

A. González de Aledo Linos

*AnEsp Pediatr* 1998;48:98-99.

*Sr. Director:*

A principios de 1997 la Consejería de Sanidad detectó en nuestra Comunidad un incremento en la incidencia de casos de meningitis meningocócica, con un mayor predominio del serogrupo C y una mayor letalidad de las formas clínicas. La tasa de incidencia de meningitis meningocócica en 1996 había sido de 10,8/100.000, y el porcentaje del serogrupo C del 53,8%. La tasa primaria de ataque por el serogrupo C, en el grupo de riesgo de 18 meses a 19 años, fue dando cifras acumuladas que aumentaron preocupantemente a principios de febrero de 1997: mientras que a finales de 1996 esta tasa era de 3/100.000, en la semana 4 de 1997 se elevaba a 7/100.000, en la semana 5 a 13/100.000 y en la semana 7 a 14/100.000 (a partir de 10/100.000 suele considerarse la implantación de una campaña de vacunación). En las 8 primeras semanas del año se produjo un incremento en el número de meningitis meningocócicas de un 190% respecto al mismo período de 1996, y un incremento del 160% en los casos por el serogrupo C. Además, las formas clínicas revistieron mayor gravedad, con una tasa de letalidad del 13,79% para el total de las meningitis meningocócicas y del 11,11% para las del serogrupo C. Antes de la campaña de vacunación fallecieron cuatro niños, y después de ella dos que no se habían vacunado.

Ante la situación creada, tomamos la decisión de iniciar una campaña de vacunación de la población de riesgo (18 meses a 19 años), a realizar en el menor tiempo posible, intentando atajar el presente brote epidémico además de dejar a la población protegida con la intención de disminuir los niveles de endemia meningocócica en los próximos años. Se previó poder evitar por lo menos 150 casos de meningitis C, y 16 muertes, en los próximos 5 años. Aunque en el mundo se han administrado más de cien millones de dosis de esta vacuna desde hace más de 20 años, su utilización no tenía precedentes en nuestra Comunidad Autónoma, y en el resto del país sólo se había utilizado, este mismo invierno, en Galicia y en La Rioja, que son las Comunidades Autónomas con mayor tasa de incidencia junto a Cantabria.

La decisión de vacunar se tomó el 14 de febrero. La campaña se dividió en dos fases. La primera (vacunación escolar) se

### Campaña de vacunación antimeningocócica en Cantabria, febrero-marzo 1997

dirigió a vacunar en su propio centro escolar a la población escolarizada (93.514 niños) y se desarrolló entre los días 24 y 28 de febrero. Se dio prioridad a este subgrupo de población por ser los más expuestos al riesgo y los de mayor facilidad de acceso para una rápida y amplia cobertura. Las vacunas se distribuyeron directamente a los centros escolares, para evitar aglomeraciones y desórdenes en los puntos de vacunación habituales, y para garantizar a la población que en su propio colegio vacunaríamos a toda la población escolarizada en una semana (en aquellos días la gente dudaba que hubiera suficientes dosis de vacuna). Se vacunaron 88.207 escolares (el 94,32% del censo) en 5 días, y ello a pesar de la huelga del transporte que dificultó todas las operaciones de reparto de las vacunas. La segunda fase (vacunación de los niños no escolarizados en los puntos habituales de vacunación) se desarrolló entre los días 3 y 8 de marzo principalmente, con una semana más de vacunación de los «rezagados» en dos únicos puntos de vacunación. En las dos semanas de campaña se consiguió vacunar a 100.732 niños, es decir, el 93,45% de la población diana.

Esta buena cobertura va a ser todavía mejorada porque la vacunación sigue abierta, de momento de forma indefinida, para quienes no se vacunaron en su momento y para los lactantes que vayan alcanzando la edad de 18 meses (esta pauta viene motivada porque en Cantabria la endemia meningocócica, al menos en los años más recientes, no tiene carácter estacional, produciéndose tantos casos en primavera-verano como en otoño-invierno). De hecho, tras finalizar la campaña falleció una universitaria de 18 años que no se había vacunado, y la alarma que se generó en Cantabria hizo que se vacunaran en menos de una semana más de 4.000 chicos que no se habían vacunado durante la campaña.

El haber conseguido vacunar a todo el grupo de riesgo de una Comunidad Autónoma en dos semanas es el resultado de la colaboración ejemplar de todas las instituciones (principalmente Consejería de Sanidad e INSALUD), y de la dedicación y generosidad de todo el personal sanitario de Cantabria, que se volcó en esta Campaña supeditando el resto de sus actividades diarias a la misma.

