



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año VIII, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre de 1986

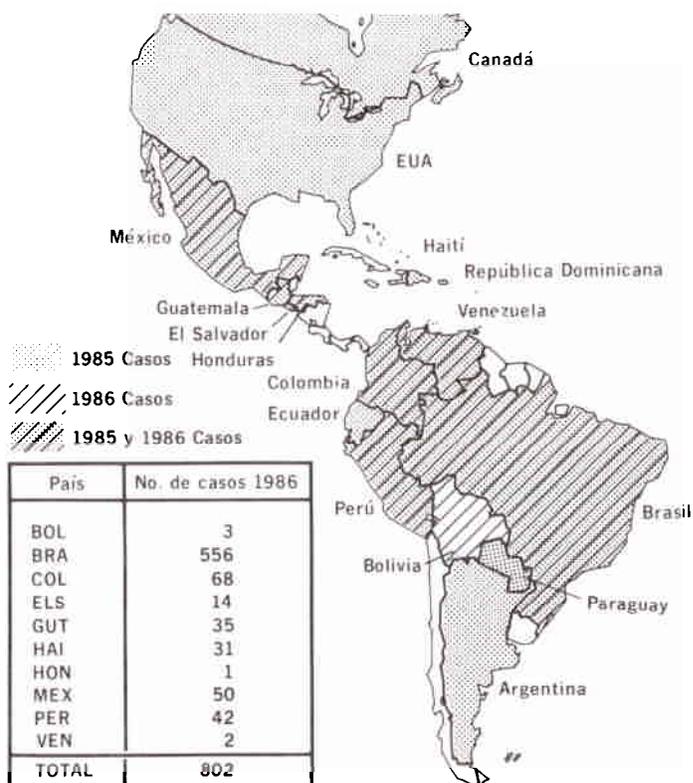
Poliomielitis en las Américas: 40 primeras semanas

Durante las 40 primeras semanas de 1986 (que finalizaron el 4 de octubre) se notificó un total de 802 casos de poliomiélitis en 10 países de la Región de las Américas (Figura 1). En ese mismo período de 1985 se notificaron 517 casos en 11 países. Este año han estado exentos de poliomiélitis seis países que notificaron casos en 1985, a saber, Argentina, Canadá, la República Dominicana, Ecuador, Paraguay y los Estados Unidos. Bolivia no notificó ningún caso en 1985 pero ha tenido tres en el curso de este año.

Desde la 32ª semana (que finalizó el 9 de agosto) han notificado casos otros tres países, a saber, Bolivia (3 casos), Honduras (1) y El Salvador (14).

Los resultados de los especímenes analizados en el laboratorio tomados de casos de Bolivia y Venezuela indican que el agente causal es el poliovirus tipo 3. En Brasil se ha comprobado que este causa 71% de los casos sobre los que existen datos de laboratorio.¹ Esos datos señalan enfáticamente que ha aumentado la circulación del poliovirus tipo 3 en la Región.

FIGURA 1. Países que han notificado casos de poliomiélitis en las Américas Semanas 1-40, 1986



¹ Véase el Boletín PAI VIII-4 (agosto de 1986), página 3.

En este número:

- Poliomiélitis en las Américas: 40 primeras semanas 1
- Conclusiones de la Tercera Reunión del Grupo Asesor Técnico del PAI 2
- Examen de los casos de poliomiélitis notificados en los Estados Unidos de América en 1985 4
- Epidemiología de la omisión de la vacunación 5
- El PAI no recomienda el uso ordinario de antipiréticos en los programas de inmunización 6
- Casos notificados de enfermedades del PAI 7
- El Día Mundial de la Salud de 1987 se concentrará en la inmunización 8

Conclusiones de la Tercera Reunión del Grupo Asesor Técnico del PAI

El Grupo Asesor Técnico (GAT) del PAI se reunió por tercera vez desde su creación en 1985 para analizar la situación de la poliomielitis en las Américas y formular recomendaciones sobre la forma de lograr la meta de la erradicación de la poliomielitis en el hemisferio en 1990. El grupo fue primero a Río de Janeiro, donde asistió a la inauguración del curso sobre diagnóstico de la poliomielitis en los laboratorios de FIOCRUZ, y prosiguió a Brasilia para reunirse del 10 al 12 de septiembre.

A continuación se indican las conclusiones y recomendaciones emanadas de esa reunión.

