



# Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización  
en las Américas

Año XI Número 1

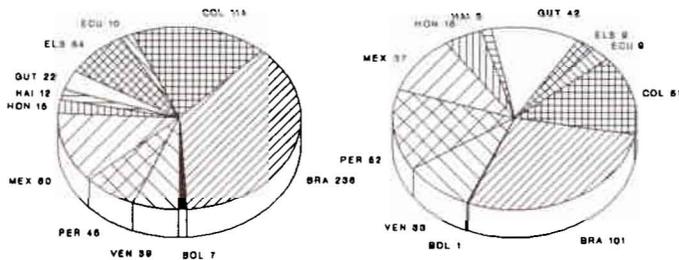
PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Febrero 1989

## La poliomielitis en las Américas durante 1988

Se produjeron grandes avances en la detección de casos probables de poliomielitis durante 1988. Se notificaron 1 906 casos de parálisis fláccida con inicio en 1988, de los cuales, 361 fueron confirmados como polio y 155 aún se encuentran bajo investigación. Durante 1987, se notificaron 1667 y se confirmaron 656 casos. La Figura 1 presenta la distribución de casos confirmados por país para 1987 y 1988.

Figura 1. Casos confirmados de poliomielitis. Región de las Américas, 1987 - 1988.



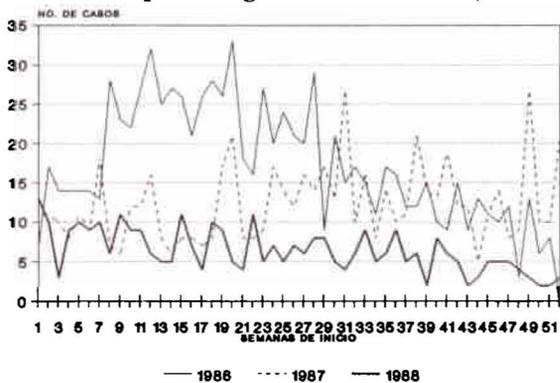
1987 (TOTAL = 634 CASOS)      1988 (TOTAL = 361 CASOS\*)

\* Datos provisionales

Nota: El total de 1987 no incluye 9 casos vacunales.

Fuente: Telexes semanales a OPS.

Figura 2. Semana de inicio de síntomas de los casos confirmados de polio. Región de las Américas, 1986 - 1988.



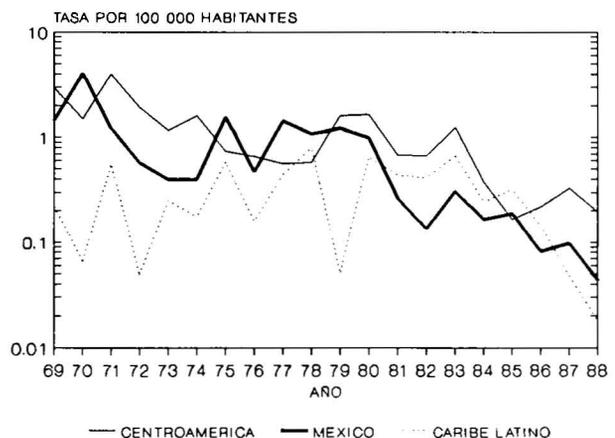
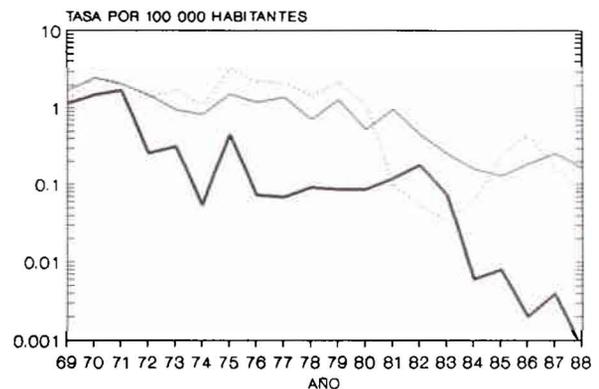
Nota: Se desconoce la fecha de inicio de 11 casos de 1988 y 155 están aún pendientes de clasificación final.

En este número:

La poliomielitis en las Américas durante 1988	1
Tercera Reunión Centroamericana para la revisión del PAI y la erradicación de la poliomielitis	2

La Figura 2 muestra la distribución de casos confirmados por semana epidemiológica en que se inició la parálisis, para 1986, 1987 y 1988. Al comparar las curvas, se observa claramente que ha habido una marcada reducción en la actividad de la polio durante 1988. Lo mismo se evidencia en la Figura 3, donde se presentan las tasas de morbilidad por Subregión que ha reportado casos durante los últimos cinco años.

