

## La vacuna antimeningocócica otra vez

**Sr. Director:** Este otoño nos rememora el del 1997, cuando nos tocó defender la oportunidad de la campaña anti-meningocócica que en aquel momento se puso en marcha. Fuimos algunos que en nuestros pueblos tuvimos que salir a explicar el porqué y el cómo de una campaña instaurada de prisa y corriendo. Recordamos alguna mesa creada a instancia del colegio de médicos donde el pediatra se mostraba en contra de la medida y manifestaba que no vacunaría a sus hijos, al tiempo que los representantes de sanidad y algunos médicos de cabecera manifestábamos, aunque sin excesiva convicción, que, aunque la realidad no justificaba la medida la tendencia del meningococo tipo C en ese momento –que hacía temer un incremento en el número de casos–, aconsejaban la vacunación. En alguno de esos foros surgió desde el público algún colega que increpó a la mesa por la imagen de división y falta de coherencia que estábamos dando y que lejos de clarificar la situación con nuestro discurso estábamos fomentábamos aún más la confusión entre la ciudadanía. Y tenían razón.

Este otoño, sorprendentemente, y sin que haya mediado discusión alguna entre sociedades científicas y sin que exista una situación de epidemiológica que lo justifique, hemos asistido a la introducción en el calendario vacunal de la vacuna conjugada para el meningococo C. ¿Que ha cambiado?

Es conocido por todos que el incremento continuado de las tasas del meningococo C desde 1990 en España produjo que en 1996 existieran situaciones epidémicas en algunos puntos de nuestra geografía, tal es el caso de Galicia (13,1 por 100.000 habitantes) o de Cantabria (12,3 por 100.000 habitantes), todo ello dentro de tendencias en el incremento de las tasas de incidencia de la enfermedad geográficamente desiguales. Así, en comunidades colindantes como el País Vasco (1,08 por 100.000 habitantes), o más alejadas como Andalucía (2,08 por 100.000 habitantes), presentaban resultados claramente insuficientes para justificar la vacunación. Se constató, por aquel entonces, el cambio del meningococo B preponderante al tipo del serogrupo C (concretamente al 2b: Pl.2,5) que era más virulento que los anteriores y que era el responsable del cambio de incidencia en ese momento (el 65% de todas la cepas). Así, como el desplazamiento de la incidencia a grupos de mayor edad (1-4 años y adolescentes), la mayor presencia de éste a mostrarse en forma de agrupamientos o clúster y, por último, la creación entre la población el efecto “frontera o vecino”, que generaba una gran alarma social. Estos hechos dieron pie a la vacunación en la mayoría de las comunidades autonómicas.

La vacuna bivalente administrada en ese momento presentaba una seroconversión para el C que sólo llegaba al 55-70%

entre los 2-3 años, aumentando su efecto con la edad hasta el 70-90% hasta los 4-5 años. De la misma manera que la duración de la protección era inferior cuanto menor era el niño, no producía memoria inmunológica, por lo que la revacunación no aumentaba los valores de anticuerpos previos<sup>1</sup>.

Aun así, se comprobó que un año después de la vacunación existió un descenso de un 45% de las tasas globales de enfermedad meningocócica predominantemente entre 2-19 años, debida fundamentalmente al serogrupo C (disminución de un 76%), y que a los 2 años de la vacunación el meningococo predominante vuelve a ser el del serogrupo B (excepto en las comunidades que no vacunaron).

Como entonces, recientemente los médicos de familia que atendemos niños hemos vuelto a constatar las angustias de madres que recordaban la anterior campaña anti-meningocócica. Madres que a la vez que nos manifiestan no entender el hecho de que al no darse una situación como la de aquel entonces se ponga en práctica esta iniciativa, se preocupan nuevamente, como en aquellas fechas, por los efectos secundarios de la vacuna.

