



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XI Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1989

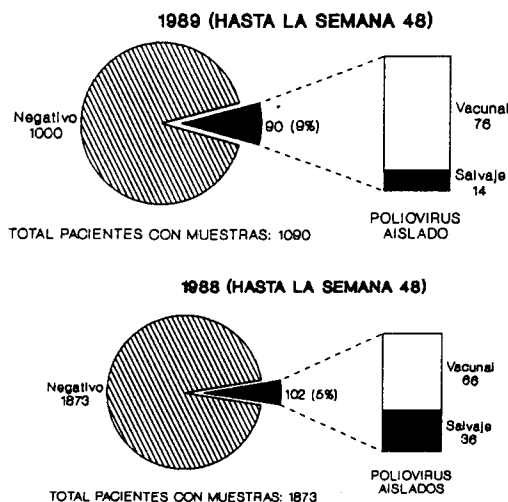
Vigilancia del Poliovirus en las Américas

A la semana 48 de este año, se habían procesado 1 781 muestras de heces de 1 524 pacientes en los laboratorios que integran la red regional. Este número de muestras no incluye las muestras de los contactos. De los 1 090 resultados conocidos por la OPS, se había aislado poliovirus a partir de noventa pacientes (9%); 74 vacunales y 14 salvajes (Ver Figura 1). Hay 434 que están en proceso. Se aislaron P3 salvajes en México (8), Colombia (2), y Venezuela (1). Se aislaron P1 salvajes en Brasil (2) y Colombia (1) (Ver Mapa). Durante el mismo período en 1988, se procesaron muestras de 1 873 pacientes (no incluyendo los contactos), de las cuales se aislaron 102 poliovirus (5% de los pacientes), entre

los que se contaban 36 virus salvajes (Figura 1). De 1988 a 1989, el porcentaje de aislamiento de virus salvaje se redujo en un 51%. En lo que va de 1989, solo se ha aislado poliovirus salvaje en cuatro países.

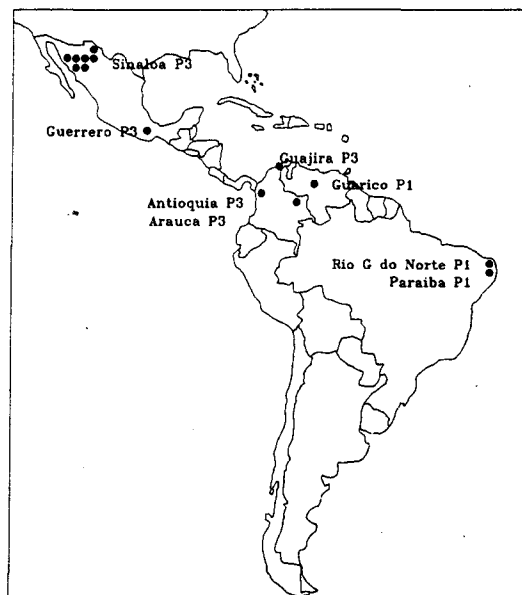
Un aspecto muy importante de la vigilancia del poliovirus, es el proceso de la toma de las muestras de heces (incluyendo el tiempo del envío). En el contexto de la erradicación, como están ocurriendo menos casos salvajes, aumenta la importancia de obtener muestras adecuadas para identificar las últimas áreas bajo riesgo. En las primeras 48 semanas de 1989, se habían tomado muestras del 78% de los casos notificados. Durante el mismo período en 1988, el 83% de los casos

Figura 1. Clasificación de las muestras de heces tomadas a partir de casos de parálisis flácida Américas, 1988 y 1989



Una muestra por caso.

Poliovirus Salvajes Aislados Américas, Enero hasta Noviembre, 1989



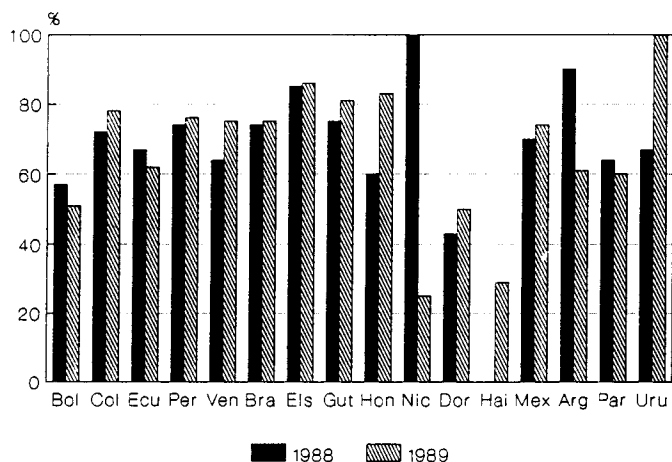
En este número:

Vigilancia del poliovirus en las Américas	1
Reunión del PAI en el Caribe	3
Cono Sur: libre de polio?	5

Países Andinos evalúan el PAI	6
Casos notificados de enfermedades del PAI	7

notificados tenían muestras tomadas. La Figura 2 muestra estos datos para cada país. Note que el nivel de obtención de heces de pacientes empeoró en once países, especialmente en Colombia, Venezuela, Nicaragua, República Dominicana, México, Argentina, y Paraguay.

