



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XI Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto 1989

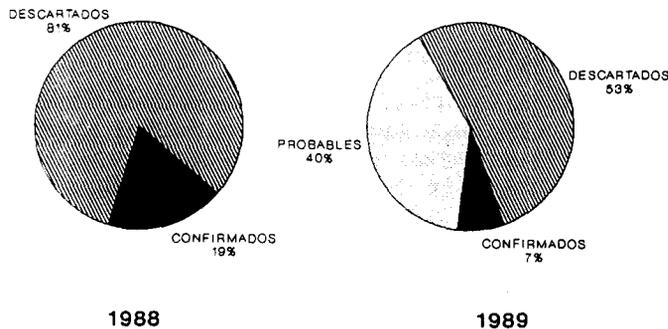
Poliomielitis en las Américas, Semanas 1 a 32, 1989

A la semana 32, terminada el 12 de Agosto de 1989, se había notificado un total de 983 casos probables de polio en la Región. Durante el mismo período de 1988, se notificaron 1.269 casos. La Figura 1 muestra la proporción de estos casos que fueron confirmados o descartados durante este período en ambos años y la Figura 2 compara la distribución de los casos confirmados por fecha de inicio de parálisis desde la primera semana epidemiológica de 1986 hasta la semana 32 de 1989. El descenso que se observa en la curva de 1989, se explica, en parte por el hecho de que hay un período de 10

semanas, a partir del inicio de síntomas, para hacer el seguimiento de los casos y asignar la clasificación final. Esto implica que la mayoría de los casos notificados, que tuvieron inicio después de la semana 21 de 1989, no habrían sido confirmados ni descartados aún para la semana 32.

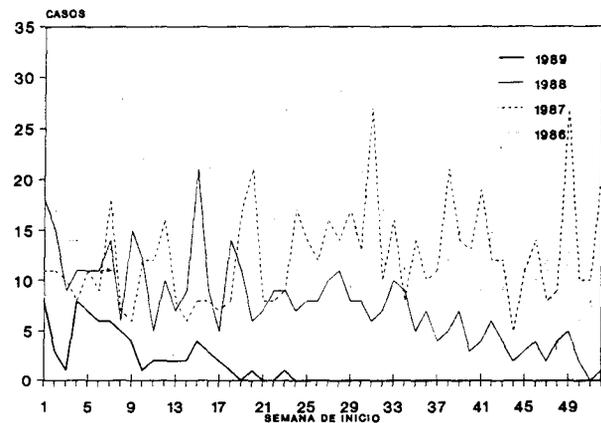
La Guía Práctica para la Erradicación de la Poliomiélitis establece que una de las metas de la vigilancia es que el 90% de los casos notificados deben tener seguimiento y clasificación final a las diez semanas del inicio de la parálisis.

Figura 1. Proporción de casos de polio confirmados y descartados, Región de las Américas, 1988 y 1989



Fuente: Notificaciones semanales a OPS

Figura 2. Casos confirmados de poliomiélitis por semana de inicio de parálisis, Región de las Américas, semana 1, 1986 a la semana 32, 1989



Fuente: Notificaciones semanales a OPS

En este número:

Poliomielitis en las Américas: Semanas 1 a 32, 1989	1
Séptima Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la Erradicación de la Polio	2
Emisión de sello postal en Venezuela	4
Estado de la Red de Laboratorios	5

Célebre artista brasilera promueve el Día Nacional de Vacunación	6
Casos Notificados de Enfermedades del PAI	7
In Memoriam	8

VII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la Erradicación de la Poliomielitis

1. Introducción

La Séptima Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) del PAI y la Erradicación de la Poliomielitis se celebró del 11 al 14 de Julio de 1989 en Cartagena, Colombia. Participaron aproximadamente 120 personas de 21 países, entre las que se encontraban representantes de los ministerios de salud de los países de la Región, de las agencias que financian el esfuerzo (La Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos (USAID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Rotary International, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gobierno japonés y el Task Force for Child Survival. La reunión fue presidida por el Dr. Donald A. Henderson, presidente del GTA; el Dr. Alan Hinman sirvió de Relator; y el Dr. Ciro de Quadros fué el Secretario. Asistieron todos los miembros del GTA.