El GAT se complace en señalar los grandes adelantos alcanzados desde su última reunión, particularmente en Brasil y México. Además desea expresar sus agradecimientos por el rápido y generoso apoyo de los organismos bilaterales e internacionales como USAID y UNICEF y las entidades voluntarias como el Club Rotario Internacional. Dicho apoyo ha sido un factor decisivo en los adelantos logrados hasta la fecha. En vista del apoyo externo recibido, es indispensable que los países comiencen a planificar la forma en que han de continuar las actividades una vez que haya terminado el período de financiamiento externo. Pese a los adelantos logrados hasta la fecha, todavía existen varios problemas que amenazan el éxito del programa. A continuación se abordan algunos de estos, clasificados por grupos.

Administración nacional

La naturaleza intersectorial del programa, su alcance nacional (e internacional) y la multiplicidad de las fuentes externas de financiamiento exigen la designación de una persona o un pequeño grupo a nivel nacional con la responsabilidad de coordinarlo. Esta persona o ese grupo debe tener autoridad para afectar la política pertinente.

Asuntos relativos a operaciones

Convendría analizar más regularmente la cobertura vacunal en los municipios (o unidades geopolíticas menores) y planificar actividades especiales destinadas a ampliar la cobertura en las zonas donde es inferior al 80%. Esto podría comprender ciclos especiales de vacunación. A causa de los problemas de empleo de los datos existentes sobre población para estimar la cobertura, convendría considerar otras técnicas de obtención de datos, tales como las encuestas rápidas de cobertura realizadas en México.

La frecuencia de casos en zonas donde se han celebrado ciclos repetidos de vacunación (por ejemplo, el nordeste del Brasil) hace dudar de la eficacia de la cadena de frío. Parecería necesario realizar un estudio especial al respecto. Sin embargo, en todos los países es esencial prestar continua atención a la conservación de la vacuna desde el momento del envío por el fabricante hasta el momento en que se recibe, a causa de la extrema sensibilidad de la OPV al calor.

Aunque la inclusión de otros antígenos en programas que antes se habían dedicado exclusivamente a la poliomielitis introduce varias complejidades operativas, el GAT considera que deberá hacerse todo lo posible por incluir otros antígenos del PAI en las campañas.

Vigilancia

Se ha progresado mucho en la preparación de manuales de vigilancia y ya se ha comenzado a establecer sistemas nacionales en ese campo. Sin embargo, los asuntos de vigilancia siguen constituyendo los problemas más críticos. El GAT señala que en algunos países el número de casos sospechosos notificados es igual o superior al número de casos probables o confirmados. La clasificación de CASO SOSPECHOSO debe ser provisional. Dentro de las primeras 48 horas de la notificación inicial todo CASO SOSPECHOSO debe clasificarse como CASO PROBABLE o descartarse por ser otra su causa. En forma similar, los casos PROBABLES deben clasificarse definitivamente dentro de las 10 semanas de notificación como CONFIRMADOS o como casos que NO son de POLIOMIELITIS.

Todas las investigaciones habrán de estar a cargo de epidemiólogos especialmente adiestrados, a nivel estatal (en los grandes países como Brasil) o nacional. Se deberá hacer todo lo posible por obtener suero de pacientes en fase aguda y convaleciente así como especímenes de materia fecal para ampliar la posibilidad de confirmación del caso. También deberá ponerse el mayor empeño en determinar por qué ocurrió el caso—falla de la vacuna, niño no vacunado (y si no estaba vacunado ¿por qué?), etc.—para poder tomar medidas correctivas.

Sin duda alguna, los sistemas de vigilancia varían de un país a otro y aun dentro de un mismo país. Sin embargo, se habrán de seguir ciertos principios comunes. Convendrá identificar por lo menos una fuente de notificación en cada municipio (o en otra pequeña unidad geopolítica similar) e informar semanalmente a las autoridades estatales (o nacionales) si se han observado casos de poliomielitis o no. Se habrá de supervisar la participación de la fuente de notificación a manera de evaluación del sistema de vigilancia. Será preciso introducir y emplear otros

indicadores de la eficacia del sistema de vigilancia, inclusive el intervalo entre el comienzo del caso y la notificación, el intervalo entre la notificación y la investigación, el número de casos con información completa, el tiempo transcurrido hasta que se concluye la investigación, el número de fuentes que notifican información semanalmente, etc.

