

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año X, Número 1

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Febrero 1988

Poliomielitis en las Américas: Primeras 8 semanas, 1987 y 1988

Los países de las Américas notificaron 169 casos de poliomiélitis durante las primeras ocho semanas de 1988, comparado con 73 casos durante el mismo período en 1987. La Figura 1 muestra la distribución semanal de los casos notificados.

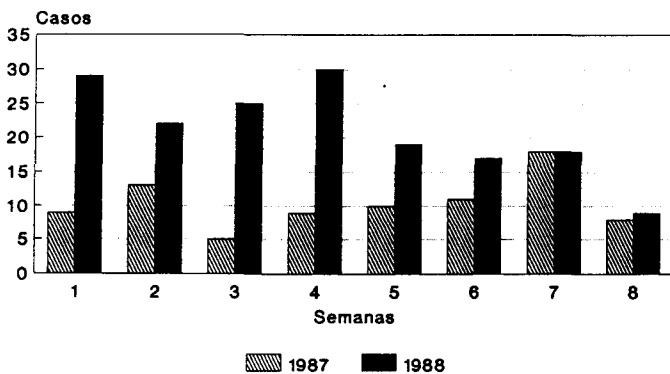
El aumento en el número de casos notificados en ambos períodos se debe, en parte al hecho de que a estas alturas del año, los casos de 1987 son casos confirmados, mientras que aquellos correspondientes a 1988 son, en su mayoría casos aún pendientes de su clasificación final.

A comienzos del año se ha distribuido ampliamente en la Región, la Guía Práctica para la Erradicación de la

Poliomielitis. Se espera que con el uso de esta importante herramienta, se refuercen todas las actividades de vigilancia, control, seguimiento y clasificación de los casos de poliomiélitis.

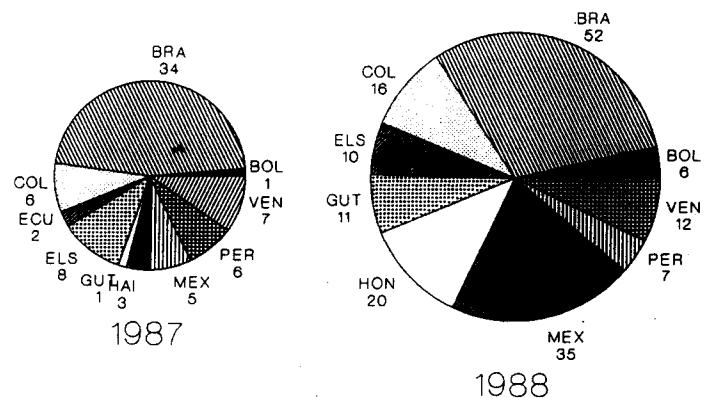
La Figura 2 presenta la distribución de casos de polio notificados por cada país durante las primeras ocho semanas de 1987 y 1988. Todos los países, a excepción de Ecuador y Haití han notificado más casos durante el período transcurrido del presente año que durante el mismo período de 1988.

FIGURA 1. Polio en las Américas
Casos notificados por semana
Semanas 1 a 8, 1987 y 1988



Fuente: Telexes semanales a OPS

FIGURA 2. Polio en las Américas
Casos notificados por país
Semanas 1 a 8, 1987 y 1988



Fuente: Telexes semanales a OPS

En este número:

<i>Poliomielitis en las Américas:</i>	
<i>Primeras 8 semanas, 1987 y 1988</i>	1
<i>Quinta reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI:</i>	
<i>Recomendaciones</i>	2
<i>Control del tétanos</i>	3

<i>Segunda reunión sobre erradicación de la poliomiélitis en los países del Cono Sur</i>	6
<i>Casos notificados de enfermedades del PAI</i>	7
<i>Control de la inocuidad y eficacia de las vacunas del PAI en personas con infección por VIH o que presentan cuadros clínicos de SIDA</i>	8

Quinta reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI: Recomendaciones

Del 26 al 29 de enero de 1988, se realizó en Lima, Perú, la quinta reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) del PAI, con la finalidad primordial de revisar los avances en el PAI en los países de la Región Andina y actualizar el conocimiento sobre los programas en los países que antes fueron objeto del análisis del GTA, tales como Brasil, México y los países de Centroamérica. Se aprovechó la reunión para revisar algunos estudios sobre casos de parálisis flácida que se llevaron a cabo en Paraguay y Chile. También se presentaron algunos estudios operacionales realizados en Costa Rica (encuesta de cojera en niños escolares) y Nicaragua (encuesta sobre oportunidades perdidas de vacunación). Además, se ha actualizado el conocimiento sobre algunas investigaciones que se están llevando a cabo en algunos países, tales como estudios de campo con nuevas formulaciones de la vacuna anti-poliomielítica, la vacuna acelular anti-perтусsis, y la vacuna antisarampionosa de la cepa Edmonston-Zagreb.

