

## Patología previa en casos de enfermedad meningocócica invasiva en menores de 5 años



### Previous pathology in cases of invasive meningococcal disease in children under 5 years old

Sra. Directora:

La incidencia de la enfermedad meningocócica invasiva (EMI) ha descendido en España<sup>1</sup> y en otros países de la Unión Europea<sup>2</sup> de forma significativa en los últimos años, no solo por la vacunación frente al meningococo del serogrupo C sino también por un descenso de los casos producidos por el serogrupo B, probablemente asociado a la presentación cíclica y poco predecible de la enfermedad. A pesar de ello, sigue siendo una enfermedad grave con una letalidad del 9,8%, que se sitúa en un 6,6% en los menores de 5 años<sup>1</sup>.

En general, esta enfermedad suele aparecer en menores previamente sanos, aunque se han identificado factores predisponentes<sup>3</sup>. Realizamos un estudio cuyo objetivo era conocer y describir qué patología previa o factores de riesgo tienen los casos de EMI. Para ello, se analizó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para el periodo 2008-2012, identificando los casos ingresados por EMI de pacientes menores de 5 años de edad. Para el análisis se escogieron aquellas patologías que con más frecuencia se describen como factores de riesgo<sup>3</sup>, así como otras que pudieran constituir un riesgo adicional.

En ese periodo se produjeron 1255 ingresos de menores de 5 años en los que constaba que el motivo era EMI. El 96,25% (1209/1255) no tuvo recogido ningún factor de los considerados de riesgo. De aquellos que presentaban al menos un factor, destacan los menores que tienen neoplasias (7 casos) y los que tienen asma (7). Además, aunque no se encuentran entre los factores de riesgo, se han considerado 34 pacientes que presentaban a su ingreso alguna anomalía congénita grave (tabla 1).

En general, se asume que la asplenia, tanto anatómica como funcional, así como los defectos en la inmunidad sistémica, fundamentalmente deficiencias que afectan a la properdina o a los componentes terminales (C5 a C9) de la cadena del complemento, incrementan de manera significativa el riesgo de sufrir EMI<sup>4,5</sup>. Sólo dos de los 1255 ingresos (0,15%) por EMI se produjeron en pacientes en quienes se había diagnosticado previamente una deficiencia inmunitaria genética o adquirida (tabla 1), mientras que otras patologías previas al ingreso, y que normalmente no constituyen un factor de riesgo reconocido, resultaron más frecuentes. En España no existe un registro de cuántos pacientes puede haber con defectos de la cadena del complemento, y pocos laboratorios están capacitados para su diagnóstico. Además, se estima que muchas deficiencias de la cadena del complemento a menudo sólo son reconocidas en la segunda o la tercera décadas de la vida<sup>5</sup>, lo que sin duda es una limitación en este estudio. Adicionalmente, el CMBD podría no ser el mejor instrumento para medir su prevalencia. No obstante, el presente estudio refleja la aparente rareza de ingresos hospitalarios por EMI de niños/as con diagnóstico previo de deficiencia inmunitaria, lo que no cuestiona en absoluto la definición de este grupo como de riesgo para desarrollar EMI. El estudio refleja otros diagnósticos previos que deberían ser analizados como posibles factores de riesgo, por ser potencialmente objeto de intervenciones vacunales como parte de los protocolos de actuación.

### Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias

**Tabla 1**

Pacientes menores de 5 años ingresados con enfermedad meningocócica invasiva con factores riesgo en el periodo 2008-2012

Factores riesgo	CIE 9 MC	Nº pacientes
Infección por VIH	042-044, V08	0
Neoplasias: leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple	200 a 204	0
Neoplasias: linfangioma, neoplasia maligna de tejido blando, trombocitemia	171,8, 228,01, 238,71	7
Diabetes	250	0
Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; incluye deficiencia de factores del complemento (C5-C9, properdina, factor H, factor D)	279	2
Inmunosupresión: enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor o radioterapia	V58,0 y V58,1V58.65, V66.2	0
Inmunosupresión: trasplante de órgano sólido	V42	1
Anemia de células falciformes y otras hemoglobinopatías	282	1
Enfermedad cardiovascular crónica (cardiomiopatías, insuficiencia cardiaca; excluye hipertensión)	425, 425,0 y 425,9	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema; incluye asma, corticoterapia en dosis altas (493 y V58.65)	490-496	7
Fibrosis quística	277,0 y 277,00 a 227,09	0
Enfermedad renal crónica: síndrome nefrótico	581	0
Enfermedad hepática crónica: cirrosis	571	0
Asplenia funcional o anatómica (esplenectomía, asplenia congénita o adquirida)	865, 759,0, 289,59.	
	Intervenciones: 41.5, 41.43	0
Implante coclear	Intervenciones: 20.96 a 20.99	0
		3
Filtraciones de LCR: malformaciones congénitas, fractura de cráneo o procedimiento quirúrgico		
	388,61, 349,81, V45,2	
Anomalías congénitas	740 a 759	34

CIE 9 MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica; LCR: líquido cefalorraquídeo; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### Financiación

El estudio fue parcialmente financiado por Novartis Vaccines & Diagnostics.

