

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XII Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Junio 1990

Poliomielitis en las Américas Enero a Junio, 1990

Figura 1. Casos confirmados* de poliomieltis
Enero a Junio, 1990



* Definición: Enfermedad paráltica aguda asociada con el aislamiento de poliovirus salvaje, exista o no parálisis residual.
Fuente: OPS

Cuadro 1. Casos de polio compatible*

PAIS	Semanas 1 - 26, 1990
Argentina	0
Bolivia	0
Brasil	6
Canada	0
CAREC	0
Chile	0
Colombia	2
Costa Rica	0
Cuba	0
Ecuador	2
El Salvador	0
Estados Unidos	0
Guatemala	0
Haiti	0
Honduras	0
México	1
Nicaragua	0
Panamá	0
Paraguay	0
Perú	0
República Dominicana	0
Uruguay	0
Venezuela	1
TOTAL	12

* Definición: Enfermedad paráltica aguda con parálisis residual compatible con polio a los 60 días, o muerte, o pérdida para efectos de seguimiento. Se incluyen casos en que no se tomaron dos muestras de heces adecuadas dentro de los primeros quince días de iniciada la parálisis. Estos casos no pueden ser confirmados como polio ni descartados como no polio.
Fuente: OPS

En este número:

Poliomielitis en las Américas Enero a Junio, 1990	1
El Salvador ofrece una respuesta a las oportunidades perdidas de vacunación	2
Eliminación del sarampión y vigilancia de las parálisis flácidas agudas en el Caribe Inglés y Suriname	3

Oportunidades perdidas de vacunación en Colombia	4
Casos notificados de enfermedades del PAI	7
Primera recompensa de polio entregada en Brasil	8

El Salvador ofrece una respuesta a las oportunidades perdidas de vacunación

En respuesta al primer estudio sobre Tétanos Neonatal que se efectuó en El Salvador en 1988, se dió inicio a la Vacunación Intrahospitalaria en todo el país. Muchos de los niños, mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil que concurren a los establecimientos de salud no están totalmente inmunizados, pero por una razón u otra no se aprovecha la oportunidad de inmunizarlos en esa consulta. En áreas donde el acceso a servicios de salud es limitado, se deben de convertir esas oportunidades perdidas en oportunidades aprovechadas, inmunizando a todo susceptible que por cualquier razón entre en contacto con los servicios de salud.

La vacunación intrahospitalaria se inició en hospitales desde 70 hasta 600 camas, en las áreas de consulta externa, enfermería, hospitalización, emergencia, selección, y también con quienes llegan a visitar pacientes hospitalizados. En la primera evaluación, de Julio a Setiembre de 1988, cinco hospitales iniciaron la vacunación intrahospitalaria logrando aplicar un total de 42 359 dosis de vacunas del programa. A Diciembre de 1988, se mantenían los cinco hospitales alcanzando un total de dosis de vacunas aplicadas de 79 956 dosis. En Mayo de 1989 se convocó a una reunión nacional de vacunación intrahospitalaria, 10 hospitales y 13 centros de salud estaban realizando esta actividad. El logro global fue la aplicación de 332 564 dosis de vacunas. A fin del año 1989, a año y medio de iniciada esta estrategia todos los establecimientos hospitalarios a nivel nacional estaban comprometidos con la actividad de vacunación intrahospitalaria, alcanzándose a aplicar 424 499 dosis de vacuna al final del año.

Comentario Editorial: Por primera vez durante la pasada reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la Erradicación de la Poliomieltis, se incluyó una sesión de "posters" presentados por diversos países para resumir estudios o esfuerzos especiales. El poster que se reproduce en esta página ganó el segundo premio y el artículo presentado constituye un resumen de su contenido.

