

ESTRATEGIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Pilar Farjas Abadía.

Dirección Xeral de Saúde Pública.

INTRODUCCIÓN

La Región Europea de la OMS, ha fijado en el año 2007 la fecha límite para que no haya casos indígenas de sarampión en la misma (Si bien algunos países europeos, como los escandinavos y el Reino Unido, ya habían desarrollado iniciativas que los han dejado a las puertas de la eliminación del sarampión, no fue hasta septiembre de 1977, en una reunión celebrada en Estambul, cuando la región europea se fijó el objetivo de eliminar el sarampión indígena de la región para el año 2010, o antes si fuese posible. Esta fecha fue modificada posteriormente, en noviembre de 1997, por el *WHO European Advisory Group on Immunisation* en una reunión celebrada en Berlín, quedando fijada para el citado 2007), siguiendo un calendario que divide el período en dos etapas. En la primera, que podemos llamar de disminución de la susceptibilidad y que habría de concluir antes del año 2005, las diferentes poblaciones tendrán que conseguir un perfil mínimo de susceptibilidad. En la segunda etapa, de mantenimiento, habrá que conservar ese perfil hasta el 2007, hasta conseguir la eliminación del sarampión, para lo cual la Región Europea propuso los objetivos siguientes:

1. Conseguir el compromiso político.
2. Desarrollar planes basados en la epidemiología local.
3. Alcanzar una elevada cobertura vacunal con una dosis de vacuna sin que haya diferencias sociopolíticas.
4. Fortalecer la vigilancia del sarampión, que habrá de contar con un sistema de

notificación obligatoria, con una definición estándar de caso, con la colaboración de laboratorios de microbiología y con un sistema de retro-alimentación informativa de datos sobre la enfermedad y la cobertura vacunal.

5. Establecer la proporción de susceptibles en cada grupo de edad.
6. Elegir las estrategias necesarias para acelerar el control.
7. Elegir la estrategia adecuada para mantener la eliminación.

En este marco global los dos aspectos operativos básicos son:

1. Disminución de la proporción de susceptibles en la población

A estas alturas parece demostrado que para erradicar el sarampión serán necesarios unos niveles muy elevados de inmunidad en la población de todas las comunidades del mundo y, también, que estos niveles no se podrán conseguir con una sola dosis de vacuna por individuo, debido a la existencia de población no vacunada (cobertura <100%) y de fallos vacunales (eficacia <100%). Para ello se propone la disminución de la edad de la 2.ª dosis, la realización de campañas de catch-up y la actuación vacunal intensiva si hay brotes.

2. La vigilancia del sarampión

La vigilancia del sarampión es el otro componente básico de la estrategia de eliminación, y también el elemento encargado de

evaluar su efectividad. En este sentido, su objetivo operativo —detectar y caracterizar (en tipo y origen) la circulación del virus— servirá para conocer aquellas características que dificultan la eliminación para, si fuese necesario, adaptar a ellas la estrategia.

Para cumplir su objetivo, la vigilancia habrá de ser capaz de detectar todos los casos sospechosos de sarampión y, en menos de 48 horas, iniciar una investigación que, para ser completa, habrá de estudiar las características del caso, su origen, recoger muestras para su confirmación analítica y, en al menos un caso de todas las cadenas de transmisión, recoger muestras para intentar aislar el virus del sarampión. Por ello, habrá que sistematizar:

- A. La detección de casos.
- B. La investigación del caso.
- C. El registro de los casos.

D. La evaluación de la vigilancia.

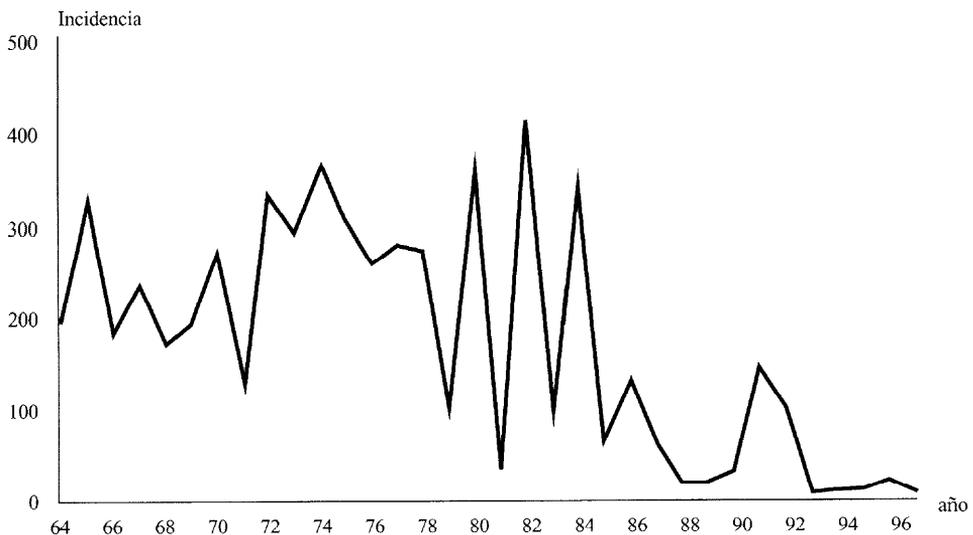
Tomando como referencia estos criterios generales se está diseñando la estrategia de actuación en la Comunidad Autónoma de Galicia.

