

MESA ESPONTÁNEA IV

Miércoles, 27 de octubre de 2010. 18:30 a 19:30 h

Sala 1

La epidemiología como base de las estrategias de vacunación

Moderador: Lluís Salleras

768. LA SEGURIDAD DE LAS VACUNAS: RAZONES PARA LA TRANQUILIDAD

J.A. Lluich Rodrigo

Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los programas de vacunación se basan en la utilización de vacunas seguras y eficaces. En este sentido, la vacuna ideal sería aquella que no provoca ningún efecto no deseado y que, además, consigue proteger al 100 % de la población vacunada. Sin embargo, las vacunas, como el resto de medicamentos, siempre van a ocasionar efectos indeseados, pero siempre menos importantes que las enfermedades frente a las que se utiliza. No hay que olvidar que, al contrario de lo que pasa con la mayor parte de medicamentos, las vacunas se administran a personas sanas, por lo que el balance riesgo/beneficio debe decantarse de manera clara hacia el beneficio reduciendo el riesgo. La regulación establecida para la aprobación de la comercialización de las vacunas garantiza que el nivel de seguridad y eficacia de las vacunas está demostrado. A pesar de ello, los mecanismos de vigilancia establecidos post comercialización garantizan que cualquier efecto adverso va a ser identificado con la rapidez necesaria como para poder adoptar las decisiones oportunas para evitar que esto tenga repercusión en la salud de la población. El objeto de este trabajo es dar a conocer cuáles son los mecanismos que existen para la detección precoz de efectos adversos frente a las vacunas.

Métodos: Análisis de tres situaciones que han dado lugar a dudas sobre la seguridad de las vacunas y los mecanismos establecidos para resolverlas.

Resultados: 1. La seguridad de la vacuna frente al virus del papiloma fue cuestionada por la aparición de dos casos de eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación. Los sistemas de detección de efectos adversos permitieron detectar esta situación y el análisis de los datos descartó una relación de causalidad. 2. La incorporación de la vacuna frente al nuevo virus de la gripe A H1N1 se produjo pocos meses después del inicio de la pandemia. Esto dio lugar a que se cuestionase su seguridad aduciendo que se trataba de una vacuna nueva poco probada. Sin embargo los protocolos para el desarrollo de estas vacu-

nas se aprobaron por la EMEA en 2003 y, desde ese momento los laboratorios fabricantes fueron desarrollando estudios que llevaron a la disponibilidad precoz de la vacuna 3. La detección de fragmentos de un circovirus en vacunas frente al rotavirus se ha realizado a pesar de que este virus no tiene efectos patógenos para las personas. La respuesta de los sistemas de control ha permitido retirar esta vacuna por un principio de calidad, no de seguridad.

Conclusiones: Los sistemas de control tanto antes de la aprobación de la comercialización de las vacunas, como los posteriores a su comercialización son exhaustivos, de manera que son capaces de detectar cualquier problema que surja antes de que este suponga un riesgo para la salud pública.

769. EL CÁNCER CERVICAL EN ESPAÑA Y SU PREVENCIÓN

S. de Sanjosé

Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer cervical es en España una patología parcialmente controlada a un coste social y económico considerable. El número estimado de casos nuevos anuales de carcinoma invasor es de 2000-2100 y el número de mujeres fallecidas por año se estima en 750-800 casos. Los últimos datos indican una tasa de incidencia ajustada de $6,3 \times 10^5$. La prevención secundaria mediante el cribado, está destinada a identificar a las mujeres en estadios pre-neoplásicos que permitan un tratamiento de máxima eficacia. En la última década, la tecnología de detección viral en muestras de citología cervical ha significado un avance considerable en la calidad del cribado en relación a la lectura morfológica convencional. La prevención primaria, introducida a partir de 2006 en prácticamente la totalidad de los países desarrollados, representa un cambio de paradigma y un concepto nuevo en la prevención de la patología neoplásica cervical evitando el riesgo de infección por los tipos virales de mayor capacidad oncogénica.

Métodos: Se revisa la literatura científica de la historia natural del cáncer de cuello uterino y de las intervenciones realizadas en España para la prevención primaria y secundaria de la enfermedad.

Resultados: Las coberturas vacunales en España son altas para las cohortes seleccionadas entre 11 y 14 años en cada Comunidad en las que se ha realizado una intervención a partir de programas escolares. Fuera de este rango de edad la vacunación es escasa. La cobertura de la citología cervical en España oscila entre el 60-70%. La introducción de la detección del virus del papiloma humano como herramienta de cribado esta poco expandida.

Conclusiones: En España las intervenciones que tienen como objetivo la prevención del cáncer de cuello uterino están operativas. Una mejor coordinación entre autonomías y una gestión organizada a base poblacional mejoraría posiblemente su rendimiento.

770. DESCENSO DE LA INCIDENCIA DE VARICELA EN LA COMUNIDAD DE MADRID TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA

L. García Comas

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La vacuna de la varicela es muy eficaz para proteger a los niños sanos frente a la infección y reducir la gravedad de la enfermedad en caso de contraerla. En marzo del 2005 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomendó su inclusión en el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles a los niños susceptibles entre 10 y 14 años. El 1 de julio de 2005 se introdujo en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid a los

11 años de edad, si no existían antecedentes de enfermedad o vacunación previa y el 1 de noviembre de 2006 a los 15 meses de edad. La vacuna estaba comercializada en farmacias desde el año 2004. El objetivo de esta comunicación es describir la incidencia y las características epidemiológicas de la varicela en la Comunidad de Madrid en el período 2003-2009 y valorar posibles cambios atribuibles a la vacunación.

Métodos: Se calcula la incidencia y la tendencia de la varicela global y por grupos de edad en el período 2002-2009. Se han utilizado tres fuentes de información: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid (RMC) y Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD). La incidencia se expresa en casos por 100.000 habitantes.

Resultados: Durante 2009 se notificaron 12.980 casos de varicela al sistema EDO. La incidencia acumulada fue de 155,94 por 100.000 habitantes. La distribución estacional de la varicela se mantiene a lo largo de todo el período analizado. Se observan ciclos bianuales y una tendencia descendente. La incidencia anual media fue 654,03 en el período 2002-2006 y 259,55 en el período 2007-2009. En el año 2009 se notificaron 300 casos de varicela a la RMC, lo que representan una incidencia de 258,3. La mayor incidencia se presentó en los grupos de 0-4 años (1.418,4). Se observa un descenso de la incidencia y un patrón cíclico bianual fundamentalmente debido a este grupo de edad. El descenso en la incidencia es muy llamativo en el grupo de 0-4 años, que ha pasado de una incidencia anual media de 8.371,08 en el período 2002-2006 a 2.892,69 en el período 2007-2009. En el CMBD también se observa una tendencia temporal descendente en el número de ingresos y el patrón cíclico bianual detectado con las otras dos fuentes de información.

Conclusiones: La información aportada por las tres fuentes de información es complementaria y muestra una tendencia descendente de la incidencia en el período de estudio coincidiendo con la introducción de la vacuna a finales del año 2006. Este descenso puede ser por tanto atribuible a la vacuna, como se ha visto en otros países que la han introducido.