VACUNACIÓN INTRAHOSPITALARIA
UNA RESPUESTA A LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACION

MSP.A.S. EL SALVADOR, 1990

ANTECEDENTES

ALGUNOS RESULTADOS

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Detalle Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI

VACUNACIÓN INTRAHOSPITALARIA

TOTAL DE DOSIS APLICADAS Y NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS PARTICIPANTES

Eliminación del sarampión y vigilancia de las parálisis flácidas agudas en el Caribe Inglés y Suriname

Un grupo técnico de trabajo se reunió en el CAREC entre el 21 y el 23 de Mayo de 1990 para revisar la Guía Práctica para la Eliminación del Sarampión y discutir el estado de la vigilancia de las parálisis flácidas agudas. A continuación se resumen los acuerdos principales y los requisitos y compromisos operacionales iniciales.

1. Revisión de la Guía Práctica para la Eliminación del Sarampión .

Se deben reforzar los sistemas de vigilancia existentes. Un sistema sensible requiere que se notifiquen todos los casos de "erupción febril" (sospecha de sarampión) para facilitar la toma de medidas de control que eliminen las cadenas de transmisión existentes.

Una estrategia crucial para interrumpir las cadenas de transmisión será la implantación del Mes Caribeño de Eliminación del Sarampión. Durante este mes, se inmunizará a todos los niños de uno a 15 años de edad, sin consideración del estado vacunal previo. Se le dará prioridad a los niños bajo alto riesgo.

Esta campaña será complementada con vigorosos controles de brotes que buscarán eliminar los focos de infección restantes. Las circunstancias locales particulares pueden requerir de campañas más selectivas. Se debe discutir más acerca de los mecanismos para controlar la importación de casos. Ya que los médicos privados atienden a los casos e incluso, en algunos países administran las vacunas, se necesita realizar esfuerzos para sensibilizarlos a la importancia de la enfermedad para que participen en el programa de eliminación, especialmente en la vigilancia.

Ya que el sistema de vigilancia del sarampión debe ser especialmente sensible, es importante que se eduque a todo el personal de salud —no solo a los epidemiólogos— para que puedan reconocer y evaluar los casos "sospechosos" e investigar los casos "probables".

Debe existir comunicación funcional entre los profesionales a cargo de los programas de salud materno-infantil, del PAI y de epidemiología.

En aquellos países donde no existen, se deben establecer leyes que exijan que los niños demuestren que han sido inmunizados contra el sarampión y las otras enfermedades del PAI antes de entrar al colegio.

Se está completando un plan piloto para la implementación de la Guía.

2. Vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA).

Jamaica, Trinidad y Tabago y Guyana presentaron la situación nacional de las parálisis flácidas agudas. El

estado de la vigilancia varía mucho entre los países y necesita mejorar.

Se enfatizó la necesidad de estandarizar los datos clínicos y de incluir médicos clínicos en el programa.

Como primera etapa en el proceso de certificación, Trinidad y Tobago y Suriname deben comenzar con la notificación semanal de todos los casos de parálisis flácidas agudas al CAREC. Todos los casos deben tener muestras de heces que deben ser investigadas por el laboratorio apropiado.

Estos países deben presentar sus experiencias en la próxima reunión de Gerentes del PAI que se realizará en Antigua, en Noviembre de 1990, para que sirvan de modelos para el refuerzo de la vigilancia de las parálisis flácidas agudas en el Caribe.

Las siguientes áreas serán de importancia durante el proceso de certificación: vigilancia activa, búsqueda retrospectiva de casos, muestreo ambiental, niveles de cobertura, participación del laboratorio en el diagnóstico de los casos.

Es importante que se controlen y mantengan coberturas altas, aún a los niveles geopolíticos más bajos, y que se controle el estado de la cadena de frío.

Requisitos y compromisos operacionales preliminares

Sarampión: En la medida que sea posible, los países deben intentar iniciar la vigilancia de la "erupción febril" y reportar acerca de sus primeras experiencias durante la reunión de gerentes de Noviembre. Se debe recolectar información epidemiológica sobre cualquier brote que pueda ocurrir. Los representantes de Trinidad y Tabago, Jamaica y Guyana acordaron fortalecer o establecer vigilancia semanal con el apoyo del CAREC antes de la reunión de Noviembre. Los participantes de Guyana y Barbados propusieron además estudios retrospectivos que serán presentados durante la reunión.

