

Vacunas: política sanitaria –y decisión personal–

J. Díez Domingo

CS Nazaret, Valencia. Área 4 de Salud. Generalitat Valenciana.

Instituto de Vacunas de Valencia (VIVA).

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 4:S15-18

Javier Díez Domingo, diez_jav@gva.es

Las vacunas han sido y son la medida de salud pública más eficaz y eficiente. Han conseguido salvar millones de vidas, disminuir la morbilidad infantil e incluso erradicar enfermedades como la viruela y próximamente la polio.

La administración universal de vacunas consigue frecuentemente un efecto comunitario, donde, por el bloqueo de la transmisión del microorganismo causal de enfermedad dentro de la colectividad, se consigue proteger incluso al no vacunado, ya que éste no se pone en contacto con el responsable de la enfermedad. Esto se consigue en aquellas enfermedades donde la transmisión del microorganismo ocurre de persona a persona y por vía mucosa. Así, se ha demostrado repetidamente el efecto comunitario de la vacuna de sarampión, tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), etc¹. La inmunización colectiva que provoca la vacuna

de la polio oral, donde el virus atenuado es eliminado por heces y puede infectar a otros miembros de la colectividad inmunizándolos de forma secundaria, es otra forma de inmunización colectiva y que sólo se ha descrito con esta vacuna.

Por tanto, podemos decir que las vacunas previenen muy bien al niño que las recibe, y pueden proteger de la enfermedad a la colectividad.

Cuando se utiliza una vacuna de forma universal, y se incluye en el calendario vacunal, se busca también el efecto comunitario, si bien no es imprescindible ya que hay vacunas, como la del tétanos, que no provoca inmunidad de grupo ya que la transmisión del *Clostridium tetanii* no es de persona a persona, sino por contacto de heridas con sus esporas.

Para la inclusión de una vacuna en un programa vacunal se requiere una serie

de estudios de impacto de la enfermedad a prevenir en la comunidad, efectividad de la vacuna, compatibilidad de éstas con las existentes en los calendarios hasta ese momento, y por supuesto que haya recursos para su mantenimiento en el calendario durante muchos años (o para siempre), siendo imprescindibles los análisis de coste beneficio o coste efectividad².

Es por tanto posible que un sistema sanitario decida no incorporar una vacuna muy efectiva en el calendario vacunal, ya que debido a la limitación de los recursos sanitarios, se decida utilizarlos en otros programas mas eficientes (mas rentables económicamente).

¿Puede utilizarse una vacuna en atención primaria que las autoridades sanitarias no consideren prioritaria?

Los equipos de pediatría de Atención Primaria invierten una gran cantidad de tiempo y recursos en la prevención y el diagnóstico precoz de alteraciones, no habiendo pruebas científicas de su efectividad en muchas de ellas³. Es por tanto la prevención de la enfermedad uno de los pilares básicos en los que se apoya el sistema español de Atención Primaria.

La limitación de los recursos que el estado invierte en la sanidad es lo que justifica

generalmente que una vacuna comercializada no se incluya en un calendario porque no se considera suficientemente beneficiosa para la sociedad. Sin embargo los padres pueden decidir gastarse sus recursos económicos de forma distinta. Decir que una población tiene un riesgo de 5 por 10.000 de padecer una meningitis grave puede ser una cifra baja socialmente, pero inaceptablemente alta para unos padres, que aceptarían claramente una medida preventiva que disminuyera este riesgo, y que podrían estar dispuestos a comprar la vacuna⁴.

Esto evidentemente pondría la población con menos recursos económicos en desventaja en cuanto a la prevención de esa enfermedad, siendo contrario al espíritu de la Constitución Española, pero por otro lado, ¿es lógico dejar de ofertar la vacuna a quien desee un mejor nivel de salud para su hijo? Si además la vacuna tiene efecto comunitario, una disminución de la transmisión del microorganismo entre los vacunados, va a permitir una menor probabilidad de enfermar por los no vacunados, con lo cual el nivel de salud de éstos también mejorará.

