

OTROS ESTUDIOS EN MARCHA**ENCUESTA DE PORTADORES DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN EL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA (*)**

Amós García Rojas (1), Ana Bordes Benítez (2), Bernardo Lafarga Capuz (2), Julio Vázquez Moreno (3) y Elena López Villarrubia (1).

(1) Sección de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

(2) Laboratorio de Microbiología. Hospital Nuestra Señora del Pino-Gran Canaria.

(3) Laboratorio de Meningococos. Centro nacional de Microbiología. Majadahonda.

(*) Estudio becado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

INTRODUCCIÓN

Durante los primeros meses de 1997 se produjo, en el conjunto del estado español, una de las más importantes crisis de salud pública de los últimos años, derivada, entre otras cosas de la alarma social generada ante la enfermedad meningocócica causada por el meningococo del serogrupo C. La Comunidad Autónoma Canaria no fue ajena a la referida crisis, aunque en la misma se manifestó de una manera más atenuada, debido, fundamentalmente, a tres factores: La situación de lejanía con respecto al resto del Estado, una incidencia baja y la pronta y contundente respuesta de la Administración Sanitaria Canaria a la situación planteada.

El motivo último de aquella crisis fue el aumento en el número de casos de enfermedad meningocócica en general y de las cepas de serogrupo C en particular. En Canarias, a lo largo de 1997, las cepas de serogrupo C también tuvieron, por primera vez, una mayor presencia que las del serogrupo B. Este proceso se observó más claramente

en la isla de Gran Canaria (tabla 1). Históricamente, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad meningocócica en este área de salud (en Canarias, según la Ley de Ordenación Sanitaria, cada isla es un área de salud), es similar al que se ha observado en el resto del país, es decir, ciclos multianuales con un último pico epidémico en el año 1979 y un posterior descenso hasta comienzos de la década de los 90.

En el año 1996 el serogrupo predominante en Gran Canaria era el B, que solía dar lugar a casos esporádicos y, a veces, a pequeños cluster. En el año 1997 la situación se caracterizó por una baja incidencia y un cambio en el serogrupo predominante que pasó a ser el C y, fundamentalmente, el serogrupo C subtipo 2b:Pl.2,5. La estrategia de intervención seguida ante esta nueva situación se basó y se basa en:

- La actuación enérgica ante casos y brotes epidémicos, con quimioprofilaxis y vacunación a contactos, según se define en el protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y
- Favorecer de distintas líneas de investigación aplicadas al conocimiento epidemiológico de la enfermedad meningocócica.

Correspondencia:

Amós García Rojas

Dirección General de Salud Pública

Sección Promoción de la Salud

C/ Alfonso XIII, 5

35003 Las Palmas de Gran Canaria

Tabla I
Enfermedad meningocócica y sospecha clínica. Área de salud de gran canaria 1.991-1.997
tasas × 100.000 habitantes

| Año | Serogrupo B | | Serogrupo C | | Sin Serogrupar | | Total Neisseria | | Sospecha Clínica | | Total | |
|------|-------------|-------|-------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|------------------|-------|-------|-------|
| | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | | |
| 1991 | 5 | 0,75 | 0 | 0 | 1 | 0,15 | 6 | 0,90 | 18 | 2,70 | 24 | 3,60 |
| 1992 | 7 | 1,05 | 0 | 0 | 4 | 0,60 | 11 | 1,65 | 8 | 1,20 | 19 | 2,85 |
| 1993 | 7 | 1,05 | 2 | 0,30 | 4 | 0,60 | 13 | 1,95 | 9 | 1,35 | 22 | 3,30 |
| 1994 | 2 | 0,30 | 2 | 0,30 | 3 | 0,45 | 7 | 1,05 | 5 | 0,75 | 12 | 1,80 |
| 1995 | 6 | 0,90 | 3 | 0,45 | 4 | 0,60 | 13 | 1,95 | 1 | 0,15 | 14 | 2,10 |
| 1996 | 4 | 0,60 | 3 | 0,45 | 0 | 0 | 7 | 1,05 | 8 | 1,20 | 15 | 2,225 |
| 1997 | 4 | 0,60 | 8 | 1,20 | 0 | 0 | 12 | 1,80 | 0 | 0 | 12 | 1,80 |

Fuente: Sección de promoción de la salud-Las Palmas. Dirección General de Salud Pública.

