



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XII Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1990

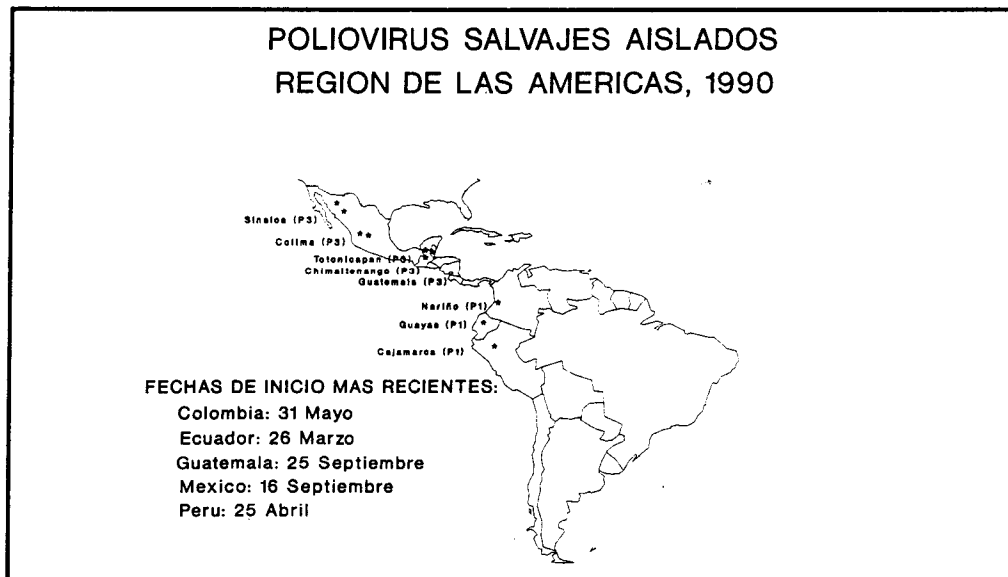
Vigilancia del poliovirus salvaje

Hasta el fin del año 1990, se habían notificado 2 218 casos de parálisis flácida aguda (PFA) a la Oficina Regional del PAI en las Américas, comparado con 2 108 casos notificados durante 1989. De los 2 218 casos notificados este año, se habían tomado muestras de heces en el 84%, lo cual representa un incremento de 4% en la tasa de colección de muestras con respecto a 1989. En 1989, 81% de los casos de PFA notificados durante el año tenía muestras de heces.

Se han confirmado diez de los casos notificados este año como casos de polio confirmado por el aislamiento de virus salvaje. Esto no se ha modificado desde la impresión del último *Boletín del PAI* (Octubre 1990). Además de los casos

confirmados, hay 44 casos compatibles, 1 597 descartados y 566 que aún se encuentran bajo investigación. Los casos de polio confirmados se encuentran en tres áreas geográficas limitadas: el oeste de México (cuatro casos asociados con poliovirus salvaje tipo 3), Guatemala (tres casos asociados con poliovirus salvaje tipo 3) y el norte de la Subregión Andina (tres casos asociados con virus salvaje tipo 1; uno en Colombia, uno en Ecuador y uno en Perú). La fecha de inicio de la parálisis del último caso confirmado fue el 23 de septiembre de 1990 y corresponde a un caso de Guatemala. Se han llevado a cabo actividades intensivas de vacunación en cada una de estas áreas.