Figura 3. Tasas de morbilidad de poliomielitis, por año, por subregión, América Latina, 1969 - 1988



Fuente: OPS  
Datos provisionales.

Coberturas de vacunación con los antígenos del PAI	5
"Operación Limpieza"	6
Casos notificados de enfermedades del PAI	7
Programa Global sobre SIDA y PAI	8

# Tercera Reunión Centroamericana para la revisión del PAI y la erradicación de la poliomielitis

## Introducción

La Tercera Reunión Centroamericana para la revisión de los avances del PAI y la erradicación de la poliomielitis para 1990, se llevó a cabo del 15 al 17 de Febrero en Ciudad de Guatemala, Guatemala. Por primera vez participaron representantes de Belice y México, del Laboratorio de Referencia para el diagnóstico de poliomielitis de la Subregión (INCAP), neurólogos pediatras que están colaborando con el Programa en los diversos países y un miembro del Grupo Técnico Asesor (GTA) para el PAI. Se encontraban, además, funcionarios de epidemiología, materno-infantil y supervisión de los niveles centrales de los países participantes, funcionarios de salud de los niveles locales y operativos, así como varios técnicos de las agencias internacionales que colaboran con el Programa (OPS, UNICEF, AID, Rotary Internacional).

## Coberturas

Es primera vez en la historia del PAI en Centroamérica que se alcanzaron coberturas globales de vacunación para la Subregión iguales o superiores al 60% para todas las vacunas del Programa. Además, a excepción de Guatemala y Nicaragua, los países, individualmente, han alcanzado coberturas de vacunación del 60% o 70% para todas las vacunas del PAI (no se presentaron datos nacionales de vacunación de mujeres en edad fértil con Toxoide Tetánico (TT). El avance de las coberturas globales de Centroamérica se debe en especial al incremento de las coberturas en Guatemala durante 1988, que a su vez resulta de la realización de Jornadas Nacionales de Vacunación y muy especialmente, de las vacunaciones aceleradas que se realizaron en este país a partir de Octubre de 1988 gracias a la descentralización de los recursos financieros de la OPS (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Coberturas de vacunación en niños menores de 1 año. Centroamérica, 1988\***

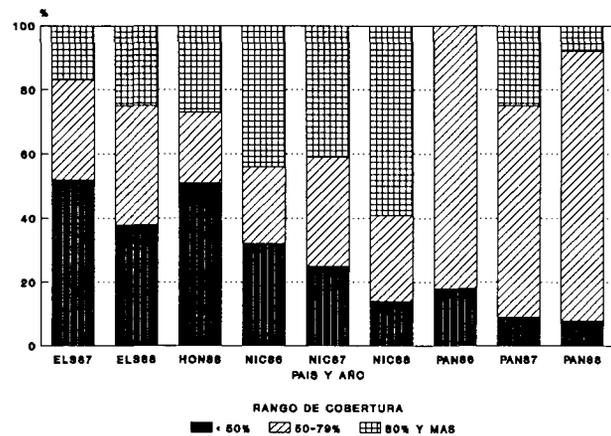
PAIS	Población <1 año	OPV3 %	DPT3 %	Sarampión %	BCG %
BEL	5 280	73	73	70	97
COR	80 000	86	87	87	87
ELS	178 538	62	61	63	65
GUT	328 548	55	47	54	38
HON	191 019	70	74	76	84
NIC	140 600	83	51	55	89
PAN	60 526	73	75	75	91
<b>TOTAL</b>	<b>984 511</b>	<b>67</b>	<b>60</b>	<b>65</b>	<b>67</b>

\* Datos provisionales

Otro aspecto importante en lo que se refiere a las coberturas de vacunación, es que algunos países (El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá) analizaron la cobertura

a nivel de municipios u otro nivel geopolítico u operacional correspondiente. En la Figura 1, se observa que, en aquellos países que han utilizado esta información durante los últimos dos o tres años (El Salvador, Nicaragua y Panamá), el número de municipios con coberturas inferiores al 50% ha disminuido, apuntando a los logros que son posibles cuando esta información se usa en la programación.

