



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año VII, Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto de 1985

Recomendaciones del Grupo Asesor Mundial del PAI

El Grupo Asesor Mundial del PAI abordó varios asuntos de importancia general en su séptima reunión celebrada en Alejandría, Egipto, del 21 al 25 de octubre de 1984. A continuación se citan algunos apartes de las conclusiones y recomendaciones del grupo.

Uso de vacunas

Para aprovechar al máximo los beneficios que ofrecen las vacunas, cada país debe tomar las medidas necesarias para incluir todos los antígenos pertinentes en su programa nacional. En particular, debe fomentarse el uso universal de la vacuna antisarampionosa. Es también un motivo de preocupación el hecho de que algunos países no estén empleando todavía la vacuna antipoliomielítica y de que otros excluyan de sus programas la vacuna antiptussis. Las pruebas epidemiológicas han llevado a demostrar claramente el grave efecto de esas enfermedades en todos los países cuando no existen programas de inmunización.

Sitio de la inyección de la vacuna DPT y de TT

Se insta a los países a examinar sus prácticas actuales en lo que se refiere al sitio anatómico de la inmunización intramuscular. Teniendo en cuenta los criterios de inocuidad y facilidad de administración, se recomienda inyectar la vacuna DPT en el muslo y el TT en el brazo.

Aprovechamiento de todas las oportunidades de inmunización

El Grupo Asesor Mundial reafirmó su recomendación de 1983 de aprovechar cualquier oportunidad para inmunizar a los niños que reúnen los requisitos para ello: "Es de particular importancia inmunizar a los niños que sufren malnutrición. La fiebre baja, las infecciones respiratorias o la diarrea leves y otras enfermedades menores no deben considerarse como contraindicaciones para efectos de la inmunización. La inmunización de los niños que estén tan enfermos que necesiten ser hospitalizados debe dejarse a criterio de las autoridades del hospital pertinente".

Vacuna antipoliomielítica oral a recién nacidos

La inmunización de los recién nacidos con la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (TOPV) es un medio inocuo y eficaz de ampliar la protección contra la enfermedad y esa vacuna se puede administrar simultáneamente con la BCG. Aunque la reacción serológica a la TOPV en la primera semana es inferior a la observada al inmunizar a niños de mayor edad, de 70 a 100% de los recién nacidos se benefician al adquirir inmunidad local en el tracto intestinal. Además, de 30 a 50% de los lactantes producen anticuerpos séricos contra uno o más tipos de poliovirus. Del resto de los lactantes, muchos han recibido estímulo inmunológico y responden rápidamente a las demás dosis que se apliquen a una edad ulterior.

Para los lactantes de muchos países que sólo reciben atención en los servicios preventivos en el momento del nacimiento, cuya proporción oscila entre 10 y 40%, esta dosis única de vacuna les ofrecerá alguna protección contra la enfermedad y reducirá sus posibilidades de convertirse en fuente de transmisión de los poliovirus salvajes durante la infancia y la niñez. Para los lactantes que reciben sólo una o dos dosis adicionales de la vacuna antipoliomielítica, cuya proporción varía de 20 a 40%, la dosis inicial aplicada en el momento del nacimiento les conferirá un mayor grado de inmunidad contra la poliomiélitis.

En los países donde la poliomiélitis no ha sido controlada, el empleo de la vacuna TOPV en el período neonatal

Índice

<i>Recomendaciones del Grupo Asesor</i>	
<i>Mundial del PAI</i>	1
<i>La Conferencia de Bellagio</i>	3
<i>Muere John F. Enders</i>	3
<i>Erradicación de la poliomiélitis</i>	4
<i>Aumento de la cobertura de vacunación</i>	5
<i>Oportunidades de inmunización perdidas</i>	6
<i>Casos notificados de enfermedades del PAI</i>	7
<i>Primer curso de vigilancia epidemiológica PAI</i>	8

puede ser particularmente importante para conferir protección precoz. En ese caso, la vacuna se aplica en el momento de nacer o al primer contacto con los servicios, y las dosis subsiguientes a las 6, 10 y 14 semanas de edad. En todos los países, es posible iniciar inocua y eficazmente la inmunización ordinaria con las vacunas DPT y TOPV a las 6 semanas de edad. A continuación se indica un plan para iniciar la protección a la más temprana edad posible:

Edad	Vacuna
Nacimiento	TOPV, BCG
6 semanas	TOPV, DPT
10 semanas	TOPV, DPT
14 semanas	TOPV, DPT
9 meses	Antisarampionosa

Si no se administran antígenos en las edades citadas anteriormente, deben administrarse lo más pronto posible después de cumplirlas. Cuando los intervalos entre las dosis sean más prolongados que los aquí enumerados, no se necesita volver a empezar la serie. Si no se han administrado las dosis finales de las vacunas TOPV y DPT antes de los 9 meses de edad, pueden administrarse simultáneamente con la vacuna antisarampionosa.

Aplicación de toxoide tetánico a mujeres de edad fecunda

Para protección de los lactantes durante el período neonatal, todas las mujeres de edad fecunda deben recibir dos dosis de toxoide tetánico. Dichas dosis deben administrarse durante el primer embarazo, si no se han administrado previamente; en embarazos ulteriores sólo se requiere una dosis adicional.

Vacuna antipertussis

Aunque las vacunas antipertussis de células enteras de que se dispone hoy en día están asociadas con efectos adversos a una tasa superior a la de otras vacunas objeto del PAI, los beneficios de su uso son muy superiores a los riesgos. Mientras que se está procurando desarrollar mejores vacunas antipertussis y estudiar su inocuidad y eficacia, las vacunas de células enteras actualmente disponibles son eficaces para reducir la morbilidad y la mortalidad. Debe fomentarse su uso en los países industrializados y en desarrollo.

Varios asuntos relativos a la epidemiología y al control de la pertussis exigen mayor aclaración. Entre ellos están la inmunización a la edad más temprana posible, el número y el intervalo entre las dosis y los grupos de edad que son más importantes en la transmisión de la enfermedad a los lactantes. El trabajo en este campo está estancado por falta de métodos fáciles y precisos de medición de la inmunidad y confirmación del diagnóstico clínico y por las dificultades para formular y realizar ensayos prácticos apropiados. El diagnóstico de pertussis puede pasarse por alto fácilmente en lactantes muy pequeños que no suelen tener el "estertor" típico de la tos ferina y cuyos síntomas quizá parezcan ser mínimos, aun poco antes de morir.

Vigilancia

En el último decenio ha aumentado en forma importante la cobertura vacunal en la mayoría de los países en desarrollo y ese aumento se acelera hoy en día en varios de ellos. Aunque muchos países tienen datos de vigilancia apropiados para reflejar las tendencias de incidencia de la enfermedad, pocos países en desarrollo disponen de datos de vigilancia adecuados para la administración de programas. Los datos de vigilancia, tomados ya sea del país en general o de zonas selectas, son indispensables para los administradores del PAI en todos los niveles. Se recomienda:

- revisar los sistemas nacionales de vigilancia de los programas de control de las enfermedades con el fin de simplificar los registros y su recolección y limitarlos a los estrictamente necesarios para la administración del programa;
- que la OMS trabaje intensamente con los administradores de los programas nacionales en los meses venideros para garantizar la notificación inmediata de los datos nacionales a la Organización, aunque sólo sean provisionales;
- cuando los sistemas de vigilancia ordinarios no sean apropiados para la administración de programas, fomentar vigorosamente la vigilancia centinela como una de las principales estrategias del PAI;
- que la OMS y los administradores de los programas nacionales trabajen conjuntamente para establecer criterios innovadores que permitan medir los efectos de la inmunización en la reducción de la incidencia de las enfermedades objeto del PAI; esos datos ayudarán a establecer una base para medir los adelantos logrados en los próximos años;
- fomentar cada vez más las investigaciones sobre brotes a medida que se controlan las enfermedades objeto del PAI;
- que la retroinformación y la acción necesaria formen parte integral de la vigilancia en todos los niveles del programa;
- que las oficinas regionales apoyen a los programas nacionales para garantizar el empleo de los datos de vigilancia de la manera más eficaz por parte de los administradores de las operaciones; con ello mejorará la calidad de esos datos.