Figura 2. Porcentaje de casos de parálisis flácida con muestras tomadas (por país) Américas, 1988 y 1989



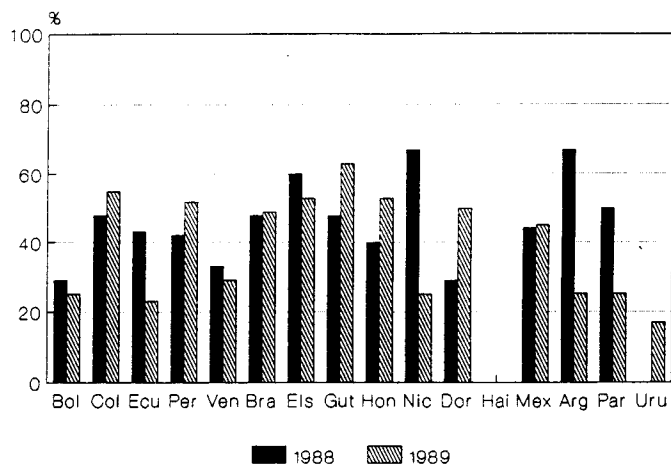
Primeras 48 semanas de 1988 y 1989.

En 1989, de las muestras tomadas, el 48% habían sido tomadas menos de ocho días después del inicio de la parálisis; en 1988 el porcentaje era de 46% (Ver Figura 3). De los once países con menos muestras tomadas en 1989, Bolivia, Venezuela, El Salvador, Nicaragua, Argentina, y Paraguay además mostraron un descenso en el porcentaje de heces tomadas menos de ocho días después del inicio de la parálisis. Aunque Ecuador era uno de los países con más muestras tomadas en 1989, mostró un descenso en el porcentaje de heces tomadas menos de ocho días después del inicio de la parálisis.

En 1989, de las muestras tomadas, el 73% se tomaron menos de 15 días después del inicio de síntomas y en 1988, el 72% habían sido tomadas en ese período (Ver Figura 4). Cinco países empeoraron en 1989: Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Argentina, y Paraguay.

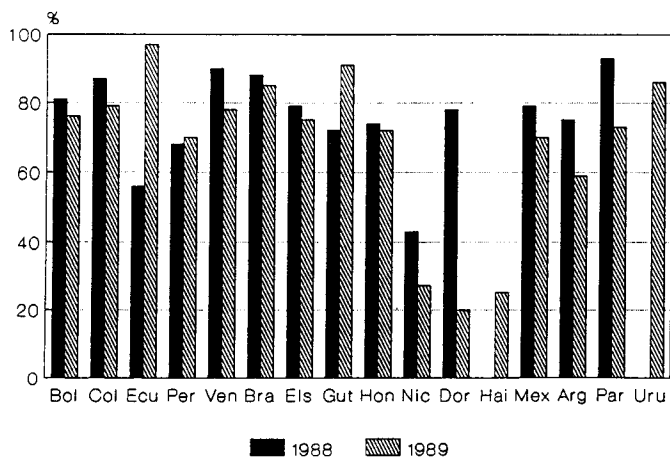
Estos datos nos indican que la meta de la erradicación de la polio de América Latina probablemente se alcanzará para fines de 1990 y que las últimas áreas de riesgo para la transmisión de poliovirus salvaje son el norte de Brasil, el norte de la Región Andina y México. En este momento parece que el resto de América Latina está sin poliovirus salvaje. Aunque los logros son considerables, aún hace falta alcanzar y mantener un nivel alto de actividad con la

Figura 3. Porcentaje muestras tomadas dentro de los primeros ocho días del inicio de la parálisis Américas, 1988 y 1989



Primeras 48 semanas de 1988 y 1989.