**Figura 1. Distribución de municipios por rango de cobertura con OPV3 en niños menores de 1 año. Centroamérica, 1986-1988.**

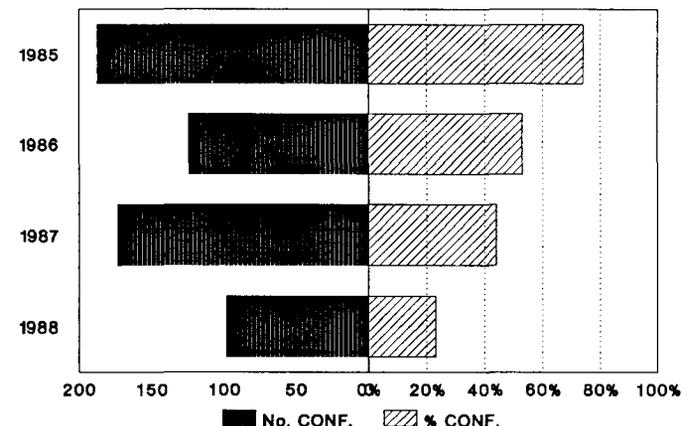


Fuente: Informes de país.

## Vigilancia de la poliomielitis

El número total de casos confirmados ha disminuido en Centroamérica y México durante 1988, comparado con los años anteriores. En 1988 se notificaron menos de 100, comparado con casi 200 en 1987. Además, según se observa en la Figura 2, la tasa de confirmación de los casos probables reportados ha disminuido de un 75% en 1985 a un 20% en 1988

**Figura 2. Casos confirmados y porcentaje de confirmación de casos de polio. Centroamérica\* y México, 1985 - 1988**



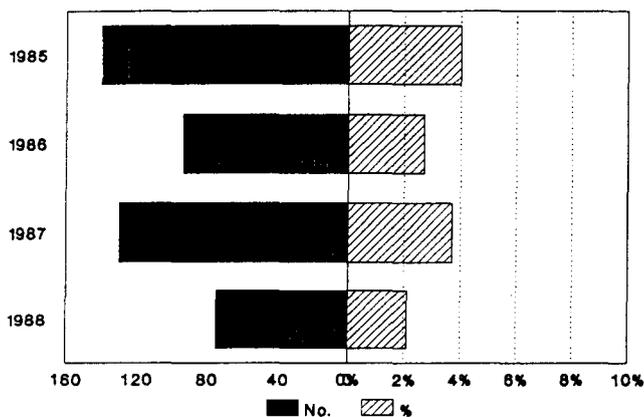
\* Solo incluye países infectados con polio.

Fuente: Informes de países.

1988, reflejando los adelantos logrados en la vigilancia epidemiológica y la detección de casos probables. En cuanto a los diagnósticos de los casos descartados, el Síndrome de Guillain-Barré (SGB) representa un 40%, cifra que se ha mantenido constante durante los últimos tres años.

El número de municipios infectados también ha disminuido en 1988 en relación a 1987, de un 4% a un 2%, es decir, solamente 75 municipios del total de 3 489 existentes en estos países (Figura 3 y Cuadro 2).

**Figura 3. Municipios infectados con poliomiéлитis. Centroamérica y México, 1985 - 1988.**



Total de municipios = 3 489.  
Fuente: Informes de países.

**Cuadro 2. Municipios con casos confirmados de polio. Centroamérica y México, 1985 - 1988.**

PAIS	TOTAL	1985	1986	1987	1988
BEL	6	0	0	0	0
COR	80	0	0	0	0
ELS	261	ND	19	33	11
GUT	329	21	23	20	30
HON	289	5	6	10	3
MEX	2 362	114	46	67	31
NIC	100	0	0	0	0
PAN	62	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3 489</b>	<b>140</b>	<b>94</b>	<b>130</b>	<b>75</b>

% MUNICIPIOS 4.0 2.7 3.7 2.1  
ND: No se dispone de información.

Si se analizan algunos indicadores de vigilancia epidemiológica, es evidente que han mejorado en la mayoría de los países, aunque aún resta mucho por hacer.

El porcentaje de casos probables notificados durante los primeros quince días desde el inicio de síntomas, ha mejorado consistentemente en todos los países, a excepción de Honduras. En El Salvador casi el 90% de los casos ya está siendo notificado dentro de este plazo.

