

- Crawley E. The epidemiology of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalitis in children. *Arch Dis Child.* 2014;99:171-4.
- Bould H, Collin SM, Lewis G, Rimes K, Crawley E. Depression in paediatric chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child.* 2013;98:425-8.
- Nijhof SL, Priesterbach LP, Uiterwaal CS, Bleijenberg G, Kimpen JL, van de Putte EM. Internet-based therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: Long-term follow-up. *Pediatrics.* 2013;131:e1788-95.
- Joyce J, Hotopf M, Wessely S. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: A systematic review. *QJM.* 1997;90:223-33.

Ángeles Calle Gómez, Belén Delgado Díez, Ferran Campillo i López, María Angustias Salmerón Ruiz* y José Casas Rivero

Unidad de Medicina de la Adolescencia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariasalmeronruiz@gmail.com (M.A. Salmerón Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.03.010>

Más no siempre es mejor. Pauta individual o calendario sistemático en vacuna antineumocócica



More is not always better. Individual guideline or systematic vaccination against pneumococcus

Sra. Editora:

La inclusión de la vacuna conjugada del neumococo de 13 serotipos (VNC13) en el calendario vacunal sistemático de la Comunidad Valenciana (CV) se inició el 1 de marzo de 2015 para niños nacidos desde el 1 de enero de 2015¹, en función del acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 14 de enero de 2015.

Sociedades científicas como la Asociación Española de Pediatría, la incluyeron con pauta de 2 + 1 en el calendario sistemático y de 3 + 1 si la recomendación se realizaba a nivel individual². La pauta siempre sería de 3 + 1 en caso de niños pertenecientes a grupos de riesgo.

En la CV se elaboró un documento³ para los profesionales sanitarios, en febrero del 2015, revisado por las sociedades científicas de pediatría (Sociedad Valenciana de Pediatría, Asociación Valenciana de Pediatría en Atención Primaria, Asociación de Pediatría Extrahospitalaria de Alicante y Comité Asesor de Vacunaciones de la Comunidad Valenciana) donde se explicaba la pauta a seguir, 2 + 1.

A pesar de estas indicaciones, algunos pediatras siguen recomendando la pauta 3 + 1 a todos los niños, y no solamente a niños perteneciendo a grupos de riesgo, porque consideran que es necesario para conseguir inmunidad colectiva.

Por ello se planteó conocer las coberturas y las pautas de vacunación de VNC13 desde su inclusión en el calendario sistemático infantil de la CV⁴ en los niños nacidos entre el 1 de enero de 2015 y el 30 de septiembre de 2015, y analizar el posible coste adicional para padres y para el sistema sanitario.

Se realizó un estudio transversal descriptivo basado en la información extraída del Sistema de Información Vacunal (SIV)⁴ tanto del Registro de Vacunas Nominal (RVN) como del Registro de Vacunas de Almacén (RVA) y utilizando

como registro poblacional el Sistema de Información Poblacional (SIP) o tarjeta sanitaria.

Las variables estudiadas fueron: departamento y zona básica de salud, edad, número de dosis administradas, número de lote y pertenencia a un grupo de riesgo. El análisis estadístico se hizo con Microsoft Excel[®] 2003.

En el periodo analizado nacieron 31.815 niños y se administraron 42.005 dosis de la vacuna VNC13, de las cuales 23.670 han sido primera dosis, 16.096 segunda dosis y 2.239 tercera dosis. La cobertura vacunal media ajustada por edad de la primera dosis fue del 93,6% (IC 95%: 93,5-93,7), de la segunda 88,5% (IC 95%: 88,3-88,6) y de la tercera 20,4% (IC 95%: 20,1-20,7). De los niños que recibieron una tercera dosis, el 92,6% no pertenecía a ningún grupo de riesgo. Para la primera dosis esa proporción fue del 98,3%.

En la **figura 1** se representa el porcentaje de niños nacidos en el año 2015 que recibieron una tercera dosis de la vacuna VNC13 perteneciendo a grupos de riesgo según departamento.

De los 24 departamentos de la CV, hay 4 con coberturas de tercera dosis por encima del 49% (**tabla 1**).

El 91,9% de tercera dosis, en estos departamentos, no provenían del suministro por parte de Salud Pública, deduciendo que estas dosis fueron compradas en farmacia por los padres.

El gasto total en la CV de las terceras dosis para los padres de niños que no pertenecen a ningún grupo de riesgo,

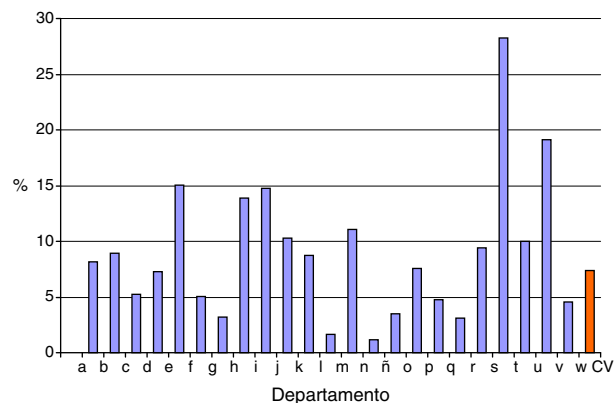


Figura 1 Porcentaje de niños que recibieron 3.ª dosis VNC13 pertenecientes a grupos de riesgo.

