



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año IX, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

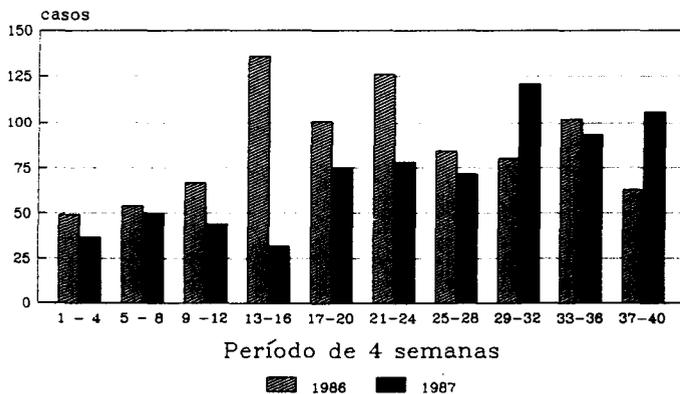
Octubre de 1987

Situación de la poliomielitis en las Américas: Semanas 1 a 40, 1987

Se notificaron 707 casos de poliomielitis a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante las primeras 40 semanas de 1987. En 1986, se notificaron 821 casos durante el mismo período. La Figura 1 muestra una comparación de casos notificados por períodos de cuatro semanas, hasta la semana 40 de 1986 y 1987.

Como se ve en la Figura 2, a excepción de Guatemala, Brasil y Haití, todos los países están notificando más casos en 1987 que en 1986. El aumento general que se observa en el número de casos que está siendo notificado por los países no representa necesariamente un aumento en la actividad del poliovirus, sino que más bien constituye un efecto de las actividades de vigilancia activa que se están llevando a cabo en la mayoría de los países.

FIGURA 1. Región de las Américas
Casos de polio notificados por período de 4 semanas*
Semanas 1 a 40, 1986 y 1987

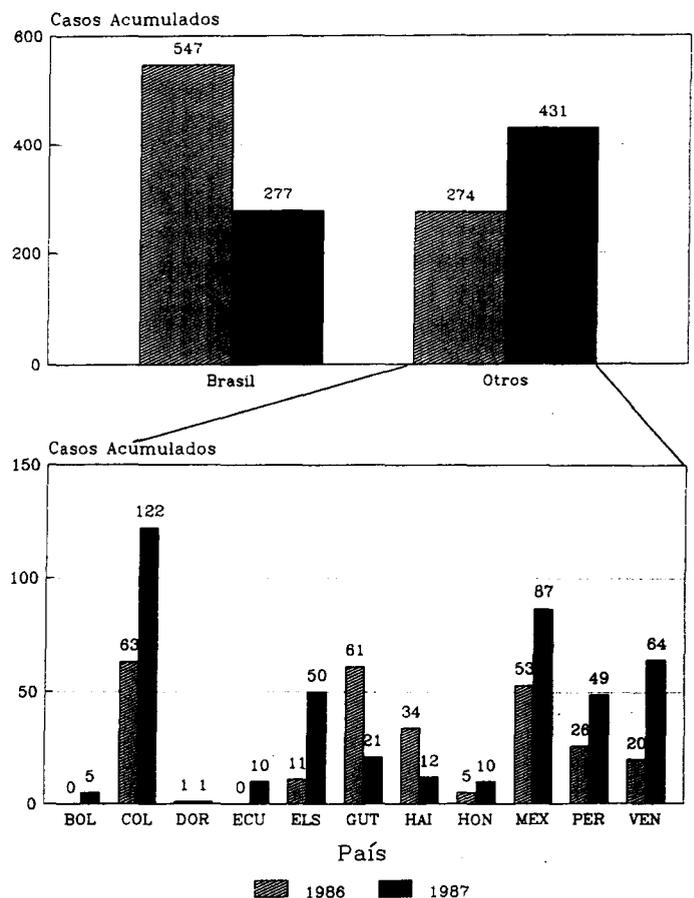


Fuente: Telexes semanales a OPS
* Datos provisionales

En este número:

- Situación de la poliomielitis en las Américas:
Semanas 1 a 40, 1987 1
- Búsqueda activa de casos de polio en México 2
- Tasas de cobertura de inmunización en 1986 3
- La perspectiva de una nueva vacuna contra la tos ferina es alentadora 5

FIGURA 2. Región de las Américas
Casos de polio notificados por país*
Semanas 1 a 40, 1986 y 1987



