

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización
en las Américas

Año XI Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 1989

RECOMPENSA DE US\$100

El Director de la Organización Panamericana de la Salud, respondiendo a una petición del XXXIV Consejo Directivo, ha establecido una recompensa de US\$100 a la primera persona que notifique por escrito el primer caso de poliomielitis que el laboratorio confirme como infección por poliovirus salvaje, ocurrido en un municipio o distrito previamente libre de circulación de poliovirus salvaje.

Los casos sospechosos pueden notificarse al establecimiento de salud más cercano al lugar de ocurrencia del caso.

Poliomielitis en las Américas, 1989

Vigilancia del poliovirus

A la semana 39 de este año, se habían procesado 1 507 muestras de heces en los laboratorios que integran la red regional. Ciento noventa muestras fueron positivas (13%),

de éstas se aislaron 182 virus vacunales y ocho salvajes (aún hay 277 muestras siendo analizadas). Se aislaron P3 salvajes en México (6), Colombia (1) y Venezuela (1), y P1 en Brasil (2) y Colombia (1) (Ver mapa). En 1988, se procesaron

**Poliovirus Salvajes Aislados
Región de las Américas, Enero a Septiembre, 1989**



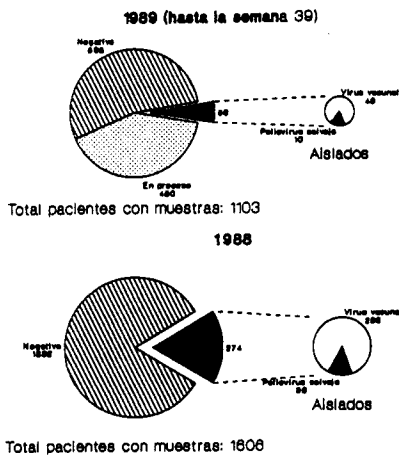
En este número:

Poliomielitis en las Américas	1
Se revisa el PAI en Centroamérica	3
Encuesta de cadena de frío en el Perú	5

El Consejo Directivo de la OPS aprueba resolución acerca del PAI	6
Casos notificados de enfermedades del PAI	7

3856 muestras de heces, de las cuales se aislaron 235 poliovirus (6%); de éstos, 37 fueron salvajes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia del poliovirus
Estado de las muestras de heces en las Américas

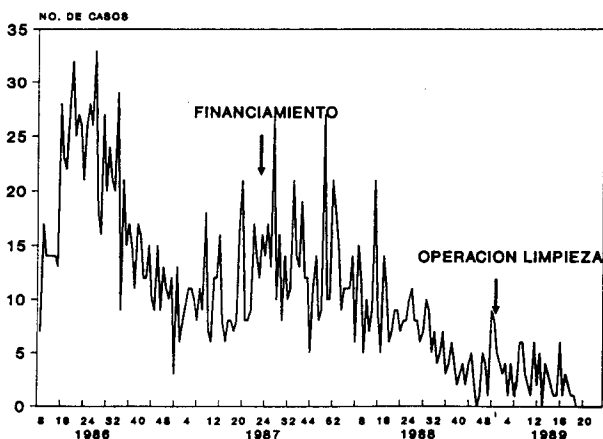


Fuente: Informes de los laboratorios de la Red de Referencia de Poliovirus

Casos confirmados

Se han confirmado 103 casos según criterios clínicos este año y 404 están aún pendientes de clasificación final. Durante las primeras 39 semanas de 1988 se habían confirmado 243 casos y también habían 404 pendientes de clasificación final. Con este descenso en el número de casos confirmados, se estima que no se confirmen más de 150 casos en 1989. La Figura 2 muestra la tendencia decreciente de los casos confirmados en la Región según semana de inicio, hasta la semana 28. Los casos confirmados corresponden a 92 municipios que representan el 0,6% de los municipios de América Latina.