Y es que no se les ha informado que aquella campaña tuvo que ver con una medida excepcional debida a una complicada situación epidemiológica del momento, y que en cambio ésta se incluye justamente en el calendario vacunal para la prevención en el futuro de la enfermedad producida por este germen. Como tampoco se les ha explicado que aquélla, a pesar de su polémica, ahorró muertes y sufrimiento a niños el año siguiente de su puesta en marcha, y que la inclusión de ésta sin más justificación, vista la situación actual, producirá probablemente una escasa modificación de la situación epidemiológica de esta cepa en nuestro país<sup>2</sup>, pues todos los médicos de cabecera sabemos que la inclusión de una vacuna sistemática en el calendario vacunal tiene que ver más que con una situación epidemiológica del momento (predomina el serogrupo B en casi todas las comunidades), con criterios de coste/beneficio, o criterios políticos sanitarios, en donde muchas veces nosotros, como ellas, nos perdemos.

La puesta en marcha de una vacunación sistemática tiene que ver idealmente con el hecho de prevenir la enfermedad, evitando los gastos sanitarios generados, y todo ello al mínimo coste posible para el erario público. Sin embargo, puede que se deba al hecho de que la epidemiología de los países desarrollados sea parecida, o porque la presión de la industria farmacéutica en éstos sea semejante, porque las sociedades científicas demanden lo mismo o porque los calendarios de vacunación en los países occidentales tiendan a coincidir<sup>3</sup>.

Pero, ¿si la situación epidemiológica no justificaba la vacunación en 1997, por qué ahora sin más dilación tras la experiencia inglesa y con menos incidencia de meningitis C se incluye la vacuna antimeningocócica C en el calendario vacunal? ¿Se cree acaso que la tendencia de ésta, una

vez finalizada la inmunidad tras la vacunación de 1997, sea a incrementarse? Entonces, ¿por qué se armó tanto revuelo entre las sociedades científicas en el otoño de hace 3 años? Si no estaba justificado entonces tampoco lo debería estar ahora, y, por el contrario, si ahora es perfectamente justificable, las medidas tomadas en su día, dada la incertidumbre, fueron acertadas, ¿no?

La diferencia de situaciones, dirán algunos, se encuentra en la misma vacuna, y no en la epidemiología. Toda vez que la vacuna conjugada, al contrario que la anterior de polisacáridos purificados que presentaba una limitada protección, es altamente inmunógena y es capaz de producir memoria inmunitaria. De ahí que fuera incluida en 1999 en Inglaterra en el calendario vacunal sistemático<sup>4,5</sup> y aquí tras las primeras evaluaciones un año después.

M. SEGUÍ DÍAZ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médico Titular de APD (UBS Es Castell).  
Centro de Salud de Dalt Sant Joan de Mahón. Menorca.

Correspondencia: Dr. M. Seguí Díaz.  
Noria d'en Riera, 3. Es Castell. 07720 Menorca. Baleares.  
Correo electrónico: mseguid@meditex.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Resumen de la conferencia nacional de la enfermedad meningocócica. Oviedo, 17-18 de junio de 1997. Bol Epidemiol Sem 1996; 4: 396-397.
2. Cano Portero R, García Delgado C, de Mateo Ontañón S. Enfermedad meningocócica. Situación en la temporada 1998-1999. Bol Epidemiol Sem 1999; 7: 221-232.
3. Salmerón García F. Las vacunaciones. Entre la ciencia y el marketing. Rev Pediatr Aten Primaria 1999; 1: 117-122.
4. MacLennan JM, Schackley F, Heath PI, Deeks JJ, Flaman KC, Herbert M. Induction of immunologic memory by a serogroup C meningococcal conjugate vaccine in infants. A randomized controlled trial. JAMA 2000; 283: 2795-2801.
5. CDC. Prevention and control of meningococcal disease and meningococcal disease and college students. Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). MMWR 2000; 49. URL: <http://ftp.cdc.gov/pub/Publications/mmwr/rr/tr4907.pdf>