Figura 1. Poliovirus salvajes aislados en las Américas, 1990



En este número:

Vigilancia del poliovirus salvaje	1
Adelantos en Centroamérica	2
Adelantos en el Cono Sur	4

Eliminación del sarampión en el Caribe	6
Casos notificados de enfermedades del PAI	7

Adelantos en Centroamérica

Introducción

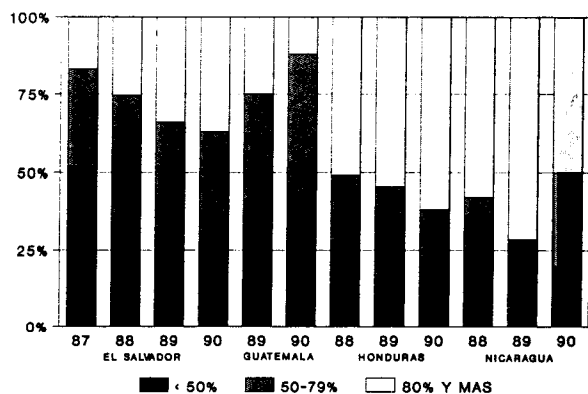
Del 7 al 9 de noviembre de 1990 se realizó en la ciudad de San José, Costa Rica, la Sexta Reunión Centroamericana para la Revisión de los avances del PAI y la Erradicación de la Poliomielitis para fines de 1990. Han participado en esta reunión representantes de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Panamá, México y el Laboratorio de Referencia para el diagnóstico de la Poliomielitis en la subregión (INCAP), neurólogos peditras que están colaborando con el programa en los diversos países.

Asistieron también funcionarios de las áreas de epidemiología, virología, materno infantil, y supervisión de los niveles centrales, regionales y operativos de los países participantes. También participaron representantes de las Agencias Internacionales que colaboran con el Programa (USAID, UNICEF, Rotary Internacional y la OPS/OMS).

Coberturas de vacunación

Solamente cuatro de los ocho países: Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, presentaron coberturas de OPV3 en <1 año por municipio o áreas de salud actualizadas hasta el segundo semestre de 1990 (Figura 1).

Figura 1. Municipios por rango de cobertura con OPV en niños menores de un año. Centroamérica, 1987-1990*



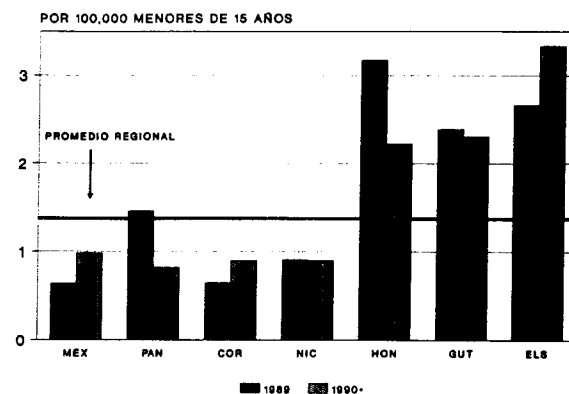
FUENTE: INFORMES DE PAIS

Erradicación de la Polio

Hasta la semana 44 de 1990, se habían confirmado tres casos en Centroamérica, con última fecha de inicio de la parálisis el 25 de septiembre, y dos en México, con última fecha de inicio el 8 de junio, todos debido al virus salvaje P3. Adicionalmente hay 5 casos compatibles en México. Los tres aislamientos de P3 salvaje en Guatemala fueron encontrados a lo largo de la Carretera Panamericana. Vale mencionar que todos estos casos habían recibido por lo menos tres dosis de vacuna oral antipoliomielítica.

Las tasas de incidencia de parálisis flácidas agudas siguen siendo inferiores a 1 por 100,000 niños menores de 15 años en los mismos países: México, Panamá, Costa Rica y Nicaragua (Figura 2).

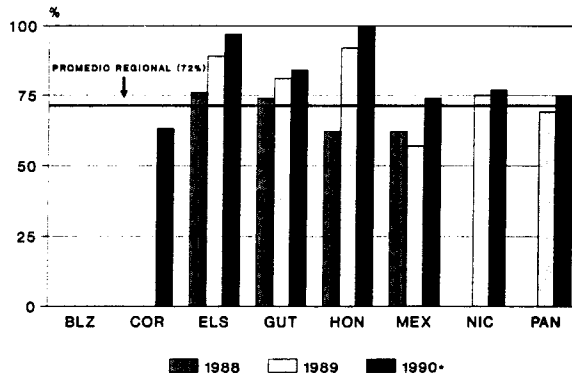
Figura 2. Incidencia de parálisis flácidas agudas Centroamérica y México, 1989-90*



