



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización
en las Américas

Año XIII Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Junio 1991

Etapas finales en la erradicación de la poliomielitis: Colombia enfrenta el desafío

Se ha declarado una situación de emergencia en Colombia. Hasta la semana 23 de este año, los únicos dos casos confirmados de poliomielitis en las Américas son de este país (Departamento de Bolívar, ver Figura 1). En el pasado, la circulación del poliovirus salvaje en Colombia estaba limitada al Departamento de Bolívar y a otros departamentos ubicados a lo largo de las costas del Atlántico y del Pacífico. Respondiendo a esta situación crítica, el Ministerio de Salud de Colombia, con la asistencia técnica de la OPS y el apoyo de organismos miembros del Comité Interregional (UNICEF, Rotary y AID), ha planificado una campaña de vacunación masiva casa por casa para inmunizar a todos los niños menores de cinco años de edad que viven en la región costera del país.

En Colombia, la campaña tendrá tres objetivos. Lo más importante es la meta inmediata que consistirá en el aumento de la cobertura con OPV para interrumpir con brusquedad la transmisión del poliovirus salvaje. Estas actividades que se llevarán a cabo casa por casa, también serán de utilidad en la búsqueda activa de nuevos casos de parálisis flácida aguda. Finalmente, ante la epidemia del cólera, los vacunadores también realizarán una vigilancia activa del cólera y proveerán a las familias información didáctica sobre la salud y las medidas sanitarias preventivas para impedir la propagación de la epidemia.

Se visitarán alrededor de un millón de hogares y se ha escogido como objetivo de esta inmunización aproximadamente un millón de niños menores de cinco años que viven en 200 municipios costeros. Las actividades para inmunizar a aproximadamente 750 000 niños que viven en áreas urbanas, han sido planificadas entre el 17 y el 29 de junio y los cerca de 250 000 niños que viven en el área rural, serán inmunizados del 1 al 26 de julio. Con el fin de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje en Colombia, estas actividades se repetirán en septiembre.

En este número:

Etapas finales en la erradicación de la poliomielitis:	
Colombia enfrenta el desafío	1
Pasando el sarampión a la historia	2
Oportunidades perdidas de vacunación en las Américas:	
diagnóstico e intervenciones, 1988 - 1990	3

Figura 1: Sitios de casos confirmados de poliomielitis y áreas objetivo de las actividades de erradicación Colombia, 1991



Fuente: OPS/OMS

Pruebas de potencia de la vacuna	6
Casos notificados de enfermedades del PAI	7
Criterios de diagnóstico diferencial de la poliomielitis, el Síndrome de Guillain-Barré, la mielitis transversa y la neuritis traumática	8

Pasando el sarampión a la historia



En 1988, en reunión extraordinaria, los Ministros de Salud de CARICOM se comprometieron a "pasar el sarampión a la historia", al resolver unánimemente eliminar la transmisión autóctona del sarampión del Caribe para 1995 y establecer esta meta como uno de los proyectos prioritarios dentro de la iniciativa de Cooperación en Salud para el Caribe. Los ministros reconocieron que esta subregión podía ser la primera del mundo en lograr la eliminación del sarampión y encomendaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la elaboración de un Plan de Acción para el alcance de esta meta.

Los esfuerzos nacionales están siendo apoyados por la OPS, la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA), UNICEF, la Fundación Rotary, la Academia para el Desarrollo de la Educación, USAID, la Unión Caribeña de Tele y Radiodifusión, la Agencia Noticiosa Caribeña y otras agencias.

La campaña para "pasar el sarampión a la historia" tiene como estrategia principal para interrumpir la transmisión, la inmunización simultánea de todos los susceptibles menores de 15 años, sin consideración de su historia previa de vacunación. Con este fin, se declaró que Mayo de 1991 sería el Mes de Eliminación del Sarampión y se lanzó una campaña masiva para lograr este fin.