Fuente: Telexes semanales a la OPS
* Datos provisionales

- Programa Ampliado de Inmunización y Nutrición.
Declaración conjunta OPS/UNICEF sobre la
Vitamina A para el sarampión 6
- Casos notificados de enfermedades del PAI 7

Búsqueda activa de casos de polio en México

La primera búsqueda intensiva de casos de poliomieltis paralítica se llevó a cabo en tres entidades del país (una de ellas el Distrito Federal) durante tres semanas, del 27 de abril al 15 de mayo. Se encontró, mediante la revisión de expedientes de hospital, que había cuando menos 59 casos que debían haber sido estudiados y notificados como probables, y de ellos 31 que debieran ser clasificados como confirmados.

Dadas las características de la averiguación y el tiempo empleado, se pensó que con un examen más cuidadoso se podrían haber descartado algunos de ellos. Sin embargo, lo más destacado del estudio fue la demostración, mediante evidencias incontrovertibles, de que la vigilancia epidemiológica de la poliomieltis seguía siendo pasiva en la mayor parte de los casos, atendida a las notificaciones de casos en los que se sospechaba el diagnóstico de poliomieltis y en los que los hospitales ni siquiera informaban esta sospecha.

Esto motivó a la Dirección General de Epidemiología a apresurar un proyecto de visitar todos los estados del país y trabajar asociados con los epidemiólogos responsables de la vigilancia de la poliomieltis en los estados y los hospitales, con el objetivo de implantar la vigilancia activa de la poliomieltis en 1987. Durante este proceso, se realizó una revisión detallada de los expedientes de casos que en su mayoría debieron haber sido notificados como probables en el ingreso. Se visitaron algunas de las más importantes unidades de salud de segundo y tercer nivel de atención en cada entidad y otras fuentes de información, como el Registro Civil y las unidades de rehabilitación. En cada una de las entidades visitadas se establecieron las bases para la organización y operación permanentes del sistema de vigilancia con búsqueda activa de casos.

La visita a los hospitales de segundo y tercer nivel con el objeto de divulgar las normas y procedimientos de la vigilancia epidemiológica de la poliomieltis ha mostrado ser un factor importante para encontrar casos que deben ser investigados y notificados oportunamente, como se demostró con la participación del Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil, en la ciudad de México, después de la revisión de los expedientes en ambos. Queda así claro que las autoridades de salud deben mantener el interés de este tipo de instituciones en la vigilancia de la enfermedad, de manera semejante a la que se ha mantenido el interés de las instituciones y la población en general para las actividades de vacunación durante los Días Nacionales de Vacunación.

El sistema de vigilancia en sí es sencillo y no representa una carga de trabajo excesiva para las unidades de salud, pero persisten deficiencias que no pueden justificarse en un programa prioritario que pretende erradicar una enfermedad a nivel continental.

La selección de fuentes de información se hizo en base a algunas suposiciones respecto al comportamiento de los casos en la comunidad. Estas son: al presentarse casos de parálisis en menores de 15 años (caso sospechoso) seguramente se buscará la ayuda de un médico para el manejo del niño; el médico, al encontrarse ante una parálisis

flácida, aguda (caso probable) e independientemente del diagnóstico que haga, seguramente canalizará al paciente a una unidad de segundo o tercer nivel de atención. Por otro lado, si el niño fallece en la fase aguda de la enfermedad, sea cual fuere el diagnóstico, o no se buscara atención médica inmediata, el caso podría ser detectado a través del certificado de defunción o en algún centro de rehabilitación. Estas conjeturas no son totalmente válidas, de hecho, porque por estudios efectuados en el país se sabe que no siempre se sigue uno de estos caminos ante la presencia de un caso.

La experiencia en los estados visitados, aunque solo se ha asistido a algunas unidades en cada entidad, demuestra que las fuentes seleccionadas, efectivamente, tienen un número variable de casos probables que no fueron notificados en su oportunidad y que, además, el conocimiento de estos casos dependió de un cuidadoso análisis de los sistemas de información internos en cada unidad, institución, servicio, etc. Algunos ejemplos son interesantes; la unidad de rehabilitación en el Hospital Universitario de Aguascalientes maneja un número importante de pacientes que no son ingresados en el hospital y por tanto no tienen expediente clínico y no se localizan al revisar el registro de hospitalización. En Aguascalientes y en Chiapas los médicos privados, especialmente los fisioterapeutas y los especialistas en rehabilitación fueron una fuente importante de casos probables. Desgraciadamente no fue posible obtener información inmediata de estos, así como de clínicas y hospitales particulares, porque no llevan registros individuales de sus casos. En algunas instituciones es frecuente que no se encuentre el expediente clínico en la unidad del paciente, en especial cuando se trata de pacientes canalizados de otros hospitales. Las unidades de rehabilitación reciben un número importante de casos probables, tanto recientes como antiguos, y por último, las parálisis faciales en menores parecen ser más frecuentes de lo que se esperaba y pueden tener como causa el virus de la polio.