Se revisó la situación Regional y global del PAI y la erradicación de la polio, y luego se procedió a repasar los avances y problemas en los países de la Región Andina, en Brasil, México, Centroamérica, Haití y los países del Cono Sur. Luego se discutió la situación de los laboratorios de la Región, los alcances logrados por las "operaciones limpieza", la sensibilidad y especificidad de las definiciones de casos que se están usando, la importación de casos de otras Regiones, y por último, se mencionaron estudios acerca de formulaciones adecuadas de la vacuna antipoliomielítica.

Se discutió el sarampión, con especial énfasis en la eliminación de éste en Cuba y la resolución de los países del Caribe de habla inglesa de eliminar la transmisión autóctona del sarampión para 1995. Se consideraron también las oportunidades perdidas y aprovechadas de inmunización, la situación actual del tétanos neonatal, la utilización del programa de erradicación para estimar costos para el PAI y algunos puntos importantes para lograr la erradicación de la polio, incluso la vigilancia del poliovirus en el ambiente.

Los representantes de los Ministerios de Salud de los países de la Región Andina firmaron una declaración mediante la cual conformaron un grupo con el fin de fortalecer el Plan de Erradicación de la Poliomielitis y el PAI y para conjuntamente abordar las soluciones de los problemas comunes. Se acordó realizar una reunión del Grupo durante el mes de Noviembre del presente año en el Ecuador, con el propósito de determinar estrategias conjuntas a corto plazo.

Tal como en las reuniones anteriores, la cantidad de información disponible, la calidad de las presentaciones y los logros de los programas demuestran en forma fehaciente que se han realizado avances extraordinarios en las Américas en la ejecución del PAI y que los países se acercan más y más a la meta de inmunización universal de los niños y la erradicación de la polio.

2. Conclusiones y recomendaciones

2.1. Se han hecho avances considerables hacia la meta de erradicación de la poliomielitis de la Región de las

Américas desde la última reunión del GTA realizada en Noviembre de 1988 en Buenos Aires, Argentina. Se han alcanzado y mantenido los niveles más altos de cobertura jamás logrados con la vacuna OPV, los sistemas de vigilancia se han visto considerablemente fortalecidos en casi todos los países y la morbilidad se ha reducido a niveles muy bajos. Los esfuerzos de erradicación de la polio han reforzado el desarrollo de todo el PAI y las coberturas con todo los antígenos han aumentado a niveles sin precedentes - más del 60% para toda la Región. Un porcentaje inferior al 1% de los municipios de la Región han notificado casos confirmados de polio durante las primeras 26 semanas de 1989. El apoyo social y político a la meta de erradicación se mantiene muy alto y el apoyo financiero de las agencias que colaboran como la OPS, USAID, UNICEF, BID, el Rotary International y la Asociación de Salud Pública Canadiense (CPHA), se mantiene firme. El anuncio reciente de que se recompensará con US\$100.00 a la persona que notifique un caso de parálisis causado por poliovirus salvaje en cualquier punto de la Región y al trabajador de salud que investigue el caso, constituye una manifestación tangible de los logros alcanzados.

Deben sentir orgullo ante estos logros tanto los países como las agencias y los individuos involucrados. Sin embargo, el hecho de que faltan solo 18 meses para que se cumpla la meta de erradicación hace imperativo que los países actúen rápidamente para eliminar los obstáculos identificados. El desafío ahora constituye en conservar los logros alcanzados y al mismo tiempo, hacer los esfuerzos que se requieren para alcanzar la meta.

Los obstáculos que restan son grandes, especialmente en aquellos países en que hay disturbios políticos y en aquellos que recién han comenzado a intensificar la vigilancia. Aunque todos los países deben intensificar los esfuerzos, el GTA se preocupa especialmente por Haití, Honduras, México, Perú, y Venezuela.

2.2. Los avances logrados confirman la validez de las estrategias básicas del programa y el compromiso político de los países miembros. Como ya es sabido, las estrategias del programa consisten en alcanzar y mantener niveles de cobertura altos (por medio del fortalecimiento de los servicios de vacunación de rutina y el uso, en algunos países, de Jornadas Nacionales de Vacunación que requieren movilización masiva y participación de la comunidad), mantener la vigilancia activa y un nivel de respuesta agresiva a la ocurrencia de casos (incluyendo las operaciones de limpieza).