* DATOS HASTA LA SEMANA 43, 1990
FUENTE: OPS

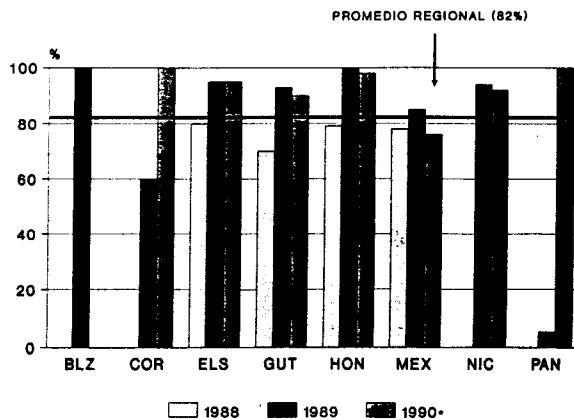
Los indicadores de vigilancia epidemiológica han mejorado y generalmente sobrepasan los promedios regionales en los países que controlan su sistema (Figuras 3 al 7).

Figura 3. Casos PFA notificados en los primeros 15 del inicio de la parálisis. Centroamérica y México, 1988-90*



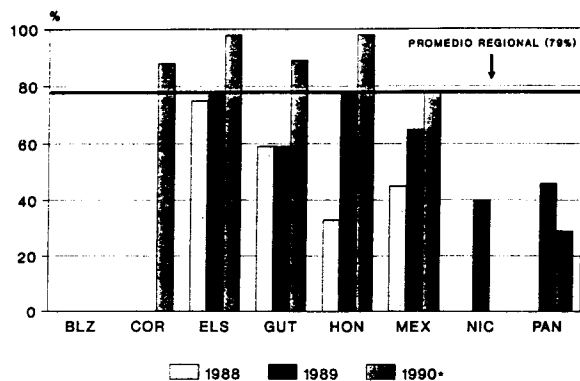
* DATOS HASTA LA SEMANA 43, 1990
FUENTE: SISTEMA SVEP, OPS

Figura 4. Casos PFA con muestras de heces tomadas Centroamérica y México, 1988-90*



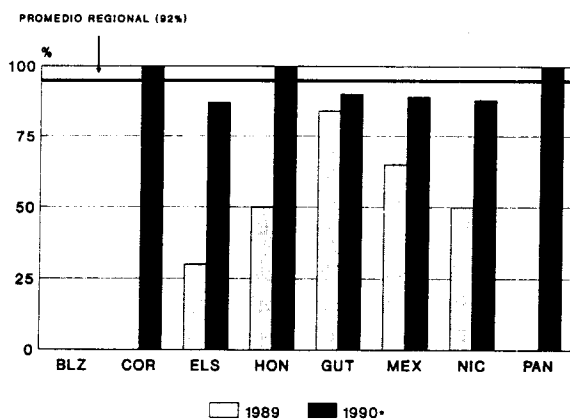
* DATOS HASTA LA SEMANA 43, 1990
FUENTE: SISTEMA SVEP, OPS

Figura 5. Casos PFA con heces tomadas a los 15 días Centroamérica y México, 1988-90*



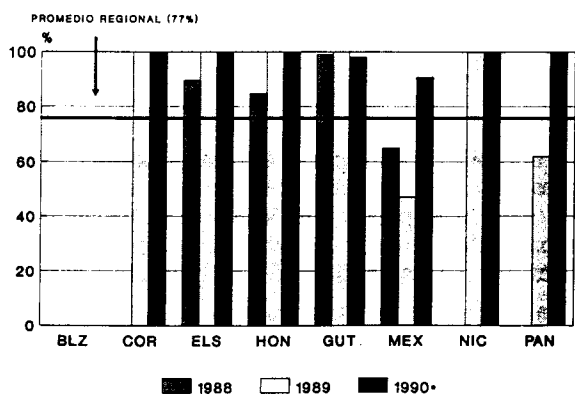
* DATOS HASTA LA SEMANA 43, 1990
FUENTE: SISTEMA SVEP, OPS

Figura 6. Casos PFA con medidas control en 72 horas Centroamérica y México, 1989-90*