Figura 2. Semana de inicio de la parálisis
Casos confirmados de poliomiélitis
Región de las Américas, 1986-1989*



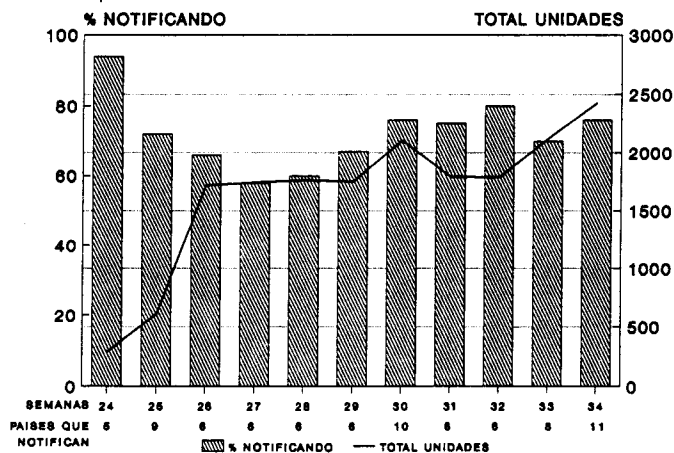
* Hasta la semana 39 (404 casos aún pendientes de clasificación final)
Fuente: OPS

Vigilancia de casos de parálisis flácida

Uno de los esfuerzos mayores realizados este año ha sido el establecimiento de la notificación negativa semanal por parte de los establecimientos de salud que notifican

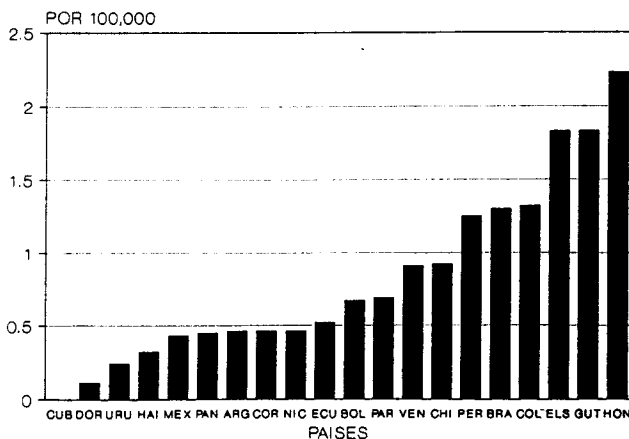
casos de parálisis flácida. Esto se ha establecido para asegurar un mecanismo de notificación de todos los casos de parálisis aguda flácida que ocurran en niños menores de 15 años. La Figura 3 muestra el aumento en el número de unidades que notificaban entre las semanas 24 y 34 (de 317 en 5 países a 2 422 en 11 países). Por otro lado, el porcentaje de unidades que están notificando en cada país, se ha estabilizado en un 75%. La tasa de incidencia de las parálisis agudas flácidas en la Región, hasta la semana 39, es del 0,93 por 100 000 niños menores de 15 años. Esta tasa, que se estima debe ser alrededor del 1,5 por 100 000 niños menores de 15 meses de edad, tiene grandes fluctuaciones entre los países. La interpretación es que estas variaciones reflejan la sensibilidad del sistema de vigilancia para detectar casos de parálisis aguda flácida. La Figura 4 muestra que esta variación fue entre el 0,11 por 100 000 niños menores de quince años en la República Dominicana, y el 2,23 por 100 000 en Honduras.

Figura 3. Estado de la notificación negativa semanal
de casos de parálisis flácida
Región de las Américas, Semanas 24 a 34, 1989



Fuente: Notificación semanal a OPS

Figura 4. Incidencia de parálisis aguda flácida en
niños menores de 15 años
América Latina, Semanas 1 a 39, 1989



Fuente: OPS

Indicadores de la vigilancia de las parálisis flácidas

Parece que los indicadores que se han utilizado para evaluar los avances en la vigilancia de las parálisis flácidas

se han estabilizado entre 1988 y 1989; cerca del 69% de los casos están siendo notificados dentro de los primeros 15 días del inicio de la parálisis y casi el 50% de las muestras de heces se toman durante la primera semana después del inicio.