Los resultados de la búsqueda de casos y las actividades colaterales para mejorar el sistema de vigilancia de la poliomieltis, a pesar de haberse iniciado en el mes de mayo pasado, tienen ya resultados objetivos. Se han detectado casos que de acuerdo a los criterios de inclusión de la OPS deben ser clasificados como probables, con inicio tanto en 1986 como en 1987. Al distribuir los casos totales del registro, se observa que, a la semana 38, solo la tercera parte de los casos se han notificado por los medios rutinarios de información (Cuadro 1). Los demás casos fueron encontrados a través de la búsqueda activa, a través de instituciones que no notificaban antes del inicio de la vigilancia intensificada y a través del laboratorio de virología del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET) de la Ciudad de México.

Además, para 1987, se estudiaron varios indicadores de la vigilancia epidemiológica de la poliomieltis, como los intervalos promedio entre:

- a) el inicio de la parálisis y la notificación del caso a los servicios de salud estatales (20 días);

CUADRO 1. Casos Probables de Poliomieltis Notificados, según Fuente
México, semanas 1 - 38, 1987

Fuente	Número	%
Rutinaria	46	34
Búsqueda activa de casos	34	25
Laboratorio de Virología. ISET	33	24
Instituciones que no notificaban*	24	17
TOTAL	137	100

*Se refiere a aquellas que no notificaban hasta el inicio de la vigilancia intensificada, en Mayo de 1987.

- b) el inicio de la parálisis y la toma de la primera muestra de sangre (21 días);
- c) la primera y la segunda muestra de sangre (32 días);
- d) la notificación a los servicios de salud estatales y la notificación a la Dirección General de Epidemiología (5 días).

El incremento en el número de casos registrados no indica necesariamente que la incidencia real de la enfermedad esté en aumento; a este respecto es conveniente hacer algunas consideraciones:

- a) Una parte de los casos detectados por vigilancia activa, de la misma manera que los de notificación rutinaria, no corresponden a poliomieltis y por tanto

deberán ser descartados al no cumplir los criterios de confirmación.

b) Las definiciones de caso manejadas en el sistema de vigilancia tienen alta sensibilidad, pero su especificidad es limitada, especialmente en estudios retrospectivos como los que se están realizando en el país.

c) La vigilancia de la poliomieltis, a pesar de tener uno de los sistemas más efectivos, no detectaba todos los casos probables, en el presente año ni en los anteriores, como se demuestra por el elevado número de casos probables encontrados en la evaluación retrospectiva de 1986 en algunas de las unidades.

Nota Editorial: Varios países de la Región están haciendo esfuerzos para implementar la búsqueda activa de casos; esto constituye una de las actividades más importantes en el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica. La etapa siguiente de este reforzamiento es de lograr la notificación oportuna de los casos sospechosos de poliomieltis para que se puedan tomar las medidas de control apropiadas, según se indica en la Guía Práctica para la Erradicación de la Poliomieltis (Cuaderno Técnico No. 6, 1987).

Tomado de: Boletín Quincenal de Poliomieltis, Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, S.S.A., México, Nos. 20-24, Año I, y Nos. 1-5, Año II, 1987.

Tasas de cobertura de inmunización en 1986

Las tasas de cobertura de inmunización en menores de un año de edad con las vacunas antipoliomielítica, DPT, y BCG, aumentaron entre 1985 y 1986 en la Región de las Américas (Figura 1). En 1986, por primera vez la cobertura con vacuna antipoliomielítica oral (OPV), alcanzó el 80%.

La única excepción es la cobertura de vacunación contra el sarampión, que disminuyó en un 5%. Esta disminución

refleja la baja cobertura en los dos países más poblados de la Región, a saber, Brasil y México, así como en el área Andina (Ver Cuadro 1).