* DATOS HASTA LA SEMANA 43, 1990
FUENTE: OPS/INFORMES DE PAIS

Figura 7. Casos PFA con seguimiento a los 72 días del inicio. Centroamérica y México, 1988-90*



* DATOS HASTA LA SEMANA 43, 1990
FUENTE: OPS/INFORMES DE PAIS

Solamente cinco países (El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua) han desarrollado un sistema de notificación semanal negativa de parálisis flácidas agudas e informan a la Oficina Central de OPS en Washington.

Control del sarampión

Las epidemias de sarampión que han estado ocurriendo en la subregión desde 1988, persistieron en Guatemala y

México hasta el primer semestre de este año. Actualmente solo Nicaragua muestra niveles epidémicos y en Panamá aparecieron brotes a partir del mes de septiembre.

De los informes presentados, se observa que las coberturas se mantienen bajas, persistiendo el riesgo de nuevas epidemias por el acumulo permanente de susceptibles.

Eliminación del tétanos neonatal

Los países han definido sus áreas de riesgo y han iniciado acciones. Al momento de la reunión, se habían registrado 135 casos en 1990 (comparado con 173 para el mismo período en 1989), de los cuales 133 habían sido investigados.

Todavía persiste la falta de uniformidad en las presentaciones de los países en cuanto a los datos solicitados en la reunión anterior.

Informe del Laboratorio de Referencia (INCAP)

En 1990, hasta el fin de septiembre, se procesó un total de 522 muestras fecales de casos de parálisis flácidas y 184 muestras de contactos.

Los problemas ocurridos con el envío de muestras durante este año, fueron los siguientes:

- Falta de datos de ficha epidemiológica
- Mala rotulación de la muestra
- Recipiente inadecuado
- Cantidad insuficiente
- Envíos fuera de horario
- Falta de comunicación previa

Aspectos Neurológicos

Se presentaron los datos del estudio colaborativo de parálisis flácidas agudas realizado por Guatemala, Honduras y El Salvador con seguimiento de algunos casos hasta por más de dos años, lo cual permite conocer mejor las características clínicas y epidemiológicas del problema.

Para facilitar el diagnóstico diferencial de las secuelas a los 60 días, en este momento se puede ya recomendar la medición de la velocidad de conducción nerviosa. La punción lumbar debe realizarse lo más pronto posible. En caso que sea normal debería ser repetida una semana después para corroborar una eventual disociación albúmino-citológica.

Conclusiones y Recomendaciones

Aunque el programa ha logrado mucho, la presencia de poliovirus salvaje en Centroamérica genera una situación crítica. Esto demuestra la calidad de los sistemas de vigilancia y es una oportunidad, para que a sólo seis semanas de la meta de erradicación se tomen las medidas apropiadas que permitan interrumpir la circulación. Se deben redoblar esfuerzos para fortalecer las actividades de vacunación mediante la extensión de los servicios de salud y de la vigilancia de las parálisis flácidas agudas. Para que los logros alcanzados sean mantenidos, el grupo formuló las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. Frente al brote reciente de poliovirus salvaje tipo 3, urge optimizar acciones y consolidar la cooperación entre los países de Centroamérica y México. Esto debe ir acompañado de un compromiso formal por parte de los Gobiernos y la movilización de otras entidades públicas y privadas y de la población en general.

2. Algunos países aún no registran coberturas por municipio, lo que dificulta la identificación de las áreas de alto riesgo a esos niveles. Por otra parte, las encuestas nacionales de cobertura de vacunación por conglomerado no son prácticas en estos momentos, ya que no permiten identificar los bolsones de no vacunados. Esta actividad es más importante a nivel de municipio.

