | | | | 441 | 22-Jan-11 |
| Gabon | 1 | | 1 | | | | | 15-Jan-11 |
| Uganda | | | | 1 | | 1 | 4 | 15-Nov-10 |
| Russian Federation | | | | 14 | | 14 | 14 | 25-Sep-10 |
| Liberia | | | | 2 | | 2 | 2 | 08-Sep-10 |
| Nepal | | | | 6 | | 6 | 6 | 30-Aug-10 |
| Kazakhstan | | | | 1 | | 1 | 1 | 12-Aug-10 |
| Tajikistan | | | | 458 | | 458 | 457 | 04-Jul-10 |
| Turkmenistan | | | | 3 | | 3 | 3 | 28-Jun-10 |
| Senegal | | | | 18 | | 18 | 18 | 30-Apr-10 |
| Mauritania | | | | 5 | | 5 | 5 | 28-Apr-10 |
| Sierra Leone | | | | 1 | | 1 | 1 | 28-Feb-10 |
| Total | 428 | 61 | 489 | 674 | 73 | 747 | 1349 | |
| Total in endemic countries | 206 | 11 | 217 | 107 | 56 | 163 | 232 | |
| Total outbreak | 222 | 50 | 272 | 567 | 17 | 584 | 1117 | |

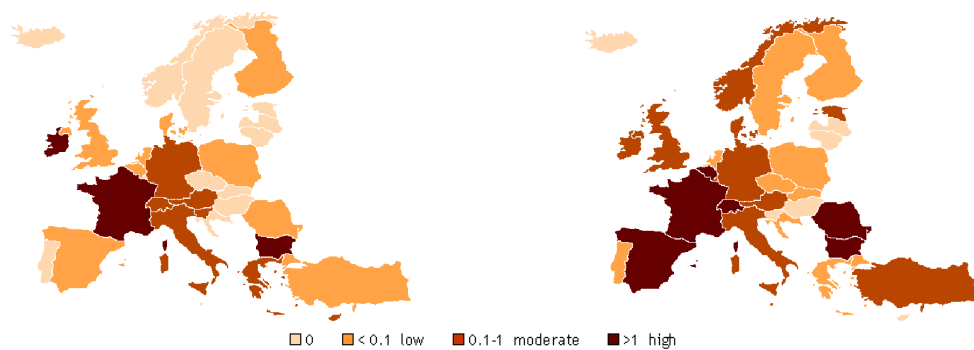
SARAMPIÓN

La vacunación sistemática disminuyó la mortalidad a nivel mundial pasando de 873.000 muertes en el año 1999 a 345.000 muertes en el año 2005.

En España se introdujo la vacuna en el año 1978 y se pasó de tasas de 520,18 casos por 100.000 habitantes en 1972 a tasas de 0.22 casos por 100.000 habitantes en el 2002.

La OMS tenía como objetivo erradicar el sarampión de la Región Europea en el año 2007 pero se han encontrado con dificultades. En Europa se ha pasado de 7000 casos en el 2009 a 30.000 casos 2010 (73% no vacunados). Por ello ha ordenado unas estrategias: mantener coberturas vacunales con dos dosis en el 95% de la población y una segunda oportunidad de recaptación de la población susceptible y mejor información de los profesionales.

En España la incidencia de sarampión ha empezado a aumentar en el año 2010 hay tasas del 0.66/100.000 habitantes –muy superior a la del año anterior 0.06/100.000- Afecta a grupos de edad que deberían estar vacunados ya que un 32% son niños de 16 meses a 19 años y de ellos un 80% no están vacunados correctamente. Los menores de 15 meses representan el 19% y de ellos el 45% tienen entre 12 y 15 meses, por ese motivo alguna comunidad autónoma ha adelantado la vacunación a los 12 meses. Un 44,6% tienen entre 20-39 años y de este grupo menos de un 5% están vacunados y en su mayoría carecen de inmunidad natural. Los brotes se han iniciado en población susceptible y marginal y posteriormente se han extendido a población general con afectación de personal sanitario y casos nosocomiales. Por ello se recomienda la vacunación de todos los profesionales sanitarios menores de 45 años y de estudiantes de medicina y enfermería antes de incorporarse a la práctica clínica



Incidencia de sarampión primer trimestre 2010 Incidencia primer trimestre 2011

Eu.vac.net casos/100.000 habitantes

CALENDARIOS VACUNALES

En España tenemos actualmente 19 calendarios vacunales distintos –tantos como autonomías- con acceso a distintas vacunas según sea el lugar donde vivan nuestros niños. Son los calendarios vacunales “oficiales” autorizados por las Consejerías de Salud de las distintas autonomías.