Ya que el éxito del Mes de Eliminación del Sarampión dependería del grado de participación del público, se inició una campaña publicitaria a gran escala que pretendía informar acerca de la necesidad de vacunar a todos los niños. Esta constaba de propagandas transmitidas por la radio y la televisión, paquetes de material publicitario, posters, prendedores y un programa de media hora llamado "Sarampión: a la Historia" que tenía el propósito de entretener y educar al público. Los países en general se mostraron ex-

tremadamente receptivos a la campaña y muy satisfechos con la calidad del material de promoción.

Se eligió el 28 de Abril para inaugurar la campaña, ya que coincidía con el Día Internacional de la Infancia y llevaría directamente al mes de eliminación. El programa de televisión se transmitió durante la hora cumbre en la mayoría de los países y muchos de estos lo transmitieron hasta dos y tres veces. El anfitrión fue un comediante conocido y participaron además músicos populares de calypso, reggae y rap, lo que ayudó a aumentar no solo la popularidad sino también la credibilidad de la campaña.

El éxito del Mes de Eliminación del Sarampión también dependió de la coordinación entre los organismos de salud y la comunidad. Los ministerios promovieron la campaña, recomendando a los padres a vacunar a sus hijos. Los trabajadores de salud visitaron las escuelas para asegurar que los alumnos supieran que debían vacunarse. Las maestras repitieron el mensaje a sus alumnos y usaron técnicas como el hacer concursos para ver qué clase conseguía cobertura total primero. Las autoridades de salud pusieron puestos y clínicas múltiples en todas las islas, que operaban a horarios diferentes y en días alternados. El propósito era que la vacunación fuera lo más accesible al público posible. Paralelamente, se hizo un gran esfuerzo logístico para procurar que cada clínica tuviese suficientes abastecimientos de vacunas y jeringas y que la cadena de frío se mantuviera en condiciones adecuadas.

El Mes de Eliminación del Sarampión fue un gran éxito y la campaña ha tenido un buen comienzo. Las etapas fundamentales para alcanzar la eliminación para 1995 incluyen la mantención de niveles altos de cobertura vacunal - del 90% o más - y un sistema de vigilancia reforzado con respuesta agresiva a brotes de sarampión.

Oportunidades perdidas de vacunación en las Américas: diagnóstico e intervenciones, 1988 - 1990

Introducción

En 1990, la Región de las Américas alcanzó logros significativos en materia de coberturas para todas las vacunas del PAI: DPT 71%; Sarampión 75%; BCG 78% y OPV 88%, y en aquellas vacunas que se administran tres dosis como OPV y DPT, se ha alcanzado una aplicación de más del 90% de la primera dosis. Por esto, se hace necesario reducir las altas tasas de deserción, incrementar aún más las coberturas, garantizar su mantenimiento e impulsar el seguimiento de los niños vacunados. Para tal efecto se requiere de una serie de acciones de intensificación de las actividades de vacunación que signifique un mayor ofrecimiento y demanda en la totalidad de los servicios de salud. Esto implica, básicamente, un cambio de actitud frente a este acción.

Varios países del mundo y de la Región de las Américas, mediante diversos estudios, están ya identificando las limitantes de carácter técnico-logístico, de organización y de actitud del personal, así como las de tipo cultural que involucran la aceptabilidad de los servicios de salud. Estas limitantes dejan a muchos niños y mujeres en edad fértil sin acceso al Programa, e incluso encontrándose aptos y teniendo la necesidad de ser vacunados, no se les administra la vacuna al acudir a un establecimiento de salud, dando como resultado oportunidades perdidas de vacunación.

Los estudios globales recientes han demostrado que en países de otras Regiones las oportunidades perdidas de vacunación oscilan entre el 41% y 76%: - Etiopía 41%, Camerún 44%, Turquía 49%, Pakistán 69%, India 57%, Nepal 54% e Indonesia 76%. En cada uno de esos países se determinó el peso relativo de las diversas causas identificadas:

- las contraindicaciones percibidas por el personal de salud;
- falta de recursos;
- deficiencia en la organización del servicio;
- actitud del personal de salud;
- respuesta de la población a la vacunación.

