



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XII Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto 1990

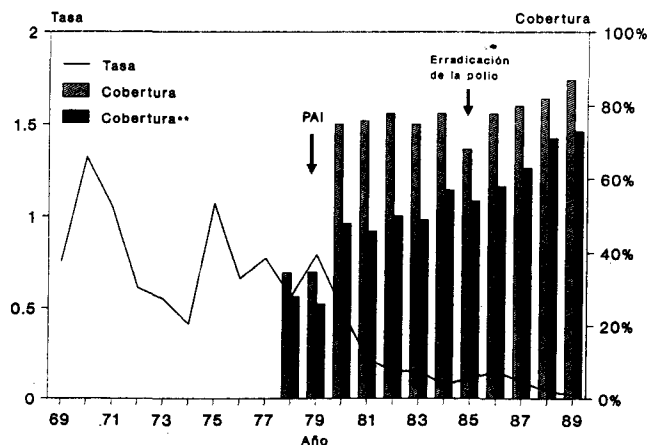
Actualización: la marcha del programa de erradicación de la polio en las Américas

En mayo de 1985, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)* estableció un plan de erradicación de la transmisión indígena del virus salvaje de la poliomielitis en la Región de las Américas, objetivo que debe alcanzarse, a más tardar al finalizar 1990 (1). Como reacción ante esa iniciativa, en el marco del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OPS, se puso en marcha una estrategia programática encaminada a: 1) lograr y mantener altos niveles de inmunización mediante una labor de vacunación más intensa, lo que incluye la realización de jornadas nacionales de cobertura dos veces por año, a intervalos de cuatro semanas; 2) realizar una vigilancia eficaz, para detectar nuevos casos de parálisis flácida aguda (PFA), y 3) promover una reacción rápida y enérgica, que incluya medidas de contención frente a todo nuevo caso de parálisis (2). En el

presente informe se da cuenta del progreso alcanzado hasta 1989 en el marco del plan de erradicación de la poliomielitis.

La extraordinaria disminución de las tasas de poliomielitis parálisis notificadas, coincidente con la duplicación de la cobertura de la vacuna antipoliomielítica oral (VOP) en los niños pequeños (Figura 1), puso de manifiesto el éxito del enfoque de la OPS. En 1988, según estimaciones regionales, la cobertura de la VOP con tres dosis de vacuna en niños menores de un año de edad superaba el 70%, y en 1989 se registró un máximo sin precedentes (73%). Aunque los niveles de cobertura deben interpretarse con prudencia, dados los cambios que sufre la metodología de evaluación (3), estos resultados son alentadores para el resto del mundo.

Figura 1. Tasa de casos notificados de poliomielitis parálisis y cobertura con VOP en niños menores de un año - Américas, 1969-1989



* Excluye Brasil, Cuba, México y Paraguay, que hacen dos jornadas nacionales por año y por lo tanto aplican solo dos dosis por año.

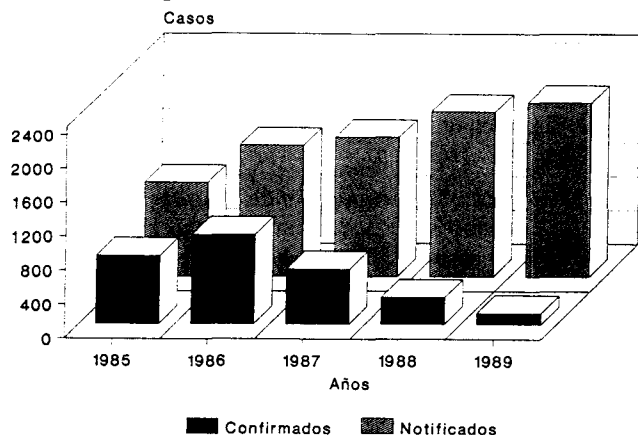
En este número:

Actualización: la marcha del programa de erradicación de la polio en las Américas
Control del tétanos neonatal. Definición de áreas de alto riesgo: la experiencia de las Américas

Primera reunión de la Comisión Internacional de Certificación de la erradicación de la poliomielitis de las Américas
Casos notificados de enfermedades del PAI

La intensificación, en 1986, de las actividades de vigilancia, determinó un aumento de casi un 100% en el número de casos de PFA investigados y notificados, de 1 100 en 1985 a 2 094 en 1989 (Figura 2). La vigilancia aumentó también el número de casos de PFA confirmados* como poliomiélitis entre 1985 y 1986. Sin embargo, aunque a partir de 1986 aumentaron las cifras anuales de casos de PFA notificados, el número de casos de PFA confirmados se redujo a 130 en 1989, lo que representa una disminución del 86% en relación con los 930 casos confirmados en 1986, y una disminución del 82% con respecto a los 340 confirmados en 1988. Esos casos de poliomiélitis correspondieron al 0,7% de los países de América Latina.

