

LAS VACUNAS ORALES DEL VIRUS DEL POLIO

**Declaración Suplementaria
del Comité de la
Academia de Pediatría**

(A la luz de nuevos adelantos, la siguiente declaración suplementaria para el Libro Rojo de 1964 fue aprobada por el Comité en su reunión de octubre 25 de 1964 en la ciudad de New York).

En julio de 1964 se reunió un Comité Consultivo Especial sobre Vacunas Orales contra la Poliomiélitis con destino al Jefe de Sanidad Militar para discutir la vigilancia de la poliomiélitis en los Estados Unidos con particular referencia a posibles casos asociados con la vacuna oral. El informe del Comité fue publicado en "J. A. M. A." (190: 49-51, Octubre 5, 1964) junto con comentarios menores al mismo del doctor A. B. Sabin (Páginas 52-55).

El Comité observó que desde 1961 aproximadamente 100 millones de dosis cada uno de tres tipos de la vacuna oral contra el virus de polio han sido administradas en los Estados Unidos. La vigilancia ejercida por la Subcursal Epidemiológica del Centro del Servicio de Salud Pública sobre enfermedades contagiosas indica que un total de 87 casos de parálisis han sido denunciados siguiendo a un período de treinta días después de haber sido aplicada la vacuna oral ("Henderson, et. al., J. A. M. A. 190:41" Octubre 5, 1964). En base a un cuidadoso examen de los datos epidemiológicos, clínicos, y de laboratorio disponibles, 57 de los 87 casos fueron juzgados "compatibles" con la asociación de vacuna, a pesar de que fue reconocido por el Comité Consultivo Especial que en ninguna instancia fue posible el probar que un caso dado podría ser definitivamente atribuido a la va-

en conjunto de grupo llevaron a la conclusión de que al menos algunos de los clasificados "compatibles" fueron causados por la vacuna. Estos caracteres incluyen: 1) la preponderancia de casos siguiendo a la vacuna Tipo I mientras II; 2) la predominancia de casos en adultos quienes son conocidos como más susceptibles que los niños a las consecuencias de infección por parálisis; 3) y la virtual ausencia de casos de contacto.

El avalúo del riesgo actual reveló ser extremadamente pequeño: por el Tipo I, 1 por 6.25 millones; por el Tipo

II, 1 por 50 millones; y por el Tipo III, 1 por 2.5 millones. De acuerdo con la evidencia disponible se concluyó que el "riesgo es mayor para el Tipo III; menos definido para la vacuna Tipo I. Para la vacuna Tipo II el promedio es tan bajo como sugerir ausencia de riesgo".

Con base en estos hallazgos el Comité Consultivo Especial recomendó: "la continuación e intensificación del programa de inmunización contra la poliomielitis a través de la nación, aunque recalando algunos cambios en el mismo". Estos cambios se relacionan primeramente a los grupos por edad para ser vacunados; sugirió alteraciones en planes de administración y la conveniencia de un vigor más acentuado en la organización y en la realización de programas de inmunización para infantes y para niños. La importancia de la realización de tales programas de inmunización para infantes en su primer año de vida fue nuevamente recalada, y se sugirió a que todas las comunidades que todavía no han organizado tales programas lo hagan prontamente. Aún más, a cualquier comunidad que todavía conducido programas masivos de inmunización se le alentó para hacerlo durante el otoño e invierno de 1964-65. El objetivo de tales vastos programas debe ser la inmunización de niños en período preliminar al colegio, cuya proporción sea tan cercana como sea posible al 100 por 100; tales niños constituyen el grueso de la vulnerabilidad en cualquier comunidad, siendo por consiguiente los más efectivos propagadores del desenfrenado virus del polio cuando estos se introducen dentro del área. Debido a que el riesgo teóricamente muy leve que acompaña a la vacunación oral es principalmente dirigido a los adultos, se recomendó que el límite de edad para vacunación en programas de comunidad sea el de 18 años. Sin embargo, fue recomendada vacunación para adultos jóvenes bajo especiales circunstancias cuando por ejemplo existe aumento de exposición como en el caso de epidemias, entrada al servicio militar, o viajes al exterior.