De ahí resulta imperativo plantear soluciones específicas, que lleven a introducir un cambio que repercuta positivamente en la comunidad, haciendo que esta recupere su confianza en esta prestación de servicios preventivos tan importantes y necesarios. Cuando los servicios de salud abandonen las restricciones actuales las coberturas de vacunación aumentaran considerablemente sin recursos adicionales.

Definición

Oportunidad perdida de vacunación: Es toda circunstancia por la cual un niño menor de cinco años o una mujer en edad fértil, encontrándose aptos y teniendo necesidad de ser vacunados, no reciben vacuna al acudir a un establecimiento de salud.

Estudios de oportunidades perdidas de vacunación realizados en las Américas

Todos los estudios presentados en los Cuadros 1 y 2, se realizaron en base al protocolo preparado por la OMS y modificado por la OPS (documento EPI/GEN/84/4) entrevistando acompañantes de niños o mujeres en edad fértil a la salida de los establecimientos de salud. Para los estudios desarrollados en El Salvador se utilizaron también datos de revisión de historias clínicas.

Cuadro 1. Oportunidades perdidas de vacunación en niños: Resumen de estudios desarrollados en las Américas, 1988-1990

PAIS	GRUPO DE EDAD	NUMERO DE NIÑOS	% OPORTUNIDADES PERDIDAS		% OPORTUNIDADES PERDIDAS POR VACUNA				CAUSAS					
			TOTAL %	MENORES UN AÑO %	OPV %	DPT %	ANTI-SARAM %	BCG %	FALSAS CONTRA-INDIC. %	PERSONAL DE SALUD %	LOGISTICA %	FAMILIA %	OTRAS %	
BOLIVIA	<4 años	572	32		25	28	52	35	33	61	6			
COLOMBIA														
Bogota	<2 años	553	52	73	47	53	59	89	24	50	12	10	4	
Sucre	<2 años	428	77	76	70	75	88	83	14	40	26	14		
ECUADOR	<2 años	1 007	34		33	30	58	29	26	47	15	12		
EL SALVADOR	<5 años	1 211	45		NE	NE	NE	NE	93	1	1	5	4	
EL SALVADOR*	<5 años	3 243	14		NE	NE	NE	NE	81	6	1	12	4	
GUATEMALA	<2 años	1 326	51		47	48	20	NE	56	24	15	4		
HONDURAS	<2 años	507	45		31	36	49	68	57	37		6		
MEXICO	<5 años	812	40	55	63	71	84	83	22	35	43			
NICARAGUA	<3 años	3 276	66		54	69	74	65	19	31	37			13
PERU	<2 años	1 350	48	57	47	48	36	NE	42	32	20	6		
PARAGUAY	<5 años	1 290	51	55					61	38				1
VENEZUELA	<2 años	938	52		32	42	30	8	25	45	16	5		9
TOTAL		16 513	44											

N.E. No estudiado
* Resultados post intervención

**Cuadro 2. Oportunidades perdidas de vacunación en mujeres en edad fértil y embarazadas:
Resumen de estudios desarrollados en las Américas, 1988 - 1990**

PAIS	MUJERES EN EDAD FÉRTIL/ EMBARAZADAS	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE OPORTUNIDADES PERDIDAS	CAUSAS			
				FALSAS CONTRAINDIC. %	PERSONAL DE SALUD %	LOGISTICA %	FAMILIA %
ECUADOR	mujeres en edad fértil	933	52	26	62		12
EL SALVADOR	mujeres en edad fértil	556	71	94		1	5
	embarazadas	494	50	89		4	7
EL SALVADOR*	mujeres en edad fértil	712	61	98		1	1
	embarazadas	454	28	68	3	4	15
GUATEMALA	mujeres en edad fértil	2 797	80	10	74	10	12
VENEZUELA	mujeres en edad fértil	1 259	72	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.
TOTAL	mujeres en edad fértil	6 257	71				
	embarazadas	948	39				