La notificación semanal del CAREC a Washington y el Boletín mensual deberán incluir casos de parálisis flácidas agudas.

Muchos países no disponen de los recursos económicos, humanos, de infraestructura o logísticos necesarios para apoyar el Plan de Acción Regional para la Eliminación del Sarampión. Por lo tanto, la OPS debe continuar discusiones con las agencias donantes para aumentar, lo antes posible el apoyo financiero requerido.

Se hizo hincapié en la necesidad de reafirmar el compromiso político requerido para eliminar el sarampión durante la reunión de Julio de 1990 de los Ministros de Salud del Caribe de Habla Inglesa.

Oportunidades perdidas de vacunación en Colombia

En la década del sesenta y mediados del setenta, menos del 5% de los menores de un año del mundo en desarrollo recibían una primera dosis de VOP, DPT o Antisarampión. En la actualidad, en Colombia como en otros países, las coberturas han alcanzado cifras mucho mayores. En Colombia esto se ha conseguido a través de la instauración de las Jornadas Nacionales de Vacunación y el fortalecimiento del programa regular, que utiliza diversas estrategias, como la canalización, la concentración, la vacunación casa a casa y la vacunación espontánea en cerca de 4 000 organismos de salud ubicados en todo el territorio colombiano.

Aunque las Jornadas Nacionales de Vacunación han contribuido al incremento en las coberturas, dentro de un programa preventivo, como es la vacunación de los niños, la situación ideal sería aquella en que la vacunación fuera ofrecida y demandada regularmente en la totalidad de organismos de salud de que se dispone.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones pretende no solo incrementar coberturas, sino vacunar a los niños antes que completen el primer año de vida. Una encuesta de coberturas adelantada por el Ministerio de Salud de Colombia en dos ciudades (Barranquilla y Bogotá, 1988) encontró que el tiempo promedio necesario para que un niño complete su esquema es de 18 meses (Datos no publicados, PAI-Minsalud-Colombia). Si se compara esto con el número anual de consultas médicas para los niños de 0 a 4 años en Colombia, que oscila entre 3,7 y 7,1, se evidencia que no todas estas visitas se aprovechan para vacunar, ya que se necesitarían cuatro visitas para completar el esquema de vacunación.

Un alto número de niños a quienes faltan dosis de vacunas, acuden a los organismos de salud por diferentes motivos y no reciben las dosis necesarias, convirtiéndose así estos contactos en oportunidades perdidas de vacunación del programa regular.

Estudios realizados en Mozambique, Comoros, Honduras, Sudán, El Salvador, Ecuador, y Venezuela han corroborado la existencia de oportunidades perdidas en organismos de salud. Los resultados de estos trabajos han mostrado que las oportunidades perdidas oscilan entre el 30 y el 80%. Los motivos enunciados para no vacunar muestran que los obstáculos se deben principalmente a falsas contraindicaciones, fallas de los funcionarios de salud para detectar los niños elegibles, deficiencias en el suministro de biológicos, separación de la atención en los servicios preventivos y curativos y algunas veces resistencia de las comunidades a la inmunización.

Este estudio se realizó con el fin de verificar la existencia de oportunidades perdidas de vacunación en organismos de salud de Colombia y establecer cuales son los factores que tienen mayor incidencia en ello.

Métodos

Se seleccionaron dos Servicios Seccionales de Salud, uno en zona urbana (Bogotá) y otro que incluyera zona rural

(Sucre), en los cuales se escogieron al azar 36 organismos de salud.