EL SARAMPIÓN EN GALICIA: 1964-1997

Aunque el sarampión es EDO desde principios de siglo, los datos existentes sobre Galicia sólo se remontan a 1964, como se ve en la gráfica de tasas de incidencia. En esta serie se pueden distinguir tres etapas, dos pre-vacunales y la última referida al período que siguió a la introducción de la vacunación con triple vírica.

Suponiendo que el origen de los datos no sea el responsable, podemos ver en la figura 1 que de 1964 a 1979 el sarampión man-

Figura 1
Tasas: Incidencia sarampión por año



tuvo, con tímidas variaciones bi o trianuales, sus tasas brutas en la banda de los 200 a 300 casos/10⁵ habitantes, mientras que a partir de ese año y hasta 1994 se presentan —ya perfectamente nítidas— las fluctuaciones epidémicas bi-anales características. Este comportamiento diferente se explica porque durante el primer período no hubo sincronía en el momento en que se presentaban las ondas en los diferentes territorios de Galicia, a partir de 1978 las ondas se sincronizan, lo que bien puede deberse a que el contacto entre territorios aumentó en intensidad (más personas) y extensión (de territorios más variados).

Las ondas epidémicas cesaron en 1986, sin duda como resultado del comienzo de la vacunación generalizada con triple vírica, que se remonta a 1982 y vino a sustituir a la vacunación con vacuna monovalente anti-sarampionosa introducida a finales de la década de los 70 con utilización parcial y desigual. La última onda epidémica, la de 1986, si bien ocurrió en el momento que se esperaba, no lo hizo con la misma intensidad por efecto de la vacunación de la población, que también es responsable de que, a partir de ese año, no se produjeran los esperados aumentos de 1988 y 1990. En 1991, sin embargo, ocurrió un brote que afectó con especial intensidad a la provincia de La Coruña.

En 1995 se introdujo en el calendario de vacunaciones la revacunación con triple vírica a los 11 años, que alcanza a los nacidos a partir de 1984. La inmunización de ciertas cohortes pudo verse aumentada debido a los brotes de parotiditis ocurridos durante 1996/7, fundamentalmente en Lugo y Ourense, ya que en estos casos se recomendaba la administración de una dosis de vacuna triple vírica a todos los <6 años no inmunizados y los 6 años con independencia del estatus vacunal, aunque la mayoría de los casos (algunos con antecedentes de vacunación con monovalente anti-sarampionosa) eran adolescentes, nacidos entre 1977 y 81.

Los 39 casos de 1997 y los 20 de 1998 suponen los mínimos históricos registrados, dibujándose una situación de baja incidencia idónea para afrontar el reto de la eliminación del sarampión en Galicia.

Para poder aproximarnos al perfil de susceptibilidad de las distintas cohortes, se estudió la distribución por edades de los casos (todos sospechosos) de sarampión declarados en el quinquenio 1993-1997, —en la Comunidad Autónoma Gallega el sarampión es enfermedad de declaración nominal desde 1989—, la cual nos señala un mayor riesgo entre los nacidos en el período 1975-80, como vemos en la tabla 1.

Tabla 1

Tasas por año de nacimiento en el quinquenio 1993-1997.
Tasa por cien mil

Año	Tasa	Año	Tasa
70	11,4	80	104,7
71	11,4	81	52,6
72	11,4	82	21,8
73	11,4	83	39,3
74	13,6	84	56,3
75	61,6	85	30,6
76	62,4	86	46,5
77	70,9	87	65,2
78	99,9		
79	112,4	88-96	33

(1) Excluidos los < 15 meses.

(2) Prácticamente la totalidad de los casos son sospecha.

Tras el comienzo de la vacunación, con la incidencia de la enfermedad disminuyó también la mortalidad debida a ella. Así, los 28 muertos ocurridos en los 7 años que van de 1976 a 1982, se transformaron en 3 en el período que va de 1983 a 1998. La última muerte por sarampión data de 1987.

Además de la información que provee el estudio de la incidencia del sarampión, podemos conocer la susceptibilidad de las diferentes cohortes de nacidos, a través de la

encuesta de seroprevalencia realizada en Galicia durante 1993, la encuesta de seroprevalencia realizada en España durante 1996 y la encuesta de cobertura vacunal realizada en Galicia durante 1998 (tabla 2).