Una parte importante de la reunión fué dedicada a la revisión de la situación actual de la red de laboratorios que apoyan el programa en los varios países. Estuvieron presentes en la reunión representantes de UNICEF, Rotary Internacional, AID y 70 participantes de nueve países, incluyendo los directores de los laboratorios de la red de referencia, funcionarios nacionales del PAI y funcionarios del PAI/OPS, de otros programas de la OPS y varios consultores a corto plazo que apoyan el desarrollo del programa a nivel regional y de país.

Muchas de las recomendaciones hechas en reuniones anteriores del GAT y que se hacen a continuación ya fueron enunciadas en informes anteriores del GAT. Sin embargo, pueden ser repetidas porque siguen siendo componentes fundamentales del esfuerzo de erradicación de polio y porque muchas de ellas aún no han sido cumplidas.

1. Estrategia y cobertura de inmunización

- a. Las Jornadas Nacionales de Vacunación con OPV deben ser adoptadas por todos aquellos países clasificados como infectados o bajo riesgo de ser infectados. Es la estrategia más rápida y efectiva para interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje.
- b. Las Jornadas deben incluir la administración de las vacunas DPT y antisarampionosa y el toxoide tetánico para las mujeres en edad fértil, a modo de obtener el máximo beneficio de los recursos invertidos. Se deben realizar todos los esfuerzos necesarios para asegurarse que las Jornadas ayuden a reforzar todo el PAI y conduzcan al desarrollo de servicios de inmunización permanentes.
- c. Es de especial interés la ocurrencia continuada de casos en las áreas periurbanas de muchos países. Es indiscutible que estas áreas constituyen reservorios de infección desde donde la enfermedad se transmite a las áreas rurales. Se deben realizar campañas de vacunación intensivas dirigidas especialmente a estas áreas.
- d. Se debe aprovechar cada oportunidad posible para vacunar a los niños y ofrecerse vacunación a

cada niño durante cada contacto con el personal de salud.

2. *Vigilancia e investigación.* La vigilancia es el elemento más importante del control y la erradicación de enfermedades y debe continuar teniendo la más alta prioridad. Las mejoras en la calidad y cantidad de información para la vigilancia son considerables, sin embargo, son pocos los países que cuentan con sistemas adecuados.
 - a. Se deben diseñar sistemas de vigilancia que tengan la capacidad de obtener información semanal desde todos los puestos de salud (incluyendo hospitales y centros de rehabilitación), donde se puedan atender casos de polio. Se debe exigir que cada unidad notifique semanalmente aún cuando no hayan casos que notificar. Para evaluar el cumplimiento se debe mantener un listado de las localidades que deben informar. Esta red de notificación, que debe incluir tanto instituciones públicas como privadas, debiera estar funcionando para fines de 1988.
 - b. Las definiciones y clasificaciones de casos desarrolladas por el GTA debieran ser usadas en todos los países, tanto par la vigilancia como para la notificación. Se deben usar criterios uniformes en la confirmación de casos. El GTA sigue recomendando que, para propósitos epidemiológicos, se usen las siguientes definiciones de casos confirmados de polio:
 - 1) todos los casos de parálisis flácida aguda que tengan confirmación de laboratorio,
 - 2) todos los casos de parálisis flácida aguda que presenten parálisis residual a los 60 días y que no tengan otro diagnóstico específico. Todos los casos que ocurran en menores de 15 años de edad que hayan sido diagnosticados como Síndrome de Guillain-Barré y que presenten parálisis flácida residual a los 60 días, debieran ser clasificados como casos confirmados,
 - 3) todos aquellos casos de parálisis flácida aguda a los que no se les pueda efectuar seguimiento o fallezcan en un plazo de 60 días después del inicio, deberán ser clasificados como casos confirmados.
 - d. No se deben incluir casos de parálisis facial aislada en la lista de casos sospechosos de polio que requieren investigación intensiva. Un estudio reciente demuestra que una mayoría considerable de los casos de parálisis facial aislada, no se deben a poliovirus. El GTA piensa que los beneficios que puedan resultar de la investigación de muchos casos de parálisis facial para encontrar unos pocos casos de polio, no justifican la inversión de recursos requerida. Se deben concentrar todos los esfuerzos en aspectos más prioritarios del programa que incluyan la investigación de casos de parálisis flácida generalizada.
 - e. Se deben realizar actividades de bloqueo después de la clasificación preliminar, sin esperar hasta la evaluación final.