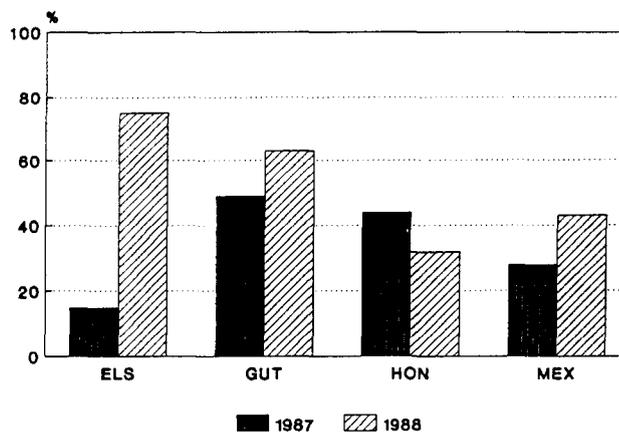
En cuanto al seguimiento de los casos probables dentro de las once semanas de la fecha de inicio de síntomas, los países endémicos participantes, a excepción de México están cumpliendo en más del 80% de los casos.

Con la excepción de Honduras, donde en 1988 se tomaron medidas de control en menos del 40% de los casos notificados, ha mejorado la organización de las medidas de control en todos los países. Por otro lado, una proporción muy baja de estas medidas de control se está iniciando dentro

de las primeras 24 horas después de notificado el caso, mientras que en Honduras no se organizaron nunca dentro de este período de tiempo.

En esta fase del programa, la toma de muestras de heces de los casos probables de polio asume un rol muy importante, ya que permite evaluar la erradicación del virus salvaje. En El Salvador, Guatemala, Honduras y México, se están tomando muestras de más del 70% de los casos. Por otro lado, aunque se nota una mejoría en cuanto a este indicador en El Salvador, Guatemala y México en 1988, comparado con 1987, solo una pequeña proporción de las muestras se está tomando dentro de la primera semana de la enfermedad. Aún más grave es el hecho de que en 1988 la situación en Honduras empeoró (Figura 4).

**Figura 4. Casos probables de polio con muestras de heces tomadas dentro de los primeros 8 días desde inicio de síntomas. Centroamérica y México, 1987 - 1988\***



\* Solo incluye los países infectados.  
Fuente: Informes de países.

Aunque la notificación entre los países ha mejorado a nivel nacional, todavía hay dificultades en el intercambio de información entre los niveles locales fronterizos.

#### Laboratorio de referencia: INCAP

Durante 1988, se recibieron en el INCAP, 177 muestras de heces de los países centroamericanos, a partir de las cuales se aislaron 41 poliovirus. Todos, menos uno que todavía está en estudio, fueron identificados como de tipo vacunal.

Todos los países acordaron mandar al INCAP muestras de heces de cada caso probable identificado, acompañadas de la ficha clínico-epidemiológica del caso. Además, tanto los epidemiólogos como el personal del laboratorio, acordaron utilizar un número único de referencia para el caso. Se sugirió que en los países no infectados se tomen muestras de heces de hasta cuatro contactos (niños menores de cinco años que conviven en forma permanente con el caso probable).

Todos los casos y los contactos se identificarán con el nombre del país, el año en que se notificó el caso y el número del caso según la investigación epidemiológica. Los contactos llevarán además la letra C acompañada de su número; por ejemplo, el primer contacto del primer caso de 1989 de El Salvador llevará la siguiente identificación: ELS-89-001-C1.

Las muestras deben enviarse los lunes o martes de cada semana. Estas deben ser precedidas por una comunicación

telegráfica o telefónica en la que se detalle el número de vuelo y la fecha en que el material llegará a Guatemala. Honduras enviará sus muestras una vez al mes. El INCAP se comprometió a informar el 10 de cada mes a los epidemiólogos de los países acerca de los resultados de las muestras procesadas.

### Diagnóstico neurológico

Se acordó que se debe establecer el diagnóstico neurológico con base en los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio previamente establecidos. Además, para poder establecer un buen diagnóstico diferencial es esencial conocer la sintomatología y su evolución.

En un estudio realizado en Honduras, se revisaron 88 expedientes de pacientes diagnosticados con SGB entre 1981 y 1987. La mayoría (61%) tenía entre 3 y 12 años de edad y el 72%, antecedentes de alguna enfermedad gastrointestinal o respiratoria. Treinta y cinco casos habían reportado debilidad distal, pero 20 pacientes habían reportado debilidad proximal. Solo se encontró disociación albuminocitológica en el 55% de los casos estudiados.

Once de los 84 casos probables notificados en Guatemala tuvieron evaluación electromiográfica. De éstos, sólo 8 tuvieron alteración en la velocidad de conducción y dos eran menores de 5 años. En general, la parálisis tendió a predominar en los miembros inferiores y ser del tipo ascendente y el tiempo de recuperación tendió a ser superior a los 60 días.