N.E. No estudiado
* Estudio post intervención

Principales causas de oportunidades perdidas de vacunación

Las tasas de oportunidades perdidas son más altas en los niños menores de un año, que constituye el grupo objeto de los programas de vacunación. En los estudios de oportunidades perdidas con la vacuna antitetánica, son siempre más altas en las mujeres en edad fértil que en las embarazadas.

Excepto en los estudios desarrollados en Guatemala, Perú y Venezuela, las vacunas unidosis, BCG y Antisarampionosa tienen una proporción de oportunidades perdidas más alta, probablemente debido a la tendencia que los servicios de salud tienen de ofrecer esta vacuna en días específicos con la intención de reducir el desperdicio en vista de que deben ser descartadas seis horas después de reconstituidas.

Las causas de oportunidades perdidas de vacunación fueron clasificadas en cuatro categorías:

a. Las falsas contraindicaciones constituyen la causa más relevante de oportunidades perdidas entre estas se incluyen: la fiebre, diarrea, vómito, resfrío o tos.

A pesar de que las normas de los programas nacionales son claras en cuanto a definir las contraindicaciones, el personal de salud no administra la vacuna por falsas contraindicaciones, y afirma que hacerlo produce y potencia reacciones, constituye un procedimiento incorrecto o que la vacuna no se absorbe.

Esto implica la necesidad de conocer las verdaderas contraindicaciones y convencer al personal de salud de aprovechar todas las oportunidades para vacunar, para lo cual es necesario la capacitación enfocando las normas del programa; asimismo, se debe hacer un esfuerzo para difundir las normas, manteniendo un mensaje reforzado, explícito y continuo.

b. La segunda causa más importante es la actitud del personal, debido a: no ofrecer la vacuna; no pensar en la vacunación durante las visitas de rutina de los pacientes a los servicios de salud; no preguntarles el estado de vacunación mientras esperan ser atendidos. Otra de las razones de la actitud del personal para no ofrecer la vacuna es debido al temor de pérdida de biológicos y por lo tanto son renuentes a abrir un frasco de multidosis para vacunar a un niño. Es con la vacuna antisarampionosa que los trabajadores de salud tienen mayor resistencia. - Más vale perder

biológicos que perder la oportunidad de vacunar a un niño o a una mujer en edad fértil.

c. Las otras causas están relacionadas con la logística y organización de los servicios. El abastecimiento y distribución de insumos del programa a las unidades operativas constituye una limitante real que explica parcialmente el nivel de oportunidades perdidas. Será importante determinar las causas de esta deficiencia, identificando en qué punto está el cuello de botella que impide que todos los establecimientos de salud cuenten con biológicos y material en forma oportuna y en cantidades suficientes.

Las disposiciones y organización de los servicios como: no ser día de vacunación; el largo tiempo de espera en el servicio debido a que se acostumbra a reunir un cierto número de niños antes de proceder a vacunarlos, estableciendo horarios limitados y fijando días para biológicos de presentación multidosis como la antisarampionosa; y otros como la ubicación del puesto de vacunación dentro del establecimiento de salud, el no pertenecer a la jurisdicción geográfica o no traer el carnet de vacunación, constituyen otras de las causas.

d. El rechazo de la vacunación por actitud de la población, excepto para algunos grupos religiosos, no es una gran causa de oportunidades perdidas, a pesar de ser frecuentemente mencionado por el personal de salud.

Acciones de intervención

Hasta la fecha, en las Américas se tiene documentadas acciones de intervención que se realizaron en tres países, Colombia, El Salvador y Venezuela.