Investigaciones y desarrollo

Dentro del PAI, las investigaciones y el desarrollo se destinan a mejorar la capacidad del sistema de prestación de servicios para ampliar la cobertura, lo que reducirá aún más la mortalidad y morbilidad. Habida cuenta de la elevada tasa de abandono del plan vacunal en algunos países, se necesita emprender investigaciones específicas para puntualizar y corregir las restricciones administrativas y técnicas y determinar las de índole cultural. Se reconoció la importancia de las investigaciones realizadas actualmente para encontrar métodos más sencillos y eficaces de administración de la vacuna y se instó a continuarlas.

El Grupo observó con interés la experiencia adquirida

recientemente en los programas de inmunización de Brasil y Colombia. En los programas intensivos a cargo de dirigentes nacionales, con participación de algunos grupos comunitarios, se logró una amplia cobertura por medio de jornadas nacionales de inmunización bien anunciadas. Es preciso evaluar el costo, la logística, la eficacia y la contribución de esas estrategias al logro de los objetivos nacionales de inmunización.

El Grupo indicó que sigue mejorando la estabilidad de la vacuna antisarampionosa. Puesto que la vacuna anti-polio mielítica oral es todavía la menos estable de las empleadas en el PAI, la preparación de una vacuna más estable constituye una gran prioridad. Un paso inicial sería el establecimiento de criterios de estabilidad y de un método normalizado para determinar su termoestabilidad. Conviene compartir con los países en desarrollo la tecnología relativa a producción de vacunas, particularmente

en lo que respecta al incremento de la estabilidad de las mismas.

Fuente: Documento OMS PAI/GEN/85/1.

Nota de la Redacción: La próxima reunión del Grupo Asesor Mundial del PAI será patrocinada por la Oficina Regional para Europa y se celebrará en Copenhague del 4 al 8 de noviembre de 1985. Algunos de los temas que se presentarán en los trabajos técnicos abarcan la vigilancia centinela, el empleo de estrategias intensificadas, las estrategias de comunicación y las recomendaciones sobre dosis de refuerzo de las vacunas objeto del PAI, además de una actualización en materia de investigaciones y desarrollo.

Protección de los niños del mundo: La Conferencia de Bellagio

La Conferencia sobre Protección de los Niños del Mundo, celebrada en Bellagio, Italia, del 13 al 15 de marzo de 1984, fue organizada a raíz de una iniciativa del señor Robert S. McNamara y del profesor Jonas Salk. La conferencia fue copatrocinada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), habiendo estado representadas cada una de estas entidades por su máxima autoridad. La Fundación Rockefeller ofreció sus instalaciones para la conferencia y ayudó a coordinar la planificación y preparación de los documentos de trabajo y el informe final.

Entre el resto de los participantes se destacan varios e importantes organismos de desarrollo, el Ministro de Salud de Senegal y representantes de Colombia y la India.

Grupo Especial de Trabajo en Supervivencia Infantil

Al concluir la conferencia, los organismos copatrocinadores y la Fundación Rockefeller se unieron para formar un Grupo Especial de Trabajo en Supervivencia Infantil y el Dr. William H. Foege de los Centros para el Control de Enfermedades (EEUU) concordó en servir de

representante del mismo y jefe de su secretaría.

El objetivo del Grupo Especial es fomentar la reducción de la mortalidad y morbilidad infantiles acelerando las principales actividades de atención primaria de salud. Durante su primer año de labores, se ha dedicado a apoyar a Colombia, India y Senegal para acelerar la expansión de sus programas de inmunización y fortalecer otros elementos de atención primaria de salud tales como el control de las enfermedades diarreicas, la planificación familiar y el mejoramiento de la nutrición. El Dr. Foege también ha tenido la responsabilidad de analizar las actividades de investigación y desarrollo y las necesidades en cuanto a las vacunas y a su uso eficaz.

La importancia de la iniciativa de Bellagio radica en encontrar medios y mecanismos mediante los cuales pueda la comunidad internacional de desarrollo ampliar la eficacia de su apoyo en todo el mundo para el fomento de la atención primaria de salud.