Tabla 1 Departamentos con cobertura de 3.^a dosis de la vacuna VNC13 más alta en la CV, y porcentaje de niños no perteneciendo a grupos de riesgo

Departamento	Tercera dosis			Niños no riesgo	
	N.º	Cobertura (%)	IC 95%	N.º	%
A	62	68,9	58,2-79,6	60	96,8
B	169	59,7	53,7-65,7	167	98,8
C	211	49,3	46,8-51,8	195	92,4
D	220	55,2	52,6-57,7	210	95,5
Total	662	—	—	632	95,9

IC: intervalo de confianza; CV: Comunidad Valenciana.

supuso 158.176,48€ y para el sistema público valenciano 43.304,80€ (por los actos vacunales según la ley de tasas⁵ de la Generalitat).

La cobertura vacunal para VNC13 en la CV en el año 2014, antes de su inclusión en el calendario sistemático infantil, era del 67%⁴, generando ya inmunidad colectiva. Por lo tanto, las coberturas, ni antes ni después de la inclusión de VNC13 en el calendario sistemático, justifican una tercera dosis a los 6 meses salvo en los niños de riesgo.

Desde su inclusión en calendario sistemático se han alcanzado unas coberturas altas, por lo que no se aconsejaría la indicación de una tercera dosis a los 6 meses salvo en los niños de riesgo. Los costes añadidos ineficientes tanto para los padres como para la Conselleria de Sanidad son importantes. No siempre en vacunas más es mejor, por lo que debemos de implementar en nuestras decisiones la mejor y más eficiente evidencia científica disponible en beneficio de la población y de los programas de vacunación.

Bibliografía

- Instrucciones de la Dirección General de Salud Pública con relación a la vacunación sistemática infantil frente al neumococo en los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2015. Conselleria de Sanidad. DGSP [consultado 21 Dic 2015]. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Instruccion_DGSP_neumo_ninyos.pdf
- Moreno-Pérez D, Álvarez García FJ, Arístegui Fernández J, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rauet JM, García Sánchez AN, et al.,

en representación del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Calendario de Vacunación de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82:44.e1-12.

- Estrategias de implantación de la vacunación sistemática frente al neumococo en lactantes sanos y en población de riesgo. Comunidad Valenciana. DGSP. Servicio de Salud Infantil y de la mujer [consultado 21 Dic 2015]. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Instruccion_DGSP_neumo_lactantes.pdf
- Alguacil-Ramos AM, Martín-Ivorra R, Pastor-Villalba E, Portero-Alonso A, Lluch-Rodrigo JA. ESPID-0195 Economic crisis and vaccination coverage in unfunded vaccines (rotavirus-pneumococcal). *Valencian community*. 2015. Years 2008-2014, *Epid 2015*, n.º 0195, Leipzig, 12-16 may.
- Ley 7/2014 de 22 de diciembre de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat DOCV 7432 de 29-12/2014 31576-31679.

An Lieve Dirk Boone^{a,*}, María Besó-Delgado^a, Ana María Alguacil-Ramos^b, Eliseo Pastor-Villalba^b y Antonio Portero-Alonso^b

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Coordinación y Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida, Dirección General de Salud Pública, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: boone.an@gva.es (A.L.D. Boone).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.03.013>

Nueva mutación genética asociada con el síndrome de Pierson



New genetic mutation associated with Pierson syndrome

Sra. Editora:

Presentamos el caso de una recién nacida a término, fruto de un embarazo sin incidencias. Peso bajo para la edad gestacional. Los padres eran primos carnales de origen paquistaní, con 2 hijos varones sanos de embarazos

anteriores. El examen inicial reveló megalocórnea y microcoria bilaterales.

En la primera semana de vida, experimentó letargo, desaturaciones de oxígeno y bradicardia. La analítica de sangre detectó acidosis metabólica grave (pH: 7,17; PCO₂: 51 mmHg; HCO₃: 18,6 mmol/l y EB: -9 mmol/l) con hipoproteinemia, hipoalbuminemia (proteína total: 2,8 g/dl y albúmina: 1,4 g/dl) y creatinina elevada: 1,03 mg/dl. El análisis de orina objetivó proteinuria en rango nefrótico (600 mg/dl). La resonancia magnética craneal mostró alteraciones leves de la señal a nivel de la sustancia blanca periventricular. En combinación con las anomalías oculares, estos hallazgos llevaron a sospechar de síndrome de Pierson (SP).