Figura 4. Porcentaje de muestras tomadas dentro de los primeros quince días del inicio de la parálisis Américas, 1988 y 1989



Primeras 48 semanas de 1988 y 1989.

vigilancia de poliovirus, ya que será de esta forma que se podrán identificar las últimas áreas donde las estrategias como los "barridos" pueden ayudar a interrumpir la transmisión de poliovirus salvaje. Esta estrategia será muy importante para mantener la vigilancia del poliovirus aún después de la erradicación, ya que hasta que se erradique en el mundo entero existirá la posibilidad de importación.

Reunión del PAI en el Caribe

La VI Reunión de Administradores del PAI en el Caribe tuvo lugar en Barbados del 13 al 17 de noviembre de 1989. El Oficial Médico Principal de Barbados, en representación del Ministro de Salud, dió inicio a la Reunión, a la cual asistieron los administradores del PAI de todos los países del Caribe de habla inglesa y de Suriname. Además de los Administradores del PAI, también estuvieron presentes epidemiólogos, enfermeras de SMI, especialistas en virología, estadísticos y comunicadores sociales. También asistieron representantes de los organismos internacionales que colaboran con el PAI en los países; la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), UNICEF, la Asociación de Salud Pública Canadiense (CPHA) y el Club Rotario Internacional. Por primera vez en esta serie de Reuniones del PAI en el Caribe, estuvo presente un miembro del Grupo Asesor Global del PAI (GAG).

Los objetivos de la Reunión fueron los siguientes:

- analizar los logros de los países en la ejecución de los planes anuales de trabajo formulados durante la V Reunión, celebrada en Grenada en noviembre de 1988, y preparar los planes anuales de trabajo para 1990;
- examinar la situación epidemiológica del sarampión y la poliomielitis en el área en general y en algunos países en particular y;

c) estudiar y discutir el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en el Caribe de habla inglesa para 1995, aprobado recientemente por el grupo de ministros de salud del Caribe de habla inglesa y endosado posteriormente por el Consejo Directivo de la OPS en su Reunión de septiembre de 1989.

Conclusiones y recomendaciones

1. Los países del Caribe de habla inglesa han avanzado considerablemente en la consecución de las metas del PAI de lograr la inmunización infantil universal y la erradicación de la poliomielitis para 1990.

Muchos países han alcanzado coberturas de más de 80% con la mayoría de las vacunas del PAI (Cuadro 1), y la incidencia de las enfermedades del PAI ha llegado a niveles mínimos. Desde 1982 no se ha detectado poliomielitis causada por el poliovirus salvaje en ningún país. La difteria, la tos ferina y el tétanos han prácticamente desaparecido, y a partir de 1982 el sarampión, que es todavía un problema importante entre las enfermedades del PAI, ha disminuido en forma continua, a pesar de un leve incremento en 1986 en comparación con 1987 (Figura 1).

Sin embargo, todavía hay mucho por hacer para mantener esos niveles de cobertura y lograr la certificación de

Cuadro 1. Porcentaje de niños con inmunización completa¹
Niños menores de un año
Países del Caribe de Habla Inglesa, 1988

País	Población		Porcentaje con inmunización completa			
	Total (en miles)	Menores de un año	DPT	TOPV	Sarampión ³	BCG
Anguila	7.6	186	100	100	98 ³	90
Islas Turcas y Caicos	8.7	220	94	92	92 ³	94
Islas Vírgenes (Reino Unidos)	13.8	190	84	76	62 ³	48
Montserrat	13.8	199	91	91	86 ³	86
Islas Caimán	20.5	358	93	95	99 ³	86
San Cristóbal y Nieves	52.8	924	94	93	77	*
Bermuda	60.6	895	83	85	86 ³	#
Dominica	81.4	1 648	96	97	90	98
Antigua y Barbuda	83.6	1 080	98	100	95 ³	#
San Vicente y Granadinas	111.0	2 708	98	97	97	95
Grenada	119.0	3 057	65	64	58	#
Santa Lucía	142.0	3 722	78	87	83 ³	85
Belice	169.0	5 270	73	73	70	97
Bahamas	238.0	5 600	85	84	78 ³	#
Barbados	258.0	4 032	76	73	84 ³	*
Suriname	391.0	10 000	64	64	83	#
Guyana	1 010.0	20 000	64	69	55	64
Trinidad y Tabago	1 250.0	28 000	82	83	72	#
Jamaica	2 440.0	52 270	82	83	68	96
TOTAL	6 470.0	140 359	78	79	71	88

1 Inmunización completa se refiere a haber completado un esquema de tres o más dosis de DPT y TOPV, administradas a intervalos de por lo menos cuatro semanas. Para las otras vacunas se refiere a solo una dosis.

