

Revisión del programa de vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C

Dr. José Uberos Fernández

Profesor Titular de Universidad acreditado.
Universidad de Granada

Última revisión: 2 de Diciembre de 2013

Desde la introducción rutinaria de la vacunación antimeningocócica C en el año, se han alcanzado unas altas coberturas de vacunación en todas las Comunidades Autónomas, con una cobertura a nivel nacional alrededor del 97% en los últimos años. En los últimos años algunas de las vacunas comercializadas frente a meningitis C modificaron su ficha técnica recomendando una pauta de vacunación de dos dosis, a los 2 y 4 meses de edad en la primovacuna, pauta que fue implantada en alguna CCAA.

La tasa de incidencia para el serogrupo C descendió de 0,58/100.000 y 235 casos en 2001-2002 a 0,15/100.000 y 67 casos en 2010-2011. Esta última temporada se interrumpió la tendencia descendente en el número de casos declarado por serogrupo C debido al incremento de casos notificados en Andalucía que fue de 42 de los 67 casos (63%) totales declarados. El mayor incremento se observó en los niños de 10 a 14 años y en adultos de 35 a 44 años. En la temporada 2010-2011 se ha observado un importante aumento en la letalidad en todos los grupos de edad con excepción de los menores de cinco años.

En la actualidad para las tres vacunas comercializadas en nuestro país: Meningitec®, Menjugate® y Neis Vac-C® se establece la siguiente posología:

- Inmunización primaria:
 - Niños desde los 2 meses a los 12 meses de vida, dos dosis, de 0,5ml cada una, administradas con un intervalo mínimo de dos meses.
 - Niños de un año o mayores, una sola dosis de 0,5ml.
- Dosis de recuerdo: Se recomienda la administración de una dosis después de completar la serie primaria de inmunización en los niños. El momento de administración de esta dosis deberá seguir las recomendaciones oficiales. No se ha establecido la necesidad de una dosis de recuerdo en los sujetos vacunados con una sola dosis, cuando la vacuna se ha administrado en sujetos ≥ 12 meses.

El pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), reunido el 18 de marzo de 2010, estableció una serie de acuerdos con la finalidad de garantizar la sostenibilidad y la cohesión del Sistema Nacional de Salud en el marco del Pacto por la Sanidad. Entre los acuerdos que se prevé adoptar a corto plazo figuraba la aprobación de un nuevo calendario único de vacunación para España. En su reunión del 29 de febrero de 2012, el CISNS aprobó un calendario en el que se mostraba la convergencia de algunas de las bandas del calendario sistemático de vacunación infantil. Uno de estos programas a evaluar es el programa de vacunación frente a enfermedad

meningocócica por serogrupo C.

Un estudio prospectivo realizado en Canadá y publicado recientemente¹, ha investigado la respuesta de anticuerpos SBAr \geq 1:8 en niños sanos vacunados con MenCC-TT utilizando tres esquemas diferentes, cada uno en una región canadiense: 1 dosis a los 12 meses de edad en Nueva Escocia, 2 dosis a los 2 y 12 meses de edad en British Columbia, y 3 dosis a los 2, 4 y 12 meses de edad en Alberta. Se observó que antes de la vacunación a los 12 meses de edad, el título de anticuerpos bactericidas protectores era significativamente diferente entre los grupos. El porcentaje de niños con título SBAr \geq 1:8 era del 100% (CI95% 97,6-100%), el 84% (CI95% 76,7-89,3%) y el 27,6% (CI95% 21,0-35,4%) en los niños que habían recibido 2 dosis, 1 dosis y ninguna dosis, respectivamente. Todos los participantes estuvieron protegidos tras la vacunación a los 12 meses de edad, pero los títulos de anticuerpos eran más elevados en los niños primovacunados con anterioridad. Los autores concluyen que la administración de una sola dosis en niños menores de 12 meses seguida de una dosis de recuerdo a los 12 meses de edad con MenCC-TT es protectora y puede ser una opción viable para la sustitución de la pauta de 3 dosis en zonas con alta incidencia de enfermedad por meningococo de serogrupo C.

Teniendo en cuenta la pérdida de la protección serológica (título de anticuerpos SBAr \geq 1:8) que se produce en niños vacunados por calendario (menores de 2 años de edad), el control sostenido de la enfermedad meningocócica invasora por serogrupo C en Inglaterra y Gales se explica por las campañas de catch-up realizadas en el momento de introducir la vacuna en el calendario.