En el Caribe, la mayoría de las tasas de cobertura con DPT y OPV son del 80% o más (Figura 2). Sin embargo, Jamaica, Guyana, Trinidad y Tobago, y las islas Turcas y Caicos notificaron tasas de cobertura con antisarampión por debajo del 50%.

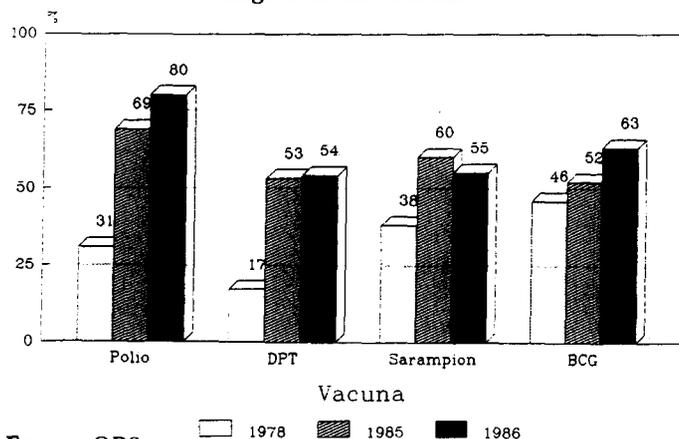
En Centroamérica, las coberturas de vacunación con todos los antígenos del PAI, con la excepción de BCG, mejoraron entre 1985 y 1986.

En 1986, las tasas en los países Centroamericanos variaron desde más del 80% para DPT y OPV en Belice, Costa Rica y Nicaragua, a menos del 40% en Guatemala. En cambio, en la subregión Andina, las coberturas con DPT y OPV se mantuvieron al mismo nivel y variaron entre menos del 40% en Bolivia a aproximadamente el 60% en Colombia y Venezuela. En general, la cobertura de vacunación con BCG ha aumentado y la cobertura de vacunación antisarampión ha disminuido.

En Brasil y México, las tasas de cobertura con OPV han aumentado en forma considerable en 1986, con respecto a 1985. Los países del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay) muestran incrementos continuos en sus coberturas con las vacunas antisarampión, DPT y OPV.

En general, los países de la Región están mejorando las coberturas gracias a la aceleración del PAI y la implan-

FIGURA 1. Coberturas de vacunación en 1978, 1985 y 1986* en menores de un año Región de las Américas



Fuente: OPS

* Datos provisionales

CUADRO I. Cobertura de vacunación en niños menores de un año
Región de las Américas, 1986
(Datos provisionales)

PAIS	DPT 3a. dosis %	POLIO 3a. dosis %	BCG %	Sarampión %
AMERICA LATINA				
Argentina	67	79	89	87
Bolivia	29	31	15	17
Brasil	52	89 ¹	56	55
Chile	92	86	99	91
Colombia	57	65	69	56
Costa Rica	94	94	61	55
Cuba	99	99 ¹	99	86
Ecuador	43	43	93	49
El Salvador	66	70	51	51
Guatemala	33	36	7	47
Haití	...	...	...	...
Honduras	63	63	72	60
México	34	96 ¹	54	60
Nicaragua	55	89	99	61
Panamá	70	71	91	73
Paraguay	52	99 ¹	51	46
Perú	50	50	54	41
República Dominicana	...	...	...	...
Uruguay	70	83	92	82 ²
Venezuela	58	67	86	48
CARIBE				
Anguila	88	85	99	65
Antigua y Barbuda	96	96	—	80 ²
Bahamas	85	81	—	83 ²
Barbados	79	80	— ³	84 ²
Belice	95	81	80	81
Bermuda	72	86	—	77 ²
Dominica	93	92	87	97
Grenada	98	92	—	62
Guyana	64	67	76	42
Islas Vírgenes Británicas	99	99	—	82 ²
Islas Caimán	95	95	73	67 ²
Islas Turcas y Caicos	72	72	96	49 ²
Jamaica	74	74	73	36
Montserrat	99	99	99	55 ²
San Cristóbal y Nieves	99	99	— ³	96
Santa Lucía	78	88	73	91 ²
San Vicente y las Granadinas	95	95	76	88
Suriname	80	80	—	78
Trinidad y Tabago	70	71	—	42 ⁴