Figura 2. Casos notificados y confirmados de polio por año - Américas, 1985-1989



De los 2 094 casos de PFA notificados en la Región de las Américas, 1 964 fueron descartados. Con respecto a los 703 casos descartados cuyo diagnóstico final se remitió a la Oficina Regional de la OPS y se tuvo en cuenta en el presente análisis, el diagnóstico más común fue el del síndrome de Guillain-Barré (43%), seguido por el trauma (3%), la mielitis transversa (2%), neoplasmas (2%) y otros diagnósticos (50%).

De los 130 casos confirmados, 24 eran por poliovirus salvajes; ocho eran asociados a la vacuna; 18 murieron; en 61 existía parálisis residual, y 19 casos se perdieron a los efectos del seguimiento. En 36 de los 98 pacientes que fallecieron, presentaban parálisis residual o cuyo caso se perdió a los efectos del seguimiento —el 37% del total— no se obtuvieron muestras de heces para aislar el virus, y en 15 casos (el 15%) en las heces dieron resultados negativos, las muestras de heces se obtuvieron más de dos semanas del inicio de la parálisis. (Como la probabilidad de aislar el virus disminuye al aumentar el tiempo transcurrido entre el inicio de la parálisis y la toma de la muestras, es necesario controlar los casos tanto de los pacientes que no se hayan obtenido muestras de heces, como de aquellos con resultados negativos y cuyas muestras se hayan tomado más de dos semanas después del inicio de la parálisis).

Hasta 1990 un caso se "confirmaba" como polio cuando se contaba con: 1) confirmación de laboratorio (por haberse aislado de las heces el poliovirus); 2) conexión epidemiológica con otro caso de PFA o con otro caso confirmado; 3) parálisis residual 60 días después del inicio de la parálisis; 4) defunción, o 5) falta de seguimiento de un caso. Los casos de PFA se "descartaban" si no satisfacían esos criterios. En julio de 1989 dejaron de realizarse las pruebas serológicas de rutina, procurándose, en cambio, lograr confirmación de laboratorio aislando el poliovirus de las heces.

Cuando las características de los casos debidos a poliovirus salvaje se compararon con los de los casos de las otras categorías, se comprobó una diferencia: la proporción de los pacientes menores de cinco años de edad que presentaban el poliovirus salvaje tendía a ser mayor que la de los pacientes fallecidos (82% frente a 27%; $p < 0,01$).

De los 24 casos de poliovirus salvaje confirmados en 1989, 16 correspondían al tipo 3 y ocho al tipo 1. Esos casos se limitaban a seis países de tres regiones geográficas de las Américas: el noroeste de México, el norte de la Subregión Andina y el nordeste de Brasil. En 1989 se registraron 13 casos de virus salvaje en el noroeste de México. En la Subregión Andina, se aisló poliovirus salvaje tipo 1 en Colombia (dos casos), Venezuela (un caso), Ecuador (dos casos) y Perú (un caso); en Colombia se aisló poliovirus salvaje de tipo 3 (tres casos). En Brasil se aisló poliovirus salvaje de tipo 1 en dos pacientes. En las 32 primeras semanas de 1990 se había aislado el poliovirus salvaje en tres pacientes con PFA, incluido el virus de tipo 3 en un paciente del noroeste de México cuya parálisis se manifestó el 19 de febrero de 1990, y virus tipo 1 en pacientes de Ecuador y Perú cuya parálisis se manifestó el 26 de marzo y el 25 de abril de 1990, respectivamente.