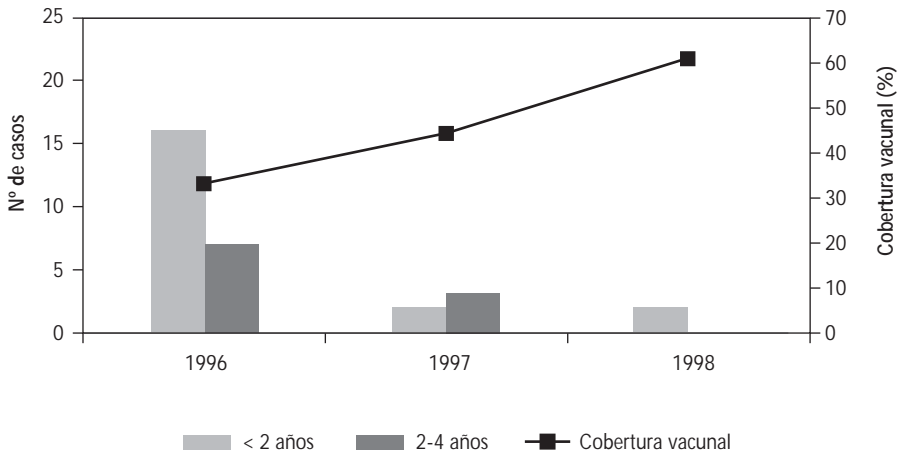
Esto ya se demostró en la Comunidad Valenciana con la vacuna del Hib. En un estudio epidemiológico y de impacto de la vacuna, se observó que la

incidencia de la enfermedad prácticamente había desaparecido cuando se alcanzaron coberturas vacunales, fuera del programa de vacunación universal, del 60%⁵. Es decir, que hubo más de un 30% de los niños que se beneficiaron de la vacunación de sus compañeros (Figura 1).

Podría plantearse que una vacuna ya comercializada no se recomendara de forma aislada cuando puede provocar una modificación "nociva" de la epidemiología de la enfermedad. Por ello hay quien no aconseja la utilización de la vacuna de la varicela de forma aislada porque la disminución de la circulación

del virus puede provocar que sujetos que no han padecido todavía la enfermedad cuando se instaura la vacuna puedan crear bolsas de susceptibles que padezcan la enfermedad cuando alcanzan la edad adulta, donde la infección es más grave. La instauración de la vacuna de sarampión fue también muy progresiva dado el elevado número de reacciones adversas que dieron las primeras vacunas. Esta enfermedad presenta unas características epidemiológicas similares a la varicela, y tras años de utilización universal de la vacuna no se observaron bolsas de susceptibles más allá de las esperadas, por lo que no es

Figura 1. Disminución de la incidencia de enfermedad invasora por Hib con el incremento de cobertura vacunal en la Comunidad Valenciana.



de esperar este efecto en la comunidad por vacunar un porcentaje bajo de casos. Existe la experiencia japonesa y coreana que vacunan contra la varicela desde 1983⁶ y alcanzan coberturas vacunales aproximadas del 20%, no describiéndose ningún efecto de desviación de la edad de padecimiento de la varicela.

Por tanto, los pediatras debemos seguir estrictamente las recomendaciones oficiales de las vacunas, obtener la máxima cobertura con las vacunas del calendario vacunal oficial, y, además, en nuestra opinión, ofertar la vacunación con otras vacunas no incluidas en el calendario vacunal para que los padres decidan el grado de protección mediante vacunas que desean para sus hijos.

Bibliografía

1. Fine PE. Herd immunity: history, theory, practice. *Epidemiol Rev.* 1993;15:265-302.
2. Zubizarreta Alberdi R, Farjas Abadía P. Criterios para la incorporación de vacunas en los calendarios vacunales. En: Aristegui J (ed.). *Vacunaciones en el Niño*. Bilbao: Ciclo Editorial S.A.; 2004.p.231-241.
3. González Giménez A, Díez Domingo J, Ballester Sanz A, Albert Rue A. Evaluación del Programa de Cribado de Defecto de Refracción Ocular a los 6 años de edad en un centro de salud. *Acta Pediatr Esp.* 2003;61:488-492.
4. Offit PA, Peter G. The meningococcal vaccine –public policy and individual choices. *N Engl J Med.* 2003;349:2353-2356.
5. Díez Domingo J, Pereiró I, Morant A, Gimeno C, San Martín M, González A. Impact of Non-routine Vaccination on the Incidence of Invasive *Haemophilus Influenzae* type b (Hib) disease: Experience in the Autonomous Region of Valencia, Spain. *J Infect.* 2001;42:257-260.
6. Asano Y. Varicella vaccine: the Japanese experience. *J Infect Dis.* 1996;174(suppl 3):S310-S313.