2.3. La cantidad y la calidad de la información presentada por los programas nacionales constituye una demostración de los avances que se han hecho en un período de tiempo extremadamente corto. El análisis de los datos a nivel Regional se facilitaría considerablemente si los países lograran utilizar y presentar cuadros y figuras estandarizadas.

2.4. Se ha puesto mucho énfasis en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, tanto para el control de enfermedades, como de los programas. Esto se ve reflejado en las

mejoras considerables que se han experimentado en la investigación de casos sospechosos y la implementación de medidas de control. En este momento, parece que en algunas áreas, la calidad de la vigilancia no guarda proporción con la calidad de los servicios de inmunización. No se debe olvidar que se requieren niveles de inmunización altos en todos los distritos y/o municipios para alcanzar la meta de erradicación. Se subraya la necesidad de mantener niveles muy altos en vista de la probabilidad de importación del virus salvaje, según ha sido observado en las experiencias que recientemente han tenido Canadá y los Estados Unidos.

2.5. El análisis de la experiencia de vigilancia de la Región indica que los países debieran esperar tener una tasa "base" de aproximadamente un caso de parálisis flácida por cada 100.000 habitantes menores de 15 años. Este indicador puede resultar útil para evaluar la vigilancia.

2.6. A medida que la parálisis causada por poliovirus salvaje se vuelve menos común, asume mayor importancia la existencia de sistemas confiables y rápidos de apoyo de laboratorios para el diagnóstico. A pesar de que se han hecho esfuerzos y se han logrado avances durante los últimos años, este apoyo aún no ha alcanzado niveles óptimos en toda la Región. Es de suma importancia que se tomen las medidas necesarias para asegurar que los laboratorios reciban muestras viables, que fueron tomadas apropiadamente y enviadas a tiempo. Estas muestras deben ser analizadas rápidamente y con precisión y los resultados (incluida la caracterización de los virus aislados como salvajes o vacunales) deben volver al campo lo antes posible — menos de ocho semanas después de que el laboratorio reciba la muestra. Se necesita tomar medidas especiales para desarrollar métodos para recibir y procesar las muestras, para notificar los resultados y para efectuar un monitoreo semanal de los avances. El GTA reconoce que los primeros pasos han sido dados y urge que se siga avanzando y se continúe el trabajo de equipo entre los epidemiólogos, los clínicos y personal de los laboratorios.

La revisión de la situación de los laboratorios en la Región ha llevado al desarrollo de una serie de recomendaciones que el GTA apoya (ver página 5). Una de las recomendaciones más importantes es que las pruebas serológicas deben abandonarse como mecanismo de diagnóstico. Este paso se recomienda porque la experiencia reciente indica que la serología no ha sido siempre útil para ayudar a esclarecer diagnósticos dudosos. Resulta además difícil interpretar resultados debido al uso generalizado de vacunaciones que ocurren entre la toma de la primera y la segunda muestra de suero, y debido a que se han encontrado tasas de seroconversión bajas aún en personas con secuela permanente y en quienes se ha aislado el virus. Es más, muchas veces cuesta obtener muestras adecuadas. Si se abandona la serología, se hará más énfasis en el campo en la toma y el envío apropiados de muestras de heces tomadas según las recomendaciones del Programa, permitiendo así que los laboratorios atiendan con mayor premura al aislamiento.

2.7. Cuando la polio es común, la identificación de casos de parálisis es un medio adecuado para detectar la circulación del poliovirus salvaje. A medida que se vuelve menos común, asume mayor importancia la vigilancia directa de la presencia de virus salvaje en el ambiente. Los avances recientes en la tecnología (por ejemplo, la tecnología de reacción en cadena de polimerasas), unidos a las

técnicas más tradicionales de muestreo de alcantarillados y heces, prometen que en un futuro se pueda monitorear la presencia del poliovirus salvaje, aún en presencia de altas concentraciones de virus vacunales. La evaluación de este enfoque debe proceder inmediatamente en áreas seleccionadas para propósitos de demostración, de manera que se pueda evaluar su función en el programa.

2.8. Las Jornadas Nacionales de Vacunación en que no se utilizan otros antígenos, constituyen "oportunidades perdidas" de vacunación. Debieran convertirse en "oportunidades aprovechadas" en las que se utilicen todas las vacunas, así como también debieran ser todos los otros contactos con el sistema de atención de salud.