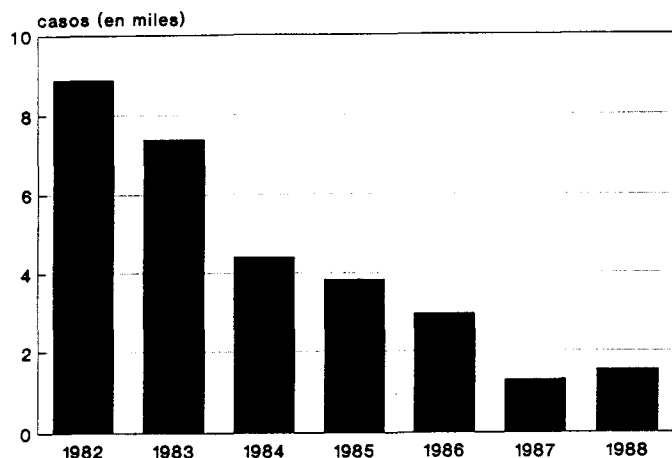
2 Se refiere a la vacuna doble viral, administrada a niños entre los nueve y los 18 meses de edad.

3 Se utiliza solo la triple viral.

* Solo se inmuniza a niños de cinco años o mayores.

La vacuna no está incluida en el programa nacional de inmunización.

Figura 1. Casos de sarampión notificados en los países del Caribe de Habla Inglesa, 1982 a 1988



interrupción de la transmisión de la poliomielitis y de eliminación del sarampión para 1995.

2. Todavía hay ciertos países con números considerables de niños que no completan su programa de vacunación por descuido, migración o porque los médicos particulares no hacen la notificación. Esos problemas deben analizarse mediante estudios especiales sobre la pérdida de citas, con entrevistas a médicos particulares (como el que presentó las Bahamas) y mecanismos de seguimiento para los reacios al tratamiento. Se espera que varios países realicen este tipo de estudio durante el próximo período y presenten informes en la próxima reunión.

3. En cuanto a la certificación de la erradicación de la poliomielitis, será necesario que los países establezcan un sistema de vigilancia de las parálisis flácidas. Datos recientes del sistema de vigilancia regional de la poliomielitis de la OPS indican que cada país debiera notificar una tasa básica de un caso de parálisis flácida por 100.000 habitantes menores de 15 años. Si esta tasa se aplica al Caribe de habla inglesa, entonces se deberían haber notificado por lo menos 20 casos este año; Jamaica, por ejemplo, debería haber notificado ocho.

No obstante, se han notificado menos de cinco casos de parálisis flácida en todo el Caribe de habla inglesa, lo que sugiere la necesidad de establecer una mejor vigilancia de esta enfermedad. Entonces, se podrán iniciar investigaciones adecuadas y toma de muestras de heces para la investigación del poliovirus salvaje en el laboratorio de referencia de la poliomielitis de la OPS para el Caribe, ubicado en CAREC, Puerto España.

La certificación exige que todos los países presenten evidencia de que los casos de parálisis flácida aguda no han sido causados por el poliovirus salvaje. Se recomienda, por lo tanto, que todos los países establezcan un sistema permanente de vigilancia de parálisis flácida (como el que se ha instituido en Suriname) coordinado entre los epidemiólogos, los laboratorios, los neurólogos y los neuropediatras de los diferentes países.

4. El Grupo analizó el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión para 1995 en esta área y hubo consenso general en cuanto a que se deben emprender varias acciones aun antes de disponer de los recursos adicionales:

a. La adopción por parte de todos los países de definiciones de caso:

**caso sospechoso:* cualquier enfermedad con erupción y fiebre;

**caso probable:* erupción generalizada maculopapular con una duración mayor de 2 ó 3 días y fiebre por arriba de 40 grados centígrados con coriza, conjuntivitis, otos;

**caso confirmado:* cumple la definición de caso y tiene vinculación epidemiológica con otro caso confirmado o probable o confirmado en laboratorio.

b. Los médicos deben notificar de inmediato todo caso sospechoso y los epidemiólogos deben investigar rápidamente para descartar el caso si no cumple con el criterio de caso probable. De lo contrario, se deben establecer medidas de control inmediatas, vacunando a todos los contactos, sin que importe su estado vacunal (el grupo de edad objeto de estas acciones será determinado por las características del brote), y se deberá investigar la fuente de infección. Así mismo, se tomarán muestras para confirmación de laboratorio, en los laboratorios de referencia designados.

c. La red de notificación actual, que en muchos países depende solo de la notificación de los puestos centinela, debe ser ampliada para que abarque todos los servicios de salud y todos los médicos particulares y debería también establecer la notificación negativa.

d. Todos los países deben adoptar un formulario estandarizado de investigación de casos. Se sugiere la adopción del formulario de las Pautas de Vigilancia OPS/OMS, hasta que se tenga a la disposición, a principios de 1990, la guía de campo de la OPS para la eliminación del sarampión. Esa guía de campo será analizada por los epidemiólogos de los países designados durante la Reunión que organizarán la OPS y CAREC a comienzos de 1990.