### Oportunidades perdidas de vacunación

Se llevó a cabo un estudio de oportunidades perdidas de vacunación en El Salvador, que al igual que los realizados en Honduras y Nicaragua, indicó que más de la mitad de las oportunidades perdidas de vacunación se debe a las falsas contraindicaciones a las vacunaciones. La introducción de la práctica de vacunación intra-hospitalaria en El Salvador ha aumentado en forma considerable la vacunación antipoliomielítica de recién nacidos y con TT de las mujeres en edad fértil.

### Recomendaciones

El Cuadro 3 resume el cumplimiento de los acuerdos de

**Cuadro 3. Cumplimiento y porcentaje de cumplimiento de los acuerdos tomados durante la segunda reunión fronteriza en Santa Rosa de Copán, Honduras, 1988.**

INDICADOR	GUT	ELS	HON	NIC	COR	PAN	%
Coberturas por municipio	NO	SI	NO	SI	NO	SI	50
Jornadas de vacunación	SI	SI	SI	SI	NO	NO	66
Acciones especiales	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Muestras al INCAP	SI	SI	SI	SI	NO	NO	66
Prueba de potencia	SI	SI	SI	NO	NO	SI	66
Dosis OPV recién nacido	SI	SI	NO	SI	NO	SI	66
Oportunidades perdidas	NO	SI	SI	SI	SI	NO	66
Trabajo Rotario	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Reuniones trimestrales frontera	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0
Participación intersectorial	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Comunicación social	NO	SI	NO	SI	SI	SI	66
Evaluación cadena de frío	NO	NO	NO	SI	NO	NO	16

la reunión anterior, realizada en Santa Rosa de Copán, Honduras. Cabe notar que en general se ha cumplido mucho de lo acordado, aunque no se realizaron las reuniones fronterizas trimestrales, ni jornadas de vacunación simultáneas y solamente Nicaragua ha realizado una encuesta de la cadena de frío.

1. Según lo establecido en los Planes de Acción Nacional, los Ministerios de Salud y todas las agencias de colaboración externa que están apoyando el programa debieran descentralizar sus recursos, a fin de agilizar la implementación del programa a nivel local. Como mecanismo de reforzar el seguimiento del programa, se enfatiza la necesidad de aumentar la frecuencia de las reuniones de los Comités de Coordinación Interagencial en los diversos países.

2. Las investigaciones de parálisis flácida realizadas en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y México, deben hacerse también en los otros países que participaron en esta reunión.

3. Con el fin de unificar los criterios de diagnóstico neurológico, la OPS debe promover la realización de una reunión, en los próximos dos meses, de los neurólogos que están colaborando con el programa en los varios países.

4. Costa Rica y Panamá deben enviar muestras fecales de los casos de parálisis flácida al INCAP.

5. Los países que aún no han revisado la cadena de frío deben hacerlo. Se debe comenzar a utilizar la práctica de desechar la vacuna OPV sobrante al final de cada día de trabajo.

6. Será importante que los responsables de las acciones de control en las áreas fronterizas intercambien mapas y nombres a fin de coordinar mejor el trabajo de vigilancia y control.

7. Debe implementarse la recomendación de premiar con el equivalente a US\$100 a la persona que reporte y al trabajador de salud que investigue el primer caso probable de polio a partir del cual se aisle el virus salvaje de la poliomiélitis en un municipio.

8. Durante la próxima reunión, cada país deberá presentar datos referentes a la proporción de unidades que notifican semanalmente (incluida la notificación negativa).

9. Los compromisos asumidos durante la Reunión de Santa Rosa de Copán siguen vigentes para el próximo período de actividades. Además, se deberán cumplir las actividades relacionadas con la "Operación Limpieza" en los municipios en que se identifica la existencia de transmisión de polio.

10. Se sugiere que los Directores Generales de Salud de cada país sigan y evalúen mensualmente el cumplimiento de estas recomendaciones durante los próximos seis meses y que participen en la próxima reunión.

11. Los países de Centroamérica que realizan jornadas nacionales de vacunación deben continuar tratando de realizar por lo menos una jornada conjunta, preferiblemente en Abril de cada año.

12. La próxima reunión para evaluar las actividades y los avances logrados, se llevará a cabo en El Salvador en Agosto de 1989.

13. Se espera que en la próxima reunión participen funcionarios de salud de algunos de los municipios que fueron objeto de las operaciones de limpieza y algunos miembros del Rotary Internacional que han colaborado en estas actividades y que recuenten sus experiencias.