2.9. Durante los últimos cuatro meses, cada país ha identificado aquellos municipios donde han ocurrido casos de polio durante los últimos tres años. Se han identificado más de 750 municipios que serán objeto de las operaciones de limpieza que incluyen dos rondas de vacunaciones de casa por casa. Gracias al apoyo considerable internacional y local brindado por el Rotary Internacional y con la extensa movilización de la comunidad, 283 municipios ya han completado la operación limpieza. Estos esfuerzos deben continuarse y expandirse ya que constituyen una herramienta fundamental para alcanzar la meta de erradicación.

2.10. El estudio de los casos confirmados de Brasil ha sugerido que se puede refinar la definición de caso y consecuentemente, mejorar la especificidad de la definición sin afectar considerablemente la sensibilidad. Esto podría ayudar a dirigir las investigaciones en el futuro. Este esfuerzo debiera incorporarse en otros países para establecer si se debe modificar la definición de caso.

2.11. Varios países han identificado áreas de alto riesgo para la ocurrencia de casos de tétanos neonatal y han implementado programas de vacunación para las mujeres en edad fértil que las habitan. Todos los países debieran establecer si tienen áreas de alto riesgo en su territorio e inmediatamente agregar el toxoide tetánico al Programa para asegurar que sea administrado a todas las mujeres en edad fértil durante todo contacto que tengan con los servicios de salud, inclusive durante las Jornadas de Vacunación.

2.12. La adopción, por parte de los países del Caribe de habla inglesa, de la meta de eliminación de la transmisión autóctona del sarampión para 1995, constituye una nueva meta ambiciosa e importante para mejorar la salud por medio de la inmunización. Debe reconocerse que la meta es intermedia (un camino hacia la erradicación) y que por lo tanto, aún después de alcanzarla, va a ser fundamental mantener los niveles de inmunización universal y la vigilancia agresiva, ya que es inevitable que el virus se importe y se disemine en forma explosiva entre la población susceptible. Aún esta meta "intermedia" parece factible solo en lugares como las islas del Caribe, donde las coberturas vacunales son altas y donde el "aislamiento" disminuye la amenaza de la importación. La experiencia que esta iniciativa aporte tendrá una importancia vital para el desarrollo de planes para eliminar el virus del sarampión de los países continentales de la Región.

Se podrían hacer varias recomendaciones con respecto a la eliminación del sarampión del Caribe de habla inglesa, que pueden servir de guía para desarrollar planes más específicos:

a) Se considera apropiada la estrategia propuesta de agregar a la vacunación de rutina, vacunaciones masivas

o revacunaciones de toda la población entre 12 meses y 15 años de edad (sin que se considere la historia previa de inmunización).

b) El uso de la vacuna triple viral en lugar de la vacuna antisarampionosa, va a brindarle beneficios de salud adicionales a los países.

c) La experiencia de los Estados Unidos indica que la transmisión del sarampión puede mantenerse — aún en áreas con altas coberturas — entre la población de individuos no vacunados y a pesar de la alta eficacia de la vacuna. Por consiguiente, después de las vacunaciones masivas, se recomienda la utilización de un esquema de dos dosis, la primera administrada entre los 12 y los 15 meses de edad, y la segunda al momento de ingresar a la escuela.

d) Se recomienda la vacunación masiva de las mujeres de 15 a 34 años de edad con una dosis única de vacuna antirubeólica con el propósito de otorgar protección a aquella parte de la población bajo mayor riesgo de contraer rubéola durante el embarazo. El impacto sobre la transmisión del virus de la rubéola aumentaría si se vacunara también a los hombres de 15 a 34 años de edad, y por lo tanto, el GTA lo recomienda.

e) Tal como sucede con las Jornadas Nacionales de Vacunación y la erradicación de la polio, la estrategia de vacunación masiva con la triple viral constituye una oportunidad que debe ser “tomada” para asegurar la protección de las poblaciones contra todas las enfermedades del PAÍ. La vacunación masiva de adultos puede constituir una oportunidad especial de administrar el toxoide tetánico en áreas donde el tétanos neonatal (o adulto) aún constituyan problemas de salud.

f) No se recomienda la “certificación” de la eliminación del sarampión porque puede conferir una sensación de

seguridad falsa dado que existe el riesgo permanente de reintroducción y transmisión del virus.