A medida que se aproxima el cumplimiento del objetivo de la erradicación de la polio del Hemisferio Occidental, el centro de la atención se ha desplazado de la vigilancia de la poliomiélitis parálítica a la vigilancia del poliovirus salvaje. En consecuencia, el PAI ha venido usando indicadores de vigilancia, como los que permiten evaluar los aspectos cualitativos de la obtención de muestras de heces, de modo de contar con las máximas posibilidades de detectar la presencia de poliovirus salvaje en casos probables de poliomiélitis. La mitad de los casos confirmados de poliomiélitis parálítica —en virtud de la presencia de parálisis residual o del fallecimiento o en que hubo falta de seguimiento— no se investigaron adecuadamente debido a que no se obtuvieron muestras de heces, o ellas arrojaron resultados negativos pero se obtuvieron más de dos semanas después del inicio de la parálisis. La diferencia, en cuanto a la distribución etaria, entre los casos confirmados por aislamiento de poliovirus salvaje y los casos fallecidos, ofrece una prueba indirecta adicional de que puede haberse exagerado el diagnóstico de pacientes en que no se aisló el poliovirus salvaje. En las etapas iniciales del programa de erradicación se estableció un sistema de vigilancia de la poliomiélitis parálítica sumamente sensible, lo que llevó a detectar muchos casos de PFA que en definitiva resultaron no deberse al poliovirus salvaje. El objetivo era reducir al mínimo el número de casos de poliomiélitis causada por el poliovirus salvaje no detectados. Este enfoque enérgico en materia de detección de casos, basado en un sistema de vigilancia sensible, aunado a la toma de medidas inmediatas para controlar los brotes de la enfermedad, ha contribuido a la contención del poliovirus salvaje lograda en las dos áreas de riesgo que subsisten: el noroeste de México y el norte de la Subregión Andina.

Un gran número de casos probables se clasificaron como "confirmados" debido a que no se habían obtenido o examinado muestras adecuadas, o a falta de seguimiento o defunción (98 de los 130 casos confirmados en 1989 [el 75%]). En consecuencia, en la última reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) del PAI y la Erradicación de la Polio, que se celebró en marzo de 1990 en la Ciudad de México, los miembros del GTA recomendaron las siguientes modificaciones de la clasificación de PFA en la Región de las Américas (4):

1. **Poliomielitis confirmada.** Enfermedad parálitica aguda asociada con el aislamiento de poliovirus salvaje, así haya o no parálisis residual.

2. **Poliomielitis asociada a la vacuna.** Enfermedad parálitica aguda en la cual se cree que el virus vacunal sea la causa de la enfermedad. Los casos asociados a la vacuna deben separarse de los casos de polio por virus salvaje.

3. **No-poliomielitis.** Enfermedad parálitica aguda en la que se han obtenido por lo menos dos muestras de heces adecuadas dentro de las dos semanas posteriores al inicio de la parálisis, que han resultado ser negativas para poliovirus. Deben conservarse en el laboratorio partes de las muestras originales para uso futuro. Para asegurar la precisión de esta categorización, las heces sobrantes de cualquier paciente que muere o que tiene parálisis residual a los sesenta días, deben ser analizadas en otros dos laboratorios de la red, usando las técnicas apropiadas. Si las muestras son adecuadas y todas son negativas, se deben descartar los casos. Esta clasificación representa un gran cambio del sistema actual.

4. **Polio compatible.** Enfermedad parálitica aguda con parálisis residual compatible a los sesenta días, muerte o falta de seguimiento, en la cual no se tomaron por lo menos dos muestras de heces dentro de los primeros 15 días del inicio de la parálisis, que hayan sido subsecuentemente analizadas por tres laboratorios. Esta debe ser una pequeña proporción de los casos.

La nueva clasificación de PFA se aplica a todos los casos con inicio de parálisis desde el 1 de enero de 1990.

En julio de 1990, la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomyelitis en las Américas¹ (5), convocada por la OPS, se reunió por primera vez para preparar una metodología de certificación de países libres de poliomyelitis. Aunque la elaboración de los criterios no ha finalizado, la Comisión usará muchos de los procedimientos que usa la OPS para evaluar los planes de erradicación de la poliomyelitis. Como la carga de los diagnósticos y, en definitiva, la prueba de que se ha logrado erradicar la transmisión del poliovirus salvaje recae sobre los laboratorios, los países deben seguir investigando adecuadamente todos los casos de PFA, y es necesario que las

muestras de los casos probables lleguen al laboratorio en condiciones adecuadas. Debe mantenerse el nivel actual de esfuerzos para que la poliomyelitis pueda ser erradicada de las Américas para fines de 1990 y del mundo para el año 2000 (6).