En Colombia, en base a lo encontrado en el estudio realizado en 1989 se ha desarrollado una estrategia que pretende dar un impulso definitivo al programa regular con el fin de alcanzar la situación ideal en que la oferta y la demanda ocurran en forma espontánea. La intervención persigue plantear, a través de la realización de un taller la problemática de las oportunidades perdidas en vacunación, homologar el nivel de conocimientos alrededor del tema de la vacunación entre los funcionarios de salud y además de involucrarlos a todos, sin excepción, en el compromiso de garantizar la protección que ofrecen las vacunas a la totalidad de los usuarios de los organismos de salud. La estrategia invita a la comunidad a aprovechar cada visita para recibir los biológicos necesarios y se motiva a través de los Comités de Participación Comunitaria (CPC) a participar

en el logro de la eficiencia en la gestión del PAI en cada organismo. Esta estrategia logró reducir las oportunidades perdidas en un 70%, tres meses después de ser implementada.

En El Salvador, las intervenciones consistieron en la divulgación de los resultados del estudio de oportunidades perdidas a todos los implicados, capacitación en servicio con énfasis en falsas contraindicaciones, mejoría del conocimiento del investigador/estudiantes, tomando ventaja del hecho que ellos pronto ocuparían los cargos de director en los centros de salud. Esta intervención resultó en una reducción del 50% en las oportunidades perdidas en niños menores de 5 años; 45% en mujeres embarazadas, y 15% en mujeres en edad fértil. Las falsas contraindicaciones siguen siendo la causa principal de oportunidades perdidas.

En Venezuela el estudio se desarrolló en nueve centros de salud, seis con intervención y tres utilizados como controles. Se utilizaron dos tipos de intervención, la primera consistió en la educación pasiva de los trabajadores de salud y pacientes que utilizan el centro de salud, por medio de cartas para cada centro, afiches y botones incentivando a la inmunización, debiendo ser llevados por los trabajadores. La segunda intervención incluyó todos los métodos de la primera intervención, más la revisión de cada tarjeta del paciente para la historia de vacunación, y el uso de una estampilla aplicada al historial para indicar qué vacunas fueron aplicadas o si el paciente estaba actualizado con sus vacunas. Estas estampillas recordaban al médico vacunar a los elegibles durante esta misma visita. Desafortunadamente se encontraron múltiples dificultades en la implementación de las intervenciones, y para mantener los centros de control libres de influencias de las intervenciones lo que no permitió obtener resultados conclusivos. Solamente la segunda intervención resultó en una disminución estadísticamente significativa del 34% de oportunidades perdidas.

Lineamientos generales para reducir las oportunidades perdidas de vacunación

El punto de partida en la formulación de dichos lineamientos es el análisis de las características de los problemas, de las causas que los originan y que las normas y procedimientos actuales no resuelven. Los lineamientos generales buscan involucrar más activamente y concientemente a los servicios y personas que intervienen en la vacunación.

De acuerdo a la identificación de problemas se han considerado recomendaciones en las siguientes categorías:

a. Personal de Salud

1. Diseñar un programa de capacitación en servicio para difundir las normas actualizadas del programa nacional de vacunación para todo el personal profesional y técnicos de los servicios de salud, a fin de asegurar su actualización y lograr un cambio de actitud frente a las "falsas contraindicaciones" y a su participación en el programa.
2. Programar y desarrollar reuniones y visitas locales con el personal operativo para discutir sobre oportunidades perdidas y presentar alternativas para aprovechar cada oportunidad de vacunación.
3. Motivar al personal de salud para que a través de la promoción y una mejor comunicación con la comunidad asegure la demanda eficiente de las vacunas.

