

19F y 23F)^{5,8}. La pauta aplicada fue de 2 dosis en un intervalo de 2 meses.

En este momento, hace 2 años desde que fue vacunada y desde entonces no ha vuelto a presentar ningún nuevo episodio de meningitis. En la actualidad está en estudio para una solución quirúrgica definitiva.

Este caso particular, se enmarca en la recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de Estados Unidos, que aconseja revacunar con la vacuna conjugada heptavalente a los niños de 24 a 59 meses que, por alguna razón, han recibido la vacuna de 23 polisacáridos. Por otra parte, pensamos que, dada la gravedad de la enfermedad invasora por *S. pneumoniae*, la seguridad y eficacia de la vacuna y a la luz de los datos disponibles, debe incluirse esta vacuna en el calendario de vacunaciones sistemáticas.

**F.J. Chicano Marín, C. Cañavate González,
J. Rubio Pérez, A. Herrera Chamorro,
F.J. Pena Lamela, J. Deheza Alfageme,
J.A. Carmona Valera y V. Hernando Sastre**

Servicio de Pediatría. Clínica Virgen
de La Vega. Murcia. España.

Correspondencia: Dr. F.J. Chicano Marín.
Encina, 16. 30100 El Puntal. Murcia. España.
Correo electrónico: fjchicano@ono.com

BIBLIOGRAFÍA

- Mencia Bartolomé S, Casado Flores J, Marín Barba C, González-Vicent M, Ruiz López MJ. Meningitis neumocócica en la infancia. Revisión de 28 casos. *An Esp Pediatr* 2000;53:94-9.
- Peltola H, Kilpi T, Anttila M. Rapid disappearance of *Haemophilus influenzae* type b meningitis after routine childhood immunisation with conjugate vaccines. *Lancet* 1992;340:592-4.
- Black S, Shinefield H, Fireman B, Lewis E, Ray P, Hansen JR, et al. Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:187-95.
- Casado Flores J, Aristegui J, Rodrigo de Liria C, Martín JM, Fernández Pérez C. Grupo para el Estudio de la Meningitis Neumocócica. Prevalencia de meningitis neumocócica en niños españoles. *An Esp Pediatr* 2002;56:5-9.
- Ruiz Contreras J, García Martín F. Vacunas neumocócicas: ¿una solución a diferentes problemas? *An Esp Pediatr* 2000;52:207-11.
- Del Valle-Ortiz O. *Streptococcus pneumoniae* y resistencia a los antimicrobianos. En: Moraga Llop F, editor. La enfermedad neumocócica en el niño, 1.ª ed. Barcelona: Prous Science, 2001; p. 69-79.
- Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. La enfermedad neumocócica y su prevención. Vacuna neumocócica conjugada heptavalente. *An Esp Pediatr* 2002;56: 79-90.
- Rennels MB, Edwards KM, Keyserling HL, Reisinger KS, Hogerman DA, Madore D, et al. Safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal vaccine conjugated to CRM197 in United States infants. *Pediatrics* 1998;101:604-11.

Infección por *Streptococcus pneumoniae* en el Área de Salud de Pamplona (1999-2001)

Sr. Editor:

Hemos leído el artículo "La enfermedad neumocócica y su prevención. Vacuna neumocócica conjugada heptavalente" firmado por el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría¹. La nueva vacuna neumocócica conjugada 7-valente (VNC 7-v) plantea la posibilidad de la prevención de la enfermedad neumocócica. Es eficaz e inmunógena y resuelve las limitaciones de la vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente, fundamentalmente en menores de 24 meses. Está ya incluida dentro del calendario de inmunizaciones sistemáticas de la American Academy of Pediatrics desde el año 2001².