- f. La clasificación final de los casos debe ser hecha en un período que no supere las 10 semanas a partir del inicio de síntomas.
 - g. Se reconoce que el diagnóstico diferencial de polio basado en aspectos clínicos es complejo, especialmente cuando se trata de diferenciar polio de SGB. Este problema puede reducirse con la notificación e investigación inmediata de todos los casos sospechosos. La mayoría de los casos de polio pueden confirmarse si las muestras de laboratorio se toman en forma adecuada y oportuna. Las muestras de laboratorio deben preservarse y transportarse adecuadamente. La cadena de frío es tan importante para las muestras de laboratorio como para las vacunas.
 - h. Las dificultades que se han presentado en la diferenciación de polio y SGB señalan la necesidad de realizar estudios prospectivos de las características clínicas y epidemiológicas de ambos, que tengan el objetivo de desarrollar una definición de casos de polio más específica a la vez que se mantenga la sensibilidad de esta definición. La evaluación prospectiva es de suma importancia y ayudará a mejorar la toma de historias clínicas, de muestras de laboratorio y de otras pruebas diagnósticas como estudios de conducción y EMGs. Estos datos permitirán que se comparen las características de los casos que se confirman por laboratorio y los que no se confirman a pesar de que las muestras fueron tomadas durante el plazo recomendado. El protocolo de este estudio deberá ser elaborado con mucho cuidado, ya que es de suma importancia para el proyecto de erradicación, y deberá ser revisado por expertos en el diagnóstico diferencial de polio. La responsabilidad del estudio ha sido asignada al Grupo de Asunción (Brasil, Bolivia, Uruguay, Argentina y Chile). Se espera que los resultados puedan ser discutidos en la próxima reunión del GTA.
3. *Apoyo de los laboratorios.* Los laboratorios tienen un papel fundamental en el esfuerzo de erradicación de polio. El procesamiento rápido de las muestras y la entrega oportuna de los resultados a los epidemiólogos y otro personal de salud son componentes esenciales de las actividades de vigilancia y bloqueo.
 - a. Se deben realizar esfuerzos especiales para asegurar que la red de laboratorios esté funcionando para marzo de 1988. Para esto se necesita que los laboratorios estén completamente equipados y sean confiables. El estado actual debe ser evaluado y se deben eliminar o agregar laboratorios a la red, según sea necesario. Los problemas administrativos existentes deben ser resueltos a la brevedad posible.
 - b. Se exige un alto nivel de calidad y confiabilidad de parte de los laboratorios de la red. Los laboratorios deben evaluarse periódicamente; para esto se les deben enviar, usando un método ciego, muestras especialmente codificadas preparadas para dar títulos específicos. Se deben hacer pruebas similares para aislamiento de virus.
 - c. Si los laboratorios nacionales van a seguir trabajando con poliovirus, aún cuando la red esté operando, deben enviar al laboratorio de referencia duplicados de todas las muestras que analicen.
 - d. Antes de marzo de 1988, se deben haber hecho todos los arreglos necesarios para el manejo y envío adecuado de las muestras, inclusive los arreglos financieros para su envío.
 - e. Se deben realizar reuniones periódicas entre los epidemiólogos y el personal de los laboratorios como una forma de asegurar el cumplimiento eficiente de todos los pasos que deben seguirse entre la toma de las muestras y la notificación de los resultados y como mecanismo para integrar la experiencia en diagnóstico de los laboratoristas y los epidemiólogos y establecer la presencia o ausencia de polio.
 - f. La prioridad principal de los laboratorios de la red es determinar si la enfermedad que se está evaluando se confirma como polio o no. Cualquier estudio posterior para determinar la etiología si el caso no se confirma, es de baja prioridad.
 4. *Formulación de la vacuna antipoliomielítica.* Los resultados preliminares de estudios realizados en el Brasil, sugieren que la seroconversión a poliovirus tipo 3 de la vacuna OPV trivalente es baja, y que esta tasa baja puede deberse a la poca cantidad del componente tipo 3 (300.000 TCID₅₀) que tienen algunas vacunas. La seroconversión baja se compensó, en parte, aumentando la concentración del tipo 3 a 600.000 TCID₅₀. El GTA recomienda que, tan pronto como sea posible, todas las compras de OPV trivalente para el programa contengan aproximadamente 600.000 TCID₅₀ del componente tipo 3, para que se mejoren las tasas de seroconversión en otros países.