2.13. A medida que aumenta la experiencia con los programas de vacunación antisarampionosa en la Región (y en otras partes del mundo), se demuestra que la cobertura parcial de la población con la vacuna antisarampionosa, no solo protege a las personas vacunadas, sino que también afecta la epidemiología de la enfermedad de tal forma que los ciclos epidémicos se distancian (es decir, de cada dos a cada cinco años). Pero, hasta que la transmisión se interrumpa en forma permanente, la mayoría de los países pueden esperar experimentar brotes periódicos de sarampión. Ya que la incidencia del sarampión va a haber disminuído considerablemente, existe el riesgo que estos brotes produzcan un gran impacto sobre la población. Es importante anticipar la ocurrencia de estos brotes e investigarlos para asegurar que la protección individual contra el sarampión (eficacia de la vacuna) se mantenga a niveles altos. Se debe recordar también que aunque los brotes puedan ser dramáticos, el esquema de vacunación recomendado reduce significativamente la magnitud de la enfermedad, especialmente la mortalidad.

2.14. Dada la rapidez con que se dan los acontecimientos y la cercanía de la meta, el GTA propone reunirse nuevamente el año entrante. Durante esa reunión, se enfatizarán los logros alcanzados en el apoyo de los laboratorios, la evaluación de la cobertura por municipios, el funcionamiento del sistema de notificación negativa, la conclusión y la evaluación de las operaciones de limpieza, los resultados del programa piloto de monitoreo del medio ambiente, información adicional acerca del patrón de circulación del poliovirus salvaje en la Región, información adicional acerca de refinamientos futuros a la definición de caso, los planes de acción de país y los Regionales para los meses siguientes, y los avances que se hagan en el control del tétanos neonatal y el sarampión.

Emisión de sello postal en Venezuela

El Instituto Postal Telegráfico de Venezuela, IPOSTEL, consciente de la importancia de los programas que desarrolla el Rotary International en pro de la humanidad y de los beneficios que representa para el país la erradicación de la poliomielitis y otras enfermedades, brindó su reconocimiento a la institución mediante la emisión de sellos postales alusivos a su Campaña Polio-Plus.



Estado de la Red de Laboratorios

Al igual que en Buenos Aires, en Noviembre de 1988, antes de la reunión del GTA realizada en Cartagena, Colombia, se reunieron representantes de los laboratorios que integran la red que apoya al Programa de Erradicación de la Poliomielitis (ver página 2). Se recordaron las recomendaciones hechas en la reunión de Buenos Aires y se presentaron informes de cada uno de los laboratorios representados. Los datos presentados se resumen en los Cuadros 1, 2 y 3, y se destaca el hecho que todavía se están aislando cepas de poliovirus 1 y poliovirus 3 en la Región.

La discusión sobre mantenimiento del control de calidad para medir la precisión del trabajo técnico en los diferentes laboratorios se centró en la sensibilidad requerida para los aislamientos virales y la exactitud en su identificación. Se acordó que esta actividad continuaría siendo dirigida por la OPS. Se insistió en los problemas que plantea la contaminación de las muestras en los laboratorios, tanto a nivel de los cultivos celulares como de procesamiento mismo de las muestras.

Se cuestionó la utilidad de la serología como herramienta de diagnóstico de la poliomielitis en vista de que las poblaciones de la Región están sujetas cada vez más a la influencia de las campañas masivas de vacunación con virus Sabin, que además de inundarlas con virus vacunal, repercute en el estado inmunológico de la población infantil. En vista de esto, se acordó relegar a la serología a un plano secundario como herramienta de diagnóstico de la poliomielitis y no considerarla más como prueba prioritaria dentro del programa de erradicación.

Se discutieron las bondades que posiblemente ofrecerá en un futuro cercano la técnica llamada Cadena en Reacción de Polimerasas (Polymerase Chain Reaction). Se están haciendo pruebas en el CDC, Atlanta para estudiar la posibilidad de establecer este sistema en forma rutinaria en los laboratorios del programa.