Se estableció como oportunidad perdida de vacunación *"toda visita de un niño menor de 24 meses elegible para vacunación, sin contraindicación para recibir los biológicos, que no resulte en la aplicación de las dosis necesarias en ese momento."*

Se definió como niño elegible para vacunación a *"todo niño entre 0 y 23 meses, que al momento de la visita al organismo de salud requiere una dosis de uno o varios biológicos, al comparar su estado vacunal y el esquema básico vigente en el Ministerio de Salud de Colombia."* El esquema básico del Ministerio es el siguiente: una dosis de BCG al nacer, tres dosis de VOP y DPT comenzando a las ocho semanas de vida, con un intervalo mínimo entre dosis de cuatro semanas y una dosis de Antisarampión a los nueve meses de edad. La información se registró revisando el carnet de vacunación cuando estaba disponible o verbalmente. No se incluyó la dosis de VOP administradas al nacer.

Se realizaron tres entrevistas por enfermeras previamente entrenadas. Una, a toda persona acompañante de un niño entre 0-23 meses, una vez hubiese salido del organismo de salud, independientemente del motivo de la visita, con el fin de establecer el número de oportunidades perdidas; otra, a todo el personal de salud de los organismos que tuvieron a su cargo la atención de menores de dos años, para registrar los conocimientos sobre el esquema vigente de vacunación y las contraindicaciones de las vacunas del PAI. Finalmente, se entrevistó a la persona encargada de la vacunación con las mismas preguntas hechas al personal de salud y algunas sobre disponibilidad de biológicos y posesión y/o conocimiento del Manual de Normas del PAI.

Esta información se recolectó mediante visitas de dos días a cada uno de los organismos elegibles, durante el horario de prestación del servicio.

Los elegibles con oportunidades perdidas y aprovechadas fueron comparados según sus características y la presencia de factores de riesgo. Se analizó el impacto de varias variables, tales como la edad del niño, el tipo de acompañante, el tiempo empleado para llegar al organismo de salud, el tiempo de espera antes de ser atendido, la persona que atendió al niño, el número de vacunas y enfermedades objeto del PAI que conocía el acompañante, e información sobre la edad indicada para iniciar la vacunación.

Además, se consideró si el personal de salud estableció el estado de vacunal del niño, si el acompañante tuvo la iniciativa de preguntar sobre la necesidad de vacunas para el niño y finalmente la posesión del carnet de vacunación al momento del estudio.

También se evaluaron las oportunidades perdidas y aprovechadas según cada uno de los servicios solicitados inicialmente, frente a los otros servicios.

Resultados

Durante el estudio fué posible entrevistar 553 acompañantes en los 11 organismos en Bogotá y 428 en los 24 organismos de Sucre, cada uno con un niño menor de dos

años. Se realizaron encuestas a 42 funcionarios de salud en Bogotá y 93 en los organismos de salud de Sucre, entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

A través de las encuestas se encontraron 365 niños elegibles en Bogotá (66% del total encuestado) y 331 niños elegibles en Sucre, (77,3% del total encuestado), para cualquiera de las dosis del esquema de vacunación, que fueron considerados para el análisis.

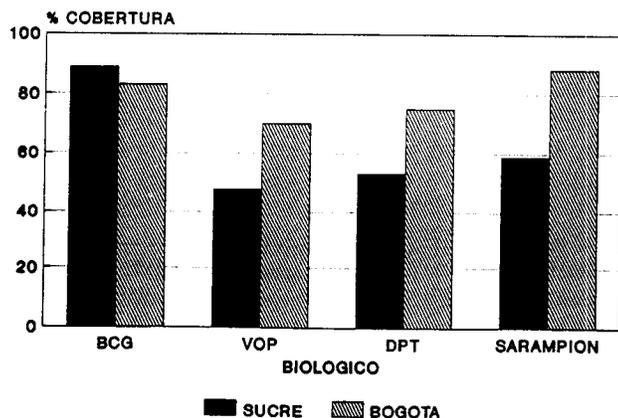
Las oportunidades perdidas en los niños elegibles fueron del 52,1% en Bogotá, y alcanzaron el 77,3% en los organismos estudiados en Sucre.