Los países que notifiquen pocos casos o ninguno deben ampliar su sistema de detección identificando todos los hospitales y centros de rehabilitación donde hay posibilidades de examinar casos y pidiéndoles que notifiquen semanalmente todos los casos de enfermedad parálitica febril, síndrome de Guillain-Barré y mielitis transversa. Indudablemente, ello exigirá varias visitas de los oficiales del programa de vigilancia para establecimiento del sistema. Todos esos casos deben ser investigados por epidemiólogos con la debida formación y se habrán de obtener sin demora especímenes para análisis de laboratorio. Otras actividades que permiten confirmar la ausencia de poliomielitis podrían incluir encuestas de casos de cojera en las regiones donde han pasado varios años sin que se notifique ningún caso.

Apoyo a los laboratorios

Se necesita con urgencia ampliar el apoyo prestado a los laboratorios y establecer una amplia red de éstos. El GAT desea señalar los grandes adelantos que se han logrado en la evaluación de los laboratorios nacionales, la preparación de manuales de laboratorio y la formación del personal respectivo. El GAT opina que la OPS debe designar ahora un limitado número de laboratorios (5-6) a los que se prestará apoyo inmediato que les permitirá funcionar como recursos internacionales. Partiendo de las evaluaciones realizadas, el GAT sugiere seleccionar a los laboratorios de Argentina, Brasil (FIOCRUZ), Colombia, Guatemala, México y Trinidad (CAREC) por considerarlos apropiados para la primera etapa de desarrollo.

Para fines de la erradicación de la poliomielitis, la principal información que se necesita obtener de un laboratorio para poder emitir el diagnóstico es si el agente causal es un poliovirus o no. No es preciso examinar a fondo la etiología de un virus que no sea causante de la poliomielitis. Sin embargo, en algunas zonas donde ya existen laboratorios, convendría realizar las pruebas más complejas y costosas que se necesitan para identificar a un agente etiológico que no sea un poliovirus al menos en una muestra de casos. La decisión de realizar esta otra actividad debe adoptarse teniendo pleno conocimiento de los costos y del trabajo que ello implica.

En algunos países todavía no existe la estrecha coordinación necesaria entre el laboratorio y los epidemiólogos/administradores de programas. El laboratorio desempeña una función crítica en la vigilancia, que en sí es la clave del éxito del programa. Convendrá hacer todo lo posible para que el personal de laboratorio, de epidemiología y de operaciones trabaje en forma estrecha y eficaz, quizá incluyendo representantes de cada actividad en las investigaciones de casos o de brotes.

Investigaciones

Se necesitarán investigaciones básicas y operativas para el programa de erradicación. Las necesidades más apremiantes parecen estar en el campo de las investigaciones operativas destinadas a resolver los problemas existentes, por ejemplo, el sistema de la cadena de frío, la falta de aceptación de la vacuna y los instrumentos de vigilancia más efectivos en una zona determinada. Además, será preciso considerar la posibilidad de evaluar la cobertura en cada año de vida para determinar si los niños de 3 y 4 años participan en las jornadas de vacunación en la misma forma que los lactantes y los niños pequeños y si la inclusión de los niños de 3 y 4 años en la población destinataria del programa afecta las estimaciones de cobertura de la población más expuesta al riesgo de enfermedad. Se necesitan instrumentos más básicos, tales como una prueba rápida para diferenciar el virus salvaje del virus de la vacuna. El GAT cree que la OPS debe coordinar la preparación de un plan oficial de investigaciones y asegurarse de que se realicen.

Brasil

El brote de poliomielitis causada por el virus del tipo 3 en el nordeste de este país es un asunto enigmático y, al parecer, podría deberse a la falla selectiva del componente del tipo 3 de la vacuna antipoliomielítica oral (OPV) o a una falla general de esta (por ejemplo, a causa de problemas en la cadena de frío) en un medio donde circula el poliovirus del tipo 3. Las medidas tomadas para abordar este problema son apropiadas y los estudios actualmente emprendidos deberán concluirse lo más pronto posible. Será preciso recurrir a otros métodos para tratar de identificar las causas del problema entre los cuales están una evaluación cuidadosa de la cadena de frío y de la cobertura a nivel local mediante encuestas para determinar si es baja en las zonas afectadas y, un análisis más detallado de los datos existentes para descubrir si hay una diferencia aparente en la eficacia clínica de los componentes del tipo 1 y del tipo 3. Si hay cualquier indicio de problema en la cadena de frío, deberá considerarse la posibilidad de emplear indicadores de temperatura en el envase de la vacuna.