5. El Grupo estuvo de acuerdo que el mes de mayo de 1991, es el período ideal para iniciar el "Mes de Eliminación del Sarampión", durante el cual todos los niños menores de 15 años serán vacunados. En muchos países del Caribe esto coincide con la celebración del "Mes del Niño".

6. Si el plan para eliminar el sarampión ha de tener éxito, será necesario emprender campañas intensivas de comunicación y movilización de la comunidad, que exige la preparación de un Plan de Movilización Social del Caribe, para elevar la conciencia de los líderes políticos y comunitarios, la población en general y los trabajadores de salud sobre las actividades a ejecutarse y la importancia de aceptar la vacunación. Esto tiene una importancia

particular en cuanto al Mes de Inmunización del Caribe, durante el cual todos los niños menores de 15 años deberán ser vacunados, muchos de los cuales ya habrán sido vacunados o padecido la enfermedad. El Plan deberá asimismo considerar las necesidades específicas nacionales y la actitud de la población hacia la inmunización.

Se ha pedido a la OPS y al UNICEF iniciar las actividades para la elaboración de este plan, en colaboración y previa consulta con las autoridades nacionales. A principios de 1990 la OPS y UNICEF deberán organizar una reunión especial para que los representantes de los

países preparen sus planes nacionales de comunicación y movilización social.

7. Las visitas entre gerentes del PAI, establecidas el año pasado, han demostrado promover la interacción entre los programas, permitiendo que los gerentes observen los planes innovadores que ciertas naciones han desarrollado y que podrían adaptarse a las necesidades particulares de sus países.

8. La VII Reunión deberá celebrarse en Antigua entre el 12 y el 16 de noviembre de 1990.

Cono Sur: Libre de polio?

El último caso confirmado de polio en el Cono Sur considerado como debido a virus salvaje ocurrió en Marzo de 1985 en Paraguay. Sin embargo, el 20 de Octubre de 1989, el Instituto Malbrán, laboratorio regional para el Cono Sur, ubicado en Buenos Aires, Argentina, informó acerca de la posible caracterización de tres poliovirus salvajes tipo 3, a partir de muestras tomadas de dos casos del Uruguay y uno de la Argentina. Las autoridades de los países involucrados respondieron inmediatamente.

En Argentina, el aislamiento se hizo de una muestra tomada de un niño de tres años de la provincia de Santiago del Estero, quien tuvo inicio de parálisis y fue hospitalizado en la provincia de Salta. El mismo día que el laboratorio informó los resultados, las autoridades del Ministerio de Salud contactaron al Director de Epidemiología de la provincia que notificó el caso y de la provincia de origen y un epidemiólogo del nivel central viajó a organizar la investigación de terreno. Ya que el caso se había perdido para propósitos de seguimiento, fue necesario utilizar los medios de comunicación masiva para intentar establecer contacto con él y sus familiares. Se investigaron contactos en su residencia anterior y se revisaron los registros hospitalarios en busca de evidencia de otros casos sospechosos. No se encontraron más casos. También se hizo una evaluación del estado de la cadena de frío y se hicieron recomendaciones para su reforzamiento. Se analizaron las coberturas vacunales a nivel de provincia y municipio y se identificaron bolsones de bajas coberturas que fueron señalados para actividades de vacunación intensiva. Un familiar del paciente oyó los llamados en la radio y dirigió a los investigadores a la provincia de Santiago del Estero, donde se encontraba. Se evaluó al niño, se entrevistó a los padres y se tomaron historias de contactos (incluido un hermano). La evaluación preliminar reveló síntomas consistentes con el Síndrome de Guillain-Barré y el paciente fue trasladado a la capital de la provincia para ser evaluado por un neurólogo pediátrico quien confirmó el diagnóstico.

Se realizó búsqueda activa en los registros de internación del Hospital de Niños -- solo se encontraron tres casos que habían sido notificados oportunamente. Los epidemiólogos

se reunieron con los Rotarios de Santiago del Estero para informarles de la situación y pedir su colaboración en las actividades a realizar e hicieron un curso de Erradicación de la Poliomiélitis para los profesionales de salud de las áreas afectadas y circunvecinas.