Vigilancia de la cobertura a nivel de municipio

Las tasas de cobertura de 1988 correspondieron a 3 522 municipios en 16 países de la Región y mostraron que el 40% de éstos municipios tuvieron coberturas sobre el 80%, el 29% entre 50 y 79% y el 30% tuvieron coberturas inferiores al 50%.

Operación "limpieza"

Hasta la semana 39, se realizaron actividades de bloqueo en 904 de los 1 326 municipios que las habían planeado. Se administró un total de 3 259 759 dosis de vacuna

OPV, con las que se cubrió al 77% del total de la población de niños menores de cinco años que iban a ser objeto de la operación "limpieza".

Resumen

Si se analizan los indicadores presentados parece alcanzable la meta de interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje de la Región para fines de 1990. Pero la batalla aún no se ha ganado. Para alcanzar el objetivo, es de suma importancia que se tomen todas las medidas necesarias para mantener el nivel de actividad requerido y aumentar la velocidad de la notificación, la toma de muestras de heces y las medidas de bloqueo. Es además necesario que cada país de la Región implemente un sistema de notificación negativa de parálisis flácidas y que la cobertura sea evaluada al nivel geopolítico más bajo posible.

Se revisa el PAI en Centroamérica

La 4a. Reunión Centroamericana para la Revisión del PAI y la Erradicación de la Polio, se realizó del 23 al 25 de Agosto de 1989, en San Salvador, El Salvador. Participaron representantes de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, y México, de las áreas de epidemiología, virología, maternoinfantil y supervisión de los niveles centrales y locales. Asistieron además representantes del laboratorio de referencia para la Subregión (INCAP) que presentaron un informe acerca de la calidad de las muestras de heces que reciben para ser analizadas (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Condiciones en que las muestras de heces llegan al Laboratorio de referencia INCAP 1988, 1989

Condiciones en que llegan las muestras	PAIS DE ORIGEN							
	Guatemala		El Salvador		Honduras		Nicaragua	
	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989
Recipiente Adecuado	+	+	+	+				
Inadecuado					+	+		
No hay datos								
Hielo Presente	+	+	+	+			+	+
Ausente					+	+		
No hay datos								
Cantidad Suficiente	+	+	+	+				+
Insuficiente					+	+	+	
No hay datos								
Información Completa		+		+				
Incompleta	+		+		+		+	
No disponible						+		+
Número de muestras por caso	1	2 o más	1	2 o más	Sin datos	Sin datos	1	1

* Información disponible en INCAP

Simultáneamente, se efectuó la Primera Reunión Centroamericana de Neurólogos Pediatras, donde se destacó en sesión conjunta el diagnóstico diferencial del Síndrome de Neuron Motor Inferior y la importancia de que todas las parálisis flácidas agudas no traumáticas se consideren como casos probables de poliomieltitis.

Se analizaron las coberturas de vacunación, las acciones de barrido, la situación de la poliomieltitis y los indicadores de la vigilancia epidemiológica de la poliomieltitis (Cuadro 2). Se presentaron estudios de oportunidades perdidas de vacunación iniciados en algunos países y de detección de áreas de riesgo para tétanos neonatal efectuados en otros.

Cuadro 2. Resumen de la Operación Limpieza (Primera vuelta) Centroamérica y México, Agosto 1989

	PAISES				
	ELS	GUT	HON	MEX	Total
Total municipios	41	51	151	580	823
Niños < 5 años	200 665	516 713	382 817	2 495 649	3 595 844
Municipios cubiertos	41	23	151	580	795
Total niños <5 en municipios cubiertos	200 665	75 984	382 817	2 495 648	3 155 114
Hogares visitados	155 258				155 258
Total población cubierta en la primera vuelta	144 379	69 012	198 345	1 796 866	2 208 602
% población cubierta en la primera vuelta	71	90	51	71	70

El Cuadro 3 muestra el cumplimiento de las recomendaciones hechas durante la Tercera Reunión Centroamericana (ver *Boletín PAI*, Vol. XI, No. 1, Febrero 1989).

A continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta Reunión:

1. Considerando que quedan solamente 16 meses para el cumplimiento de las metas de vacunación universal de los niños y de erradicación de la poliomielitis, es indispensable que se reanuden los compromisos y los esfuerzos para que se aumenten las coberturas en el futuro inmediato. A este respecto, cada país se comprometió a alcanzar la meta de no tener ningún municipio con cobertura OPV menor del 80% en niños menores de un año en los próximos seis meses, y de hacer todos los esfuerzos para que lo mismo ocurra con todas las vacunas del PAI. Todos los países deben evaluar la cobertura a nivel de municipio.

2. A medida que se acerca la erradicación de la transmisión del virus salvaje, es crítico el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, especialmente en relación a los casos de parálisis agudas flácidas. Todos los países deberían esperar una tasa base de aproximadamente un caso de parálisis flácida por cada 100 000 habitantes menores de 15 años. Este indicador debe ser utilizado para evaluar el funcionamiento de la vigilancia en cada país.

3. La presencia de un solo caso probable debiera considerarse como una emergencia nacional, y las medidas de control debieran ser lo más amplias posibles en la región afectada.

4. Se deben tomar todas las medidas necesarias para que se tomen dos muestras de heces, con intervalo de 24 horas, para cada caso de parálisis aguda flácida notificado. También para que éstas muestras se envíen a los laboratorios de referencia en forma adecuada.

5. Se reitera la recomendación hecha en la Séptima Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la Erradicación de la Polio (GTA), de que los resultados del análisis

de las muestras (incluida la diferenciación intratípica), se deben entregar en un período no superior a ocho semanas de recibida la muestra en el laboratorio (ver *Boletín PAI*, Volumen XI, No. 4, Agosto 1989).

6. Se sugiere a las autoridades que gestionen con mayor premura los trámites administrativos para la compra, el recibo, la distribución y la aplicación de las vacunas.

7. Conforme con lo recomendado en la Quinta Reunión del GTA, todos los países deben asegurar que la vacuna OPV que utilizan contenga por lo menos 600 000 TCID₅₀ para el tipo 3 (ver *Boletín PAI*, Volúmen X, No. 1, Febrero 1988).

8. Se recomienda que se consulte a Rotary Internacional para conseguir apoyo financiero adicional para terminar las operaciones de limpieza.

9. Todos los países deben reanudar esfuerzos para vacunar a todas las mujeres en edad fértil con toxoide tetánico, incluyendo las embarazadas, en todas las áreas identificadas como de alto riesgo. En aquellas en que se esperan epidemias de sarampión, se insta a que se tomen medidas agresivas de intensificación de vacunación de acuerdo con los planes nacionales.

10. Todos los países deben implementar estrategias para eliminar las falsas contraindicaciones a la vacunación.

11. Los estudios operacionales, tales como de las oportunidades perdidas de vacunación, la cadena de frío, la incidencia de las parálisis flácidas y la identificación de áreas de riesgo para el tétanos neonatal, deben continuar, ya que aumentan los alcances y logros del Programa.

12. Se reitera la recomendación de asegurar el intercambio de información a nivel local en las áreas fronterizas.

Cuadro 3. Cumplimiento y porcentaje de cumplimiento de los acuerdos tomados durante la Tercera Reunión Centroamericana, realizada en la Ciudad de Guatemala, Guatemala, en Febrero de 1989

COMPROMISOS	PAISES							%
	Belice	Costa Rica	El Salvador	Honduras	Guatemala	México	Panamá	
Coberturas a nivel de municipio	NO	SI	SI	SI	SI	P	SI	85
Usar toxoide tetánico en JNV's en áreas de riesgo	SI	N.A.	SI	SI	NO	SI	SI	83
Distribuir listado de municipios objeto de operaciones de limpieza a los rotarios y líderes	SI	N.A.	SI	SI	SI	N.A.	NO	67
Unidades notificando semanalmente	NO	NO	P	SI	P	P	P	71
Envío regular de muestras al INCAP	SI	NO	SI	P	SI	N.A.	NO	67
Administrar una dosis de OPV a recién nacidos	NO	NO	SI	SI	SI	P	SI	71
Estudio de oportunidades perdidas de vacunación	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	71
Estudio de parálisis flácidas	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Intercambio de mapas y nombres en las zonas fronterizas	SI	NO	SI	SI	SI	SI	N.A.	83
Implementar la recompensa de US\$100	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	28
Descentralizar recursos al nivel operativo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100
Seguimiento mensual de las recomendaciones	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85
Usar recursos nacionales para comprar vacunas	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	85
Evaluación de la cadena de frío	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	71
% CUMPLIMIENTO POR PAIS	50	67	93	100	79	85	69	