Próxima reunión del GAT

La próxima reunión del GAT se ha fijado provisionalmente para finales de abril de 1987 en Guatemala. Entre los principales temas del programa estarán varias presentaciones sobre el estado de las actividades en marcha en los países centroamericanos, actualización del trabajo realizado en Brasil y México, discusión de los poliovirus del tipo 3 y de la vacuna correspondiente y consideración del programa de investigaciones.

Fuente: Informe final de la tercera Reunión del Grupo Asesor Técnico (GAT) del PAI en Erradicación de la Poliomielitis en las Américas, Brasilia, 10-12 de septiembre de 1986.

Examen de los casos de poliomielitis notificados en los Estados Unidos de América en 1985

En septiembre de 1985 se analizaron individualmente los datos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos de 150 casos sospechosos de poliomielitis notificados a los Centros de Control de las Enfermedades (CCE) entre 1975 y 1984. La División de Inmunización de los CCE, el Centro de Servicios de Prevención y la División de Virología del Centro de Enfermedades Infecciosas habían determinado provisionalmente que 121 casos se ajustaban a la definición de poliomielitis paralítica.¹ En general, 118 casos contaron con la aceptación de los revisores y se agruparon según un sistema de clasificación epidemiológica establecido en 1975 en el que se incluyen epidemias, endemias, casos importados y casos de inmunodeficiencia.

En comparación con el promedio de 15.822 casos anuales notificado entre 1951 y 1955, período que precedió directamente al de amplia disponibilidad y empleo de las vacunas antipoliomielíticas, el número de casos anuales alcanzó un promedio de 15 entre 1975 y 1979 y disminuyó a 9 entre 1980 y 1984. De los 118 casos registrados entre 1975 y 1984, 10 (8%) fueron casos epidémicos, por ejemplo, guardaban relación epidemiológica con otro(s) caso(s), provenientes todos de una epidemia ocurrida en 1979 que fue ocasionada por un poliovirus salvaje del tipo 1; 12 (10%) fueron casos importados por ciudadanos de los Estados Unidos cuya enfermedad comenzó antes o después de su regreso al país y 11 (9%) ocurrieron en personas con inmunodeficiencias primarias. Uno de estos últimos casos, que ocurrió en 1981 y correspondió a una persona no viajera, fue el último caso de poliomielitis endémica causada por el virus salvaje en los Estados Unidos de América. Los 85 restantes (72%) fueron casos endémicos, es decir, que no estuvieron epidemiológicamente vinculados con ningún otro caso; 71 (60%) guardaron relación epidemiológica con el empleo de la vacuna. De los 71 casos relacionados con la vacuna, 30 (42%) ocurrieron en receptores de la vacuna y 41 (58%) en contactos de éstos. Catorce (40%) de los casos endémicos no guardaron relación epidemiológica con la vacuna; sin embargo, en 5 fue posible aislar virus cuya clasificación demostró definitivamente que estaban relacionados con la vacuna.

Nota de la redacción de MMWR: La transmisión continua de la poliomielitis paralítica causada por el virus salvaje se ha eliminado de los Estados Unidos siguiendo la política de inmunización actualmente recomendada por el

¹ Desde 1969, la definición de un caso de poliomielitis paralítica empleada en los CCE ha sido un paciente con parálisis clínica o epidemiológicamente compatible con poliomielitis que, 60 días después del comienzo de los síntomas, tiene déficit neurológico residual o ha muerto o sobre el que no existe información relativa a los residuos neurológicos de la enfermedad.

Comité Asesor en Prácticas de Inmunización, que se basa principalmente en el empleo de la vacuna antipoliomielítica oral para la serie de inmunización primaria. De 1980 a 1984, se comprobó por medio de clasificación de cepas de aislados de poliovirus que sólo 3 de 45 casos (2 importados y 1 inmunodeficiente) eran causados por virus salvajes. Se supuso que desde el punto de vista epidemiológico un tercer caso importado había sido causado por un poliovirus salvaje. De otro modo, los casos raros de poliomielitis paralítica notificados en los Estados Unidos han estado relacionados con la vacuna.

