

¿ Por qué debemos vacunar ?

07/12/2018

Situación prevacunal

En el año 2000, antes de la introducción sistemática de la vacuna frente a Hib en los países de rentas bajas, este microorganismo era el causante de al menos 8,13 millones de casos de enfermedad grave (rango: 7,33-13,2 millones) y de 371.000 muertes (rango: 247.000-527.000) en niños de entre 1 y 59 meses de edad².

En los Estados Unidos se observaban 40-100 casos nuevos de enfermedad por cada 100.000 niños menores de 5 años, con un pico entre los 6 y 11 meses; en Finlandia, esta cifra era de 52 casos por 100.000 niños menores de 5 años³.

Situación mundial postvacunal

En enero de 2006, un total de 102 países disponían de vacunación sistemática frente a Hib en sus calendarios vacunales. A pesar de ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2012 el 2% de las muertes mundiales en niños menores de 5 años sin infección por el VIH se debían a enfermedad por Hib, con unas cifras absolutas de 199.000 casos (rango: 136.000-281.000)⁴.

Ese mismo año, la OMS publicó un informe⁶ en el que analizaba todos los datos epidemiológicos disponibles sobre la enfermedad causada por esta bacteria, y cómo la introducción de la vacunación sistemática había afectado a la incidencia de la enfermedad. La información del documento se encuentra agregada por regiones mundiales con características epidemiológicas similares: Europa, Norteamérica y otros países industrializados, América Latina y África.

Europa, Norteamérica y otros países industrializados

La aparición de nuevos casos de enfermedad por Hib ha variado de forma significativa según las coberturas vacunales de la población. Por edades, los casos se concentran en los niños menores de 5 años. Se ha demostrado que un retraso en la edad de administración de la vacuna, y circunstancias como el hacinamiento, se relacionan con el aumento de nuevos casos de enfermedad.

América Latina

En muchos países del mundo, la ausencia o los imperfectos sistemas de vigilancia y notificación de la enfermedad generan cifras muy dispares que impiden interpretar correctamente la verdadera situación epidemiológica existente.

Han habido diversas iniciativas para poder conocer de forma exacta cuántos casos de enfermedad por Hib se producen, y cómo la introducción de la vacuna influye en este número. Como ejemplo, en 2004, en la ciudad de Salvador de Bahía (Brasil) estas iniciativas permitieron detectar una disminución de la incidencia de la enfermedad en los menores de 5 años, de 23-28 casos a solo uno por cada 100.000 niños⁵.

África

Gambia fue uno de los primeros países en introducir la vacuna, en 1993, y desde ese momento se observó un descenso del número de casos⁷, de 200 por 100.000 en menores de 1 año en el periodo 1990-1993 (antes de la introducción de la vacuna) a ningún caso en 2002, y de 60 por 100.000 a ningún caso en los menores de 5 años. En países como Sudáfrica, Malawi, Kenia, Uganda y Gambia se emplea habitualmente una pauta de tres dosis de vacuna, con tasas de cobertura vacunal variables según el país; aun así, las tasas de incidencia de enfermedad por Hib se mantienen bajas.

Europa

En 2015 se notificaron al Centro Europeo de Control de Enfermedades 3162 casos de enfermedad invasiva por Hib (cualquier cepa), lo que supone 0,7 casos por cada 100.000 personas, concentrados en los países del norte. Se observa un incremento continuado desde el año 2011, aunque la proporción de infecciones atribuidas a serotipos capsulados ha disminuido. También se ha observado una distribución estacional en la notificación de casos, siendo más frecuentes en invierno, y en las personas en los extremos de la vida⁸.

La sepsis fue la manifestación clínica más frecuente en todos los casos de enfermedad por Hib, pero al estudiarlo por edades, en los niños de 1-4 años la clínica más importante fue la meningitis. En los menores de 1 año se observó que el serotipo capsulado de Hib era el más común.

España

En España, durante los años 1993 y 1994 se estimó una incidencia de enfermedad invasiva por Hib en menores de 5 años de 12,4 casos por 100.000 habitantes⁹. Estudios realizados en diversas comunidades autónomas muestran una disminución de la incidencia del 90% en los menores de 5 años después de la introducción de la vacuna en 1998¹⁰. Desde el año 2009 se aprecia una notificación constante y en aumento, tanto en hombres como en mujeres¹¹.

A través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en el año 2015 se notificaron al Servicio de Información Microbiológica¹¹ 107 casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae*, cinco de ellos por Hib, en ocho comunidades autónomas. Los cinco casos de enfermedad invasora por Hib fueron en mayores de 50 años. Las personas entre 65 y 74 años representaron el grupo de edad con mayor carga de enfermedad invasiva, un 19,5%, y solo el 11,7% eran menores de

5 años.

En general, el uso de vacunas anti-Hib conjugadas ha logrado marcados descensos, superiores al 90%, de las enfermedades invasivas por Hib en los países que han incluido estas vacunas en los programas de inmunización nacionales, por lo que la vacunación frente a este microorganismo continúa siendo una intervención efectiva de salud pública.

Se observa, además, que en la mayoría de los países la incidencia de la enfermedad es máxima en el primer año de vida, hecho que justifica la optimización de los calendarios vacunales para una inmunización individual precoz.

No obstante, a pesar de lograr altas coberturas, ningún país con más de 100.000 nacimientos al año ha sido capaz de reducir a cero la incidencia de enfermedad por Hib.

Por otra parte, se recomienda extremar la vigilancia de los serotipos no capsulados, causantes de un incremento de la incidencia de casos en neonatos y diana de una potencial vacuna frente a serotipos no tipificables¹².