Teniendo en cuenta el éxito obtenido en los laboratorios de México y Argentina con los procedimientos de concentración de las materias fecales se recomendó utilizar cualesquiera de estas técnicas en todas las muestras procedentes de casos clínicamente confirmados, que resulten negativas por el procedimiento rutinario, siempre que hayan sido obtenidas oportunamente (en los primeros 15 días que sigan al comienzo de la parálisis).

Ya que se espera que con el correr del tiempo disminuirán progresivamente los aislamientos de virus salvajes, será preciso buscarlos en otros lugares como las heces de los contactos de casos de poliomielitis parálítica y las aguas servidas. Se estudió la experiencia latinoamericana, europea y estadounidense y se planteó que el aislamiento de poliovirus salvaje a partir de las aguas servidas tiene valor predictivo en relación a futuros brotes.

Para terminar, se subrayó la importancia de remitir muestras fecales tomadas durante los primeros días de la enfermedad y la necesidad de que se identifiquen en términos de procedencia, fecha de inicio de parálisis, fecha de recolección de la muestra, última fecha de vacunación y diagnóstico clínico presuntivo. Igualmente, se planteó la necesidad imperiosa de que se suministren reactivos estandarizados a todos los laboratorios.

Recomendaciones

1. La OPS deberá estimular y apoyar el desarrollo y la implementación de métodos para detectar la transmisión del poliovirus salvaje a través de los análisis de muestras ambientales.

2. El diagnóstico serológico de la poliomielitis debiera ser eliminado, ya que de los cambios inmunológicos que están experimentando las poblaciones de niños como resultado de las vacunaciones masivas con OPV dificultan su interpretación, presenta inconvenientes operacionales y se invierte mucho tiempo en este procedimiento.

3. Los laboratorios deberán recibir los reactivos y materiales para ejecutar el diagnóstico de la poliomielitis. También deberán disponer de recursos humanos para ese fin.

4. El programa deberá definir criterios clínicos y epidemiológicos para establecer prioridades en el procesamiento de las muestras enviadas a los laboratorios regionales y al CDC, Atlanta.

5. El laboratorio deberá reportar los resultados del análisis de las muestras de heces en un período máximo de cuatro semanas para los casos con cultivo negativo y seis semanas cuando el cultivo sea positivo.

6. Todas las cepas de poliovirus aislados de casos probables o de sus contactos deberán caracterizados inmediatamente por sondas de ADN.

7. Intentar el reaislamiento de todas las cepas salvajes de poliovirus de los casos confirmados.

8. Intentar el aislamiento viral de heces negativas provenientes de casos confirmados que hayan sido obtenidas durante las dos primeras semanas del inicio de la parálisis utilizando técnicas de concentración (ej: ultracentrifugación a 150.000 G por dos horas). Para su cumplimiento se requiere la colaboración de los epidemiólogos en la recolección de una cantidad suficiente de muestra.

9. Continuar los estudios para la detección de poliovirus salvaje en mezclas que contengan cepas vacunales (E.G.T alta tratamiento ácido, PCR).

10. El laboratorio solo examinará las heces de los contactos cuando el cultivo del caso índice confirmado sea negativo para poliovirus. Se aceptará hacer "pools" de heces hasta de cinco contactos cercanos para intentar aislar el virus.

11. Continuar el programa de control de calidad del aislamiento y la identificación de poliovirus (ej: muestras codificadas) con el fin de mantener un nivel de calidad superior al 90% de resultados correctos.

12. Los laboratorios deberán continuar implementando las medidas adecuadas para evitar contaminación viral intralaboratorial.

13. Todos los trabajadores de los laboratorios del programa deberán estar completamente inmunizados contra la poliomielitis y la hepatitis B. La OPS deberá proveer las vacunas necesarias.