Ya que el caso era de una región limítrofe con Bolivia, las autoridades de salud de ese país también respondieron mediante la búsqueda activa de casos y vacunaciones de casa en casa en las zonas afectadas.

Los dos casos del Uruguay -- dos varones, de 4 y 2 años -- habían sido detectados por búsqueda activa a los 12 días y las 24 horas de su internación. Habían sido investigados y se les habían tomado muestras que fueron enviadas al Instituto Malbrán. La notificación del posible aislamiento de cepas salvajes motivó acciones inmediatas de parte de las autoridades del Uruguay. Se analizaron las coberturas vacunales, los niños fueron evaluados por neurólogos pediátricos que diagnosticaron miastenia en uno y polirradiculoneuritis en el otro, y se inició una búsqueda activa de otros casos sospechosos. El Ministerio de Salud Pública transmitió anuncios por los medios de comunicación para informar al público acerca de la investigación de dos casos de parálisis flácida y que como precaución se estaba reforzando la inmunización antipoliomielítica.

La OPS ayudó que las muestras llegaran desde el Instituto Malbrán hasta el laboratorio de referencia de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, E.E.U.U. para repetir la tipificación y caracterización. Las pruebas confirmaron que los casos se trataban de parálisis flácidas causadas por otros enterovirus no polio. Las acciones tomadas por las autoridades de los tres países constituyen un ejemplo de las respuestas que deben darse en zonas libres de transmisión o donde la transmisión esté a punto de ser interrumpida. Otro producto fue la evaluación retrospectiva de las medidas tomadas después de la notificación de los casos (la toma de muestras, historias clínicas y el seguimiento de los casos), que resultaron adecuadas en ambos países.

Los países andinos evalúan el PAI

El 6 y 7 de Noviembre de 1989 se realizó en la ciudad de Quito, Ecuador la primera Reunión Andina sobre el PAI y la Erradicación de la Poliomiélitis. La realización de esta reunión fue decidida por los Países Andinos durante la 7a. Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI, en Cartagena, en julio de 1989. Tuvo el propósito de coordinar las actividades de los países, y proporcionar información actualizada acerca de su situación y sus esfuerzos para reforzar el PAI y lograr las metas de Erradicación de la Poliomiélitis y Vacunación Universal de los niños, en los 12 meses que restan antes del fin de 1990. Participaron representantes de todos los países de la subregión (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y Brasil, que participó como observador.

Además de funcionarios del área de epidemiología, virología, materno infantil y del PAI de los niveles centrales de los países participantes, también participaron funcionarios de salud de los niveles locales y operativos y representantes de las Agencias Internacionales que colaboran con el Programa (AID, UNICEF y la OPS/OMS) y Rotary Internacional.

Conclusiones y recomendaciones

1. El avance en todos los países del Area Andina hacia el logro de las metas del PAI de vacunación universal de los niños y erradicación de la polio para Diciembre 1990 es notorio. La alta prioridad política de los gobiernos de los países del Area a estas metas y la cooperación de las agencias multilaterales, bilaterales y privadas ha sido fundamental para lograr este avance. Asimismo los esfuerzos todavía necesarios para el cumplimiento de las metas en los próximos 12 meses son muy grandes y van a necesitar redobladas acciones.

2. El Grupo recomienda que se realicen reuniones del Comité de Coordinación Inter-Agencial (CCI) en cada país, con la participación del Ministro de Salud para la discusión de los resultados alcanzados en 1989 y la programación para 1990. Los representantes de la Cooperación Externa Japonesa (JICA), debieran ser invitados a participar de estas reuniones para que se aumente la coordinación con esta Agencia. En estas reuniones se deberá analizar críticamente el cumplimiento técnico y financiero de los planes nacionales de acción y la programación para 1990.

3. La estrategia de vacunación para los años 1990 deberá incluir los siguientes elementos en todos los países de área Andina:

a. Reforzamiento del Programa regular de vacunación con énfasis en la eliminación de las oportunidades perdidas de vacunación y la descentralización de los recursos hacia los niveles locales y aplicación de todas las vacunas del PAI;

b. Jornadas Nacionales de Vacunación con énfasis especial en las áreas de riesgo por baja cobertura o transmisión de las enfermedades del programa, incluyendo la descentralización de la comunicación social y aplicación de todas las vacunas del PAI (excepto BCG), incluido el toxoide tetánico;

c. Operaciones de barrido en aquellos municipios o distritos identificados como sujetos a un alto riesgo de transmisión del virus salvaje de la polio, utilizando la vacuna oral trivalente antipoliomielítica (OPV), casa por casa, en dos rondas con intervalo mínimo de un mes entre las rondas.