Fuente: OPS

... No se dispone de información

— No se suministra vacuna a través del Programa

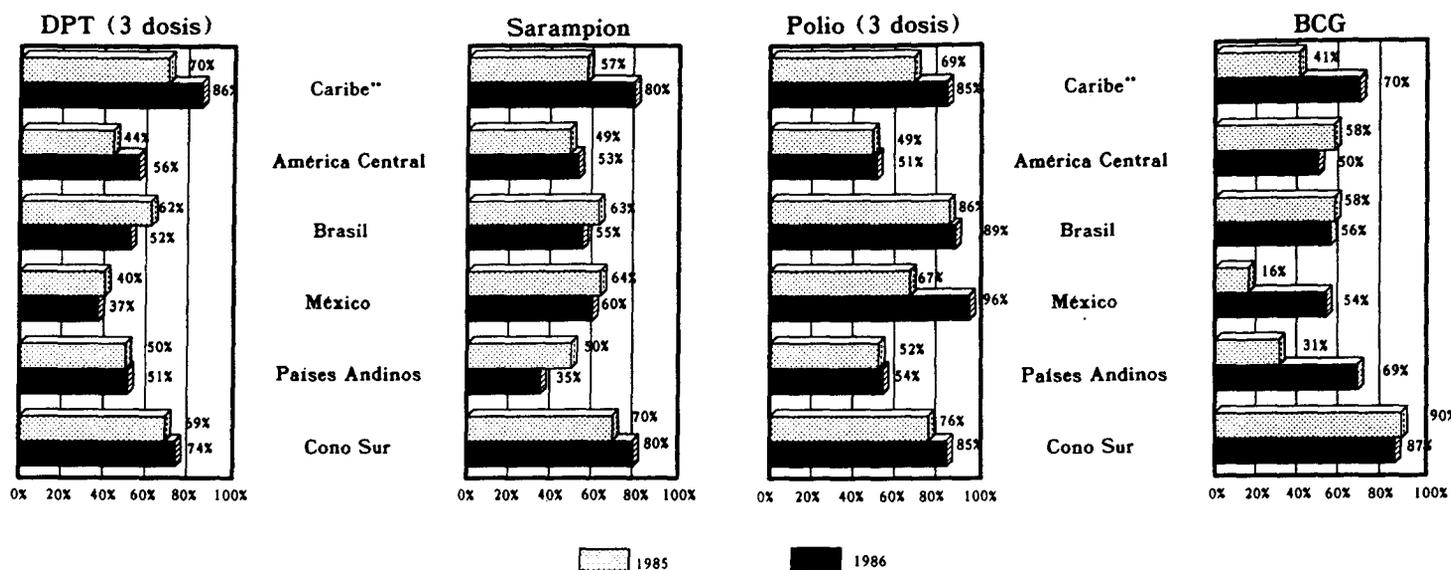
¹ Cobertura basada en dos dosis de OPV

² Se usa vacuna MMR

³ Solamente niños de cinco años o más son inmunizados

⁴ Se usa vacuna MR

FIGURA 2. Cobertura de vacunación 1985 y 1986*
Región de las Américas, por subregión
Niños menores de un año



Fuente: OPS

* Datos provisionales

** No incluye Haití ni la República Dominicana

tación de los Días o Jornadas de Vacunación. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para que los programas nacionales de inmunización alcancen la meta del PAI de provisión de servicios de inmunización al 100% de los niños y las mujeres en edad fértil en 1990. Todos los

trabajadores de salud deben esforzarse por educar a los padres de familia sobre los beneficios que aporta la inmunización y aprovechar todas las oportunidades que se presenten para vacunar a los niños susceptibles antes que cumplan un año de edad.

La perspectiva de una nueva vacuna contra la tos ferina es alentadora

La tos ferina es un problema importante, principalmente en los países en vías de desarrollo. Se estima que 1,5% de los niños de estos países que sufren de la enfermedad morirán a causa de ella o de sus complicaciones. Se cree que más de 700.000 niños murieron de tos ferina en el año 1983.

Las vacunas de células completas, desarrolladas inicialmente en la década de 1930, son altamente efectivas para prevenir la tos ferina. Aproximadamente 70% a 90% de los niños que reciben una serie primaria de por lo menos tres dosis están protegidos.

Sin embargo, las vacunas de células completas, aunque son generalmente inocuas, han sido asociadas en raras ocasiones con serios trastornos neurológicos. En realidad, la controversia que rodea la seguridad de la vacuna de célula completa contra la tos ferina ha causado la suspensión de la vacunación rutinaria (Suecia), la reducción en la aceptación de la vacuna (Reino Unido), y aumentos de litigios, con el consecuente aumento en los precios de la vacuna (Estados Unidos).