N.A. No aplicable

P Cumplimiento parcial

Encuesta de cadena de frío en el Perú

Introducción

Desde Noviembre de 1988 hasta Junio de 1989, el Ministerio de Salud del Perú realizó una encuesta de la cadena de frío.

La encuesta se realizó con el fin de documentar los tipos de equipo de cadena de frío que se están utilizando y sus condiciones operativas; identificar las necesidades de equipo y repuestos; documentar el costo de la operación y el mantenimiento de la cadena de frío; identificar los problemas logísticos y técnicos asociados al uso del equipo y los combustibles; e identificar y cuantificar el costo del transporte requerido para apoyar las actividades comunitarias.

La encuesta promovió el desarrollo de un Plan Nacional de la Cadena de Frío que debe permitir que las autoridades mejoren su capacidad de administrar la cadena de frío. Esta actividad se llevó a cabo dentro del objetivo principal de la cadena de frío, cuyo fin es asegurar que todos los niños y las madres reciban vacunas de potencia adecuada.

Metodología

El equipo que participó en la encuesta visitó 1 539 (87%) de los 1 766 distritos del Perú, que representan las tres regiones principales del país (costa, sierra y selva).

Se usaron dos formularios para recopilar los datos; un inventario con información detallada del equipo existente e información logística acerca del costo de los combustibles y el transporte y un cuestionario-entrevista de cuatro páginas que se utilizó para identificar problemas de operación logística y administrativa que pudieran estar interfiriendo con la eficiencia operacional de la cadena de frío.

Un coordinador del estudio planificó las visitas de campo que hicieron cinco supervisores a cada departamento de salud (UDE). Además entrenaron grupos de dos a cinco personas acerca de cómo completar los formularios.

Los resultados del estudio se digitaron e incorporaron a un sistema de computación que fue diseñado especialmente para este propósito y que fué de gran utilidad para analizar los datos.

Resultados

Se documentó la existencia de 4 051 establecimientos de salud: 153 hospitales, 747 centros y 3 151 puestos de salud. Se visitaron 4 239 establecimientos, pero la entrevista se usó en sólo 620 de ellos.

La encuesta confirmó que existen varios tipos de equipos para la cadena de frío y que se necesitarán otros para completarla. Se estima que el costo total del equipo nuevo que se necesita y sus repuestos es de US\$1,5 millones.

Distribución de equipo para la cadena de frío -- Se documentó con la encuesta que los establecimientos de salud que se encuentran en áreas de gran densidad poblacional

y/o bajo temperaturas ambientales muy altas, tienen menor probabilidad de tener equipo necesario que aquellos establecimientos en áreas menos pobladas y/o en zonas geográficas de clima más templado.

Estado operativo de los refrigeradores -- De los 2 667 refrigeradores identificados en los servicios de salud del Perú, 1 290 (48.3%) son a kerosene, y de éstos 2 175 (81,5%) se encuentran en condiciones operacionales. Sólo se identificaron 492 (18.5%) que no estaban operando y 267 que, aunque estaban funcionando, no podían usarse para hacer hielo ya que nunca habían tenido el congelador necesario. Casi la totalidad de los 492 refrigeradores que no funcionaban eran a kerosene.

Disponibilidad de termos de vacuna y paquetes fríos -- La encuesta confirmó que el 29% (1.175) de los establecimientos de salud no tenían termos y el 91% (3 680) no tenían suficientes paquetes fríos.