Control del tétanos

La Octava Conferencia Internacional sobre el Tétanos se llevó a cabo en Leningrado entre el 25 y el 28 de Agosto de 1987. Participaron en ella 120 individuos de unos 20 países que discutieron trabajos presentados sobre diversos aspectos del tétanos.

La incidencia del tétanos ha disminuído en forma drástica en los países industrializados, debido, principalmente a la introducción de programas de inmunización efectivos, pero también gracias a la mejoría de los niveles de vida e higiene. Muchos países industrializados todavía tienen grupos de población importantes que no han alcanzado niveles de inmunización adecuados, tales



como las mujeres adultas y las personas de edad avanzada.

Por otro lado, ha habido poco impacto sobre la incidencia del tétanos en los países en desarrollo (aunque hay algunas excepciones). La Organización Mundial de la Salud estima que hay 800.000 recién nacidos y 400.000 niños y adultos que mueren cada año debido al tétanos en los países en desarrollo.

Para controlar el tétanos neonatal, el PAI hace énfasis en la vacunación de mujeres en edad fértil (en especial las embarazadas), el parto y tratamiento postparto higiénicos y la notificación del tétanos neonatal aparte de las otras categorías de la enfermedad. La cobertura de inmunización de las mujeres embarazadas es aún baja (Figura 1). El PAI no ha intentado estimar la proporción de partos atendidos en condiciones de higiene adecuada en los países en desarrollo, pero también debe ser baja (Cuadro 1). Se han hecho algunos avances en la notificación separada del tétanos neonatal (Figura 2), lo que sugiere que las autoridades nacionales han desarrollado una mayor conciencia del problema.

Se necesita reforzar y acelerar la eliminación y el control del tétanos. Los participantes en la conferencia adoptaron la siguiente resoluciones para apoyar estas acciones:

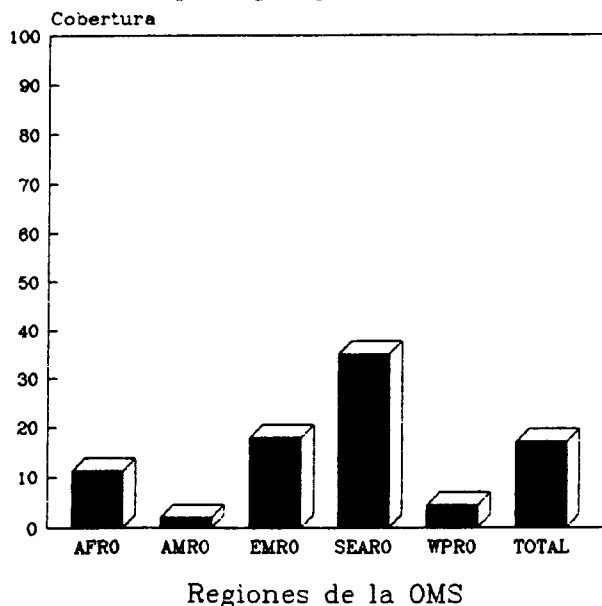
“La Octava Conferencia Internacional sobre el Tétanos,

Reconociendo que, cada año el tétanos mata cerca de 800.000 recién nacidos y alrededor de 400.000 niños y adultos de los países en vías de desarrollo, y que esta enfermedad continúa siendo un problema en muchos países industrializados, especialmente entre la población de edad avanzada,

Afirma que el tétanos es una enfermedad completamente prevenible dados los métodos y materiales de que se dispone hoy en día;

Instiga a todos los países a aceptar el desafío de eliminar el tétanos del mundo;

FIGURA 1. Porcentaje de mujeres embarazadas vacunadas con dos dosis de toxoide tetánico, por Región, Junio de 1987



Fuente: PAI, OMS

Nota que se le debe acordar prioridad especial a la prevención del tétanos neonatal;

Apoya la meta a la que se adhirió el Comité Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en 1984, de eliminar el tétanos neonatal de la Región, *inter alia*, para el año 2000;

Insta a todos los países que tienen endemia de tétanos neonatal a adoptar la meta de reducir la incidencia a menos de un caso por 1000 nacidos vivos para 1990 y a cero para el año 2000;