Partiendo de la información obtenida en 85 casos ocurridos en receptores y contactos inmunológicamente normales y una distribución de cerca de 274,1 millones de dosis de la vacuna antipoliomielítica oral entre 1973 y 1984, el riesgo de poliomielitis paralítica relacionada con la vacuna es de 1 caso por cada 3.22 millones de dosis distribuidas.

Cuando se incluyen los 104 casos relacionados con la vacuna (85 entre los receptores y contactos inmunológicamente normales; 13 entre los receptores y contactos inmunodeficientes y otros 6 en los que se aisló un virus parecido al de la vacuna) en ese mismo período, el riesgo general relacionado con la vacuna antipoliomielítica oral es de un caso por cada 2,64 millones de dosis distribuidas.

En la reunión del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización realizada en octubre de 1985 se analizaron varios asuntos relativos a las vacunas antipoliomielíticas y a la política de inmunización contra la poliomielitis vigente en los Estados Unidos. En la discusión se trataron asuntos como la vacuna antipoliomielítica de virus vivo y la actual vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) y una vacuna IPV más potente que todavía no ha salido al mercado en los Estados Unidos. Los asuntos tratados comprendieron seroconversión, inmunidad intestinal, duración de la inmunidad, multiplicación de poliovirus en el intestino, inocuidad, cobertura de inmunización, seroprevalencia, la actual epidemiología de la poliomielitis en los Estados Unidos y la posibilidad de introducción del poliovirus salvaje. Teniendo en cuenta los datos examinados, el Comité concluyó que de momento no era preciso modificar el método básico empleado para combatir la poliomielitis en los Estados Unidos (que se basa principalmente en la inmunización primaria con la vacuna OPV y el uso selecto de la IPV), pero que ese tema deberá analizarse continuamente.

Fuente: *Weekly Epidemiological Record* 61(34):262, 22 agosto de 1986 (artículo basado en *Morbidity and Mortality Weekly Report* 35:11, 1986).

Epidemiología de la omisión de la vacunación

Oportunidades perdidas

Aunque en algunas regiones la baja cobertura de inmunización se atribuye a falta de servicios, la omisión de vacunación se debe en gran parte a que el sistema de salud no emplea todas las oportunidades de inmunización que tiene. Para determinar por qué se pierden esas oportunidades, conviene examinar la epidemiología de la omisión de la vacunación. Esa investigación se concentraría en las siguientes preguntas:

- ¿A quién no se vacuna?
- ¿Dónde se podría haber administrado la vacuna?
- ¿Cuándo se podría haber administrado la vacuna?
- ¿Por qué no se administró la vacuna?

¿A quién no se vacuna?

Los datos de la división de salud materno-infantil de un hospital de Bhután indicaron que de 113 niños registrados que reunían los requisitos para recibir la vacuna antisarampionosa:

- 30% no había tenido ningún contacto después de llegar a la edad mínima para la vacunación antisarampionosa;
- 29% había tenido contacto después de 9 meses pero no había recibido la inmunización;
- 8% había sido vacunado antes de la edad de 9 meses, recomendada para la inmunización;
- 13% había recibido la inmunización en el primer contacto después de los 9 meses;
- 17% había sido inmunizado durante el segundo contacto o un contacto subsiguiente después de 9 meses.¹

Si se hubiera examinado e inmunizado a todos los niños que acudieron a ese servicio en el momento de primer contacto después de los 9 meses, la cobertura habría sido de más de 60% en lugar del 30% notificado.

¿Dónde y cuándo se podría haber administrado la vacuna?

Los tres lugares donde se pierde más comúnmente la oportunidad de vacunar a los niños son los dispensarios de inmunización, los centros de salud y los hospitales. En las entrevistas de salida efectuadas en los dispensarios de inmunización se descubre a menudo que se deja de administrar de 10 a 20% de las inmunizaciones necesarias. Se han subrayado cinco razones principales para ello: los niños no se someten a examen, se examinan incorrectamente, se examinan pero no se envían a otros servicios, se envían a otros servicios pero no reciben inmunización o no son completamente vacunados.

La omisión del examen ocurre más frecuentemente en los dispensarios muy concurridos donde el movimiento de pacientes es más caótico que ordenado. Son comunes los errores en los exámenes y en los intervalos entre las dosis y la exclusión inadvertida de los niños del grupo que se proyecta vacunar contra el sarampión, especialmente cuando un voluntario sin experiencia practica el examen. El examen sin envío a otros servicios es el más grave de los problemas encontrados en las sesiones de inmunización. Se examinan las tarjetas de inmunización, se registran las fechas de vacunación en la tarjeta, esta se le devuelve a la madre y esta y el niño salen del dispensario sin que se haya aplicado la inmunización. Es preciso establecer un sistema que evite casos como este.