Aproximadamente el 90% de los acompañantes de los niños elegibles fueron las madres y el 60% de los niños habían acudido a los organismos de salud con su carnet de vacunación. Ninguno de los niños entrevistados en Bogotá tenía contraindicaciones reales para la vacunación, en Sucre, en cambio, cinco niños fueron hospitalizados y excluidos del resto del análisis. La edad promedio fue de 8,0 meses en Bogotá y 7,0 meses en Sucre.

La mayor frecuencia de oportunidades perdidas se encontró en los niños de 0 a 5 meses (40% en Bogotá y 54% en Sucre), seguida por los de 6 a 11 meses (33% en Bogotá y 22,4% en Sucre). Un número importante de niños de 12 a 23 meses de edad tenían el esquema de vacunación incompleto.

La Figura 1 muestra las oportunidades perdidas, por tipo de vacuna. Si bien no hubo diferencia significativa en términos de lugar, las vacunas BCG y antisarampionosa presentaron las frecuencias más altas de oportunidades perdidas.

Figura 1. Oportunidades perdidas según biológico Bogotá y Sucre, Colombia, Junio y Septiembre, 1990.



Fuente: Ministerio de Salud, Colombia.

El Cuadro 1 presenta las razones para no vacunar, y se observa que la categoría de más baja frecuencia fue la relacionada con el acompañante. En la segunda categoría, —motivos expuestos por el acompañante, que podrían haberse evitado con la intervención del personal de salud— el mayor número de oportunidades perdidas fueron causadas por la percepción del acompañante que el niño estaba muy enfermo, sin que el personal de salud intentara convencerlos que podían ser vacunados.

Cuadro 1. Motivos de no vacunación según respuesta de los acompañantes Bogotá y Sucre, Colombia, 1989

MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN	BOGOTA		SUCRE	
	N	%	N	%
Dependientes del acompañante				
Descuido/olvido	7	3.7	27	10.8
Experiencia desagradable	4	2.1		
No trajo carnet	3	1.6	3	1.2
Padre en desacuerdo			2	0.8
No esperó			2	0.8
Acompañante no autorizado	2	1.0	4	1.6
Subtotal	16	8.4	38	15.2
Expuestos por el acompañante pero evitables con la intervención del personal de salud				
Acompañante piensa muy enfermo	29	15.3	31	12.4
Visita compartida con Registro Civil	27	14.2		
Visita no para recibir vacunación	20	10.5	2	0.8
Considera recibido suficiente vacuna	10	5.3	22	8.8
Prefiere volver después	10	5.3	7	2.8
Subtotal	96	50.5	62	24.8
Dependientes de personal de salud diferente al vacunador				
Citado en otra fecha	41	2.6	41	16.4
Médico recomendó no vacunar	10	5.2	3	1.2
Acompañante no encontró servicio	2	1.0	3	1.2
Otros	6	3.2	16	6.4
Subtotal	59	31.0	62	24.8
Dependientes del servicio de vacunación				
No conveniente/necesario	11	5.8	34	13.6
Relacionados con horario	4	2.1	11	4.4
Relacionados con insumos	4	2.1	42	16.8
Subtotal	19	10.0	87	34.8
TOTAL	190	100.0	250	100.0

Fuente: Ministerio de Salud, Colombia.

Al cruzar oportunidades perdidas con la edad del niño, el tiempo de viaje entre la residencia y el Centro de Salud y el tiempo transcurrido antes de ser atendido, no se observaron diferencias estadísticas significativas. El hecho que el acompañante tuviese o no radio o televisión tampoco arrojó diferencia ni en Bogotá, ni en Sucre.