¹ Los miembros de la Comisión son los Dres. Waldyr Arcoverde, Fundación Nacional de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Brasil; Isac Arita, Hospital Nacional Kumamoto, Japón; Rodrigo Guerrero, Fundación Carbajal, Colombia; Dorothy Horstmann, Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, Estados Unidos; Jan Kostzewski, Academia de Ciencias de Polonia; Maureen Law, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá; Elsa Moreno, Universidad de Tucumán, Argentina, V. Ramalangaswami, Universidad Nehru, India; Ollkoye Ransome-Kuti, Ministro de Salud Pública, Nigeria; Frederick Robbins, Facultad de Medicina de la Universidad de Case Western Reserve, Estados Unidos; y los Sres. Guillermo Soberon, Fundación Mexicana de la Salud, México, y Kenneth Standard, Asociación de Salud Pública del Caribe, Indias Occidentales.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, El Director anuncia una campaña de erradicación de la poliomyelitis de las Américas antes del final de 1990. Boletín de la OPS, 1985; 19:213-5.
2. de Quadros CA, Andrus JA, Olivé J-M y otros. Erradicación de la poliomyelitis: el progreso logrado en las Américas. *Pediatr Infect Dis J* (a punto de aparecer).
3. CDC. El progreso del plan de erradicación de la poliomyelitis en las Américas. *MMWR* 1989; 38:532-5.
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe final del Grupo Técnico Asesor. VIII reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la Erradicación de la Polio en las Américas, Ciudad de México; Organización Panamericana de la Salud, marzo de 1990.
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe final de la primera reunión de la Comisión de Certificación de la Erradicación de la Poliomyelitis en las Américas, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, julio de 1990 (doc. de ref.: EPI 21,105).
6. Asamblea Mundial de la Salud. Erradicación mundial de la poliomyelitis para el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988. (Resolución WHA41.28).

Comentario Editorial: Este artículo fue reportado por el Programa Ampliado de Inmunización de la OPS a los Centros para el Control de Enfermedades de los EUA. Se publicó en el Vol. 39, No. 33, del Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR), Agosto 24, 1990.

Control del Tétanos Neonatal Definición de áreas de alto riesgo: la experiencia de las Américas

1. Introducción

En mayo de 1989 la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud adoptó una resolución para la eliminación mundial del tétanos neonatal (TNN) para 1995. El Consejo Directivo de la OPS respaldó ese objetivo en la Reunión que celebró en setiembre de 1989.

El control del TNN puede lograrse más rápidamente concentrando esfuerzos y recursos en las áreas de riesgo en que es mayor la incidencia. Teniendo en cuenta la proximidad de la meta, resulta fundamental aplicar métodos que permitan definir cuanto antes las áreas de alto riesgo. En el presente estudio se describe el enfoque utilizado por la OPS para alcanzar ese objetivo valiéndose de los datos provenientes de los sistemas de morbilidad y mortalidad que se usan en los países miembros.

La identificación de esas áreas de alto riesgo permitirá a los responsables de adoptar políticas y a los administradores de programas poner en marcha de inmediato medidas de control utilizando estrategias que se adecúen a sus propios sistemas de salud, enmarcadas en las directrices generales enunciadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en las que se recomienda que todas las mujeres en edad fértil sean inmunizadas contra el tétanos.

2. Metodología

Definiciones - Caso de TNN: enfermedad o deceso ocurridos entre el tercer y el trigésimo día de vida de un niño que lloró al nacer, fue alimentado normalmente con pecho y no pudo mamar a partir del segundo día de vida. El cuadro

clínico es seguido por contracciones espasmódicas generalizadas, rigidez y trismo.

Área de alto riesgo: unidad(es) geográfica(s) de un país que ha(n) notificado una morbilidad por TNN superior al promedio nacional en cualquiera de los tres a cinco años anteriores. Puede medirse en cifras totales, como proporción de cada 1 000 nacimientos vivos por año, y/o en función de la aparición sistemática de casos de TNN en el período de tiempo considerado (sea cual fuere el número de casos).