Igualmente perturbadora es la pérdida de oportunidades de inmunización en los servicios de niño sano, en los servicios de atención infantil y en las salas de atención ambulatoria y de urgencia de los hospitales. Esto reviste particular importancia en el caso del sarampión, en el que es necesario aplicar la vacuna el día de la exposición a la enfermedad para evitar propagación tan común en los dispensarios. Debe establecerse un servicio de vacunación diaria, por lo menos contra el sarampión, en todos los dispensarios donde se atiende a 10 o más niños que reúnen las condiciones para recibir la vacuna.

¿Por qué no se administró la vacuna?

En los centros médico-asistenciales donde se mantienen libros de registro, es muy útil la supervisión para determinar las prácticas y la cobertura de la inmunización. Por ejemplo, al revisar un registro en Indonesia se observó que sólo se había inmunizado a la mitad de los 32 niños que acudieron al dispensario y que tenían edad para recibir la vacuna antisarampionosa. Entre las razones dadas por un vacunador experto están las siguientes:

- “Antecedentes de sarampión—no necesitaba la vacuna”
- “Sólo había dos niños y no quería abrir un frasco de vacuna de 10 dosis”.
- “El niño tenía un resfriado o fiebre”.
- “Primer contacto—no quería que el niño sufriera al aplicarle tres inyecciones”.

Estos conceptos erróneos subrayan la necesidad de supervisar regularmente para puntualizar problemas, celebrar discusiones para entenderlos y ofrecer la formación necesaria para corregirlos.

La deficiente cobertura de las mujeres embarazadas con el toxoide tetánico (TT) ofrece múltiples ejemplos de oportunidades de inmunización perdidas. Los datos sobre la cobertura con TT en 19 provincias de Indonesia indicaron que sólo 21% de las mujeres embarazadas que habían tenido dos o más consultas de atención prenatal en el dispensario contaban con la debida protección.² Si se

¹ Weekly Epidemiological Record 61(17):128-129 (1986).

² Bulletin of the World Health Organization 64(2):259-262 (1986).

hubiera administrado regularmente la vacunación en cada dispensario de atención prenatal, la cobertura habría sido superior a 68%. Cuando se deja de inmunizar a las madres que llevan a sus hijos al dispensario para que éstos reciban la vacuna se pierde otra oportunidad.

Oportunidades aprovechadas

Otro ejemplo tomado de Indonesia muestra lo que puede suceder cuando el personal de salud aprovecha todas las oportunidades de inmunización. Los voluntarios de una aldea del este de Java celebran sesiones semanales en la casa de un dirigente local para ofrecer enseñanzas de salud y nutrición, vigilar el crecimiento, ofrecer consejos sobre nutrición y orientación sobre planificación familiar. El personal del centro de salud aplica inmunizaciones cada mes o en algunos casos cada tres meses. Antes de la sesión de inmunización los voluntarios de la aldea identifican a los niños que tienen necesidad de vacunarse y les dan un boleto escrito de referencia. El personal de salud aplica las vacunas BCG, DPT, antipoliomielítica oral trivalente, antisarampionosa y TT, logrando una cobertura de casi 100%. Aunque quizá algunos niños no pertenecientes al sistema queden sin inmunizar, no se desaprovecha la oportunidad de vacunar a los que forman parte de aquel.

En la misma aldea se examinó el registro de pacientes ambulatorios de un subcentro local para determinar el número de casos de sarampión. Pese a que existe sarampión en esa zona, sólo había ocurrido un caso residente en la población más expuesta que estaba en edad de recibir la vacunación, es decir, que tenía de 9 meses a un año de edad.

¿A qué factores se atribuye el éxito?

- un dirigente de la comunidad muy dedicado (alcaldesa)
- voluntarios de la comunidad
- interés y participación de la comunidad
- un sistema para identificar y enviar casos susceptibles a otros servicios

- un estricto proceso de selección
- un vacunador competente y motivado
- un plan para garantizar la cobertura a toda la zona
- un sistema de vigilancia para determinar el progreso alcanzado y los problemas surgidos.