El desarrollo de una mejor vacuna contra la tos ferina, asociada con menos reacciones secundarias es, en la actualidad un esfuerzo de alta prioridad en muchos países.

El objeto principal es producir vacunas que sean por lo menos tan efectivas como las presentes, pero sin las escasas, pero serias reacciones secundarias.

Vacunas japonesas

Japón ha desarrollado mejores vacunas acelulares contra la tos ferina. Estas vacunas, licenciadas en 1981, contienen principalmente hemaglutina fimbrial (FHA) y un factor estimulador de linfocitosis (LPF). Estos son dos antígenos considerados importantes para conferir protección contra la tos ferina. Las vacunas han sido usadas principalmente en niños mayores de 2 años de edad. Los resultados hasta esta fecha sugieren que las reacciones locales comunes son menos frecuentes y que la protección proporcionada por estas vacunas en niños mayores de 2 años de edad es igual o mayor a la que proporcionan las vacunas de célula completa.

Basados en estos alentadores resultados, se están realizando esfuerzos para desarrollar vacunas similares o relacionadas, o para evaluar más aún los productos japoneses en varios países.

Evaluación de las vacunas japonesas

Los científicos suecos han estado evaluando dos vacunas japonesas en niños pequeños desde 1984. Los resultados de estos estudios preliminares han sido consistentes con la información japonesa acerca de la seguridad e inmunogenicidad de estas vacunas.

En febrero de 1986 se comenzó una prueba a gran escala para estudiar la eficacia de estas vacunas. Esta prueba abarcará aproximadamente 4.000 niños de 6 meses de edad que serán asignados al azar a uno de dos grupos de vacunas o al grupo placebo. Las vacunas que se van a estudiar incluyen un producto que contiene principalmente LPF y FHA, y otro que contiene principalmente LPF. Se esperaba que la prueba continuara hasta mediados de 1987.

Si la prueba tiene éxito, una de estas vacunas sería introducida en Suecia para ser usada rutinariamente. La información obtenida de la prueba también ayudará a los investigadores en otros países que procuran formular una vacuna más segura que contenga solamente los antígenos requeridos para la protección contra la tos ferina.

Europa y Norteamérica

Hay científicos de varios laboratorios de Europa y Norteamérica que se encuentran en varias fases del desarrollo de otras vacunas acelulares contra la tos ferina, además de evaluar las vacunas japonesas existentes. Algunas de ellas son similares en composición a los productos japoneses y otras contienen un mayor o menor número de antígenos.

Así, los científicos británicos están actualmente trabajando con una vacuna que contiene más antígenos (LPF, FHA y aglutinógenos) y se espera que comiencen pruebas preliminares en seres humanos este año. Si los resultados son satisfactorios, se comenzarán pruebas de eficacia a gran escala en 1987 para comparar las vacunas de célula completa con las acelulares. Los científicos del gobierno americano de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) están desarrollando una vacuna acelular que contiene solamente el antígeno LPF; ellos también planean estudios iniciales con seres humanos en un futuro cercano.

Varios fabricantes de vacunas en Norteamérica y Europa están desarrollando también sus propias vacunas, la mayoría de las cuales están suficientemente adelantadas para planear estudios preliminares con seres humanos este año. Se reporta que la composición de estas vacunas es similar a los tipos descritos anteriormente.

Conclusión

Debido a los prometedores resultados obtenidos hasta la fecha con las vacunas acelulares contra la tos ferina en Japón, y a los intensos esfuerzos que realizan en la actualidad varios laboratorios gubernamentales y privados, parece razonable predecir que mejores vacunas contra la tos ferina serán licenciadas y puestas en mercados más amplios dentro de unos pocos años.

Fuente: *World Immunization News*, Vol. 2, No. 2
The Task Force for Child Survival, Decatur, Georgia, 1986

Programa Ampliado de Inmunización y Nutrición. Declaración conjunta OPS/UNICEF sobre la Vitamina A para el Sarampión

Abundan las evidencias de que el sarampión es un importante factor de riesgo para el desarrollo de la deficiencia severa de vitamina A y la ceguera en África, así como en algunos de los países más densamente poblados de Asia. También parece que el nivel de vitamina A al momento de presentarse el sarampión afecta el curso de la infección.