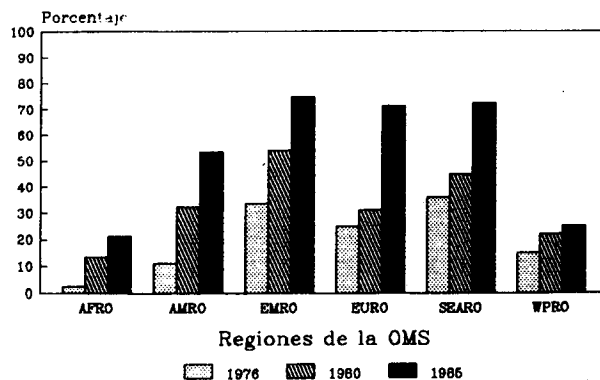
Nota que las estrategias para controlar y eliminar el tétanos neonatal debieran usar una variedad de enfoques (ver el Anexo 1), entre los que se deben incluir:

CUADRO 1. Porcentaje de partos atendidos por parteras empíricas (PE) y porcentaje de PEs adiestradas en países seleccionados

REGION PAIS	Partos atendidos por PEs (%)	PEs adiestradas (%)
AFRICA		
Etiopía		2
Liberia	81	7
Mali		23
Niger		77
Camerún		75
AMERICA		
Colombia	60	7
Ecuador		20
Guatemala		22
Haití	80	36
Nicaragua		33
MEDITERRANEO ORIENTAL		
Afganistán	60	4
Libano	34	40
SUDESTE ASIATICO		
Bangladesh	30	36
India	50-60	43
Indonesia	97	71
Maldivas		49
Tailandia	80-85	82
PACIFICO OCCIDENTAL		
Malasia	47	46
Filipinas	47	24

Fuente: PAI, OMS

FIGURA 2. Notificación de casos de tétanos neonatal, por Región, 1976, 1980 y 1985



Fuente: PAI, OMS

- inmunizar a todas las mujeres en edad fértil (haciendo especial énfasis en la embarazadas y las que pertenecen a grupos de alto riesgo);
- asegurar que tanto los partos como el cuidado del cordón umbilical sean hechos en forma higiénica mediante la provisión de adiestramiento adecuado de las parteras;
- investigar los casos para determinar las acciones que pudiesen haberlos prevenido;

Sugiere que los países industrializados adopten estrategias activas de inmunización para reducir el número de adultos, especialmente de edad avanzada, que continúan siendo susceptibles al tétanos;

Pide que se continúe la investigación básica y operacional dirigida a mejorar y simplificar las estrategias y los métodos de prevención del tétanos;

Solicita que los organizadores de la Novena Conferencia Internacional sobre el Tétanos consideren incluir en la Agenda una discusión y una reseña del impacto de los esfuerzos de control/eliminación, enfatizando eliminación del tétanos neonatal.

Anexo 1

Acciones recomendadas para consideración por las autoridades nacionales de salud para mejorar el control del tétanos neonatal (TN):

1. Estrategias generales.

1.1 Revisar el plan de acción nacional para la inmunización. Determinar la incidencia del TN si es que se desconoce la magnitud del problema, ya sea mediante revisión de los datos disponibles o por medio de estudios especiales. Establecer o revisar las metas de cobertura y de reducción de enfermedades si es que se desconoce la magnitud del problema.

Definir y ejecutar estrategias de inmunización para que alcancen a mujeres que habitan en áreas donde la incidencia es muy alta.

Aumentar los grupos que serán objeto de inmunización con el toxoide tetánico para que incluyan a:

- todas las mujeres en edad fértil, incluso las embarazadas, sin que importe el mes de embarazo,
- niños en edad escolar, cuando ingresan y egresan de la escuela, si es que hay recursos.

1.2 Iniciar programas especiales de eliminación del TN de las áreas urbanas o rurales que tengan incidencias más altas.

1.3 Mejorar la atención pre- y post-parto. Identificar, adiestrar y supervisar parteras e incluir dentro de sus labores, la verificación del estado de inmunización de las embarazadas y la promoción de la inmunización con el toxoide tetánico.

2. Estrategias de inmunización.

Cualquier mujer en edad fértil que visite un establecimiento de salud público o privado, que se considere como susceptible al tétanos, debiera ser inmunizada, cualesquiera sea el motivo de su consulta (vacunar al hijo, control materno-infantil o privado).