Como indican estos ejemplos, al investigar la epidemiología de la omisión de la vacunación se pueden descubrir muchas oportunidades para ampliar la cobertura a un costo mínimo. El personal de salud que participa en las actividades de inmunización de todos los niveles debe conocer la forma de identificar esas oportunidades y de hacer uso efectivo de las mismas para ampliar la cobertura con las vacunas objeto del PAI.

Nota de la redacción: La necesidad de aprovechar todos los contactos para administrar la inmunización es una de las "recomendaciones para la acción" de la OMS, recientemente aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud, con el fin de acelerar el programa. La OMS recalca que todos los servicios de salud curativos y preventivos deben ofrecer inmunización, aun a los niños con malnutrición o enfermedades leves.

Será necesario establecer un eficaz sistema de comunicación entre los proveedores de salud y las comunidades para descubrir y aprovechar las oportunidades de inmunización perdidas en forma aceptable para la población servida. Estos métodos relativamente sencillos y de bajo costo para ampliar la cobertura adquieren aun mayor importancia a la luz de la meta de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas en 1990.

Fuente: Este artículo se basa en un documento inédito presentado en el Simposio Internacional sobre Preparación y Utilización de Vacunas (Washington, DC, 9-10 de junio de 1986) por el Dr. Stanley O. Foster, Magister en Salud Pública, Oficina de Programas Internacionales de Salud, Centros de Control de las Enfermedades (Atlanta, Georgia).

El PAI no recomienda el uso ordinario de antipiréticos en los programas de inmunización

El Programa Ampliado de Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (PAI/OMS) ha concluido que no se debe recomendar el uso profiláctico ordinario de medicamentos antipiréticos, antiinflamatorios y analgésicos en programas de inmunización infantil. En el caso excepcional de un niño que haya tenido una grave reacción febril a una dosis anterior de la vacuna DPT, se puede considerar la posibilidad de emplear paracetamol o acetoaminofén para fines profilácticos.

El PAI/OMS analizó recientemente la información disponible sobre las reacciones secundarias ulteriores a la inmunización con la vacuna DPT y su posible relación con la elevada tasa de abandono entre las dosis primera y

tercera de la vacuna. Se supuso que el empleo de medicamentos como salicilatos o paracetamol disminuiría las tasas de abandono en el caso de la vacuna DPT al reducir la incidencia de las reacciones secundarias.

Estas conclusiones se basaron en las siguientes consideraciones:

— *La relación existente entre las tasas de abandono y los efectos secundarios de la vacuna sigue siendo un hecho sin comprobar.* En la mayoría de los programas existen tasas de abandono de 20 a 40% entre las dosis primera y tercera de la vacuna DPT. El hecho de que en varias campañas de inmunización antipoliomielítica en masa esas tasas hayan sido equivalentes indica que otros factores pueden desem-

Casos Notificados de Enfermedades del PAI

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

Tétanos

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis§		No Neonatorum		Neonatorum		Difteria		Tos Ferina	
		1986	1985	1986	1985	1986	1985	1986	1985	1986	1985	1986	1985
AMERICA DEL NORTE													
Canadá	9 Ago.	13.952	1.894	—	—	3**	2**	...	...	2	5	1.163	860
Estados Unidos	6 Sep.	5.345	2.417	—	3	47**	43**	...	...	—	1	2.084	1.998
CARIBE													
Antigua y Barbuda	19 Abr.	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
Bahamas	14 Jun.	21	16	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1
Barbados	19 Abr.	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	14 Jun.	29	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grenada	14 Jun.	5	6	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—
Haití	*	...	...	31	74	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	25 Ene.	6	...	—	—	—	...	—	...	—	...	—	...
República Dominicana	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal-Nevis	17 Mayo	10	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y Granadinas	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	22 Feb.	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	19 Abr.	1.497	...	—	—	1	...	—	...	—	...	4	...
MESOAMERICA CONTINENTAL													
Belice	14 Jun.	15	4	—	—	—	2	—	—	—	—	7	28
Costa Rica	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	3 Mayo	93	1.076	14	3	9	17	9	9	—	3	134	80
Guatemala	19 Abr.	651	...	35	7	15	...	1	...	...	...	189	...
Honduras	14 Jun.	347	4.045	2	5	6	4	4	3	—	—	79	108
México	*	...	...	50	109	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	19 Abr.	668	...	—	—	...	...	...	...	—	...	115	...
Panamá	28 Jun.	2.210	...	—	...	2	...	1	...	...	...	20	...
SUDAMERICA ZONA TROPICAL													
Bolivia	22 Mar.	25	73	3	—	...	5	5	—	5	9	113	331
Brasil	26 Jul.	36.285	33.490	556	248	1.060	1.116	277	363	1.121	1.412	12.707	11.844
Colombia	*	...	...	68	14	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	21 Oct.	459	...	—	—	52	...	46	...	10	...	548	...
Guyana	22 Feb.	2	13	—	—	1	1	...	...	—	—	—	—
Paraguay	19 Abr.	132	...	—	3	13	...	14	...	9	...	57	...
Perú	4 Oct.	1.481	...	42	44	55	...	68	...	23	...	716	...
Suriname	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	19 Abr.	4.242	10.840	2	7	—	—	—	—	—	3	859	508
SUDAMERICA ZONA TEMPLADA													
Argentina	14 Jun.	1.607	3.722	—	—	36**	43**	...	...	8	4	842	2.805
Chile	17 Mayo	3.387	1.471	—	—	10	12	—	—	68	47	11	539
Uruguay	*	...	...	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...