El sarampión causa la muerte de dos millones de niños anualmente, representando más de la mitad de las muertes atribuibles a las seis enfermedades que son objeto del PAI. En las regiones en que la enfermedad es más severa, los estudios han mostrado tasas de letalidad consistentemente superiores al 1%. La muerte se asocia a severas complicaciones secundarias tales como la diarrea, la neumonía, la desnutrición energético-proteica y la ceguera.

Impacto del sarampión sobre los niveles de vitamina A

El sarampión agota las reservas de vitamina A aumentando marcadamente su utilización al tiempo que se reduce la ingestión y la absorción alimenticia. Las reservas

de vitamina A, previamente marginales, del hígado de los niños desnutridos se acaban rápidamente. En Tailandia, una tercera parte de los niños con sarampión presentaron concentraciones de vitamina A en suero inferiores a 0,35 $\mu\text{mol/l}$ (10 $\mu\text{g/dl}$); nivel al cual existe un alto riesgo de desarrollar úlceras en la córnea. En Indonesia, los niños que habían sufrido de sarampión durante las cuatro semanas precedentes registraron 11 veces más la probabilidad de desarrollar xerofalmia corneal, que los niños que no habían sufrido la enfermedad.

Al agotar la vitamina A, el sarampión puede precipitar el rápido deterioro de la córnea y la ceguera. El mecanismo difiere de la invasión directa de la córnea, por parte de los virus del sarampión o el herpes simplex, que también causan ceguera en algunos niños desnutridos.

Las dimensiones del problema de la ceguera post-sarampión, en África solamente, son considerables: la mitad de los niños que asisten a escuelas para ciegos en Tanzania y Malawi presentan una historia de sarampión inmediateamente precedente al episodio de enceguecimiento. En África en general, donde la tasa de dolencia

Casos Notificados de Enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1 de enero de 1987 hasta la fecha del último informe, y para el mismo periodo epidemiológico de 1986, por país

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis§		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatorum		Neonatorum					
		1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986
AMERICA DEL NORTE													
Canadá	01 Ago.	1 847	13 953	—	—	2**	3**	...	...	1	2	594	1 162
Estados Unidos	10 Oct.	3 372	5 563	—	—	33**	20**	...	...	3	—	1 903	2 638
CARIBE													
Antigua y Barbuda	28 Mar.	—	—	—	—	**	—	—	—	—	—	—	—
Bahamas	15 Ago.	29	30	—	—	**	—	—	—	—	—	—	—
Barbados	15 Ago.	2	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1
Cuba	20 Jun.	629	2 213	—	—	3	10**	—	...	—	...	62	204
Dominica	15 Ago.	76	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grenada	12 Sept.	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7
Haití	*	...	...	12	34	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	23 May.	99	241	—	1	13	18	3	5	23	20	22	74
San Cristobal/Nevis	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	25 Abr.	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	15 Ago.	306	1 497	—	—	3	1	—	—	—	—	7	4
MESOAMERICA CONTINENTAL													
Belice	12 Sept.	216	48	—	—	—	...	—	...	1	...	—	7
Costa Rica	15 Ago.	3 426	1 263	—	—	1**	1**	...	...	...	—	100	75
El Salvador	15 Ago.	231	167	50	11	31	25	11	25	2	—	111	287
Guatemala	28 Feb.	33	...	21	61	...	...	...	...	...	...	23	...
Honduras	15 Ago.	515	383	10	5	12	6	4	4	—	—	226	96
México	18 Jul.	2 076	7 161	87	53	169	166	...	...	1	—	494	655
Nicaragua	28 Feb.	163	425	—	—	...	...	1	5	—	—	19	84
Panamá	28 Mar.	1 037	1 509	—	—	1	2	1	—	—	—	4	14
SUDAMERICA ZONA TROPICAL													
Bolivia	*	...	...	5	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Brasil	15 Ago.	42 297	47 117	277	547	949	1 259	256	349	924	1 119	11 077	15 911
Colombia	*	...	...	122	63	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	*	...	...	10	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	20 Jun.	152	161	—	—	25	19	18	20	10	11	65	75
Perú	25 Abr.	375	...	49	26	8	...	12	...	1	...	314	...
Suriname	20 Jun.	3	20	—	—	1	—	—	...	—	—	—	—
Venezuela	20 Jun.	11 274	6 368	64	20	1	38	8	6	1	1	454	1 496
SUDAMERICA ZONA TEMPLADA													
Argentina	25 Abr.	852	1 149	—	—	32**	26**	...	...	1	7	479	655
Chile	15 Ago.	1 184	6 308	—	—	8	14	2	—	113	150	16	24
Uruguay	20 Jun.	177	19	—	—	1	1	—	—	—	—	291	472

* No se ha recibido información de 1987.