En una reunión ulterior que se llevará a cabo del 14 al 17 de octubre próximo en Cartagena, Colombia, los participantes en esa conferencia evaluarán las actividades en curso y presentarán propuestas para intervenciones futuras.

Fuente: Documento OMS PAI/GEN/85/1.

John F. Enders, microbiólogo ganador del Premio Nobel, muere a los 88 años

El Dr. John F. Enders, microbiólogo ganador del Premio Nobel, cuyas investigaciones abrieron el camino para la preparación de una vacuna eficaz contra la poliomielitis, murió el 8 de septiembre pasado en su casa de Connecticut.

En 1954, el Dr. Enders y sus colegas de la Universidad de Harvard, los Dres. Thomas Weller y Frederick Robbins, recibieron el Premio Nobel de medicina por haber

cultivado con éxito el poliovirus en cultivos tisulares. Sus investigaciones abrieron un nuevo campo para el estudio de los virus y la preparación de vacunas contra muchas de las enfermedades de la infancia.

Las vacunas preparadas a raíz de las investigaciones del Dr. Enders han llevado a erradicar casi por completo la poliomielitis y el sarampión en muchos países desarrollados.

Erradicación de la poliomielitis

Primera reunión del Grupo Técnico Asesor

Después del anuncio del 14 de mayo respecto del plan para erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas para 1990 (véase el Boletín del PAI VII-3), el Director de la OPS nombró un Grupo Técnico Asesor (GTA), formado por 5 integrantes, para encauzar la nueva iniciativa.

El grupo se reunió por primera vez en la Sede de la OPS en Washington, del 11 al 12 de julio para estudiar el plan de acción propuesto para la erradicación de la poliomielitis. Según los términos de su mandato, el GTA asesorará a la OPS en lo relativo a las prioridades de los programas en los próximos cinco años y determinará cuáles son las mejores estrategias y tácticas para lograr las metas del PAI, tanto en lo relativo a la erradicación de la poliomielitis como al control de las demás enfermedades objeto del PAI. El grupo vigilará también la ejecución del plan de acción para la lucha antipoliomielítica y fomentará la comprensión y el apoyo de las metas de los programas en las instituciones técnicas y en los organismos bilaterales, multilaterales y privados así como entre los dirigentes políticos. Periódicamente, los miembros del grupo participarán en misiones de revisión de programas y reuniones afines, a nivel nacional.

Los cinco integrantes del GTA son el Dr. José Manuel Borgoño, Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud de Chile; el Dr. D.A. Henderson, Decano de la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, Maryland (en calidad de presidente); el Dr. Alan Hinman, Director de Inmunización de los Centros para el Control de Enfermedades de Atlanta, Georgia; el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Subsecretario de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de México; y el Dr. João Baptista Risi, Jr., Secretario de Acciones de Salud Básicas del Ministerio de Salud del Brasil.

Varios observadores de UNICEF y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) asistieron a la reunión del GTA que duró dos días. El Dr. Kenneth Bart y la Sra. Paula Feeney representaron a USAID y el Dr. Steven Joseph asistió a nombre de UNICEF.



Integrantes del Grupo Técnico Asesor en erradicación de la poliomielitis, con el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS (sentado, al centro), representantes de USAID y UNICEF y funcionarios de la OPS. (Fotografía: Alex Winder, OPS)

Paraguay apoya iniciativa de erradicación de la poliomielitis

El Dr. Adán Godoy Jiménez, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, lanzó oficialmente la campaña nacional para erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en una ceremonia celebrada en la Sede del Ministerio el 24 de julio. El Gobernador del Club Rotario Internacional en Paraguay y el Representante de la OPS en ese país estuvieron entre los asistentes al acto.

Paraguay se convierte así en el segundo país, después de Argentina, en anunciar su apoyo oficial a la iniciativa de la erradicación de la poliomielitis.

El Comité de Coordinación Interagencial se reúne en Washington

Varias organizaciones internacionales se han unido a la OPS para llevar adelante la iniciativa de la erradicación de la poliomielitis. A fin de coordinar sus esfuerzos, el plan de acción para la lucha antipoliomielítica exige el establecimiento de un Comité de Coordinación Interagencial, que se reunió en Washington el 29 de julio. Entre las organizaciones representadas en la reunión estuvieron la

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Club Rotario Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Grupo Especial "Bellagio" de Trabajo en Supervivencia Infantil.