Siguiendo recomendaciones anteriores del GTA, se debe aplicar la OPV en niños recién nacidos. Esta dosis no se debe contar en el esquema de vacunación.

La no inclusión de todas las vacunas del PAI (excepto BCG) en las jornadas nacionales de vacunación debe ser considerado como oportunidades perdidas de vacunación.

4. Es necesario seguir mejorando fundamentalmente los aspectos relacionados con la toma de muestras de heces de los casos probables de polio en aquellos países en que el intervalo entre el inicio de síntomas y la toma de muestra es mayor de 8 días (Ecuador, Bolivia, Perú).

Tanto Ecuador como Perú tienen la opción de enviar las muestras de heces al INS de Colombia con el fin de facilitar su transporte, debido a las dificultades de envío a la FIOCRUZ en Río de Janeiro.

Se reitera la recomendación del Grupo Técnico Asesor del PAI (GTA) de discontinuar la toma de sangre de los casos probables de polio y la interrupción del uso de la serología para el diagnóstico de polio.

Teniendo en cuenta que los aislamientos de poliovirus salvaje son cada vez menos frecuentes, se insiste en la remisión de muestras provenientes de contactos, según los criterios establecidos por el GTA.

Para efectos de identificación el informe de resultados, los casos y contactos se identificaran con el nombre del país, el año del caso y el número de epidemiología. La letra C acompañará el número de epidemiología cuando el aislamiento proviene de contactos. Ejemplo: BOL-89-003-C para el aislamiento proveniente de contactos del Caso No. 3 de Bolivia.

5. El Grupo considera que las exigencias del programa de erradicación de la polio requiere de unidades de laboratorio cuya respuesta técnica sea simultánea a los niveles de acción operativa y que la subregión Andina ya tiene una infraestructura de laboratorios que permitiría su auto-suficiencia en este respecto, y que los laboratorios nacionales deben convertirse a corto plazo en uni-

Casos Notificados de Enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomiélitis, 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		Poliomiélitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
						No Neonatorum		Neonatorum					
		1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	1 Jul.	223	615	2	1	13	19	66	46	5	5	321	193
Colombia	17 Jun.	6 669	8 144	19	44	99	129	721	811	26	6	681	810
Ecuador	17 Jun.	2 403	2 605	1	8	46	56	28	62	0	5	113	109
Perú	9 Sept.	518	3 180	16	54	70	122	84	112	14	36	435	806
Venezuela	21 Oct.	8 413	...	15	27	0	0	32	...	...	...	465	...
Cono Sur													
Argentina**(v)	29 Jul.	1 411	1 493	0	4	36	35	...	...	5	3	1 451	2 358
Chile	11 Nov.	11 804	30 381	0	0	14	13	2	3	32	111	193	141
Paraguay	30 Sept.	144	...	1	0	75	55	13	64	8	11	315	664
Uruguay (v)	16 Dic.	18	...	1	0	...	...	...	...	0	0	34	16
Brasil	26 Nov.	14 529	15 689	33	101	1 327	1 560	263	283	736	983	6 058	6 480
Centroamérica													
Belice**	9 Dic.	11	74	0	1	0	0	0	0	0	0	1	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	12	14	26	15	18	0	0	18	23
Guatemala	9 Sept.	843	353	3	38	46	53	13	22	8	2	116	481
Honduras	28 Oct.	3 848	...	2	6	14	...	12	...	0	0	50	...
Nicaragua	9 Sept.	68	130	0	0	24	32	11	12	0	0	206	37
Panamá	24 Sept.	227	...	0	0	3	...	4	...	0	...	34	...
México**	29 Nov.	12 194	2 837	19	19	177	218	26	93	6	2	1 468	534
Caribe Latino													
Cuba	23 Sept.	9	...	0	0	4	...	0	0	0	0	53	...
Haití	*	...	...	2	8	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana (v)	29 Jul.	490	292	0	1	25	21	3	7	14	34	186	32
CARIBE													
Antigua y Barbuda	25 Nov.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	4 Nov.	45	20	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Barbados	2 Dec.	2	0	0	0	0	1	2	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	1 Jul.	7	433	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	1 Jul.	10	...	0	0	1	...	0	...	1	...	0	...
San Cristóbal y Nieves	29 Jul.	12	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	29 Abr.	0	...	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Santa Lucía	16 Sept.	8	2	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Suriname	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	23 Sept.	2 114	280	0	0	0	2	0	0	0	0	5	8
NORTEAMERICA													
Canadá**(v)	29 Jul.	10 383	410	0	2	2	1	...	...	2	11	570	414
Estados Unidos**	25 Nov.	13 811	2 726	0	9	41	...	...	...	3	...	3 284	2 781

* País no notifica casos de tétanos neonatorum por separado.