En cuanto al tipo de atención originalmente solicitada, se encontró que el solicitar específicamente la vacunación tuvo un efecto protector frente a la pérdida de oportunidades. El riesgo más alto lo presentaron aquellos que consultaron por motivos diferentes de la vacunación, control de tratamiento o por enfermedad. Los niños que consultaron otros servicios también se encontraron a riesgo de tener oportunidades perdidas, incluso cuando el otro servicio era control de Crecimiento y Desarrollo, teóricamente en estrecha relación con el PAI. El hecho de que se portara o no el carnet de vacunación incidió sobre la oportunidad perdida o aprovechada, así como lo fue el que el personal estableciese el estado vacunal de los niños, o por lo menos

que el acompañante pidiese que se estableciera el estado vacunal del niño.

Se entrevistaron en Bogotá 20 médicos, 9 enfermeras y 13 auxiliares de enfermería. En Sucre 20 de los encuestados fueron médicos, 7 enfermeras y 64 auxiliares de enfermería. El 51% de Sucre correspondió a personal en cumplimiento de su año de servicio social obligatorio. El 38% del personal llevaba menos de 12 meses en ejercicio de su cargo, tanto en Bogotá como en Sucre.

Únicamente una cuarta parte del personal entrevistado había recibido un curso de inducción que incluyese información sobre el PAI en Bogotá y un tercio en Sucre. El efecto de esto pudo observarse en que si bien un alto porcentaje (95%) respondió en forma acertada sobre el horario de vacunación del organismo de salud al cual se hallan vinculados, solo seis de los 42 entrevistados en Bogotá, mencionaron correctamente los datos solicitados (edad de inicio de vacunación con DPT, edad mínima para Antisarampionosa e intervalo mínimo entre cada una de las dosis de DPT) y 47 de los 93 entrevistados en Sucre. Lo más grave fue que ninguno de los encuestados respondió adecuadamente en cuanto a las contraindicaciones a la vacunación y se pudo establecer que no existe conocimiento claro en este aspecto.

Discusiones y Conclusiones

Los resultados confirman que más de la mitad de los niños elegibles en Bogotá y cerca del 75% en Sucre, que estuvieron en contacto con los organismos de salud incluidos en el estudio, no recibieron las dosis necesarias y que las causas de estas pérdidas están frecuentemente relacionadas con el personal de salud.

Durante el análisis de las razones para no vacunar, fue necesario considerar cuatro categorías: a) Dependientes del acompañante, b) Dependientes del personal de Salud, c) Dependientes del Servicio de vacunación, d) Expuestos por el acompañante pero que podrían evitarse con la intervención del personal de salud, dado que, si bien algunas de las razones podrían clasificarse como debidas a la acción de la madre o el personal de salud, un subgrupo ocupaba un lugar intermedio ya que fueron manifestadas por los acompañantes, pero los investigadores consideraron que si el personal de salud hubiese intervenido para aclararlas, los niños hubiesen sido vacunados. La no intervención del personal podría deberse a que no tiene conocimiento, a que no convence lo suficiente al acompañante o a que comparte sus creencias.

Únicamente se interrogó sobre el estado de vacunación al 48% de los niños elegibles en los organismos en Bogotá y al 56% en los de Sucre. Esto contrasta con el hecho que cerca del 90% del personal de salud en Bogotá y el 65% en Sucre afirmó revisar rutinariamente el estado de vacunación de los niños.

También es posible establecer que un porcentaje de niños vence obstáculos previos y aún acudiendo al servicio de vacunación no recibe las dosis requeridas. En Sucre por ejemplo, el 16% de los niños no fueron vacunados por no disponerse los biológicos y jeringas necesarias en dos organismos de salud.

Otro punto sería el de considerar la no integración de los programas tanto asistenciales como preventivos ofrecidos dentro del organismo y de éstos con otras oficinas que

comparten la estructura física, como por ejemplo en el caso de la Oficina de Registro Civil, a la que asisten niños sanos y que en Bogotá pudo incidir en el alto porcentaje de oportunidades perdidas para BCG.