RECOMENDACIONES DEL LIBRO ROJO REVISADO PARA EL USO DE LA VACUNA ORAL CONTRA EL VIRUS DEL POLIO. NOVIEMBRE 1964

Sobre las bases del informe presentado por el Comité Consultivo Especial del Jefe de Sanidad Militar, y junto con todos los otros datos pertinentes, el uso de la vacuna oral contra el virus del polio (OPV), continúa siendo el óptimo procedimiento de inmunización para la prevención de la parálisis infantil. A pesar de que vacunas inactivas también prueban ser efectivas, la evaluación de las virtudes y limitaciones de las vacunas inactivas y activas contra el polio revela una indiscutible superioridad de la OPV desde el punto de vista de fácil administración, efecto inmune, capacidad protectora, y poderosa para la erradicación de la poliomielitis. Esta es por consiguiente la vacuna de elección para programas de vacunación dentro de amplias comunidades (así como también para inmunización rutinaria en la infancia y en la niñez).

CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones de la vacuna oral contra el virus del polio para infantes y para niños. En el pasado se había recomendado que los tres tipos de va-

cunas contra el virus activo —poliovirus oral, sarampión, y vacuna— se han administrado separadamente a intervalos de un mes como mínimo. Existe ahora la evidencia ("S. A. Med. K. 37:513-515 1963") de que se puede lograr seguridad e inmunización satisfactoria con vacuna y con vacuna oral contra el virus del polio cuando los dos son administrados al mismo tiempo, pero hasta tanto no exista dato adicional, la vacuna contra el sarampión y la vacuna oral contra el virus del polio deben continuarse administrando separadamente. Para evitar el peligro de implicación errónea del virus de la vacuna oral contra el polio en enfermedades inconexas sucesivas, así como también para eludir interferencia de desenfrenados interovirus, los programas de comunidad con OPV no deben llevarse a cabo en la estación natural de la poliomielitis. La excepción a esta regla general se obtiene solamente cuando una epidemia de poliomielitis aparece en una comunidad. Esto último constituye una indicación para un programa inmunizante de emergencias en una amplia comunidad con vacuna oral contra el polio (OPV), usando el tipo de virus demostrado que esté causando la epidemia. Electivos T y A pueden ser programados en cualquier tiempo del año en la ausencia de una erupción de poliomielitis en comunidades, que han conducido un programa masivo de inmunización, y en pacientes que hayan recibido OPV.

PROGRAMAS EN AMPLIAS COMUNIDADES

Todas las comunidades que hasta ahora no hayan llevado a cabo programas de vacunación en masa, deben hacerlo en el otoño y en el invierno de 1964-65. La pauta previamente recomendada debe ser seguida, con la excepción de que se debe dar un mayor énfasis en el grupo correspondiente a la edad preliminar del colegio, y el punto de cierre sugerido debe ser el de la edad de 18 años aproximadamente. La última recomendación se basa en cambios en la incidencia nacional de poliomielitis, traída al caso como resultado del buen éxito obtenido en los programas de inmunización, así: 1) En los Estados Unidos el riesgo actual de poliomielitis en adultos contraída naturalmente, ha sido reducido a un nivel tan bajo que la inmunización continua de este grupo de edad no se hace ya necesaria, excepto bajo circunstancias especiales; y 2) continua inmunización de infantes y de niños en edad pre-escolar, los principales propagadores del desenfrenado virus del polio, protege indirectamente a los adultos susceptibles, al prevenir la circulación del virus, y por consiguiente previniendo la exposición de la infección.

PROGRAMAS SUGERIDOS PARA LA ADMINISTRACION

Campañas en vastas comunidades. - Varios programas son satisfactorios. Se incluyen estos en orden de preferencia, así:

1) - Los tres tipos de vacunas monovalentes deben ser administrados en intervalos de seis a ocho semanas. No es crucial el orden en el cual se administran, pero el plan óptimo corresponde al Tipo, Tipo III, Tipo II. La

ventaja de comenzar con el Tipo I es la de que ésta es la más importante en términos de parálisis; desde que el número de vacunas que se otorgan como primera dosis en campañas de comunidad es siempre más elevado que el número solicitado por dosis subsecuentes, se hace deseable que el Tipo I sea administrado primeramente, siguiendo luego al tipo III y el Tipo II o intervalos aproximados de seis a ocho semanas. No se recomienda para niños el administrar primero el virus Tipo II. En teoría esto tiene la ventaja de que el Tipo II puede suministrar protección cruzada contra los otros dos tipos de virus. Sin embargo, ésta evidencia no es impresionante. Tiene la desventaja de que el virus Tipo II puede interferir con subsecuentes infecciones del Tipo I, y por consiguiente disminuir el porcentaje de recipientes que desarrollan inmunidad al virus Tipo I.