4. Motivar al personal de salud para que ofrezca un trato satisfactorio a los que acuden al servicio de vacunación.

b. Servicios de Salud

1. Toda la población que acuda a los establecimientos de salud en demanda de servicios, deberá estar sujeta al control de su esquema de vacunación; si se observa la falta de una vacuna se deberá suministrársela de inmediato y se recomendará llevar consigo el carnet de vacunación cada vez que visite un establecimiento de salud. Ningún niño o mujer en edad fértil debe salir de un Establecimiento de Salud sin que se le administre las dosis de vacunas necesarias.
2. Se deberán proponer actividades rutinarias de Educación y Vacunación en salas de espera, hospitalización, emergencia y cuando el paciente sea admitido o dado de alta en los diferentes servicios; y reubicar el puesto de vacunación en los establecimientos de salud.
3. Se ofrecerán y aplicarán todas las vacunas a los beneficiarios durante todos los días y horas hábiles del año, debiendo contar para ello con un responsable de la atención.
4. Se deberá divulgar las normas vigentes de vacunación y corregir el desconocimiento referente a las contraindicaciones y la falsa idea del desperdicio de vacunas, así como efectivizar la norma ya existente en torno a la administración de toxoide tetánico a todas las mujeres en edad fértil.
5. Todo el personal de salud deberá participar en la promoción permanente del Programa de Inmunizaciones.
6. Se deberá establecer la atención médica integral de salud, promocionando la inmunización a partir de la primera consulta, e implementar la distribución del carnet único de vacunación.

c. Gerencia del Programa

1. Gestionar la disponibilidad permanente de biológicos, materiales y repuestos para la Cadena de frío, a fin de satisfacer la demanda de los servicios de salud.
2. Revisar cuidadosamente el proceso de distribución de vacunas y materiales para introducir mejoras en el sistema de logística.
3. Los fondos asignados al Programa Nacional de Inmunizaciones deberán ser descentralizados a las Unidades o Aéreas de Salud según la programación.
4. Asegurar que durante cada visita de supervisión a los servicios de Salud se evalúen los avances en la eliminación de las oportunidades perdidas de vacunación.
5. Promover la coordinación interinstitucional del sector público y privado para el fortalecimiento del Programa Regular de Inmunizaciones.
6. Gestionar la inclusión dentro del currículum de los Centros Educativos y las Instituciones Formadoras de Personal de Salud y de Educación, de temas referentes a control de enfermedades prevenibles por vacunación.
7. Elaborar material para motivar, promover e informar al personal de salud y a la comunidad, acerca del aprovechamiento de todas las oportunidades de vacunación.

8. A través del Comité de Coordinación Interagencial (CCI) se realizará el seguimiento y evaluación de las actividades desarrolladas para reducir las oportunidades perdidas.

d. Comunidad

1. Promover llevar consigo el carnet de vacunación cada vez que un niño o mujer en edad fértil visite un establecimiento de salud y ser guardado como un documento de importancia junto a otros.

2. Informar y crear conciencia a los padres de familia sobre la necesidad de la vacunación y la importancia de tener el esquema completo antes de cumplir un año de edad.

3. Integrar a los médicos privados y otras instituciones del sector salud en la promoción del programa y la implementación de las normas nacionales.

4. Diseñar y ejecutar un programa de capacitación para los líderes de la comunidad, con el propósito de que participen en las actividades del programa de inmunizaciones y sus diferentes estrategias.

5. Implementar actividades de promoción permanente para incrementar la demanda de programa.

6. Desarrollar actividades conjuntas con los medios de comunicación masiva y comprometer su participación en actividades de promoción del programa de Inmunizaciones.

Conclusión

Los países de las Américas, a través de múltiples estudios, han diagnosticado las causas de oportunidades perdidas de vacunación y, en la gran mayoría de los casos, éstas mismas representan una falla de los servicios de Salud. El desafío por delante es enfrentar el problema, desarrollar y poner en marcha estrategias para reducir las oportunidades perdidas de vacunación ya identificadas. El aprovechar todas las oportunidades para vacunar a mujeres y niños cuando acuden a los establecimientos de salud no es una tarea difícil y no implica costos ni personal adicional. La toma de acciones de intervención para reducir las oportunidades perdidas puede ser iniciada en forma inmediata sin mucho esfuerzo, debiendo eliminarse todo el obstáculo que origina las causas identificadas, principalmente a través de la concientización de todo el personal de salud.