Fuentes de datos - La identificación de las áreas de alto riesgo en relación con el TNN se realizó sobre la base de los datos de morbilidad, mortalidad, demográficos, clínicos y epidemiológicos obtenidos a través de los sistemas nacionales de información a nivel nacional, regional y local. Se usaron también fuentes adicionales, como publicaciones médicas periódicas e informes de estudios especiales realizados en algunos países incluidos en el presente estudio.

Los datos disponibles sobre los casos abarcaron los tres a cinco últimos años, aun cuando algunas de las publicaciones examinadas se referían también a períodos anteriores.

Los datos analizados fueron los siguientes:

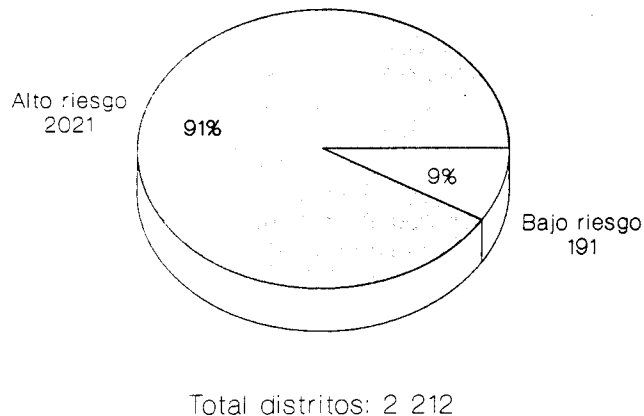
- Identificación del caso, lugar de origen, edad y sexo.
- Fecha de nacimiento, aparición del trismo, internación y alta hospitalaria (dependiendo de la evolución clínica de la enfermedad).
- Información sobre la madre: edad, historial de vacunación, cuidado prenatal, número de nacimientos.
- Datos referentes al nacimiento: lugar de nacimiento y nivel de capacitación de la persona que asistió en el nacimiento.

Compilación y análisis de datos - Los servicios epidemiológicos nacionales identificaron áreas de alto riesgo en regiones, estados, provincias, condados, distritos u otras unidades geográficas. En algunas áreas seleccionadas se recogieron también datos clínicos y epidemiológicos de registros de internación. Ello ayudó a evaluar la capacidad de diagnóstico, así como la eficiencia del sistema nacional de información a los efectos de identificar todos los casos de la enfermedad. Para evaluar la calidad del diagnóstico se tuvo en cuenta el hecho de que el estado del paciente correspondiera a la definición del caso, a la luz de la historia clínica respectiva.

3. Resultados

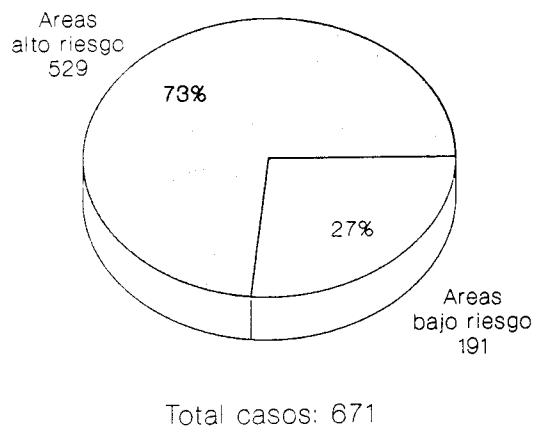
Se comprobó que sólo 191 de las 2 212 unidades geográficas existentes en los once países en que se realizaron esos estudios, es decir el 9% de ellas, constituían áreas de alto riesgo de TNN (Figura 1), correspondiéndoles el 79% del total de los casos registrados en esos países (Figura 2). En los países incluidos en el estudio, las mujeres de edad fértil que vivían en esas áreas representaban sólo el 21% del total de las mujeres (Figura 3). En la Región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), por ejemplo, de los 178 distritos en situación de alto riesgo de TNN, sólo 28 (el 16%) presentaban un nivel de incidencia de más de 5 casos de TNN por cada 1 000 nacidos vivos (Figura 4). La población de mujeres en edad fértil que vivían en esos 28 distritos representaba sólo el 9% de la población de las áreas de alto riesgo (Figura 5).