— Cero

** Número total de casos de tétanos; país no notifica por separado casos de tétanos neonatorum. ... No se dispone de datos.

§ Datos de polio cubren hasta la semana 40 (terminada el 10 de octubre de 1987).

súbita para el daño corneal luego del sarampión puede llegar al 4%, las cicatrices corneales son responsables de la mayoría de la ceguera infantil.

Vitamina A y supervivencia infantil

¿En qué medida aumentan la morbilidad y la mortalidad a causa de la deficiencia de la vitamina A?

Primero, del 50 al 80% de los niños con ceguera asociada a la deficiencia de vitamina A mueren a los pocos meses del episodio de enceguecimiento.

Segundo, en un reciente informe indonés, aun los signos leves de deficiencia de vitamina A en los niños de edad pre-escolar se relacionaron con un aumento cuádruple de la mortalidad; la incidencia de la diarrea y de la enfermedad respiratoria se incrementó dos o tres veces.

Tercero, en una prueba aleatoria controlada realizada en Indonesia, la mortalidad infantil fue aproximadamente inferior en un 30% en los niños en edad pre-escolar que recibían suplementos de grandes dosis orales de vitamina A.

El Grupo Asesor de Nutrición al Subcomité de Nutrición (SCN) del Comité Administrativo de las Naciones Unidas sobre Coordinación concluyó que "se justifica la expectativa de que los efectos de esta magnitud se vieran en otros ámbitos de condiciones similares, incluyendo por lo menos una deficiencia similar de vitamina A con xeroftalmia asociada, altas prevalencias similares de morbilidad infantil y una efectividad similar del programa de control de la xeroftalmia." Además, el SCN decidió que un efecto benéfico sobre la mortalidad infantil constituía una probable expectativa adicional de los programas de suplemento de vitamina A montados para el control de la xeroftalmia.

La mortalidad específicamente asociada con el sarampión puede también reducirse substancialmente mediante el suministro adecuado de vitamina A. Una prueba clínica de Tanzania de niños hospitalizados con sarampión ha

analizado los efectos de las grandes dosis orales de suplementos de vitamina A sobre la mortalidad. Los niños que recibieron 200.000 unidades internacionales (IU) de vitamina durante dos días sucesivos eran menos proclives a morir que los niños que recibían tratamiento de rutina. La mortalidad era dos veces más alta en el grupo de control (13%) que en el grupo que recibía suplementos (7%), dándose la mayor diferencia en los niños menores de dos años.

Acción recomendada

La evidencia actual sugiere que un aumento en las reservas de vitamina A puede reducir las tasas de morbilidad y mortalidad entre los niños de edad pre-escolar en todas las comunidades donde existe la deficiencia de vitamina A. Pueden requerirse más evaluaciones comunitarias para determinar la prioridad de introducción de los programas de intervención de vitamina A para todos los niños pequeños en dichas comunidades. Una de tales intervenciones es el suplemento rutinario de altas dosis, cuyos beneficios parecen substanciales en los niños con reservas marginales de vitamina A.

Deben proveerse suplementos de alta dosis de vitamina A a todos los niños diagnosticados con sarampión en las comunidades en que la deficiencia de vitamina A es un problema reconocido. En los países donde la tasa de fatalidad del sarampión es del 1% o más, resulta sensato, sobre la base de la evidencia actual, proveer suplementos de vitamina A a todos los niños diagnosticados con sarampión.

La dosis de vitamina A debería ser de 100.000 UI, por vía oral, en los niños menores de 12 meses, y 200.000 UI en los niños mayores de un año. La dosis debe administrarse inmediatamente después del diagnóstico de sarampión. Si se encuentran presentes algunos de los signos de deficiencia de vitamina A, la dosis inicial debe repetirse al día siguiente, y de nuevo de una a cuatro semanas después.

El *Boletín Informativo del PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés 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: Roxane Moncayo Eikhof
Peter Carrasco

Contribuyentes a este número: Jean-Marc Olivé
Linda Lloyd

ISSN 0251-4729

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.