2) - La vacuna monovalente Tipo I sigue al período de seis a ocho semanas después de una dosis simultánea de los Tipos II y III dada en el mismo terrón de azúcar o en la misma cucharita. Esto tiene la ventaja de una cubierta completa para el Tipo I, así como también la simplicidad de dos dosis en una.

3) - Dos veces la vacuna trivalente con intervalos de seis a ocho semanas. Si bien este programa es satisfactorio en niños de edad escolar y para niños de más edad, una tercera dosis adicional para infantes y para niños en edad preliminar a la del colegio suministran una inmunización más segura contra el Tipo I.

INMUNIZACION PRIMARIA PARA INFANTES

Se pueden usar las vacunas monovalentes o trivalentes. En cualquier caso, al programa se pueden integrar inmunizaciones DPT con la primera dosis que se va a administrar a los dos meses de edad aproximadamente. Si se usan las vacunas monovalentes éstas deben administrarse en la forma siguiente: Tipo I, Tipo III, Tipo II con intervalos aproximados de seis a ocho semanas. Si se va a administrar vacuna trivalente, se recomiendan tres dosis de la misma. Cualquiera que se use, monovalente o trivalente en el primer curso, se debe administrar una cuarta dosis de vacuna trivalente a infantes de 12 a 15 meses de nacidos.

INMUNIZACION PRIMARIA PARA OTROS NIÑOS PRE-ESCOLARES

El procedimiento puede conformarse con aquel señalado para infantes con la excepción de que debe omitirse la cuarta dosis; o el primer curso puede consistir en dos con intervalos de seis a ocho semanas, seguido por una tercera dosis la cual debe ser aplicada aproximadamente después de un año.

INMUNIZACION PRIMARIA PARA EL RESTO DE LOS GRUPOS HASTA LOS DIEZ Y OCHO AÑOS DE EDAD.

Si se usan vacunas monovalentes, éstas deben ser administrativas en el siguiente orden: Tipo I, Tipo III, Tipo II. Si se usa vacuna trivalente, serán suficientes dos dosis con un intervalo de seis a ocho semanas.

INMUNIZACION DE TODOS LOS NIÑOS AL ENTRAR AL COLEGIO

Se recomienda una sola dosis de vacuna trivalente para todos aquellos niños al entrar al colegio que hayan sido inmunizados previamente con OPV. Esto con el objeto de rellenar cualquier brecha de un anticuerpo que pueda resultar por la omisión de tomar una vacuna con uno u otro tipo durante el primer curso de inmunización. Si el niño nunca ha recibido la vacuna oral, se le debe administrar un curso completo con vacuna monovalente o trivalente.

PROCEDIMIENTO PARA INMUNIZAR PARCIALMENTE A LOS NIÑOS.

La vacuna oral puede ser ineficaz si no se administran las series completas. A las personas que han recibido una serie parcial o completa de vacuna inactiva cuando fue administrada la OPV, deben recibir una serie completa del virus de la vacuna OPV en cualquiera de sus formas, monovalente o trivalente, tal como se detalla anteriormente. Una vez terminadas las series completas no es necesario administrar vacunas adicionales inactivas.

INMUNIZACION EN CASO DE EPIDEMIA

Se debe identificar el virus responsable, y sobre las bases de aplicación en amplias comunidades, se debe ofrecer a las mismas la vacuna monovalente correspondiente tan rápidamente como sea posible. Todos los grupos por edades, desde los dos meses en adelante, deben ser incluidos.

FORMACION DEL COMITE EN EL CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Lewis L. Corriell, M. D., Presidente, Floyd W. Denny, Jr., M. D.; Dorothy Horstmann, M. D.; David Karzon, M. D.; George A. McNaughton, M. D.; Frederick Robbins, M. D.; Sarah H. Wood Sell, M. D.; Margaret H. D. Smith, N. D.; Henry B. Streng, M. D.; Franklin H. Top, M. D.; Dwain N. Walcher, M. D.; Robert Ward, M. D.; Clarence H. Webb, M. D., y Thomas H. Weller, M. D.