3. Todos los países se comprometieron a enviar a la OPS, a más tardar para la segunda semana de febrero de 1991, los datos de cobertura de vacunación para 1990.

4. Dado que diversos países ya han realizado encuestas nacionales de la Cadena de Frío, se recomienda vigilar el cumplimiento de las recomendaciones formuladas. Este es un aspecto sumamente importante ya que no se debe solo identificar los problemas.

5. Algunos países continúan registrando niveles altos de oportunidades perdidas de vacunación. En la próxima reunión deberán presentar la evaluación de las acciones tomadas para disminuir las oportunidades perdidas de vacunación en cada uno de los países.

6. Para poder consolidar el estudio de las parálisis flácidas agudas a nivel Centroamericano, se requiere que Nicaragua, Costa Rica y Panamá proporcionen los datos correspondientes a los años 1988/1989, contenidos en el protocolo de estudio. Asimismo, se necesitan los datos de todos los países Centroamericanos hasta la semana cuarenta del presente año.

7. Estudios de algunos países identifican graves deficiencias en cuanto al procedimiento de envío de muestras de heces a los laboratorios de referencia de la OPS. Se recomienda establecer indicadores de calidad de muestras en puntos críticos (intervalos, temperatura, etc.).

8. Con el objeto de lograr un adecuado control del sarampión se recomienda:

i. Intensificar la vigilancia epidemiológica del sarampión y vigilar las coberturas por municipio, asegurando una cobertura mínima de 90% en niños menores de 5 años.

ii. Promover las investigaciones de campo, documentarlas y presentar los resultados en las próximas reuniones.

iii. Mantener los esquemas de vacunación actuales con una sola dosis de vacuna antisarampionosa.

9. Con el objeto de lograr la eliminación del tétanos neonatal, se recomienda:

i. Incrementar la vigilancia a través de la investigación de casos, y mantener registros de cobertura usando TT2 en mujeres en edad fértil.

ii. Vacunar al 100% de las mujeres en edad fértil que viven en las áreas de riesgo.

iii. Cada nivel local deberá recurrir a las estrategias que le permitan cumplir con la meta anterior, pero especialmente deberán usarse todas las oportunidades de contacto de las mujeres en edad fértil con los establecimientos de salud.

iv. Cada país debe asegurar la compra de jeringas en cantidad suficiente para poder alcanzar las metas propuestas.

Adelantos en el Cono Sur

Introducción

Del 29 al 31 de Octubre de 1990 se realizó en Asunción, Paraguay, la Sexta Reunión del "Grupo de Asunción", sobre los avances del PAI y la erradicación de la poliomielitis en el Cono Sur, Bolivia y Brasil. Este grupo se reunió por primera vez en Asunción, Paraguay en Julio de 1987 y ha mantenido reuniones periódicas de seguimiento de actividades y de discusión de acciones necesarias para acelerar el cumplimiento de las metas del PAI de vacunación universal de los niños y erradicación de la poliomielitis para 1990.

Participaron técnicos de los Ministerios de Salud de los países mencionados, además de representantes de los organismos internacionales que colaboran con estos esfuerzos, o sea, Rotary Internacional, UNICEF, USAID, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Coberturas de Vacunación

Excepto Argentina, los países presentaron datos preliminares de coberturas hasta Junio de 1990, que son semejantes

a los de 1989, excepto para Paraguay y Bolivia, países en los cuales las bajas coberturas requieren una pronta intervención. Ello hace pensar que será necesario hacer nuevos y mayores esfuerzos si se desea alcanzar la meta de vacunación universal y la erradicación de la poliomielitis para 1990.

Vale la pena mencionar que todos los países, algunos por primera vez, presentaron análisis de coberturas por municipios, un avance importante para el programa en general,

• Todos los países deberán actualizar el sistema de información de coberturas de vacunación por municipio mensualmente a nivel de los Ministerios de Salud. La información de coberturas a nivel nacional referente a 1990 deberá ser informada a la OPS en Febrero de 1991.