El Comité asegurará la coordinación de los esfuerzos de los organismos donantes a nivel nacional para emplear los recursos de cada uno de la forma más eficaz. Los organismos miembros revisan actualmente el plan de acción para determinar la forma en que puedan contribuir mejor al logro de la meta de la erradicación de la poliomielitis.

Aumento de la cobertura de vacunación: En busca de nuevas estrategias

Antecedentes

Los programas de inmunización recién establecidos muchas veces permiten lograr aumentos espectaculares en la cobertura en sus primeros años. Puede ocurrir que una cobertura que se ha mantenido en sólo 10 ó 20% por muchos años, aumente a 40 ó 50% de la población destinataria cuando el país pone en marcha el Programa Ampliado de Inmunización. La incorporación de estrategias aceleradas, como las jornadas nacionales de inmunización, puede elevar la cobertura hasta el 70 u 80%. Sin embargo, los esfuerzos que se necesitan para cubrir al último 20 ó 30% de la población son muy diferentes de los que exige la ampliación de la cobertura en un principio.

Las personas que se mantienen fuera del alcance de los servicios ordinarios e intensificados lo hacen por muchas razones, tales como creencias y actitudes tradicionales de las que no están muy al tanto las autoridades de salud pública. Además, esta población "difícil de cubrir" no es homogénea y será necesario aplicar diferentes estrategias según el grupo particular de que se trate. En algunas encuestas de cobertura se incluyen preguntas para averiguar por qué los padres no mandan vacunar a sus hijos, pero los resultados obtenidos pueden dar sólo una idea superficial de los verdaderos problemas.

Los profesionales de salud buscan cada vez más ayuda en las ciencias sociales para contestar esta clase de preguntas. Los sociólogos y antropólogos, valiéndose de métodos tales como la observación participatoria y las entrevistas prolongadas y abiertas, pueden ganarse la confianza de sus sujetos y obtener respuestas más sinceras y detalladas que cuando emplean formularios normalizados.

No se pretende que estos estudios tengan validez estadística ya que las cifras pertinentes son a menudo pequeñas. Sin embargo, la gran cantidad de información obtenida con un número relativamente bajo de sujetos puede ser muy útil para encontrar nuevas estrategias que podrían emplearse para llegar hasta los grupos representados.

A continuación se resumen los resultados de uno de esos estudios.

Estudio de casos en la Argentina

Entre diciembre de 1984 y febrero de 1985, los investigadores realizaron entrevistas hasta completar un total de 90 horas con cada una de siete familias de la población destinataria del Programa Alimentario Nacional (PAN) en el conurbano de Buenos Aires. Estas familias se escogieron al azar entre las que se calificaban con nivel de riesgo "D" según el PAN—determinado por el cruce entre la vivienda precaria, la ocupación inestable, y presencia de niños menores de 6 años y/o mujeres embarazadas en la unidad doméstica. El objetivo era estudiar varias familias viviendo en circunstancias marginales para averiguar su conducta, actitudes y creencias respecto de la salud y la

enfermedad, y particularmente para determinar sus conceptos y experiencias acerca de la vacunación.

Los investigadores entrevistaron a todos los miembros de la unidad familiar, concentrándose particularmente en el informante clave—que de ordinario es la mujer mayor de la familia, quien a menudo adopta decisiones relativas a la vacunación. Se recogió información sobre nacimientos, separaciones y defunciones en la familia, condiciones de vivienda, relaciones con los vecinos, afiliaciones a grupos, antecedentes de empleo, situación socioeconómica, educación, historia médica (inclusive enfermedades de la infancia contraídas y vacunas recibidas), uso de los servicios de salud, conceptos de salud y enfermedad y conocimientos sobre las vacunas.

Partiendo de los datos de las entrevistas y de material similar obtenido de los archivos de otras instituciones, los investigadores construyeron los siguientes cuatro "paradigmas" médicos, o formas típicas de relacionarse con el sistema oficial de salud, y recomendaron los criterios que deberían emplearse para mejorar la cobertura de inmunización en cada grupo.

I. Unidades familiares con poca atención médica. La enfermedad se considera algo accidental y transitorio; los servicios de salud se emplean sólo en caso de urgencia como cuando una persona ya no puede trabajar, pero se cree que es muy poco lo que se puede hacer para curar las enfermedades crónicas. El contacto con las instituciones médicas es personalizado y juzgado en términos absolutos (bueno o malo); no hay continuidad de la atención ni existen términos comunes para la comunicación entre el médico y el paciente.

Contrario a lo que podría esperarse, los investigadores encontraron que los niños de este grupo habían cumplido con sus respectivos esquemas de inmunización. Ello se atribuyó a la existencia de una unidad móvil de vacunación y al recuerdo que tenía la madre de sus propias enfermedades de la infancia.

Acción propuesta: Trabajar con los niños en las escuelas para impartirles enseñanzas de salud y ofrecer inmunizaciones por medio de unidades móviles.

II. Unidades familiares parcialmente incluidas en el sistema médico oficial. El concepto de enfermedad se basa en el dolor; los tratamientos prescritos dejan de observarse a menudo por su complejidad o por problemas económicos; las recetas se consideran como "remedios mágicos"; es muy limitado el concepto de prevención; se cree que los curanderos son más competentes para tratar ciertas clases de enfermedades. Esas personas no creen a menudo en los consejos que reciben del médico ni concuerdan con ellos; sin embargo, parecen aceptarlos y luego dejan de cumplir las instrucciones.

El uso de los servicios de vacunación en este grupo fue variable según los medios de que dispusiera la familia o el temor que sintieran por un brote. Ninguno de los niños estaba completamente inmunizado.

Acción propuesta: Trabajar con las madres en grupos de discusión pequeños y personalizados empleando lenguaje sencillo. Recalcar la necesidad de asumir responsabilidad por la propia salud, lo que aumentará la demanda espontánea de servicios.

III. Unidades familiares incluidas en el sistema médico oficial. El concepto de enfermedad se basa en el dolor pero, a diferencia de los paradigmas anteriores, incluye también las enfermedades crónicas y psicosomáticas. Las personas confían en el *sistema* médico, aunque no necesariamente en el *médico*; a menudo han tenido una mala experiencia con los médicos de los hospitales y acuden a otras autoridades del sistema para aclaración de explicaciones y atención más personalizada—enfermeras, médicos particulares u otro centro de salud. Identifican a los hospitales con la pobreza y desean que se les incluya en el sistema de seguridad social que cubre a los empleados asalariados. Aunque pueden aceptar el tratamiento de los curanderos como “último recurso”, tienen cuidado de diferenciarse de la “gente ignorante”, que acude al curandero en busca de alivio para cualquier aflicción.

Los niños de este grupo no estaban completamente inmunizados aunque los padres entendían la necesidad de la vacunación.

Acción propuesta: Trabajar en pequeños grupos para tratar de crear un sentido de responsabilidad por la propia salud y en consecuencia, ampliar la demanda espontánea.

IV. Unidades familiares en las que se usan excesivamente los servicios médicos. La enfermedad se considera como algo externo que puede ser causada por “malos aires” que provocan resfriados, “calor” que causa náusea y vómito o “virus” que causan toda clase de enfermedades; el bienestar se define como la “ausencia de enfermedad”. Estas personas creen en el sistema médico y lo usan con frecuencia; prefieren las instituciones grandes y los médicos mayores por creerlos más sabios; no siempre siguen el curso del tratamiento recomendado por creer que saben más que el médico. Exigen a la institución médica una “cura total” y a menudo cambiarán de médico en busca de uno que les pueda ofrecer una solución definitiva a sus problemas de salud; la atención médica se considera más importante que la prevención y se prefiere la cirugía a una prescripción.

Los niños de este grupo tampoco habían sido completamente inmunizados.

Acción propuesta: Al establecer la estrategia para cubrir a este grupo deberá aprovecharse el prestigio y la autoridad de médicos bien conocidos, por ejemplo, realizando campañas de promoción dirigidas por autoridades que gocen del respeto general.