Figura 1: Proporción de áreas en alto riesgo para el TNN. Américas*, alrededor de 1988



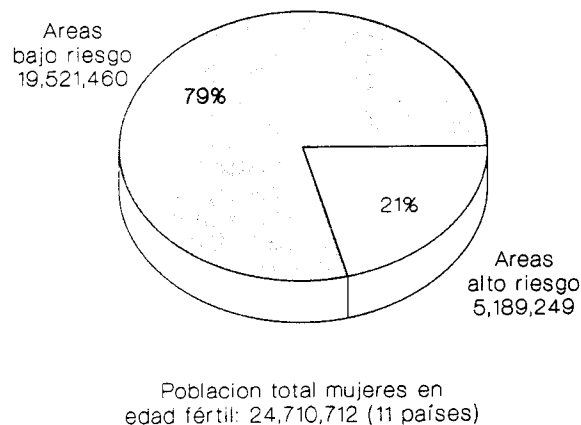
Fuente: OPS

Figura 2: Proporción de casos de TNN en áreas de alto riesgo. Américas*, alrededor de 1988



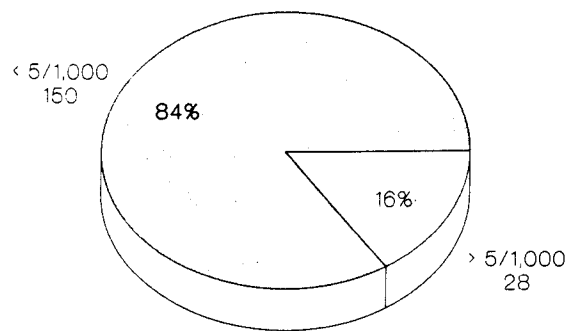
Fuente: OPS

Figura 3: Proporción de mujeres en edad fértil en áreas de alto riesgo. Américas*, alrededor de 1988



Fuente: OPS

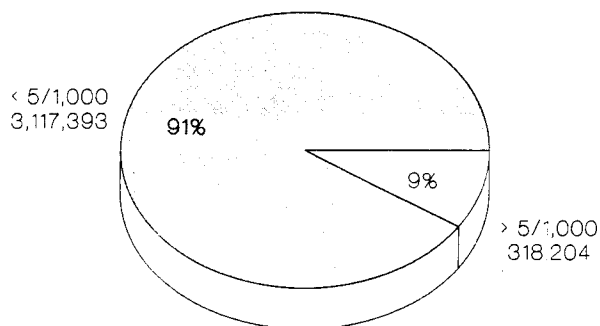
Figura 4: Proporción de distritos con incidencia >5 casos de TNN /1000 nacidos vivos. Américas*, alrededor de 1988



Total distritos en alto-riesgo: 178
(Países andinos)

Fuente: OPS

Figura 5: Proporción de mujeres en edad fértil por nivel de incidencia de TNN. Américas*, alrededor de 1988

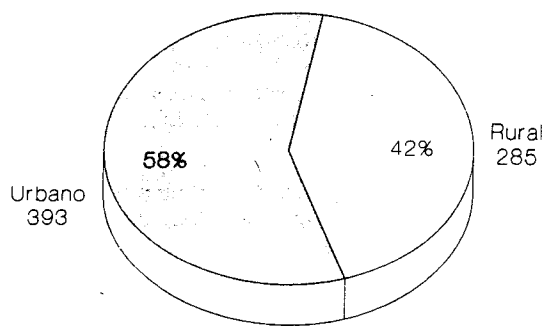


Total mujeres edad fértil: 3,535,597
(Países andinos)

Fuente: OPS

La distribución de los casos, según fueran urbanos o rurales, reveló que el 58% de ellos se produjeron en áreas urbanas, en que la población tiene acceso a servicios de prevención y a cuidados prenatales y del parto (Figura 6).

Figura 6. Distribución de casos de TNN por condición urbana o rural. Américas, alrededor de 1988

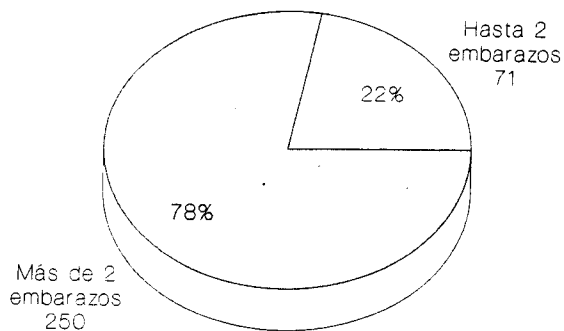


Total casos: 678
(11 países)

Fuente: OPS

Los datos revelaron también que el 78% de los casos registrados se dieron en niños nacidos de mujeres que habían tenido ya por lo menos dos embarazos, y que por lo tanto habían tenido ocasión anterior de vacunarse; esas cifras pueden incluir oportunidades o pérdidas de vacunación (Figura 7).