Fuente: "Oportunidades perdidas de vacunación en las Américas: diagnóstico e intervenciones, 1988-1990 "; Olivé, J-M; de Quadros, C; Castillo, C; No. EPI/TAG9/91-5. Documento presentado en la IXa. Reunión del GTA sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, efectuada del 12 al 15 de marzo de 1991.

Pruebas de potencia de la vacuna

Sucede a veces que los administradores de los programas se encuentran en situaciones en que lotes de vacuna han expirado o han sido expuestos a temperaturas que producen quiebres en la cadena de frío. Se deben considerar varios elementos antes de tomar la decisión de evaluar la potencia de la vacuna. El procedimiento de prueba es largo y costoso y por ende, sólo se justifica en circunstancias muy

particulares. La vacuna se debe evaluar solo cuando se piensa que se han afectado lotes muy grandes y cuando no hay otra alternativa. El Cuadro 1 se presenta con el propósito de ayudar a los administradores a determinar si es necesario evaluar la potencia de lotes, según las dosis afectadas.

Cuadro 1. Cantidades mínimas de vacuna que justifican la evaluación de la potencia de la vacuna.

Vacuna	Número de dosis que justifican realizar una evaluación	Número de dosis que se necesita para realizar una evaluación	Tiempo en que se necesita el informe (en meses)	Temperatura de transporte
Poliomielitis (oral)	20 000	20	un mes	desde 0°C, hasta +8°C
Sarampión (congelada)				
Antiamarílica (congelada)				
BCG (congelada)				
Difteria-pertussis-tétanos			tres meses	
Toxode Tetánico	50 000			
Hepatitis B	10 000			
Poliomielitis (inactivada)	Hasta que se determine la potencia No se debe reevaluar			

Casos notificados de enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomiélitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1991 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1990, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomiélitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1991	1990	1991	1990	No Neonatal		Neonatal		1991	1990	1991	1990
						1991	1990	1991	1990				
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	1 jun.	32	136	0	0	1	7	13	11	1	0	13	83
Colombia	18 mayo	5 345	1 471	2	1	63	22	53	8	12	0	861	198
Ecuador	27 abr.	429	625	0	1	20	33	14	16	...	2	148	193
Perú	23 mar.	161	4	1	2	7	6	17	16	...	...	1	...
Venezuela	25 mayo	7 269	3 407	0	0	41	25	10	11	0	0	327	447
Cono Sur													
Argentina**	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	25 mayo	418	443	0	0	4	11	1	0	8	21	18	43
Paraguay	25 mayo	418	443	0	0	4	11	1	0	8	21	18	43
Uruguay	1 jun.	194	...	0	0	3	...	...	...	...	...	28	...
Brasil	11 mayo	6 549	6 044	0	0	278	469	60	64	102	213	1 302	4 895
Centroamérica													
Belice	8 jun.	5	39	0	0	...	...	...	...	...	...	2	2
Costa Rica	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	27 abr.	355	430	0	0	17	17	4	3	0	0	43	54
Guatemala	25 mayo	107	7 878	0	1	11	26	1	1	0	1	32	41
Honduras	18 mayo	53	7 216	0	0	1	18	6	8	0	0	12	19
Nicaragua	1 jun.	2 071	3 134	0	0	13	16	5	4	0	0	15	66
Panamá	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	11 mayo	1 208	47 929	0	2	76	74	21	22	0	0	34	465
Caribe Latino													
Cuba	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	1 jun.	324	1 515	0	0	24	46	3	10	9	26	6	6
CARIBE INGLES													
Antigua y Barbuda	30 mar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	16 mar.	0	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	30 mar.	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Dominica	30 mar.	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Grenada	18 mayo	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guyana	18 mayo	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	15 jun.	206	7 398	0	0	4	6	0	0	1	3	13	3
San Cristóbal/Nieves	30 mar.	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y Granadinas	18 mayo	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	30 mar.	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	23 mar.	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tobago	4 mayo	47	350	0	0	5	4	0	0	1	0	4	0
NORTEAMERICA													
Canadá	31 mayo	763	107	0	0	0	0	0	0	0	3	756	3 886
Estados Unidos	8 jun.	5 843	11 044	0	0	11	22	0	0	1	0	902	1 349

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

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 26 (terminada el 29 de junio de 1991).

... No se dispone de datos.

Criterios de diagnóstico diferencial de la poliomiélitis, el Síndrome de Guillain-Barré, la mielitis transversa y la neuritis traumática

	POLIO	S.G.B.	NEURITIS TRAUMÁTICA	MIELITIS TRANSVERSA
INSTALACION DE LA PARALISIS	24 a 48 horas	desde horas hasta diez días	desde horas hasta cuatro días	desde horas hasta cuatro días
FIEBRE AL INICIO	alta, siempre presente al comienzo de la parálisis flácida, desaparece al día siguiente	no es frecuente	frecuentemente presente antes de, durante y después de la parálisis flácida	rara vez presente
PARALISIS FLACCIDA	aguda, asimétrica, principalmente proximal	generalmente aguda, simétrica y distal	asimétrica, aguda, y afecta sólo un miembro	aguda, miembros inferiores, simétrica
TONO MUSCULAR	reducido o ausente en el miembro afectado	hipotonía global	reducido o ausente en el miembro afectado	hipotonía de los miembros inferiores
REFLEJOS OSTEO- TENDINOSOS PROFUNDOS	entre reducidos y ausentes	globalmente ausentes	entre reducidos y ausentes	ausentes en miembros inferiores
SENSACION	grave mialgia, dolor de espalda	calambres, hormigueo, hip anestesia de palmas de manos y pies	dolor en los glúteos, hipotermia	anestesia de los miembros inferiores con nivel sensorial
COMPROMISO DE NERVIOS CRANEANOS	solo en formas bulbares	suele estar presente, superiores e inferiores: síndrome de Miller-Fisher	ausente	ausente
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	solo en formas bulbares	en casos graves, exacerbada por neumonía bacteriana	ausente	a menudo torácica, con nivel sensorial
AUTONOMIA Y DISAUTONOMIA	rara	frecuentes cambios en la presión arterial, sudoración, enrojecimiento del rostro y temperatura alterada	hipotermia en el miembro afectado	presente
LIQUIDO CEFALO- RAQUIDEO	inflamatorio	disociación albúmino- citológica	normal	normal o moderado en células
DISFUNCION VESICAL	ausente	a veces transitoria	nunca	presente
VELOCIDAD DE CON- DUCCION NERVIOSA: TERCERA SEMANA	anormal: enfermedad de las células del asta anterior (normal en las primeras dos semanas)	anormal: desmielinización	anormal: daño axonal	normal o anormal, sin valor diagnóstico
ELECTROMIOGRAFIA A LAS TRES SEMANAS	denervación anormal	normal	normal	normal
SECUELA A LOS TRES MESES Y HASTA UN AÑO	grave, asimétrica, atrofia, y después, deformaciones esqueléticas	atrofia simétrica moderada de músculos peroneales	atrofia moderada, solo en el miembro inferior afectado	atrofia, displegia flácida después de años

Fuente: "Síndrome de Guillain-Barré: "El diagnóstico de la polio y otras parálisis flácidas agudas: enfoque neurológico"; Alcalá, H; Olivé, J-M; de Quadros, C; No. EPI/TAG/91-10. Documento presentado en la Novena Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, efectuada del 12 al 15 de marzo de 1991.

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 significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.



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

Editor: **Ciro de Quadros**
Editora Adjunta: **Roxane Moncayo Eikhof**

ISSN 0251-4729