La inmunización con toxoide tetánico debe ofrecerse rutinariamente en momentos o lugares convenientes o en momentos y lugares especiales, como lo son los mercados u otros lugares donde las mujeres tienden a congregarse.

Las vacunas administradas a las madres deben registrarse en la tarjeta de los niños, además de la que guarda la madre o la maternidad.

Se deben organizar campañas de vacunación en áreas de alto riesgo que no reciben los servicios de rutina.

Se deben usar agrupaciones femeninas, líderes religiosos y de la comunidad para promover la inmunización de las mujeres en edad fértil con el toxoide tetánico y para aumentar la conciencia de que el tétanos neonatal puede prevenirse mediante la inmunización y el cuidado adecuado del cordón umbilical durante el parto.

Se debe incluir la vacunación de mujeres con el toxoide tetánico en las actividades específicas de aceleración del programa de inmunizaciones, tales como las jornadas de inmunización.

3. El siguiente esquema de inmunización de ser adoptado para las mujeres en edad fértil:

La primera dosis de TT durante el primer contacto o lo más temprano posible durante el embarazo.

La segunda dosis cuatro semanas después de la primera.

La tercera dosis seis a doce semanas después de la segunda o durante el embarazo subsiguiente. La tercera dosis es un componente importante de la inmunización básica. Este esquema protege a las madres y los recién nacidos por lo menos durante cinco años. Si no ha formado parte del cuidado post-parto, puede administrarse durante el siguiente embarazo, cuando la madre lleva al niño a ser vacunado o cuando consulta por cualquier otro motivo.

Por lo menos un año después de la tercera dosis o durante el siguiente embarazo, se debe administrar una cuarta dosis de toxoide tetánico. Esta dosis protegerá a la madre y a los niños que tenga durante los 10 años subsiguientes.

Se debe administrar una quinta dosis por lo menos un año después de la cuarta o durante el embarazo subsiguiente. Esta dosis conferirá inmunidad de por vida.

Si solo se ha administrado la primera dosis durante el embarazo, la segunda debe administrarse durante el parto o cuando la madre lleva al niño a recibir su primera vacuna.

4. Evaluación y vigilancia.

El TN debería ser una enfermedad objeto de notificación en los informes de todos los servicios.

Se deben llevar a cabo investigaciones de los casos de TN para determinar por qué ocurrieron y las acciones que se puedan tomar para evitar que ocurran casos en el futuro.

Se debe notificar la cobertura de inmunización con toxoide tetánico, como cosa de rutina, por población, edad y dosis (TT1, TT2, TT3 y refuerzos).

Siempre se debe incluir la evaluación del estado de inmunización de la madre en los estudios de cobertura de los niños.

Fuente: Programa Ampliado de Inmunización, OMS (a ser publicado en el Weekly Epidemiological Record en un futuro cercano).

Segunda reunión sobre erradicación de la poliomielitis en los países del Cono Sur

Del 8 al 10 de diciembre de 1987, se reunieron en Foz de Yguazú, Brasil los responsables de los programas de inmunización y erradicación de la polio de los países del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), Bolivia y Brasil, con técnicos del PAI de la OPS, además de representantes de varios Estados fronterizos de Brasil (Santa Catarina, Paraná, Matto Grosso, Acre) y de la Novena Región Sanitaria del Paraguay. Representantes del Rotary Internacional también estuvieron presentes en la reunión.

El objetivo principal establecido fue de seguimiento de las acciones desarrolladas en los varios países entre julio y diciembre de 1987 en cuanto a la intensificación de las actividades de vigilancia epidemiológica para determinar la presencia o no de casos de poliomielitis en el Cono Sur.

El progreso alcanzado entre la primera y segunda reunión (ver Boletín Informativo PAI, Año IX, Número 4, Agosto de 1987) por algunos de los países participantes fue notable (Cuadro 1). Cabe resaltar que el desarrollo de las actividades acordadas en la reunión de Asunción, en julio de 1987, resultó en el descubrimiento de casos de poliomielitis en tres países del Cono Sur que no notificaban la enfermedad hace 11, 3 y 2 años respectivamente. Este hecho indica que las estrategias definidas son eficaces y deben ser ajustadas para asegurar medidas efectivas de control. Por otro lado, el análisis de los datos de cobertura de vacunación por distrito o municipio identificó las áreas de mayor riesgo en cuanto a bajas coberturas de vacunación y pueden indicar problemas en el funcionamiento de la infraestructura de salud. Habrá la necesidad de profundizar el análisis en cuanto a otros factores condicionantes y que pueden contribuir al riesgo en estas áreas.