Cuadro 1. Diferenciación intratípica de las cepas de poliovirus aisladas de casos confirmados en las Américas

	1988 (63)			1989 (17)		
	S	V	P	S	V	P
MEXICO	3	1	-	2	1	3
GUATEMALA	-	3	-	1	-	-
HONDURAS	-	-	-	-	-	1
COLOMBIA	2	4	-	-	-	3
PERU	4	4	10	-	-	-
VENEZUELA	2	3	1	-	-	1
BRASIL	28	165	-	-	1	4
ARGENTINA	-	2	-	-	-	-
TOTAL	39	182	11	2	3	12

(S = Salvaje, V = Vacunal, P = Pendiente)

Cuadro 2. Número de muestras de heces analizadas en las Américas en 1988 y 1989

	1988	1989
		1er semestre
MEXICO	251	71 (142)
CENTROAMERICA	208	157 (314)
REGION ANDINA	496	270 (540)

() Proyección para todo el año

Cuadro 3. Datos propuestos para el control de las muestras

NOMBRE DEL CASO: _____
 No. DEL CASO: _____ CASO __ CONTACTO _____
 MUNICIPIO/ESTADO/PAIS: _____
 DIAGNOSTICO CLINICO: _____
 FECHA INICIO (CASO): _____
 FECHAS DE LAS MUESTRAS: H1 _____ H2 _____
 NUMERO DE DOSIS OPV (CASO): _____
 FECHA ULTIMA DOSIS (CASO): _____
 FECHA BLOQUEO: _____
 COMENTARIOS _____

FECHA EN QUE LAS MUESTRAS SE ENVIARON AL LABORATORIO _____

LABORATORIO 1

FECHA EN QUE SE RECIBIERON LAS MUESTRAS: _____
 CONDICION DE LAS MUESTRAS __ BUENA __ MALA
 AISLAMIENTO DE VIRUS H1 __ H2 __
 FECHA DE NOTIFICACION _____
 MUESTRAS ENVIADAS AL LABORATORIO DE REFERENCIA
 AISLAMIENTOS H1 __ H2 __
 COMENTARIOS _____

FECHA ENVIADAS AL LABORATORIO DE REFERENCIA: _____

LABORATORIO 2 (LABORATORIO DE REFERENCIA)

FECHA EN QUE SE RECIBIERON LAS MUESTRAS: _____
 CONDICION DE LAS MUESTRAS __ BUENA __ MALA
 IDENTIFICACION DEL VIRUS H1 __ H2 __
 COMENTARIOS _____
 FECHA DE NOTIFICACION: _____

Célebre artista brasileira promove el Día Nacional de Vacunación

XUXA, la más popular y célebre personaje en programas infantiles en la televisión brasileira ha apoyado fuertemente las actividades de erradicación de la polio en Brasil tanto en su programa diario como a través de un afiche distribuido en todo el país.

La participación de personajes célebres de los medios de comunicación masiva en la comunicación social de apoyo a los programas de inmunización como lo ha hecho XUXA y otros personajes en otros países merece elogios por sus esfuerzos en favor de la salud de la niñez en las Américas.

12 DE AGOSTO, SÁBADO, DE NOVO

No próximo 12 de agosto. Mais um dia Nacional de Vacinação. Mais uma etapa na luta pela erradicação da poliomielite.



GOTINHA GOTINHA

E TCHAU TCHAU PARALISIA INFANTIL

12 DE AGOSTO, SÁBADO, VACINE SEUS BAIXINHOS MENORES DE 5 ANOS.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
TUDO PELA SAÚDE

Casos notificados de enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1989 hasta la fecha del último informe, y para el mismo periodo epidemiológico de 1988, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatorum		Neonatorum					
		1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	12 Ago.	120	...	2	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	•	...	...	10	31	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	•	...	...	6	6	...	...	...	...	...	...	...	...
Perú	•	...	...	6	46	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	17 Jun.	5 677	...	6	22	8	...	10	...	0	...	191	...
Cono Sur													
Argentina**(v)	25 Mar.	956	306	0	2	7	14	...	...	4	3	1743	1 120
Chile	17 Jul.	7 611	2 396	0	0	7	9	0	2	18	88	155	45
Paraguay	17 Jun.	73	...	0	0	40	...	12	...	4	...	220	...
Uruguay (v)	22 Jul.	3	42	1	0	3	1	0	0	0	0	7	8
Brasil	•	...	...	22	79	...	...	...	...	...	...	...	...
Centroamérica													
Belice**	5 Ago.	5	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	•	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	•	...	...	2	10	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	•	...	...	1	25	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	1 Jul.	424	...	2	4	8	...	8	...	0	0	33	30
Nicaragua	29 Abr.	56	...	0	0	0	...	0	...	0	...	25	...
namá	31 Mar.	81	...	0	0	1	...	1	...	0	...	28	...
México**	12 Ago.	5 490	1 978	9	6	103	104	14	60	6	1	713	383
Caribe Latino													
Cuba	31 Dic	121	858	0	0	5	6	0	0	0	0	32	103
Haití	31 Dic.	17	...	8	12	...	85	...	41	0	83	23	307
República Dominicana (v)	31 Dic.	336	...	1	2	...	76	...	7	...	126	34	149
CARIBE													
Antigua y Barbuda	17 Jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	15 Jul.	12	16	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Barbados	1 Jul.	1	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Dominica	•	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	0	0
Grenada	•	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	25 Mar.	3	269	0	0	0	1	...	...	...	...	...	...
Jamaica	•	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal/Nieves	•	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	•	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	25 Feb.	0	...	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Suriname	•	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	25 Feb..	123	54	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
AMERICA DEL NORTE													
Canadá**	29 Jul.	10 383	410	0	0	2	1	...	...	2	11	570	414
Estados Unidos**	22 Jul.	7 854	1 748	0	0	29	...	...	...	1	...	1 354	1 273