Fue notorio que la posibilidad de aprovechar la oportunidad está relacionada con la iniciativa del personal de Salud para preguntar al acompañante sobre el estado de vacunación. Muchas de las razones incluidas en los motivos del acompañante, o en la categoría de interacción con el personal de salud, podrían evitarse si el personal de Salud intentara hablar con la madre y aclararle las falsas contraindicaciones, las escasas ocasiones en que es necesario postergar la aplicación de las vacunas, la necesidad de un número dado de dosis para obtener adecuada protección y la importancia de utilizar cada visita para hacer vacunar a su hijo.

Por otra parte, debería considerarse un requisito indispensable para obtener atención en los organismos de salud, el portar el carnet de vacunación; lo que permitiría establecer rápidamente el estado de vacunación de los niños usuarios y establecer opciones para que el no portarlo no impida recibir la vacuna necesaria. Como lo muestran los resultados de la información suministrada por el personal de salud, existe poco conocimiento de las normas vigentes en el PAI y casi la mitad de los funcionarios no reciben información sobre ellas al ocupar sus cargos. En tanto el personal de salud no esté en capacidad de establecer acertadamente las situaciones en las cuales un niño es elegible para vacunación y mejor aún, mientras no sea una actividad rutinaria el establecer la necesidad de vacunas, los usuarios de organismos de salud no llegarán a estar cien por ciento vacunados.

A través de lo observado en el estudio y de experiencias similares y resultados de intervenciones en otros países, se sugiere recomendar que el tamizaje de niños elegibles sea una realidad en todos los organismos de salud y que en esta tarea estén implicados, no solamente el funcionario de vacunación sino cada uno de los funcionarios del organismo, e incluso podrían ser capacitados todos para administrar los biológicos.

Para obtener este logro es necesario que sean divulgadas ampliamente, en especial a los ejecutores en el nivel local, las actualizaciones en las Normas del PAI, tal vez a través de pequeños talleres.

Deberían retirarse de los organismos de salud avisos que produzcan confusión o actitudes adversas de los usuarios frente a los biológicos y por el contrario, ubicar materiales impresos que recuerden a los acompañantes que esta visita al organismo de salud puede también ser la oportunidad de iniciar o completar el esquema de su niño.

También sería necesario emprender tareas de divulgación y capacitación a la comunidad, para aclarar las falsas contraindicaciones y estimular la demanda del servicio de vacunación aprovechando cada una de sus visitas a los organismos de salud.

Actualmente se está trabajando en el diseño y ejecución de una estrategia a nivel nacional que incluye lo anteriormente mencionado. Su impacto será evaluado durante 1990.

Fuente: Restrepo, AM; Ganter, B; Rodriguez, R; Avendaño, J. *Estudio de Oportunidades Perdidas de Vacunación en Organismos de Salud de Dos Servicios Seccionales de Salud en Colombia*, Bogotá, Enero de 1990. Solicitud de copias dirigirse a la OPS, AA. 253367, Bogotá, Colombia.