* No se ha recibido información de 1986.

— Cero

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

... No se dispone de datos.

§ Datos para polio hasta la semana 40 (terminada 4 de octubre).

peñar una función más importante. Los estudios sobre las razones que existen para dejar de completar la serie de inmunización indican que la falta de conocimientos o la dificultad de acceso a los servicios son asuntos citados con mayor frecuencia que el temor a los efectos secundarios.

— *La eficacia de la administración profiláctica de esta clase de medicamento está por comprobarse.* Solo se encontró un estudio que permitió demostrar que el acetoaminofén administrado inmediatamente antes de la vacuna DPT redujo significativamente la frecuencia de la fiebre seis horas después de la inmunización. En ese estudio no se observó ninguna alteración importante en la incidencia de reacciones locales.

— *Los riesgos relacionados con la administración de estos medicamentos son pequeños pero no se deben pasar por alto.* Debe desestimularse activamente la administración de salicilatos a los niños a causa del peligro de hiperpirexia, es decir, el resultado contrario al efecto que se pretende lograr. Además existe una relación mucho más rara pero también más grave con el síndrome de Reye cuando se administran salicilatos a niños que tienen ciertas infecciones. Como sucede con cualquier medicamento, también hay un riesgo pequeño pero claro de que

puede tomarse una dosis excesiva por accidente. Se sabe que el paracetamol causa lesiones hepáticas cuando se toma en dosis excesivas.

Independientemente de cualquier justificación clínica para considerar el uso de antipiréticos y de medicamentos similares en programas de inmunización, su introducción como procedimiento ordinario tendría importantes repercusiones en cuanto a costo, a la logística y a la capacitación.

Por tanto, como no se ha comprobado que el uso de antipiréticos lleva a completar la serie de la vacuna DPT, el PAI/OMS no recomienda su uso ordinario. Se necesitan otros estudios para determinar 1) los efectos de las reacciones locales y sistémicas después de la inmunización con la vacuna DPT en cumplimiento de los programas de inmunización, especialmente en las tasas de abandono y 2) los efectos que tiene el uso profiláctico de antipiréticos y medicamentos similares sobre la incidencia de efectos secundarios.

Fuente: Memorando de la OMS EPI/18 372/CDC EPI 18 446 VI de fecha 31 de julio de 1985.

El Día Mundial de la Salud de 1987 se concentrará en la inmunización

El próximo Día Mundial de la Salud se celebrará el 7 de abril de 1987 y se empleará para acentuar la prevención de las enfermedades infantiles por medio de la inmunización. Este acontecimiento se anunciará bajo el lema "Vacunación: Derecho de cada niño".

Es de esperar que las celebraciones del Día Mundial de la

Salud ayuden a recalcar que el éxito del PAI depende de la activa participación de las personas y las comunidades. Las celebraciones nacionales podrían emplearse como vehículo para fomentar el PAI, instando a destacadas personalidades del mundo político, médico y artístico a participar en actividades de inmunización.

El *Boletín Informativo del PAI* es una publicación bimensual, en español e inglés, preparada por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

Las referencias a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este boletín no significan que estos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

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

Contribuyentes a este número: Jean-Marc Olivé

ISSN 0251-4729



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