## Coberturas de vacunación con los antígenos del PAI en niños menores de un año de edad. América Latina, 1988 (datos provisionales).

	Población menores de un año	OPV3	DPT3	Antisaram- pionosa	BCG
<b>Caribe Latino</b>					
Cuba	187 982	94%	94%	85%	98%
Haití	201 707	48%	49%	59%	45%
República Dominicana	212 606	64%	39%	26%	38%
SUBTOTAL	602 295	68%	59%	56%	59%
<b>Centroamérica</b>					
Belice	5 270	73%	73%	70%	97%
Costa Rica	80 500	86%	87%	97%	87%
El Salvador	178 538	62%	61%	63%	65%
Guatemala	328 000	55%	47%	54%	38%
Honduras	191 019	70%	74%	76%	85%
Nicaragua	142 600	83%	51%	55%	89%
Panamá	60 526	73%	75%	75%	91%
SUBTOTAL	986 453	67%	60%	65%	67%
<b>Región Andina</b>					
Bolivia	263 800	40%	39%	44%	27%
Colombia	816 960	94%	74%	74%	99%
Ecuador	312 353	57%	54%	52%	86%
Perú	665 000	67%	66%	57%	73%
Venezuela	512 870	68%	51%	49%	78%
SUBTOTAL	2 570 983	72%	61%	59%	79%
<b>Cono Sur</b>					
Argentina	707 770	70%	61%	68%	74%
Chile	287 981	96%	96%	95%	98%
Paraguay	132 800	82%	57%	63%	56%
Uruguay	53 000	82%	82%	72%	98%
SUBTOTAL	1 181 551	78%	70%	75%	79%
<b>BRASIL</b>	4 217 375	89%	54%	60%	67%
<b>MEXICO</b>	2 100 000	95%	60%	70%	72%
<b>TOTAL</b>	11 646 669	82%	59%	63%	74%

Fuente: OPS.

Nota: Las coberturas con OPV de Brasil, Cuba, México y Paraguay son con dos dosis.

# “Operación Limpieza”

El Rotary Internacional está aportando fondos para asegurar que se den las condiciones necesarias y suficientes para erradicar el virus salvaje de la poliomielitis en los países endémicos. Esta etapa o fase del programa de erradicación de la polio ha sido denominada “Operación Limpieza” y está específicamente orientada hacia la ejecución y aceleración de los tres elementos fundamentales de la estrategia global del programa para 1990. Son éstos:

- a) alcanzar y mantener altas coberturas de inmunización;
- b) vigilancia intensiva e investigación activa; y,
- c) control agresivo de brotes.

La Operación Limpieza va a asegurar que los países endémicos reciban todo el apoyo que necesitan para ejecutar las actividades que se listan a continuación:

- Supervisar el número de municipios infectados y aquellos con coberturas inferiores al 90% entre niños menores de un año. Estos municipios serán objeto de intervenciones especiales para alcanzar coberturas de 90%, como los días locales de vacunación y/o la vacunación casa-por-casa.
- Investigar a fondo todos los casos de polio (tomar historia completa y muestra de heces y suero) dentro de la primera semana desde el inicio de la parálisis. Que haya suficiente personal a nivel central como para investigar todos los casos y llevar a cabo las actividades de vigilancia. El epidemiólogo que investiga el caso debe permanecer en el área en que se encuentra el caso probable hasta que se implementen las medidas de control.
- Que un epidemiólogo haga dos visitas de seguimiento de cada caso probable: la primera a las tres semanas de iniciados los síntomas para tomar la segunda muestra de suero (S2) y las segunda a los 60 días de inicio, para determinar la presencia de parálisis residual. Se debe disponer de los resultados de laboratorio cuando se hace la segunda visita de seguimiento. Todos los casos probables deberán tener su clasificación final a las diez semanas de iniciados los síntomas.
- Los investigadores del nivel central deberán asumir toda la responsabilidad de que las muestras se tomen, conserven y transporten en forma adecuada a los laboratorios de referencia.
- Registrar la proporción de niños que reciben vacuna durante las actividades de bloqueo que resultan de la identificación de un brote (definido como la identificación de un caso). Se deben administrar dos dosis de vacuna en esta oportunidad. Además, se van a formar equipos especiales para los bloqueos que ayudarán a las autoridades locales a implementar las medidas de control de la polio. Es posible que en algunos países que tienen gran cantidad de casos, sea necesario organizar varios equipos de bloqueo. Si la cobertura es inferior al 90%, se debe utilizar la estrategia de vacunación casa-por-casa para vacunar a todos los niños menores de cinco años.
- Cada caso que no se investigue a fondo, que no tenga seguimiento y después del cual no se realicen

bloqueos, será considerado como una falla del programa.