Figura 7: Proporción de casos de TNN por número de embarazos. Américas, alrededor de 1988.



Total casos: 321
(11 países)

Fuente: OPS

4. Conclusiones

4.1. La utilización de datos de tétanos neonatal provenientes de los sistemas nacionales de información sobre morbilidad y mortalidad de los once países latinoamericanos estudiados en las Américas, brindó información suficiente para identificar las áreas de alto riesgo. En muchos casos esas áreas de alto riesgo se identificaron a nivel de subdistrito.

4.2. Esta metodología debe ser utilizada por todo país que cuente con un sistema de información sobre morbilidad y mortalidad (sea cual fuere su estado de desarrollo), como primera etapa de un proceso de identificación de las áreas geográficas que deben tomarse como objetivo de medidas de control.

4.3. Una vez consumada esa primera etapa deben aplicarse medidas de control. Debe tomarse como objetivo el sector formado por todas las mujeres en edad fértil que vivan en las áreas en cuestión. Para llegar a ese sector deben utilizarse todas las estrategias de vacunación disponibles: aprovechar, por ejemplo, las visitas prenatales y todas las otras visitas que realicen esas mujeres a los servicios de salud, y realizar campañas de vacunación casa por casa, aprovechando la concurrencia de las mujeres al mercado y en conjunción con las campañas de inmunización infantil realizadas durante las jornadas nacionales de vacunación.

4.4. Simultáneamente con las medidas de control, es vital establecer o mejorar un sistema de vigilancia epidemiológica. En lo referente a las áreas que se clasifican inicialmente como de bajo riesgo de tétanos neonatal, ese sistema permite confirmar esa condición o brindar información adicional sobre la enfermedad, y tratándose de las áreas ya clasificadas como de alto riesgo, el sistema permitirá medir las repercusiones de las medidas de control.

Primera reunión de la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en las Américas



Miembros de la Comisión con miembros del Grupo Técnico Asesor y el Director de la OPS.

La Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis de las Américas, habiendo examinado la situación del programa, expresó su reconocimiento por los adelantos excepcionales alcanzados hasta el momento. Aceptó, al mismo tiempo, que queda mucho por hacer en la compleja tarea de erradicar el poliovirus salvaje de este Hemisferio y que se deben acumular datos suficientes para confirmar este logro.

La Comisión estableció los siguientes criterios provisionales, que considera necesarios para certificar la erradicación, si bien es posible que éstos cambien a la luz de la experiencia futura:

1) La ausencia en las Américas de casos de poliomielitis autóctona confirmada virológicamente durante un período de tres años por lo menos, en condiciones de vigilancia adecuada.

2) La ausencia en las comunidades de poliovirus salvajes que se puedan detectar, determinada por métodos adecuados de muestreo del ambiente y/o muestras de heces de las poblaciones en alto riesgo que se seleccionen.

3) La evaluación en sitio de los programas nacionales y regionales por un comité compuesto de personas bien informadas de la localidad y expertos externos, designados conjuntamente por la OPS y los países miembros respectivos. Solo después de que el comité nacional/regional juzgue que se han cumplido los criterios de erradicación se someterá la información a la consideración de la Comisión Internacional para la Certificación.

4) El establecimiento de medidas adecuadas para tratar las importaciones.

La Comisión expresó la opinión de que corresponde al Grupo Técnico Asesor de la OPS/PAI detallar en forma adecuada las normas y objetivos necesarios para cumplir los criterios mencionados anteriormente (ver las Pautas a

continuación), y recalcó la necesidad del compromiso pleno y la participación activa de todos los países de la Región.

En vista de que la prueba de la erradicación depende de la demostración mediante métodos de laboratorio de que el poliovirus salvaje está ausente del ambiente, y que los métodos de que se dispone no son todavía totalmente adecuados, se considera esencial asignar la más alta prioridad a la continuación y ampliación de las actividades de investigación en este campo.