Disponibilidad de gasolina y repuestos -- Según los trabajadores de salud, el obstáculo principal para la mantener operativos los refrigeradores a kerosene es la falta de combustible, el alto costo de su transporte y la falta de repuestos como los tubos de vidrio, las mechas y los quemadores (citados con mayor frecuencia).

Costo del combustible -- La encuesta confirmó que un litro de kerosene costaba entre US\$0,04 y US\$0,33 y que un tanque de gasolina costaba entre US\$1,00 y US\$2,72. El costo anual estimado para abastecer de combustible a todos los refrigeradores, además de los 322 refrigeradores que deben comprarse, es de US\$211 145. Se estableció la necesidad de comprar repuestos por un valor de aproximadamente US\$15 540.

Costo de la distribución de vacunas -- También se determinó que se necesitan aproximadamente US\$41 752 por año para distribuir la vacuna que se necesita para abastecer los establecimientos de salud del Perú.

Costo de las actividades que requieren desplazamiento a áreas marginales o rurales -- Se determinó que hay 4 051 establecimientos de salud que necesitan programar actividades de movilización social todos los meses. El costo promedio del viático (*per diem*) más un viaje de ida y vuelta, utilizando el transporte local se calculó en US\$2,02, que establece un presupuesto mínimo requerido de US\$98 472. El informe final del estudio reconoce que estos costos no cubren la totalidad de los gastos y que podrían ser hasta un 35% más altos. Sin embargo, se logró establecer la primera estimación que existe y puede servir como base para mejorar los datos y la información de que se dispone. Cuando se les pidió a los trabajadores de salud que identificaran los principales obstáculos que impiden el aumento de las coberturas, los mencionados principalmente fueron la falta de fondos para el transporte y los viáticos.

Costos de supervisión, adiestramiento y mantenimiento --

La falta de supervisión continua contribuye a las deficiencias en el manejo del equipo de la cadena de frío por parte de los trabajadores de salud, así como su incapacidad de detectar precozmente los problemas que existan con el equipo, el manejo de las vacunas o cualquier otro tipo de problema administrativo. Por otro lado, el hecho de que el equipo no se mantiene en forma regular por técnicos que han sido apropiadamente entrenados, resulta en fallas del equipo o por lo menos, en equipo que no puede mantener las temperaturas adecuadas. De los 492 refrigeradores que estaban fuera de servicio, el 96% tenía fallas mínimas. Será necesario que los técnicos dispongan de un presupuesto suficiente para viajes y viático para que puedan prestar el servicio que el equipo requiere.

Se determinó que se necesitarán US\$6 000 para los viajes de los técnicos y US\$42 000 para la supervisión regular de la cadena de frío.

La encuesta también reveló que el 50% de los trabajadores de salud jamás habían recibido ningún tipo de entrenamiento de mantención preventiva del equipo de refrigeración. El Plan Nacional para la Cadena de Frío recomienda que en los próximos tres años se realicen por lo menos 12 cursos para supervisores, además de 120 cursos de un día para usuarios, a un costo total de US\$74 400 dólares.

Resumen

El principal producto de la encuesta (que se realizó a un costo total de US\$91 000), fué la preparación de un Plan de Acción Nacional que establece los requerimientos de equipo y costos asociados a la operación y el mantenimiento del equipo de la cadena de frío.

Se estableció que se necesitará un desembolso total de aproximadamente US\$1 914 846 para mejorar la cadena de frío del PAI. A continuación se presenta el desglose de los costos estimados:

Costos de Capital

1) Equipo nuevo*	\$1 315 978
2) Repuestos, equipo nuevo	26 661
3) Herramientas para los técnicos	15 450
4) Adiestramiento	74 000
5) Equipo adicional para la cadena de frío**	144 580
Subtotal	\$1 576 669

Costos Recurrentes

1) Supervisión	\$42 000
2) Viajes de los técnicos	6 000
3) Distribución de vacuna	41 752
4) Viáticos/viajes a comunidades marginales	98 472
5) Combustible	134 503
6) Repuestos para el equipo en existencia	15 450
Subtotal	338 177
TOTAL	\$1 914 846

* Refrigeradores, cajas frías, congeladoras, termómetros

** Plantas eléctricas a diesel, motores fuera de borda

Comentario editorial:

Perú es el segundo país de la Región en completar una encuesta exhaustiva del equipo de la cadena de frío, Bolivia y Guatemala acaban de completar encuestas similares y Ecuador se encuentra en proceso de realizar la suya. Las encuestas se están realizando con la asistencia técnica de la OPS y financiera de UNICEF, los resultados serán publicados en ediciones futuras de este Boletín.