Las recomendaciones generales fueron:

1. Los datos de cobertura por municipio y/o distrito o departamento que fueron analizados, deben ser informados a la brevedad a los niveles locales, a fin de que se apliquen medidas correctivas.
2. Todos los casos identificados como parálisis flácida súbita deben ser identificados como *casos probables* de polio y deben ser objeto de detallada investigación clínica, laboratorial y epidemiológica a nivel de la comunidad.
3. Se deben iniciar medidas de bloqueo inmediatamente después de identificado un caso probable de polio.
4. En ausencia de datos de laboratorio, todos los casos de parálisis flácida súbita no traumática, con permanencia de secuela a los 60 días, deben ser clínicamente confirmados como polio en ausencia de otro diagnóstico confirmado.
5. La EMG y la velocidad de conducción muscular pueden ser utilizadas apoyar el diagnóstico de la polio, a fin de aumentar su especificidad.

6. Se debe tener en cuenta que algunos casos de polio paralítica pueden evolucionar hasta una recuperación sin secuela, por lo tanto se debe contemplar la confirmación de estos casos en presencia de datos positivos de laboratorio y epidemiológicos.
7. Casos con diagnóstico del Síndrome de Guillain Barré que presentan resultados positivos de laboratorio (aislamiento de poliovirus y/o seroconversión) deben ser confirmados como polio.
8. Se recomienda que sean evaluadas las actividades de bloqueo, con el objeto de asegurar que cumplan con los requisitos de la Guía Práctica. Además, se propone desarrollar un protocolo para la evaluación del *impacto* de las actividades de bloqueo sobre la circulación autóctona del poliovirus salvaje. Estos dos estudios podrían ser realizados en Brasil, donde el uso frecuente de bloqueos permite un número de comparaciones suficiente para analizar las actividades.
9. A medida que la erradicación de la polio se hace inminente, la coordinación entre países en zonas fronterizas asume importancia cada vez más significativa. Por lo tanto se recomienda que se estudien los mecanismos necesarios para la mejora de la coordinación fronteriza tanto en la investigación de casos como en las medidas de control.

CUADRO 1. Cumplimiento de actividades acordadas en la primera reunión de los países del Cono Sur

	ARG	BOL	BRA	CHI	PAR	URU
Determinación coberturas a nivel local	—	x	x	x	x	x
Información sobre porcentaje de establecimientos que informan semanalmente	—	—	—	—	—	—
Notificación negativa de casos de poliomielitis	—	x	x	—	x	—
Realización replicados talleres V.E.	x	x	x	—	x	—
Definición de casos estandarizados	x	x	x	x	x	x
Estudios casos de G-B	—	x	x	x	x	—
Coordinación intervenciones en áreas fronterizas	—	—	x	—	x	—
Búsqueda activa de casos en áreas de alto riesgo	—	x	x	—	—	—

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 período epidemiológico de 1986, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Polio-mielitis§		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatorum		Neonatorum					
		1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	*	...	...	5	4	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	*	...	...	138	63	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	15 Ago.	721	...	10	20	70	...	54	...	7	...	255	...
Perú	25 Abr.	375	...	47	38	8	...	12	...	1	...	314	...
Venezuela	10 Oct.	16 556	10 280	69	27	3	73	13	12	2	3	764	2 560
Cono Sur													
Argentina	10 Oct.	3 695	...	1	—	63**	...	...	...	9	...	1067	...
Chile	10 Oct.	1 936	8 685	—	3	13	15	3	—	153	179	31	28
Paraguay	05 Dic.	1 219	549	—	—	48	43	38	47	14	18	176	133
Uruguay	07 Nov.	986	46	—	—	3	3	—	—	—	—	346	923
Brasil	15 Ago.	42 297	47 117	333	612	949	1 259	256	349	924	1 119	11 077	15 911
América Central													
Belice	02 Jan.	224	...	—	—	—	...	—	...	1	...	—	7
Costa Rica	15 Ago.	3 426	1 263	—	—	1**	1**	...	...	...	—	100	75
El Salvador	12 Sept.	276	167	53	23	32	25	14	25	2	—	120	287
Guatemala	18 Jul.	276	...	19	33	49**	...	...	...	—	...	141	...
Honduras	05 Dic.	935	485	15	6	14	44	6	13	—	—	335	214
Nicaragua	18 Jul.	509	1 458	—	—	...	...	...	...	2	...	161	279
Panamá	10 Oct.	208	2 967	—	—	—	3	—	2	—	—	—	28
México	05 Dic.	2 691	8 060	102	66	264	246	...	—	21	21	745	1 086
Caribe Latino													
Cuba	12 Sept.	733	2 810	—	—	5	13**	—	...	—	...	91	293
Haití	*	...	...	12	36	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	07 Nov.	417	...	—	2	74	...	6	...	67	...	128	...
CARIBE													
Antigua y Barbuda	10 Oct.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahamas	02 Jan.	42	85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Barbados	05 Dic.	2	2	...	...	1	3	—	—	—	—	—	1
Dominica	05 Dic.	78	...	—	—	1	...	—	...	—	...	—	...
Grenada	02 Jan.	6	...	—	—	—	—	—	—	—	—	1	...
Guyana	10 Oct.	2	...	—	—	2	...	—	...	—	...	—	...
Jamaica	18 Jul.	...	...	—	—	...	...	...	...	1	...	20	...
San Cristobal/Nevis	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas													
Granadinas	15 Ago.	—	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	07 Nov.	4	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	12 Sept.	4	20	—	—	1	—	—	...	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	05 Dic.	407	2 637	—	—	3	12	—	—	—	—	12	14
AMERICA DEL NORTE													
Canadá	21 Nov.	2 021	14 749	—	—	4**	4**	...	...	4	4	996	2 082
Estados Unidos	02 Jan.	3 588	...	—	8	40**	...	...	...	3	...	2 529	...

