

4. Gupta A, Gupta R. Obstetric and infant feeding practices in Punjab: effect of educational intervention. *Indian Pediatr* 1992; 29: 333-335.
5. Sanchez-Valverde Visus F. Promoción de la lactancia materna (LM). *Pediatr Rural Extrahospital* 1994; 223: 328-334.

## Vacunación antimeningocócica frente al serogrupo C

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 608)

Sr. Director:

En relación a la "Carta al Director" aparecida recientemente en su revista<sup>1</sup>, a propósito de la enfermedad meningocócica por serogrupo C, me permito hacer unas consideraciones sobre lo expresado en la misma.

En primer lugar, y al margen de las competencias de las autoridades de salud pública para instaurar políticas sanitarias, la mítica cifra de 10 casos/100.000 habitantes la estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS), tal como reflejan los documentos correspondientes<sup>2,3</sup>, refiriendo dicha cifra al continente africano, y fue adoptada por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de Norteamérica<sup>4</sup>, si bien en relación a la especial situación de aquel país y en algunas circunstancias, afirman que para grandes poblaciones la cifra en cuestión en ocasiones pudiera aplicarse a los grupos específicos de población con mayores tasas de ataque, como por ejemplo, población de 2 a 19 años. Por otra parte, la OMS establece criterios de reconocimiento de una situación epidémica para otros ámbitos, tales como: *a)* triplicar o cuatriplicar los casos comparando con el mismo mes de los años previos; *b)* doblar el número de casos de meningitis de una semana a la siguiente durante 3 meses, y *c)* aumento de la proporción de casos en niños de 5 años o más. Por lo tanto, creo que la Administración sanitaria estatal o autonómica, basándose en la situación específica de cada región –incidencia global, incidencia específica, factibilidad, costes, alarma potencial, etc.– adoptó la estrategia que estimó más oportuna en dicho momento.

En segundo lugar, desde hace varios años se ha comprobado cómo las revacunaciones con vacuna simple polisacárida provocan lo que se ha venido en llamar una "hiporrespuesta inmunológica parcial", lo que se traduce que en tanto la media geométrica de los títulos de anticuerpos anticapsulares por la técnica ELISA, como los títulos bactericidas séricos y el porcentaje de sujetos con diluciones séricas consideradas protectoras (> 1:8), son más bajos en revacunaciones respecto a la primovacuna<sup>5-7</sup>. Incluso algunos autores<sup>6</sup>, y con muchas reservas, sugieren precaución al administrar vacuna simple a niños pequeños si el riesgo no es muy alto, por la posibilidad, no probada, de incremento de riesgo de enfermedad meningocócica en vacunados

previamente. El fenómeno de hiporrespuesta se ha demostrado tanto en lactantes<sup>8</sup>, como en niños<sup>9</sup> y adolescentes<sup>10</sup>.

Por último, como ya es sabido, en toda España, se va a realizar de manera inminente, o ya se está realizando en algunas comunidades autónomas, una vacunación masiva en niños menores de 6 años y una introducción en calendario vacunal sistemático, con la nueva vacuna de polisacárido capsular de *Neisseria meningitidis* serogrupo C conjugado a proteína diftérica atóxica, con lo que se va a mejorar la cantidad y calidad de la respuesta inmunitaria a la vacunación, habiéndose observado con este preparado, cómo se obvia, al menos parcialmente, la hiporrespuesta inmunológica producida por la primovacuna con vacuna simple polisacárida<sup>10</sup>.

J.A. Navarro Alonso

Jefe de Sección de Salud Infantil.

Dirección General de Salud Pública. Murcia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Soult Rubio J, Muñoz Sáez M, López Castilla J, Rodríguez Becerra A, Romero Parreño A, Tovaruela Santos A. Continúa aumentando la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C. ¿Debemos tomar la decisión de vacunar? *An Esp Pediatr* 2000; 53: 75-76.
2. World Health Organization. Control of epidemic meningococcal disease. WHO practical guidelines, 1ª ed. Ginebra 1995.
3. World Health Organization. Control of epidemic meningococcal disease. WHO practical guidelines, 2ª ed. Ginebra 1998.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Control and prevention of meningococcal diseases and control and prevention of serogroup C meningococcal disease: evaluation and management of suspected outbreaks. *Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 46(RR-5): 1-22.
5. Leach A, Twumasi P, Kumah S, Banya W, Jaffar S, Forrest B et al. Induction of immunologic memory in Gambian children by vaccination in infancy with a group A plus group C meningococcal polysaccharide-protein conjugate vaccine. *J Infect Dis* 1997; 175: 200-204.
6. MacDonald N, Halperin S, Law B, Forrest B, Danzig L, Granoff D. Induction of immunologic memory by conjugated vs plain meningococcal C polysaccharide in toddlers. *JAMA* 1998; 280: 1685-1689.
7. Granoff D, Gupta R, Belshe R, Anderson E. Induction of immunologic refractoriness in adults by meningococcal C polysaccharide vaccination. *J Infect Dis* 1998; 178: 870-874.
8. Campagne G, Garba A, Fabre P, Schuchat A, Ryall R, Boulanger D et al. Safety and immunogenicity of three doses of a *Neisseria meningitidis* A + C diptheria conjugate vaccine in infants from Niger. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 144-150.
9. MacLennan J, Obaro S, Deeks J, Williams D, Pais L, Carlone G et al. Immune response to revaccination with meningococcal A and C polysaccharides in Gambian children following repeated immunisation during early childhood. *Vaccine* 1999; 17: 3086-3093.
10. Richmond P, Kacmarski E, Borrow R, Findlow J, Clark S, McCann R et al. Meningococcal C polysaccharide vaccine induces immunologic hyporesponsiveness in adults that is overcome by meningococcal C conjugate vaccine. *J Infect Dis* 2000; 181: 761-764.