La Comisión exhortó al programa de erradicación a promover la inmunización general, fortalecer y ampliar los programas de vigilancia, desarrollar una infraestructura de apoyo de las actividades generales de salud pública, incluyendo la atención primaria, y aumentar la concientización del público sobre los beneficios de la prevención y la promoción de la salud.

También recomendó que se organicen campañas amplias de información con el fin de: a) promover el trabajo de certificación que llevan a cabo los servicios de salud de los países, y b) suministrar evidencia de la factibilidad de la erradicación de la poliomielitis. Tal información deberá alentar a los demás continentes para que realicen mayores esfuerzos para lograr la meta de erradicación mundial para el año 2000.

Finalmente, la Comisión ratificó su disposición de apoyar eficazmente a la Organización y los programas nacionales cuando sea necesario.

Pautas para la certificación de la erradicación

Vigilancia de las parálisis flácidas

1. En todas las unidades centinelas, o por lo menos en el 90% de ellas, se debe establecer la notificación negativa semanal cuando no haya casos de parálisis flácida.

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	1	...	...	...	...	...	...	...	...
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	18 Ago.	691	8 823	0	0	13	8	0	2	25	22	48	169
Paraguay	27 Mayo	239	67	0	0	115	17	37	10	7	1	197	49
Uruguay (v)	1 Sept	4	...	0	0	...	0	0	0	0	...	70	...
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 Jul.	89	...	0	0	0	0	0	0	0	0	15	...
México	1 Sept.	58 159	8 166	2	8	136	128	28	53	0	6	569	1 286
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	24 Mar.	8	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	31 Mayo	105	275	0	0	0	0	0	0	5	0	3 870	364
Estados Unidos	18 Ago.	16 822	11 019	0	0	35	...	0	...	2	...	2 055	2 005

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

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 35 (terminada el 1 de Septiembre de 1990).

... No se dispone de datos.

2. Todos los casos de parálisis flácida aguda deben ser investigados por un epidemiólogo dentro de las 48 horas siguientes a la notificación.

3. Desde la fecha de obtención de la muestra y la fecha en que la recibe el laboratorio, se debe vigilar que la temperatura de almacenamiento sea menor de 10 grados centígrados y registrar esta información, y cada vez que se abre el recipiente, asegurarse de que tenga hielo. No debe haber ninguna indicación de que las muestras han sido manipuladas de manera inadecuada.

4. Cada país debe establecer la notificación cuando los casos de parálisis flácida aguda en niños menores de 15 años superen una tasa mínima de 1,0 por 100 000 habitantes. En el 80% de estos casos deberán haberse tomado dos muestras de heces dentro de las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis.

Vigilancia del poliovirus salvaje:

1. Ausencia de poliovirus salvaje en las heces de los casos de parálisis flácida aguda, o sus contactos, durante un período de tres años por lo menos.
2. Ausencia del poliovirus salvaje en los grupos y ambientes de alto riesgo, comprobado con estudios especiales.

3. Solo se considerarán válidos los resultados obtenidos en los laboratorios que participan en la Red de Laboratorios de la OPS.

En el futuro se podrán agregar otros laboratorios a la Red.

4. Todos los casos de parálisis flácida aguda que fallecieron, que tenían parálisis residual o que no se les hizo seguimiento, y a quienes se les habían tomado dos muestras de heces dentro de las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis con resultados negativos, deberán ser sometidos a nuevas pruebas en



dos diferentes laboratorios de la Red de la OPS.

Proceso de certificación:

La Comisión Internacional tendrá a su cargo la certificación definitiva. El procedimiento de certificación se realizará en dos fases y podrá ser llevado a cabo por grupos de países. En la primera fase, grupos de países serán certificados por comisiones especiales asesoradas por la Comisión Internacional, se incluirán visitas de los miembros de la Comisión Internacional a los sitios que corresponda. Estas comisiones deberán preparar toda la documentación que sea necesario examinar para obtener la certificación definitiva.

En la segunda fase la Comisión Internacional hará un análisis final de todos los datos, lo que podría dar por resultado la certificación definitiva.

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 para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

Las referencias a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no 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 Materno-infantil
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
E.U.A.