De esta manera, desde el Servicio de Epidemiología en la provincia de Las Palmas, se planteó realizar el presente estudio, que tiene como finalidad conocer la prevalencia de portadores de *Neisserias Meningitidis* en la población del Área de Salud de Gran Canaria.

Diseño de la muestra

Se realizará un diseño descriptivo transversal, con un muestreo aleatorio en etapas múltiples y por conglomerados. Teniendo en cuenta que el 98% de la población de la isla está adscrita al Servicio Canario de Salud, en una primera etapa se hará un muestreo por conglomerados utilizando como unidad primaria la zona básica de salud. De las 51 zonas básicas de salud del Área, se han elegido aleatoriamente 11 para participar en el estudio: Agüimes (16.156 habitantes), Santa María de Guía (10.937), Vecindario (36.210), Vega de San Mateo (6.153), Isleta (24.548), Alcaravaneras (26.456), Miller Bajo (34.265), Guanarteme (35.145), Barrio Atlántico (15.805), San Gregorio (25.264) y El Calero (16.578).

En una segunda etapa se realizará un muestreo aleatorio simple en cada una de las zonas básicas de salud para la selección de la muestra final, teniendo en cuenta que

se conoce exactamente la población que depende de cada Centro.

Se ha predeterminado un tamaño muestral mínimo de 707 personas, para una prevalencia esperada del 8%, con una confianza del 95% y precisión de 0,02, que se estratificarán según grupos de edad. Asumiendo que un 15% de las personas citadas no querrá colaborar, se ha incrementado el tamaño muestral a 831, distribuido en cada estrato proporcionalmente a la población dependiente de éste.

Los individuos de la muestra se identificarán en sus propios hogares, donde se les invitará a participar en el estudio. A los que acepten, se les citará en los Centros de Salud respectivos para una toma de muestra de frotis nasofaríngeo, así como para realizar una entrevista individual en la que se cumplimentará un cuestionario que engloba diferentes variables de interés epidemiológico. Se excluirán del estudio a los individuos que cumplan los criterios de exclusión establecidos al efecto.

Toma y análisis de las muestras

Las muestras se enviarán el mismo día de la realización del frotis nasofaríngeo y en período de tiempo inferior a tres horas, al Laboratorio de Microbiología del Hospital

Nuestra Señora del Pino, en torunda estéril con medio de transporte. En el laboratorio se procederá a la siembra en medio selectivo Tayer-Martín. Si se produce crecimiento, se verificará la confirmación de diplococos gram negativos, oxidasa positivos, bioquímicamente meningococos. En este caso, se procederá mediante técnicas de serogrupaje a identificación de serogrupo. Los serogrupos obtenidos se enviarán el mismo día de su obtención, en placa agar-chocolate, al Laboratorio de Referencia de Meningococos del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III, donde se procederá a su subtipaje.

Según los resultados que se vayan obteniendo, se investigará la posible relación entre unos valores de prevalencia de porta-

dores, en función de ciertas variables recogidas en el cuestionario.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Las derivadas del marco del muestreo: Habrá una pérdida de población que no utiliza la red sanitaria asistencial pública, y otra de población marginal.
- Al identificar a los individuos en sus propios hogares, tendremos la ventaja de que este marco de muestreo equivale a la población estudiada, pero los inconvenientes del encarecimiento del proyecto y de que puede aumentar el número de rechazos a participar en el estudio, con el riesgo de sesgos unidireccionales.