

## Editorial

## A propósito de las vacunas

Nuestra Cartilla Nacional de Vacunación ha tenido cambios constantes, enriqueciendo su contenido al incorporar biológicos que previenen enfermedades infecto-contagiosas, antes no incluidos.

Recordemos que en los años 70 el Programa de Inmunizaciones del PAI se inició sólo con seis vacunas: BCG para prevenir tuberculosis, vacuna antipoliomielítica oral tipo Sabin con tres serotipos I, II y III a base de virus vivos atenuados; toxoide diftérico, toxoide tetánico, vacuna de célula entera contra tos ferina y vacuna antisarampiones de virus vivos atenuados.

Posteriormente fueron incorporándose nuevos inmunógenos: la vacuna contra *H. influenzae* tipo B, hepatitis B, rubéola y paperas de virus vivos atenuados, rotavirus y heptavalente de neumococo.

En la práctica privada se puede adquirir la vacuna contra varicela a base de virus vivos atenuados y vacuna contra hepatitis A.

El Sector Salud ha proporcionado la vacuna contra el virus del papiloma humano en población seleccionada en niñas de entre 9 y 9 años 11 meses de edad.

Actualmente vemos que nuestra cartilla aumentó el número de biológicos y experimentó modificaciones muy importantes, por ejemplo, al sustituir la vacuna oral de la poliomielitis por la vacuna inactivada contra la misma enfermedad, que no representa riesgo alguno de parálisis asociada, como se reportó con la vacuna oral tipo Sabin (aunque el riesgo es bajo potencialmente existe), pero debemos reconocer que gracias a esa vacuna oral se eliminó la enfermedad en nuestro continente, en el Pacífico Occidental y en Europa Occidental; desafortunadamente, hay naciones en que su incidencia es preocupante como Nigeria, Paquistán, Afganistán y la India, país éste que ha dado pruebas de lo que puede ofrecer la medicina preventiva al aplicar la vacuna de forma ordenada, por lo que se ha empezado a ver la disminución en sus tasas de prevalencia.

Otro cambio importante es haber sustituido la vacuna de célula entera contra *B. pertussis* por la vacuna acelular, la cual brinda el gran beneficio de ser menos reactogénica que la anterior.

El combinar vacunas ofrece al receptor disminución en el número de aplicaciones vgr la vacuna pentavalente que incluye difteria, acelular de tos ferina, tétanos, inactivada de la polio y *H. influenzae* tipo B. En el sector privado se cuenta con la vacuna hexavalente, la que además de los cinco inmunógenos previos incluye la vacuna contra hepatitis B.

La vacuna antisarampiones se modificó no sólo en su fecha y número de aplicaciones; antes era dosis única a los nueve meses de edad y ahora son dos dosis, al año y a los seis, cronología asociada a las vacunas de rubéola y paperas, conocidas como triple viral.

Existen dos vacunas contra la infección por rotavirus: la monovalente de cepa humana que aplica el Sector Salud y la pentavalente humana bovina que se adquiere en práctica privada, ambas con excelentes resultados.

El futuro inmediato nos verá cambiar la vacuna heptavalente de neumococo por la trecevalente o la decavalente asociada a vacuna contra *H. influenzae* no tipificable.

Se pueden adquirir otras vacunas como la de meningococo y la vacuna contra la fiebre amarilla.

Es menester ofrecer algunos comentarios sobre este campo tan interesante de las vacunas.

Reconocemos que hay grupos opositores a la aplicación de las mismas por diferentes causas, creencias e informaciones distorsionadas.

En el Boletín de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud en su volumen XXXII, número 2, de abril del 2010, se menciona que la vacuna contra la influenza, sobre todo la que se aplicó H1N1 2009 y la actual trivalente para 2010-2011 es segura, no ha producido ningún evento adverso que cuestione la seguridad de la misma, no se ha observado incremento en las tasas de aborto y muerte intrauterina fetal en mujeres embarazadas vacunadas, en comparación con las no vacunadas y la tasa de anafilaxia es similar a lo esperado.