Ya se han preparado planes de acción especiales en Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala y México. Estos planes tienen como objetivo principal la provisión de los recursos humanos y financieros necesarios para transporte, gasolina y viáticos. Las siguientes actividades han sido consideradas como necesarias para impulsar a los países endémicos hacia la erradicación de la polio:

1. Reforzar el personal responsable de realizar la investigación y el control de los casos en los países infectados, en especial en las áreas de alto riesgo.

2. Realizar reuniones mensuales en los países infectados, con el propósito de evaluar la situación de la polio. Los informes de estas reuniones serán discutidos inmediatamente con el personal interpaís de la OPS, así como con el de la Oficina Central.

3. Telegrafiar a los laboratorios de referencia y la Oficina Central de la OPS la información básica acerca de la muestras que se están enviando.

4. Organizar equipos especiales de vacunación que tengan el propósito de rápidamente aumentar las coberturas nacionales con OPV en aquellos países que tienen coberturas menores del 50% (Bolivia, Haití, Guatemala, Perú).

5. En aquellos países donde la cobertura nacional con OPV es superior al 50%, los equipos especiales de vacunación deben organizarse solo al nivel de los municipios infectados y aquellos que los rodean, para aumentar rápidamente la cobertura con OPV e interrumpir la transmisión del virus salvaje.

6. Como mecanismo de asegurar que todos los casos de parálisis flácida se notifiquen al nivel central, se debe concentrar los esfuerzos en aumentar la efectividad del sistema nacional de vigilancia de polio en todos los países.

7. Implementar la notificación negativa semanal al nivel de todos los establecimientos de salud a que se refieren pacientes, en todos los países.

Se espera que con los fondos adicionales que aportará el Rotary Internacional para la Operación Limpieza, las coberturas con OPV aumenten por los menos al 90% en cada municipio de los países endémicos y que cada caso de polio será apropiadamente investigado y controlado en forma agresiva, asegurando así el logro de la meta de erradicación para fines de 1990.

Los Planes de la Operación Limpieza serán parte integral de los Planes de Acción Nacional del PAI, apoyados por las agencias del CCI, entre las que se incluye el Rotary Internacional. Su implementación será responsabilidad de OPS, quien desembolsará fondos de acuerdo con el plan de intensificación de la erradicación de cada país y la ocurrencia de casos probables de poliomielitis. El personal de la Oficina Central realizará visitas mensuales a los países para evaluar los avances y la implementación de las actividades fundamentales a la erradicación. Los indicadores de éxito en la implementación serán las reducciones en el número de casos confirmados y municipios infectados y los aumentos en las coberturas en cada país.