Debido a las diferencias en la tasa de enfermedad invasora y en la distribución de los serotipos (dependiendo de la edad y la región geográfica), es importante evaluar la cobertura de los 7 serotipos que incluye la vacuna. Por todo ello hemos realizado un estudio en el área de salud analizando la localización, los serotipos y sensibilidad antibiótica de los neumococos aislados en la población pediátrica de nuestro medio, con el objetivo de conocer las características de esta infección en nuestra zona.

En un período de 3 años (de 1-1-1999 a 31-12-2001) se han estudiado 181 cepas de *Streptococcus pneumoniae* aisladas en medio hospitalario y extrahospitalario, correspondientes a niños menores de 15 años del Área I de Salud de Pamplona, que atiende una población de 55.328 niños. Según el origen de los aislamientos, 48/181 eran cepas invasoras procedentes fundamentalmente de hemocultivo y líquido cefalorraquídeo, y 133/181 eran cepas no invasoras aisladas principalmente en exudado ótico.

Se determinó la sensibilidad antibiótica del total de las cepas. Los porcentajes de resistencia fueron los siguientes: 90/166 (54%) a penicilina, 53/165 (32%) a cefotaxima y 65/165 (39,4%) a eritromicina. De acuerdo con otros estudios³ hemos encontrado un elevado porcentaje de resistencias frente a penicilina, siendo mayor en las cepas no invasoras: frente a cefotaxima el 5% de las cepas invasoras y el 11% de las no invasoras son altamente resistentes. Sin embargo, si se toman los nuevos criterios de sensibilidad de las cefalosporinas de tercera generación establecidos en el año 2002 por el National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS)⁴ (que define alta resistencia a cefotaxima como concentración inhibitoria mínima [CIM] ≥ 4 , para neumococos no aislados en líquido cefalorraquídeo), ninguna de nuestras cepas demostró alta resistencia.

Se determinó el serogrupo/serotipo en 161 de las 181 cepas (89%), siendo los más frecuentes en orden decreciente el 19, 6, 3, 14, 23, 9 y 1 (131/161 serotipificados). La distribución de los serogrupos según enfermedad invasora y no invasora se muestra en la figura 1. La resistencia antibiótica de los serotipos más prevalentes fue la siguiente: resistentes a penicilina serotipo 1 (0/5), 3 (0/22), 6A (5/11), 6B (14/15), 14 (20/20), 19 (20/31), 23F (8/11); resistentes a cefotaxima serotipo 1 (0/5), 3 (0/22), 6A (1/11), 6B (12/15), 14 (15/20), 19 (6/31), 23F (7/11).

Como conclusión, queremos señalar que:

1. La tasa de incidencia de enfermedad neumocócica invasora en niños menores de 15 años en nuestra serie es 28,91 casos/100.000 habitantes.