Tabla 2

Niveles de seroprevalencia según cohorte de nacimiento

Nacimiento	España'96	IC _{95%}	Nacimiento	Galicia'93 (*)
56-65	99,7	95,5 -		
66-70	99,1	97,5 - 100		
71-75	98,3	96,5 - 98,5		
76-80	94,5	91,5 - 96,5	1980	80,9
81-85	97,0	93,5 - 99,5	1983	85,7
86-89	90,8	88,8 - 92,5	1986	82,0
90-93	95,7	93,5 - 97,5		

(*) Estimador no ajustado al diseño.

Los datos de cobertura vacunal, notificada y documentada, de los nacidos en 1994 y 1995 son los que se refieren en la tabla 3, concordantes con la información que provee el estudio de seroprevalencia de España en 1996.

Tabla 3

	Documentada % (IC _{95%})	Notificada % (IC _{95%})
Galicia	93,8 91,7 - 95,0	97,6 97,1 - 98,2
Suburbano	88,5	93,6

En conjunto se describe una alta cobertura vacunal, con niveles de protección adecuados, planteando la necesidad de evaluar la susceptibilidad de las cohortes nacidos entre 1975 y 1980.

LA ELIMINACIÓN EN GALICIA: UNA PROPUESTA

En el contexto de incidencia comentado, las actividades a realizar en la Comunidad Autónoma de Galicia se centrarán en:

a) **Disminución de la susceptibilidad:**

El programa gallego de vacunaciones ha demostrado su capacidad de alcanzar altas tasas de cobertura vacunal, tanto siguiendo el calendario de vacunaciones como a través de campañas específicas de vacunación (gripe, meningitis...). Apoyándonos en la infraestructura, logística y canales de información del mismo, se plantea:

- Estudio y decisión por parte de la Comisión Asesora de Inmunoprofilaxis de Galicia sobre de la edad de aplicación de la 2.^a dosis, proponiéndose que sean los 3-4 años, edad que limita el riesgo de acumulación de casos a los no vacunados o fallos vacunales de 3 cohortes y reduce la posibilidad de concentración de casos en los centros escolares.
 - Realización de una campaña de vacunación de todos los nacidos entre 1988 a 1995/96.
 - Este modo de administrar la segunda dosis puede apuntalarse con iniciativas como la exigencia de dos dosis para entrar en la escuela y, en poblaciones marginales (ligeramente peor vacunadas, según vimos en la encuesta de cobertura, pero pequeñas en número de individuos) se podría realizar —si se revelan como de riesgo— campañas específicas de vacunación.
 - Realizar un estudio de seroprevalencia en donantes de sangre, contando con la colaboración del Centro de Transfusión de Galicia, que nos permita aproximarnos al estatus de susceptibilidad de los nacidos entre 1970 y 1987.
 - Valorar la necesidad de realizar una campaña de vacunación de dichas cohortes.
- ### b) **Vigilancia del sarampión:** Comprende dos aspectos, la detección de casos y su investigación.

Para detectar los casos contamos con el sistema de EDOs y el Sistema de Alerta Epidemiológica de Galicia. Para aumentar la sensibilidad ante cuadros clínicos leves sospechosos de sarampión, habrá que estimular y concretar la participación de la pediatría (especialmente en lo que hace referencia a la notificación semanal de ausencia de casos, si es que se adopta esta exigencia).

En cuanto a la investigación de los casos, ya desde 1999 se cubrirán los datos de la encuesta que se establezca, se intentarán confirmar mediante el ensayo de captura indirecta de IgM, se buscará la fuente y se seguirán los contactos susceptibles, que serán vacunados según un protocolo de control que habremos de confeccionar.

Quedan por definir las técnicas de confirmación diagnóstica de los positivos y

los indeterminados con la prueba de captura directa de IgM a utilizar, y el momento en que iniciar la recogida de muestras para el aislamiento del virus para caracterizar los casos autóctonos, a la espera de que se concreten a nivel nacional las líneas generales de coordinación, red de laboratorios, etcétera...

La realización de la investigación será llevada a cabo por los servicios de epidemiología en el domicilio del enfermo, le encuestarán y coordinarán la toma de muestras (que incluso puede tener que realizar, especialmente la recogida de muestras para el aislamiento del virus). También se encargarán de buscar la fuente y seguir a los contactos, para lo que se confeccionará la guía o manual. En conjunto las actividades a realizar quedan reflejadas en la tabla 4.

Tabla 4
Vigilancia epidemiológica

<i>Actividades para 1999</i>
<input type="checkbox"/> Declaración obligatoria urgente de las sospechas [Sospecha: fiebre elevada (>38 y rash)]
<input type="checkbox"/> Confirmación serológica de los casos
<input type="checkbox"/> Estudiar fuente y seguir contactos
<input type="checkbox"/> Investigación y control de brotes
<input type="checkbox"/> Coordinación con las otras CCAA y el Estado
<input type="checkbox"/> Esfuerzo a favor de la notificación
<input type="checkbox"/> Investigación de los casos supracomunitarios
<input type="checkbox"/> Identificación del virus
<input type="checkbox"/> Definición de indicadores de la vigilancia