# Casos notificados de enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1988 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1987, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1988	1987	1988	1987	No Neonatorum		Neonatorum		1988	1987	1988	1987
						1988	1987	1988	1987				
<b>AMERICA LATINA</b>													
<b>Región Andina</b>													
Bolivia	31 Dic.	1 984	987	1	7	75	104	23	48	7	16	577	520
Colombia	16 Jul.	7 234	...	51	114	123	...	73	...	1 108	1 399	8 366	16 556
Ecuador	31 Dic.	8 004	1 537	9	10	129	105	128	81	9	18	193	312
Perú	31 Dic.	3 180	4 652	52	45	122	138	10	133	36	54	806	2 344
Venezuela	26 Nov.	11 265	16 556	33	39	1	1	23	12	2	2	444	764
<b>Cono Sur</b>													
Argentina**(v)	5 Nov.	4 148	8 024	1	1	80	92	...	...	8	11	3 585	2 182
Chile	31 Dic.	46 201	2 652	0	0	19	21	3	3	121	168	213	45
Paraguay	31 Dic.	543	1 360	0	0	34	59	52	59	13	18	825	261
Uruguay	10 Dic.	73	...	0	0	2	...	0	...	0	...	21	...
Brasil	31 Dic.	23 844	61 645	101	236	1 851	1 765	328	441	1 108	1 399	8 366	16 556
<b>Centroamérica</b>													
Belice**	31 Dic.	74	224	0	0	0	0	...	...	0	1	0	0
Costa Rica	27 Feb.	97	...	0	0	0	...	0	...	0	...	4	...
El Salvador	3 Sep.	434	251	9	54	31	32	25	14	0	2	30	118
Guatemala	13 Ago.	140	...	42	22	50	...	21	...	2	...	439	...
Honduras	31 Dic.	619	858	18	15	13	12	24	6	0	0	107	310
Nicaragua	31 Dic.	314	693	0	0	...	...	...	...	0	3	144	225
Panamá	31 Dic.	354	1 085	0	0	0	0	7	7	1	...	31	53
México**	10 Dic.	3 590	2 691	37	80	254	264	...	...	2	21	448	745
<b>Caribe Latino</b>													
Cuba	5 Nov.	119	752	0	0	5	5	0	0	0	0	30	93
Haití	30 Ene.	17	...	5	12	4	...	3	...	0	...	23	...
República Dominicana (v)	13Ago.	336	...	2	1	22	...	7	...	51	...	34	...
<b>CARIBE</b>													
Antigua y Barbuda	31 Dic.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	24 Dic.	22	42	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barbados**	24Dic.	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Dominica**	8 Oct.	7	77	0	...	1	1	...	...	0	0	0	0
Grenada	17 Dic.	4	6	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1
Guyana	8 Oct.	741	2	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0
Jamaica**	3 Dic.	30	35	0	0	3	0	...	...	5	2	7	20
San Cristóbal/Nieves	31 Dic.	12	...	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
San Vicente y Granadinas	30 Jul.	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía**	29 Oct.	4	4	0	0	1	0	...	...	0	0	0	0
Suriname	10 Sep.	45	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	3 Dic.	35	207	0	0	2	3	0	0	1	0	11	12
<b>AMERICA DEL NORTE</b>													
Canadá**	19 Nov.	517	2 056	1	0	3	4	...	...	12	4	672	1 042
Estados Unidos**	31 Dic.	2 90	3 655	0	0	48	48	...	...	1	3	2 925	2 823

\*\* País no notifica casos de tétanos neonatorum por separado.

# Datos de polio cubren hasta la semana 52 de 1988 (terminada el 31 de Diciembre de 1988).

(v) Casos de polio son vacunales.

... No se dispone de datos.

# Programa Global sobre el SIDA y Programa Ampliado de Inmunización: Declaración conjunta OMS-UNICEF sobre la inmunización temprana de los niños infectados con el VIH

El Programa Global del SIDA y el Programa Ampliado de Inmunización de la OMS consultaron con UNICEF y produjeron una declaración conjunta sobre la inmunización y los niños infectados con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) en Octubre de 1987. El propósito principal de la declaración era promover el uso de todos los antígenos del PAI en los niños infectados con el VIH, a excepción de la vacuna BCG que no debe administrarse a niños con infección sintomática. La experiencia adquirida a la fecha sigue apoyando estas recomendaciones, realizando los beneficios de proteger a los niños infectados mediante la inmunización, especialmente contra el sarampión y las complicaciones de la tuberculosis.

1. Los niños en que se sabe o sospecha la presencia de infección por el VIH, se encuentran a mayor riesgo de contraer la forma más severa o grave del sarampión. Se les debe ofrecer vacuna lo antes posible a estos niños.

2. La OMS recomienda que los niños bajo alto riesgo de contraer el sarampión reciban la vacuna estándar a los seis meses de edad y una segunda dosis a los nueve meses. Los niños con infección sospechada o comprobada debieran considerarse en esta categoría y debieran vacunarse a los seis

meses de edad y recibir una segunda dosis a los nueve meses.

3. Se está estudiando la inocuidad y la eficacia de la vacuna antisarampionosa administrada dentro de los primeros seis meses de vida en dosis altas y con cepas alternativas. Los datos de eficacia que se han derivado de estos estudios parecen prometedores. Es más, no se han asociado eventos adversos significativos en niños menores de nueve meses de edad que han recibido dosis más altas de la vacuna estándar o la alternativa (ni en niños mayores). Pero, la cantidad de niños estudiados es aún demasiado pequeña como para permitir que se detecten eventos especiales. Se están promoviendo en forma especial los estudios de inocuidad y eficacia en los niños en que se sospecha o conoce la presencia de infección por el VIH.

4. Los padres de los niños infectados con el VIH, también pueden estar infectados y presentan una incidencia más alta de tuberculosis infecciosa que el resto de la población general. Por lo tanto, se recomienda que los niños infectados asintomáticos reciban lo antes posible la vacuna BCG como una forma de protección precoz contra la tuberculosis.

Fuente: Weekly Epidemiological Record No. 7, 1989, pp. 48-49.

---

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). 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 significa que éstos 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  
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.