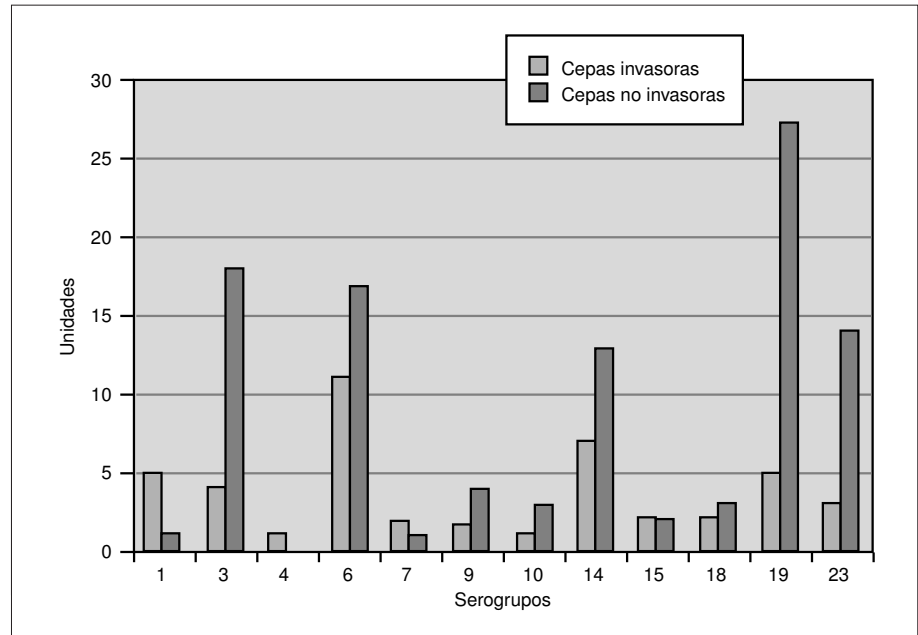


Figura 1. Distribución de los serogrupos según enfermedad invasora o no invasora.

2. La proporción de neumococos, cuyos serogrupos/serotipos están incluidos en la vacuna heptavalente es 109 de las 161 cepas serotipificadas (68%), 31/46 (67,4%) de las cepas invasoras y 78/115 (67,8%) de las no invasoras.

3. Las vacunas neumocócicas 9-valente y 11-valente incluirían en esta serie 115/161 (71,4%) y 140/161 (87%), respectivamente. La vacuna conjugada heptavalente incluye los serotipos más prevalentes y más resistentes (6b, 14 y 19) de la serie. Por el contrario, serotipos también prevalentes, no incluidos en la vacuna, como el 1 y 3 son todos sensibles.

**N. Viguria Sánchez^a, E. Bernaola Iturbe^a,
M. Herranz Aguirre^a, L. Torroba Álvarez^b
y A. Gil-Setas^c**

Servicios de ^aPediatría y ^bMicrobiología.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

^cServicio de Microbiología.
Ambulatorio General Solchaga. Pamplona. España.

Correspondencia: Dr. E. Bernaola Iturbe.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino.
Irunlarrea, 4. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: ebernaoi@cfnavarra.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. La enfermedad neumocócica y su prevención. Vacuna neumocócica conjugada heptavalente. *An Esp Pediatr* 2002;56: 79-90.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Recommended Childhood Immunization Schedule. United States, January-December 2001. *Pediatrics* 2001;107: 202-4.
3. Fenoll A, Jado I, Vicioso D, Berron S, Yuste JE, Casal J. *Streptococcus pneumoniae* in children in Spain: 1990-1999. *Acta Paediatr* 2000;8435:44-50.

4. National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS). MIC interpretative Standards ($\mu\text{g/ml}$) for *Streptococcus pneumoniae*. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twelfth Informational Supplement. NCCLS document M100-S12, January 2002; Vol. 22 N^o 1:110-1.

Tabaquismo: primeros pasos

Sr. Editor:

Las disposiciones generales, título cuarto, capítulo 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad referente a la "Publicidad de bebidas alcohólicas y Tabaco" dicen en el Artículo 37: "la publicidad de tabaco no podrá dirigirse a menores de edad, ni podrán obsequiarse a éstos, artículos promocionales o muestras de dicho producto".

En los últimos años la marca Fortuna[®] ha apostado por varios estilos de anuncios siempre atrayentes para la juventud, uno de los más polémicos es el famoso Fortuna 0,7 (ayudas a países pobres) con lo de "¿y tú, te apuntas?" o "lo importante es moverse" o "saber que colaboro me hace sentir bien" sin olvidarnos de que "un poco de muchos significa mucho...". Vale la pena reflexionar sobre este tema, ya que la industria tabaquera se está expandiendo más, en cuanto a ventas y cultivo, en los países en vías de desarrollo y tercer mundo, y que el afán humanitario de la compañía es una cortina de humo para camuflar sus verdaderos intereses que son la obtención de mayores beneficios. También hay que destacar que estos países asumen un tercio del coste económico que a escala mundial genera el tabaquismo por lo que es paradójico que este dinero sea para ayudar a estas personas^{1,2}.