Una de las conclusiones a las que llega el grupo de trabajo MENCC 2012 en su "Revisión del programa de vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C", es que en España no tenemos elementos suficientes para sacar conclusiones sobre si se ha generado inmunidad comunitaria suficiente para impedir la transmisión del microorganismo, debido a que la realización de campañas de catch-up ha sido heterogénea en las diferentes CCAA y no se tiene información de seroprevalencia frente a meningococo C, a excepción de la información incluida en el apartado 5 de dicho documento y referida al País Vasco, ni de estudios de portadores.

En el entorno de la Unión Europea se utilizan actualmente tres estrategias de vacunación:

- Vacunación en el primer año de vida. Se comenzó vacunando con 3 dosis, cambiando con posterioridad a 2 dosis más un refuerzo en el segundo año de vida (2+1): Reino Unido, Irlanda, España, Andorra, Grecia.
- Vacunación en el segundo año de vida (0+1): Administración de una dosis única segundo año de vida: Bélgica, Chipre, Francia, Holanda, Alemania, Luxemburgo, Mónaco, Italia, Portugal.
- Administración de una dosis en la adolescencia (0+1+1): algunos países, además de vacunar a niños mayores de 12 meses, administran una dosis de refuerzo en la adolescencia: Austria y Suiza.

En general, uno de los aspectos que resalta el citado informe es que en los países con tasas de incidencia más elevadas en la edad infantil introdujeron la vacunación en el

primer año de vida, mientras que países con tasas de incidencia más bajas introdujeron la vacunación en niños mayores de 12 meses de edad y más tarde en el tiempo, algunos de ellos por razones económicas además de epidemiológicas y programáticas. El cambio de esquema en los países que vacunaban en el primer año de vida (de 3 dosis a pauta 2+1) se produjo como consecuencia de estudios de vigilancia postvacunación realizados fundamentalmente en el Reino Unido y corroborados en otros países, que mostraban que aunque las vacunas generaban memoria inmunológica, la respuesta secundaria producida tras una infección en un niño vacunado no se producía con la suficiente rapidez en el tiempo como para evitar las consecuencias graves de la enfermedad. Por esta razón, se notificaban fallos vacunales más frecuentemente en niños vacunados a menor edad como consecuencia de la pérdida de los anticuerpos circulantes.

Otras conclusiones destacables son:

1. La evidencia disponible muestra que la persistencia de anticuerpos y la inmunidad comunitaria son la clave para el control de la enfermedad meningocócica a largo plazo. La primovacunación en la infancia proporciona protección frente a la enfermedad, pero de corta duración. La vacunación de refuerzo durante el segundo año de vida confiere una respuesta secundaria más duradera. Sin embargo, la duración de la inmunidad es menor cuanto más temprana es la edad de administración, de manera que la vacunación en personas por encima de los 10 años de edad proporciona una respuesta inmunológica mayor y mucho más persistente, contribuyendo a mantener una inmunidad comunitaria por interrupción de la transmisión.

2. En este momento, las vacunas MenCC presentan una posología en su ficha técnica que no sería compatible con la utilización de una sola dosis como primovacunación. La literatura científica disponible muestra evidencias de una buena respuesta inmune protectora tras primovacunación con una sola dosis seguida de una dosis de refuerzo a los 12 meses, observándose diferencias en la respuesta inmune alcanzada según la vacuna utilizada. En este sentido, se observan mayores títulos de anticuerpos protectores con vacuna conjugada con toxoide tetánico, sobre todo cuando la primovacunación se ha producido con la misma vacuna.

REFERENCIAS

1. J. A. Bettinger, D. W. Scheifele, S. A. Halperin, J. D. Kellner, O. G. Vanderkooi, A. Schryvers, Serres G. De, and J. Alcantara. Evaluation of meningococcal serogroup C conjugate vaccine programs in Canadian children: interim analysis. *Vaccine* 2012; 30 (27):4023-4027.

2. Grupo de trabajo de enfermedad meningocócica. *Situación actual de la enfermedad meningocócica en España. Modificación de la Pauta de vacunación frente a meningococo C.*, Madrid:2005.

3. Grupo de trabajo MenCC 2012. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. *Revisión del programa de vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C*, Madrid:2013.