La función principal de las encuestas es documentar los costos recurrentes asociados con la operación de la cadena de frío, tanto las compras como para la entrega de las vacunas a las poblaciones distantes.

Estos estudios permitirán que se haga un uso más eficiente del equipo existente y el que está por ser adquirido, a la vez que ayudarán a establecer los presupuestos necesarios. El desafío que enfrentan los ministerios de salud es mejorar esta información presupuestaria y actualizarla en forma permanente.

El Consejo Directivo de la OPS aprueba resolución acerca del PAI

Durante la XXXIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, realizada el 28 de Septiembre de 1989 en Washington, D.C., éste aprobó la Resolución XI acerca del Plan de Acción para la Erradicación del Poliovirus Salvaje de la Región de las Américas. En la Resolución, el Consejo Directivo...

"Reitera el agradecimiento a USAID, Banco Interamericano de Desarrollo, UNICEF, CIDA/CPHA y al Club Rotario Internacional por el mayor apoyo brindado a este programa, y especialmente al Club Rotario Internacional

por su último aporte, que ayudó a intensificar la operación "Limpieza".

"Señala a todos los Países Miembros que el programa ha entrado en una fase crítica y que se necesitará un mayor compromiso político y mayores recursos si el programa ha de tener éxito; que no hay motivo para darse por satisfechos, y que, por lo tanto, las políticas y estrategias expuestas en la Resolución CD33.R14 de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo (1988)--que todos los países con poliomielitis endémica deberán instituir por lo menos dos días

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 período epidemiológico de 1988, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1989	1988	1989	1988	No Neonatorum		Neonatorum		1989	1988	1989	1988
						1989	1988	1989	1988				
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	1 Jul.	223	615	2	0	13	19	66	46	5	5	321	193
Colombia	17 Jun.	6 669	8 144	13	28	99	129	72 ¹	81 ¹	26	6	681	810
Ecuador	17 Jun.	2 403	2 605	5	7	46	56	28	62	0	5	113	109
Perú	9 Sept.	518	3 180	12	49	70	122	84	112	14	36	435	806
Venezuela	9 Sept.	7 656	9 672	11	22	0	0	28	20	0	1	322	348
Cono Sur													
Argentina**(v)	29 Jul.	1 411	1 493	0	2	36	35	...	...	5	3	1 451	2 358
Chile	15 Jul.	7 611	2 306	0	0	7	9	0	2	18	88	155	45
Paraguay	9 Sept.	88	568	0	0	57	55	12	64	7	11	270	664
Uruguay (v)	2 Sep.	5	56	1	0	4	2	0	0	0	0	12	16
Brasil	30 Sept.	10 570	10 300	39	75	1 084	1 258	213	228	615	849	6 058	6 480
Centroamérica													
Belice**	26 Ago.	5	71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	9 Sept.	33	293	0	0	1	3	0	0	0	0	36	82
El Salvador	1 Jul.	14 117	364	3	8	14	26	15	18	0	0	18	23
Guatemala	9 Sept.	843	353	2	31	46	53	13	22	8	2	116	481
Honduras	1 Jul.	574	...	2	3	8	...	8	...	0	0	33	30
Nicaragua	9 Sept.	68	130	0	0	24	32	11	12	0	0	206	37
Panamá	31 Mar.	81	...	0	0	1	...	1	...	0	...	28	...
México**	12 Ago.	5 490	1 978	11	10	103	104	14	60	6	1	713	383
Caribe Latino													
Cuba	17 Jun.	6	112	0	0	2	3	0	0	0	0	25	11
Haití	*	...	...	2	5	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana (v)	29 Jul.	490	292	0	1	25	21	3	7	14	34	186	32
CARIBE													
Antigua y Barbuda	8 Jul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	22 Jul.	12	16	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Barbados	15 Jul.	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Dominica	17 Jun.	5	...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grenada	19 Ago.	0	...	0	0	1	...	0	...	0	...	0	...
Guyana	25 Mar.	3	147	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	1 Jul.	10	...	0	0	1	...	0	...	1	...	0	...
San Cristóbal y Nieves	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	29 Abr.	0	...	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Santa Lucía	17 Jun.	3	...	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Suriname	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	15 Jul.	1 863	247	0	0	0	2	0	0	0	0	5	6
NORTEAMERICA													
Canadá**(v)	29 Jul.	10 383	410	0	2	2	1	...	...	2	11	570	414
Estados Unidos**	12 Ago.	9 189	...	0	0	31	...	...	...	1	...	1 654	...