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 48 (terminada el 2 de Diciembre, 1989).

(v) Casos de polio son vacunales.

(i) Casos de polio son importados.

... No se dispone de datos.

plazo en unidades de apoyo a los programas nacionales del PAI y de erradicación de la polio.

Para tanto el Grupo insta a los Organismo de Salud y Gobiernos Nacionales de cada país de la región Andina, a respaldar y apoyar como prioridad al fortalecimiento humano, presupuestario, de equipo y de adiestramiento continuo.

Asimismo, se solicita a la OPS, UNICEF y otros Organismos Internacionales a respaldar este proceso de consolidación de apoyo laboratorial al diagnóstico de la poliomielitis.

6. A excepción de Venezuela, los otros países del área deben reevaluar el número de establecimientos de salud que hacen parte del sistema de notificación semanal de parálisis flácidas, con el fin de aumentar su extensión geográfica.

7. Se debe desarrollar material promocional para la oportuna notificación de casos de parálisis flácida, dirigida al personal de salud de todo el nivel y en especial a la comunidad, usando medios masivos, material audiovisual y otro material publicitario.

8. La evaluación de las acciones de barrido debe incluir los aspectos de vigilancia epidemiológica, en especial la presencia o ausencia de casos después de las dos rondas de vacunación y la relación entre el número de casas trabajadas (con niños menores de 5 años) y el número de niños vacunados en este grupo etéreo.

9. Bolivia y Venezuela deben evaluar las coberturas a nivel de municipio o distrito y con los demás países, tomar acciones especiales de vacunación en aquellos municipios con cobertura menor de 80%. Esta medida ayudará hacia el cumplimiento de la vacunación universal y erradicación de la polio para 1990.

10. Todos los países del área han identificado las áreas de más alto riesgo para el tétanos neo-natal. El grupo se compromete a iniciar o a continuar las acciones de vacunación a todas las mujeres en edad fértil en estas áreas, incluso a cualquier momento del embarazo (en el caso de las embarazadas). Estas acciones serán imple-

mentadas tanto en los programas regulares como durante las jornadas nacionales de vacunación. Habrá necesidad de un mayor apoyo de las agencias de cooperación con el fin de garantizar algunos de los insumos necesarios, tales como jeringuillas. El Grupo presentará resultados de estas vacunaciones en la próxima reunión.

11. En cuanto a las oportunidades perdidas de vacunación, casi todos los países de área, a excepción de Bolivia y Perú han realizado investigaciones operacionales que identifican la proporción de las oportunidades perdidas de vacunación en los establecimientos de salud y sus causas, entre las cuales la mas importante es el problema de las falsas contraindicaciones. Es necesario ahora empezar medidas para resolver este problema con el objeto de aprovechar todas las oportunidades de contacto entre niños y mujeres en edad fértil con los servicios de salud. El Grupo informará sobre el resultado de estas medidas en la próxima reunión.

12. Se recomienda la descentralización de los recursos del programa, tanto para la vacunación regular y de barrido como para las acciones de vigilancia epidemiológica. Esta descentralización se debe realizar a aquellos niveles municipales o distritales en donde se deben tomar las acciones requeridas. La retroalimentación en cuanto al cumplimiento de estas metas de vacunación y vigilancia a estos niveles, a ejemplo de los que Colombia ha presentado debe ser realizado en otros países.

13. Los países del Grupo Andino acordaron realizar un día de sus jornadas nacionales de vacunación en la misma fecha, en 1990, en un Día Andino de Vacunación. Esta fecha deberá ser discutida entre los países y decidida en Enero de 1990 para que se realice un taller de programación de actividades de información y promoción en cuanto a esta actividad

14. El Grupo Andino para la revisión del PAI y la erradicación de la polio deberá reunirse en Junio de 1990, en Bolivia para evaluar el cumplimiento de estas recomendaciones y hacer los ajustes programáticos necesarios para el período siguiente.

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
Contribuidor en este número: Jon Andrus
Editores Adjuntos: Peter Carrasco
Roxane Moncayo Eikhof
Jean-Marc Olivé

ISSN 0251-4729



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