## Detección de la prevalencia de depresión en población consultante, según los criterios del CIE-10

**Sr. Director:** Hemos decidido conocer la prevalencia de depresión detectada en la población que acude al centro de asistencia primaria, según los criterios del CIE-10 (décima revisión del manual de clasificación internacional de enfermedades), ya que éste es el método más utilizado en la asistencia primaria<sup>1</sup>. Para ello, decidimos efectuar un estudio de tipo descriptivo observacional, de una muestra de población asignada a nuestro centro, seleccionada al azar, siguiendo el método estadístico aleatorio sistemati-

zado, estratificado por grupos de edad (primer grupo de 15 a 35 años, segundo de 36 a 56 y tercero de 57 a 77 años). Se extrajo de una población total de 6.800 pacientes asignados a tres unidades asistenciales, sendas muestras de 150 pacientes para obtener una  $p = 0,05$ , siendo  $p = q$ . A éstos se les debía citar en la consulta y aplicarles el test de detección de depresión del CIE-10<sup>2</sup>, y comprobar cuántos de ellos resultaban positivos para la depresión. Las tres primeras preguntas de este test hacían referencia a estado de humor depresivo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar y disminución de vitalidad o bien aumento de la fatigabilidad. Las 7 preguntas restantes se referían a la pérdida de atención o concentración, la pérdida de confianza o sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o inutilidad, percepción de un futuro desesperanzador, pensamientos suicidas o de autoagresión, trastornos del sueño y, por último, disminución del apetito. Se valoraba la existencia de depresión si se había contestado afirmativamente a las primeras 2 preguntas, y después se etiquetaba como leve, moderada o grave, según se respondiera también afirmativamente a 2, 3 o 4 de los ítems, respectivamente. Se excluían del estudio los pacientes que se negaban a participar en el mismo, y a los menores de 15 años y los mayores de 77. A los primeros por ser atendidos por los pediatras y precisar un test modificado, adecuado a su edad<sup>3</sup>, y a los últimos por haberse detectado en estudios precedentes una alta tasa de demencias<sup>4</sup>.

En el estudio participaron, finalmente, un total de 101 pacientes (un 35,64% varones y un 65,36% mujeres), y de éstos cumplían criterios de depresión un 25,01% de los varones y un 49,23% de las mujeres. La distribución según las edades en las mujeres fue: de 15 a 35 años tenían depresión 10 de cada 20 (6 depresión leve, 2 moderada y 2 grave); de 36 a 56, 11 de cada 25 (4 leve, 1 moderada, 6 grave); de 57 a 77, 11 de cada 20 (2 leve, 5 moderada, 4 grave). En los varones fue: de 15 a 35 años de edad, 2 de cada 11, los 2 graves; de 35 a 56 años no se encontró ningún caso, y de 57 a 77 años, 4 de cada 17 (1 moderada y 3 graves). La edad media de los pacientes con depresión era 43 años en los varones y 55 en las mujeres.

Para finalizar, podríamos decir que en este estudio hay un alto grado de detección de depresión en la población estudiada, más alto que en otras poblaciones estudiadas desde la asistencia primaria<sup>5</sup>. La prevalencia de depresión ha sido más alta en el sexo femenino, lo cual sí se repite en otras series<sup>6,7</sup>, pero también hay que tener en cuenta que las mujeres son más frecuentadoras y menos reservadas a la hora de efectuar las respuestas. El grupo de edad más afectado ha sido el de 57 a 77 años. Pero cabría destacar que en los varones no se han encontrado casos con criterios de depresión leve y, en cambio, sobresalen las depresiones graves sobre todo en el grupo de 15 a 35 años.

M.T. TORRAS BERNÁLDEZ, M.J. BERNAT LÓPEZ,  
J.A. BERNAD GIMENO, F. ALGILAGA NAVARRETE,  
C. CÁNOVAS GARRIDO, M. CATALÀ MAGRÉ  
y M. MIRANDA MARTÍN