Por otra parte la Asociación Española de Pediatría recomienda un calendario vacunal donde se incluyen otras vacunas :la vacuna contra el pneumococo –que el Ministerio de Sanidad recomienda solo para los grupos de riesgo – y la vacuna contra el rotavirus –

Nos planteamos muchas dudas ante esta situación tan diversa :¿Es ético recomendar vacunas no financiadas?. ¿Hay evidencias científicas que justifiquen la vacunación? ¿Qué dice la OMS respecto a estas vacunas?, ¿Existen recursos para implantar la vacunación? ¿Qué pasa con la población de riesgo? ¿Hay recursos para la población de riesgo? ¿Las autoridades sanitarias “velan” por nuestra salud?. Si dejamos de vacunar a una parte de la población importante ¿qué puede pasar?- Tenemos tasas vacunales en el 2008 de rotavirus 54% en la Comunidad Valenciana y en el 2010 de neumococo del 66%-... ¿La vacunación de una parte de la población protege al resto? , ¿Hay más posibilidad de cambios de serotipos circulantes?

ROTAVIRUS

La OMS nos dice que “en los países donde la muerte por diarrea representa al menos un 10% de la mortalidad en niños menores de 5 años ,la introducción de las vacunas contra el rotavirus se recomienda encarecidamente”. No es el caso de España.

Por otra parte hay consenso en la necesidad del desarrollo de programas de vigilancia regionales y locales para hacer un seguimiento de la eficacia y seguridad frente a las vacunas del rotavirus y supervisar los posibles cambios de prevalencia de serotipos del rotavirus circulantes.

En España actualmente se utiliza la vacuna Rotateq después de detectar en el año 2010 ADN de un circovirus porcino en la vacuna Rotarix .

NEUMOCOCO

Streptococcus pneumoniae es importante por estar asociado a un amplio rango de enfermedades :desde procesos comunes del tracto respiratorio superior hasta formas graves:neumonía, sepsis ,meningitis.El riesgo de contraer estas infecciones es mayor en menores de 2 años , en mayores de 65 años y en personas con factores de riesgo .Existe un grave problema y es la aparición de resistencias a antibióticos :50% a penicilina ,fracasos terapéuticos desde los años 90 con macrolidos y quinolonas ,también resistencias a cefalosporinas de tercera generación.

En el año 2003 el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinó un estudio que concluye que hay que incluir la enfermedad por neumococo invasora (ENI) en el sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria.

La vacuna polisacárida utilizada en mayores de 2 años y adultos es eficaz para 23 tipos de neumococos.En menores de 2 años se han desarrollado vacunas conjugadas eficaces dirigidas a :7 tipos de neumococos ,10 y 13 .Actualmente la vacuna con 13 serotipos –Prevenar 13- es la más utilizada en nuestro país. Las tasas vacunales en el año 2010 en la Comunidad Valenciana eran de un 66% tanto para la población general como para los grupos de riesgo.

Habrá que conocer la incidencia de ENI en distintos grupos de edad en nuestro país y los serotipos circulantes así como el posible reemplazo de los mismos a lo largo del tiempo.

OMS y SAGE –Grupo de expertos en asesoramiento extratécnico sobre inmunización- en noviembre del año 2010 detectan signos de sustitución por serotipos no vacunales en zonas donde se ha utilizado la vacuna.Los cambios dependen de la incidencia de la enfermedad antes de la introducción de la vacuna ,de los métodos de vigilancia ,dosis ,calendarios vacunales ,antibióticos utilizados ,resistencias...Pero esta sustitución de serotipos también se ha observado en países donde no se han introducido las vacunas neumocócicas conjugadas.