### Contribuciones de autoría

Todos los autores participaron en el diseño y la realización del estudio. Una primera versión de la carta fue escrita por R. Cano y R. Abad, con las aportaciones de J.A. Vázquez. Todos los autores participaron en la elaboración del manuscrito definitivo y en su aprobación.

### Conflicto de intereses

R. Cano y R. Abad declaran no tener conflicto de intereses. Israel John Thuissard ha recibido honorarios de Novartis Vaccines & Diagnostics para la realización del análisis de los datos utilizados en el estudio. J.A. Vázquez ha sido Investigador Principal en Proyectos de Investigación financiados por Novartis Vaccines, GSK, Pfizer y

Sanofi Pasteur, y ha participado en conferencias financiadas por Novartis Vaccines, GSK, Pfizer, Baxter y Sanofi Pasteur.

## Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2012. (Consultado en abril de 2015.) Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=29/01/2015-f0855cb161>.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 –Vaccine-preventable diseases– Invasive bacterial diseases. Stockholm: ECDC; 2015. (Consultado en abril de 2015.) Disponible en: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance\\_reports/annual\\_epidemiological\\_report](http://ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/annual_epidemiological_report).
3. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of meningococcal disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2013;62(No. RR-2):1-28.
4. Brouwer MC, de Gans J, Heckenberg SG, et al. Host genetic susceptibility to pneumococcal and meningococcal disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:31-44.
5. Grumach AS, Kirschfink M. Are complement deficiencies really rare? Overview on prevalence, clinical importance and modern diagnostic approach. *Mol Immunol*. 2014;61:110-7.

Raquel Abad<sup>a</sup>, Rosa Cano<sup>b</sup>, Israel John Thuissard<sup>c</sup> y Julio A. Vázquez<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III y CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jvazquez@isciii.es](mailto:jvazquez@isciii.es), [julioavazquez@gmail.com](mailto:julioavazquez@gmail.com) (J.A. Vázquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.003>

## ¿Cómo es la información que reciben las mujeres que son invitadas a participar en un programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero?



### Evaluation of the information received by women participating in a cervical cancer screening programme

Sra. Directora:

Un elemento fundamental dentro de nuestro sistema sanitario es garantizar una mayor participación de la población en las decisiones de asistencia sanitaria. Para que esta participación sea genuina y eficaz, es necesario establecer procesos de información y comunicación adecuados. Esta información es más necesaria aún en aquellas actividades –como son los programas de cribado– donde es preciso garantizar un balance adecuado entre beneficios y riesgos<sup>1-4</sup>.

Siguiendo estas premisas y las recomendaciones que la Unión Europea establece sobre la participación en las actividades sanitarias de cribado, en nuestra comunidad, en el año 2010, un grupo de profesionales relacionados con el tema y representantes de colectivos de mujeres elaboraron materiales de información (guía y folletos) sobre *El cáncer de cuello de útero y su prevención*. Con esta información se pretende fomentar la autonomía de las mujeres, garantizar su derecho a la información y ayudarlas en la toma de decisiones informadas<sup>5-7</sup>.

En los años 2011 y 2012 se realizó, a través de correo postal, la difusión personalizada de los folletos informativos a tres cohortes de la población diana que se consideraron «clave»: mujeres que en dicho periodo cumplían 25 años (edad de inicio del cribado), mujeres que cumplían 35 años (a modo de recordatorio) y mujeres que cumplían 65 años (edad de finalización del cribado).

En 2012, aprovechando que en la carta que presentaba el folleto se ofertaba un teléfono informativo, se consideró interesante

**Tabla 1**  
Principales resultados de la encuesta telefónica a 281 mujeres

Motivo de la llamada	El 51% de las mujeres recababan información sobre dónde debían acudir para la realización de la citología. El 30% de las llamadas fueron para consultas personales
Edad	El grupo de mujeres que más información demandó fue el de 65 años de edad (47%), y el que menos fue el de 25 años (22%)
Localización de las llamadas	El 83% de las llamadas fueron de mujeres de las zonas centrales de Asturias (Oviedo, Avilés y Gijón)
Realización de citologías	El 63% de las mujeres refieren realizar citologías Según la edad: a más edad aumenta la prevalencia (lo esperado). El 73,3% de las mujeres de 65 años de edad refiere realizarse citologías periódicamente Según lugar de realización: 43% en atención especializada, 28% en atención primaria y 28% en consulta privada Edad y cribado adecuado: sólo el 36,5% de las mujeres refieren realizarse citologías con la periodicidad adecuada. Existe, en general, una mala adecuación a las recomendaciones vigentes en nuestra Comunidad, que mejora con la edad Lugar de realización y cribado adecuado: existe, en general, una mala adecuación a las recomendaciones vigentes en nuestra Comunidad, que mejora en atención especializada
Información previa sobre el cáncer de cuello de útero y su prevención	El 76% de las mujeres nunca habían recibido información sobre la prevención del cáncer de cuello de útero
Valoración de la información recibida y ayuda para la toma de decisiones	El 70% de las mujeres se encuentran satisfechas con la información recibida y al 68% les ayuda en la toma de decisiones