* País no notifica casos de tétanos neonatorum por separado.

Datos de pollo cubren hasta la semana 32 de 1989 (terminada el 12 de Agosto de 1989).

(v) Casos de pollo son vacunales.

(i) Casos de pollo son importados.

... No se dispone de datos.

In Memoriam

El **Dr. Ko Keja**, arquitecto principal, tanto de la erradicación de la viruela, como del PAI, falleció repentinamente en Julio de un ataque al corazón. Se encontraba inmerso en la formulación de los planes para la erradicación global de la poliomielitis. El programa y el mundo han sufrido una pérdida enorme.

A partir de su experiencia personal, el Dr. Keja conoció profundamente los problemas del progreso en el trabajo de campo y combinando este conocimiento con su comprensión amplia de la salud pública y el ser humano, desarrolló estrategias y enfoques innovadores y prácticos. Fué un compañero encantador y amistoso, que siempre trató de despertar lo mejor en aquellos que trabajaron con él. Nunca exigió más de los demás que de sí mismo, pero sus exigencias eran altas y nadie trabajó más arduamente y con mayor entusiasmo que él.

Todos extrañaremos al hombre alto de pelo blanco, que desbordaba de entusiasmo, con aquella risa amplia que parecía aclarar el día y aquella conversación siempre marcada con el "Ya" que servía para reforzar sus argumentos o expresar alguna duda. Podemos tener absoluta certeza de que sólo hubiese querido de nosotros que continuásemos la tarea que tanto le importaba.

(Escrito por el Dr. D.A. Henderson, Presidente, Grupo Técnico Asesor del PAI y la Erradicación de la Poliomielitis).

El **Dr. Stephen R. Preblud**, jefe de la Sección de Vigilancia e Investigaciones Epidemiológicas de la División de Inmunización de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, falleció de leucemia en Julio del presente año.

El Dr. Preblud, profesor y epidemiólogo, era un experto de renombre internacional en el campo de la rubéola, la varicela y la parotiditis. El año pasado, el Servicio de Salud Pública le otorgó la Medalla de Servicio Ejemplar. Contribuyó al control y la eliminación de la rubeola, tanto en los Estados Unidos como en otros países, definió la epidemiología y el impacto de la varicela dentro del contexto de preparar una nueva vacuna para ser licenciada y proporcionó la información que se necesita para apoyar y reforzar el programa de inmunización contra la parotiditis en los Estados Unidos.

El estaba activamente contribuyendo con la OPS en las actividades de control del sarampión y rubeola en el Caribe inglés.

Entre 1977 y 1989, colaboró en la preparación de o directamente escribió, más de 70 estudios, capítulos de libros y cartas técnicas, e hizo 31 presentaciones en reuniones nacionales, internacionales y regionales. Estas constituyen estadísticas de las cuales se puede estar orgulloso cuando han sido logradas en el curso de una carrera profesional de 30 o 40 años. Para el Dr. Preblud constituyen el logro de una vida - que incluyó una vida profesional de sólo 12 años. Pasará mucho tiempo antes de que sus contribuciones personales y profesionales dejen de afectar nuestras vidas.

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: Peter Carrasco
Roxane Moncayo Eikhof
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.