Menciona el reporte de dos muertes, una en Canadá y otra en Holanda; se determinó que estaban asociadas a errores programáticos; en el primer caso no se brindó tratamiento médico adecuado y oportuno a la persona que presentó una anafilaxia, lo que desencadenó su fallecimiento; en el caso de Holanda, en lugar de vacuna se aplicó insulina.

Quiero reproducir el párrafo final de dicha publicación: «En general, una interpretación errónea de estimaciones de las tasas basales y/o resultados de estudios no sólo podría perjudicar las acciones de vacunación contra la influenza pandémica (H1N1) sino también contribuye a la pérdida de la confianza de la población en las vacunas y atenta contra la credibilidad de los servicios de salud».

En el British Medical Journal del 05 de enero del 2011 aparece un artículo publicado por el Dr. Paul A. Offit, Director del Centro de Educación en Vacunas del Hospital Infantil de Filadelfia; en su escrito hace alusión al artículo del Dr. Andrew Wakefield, quien publicó en

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/pediatriademexico>

el año de 1998 un «trabajo» en la prestigiada revista *The Lancet* señalando que la vacuna contra sarampión, rubéola y paperas podría causar autismo; que el virus de la vacuna a través del intestino podría causar daño a este nivel y permitía la entrada de proteínas al cerebro para causar también daño.

El Dr. Offit menciona que en base a ese reporte de ocho niños «que habían desarrollado autismo» no se presentó evidencia alguna del viaje del virus al intestino, al daño intestinal y posteriormente al cerebro. Ratifica que el Dr. Wakefield debió haber estudiado miles de niños, tanto aquellos que sí habían recibido la vacuna triple viral como quienes no lo habían hecho. Se han realizado estudios en varios continentes por diversos investigadores que demuestran que esta vacuna no causa autismo.

Se mencionan razones económicas poderosas que facilitaron la publicación de este artículo calificado por el Dr. Offit como deshonesto. La consecuencia es que al decrecer el número de niños vacunados contra estas enfermedades, sobre todo sarampión, se ocasionaron muchos internamientos e incluso muerte en aquellos que no recibieron el biológico.

Estos ejemplos deben hacernos recapacitar, actualizar nuestros conocimientos sobre las vacunas y discutir sobre ellas cuando existan diferentes puntos de vista.

Un bello ejemplo que apoya el que una vacuna *Sí Sirve*, es el porqué se erradicó la viruela del mundo.

Muchos conocemos el origen de esta vacuna en el siglo XVIII por el Dr. Edward Jenner; los viajes del Dr. Balmis para traer la vacuna a América y los que experimentamos la aplicación de dicha vacuna.

Precisamente, el último caso reportado de viruela en México fue una niña de Tierra Nueva en mi estado natal, San Luis Potosí, en 1951. Un último caso en Somalia, a fines de los 70, hizo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara felizmente erradicada la enfermedad.

Esperamos que así acontezca con otras enfermedades, algunas ya comentadas, cuya incidencia ha declinado dramáticamente como la poliomielitis, el sarampión, la difteria, el tétanos, la rubéola congénita, entre otras.

No nos es permitido, como trabajadores de la salud, aceptar que veamos tétanos neonatal y su elevada cifra de mortalidad, así como los catastróficos síndromes de rubéola congénita y varicela congénita, de hepatitis neonatal por virus B, cuando tenemos vacunas que pueden y deben erradicar estas enfermedades.

Ojalá que avancemos en la vacuna contra el virus del papiloma humano que causa una elevada morbimortalidad por cáncer en nuestro país.

Los invito a que unamos esfuerzos, a que trabajemos juntos para que más vacunas se incorporen a nuestra cartilla; sabemos perfectamente que no hay biológico por el momento que pueda cubrir a la totalidad de habitantes de la Tierra, pero sí podemos dirigir acciones enérgicas para que en el mundo ya no sigan muriendo, sobre todo niños, por enfermedades prevenibles por vacunación.

La invitación está hecha.

Armando Rentería