Desde que se inició la vacunación no se ha declarado ningún caso de meningitis C entre los vacunados (eficacia vacunal del 100%). Este hecho no puede ser atribuido a la estacionalidad que se atribuye clásicamente a la enfermedad, pues entre los no vacunados se ha producido exactamente el mismo nú-

Pediatra. Jefe de Sección de Promoción de la Salud.  
Consejería de Sanidad de Cantabria.  
Correspondencia: Alvaro González de Aledo Linos.  
C/ Valdenoja 10, 7º I. 39012 Santander.

mero de casos de meningitis C que en el mismo período de tiempo anterior a la campaña, y en el conjunto de la población el mismo número de casos de enfermedad meningocócica por los restantes serogrupos.

Los únicos efectos adversos de la vacuna han sido una reacción urticarial inmediata que respondió perfectamente al tratamiento habitual, dos reacciones urticariales tardías de dudosa atribución etiológica, y una convulsión febril postvacunal coincidente con proceso infeccioso, que igualmente se ha recuperado sin secuelas.

Durante el desarrollo de la epidemia, el Ministerio de Sanidad ha ido cambiando sus recomendaciones de quimioprofilaxis y de vacunación. La ampliación de las indicaciones de quimioprofilaxis hizo que su uso se disparara en España y que se desabastecieran de rifampicina las farmacias. Ello nos obligó a su importación desde otro país, y a utilizar pautas alter-

nativas.

De esta experiencia en nuestra Comunidad Autónoma podemos extraer las siguientes conclusiones: 1º) La indicación de realizar una campaña de vacunación debe basarse únicamente en la epidemiología local, debido a las grandes diferencias interprovinciales. Si se decide, debe darse gran importancia a la información pública, pues puede ocurrir que las autoridades ministeriales estén enviando mensajes dirigidos al conjunto del país que sean contradictorios con lo que las autoridades autonómicas consideran indicado para su Comunidad. 2º) La vacuna es eficaz y muy segura. 3º) El éxito de la campaña depende de una coordinación entre todas las instituciones sanitarias, y de concederle prioridad postponiendo otras actividades durante la misma. 4º) Debe darse prioridad a la vacunación en los colegios. Y 5º) Debe seguirse estrictamente un protocolo, pues la presión social, una vez iniciada la campaña, es enorme en el sentido de gene-

---

J.I. Zabala Argüelles, E. Maroto Alvaro,  
C. Maroto Monedero

*An Esp Pediatr 1998;48:99-100.*

*Sr. Director:*

El reciente artículo de Cabrera y cols.<sup>(1)</sup> presenta un lactante de 7 meses afecto de enfermedad de Kawasaki que desarrolló aneurismas de las arterias coronarias derecha e izquierda en la fase aguda de la enfermedad. El paciente presentó signos de isquemia en el ECG («ST elevado en II, III y AVF») el noveno día de evolución, confirmándose la existencia de los aneurismas por ecocardiografía y RMN. Pese a los cambios electrocardiográficos la evolución del lactante debió ser favorable (no se describe en el artículo) ya que se disminuyó la aspirina a dosis antiagregantes el decimocuarto día de evolución y el autor no se planteó el uso de anticoagulantes ni fibrinolíticos. No obstante, el paciente fue sometido a un cateterismo cardíaco y coronariografía el 18º día donde se pusieron de manifiesto los mismos aneurismas previamente demostrados por ecografía y RMN.

Creemos que el estudio hemodinámico realizado en este paciente fue innecesario por varias razones. En muchos casos se

## Cateterismo cardíaco y enfermedad de Kawasaki

ha demostrado la regresión de aneurismas, incluso gigantes, en el primer o segundo año de evolución y estos cambios pueden ser correctamente monitorizados por pruebas no invasivas<sup>(2,3)</sup>. Recientemente, la American Heart Association presentó las recomendaciones para el seguimiento a largo plazo de la enfermedad de Kawasaki estratificando a los pacientes en niveles de riesgo. La indicación absoluta de la coronariografía se establece únicamente en casos de isquemia, demostrada por cambios ECG, ecografía de estrés, o estudios isotópicos, cuando el cateterismo va a ayudar a tomar una decisión terapéutica, bypass aortocoronario o angioplastia transluminal<sup>(4)</sup>. En el estudio multicéntrico más amplio sobre revascularización coronaria en enfermedad de Kawasaki, la edad media en el momento de la intervención fue de  $9,8 \pm 7,1$  años, y sólo un paciente de 168 era menor de un año. La mortalidad a largo plazo se relacionó especialmente con la edad y el peso en el momento de la intervención<sup>(5)</sup>. Por tanto, en el paciente descrito no parece indicado la realización del cateterismo en una fase tan precoz de la evolución ya que la actitud terapéutica no iba a modificarse.

Para finalizar también debe considerarse que el cateterismo cardíaco es una prueba invasiva no carente de riesgos cuya morbilidad y mortalidad se relaciona con el peso, edad y pato-

---

Sección de Cardiología Pediátrica. Departamento de Pediatría. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid.

Correspondencia: Dr. J.I. Zabala. Sección de Cardiología Pediátrica. Hospital «Gregorio Marañón». C/ Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid.