



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año VIII, Número 1

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Febrero de 1986

Vigilancia de la poliomielitis en las Américas: Ocho primeras semanas de 1986

Un sistema de vigilancia y notificación bien organizado es crucial para el éxito de la meta de erradicación de la poliomielitis. La búsqueda activa de casos y la pronta notificación de los casos detectados son indispensables para vigilar los adelantos hacia el logro de la meta de erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas para 1990.

Para seguir la trayectoria de las actividades de lucha antipoliomielítica a nivel Regional, se ha solicitado a los Países Miembros de la OPS que envíen télex todos los lunes al PAI/OPS, indicando el número de casos de poliomielitis notificados en la semana epidemiológica anterior, junto con el número de casos notificados en el mismo período en el año anterior. Se solicita a todos los

CUADRO 1. Casos notificados de poliomielitis durante las semanas 1 a 8, y número acumulativo de casos en 1986 y 1985 en la Región de las Américas* (datos provisionales)

País	No. acumulativo		Semana							
	86	85	1	2	3	4	5	6	7	8
Argentina	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brasil	37	9	—	—	5	4	7	1	1	16
Canadá	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	8	1	—	2	1	—	—	1	1	3
Costa Rica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
El Salvador	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	11	—	1	2	1	2	3	1	1	—
Guayana Francesa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haití	3	12	—	2	—	1	—	—	—	—
Honduras	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
México	23	27	—	—	2	3	1	5	10	2
Nicaragua	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perú	2	2	—	—	1	—	—	—	1	—
Rep. Dominicana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CAREC*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	85	52	1	6	10	10	11	11	15	21

*Incluye todos los países que envían sus notificaciones al Centro de Epidemiología del Caribe (países y territorios de habla inglesa del Caribe, Guadalupe y Suriname).
— No se notificaron casos.

En este número:

Vigilancia de la poliomielitis en las Américas:
Ocho primeras semanas de 1986 1
Grupo Asesor Técnico del PAI
celebra segunda reunión 2

Grupo Asesor Mundial del PAI:
Conclusiones y recomendaciones 4
Casos Notificados de Enfermedades
del PAI 7

países que envíen semanalmente esa información por télex aunque no haya ningún caso. La mayoría de los países de habla inglesa del Caribe envían sus notificaciones al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) que, a su vez, envía la información semanalmente a la OPS por télex.

La OPS recopila los informes y envía un télex semanal a cada país indicando el número acumulativo de casos notificados, por país, hasta el período de notificación más reciente.

En las ocho primeras semanas de 1986, todos los países, excepto uno, enviaron sus notificaciones en forma regular a la OPS. Se notificó un total de 85 casos en el período en cuestión, en comparación con 52 en las ocho primeras semanas de 1985 (cuadro 1). Se observa un aumento del número de casos notificados principal-

mente en Brasil, Colombia y Guatemala, que puede ser indicio de la intensificación de la vigilancia de la enfermedad.

La vigilancia eficaz exigirá que los trabajadores de salud de todos los niveles comprendan la importancia de detectar y notificar sin demora todos los casos de parálisis aguda en niños menores de 15 años. Ese sistema permitirá efectuar investigaciones a la mayor brevedad para confirmar o descartar el diagnóstico de poliomi-elitis paralítica.

A su vez, el recibo oportuno de datos nacionales permitirá a la Oficina Regional del PAI atender sin demora las solicitudes de asistencia en la investigación de casos recibidas de los países y poner en práctica las medidas de control pertinentes.

Grupo Asesor Técnico del PAI celebra segunda reunión

El Grupo Asesor Técnico (GAT) de la Organización Panamericana de la Salud en erradicación de la poliomi-elitis en las Américas celebró su segunda reunión en la ciudad de México del 15 al 17 de enero de 1986. El grupo se formó poco después de que el Director de la OPS anunciara en mayo de 1985 la meta hemisférica de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomi-elitis en las Américas para 1990.

En su primera reunión celebrada en Washington en julio de 1985, el grupo analizó y aprobó un Plan de Acción para la erradicación de la poliomi-elitis en las Américas (véase el *Boletín Informativo PAI VII-4*). Una de las principales recomendaciones emanadas de esa reunión fue la necesidad de abordar en detalle los asuntos relativos a laboratorio y vigilancia en la próxima reunión.

La segunda reunión del GAT fue inaugurada por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud de México, y el Dr. Pablo Isaza, Representante de País de la OPS. La reunión fue presidida por el Dr. D.A. Henderson, y los Dres. José Manuel Borgoño y Alan Hinman sirvieron de relatores.

Conclusiones y recomendaciones

A continuación se enumeran las principales conclusiones y recomendaciones emanadas de la reunión.

1. El GAT observa complacido que se ha realizado un gran número de actividades desde su primera reunión. Es muy alentador el apoyo recibido de la OPS, los países y algunos organismos. El programa se encuentra en una etapa crucial y promete desarrollarse rápidamente, pero el apoyo recibido al comienzo por parte de todos los organismos colaboradores será indispensable para sostener y aumentar el impulso inicial.

2. Debe aclararse qué grado de *cobertura* indica que un país exento de poliomi-elitis tiene pocas posibilidades de reestablecimiento de la transmisión (cobertura de 80% de los niños menores de un año) para recalcar que esa debe ser la cobertura mínima en cada unidad geopolítica (por ejemplo, país, municipalidad).

3. Las definiciones de casos deben aclararse de la manera siguiente:

- un caso **SOSPECHOSO** debe definirse como el comienzo agudo de parálisis en una persona menor de 15 años o toda enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomi-elitis como posible causa.
- un caso **PROBABLE** es el comienzo agudo de parálisis flácida sin otra causa comprobada. *Debe descartarse la ausencia de pérdida sensorial* ya que es muy difícil de determinar en los lactantes y los niños pequeños.
- un caso **CONFIRMADO** es un caso probable con:
 - a) confirmación laboratorial, O
 - b) vinculación epidemiológica con otro caso probable o confirmado, O
 - c) parálisis residual 60 días después del comienzo de la enfermedad, O
 - d) defunción después de una enfermedad clínicamente compatible.

4. El *síndrome de Guillain-Barré (SGB)* crea un problema particular porque el diagnóstico de esta afección parece ser incorrecto en muchos lugares. *Cualquier caso de parálisis en una persona menor de 15 años debe considerarse como poliomi-elitis a menos que se compruebe lo contrario.* Todos los casos del SGB (en cualquier edad) deben investigarse debidamente en el laboratorio para comprobar que la enfermedad no sea poliomi-elitis.

5. *Contención.* La extensión geográfica de la zona en que se realizan las actividades de contención debe determinarse según la situación epidemiológica local pero, en general, deberá demarcarse una amplia zona para cada caso. Es preciso determinar la edad de los grupos de personas vacunadas en actividades de contención, basándose en la situación epidemiológica. Es de esperar que esta práctica lleve algunas veces a la vacunación de personas mayores de cinco años.

6. *Mejora de la búsqueda de casos.* Urge mejorar la vigilancia en todos los países. Debe recalcarse la importante función del laboratorio como fuente de información. Los laboratorios deben notificar inmediatamente al oficial del PAI el recibo de especímenes para estudios víricos en los que se soliciten análisis para detección de poliomielitis o parálisis. Cabe destacar la función que realizan las escuelas, los hospitales y los proveedores de atención de salud al facilitar información sobre posibles casos de poliomielitis.

7. *Investigación de casos.* De ahora en adelante, cada país de la Región debe investigar sin demora todo caso sospechoso de poliomielitis notificado y obtener los especímenes laboratoriales apropiados. Cada país debe adiestrar a un limitado número de personas (que se desplazarán a niveles estatal, regional o nacional, según el tamaño de la población) para investigar todos los casos sospechosos notificados y evaluar y clasificar todos los casos probables o confirmados. Además, es importante establecer un sistema nacional de registro, clasificación y disposición final de casos sospechosos.

8. *Apoyo laboratorial.* Es difícil y costoso conseguir y mantener apoyo laboratorial competente y fiable. Además, para que un laboratorio pueda mantener la experiencia adquirida debe analizar mensualmente, en promedio, cerca de 50 especímenes para aislamiento de enterovirus. Afortunadamente, se necesita solo un limitado número de laboratorios (quizá de cinco a ocho) para apoyar las actividades de erradicación de la poliomielitis. Antes de finales de 1986 se deberán identificar y poner en funcionamiento los laboratorios que realizarán esta función. Será indispensable disponer permanentemente de pruebas de idoneidad y de otros medios de control de la calidad. Es preciso centralizar la provisión de reactivos normalizados (y posiblemente de suministros y equipo) para asegurar la comparabilidad y calidad de los resultados. Se habrá de prestar particular atención a la obtención, manipulación y presentación de especímenes.

9. *Necesidades de adiestramiento.* Para ayudar a capacitar al personal necesario a niveles nacional, estatal y local, es indispensable preparar manuales apropiados lo más pronto posible. Se necesitan por lo menos un manual de laboratorio completo y otro de vigilancia y control. Se prevé que ambos estarán listos antes de finales de 1986.

10. *Otras investigaciones necesarias de inmediato:*

- establecimiento y evaluación de los medios más apropiados de vigilancia;
- institución de técnicas para determinar la amplitud de las actividades de contención tanto en lo que se refiere a la extensión

geográfica de las mismas como a los grupos destinatarios, clasificados según la edad, que se pretende inmunizar;

- importancia programática de la poliomielitis en personas mayores de 15 años;
- creación de métodos para determinar la ausencia del virus salvaje de la poliomielitis en los países que no notifican casos;
- función de los enterovirus distintos de los de la poliomielitis como causa de enfermedades parálíticas;
- posibilidades de diagnóstico equívoco de casos de poliomielitis clasificados como casos de SGB;
- elaboración de métodos para detectar casos que ordinariamente no se señalarían a la atención de las autoridades sanitarias;
- incidencia de casos de parálisis relacionados con la vacuna;
- establecimiento de técnicas para lograr una cobertura satisfactoria en todos los sectores de la población destinataria durante la realización de actividades intensivas.

11. *México.* El GAT notó con satisfacción el mayor compromiso demostrado al instituir las jornadas nacionales de inmunización antipoliomielítica, iniciadas en 1986 (que los miembros del GAT tuvieron la oportunidad de observar), y las actividades destinadas a mejorar la vigilancia. Obviamente, estas son empresas de gran envergadura que deben tener un efecto sustancial en la incidencia de la enfermedad en México. Es bastante posible que al mejorar la vigilancia se pueda detectar un número suficientemente elevado de casos antes no notificados, con lo que quizá se observe un aumento paradójico en el número de casos, aun cuando haya mejorado la cobertura de inmunización. El GAT espera con interés los futuros informes de actividades realizadas



La primera jornada nacional de inmunización antipoliomielítica de México fue objeto de amplia publicación por medio de carteles como el que se demuestra arriba.

en México y la inclusión de otros antígenos y de fichas particulares de inmunización en el programa.

12. La experiencia del *Brasil* y de otros países ha demostrado claramente que las jornadas nacionales de inmunización son una forma factible y eficaz de mejorar la cobertura vacunal y que tienen un efecto espectacular en la incidencia de la enfermedad, particularmente la poliomielitis. Con la debida planificación y el continuo apoyo de las autoridades federales, estas actividades pueden mantenerse por varios años. Las jornadas nacionales de inmunización son particularmente apropiadas para lograr resultados sin demora en la lucha contra la poliomielitis y representan, a todas luces, un eficaz instrumento empleable en la erradicación de esa enfermedad del hemisferio. Además, dichas jornadas pueden tener un efecto importante que rebasa los límites de la inmunización por la forma en que movilizan los recursos sociales, generan mayor apoyo político y concentran la atención del público en las actividades de salud preventiva. Aunque al agregar las vacunas anti-sarampionosa y DPT a las jornadas nacionales de inmunización se crean otros problemas operativos, la mayoría puede resolverse para lograr mayores beneficios. En todo caso, es indispensable establecer mecanismos fiables de vigilancia para demostrar el efecto de los programas de inmunización.

Otras presentaciones

Además de presentaciones detalladas sobre asuntos relativos a vigilancia y al trabajo del laboratorio, los representantes de México efectuaron un análisis general

de su sistema de vigilancia, el apoyo laboratorial y la organización de las operaciones de sus próximas jornadas nacionales de inmunización contra la poliomielitis y un resumen del programa nacional de inmunización contra DPT y sarampión. Se presentó un resumen de asuntos relativos a la experiencia que ha tenido el Brasil con las jornadas nacionales de inmunización. También se examinaron los principales puntos tratados en la reunión del Grupo Asesor Mundial del PAI recientemente celebrada. Por último, se hizo una presentación sobre los estudios relativos a la jeringa desechable "Ezeject".

Próxima reunión

Se proyecta celebrar la próxima reunión del Grupo Asesor Técnico en septiembre próximo en Brasilia. Entre los temas recomendados para discusión en esa reunión están un examen de los manuales de laboratorio, vigilancia y control actualmente en preparación, una discusión de los principales asuntos relativos a investigaciones pendientes, un análisis de la experiencia adquirida con las actividades de vigilancia intensiva, el proceso de certificación para confirmar la erradicación y un análisis de la experiencia que han tenido los países del hemisferio en lo que respecta a la poliomielitis causada por la vacuna.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Informe final sobre la segunda reunión del Grupo Asesor Técnico (GAT) del PAI en erradicación de la poliomielitis en las Américas, México, D.F., 15-17 de enero de 1986 (Doc. PAI 86 001).

Grupo Asesor Mundial del PAI: Conclusiones y recomendaciones

La octava reunión del Grupo Asesor Mundial del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se realizó del 4 al 8 de noviembre de 1985 en la Oficina Regional de la OMS para Europa en Copenhague. El Grupo efectuó un examen especial del programa en Europa, la Región anfitriona, y analizó los adelantos logrados a nivel mundial partiendo de los informes recibidos de todas las Regiones. Las conclusiones y recomendaciones que se formularon para el programa mundial se resumen a continuación.

Programa mundial

El Grupo Asesor Mundial recomienda que, en cumplimiento del Programa de Acción de Cinco Puntos aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1983, los programas nacionales de inmunización emprendan tres actividades generales y cuatro específicas con el apoyo de la OMS para acelerar el progreso del PAI. Esas recomendaciones reflejan optimismo de que es posible lograr la meta de reducir la morbilidad y la mortalidad para 1990 inmunizando a todos los niños del mundo,

pero recalcan también que todavía quedan por resolver muchos problemas fundamentales relativos a la administración de programas nacionales.

A medida que los programas alcanzan niveles más amplios de cobertura vacunal, resulta cada vez más importante fijar metas para reducir la morbilidad y la mortalidad.

Actividades generales

1. *Fomentar el logro de la meta de inmunización para 1990 a niveles nacional e internacional mediante colaboración entre los ministerios, las organizaciones y las personas de los sectores público y privado.* Movilizar la acción social que crea una demanda de consumo efectiva y proporciona recursos e incentivos en forma sostenida para asegurar que esta demanda se atienda rápida y eficazmente.

2. *Adoptar un conjunto de estrategias complementarias para la aceleración de los programas.* En los países en que la cobertura no es satisfactoria o persiste la

transmisión de la enfermedad, deben emplearse métodos de intensificación de actividades para fortalecer los servicios existentes y aumentar la cobertura vacunal en forma rápida y sostenida. En esos métodos (incluidas las jornadas nacionales de inmunización) deben emplearse todos los antígenos del PAI siempre que sea posible y debe tenerse en cuenta la aplicación de toxoide tetánico a las mujeres de edad fecunda.

3. *Asegurar que se mantengan los aumentos rápidos de cobertura a través de mecanismos que fortalecen otras intervenciones de atención primaria de salud.* Las actividades aceleradas representan a menudo esfuerzos extraordinarios. Una de las mayores dificultades consistirá en mantener los adelantos alcanzados y en asegurarse de que todas las actividades de inmunización sirvan para fortalecer la atención primaria de salud.

Actividades específicas

1. *Prestar servicios de inmunización en cada punto de contacto.* Todos los servicios de salud curativos y preventivos deben ofrecer inmunización, aun a los niños afectados por malnutrición o enfermedades leves. Los trabajadores de salud deben determinar las necesidades de inmunización de la madre y el niño y aplicar las debidas vacunas en el momento oportuno. Deberá eliminarse el número excesivo de contraindicaciones.¹

2. *Reducir las tasas de abandono entre la aplicación de la primera y la última dosis de la vacuna.* Se recomiendan las siguientes medidas:

- a) determinar la tasa de abandono por medio de un examen sistemático de las fichas del establecimiento de atención de salud o de encuestas;
- b) determinar las razones de la falta de participación y adoptar medidas para resolver los problemas. Las actividades pueden incluir:
 - fortalecimiento de la participación de las comunidades en los programas de inmunización, inclusive de los sectores público, privado y voluntario y de las escuelas;
 - prestación de servicios de inmunización a una hora y en un lugar convenientes e incremento de sesiones de consulta en "unidades móviles" con un horario regular;
 - mejor información a los padres de familia sobre la necesidad de regresar para completar el esquema de vacunación y sobre el horario y los lugares en que se presta ese servicio y,
 - mejor identificación de los niños que pueden recibir la inmunización y búsqueda activa de los que pasan desapercibidos.

3. *Mejorar los servicios de inmunización prestados a las personas menos favorecidas de las zonas urbanas.* Se espera que para el año 2000 la mitad de la población del mundo vivirá en extensas zonas urbanas. Pese a la relativa abundancia de establecimientos y de personal de salud en las zonas urbanas en comparación con las

rurales, la cobertura de inmunización de las poblaciones menos favorecidas que viven en la periferia de las grandes ciudades es, de ordinario, deficiente. Sin embargo, se pueden prestar servicios accesibles con pocos problemas financieros o logísticos.

4. *Incrementar la prioridad para el control del sarampión, la poliomiéлитis y el tétanos neonatal.*

a) *El sarampión* causa la tasa de mortalidad mundial más alta de todas las enfermedades objeto del PAI. Sin embargo, en algunas regiones la cobertura con la vacuna antisarampionosa es menor que con la DPT o la vacuna antipoliomiéлитica. A menudo los niños de los grupos expuestos al mayor riesgo de contraer sarampión tienen limitado acceso a los establecimientos de salud y estos mismos pueden ser una fuente importante de la transmisión del sarampión. Todos los niños enfermos y sanos que acuden a los establecimientos de salud deben someterse a examen para determinar si se les puede aplicar la vacuna antisarampionosa y se inmunizarán de inmediato, si procede. Debe hacerse todo lo posible para que los establecimientos de salud que atienden a los niños inmunizables dispongan diariamente de una cantidad suficiente de vacuna. Debe abrirse un frasco de vacuna aunque solo haya un niño por inmunizar.

b) Los efectos paralizantes de *la poliomiéлитis* son bien conocidos y se temen en la mayoría de las comunidades donde persiste la enfermedad. La administración de la vacuna antipoliomiéлитica oral incluso a los recién nacidos puede acelerar la reducción de la incidencia de esta enfermedad. Se han fijado metas regionales para eliminar la poliomiéлитis para 1990 en las Regiones de Europa y de las Américas.

c) Se ha progresado muy poco en el control del *tétanos neonatal*, que sigue siendo una enfermedad olvidada aunque causa cerca de un millón de defunciones anuales. Es posible prevenirla mediante atención del parto en condiciones asépticas, una buena atención posnatal e inmunización de la madre. Cada caso es testimonio de múltiples fallas en la atención de salud maternoinfantil. Esta enfermedad ha desaparecido de los países industrializados y no debe tolerarse más en ninguna parte del mundo.

Se necesitan esfuerzos continuos también para:

d) *Fortalecer la vigilancia de las enfermedades y el control de brotes.* En casos en que los sistemas de vigilancia ordinarios no son apropiados para la administración del programa, debe instituirse una dinámica vigilancia centinela. Se deben fomentar cada vez más las investigaciones sobre brotes a medida que se vayan controlando las enfermedades objeto del PAI.

e) *Garantizar la calidad de la producción, el manejo y la administración de las vacunas.* Todas las vacunas empleadas deben satisfacer los requisitos de la OMS; conviene fortalecer los sistemas de la cadena de frío, y hacer todo lo posible por administrar debidamente la vacuna a cada persona por inmunizar (empleando una aguja y una jeringa estériles, si el producto es inyectable).

¹Véanse los Boletines Informativos PAI V-6 y VI-1.



El sarampión causa la tasa de mortalidad mundial más alta de todas las enfermedades objeto del PAI. Debe hacerse todo lo posible para que los establecimientos de salud que atienden a los niños inmunizables dispongan diariamente de una cantidad suficiente de vacuna.

Colaboración con UNICEF

La OMS y el UNICEF han colaborado activamente para apoyar el PAI desde el principio del programa. La aceleración de las actividades nacionales subraya la importancia de esa colaboración, sobre todo a nivel nacional. Eso puede facilitarse aún más si las autoridades de nivel mundial y regional ofrecen orientación en materia de política (ejemplo de lo cual son los Principios de Planificación para las Actividades de Inmunización Aceleradas),² por medio de acuerdos de colaboración suscritos por la OMS y el UNICEF a nivel regional (como se ha hecho en las Regiones de África, las Américas y el Mediterráneo Oriental) y de acuerdos de los países firmados conjuntamente por los gobiernos, OMS, UNICEF y otras entidades importantes que colaboran en actividades de inmunización.

Colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONG)

A la luz de las actuales actividades de inmunización aceleradas, la participación de las organizaciones no gubernamentales reviste importancia especial. Se recomienda lo siguiente:

1. Las ONG tienen una función de vital importancia que desempeñar en el PAI. Esa función debe definirse claramente dentro del programa de cada país para garantizar el uso óptimo de la fuerza de cada organismo y evitar duplicación de esfuerzos.
2. Los planes nacionales de acción deben prepararse con la aprobación de todos los interesados en lo que respecta a sus responsabilidades particulares dentro del programa. Deben establecerse comités de coordinación de todos los organismos interesados.



Se ha progresado muy poco en el control del tétanos neonatal, que sigue siendo una enfermedad olvidada aunque causa cerca de un millón de defunciones anuales. Es posible prevenirla mediante atención del parto en condiciones asépticas, una buena atención posnatal e inmunización de la madre.

3. Es indispensable dar el debido reconocimiento a la participación de las ONG para efectos de sus propias actividades de recaudación de fondos y movilización social.

Estrategias de capacitación

Un elevado número de trabajadores de salud de todas las Regiones de la OMS ha recibido adiestramiento del PAI en cursos organizados a nivel nacional e interpaíses, empleando adaptaciones de materiales prototípicos del PAI. La prioridad para estrategias futuras debe concentrarse en la difusión de esos materiales, de forma y contenido apropiados, a las siguientes categorías de trabajadores de salud:

- personal de los servicios de prestación de salud;
- estudiantes adiestrados en instituciones nacionales de formación sanitaria, inclusive en establecimientos médicos;
- profesionales en ejercicio fuera del sistema de salud pública.

Es preciso determinar los requisitos nacionales de capacitación del personal periférico y los trabajadores voluntarios y adaptar los materiales didácticos a las necesidades específicas de la localidad, tanto para la prestación de servicios ordinarios de inmunización como para las actividades especiales de inmunización aceleradas.

Urge mejorar las enseñanzas sobre inmunización que se imparten en las escuelas al personal de salud. Es posible mejorar el contenido del plan de estudios asegurándose de que se dispone de ayudas didácticas que proporcionen información actualizada sobre programas de inmunización, administración de la vacuna, indicaciones y contraindicaciones para la aplicación de la misma y requisitos para el almacenamiento y transporte

²Véase el Boletín Informativo PAI VII-5.

Casos Notificados de Enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1 de enero de 1986 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1985, por país

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis§		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1986	1985	1986	1985	No Neonatorum		Neonatorum		1986	1985	1986	1985
						1986	1985	1986	1985				
AMERICA DEL NORTE													
Canadá	15 Mar.	5.367	647	—	—	1**	...**	...	...	—	1	588	316
Estados Unidos	22 Mar.	878	339	—	1	7**	11**	...	...	—	—	455	291
CARIBE													
Antigua y Barbuda	25 Ene.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahamas	22 Feb.	3	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	7
Barbados	25 Ene.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	22 Feb.	8	...	—	...	—	...	—	...	—	...	—	...
Grenada	22 Mar.	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Haití	*	...	...	6	17	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	25 Ene.	6	...	—	—	—	...	—	...	—	...	—	...
República Dominicana	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal-Nevis	25 Ene.	2	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y Granadinas	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	25 Ene.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	25 Ene.	238	111	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—
MESOAMERICA CONTINENTAL													
Belice	22 Mar.	2	4	—	—	...	1	...	...	...	...	5	13
Costa Rica	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	25 Ene.	44	...	19	—	3	...	1	...	...	...	19	...
Honduras	22 Feb.	55	1.385	1	2	2	2	4	1	—	—	19	31
México	*	...	...	47	49	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
SUDAMERICA ZONA TROPICAL													
Bolivia	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Brasil	*	...	...	131	30	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	*	...	...	29	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	25 Ene.	14	7	—	3	6	—	3	2	—	1	5	34
Perú	22 Feb.	7	...	2	18	—	...	3	...	1	...	14	...
Suriname	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	*	...	...	—	1	...	...	...	...	...	...	...	...
SUDAMERICA ZONA TEMPLADA													
Argentina	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	25 Ene.	1.262	552	—	—	2**	3**	...	...	13	6	—	272
Uruguay	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...

* No se ha recibido información de 1986.

—Cero.

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

... No se dispone de datos.

§ Datos para poliomielitis hasta semana 15 (terminada 12 de abril).

de vacunas. Los métodos de enseñanza pueden mejorar si se presta mayor atención a la práctica que a las conferencias. En los programas nacionales de inmunización deberá fomentarse la colaboración activa con las facultades de medicina y enfermería y las asociaciones pediátricas y de enfermería.

También conviene fomentar la educación continua para los profesionales en ejercicio no pertenecientes al sistema de salud pública a fin de conseguir apoyo para el PAI en el sector médico privado.

Investigaciones operativas

Existen tecnologías que permitirán lograr las metas de reducción de la enfermedad y de cobertura vacunal fijadas para 1990. Sin embargo, para ponerlas en práctica habrá que adaptarlas a la realidad epidemiológica, logística, cultural y económica de cada país.

Los siguientes son ejemplos de problemas operativos que requieren investigación:

- frecuencia de enfermedad en niños inmunizados;
- eficacia vacunal (con atención especial a la eficacia de la vacuna antisarampionosa por edades específicas en cada país);
- identificación de poblaciones no cubiertas, obstáculos para la cobertura y medios para facilitar la inmunización;
- identificación y solución de problemas (equipo, capacitación, supervisión) para garantizar que cada inyección se aplique con una aguja y una jeringa estériles;
- métodos para mejorar la movilización del compromiso político y comunitario;
- métodos óptimos de adiestramiento/readiestramiento;

- métodos de aplicación de la vacuna eficaces en función del costo.

Administración de vacunas

El descubrimiento del virus LAV/HTLV-III como causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el reconocimiento cada vez mayor de que los retrovirus circulan en muchos países han llevado a preguntarse si las técnicas de inmunización que no son estériles podrían contribuir a la transmisión del virus LAV/HTLV-III. Hasta ahora, no se ha demostrado la transmisión de dicho virus como resultado de la inmunización. Puesto que existe la posibilidad de que las agujas y jeringas sin esterilizar puedan transmitir no solo el virus del SIDA sino también otros agentes infecciosos, inclusive los virus de la hepatitis, los programas de inmunización tienen la obligación de emplear agujas y jeringas estériles cada vez que se aplica una inyección.

Las actividades de investigación y desarrollo que faciliten las prácticas de aplicación de inyecciones con instrumentos esterilizados constituyen una necesidad urgente y merecen apoyo por todos los medios.

Infecciones respiratorias agudas (IRA)

El programa del PAI y el de control de las IRA comparten objetivos comunes con otros elementos del sistema de atención primaria de salud. Esos objetivos comunes ofrecen incentivos de colaboración entre los programas. Conviene extender al programa de control de las IRA la actual colaboración del PAI con otros elementos del sistema de atención primaria de salud a medida que aquel entra en una etapa de plena ejecución.

Fuente: OMS, *Weekly Epidem Rec* 3:13-16, 1986.

El *Boletín Informativo del PAI* es una publicación bimensual, en español e inglés, 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.



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

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

Contribuyentes a este número: Dr. Jean-Marc Olivé ISSN 0251-4729