Casos notificados de enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1990 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1989, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1990	1989	1990	1989	No Neonatal		Neonatal		1990	1989	1990	1989
						1990	1989	1990	1989				
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	6 Mayo	39	128	0	0	...	...	4	51	24	4	82	228
Colombia	22 Abr.	1 831	4 528	0	4	0	68	54	63	7	15	339	454
Ecuador	1 Abr.	523	3 649	1	0	19	93	17	58	1	3	145	256
Perú	30 Jun.	...	...	1	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	3 Jun.	3 672	5 314	0	1	34	13	12	29	0	0	475	173
Cono Sur													
Argentina(v)**	13 Ene.	63	174	0	0	4	...	...	...	1	0	...	...
Chile	5 Mayo	389	5 522	0	0	9	4	0	0	18	13	42	125
Paraguay	27 Mayo	239	67	0	0	115	17	37	10	7	1	197	49
Uruguay (v)	5 Mayo	0	...	0	0	2	0	0	0	0	...	33	...
Brasil	30 Jun.	...	...	0	2	...	...	...	...	...	...	...	...
Centroamérica													
Belize	30 Jun.	19	11	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Costa Rica	2 Jun.	6	10	0	0	1	0	0	0	0	0	41	15
El Salvador	3 Jun.	443	12 703	0	0	17	21	4	15	0	0	54	17
Guatemala	2 Jun.	7 257	50	0	0	22	21	1	7	1	0	27	51
Honduras	31 Mar.	4 865	64	0	0	11	7	5	4	0	0	22	19
Nicaragua	26 Mayo	2 436	45	0	0	17	21	6	7	0	0	95	26
Panamá	31 Mar.	44	...	0	0	0	0	0	0	0	0	1	...
México	31 Mar.	22 906	1 103	1	5	38	43	13	15	0	0	204	269
Caribe Latino													
Cuba	17 Feb.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	...	7	...
Haiti	30 Jun.	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	30 Jun.	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
CARIBE INGLES													
Antigua & Barbuda	7 Abr.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	3 Mar.	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	28 Abr.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Dominica	7 Abr.	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grenada	28 Abr.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyana	27 Ene.	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	24 Mar.	2 304	3	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal/Nieves	30 Jun.	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	24 Mar.	0	0	0	0	3	0	0	0	...	...	...	...
Santa Lucía	27 Ene.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	30 Jun.	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad & Tobago	14 Abr.	317	689	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1
NORTEAMERICA													
Canadá	30 Abr.	68	161	0	0	0	0	0	0	5	0	3 074	286
Estados Unidos**(v)	23 Jun.	12 810	7 995	0	0	24	...	0	...	1	...	1 414	1 135

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

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 26 (terminada el 30 de Junio de 1990).

(v) Todos los casos de polio son vacunales.

(i) Casos de polio son importados.

... No se dispone de datos.

Primera recompensa de polio entregada en Brasil

Se entregó una recompensa de EUA \$100 en Natal, capital de Río Grande do Norte (RN), Brasil, el 29 de Mayo, a la persona que notificó el primer caso regional confirmado de poliomielitis salvaje en 1989. La recompensa fue establecida por el XXXIV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, y se ofrece a la primera persona que notifica por escrito el primer caso de poliomielitis que sea posteriormente confirmado por laboratorio en un municipio o distrito hasta entonces considerado libre de circulación del virus salvaje.

El Dr. José Anchieta Rodrigues de Moura, médico del SSAP en Jardim do Seridó, recibió la recompensa por notificar el caso a las autoridades de salud pública. La enfermera María de Lourdes Medeiros recibió la recompensa por investigar el caso (ver foto). La Srta. Medeiros forma parte del equipo técnico de la IVa Región Sanitaria, ubicada en Caicó, RN.



El caso, un niño de tres años, reside en la zona urbana de Sao Jose do Seridó, Río Grande do Norte. Tuvo inicio de parálisis el 3 de Febrero de 1989. La fecha de notificación al nivel local y central y la fecha de la investigación epidemiológica inicial fue el 15 de Febrero del mismo año.

Se tomaron muestras de heces el 15 y el 17 de Febrero que fueron posteriormente enviadas al LACEM en Pernambuco. El estado de Río Grande do Norte recibió confirmación del aislamiento y la tipificación de poliovirus salvaje tipo 1 el 3 de Agosto de 1989. En los últimos años, el municipio de Sao Jose do Seridó ha alcanzado coberturas superiores al 90% mediante sus campañas Campolio. A pesar de estas coberturas altas, se organizaron actividades de barrido en Agosto. No ha ocurrido

migración al municipio. Esta ceremonia de entrega celebra la primera recompensa de EUA \$100 entregada en las Américas.

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

La 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: Roxane Moncayo Eikhof
 Peter Carrasco
 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.