Fuente: Patricia Aguirre, “La perspectiva de la vacunación en unidades domésticas marginalizadas: Un estudio de casos”, Buenos Aires, Argentina, abril de 1985 (inédito).

Oportunidades de inmunización perdidas

Con el fin de determinar el estado de inmunización de los niños de un pabellón pediátrico ambulatorio y averiguar si reúnen los requisitos para inmunización, se revisaron los registros de asistencia del dispensario pediátrico ambulatorio general de la Facultad Médica Cristiana y del hospital respectivo en Vellore, India, el 26, 28 y 30 de diciembre de 1983 y el 2 de enero de 1984.

Se examinó la historia de todos los pacientes atendidos por los médicos del dispensario. Se excluyeron los que ingresaron al pabellón o fueron enviados a otros departamentos. En total se examinaron 446 historias, un promedio de 112 por consulta.

Al examinar las historias se determinó si había casos en que la inmunización estuviera o no contraindicada. Los siguientes trastornos se consideraron contraindicaciones: enfermedad grave, enfermedad no diagnosticada e inmunosupresión, pero *no* infecciones leves de las vías respiratorias superiores, diarreas, malnutrición o fiebre baja.¹ Los resultados de este examen se resumen en el Cuadro 1.

CUADRO I. Examen de la historia de 446 niños atendidos en un departamento ambulatorio para determinar si reúnen los requisitos para la inmunización, Vellore, India, 1984

	Número	%
Características generales		
Mayores de 6 años	117	26
Residentes fuera de la ciudad	150	34
Residentes fuera del estado	17	4
Existencia de una “tarjeta para niños sanos”	213	48
Síntomas seleccionados		
Infección leve de las vías respiratorias superiores	154	35
Infección grave de las vías respiratorias superiores	19	4
Diarrea leve	58	13
Diarrea grave	11	2
Estado vacunal		
Inmunizaciones hasta la fecha por edad	121	27
Inmunización necesaria	183	41
No se dispone de información ^a	142	32
Requisitos para la inmunización		
No esté contraindicada	362	81
No esté contraindicada y se necesite	255 ^b	57
Se recibió la inmunización en el Departamento de Atención Pediátrica Ambulatoria	36	8

¹ Véase *Weekly Epidemiological Record* No. 3, 1984, págs. 13-14. (Se enviará un protocolo típico para un estudio de esta clase a las personas que lo soliciten al PAI, OMS, Ginebra, Suiza).

^a Cuarenta y tres por ciento de los niños sobre los que no existe información eran mayores de 6 años.

^b Incluye a niños sobre los que no existe información.

Casos Notificados de Enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1 de enero de 1985 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1984, por país

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatorum		Neonatorum					
						1985	1984	1985	1984					1985	1984
AMERICA DEL NORTE													
Canadá	13 Jul.	1.490	3.083	—	—	2**	1**	...	...	5	2	740	603
Estados Unidos	7 Sep.	2.399	2.278	3	2	43**	43**	...	...	1	—	1.736	1.424
CARIBE													
Antigua y Barbuda	18 Mayo	1	...	—	...	—	...	1	...	—	...	—	...
Bahamas	13 Jul.	18	27	—	—	4	1	—	—	—	—	1	—
Barbados	13 Jul.	2	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Cuba	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	15 Jun.	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grenada	10 Ago.	6	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haití	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	13 Jul.	38	193	...	...	...	1	...	1	...	4	1	15
República Dominicana	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal-Nevis	18 Mayo	22	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y Granadinas	23 Feb.	1	1	...	—	...	—	...	—	...	...	1	—
Santa Lucía	15 Jun.	4	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	13 Jul.	2.697	3.048	—	—	7	8	—	—	—	—	—	—
MESOAMERICA CONTINENTAL													
Belice	7 Sep.	5	...	—	...	2	...	—	...	—	...	28	...
Costa Rica	23 Feb.	—	—	—	—	—	—	...	...	—	—	20	54
El Salvador	20 Abr.	1.046	934	—	5	17	26	9	8	3	8	66	126
Guatemala	18 Mayo	945	...	6	...	22	...	2	...	8	...	477	...
Honduras	10 Ago.	5.281	...	3	...	10	...	3	...	—	...	162	...
México	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	18 Mayo	274	176	—	—	1	2	3	3	—	—	57	81
SUDAMERICA ZONA TROPICAL													
Bolivia	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brasil	23 Feb.	8.562	7.915	2	—	316	352	75	85	313	451	3.410	3.192
Colombia	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	23 Mar.	597	2.863	—	—	15	16	19	14	7	13	191	127
Guyana	20 Mar.	43	45	...	...	2	4	...	...	43	—	1	—
Paraguay	13 Jul.	141	220	2	—	32	38	38	53	10	7	222	217
Perú	*	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	18 Mayo	65	16	—	—	—	2**	...	...	—	—	—	—
Venezuela	13 Jul.	16.628	5.239	—	—	—	...	—	...	4	1	1.508	682
SUDAMERICA ZONA TEMPLADA													
Argentina	13 Jul.	4.438	4.563	—	2	48**	105**	...	...	7	8	3.082	6.988
Chile	13 Jul.	2.381	1.768	...	—	14**	16**	...	...	87	72	573	205
Uruguay	23 Feb.	7	—	—	—	—	1	—	—	—	—	6	20

— Cero

... No se dispone de datos.

* No se ha recibido información de 1985.

** Número total de casos de tétanos; país no notifica por separado casos de tétanos neonatorum.

Se concluyó que más del 50% de los pacientes atendidos en ese departamento podrían recibir la inmunización necesaria. Esta es una oportunidad para proteger a un gran número de niños contra las enfermedades inmunoprevenibles y se podría considerar la factibilidad de aumentar la aplicación de inmunizaciones en ese dispensario. Se consideró además que es preciso establecer un

sistema de registro de inmunización que pueda guardar el mismo paciente para simplificar la evaluación de su estado vacunal en los dispensarios de mucha actividad.

Fuente: *Weekly Epidemiological Record* 60:31(237-238), 2 de agosto de 1985.

Primer curso regional de vigilancia epidemiológica del PAI

Más de 40 profesionales de salud de 11 países de América del Sur participaron en un nuevo curso sobre vigilancia epidemiológica celebrado en Buenos Aires del 5 al 9 de agosto. La Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro preparó el material didáctico y la Facultad de Salud Pública de Buenos Aires tradujo y duplicó el material necesario para el curso. Los instructores de ambas facultades participaron en calidad de coordinadores.

Nueva fase de adiestramiento en el PAI

Este curso marca una nueva fase en las actividades didácticas del programa que, hasta hoy, se ha concentrado en la planificación, administración y evaluación de los programas de inmunización. Se estima que más de 15.000 trabajadores de salud a niveles nacional, regional y operativo han asistido a los talleres basados en los módulos de capacitación del PAI preparados en la OPS, y muchos países los han adaptado a las necesidades locales.

Hoy en día, a medida que se incrementa la cobertura de vacunación en todos los países, la evaluación de los efectos del programa en términos de la reducción de la enfermedad reviste cada vez mayor importancia. En muchos países, éste ha sido uno de los componentes más débiles del programa de inmunización, especialmente a nivel operativo.

Con el nuevo curso se pretende cubrir la falta de conocimientos enseñando a los trabajadores de salud la forma de realizar actividades de vigilancia de las enfermedades objeto del PAI. El curso se destina principalmente al personal de las unidades de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades, que funcionan dentro de los servicios de salud.

Las Escuelas de Salud Pública de Brasil, Argentina y México organizarán un segundo curso que se ofrecerá a participantes de los países de América Central, México, la República Dominicana, Haití y Cuba. El curso seguirá adaptándose y, con el tiempo, se extenderá a todos los niveles del sistema de salud.

El *Boletín Informativo PAI* es una publicación bimensual, en inglés y español, preparada por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

Las referencias a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este boletín no significan que estos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.



Editor: **Ciro de Quadros**
Editores Adjuntos: **Peter Carrasco**
Kathryn Fitch

Contribuyentes a este número:
Fernando Laender, OPS

ISSN 0251-4729

Programa Ampliado de Inmunización
Programa de Salud Maternoinfantil
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
E.U.A.