- No se ha recibido información de 1987.

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

§ Datos de polio cubren hasta la semana 52 (terminada el 2 de enero de 1988).

—Cero

... No se dispone de datos.

Control de la inocuidad y eficacia de las vacunas del PAI en personas con infección por VIH o que presentan cuadros clínicos de SIDA

Las recomendaciones en cuanto a la inmunización de personas con infección por VIH o con cuadros clínicos compatibles con el SIDA, hechas por el Grupo Asesor Global del PAI en noviembre de 1986, siguen constituyendo parte de la política del PAI (Ver Boletín Informativo PAI Vol. IX, No. 1, febrero de 1987).

Se están haciendo esfuerzos para realizar estudios prospectivos de personas infectadas con el VIH y personas que presentan el cuadro clínico del SIDA, para que, entre otras cosas, se puedan evaluar las reacciones, tanto a la inmunización como a las enfermedades del PAI.

Mientras no se completan estos estudios, se debe buscar en forma activa, cualquier información que sugiera que deben modificarse las actuales recomendaciones. Específicamente, se debe seguir de cerca a todo individuo con cuadro clínico del SIDA que reciba una de las vacunas del PAI para documentar y notificar cualquier reacción adversa inesperada. También sería apropiado saber cuántas personas con cuadro clínico del SIDA han sido inmunizadas sin tener reacción adversa.

Finalmente, se debe buscar información sobre la gravedad clínica que presentan las enfermedades del PAI que se producen en personas con cuadro clínico del SIDA.

El PAI de la OMS sugiere que se establezcan contactos con el Ministerio de Salud de por lo menos un país de la Región que tenga un hospital bien atendido, que esté

tratando en la actualidad a pacientes con SIDA, o que sea una instalación probable que lo haga si el SIDA aparece en el país. Se deberían realizar esfuerzos en colaboración con el Ministerio para establecer un sistema de centinelas en dicha instalación mediante el cual todos los casos clínicos de SIDA que reciban una vacuna del PAI se registren por edad, tipo de vacuna y dosis y se anoten las reacciones adversas que se presenten en el mes siguiente. La frecuencia de estos informes aún no se ha determinado, aunque sería apropiado que se comenzara con un informe mensual.

Cualquier muerte de un individuo que presente el cuadro clínico de SIDA, que se crea pueda estar asociado con la vacuna, debe notificarse de inmediato al Ministerio de Salud y éste debe notificar a la OPS. Se deben solicitar datos sobre el fallecido que proporcionen toda la información posible que lo relacionen con la inmunización.

Esto representa un nivel mínimo de vigilancia para detectar reacciones adversas a la vacuna asociadas con el cuadro clínico del SIDA y es posible que a nivel de país ya estén funcionando sistemas mucho más exhaustivos. Los países deben proporcionar información sobre cualquier sistema existente y nos esforzaremos por compartir cualquier información que recibamos sobre actividades en otras Regiones.

Fuente: PAI, OMS

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**

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.