* País no ha notificado casos en 1989.

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

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 39 (terminada el 30 de Septiembre, 1989).

(v) Casos de polio son vacunales.

(i) Casos de polio son importados.

... No se dispone de datos.

1 Los datos de tétanos neonatorum son hasta la semana 37, 1988 y 1989.

nacionales de vacunación al año como parte de sus programas nacionales de vacunación e instituir un enérgico sistema de vigilancia de la enfermedad--deben continuarse, y que los países no endémicos deberán velar por el mantenimiento de los altos niveles de cobertura de la inmunización."

"Solicita que los Países Miembros con poliomielitis endémica y no endémica tomen medidas para establecer una red de notificación semanal de casos de parálisis fláccida, a fin de permitir la pronta detección de cualquier caso sospechoso y para que puedan instituirse enérgicas medidas de investigación y control."

"Insta a todos los Miembros, sobre todo aquellos en los que la poliomielitis es endémica, que instituyan operaciones inmediatas de "limpieza" tan pronto se identifique un caso probable, y en todos los distritos expuestos a la transmisión de poliomielitis."

"Insta a los Países Miembros a que consideren el progreso alcanzado en la meta de la erradicación de la poliomielitis y llevarlo adelante mediante:

a) La intensificación de las actividades encaminadas al control del tétanos neonatal, especialmente por medio de la vacunación de todas las mujeres en edad fértil en las zonas ya reconocidas como de alto riesgo;

b) La intensificación de la vacunación con vacuna anti-sarampiosa y DPT;

c) El aumento de la cobertura de inmunización por los servicios de salud corrientes, estableciendo medidas para eliminar las oportunidades perdidas de vacunación en todos los establecimientos de salud, para lo cual se ofrecerá vacunar

a todos los niños y a la mujeres en edad fértil en condiciones de ser vacunados que visiten estos servicios."

"Solicita que los Países Miembros y las agencias participantes descentralicen sus recursos financieros a nivel de distrito a fin de que los agentes de salud de los sistemas locales de salud tengan los recursos requeridos para aplicar con prontitud las medidas necesarias para mejorar la cobertura e interrumpir la transmisión de la poliomielitis."

"Felicitó y apoya a los países de habla inglesa del Caribe por la iniciativa tendiente a lograr la eliminación del sarampión en esos países en 1995 y las iniciativas similares de Canadá, Cuba y Estados Unidos de América."

"Pide al Director que:

a) Instituya un premio de US\$100 para la primera persona que notifique por escrito el primer caso de un brote (conforme a lo definido en el Plan de Acción) en un distrito que resulte confirmado en pruebas subsiguientes de laboratorio indicativas de la presencia del poliovirus salvaje;

b) Siga la marcha de la iniciativa de la eliminación del sarampión en los países de habla inglesa del Caribe, Canadá, Cuba y Estados Unidos de América, ya que su éxito será de importancia crítica para la preparación de estrategias encaminadas a eliminar el sarampión de toda la Región de las Américas;

c) Mantenga la misma prioridad acordada hasta ahora a este programa y informe a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 sobre los logros de la metas que se establecieron para este programa."

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.
Washington, D.C. 20037
E.U.A.