• La información sobre coberturas por municipios deberá ser compartida con las autoridades políticas responsable a fin de facilitar las acciones tendientes a mejorarlas.

• Los países deberán informar a sus vecinos siempre que ocurra un brote de enfermedad inmunoprevenible que

necesite acciones conjuntas o que haya una amenaza de exportación o importación de casos.

Erradicación de la Poliomielitis

Se analizaron los casos confirmados del presente año para la Región de las Américas, los cuales suman seis hasta la fecha; habiéndose presentado el último de ellos el recién pasado mes de Julio, en Guatemala. Se estima que no ha habido circulación del poliovirus salvaje en el Cono Sur y Bolivia en los últimos tres años, y en Brasil en el último año y medio. Se discutió la necesidad de iniciar las medidas que permitan certificar dicha impresión.

El sistema de notificación negativa semanal ha mejorado notablemente, especialmente en Brasil; y en otros países se ha mantenido.

Todos los países han mejorado sus tasas de parálisis flácidas agudas por 100 000 niños menores de 15 años, pero ahora ha llegado el momento de hacer dicho análisis al interior de los mismos, con el objeto de identificar "áreas silenciosas" en las que podrían estar ocurriendo casos que no son notificados. Además, todavía existe una gran proporción de casos que no son notificados dentro de los 15 días siguientes al inicio de la parálisis, y como consecuencia no se pueden tomar las muestras de heces en el momento oportuno.

El seguimiento de casos a los 70 días después del inicio de la parálisis es otro indicador que necesita atención, ya que en general no ha mejorado desde la última evaluación, y es especialmente bajo en Argentina.

- Se insistió en la necesidad de la adecuada toma de muestras de heces y en su oportuno envío al laboratorio.
- Los países deberán usar la nueva clasificación de casos, en seguimiento a las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor del PAI.
- Los indicadores de vigilancia de las parálisis flácidas deberán ser objeto de revisión permanente no sólo para la totalidad del país sino también para áreas geográficas del interior.

Ultimos aislamientos de poliovirus salvaje en el Cono Sur

PAIS	ULTIMA FECHA
Chile	Junio 1975
Uruguay	Octubre 1978
Argentina	Enero 1984
Bolivia	Febrero 1986
Brasil	Marzo 1989
Paraguay	(no disponible)

Control del Sarampión

Los países presentaron diferentes situaciones epidemiológicas, algunos han tenido altas coberturas por muchos años, y otros aun permanecen con bajas coberturas.

- Cada país deberá identificar sus bolsones de baja cobertura, a fin de incrementarla en dichas áreas de riesgo.
- La vigilancia epidemiológica deberá adaptarse a las necesidades de cada país; pueden optar por notificación semanal o mensual o por cualquier sistema que se adapte a su capacidad de control, cuidando de que esté integrado al sistema de vigilancia de la poliomielitis.

- Se debe utilizar una definición operacional uniforme para los casos de sarampión. Por ejemplo: todo caso que presente fiebre alta por más de tres días y exantema, con coriza, tos o conjuntivitis.

- Las acciones de control y vigilancia del sarampión variarán de acuerdo al grado de desarrollo del programa en cada país. En aquellos en que el programa está desarrollado y las coberturas son altas se debe investigar cada caso sospechoso. En los países donde las coberturas todavía son bajas, solamente se investigará el brote de sarampión. Los países que todavía presentan bajas coberturas de vacunación deben concentrar sus esfuerzos en aumentarla lo más pronto posible.

- En presencia de brotes, la respuesta del programa debe estar dirigida al análisis de la situación epidemiológica y a la vacunación en las áreas que aún no han sido afectadas.

Eliminación del Tétanos Neonatal

Algunos países ya iniciaron investigaciones epidemiológicas y otros han comenzado y/o reforzado acciones para la eliminación de la enfermedad. En Bolivia se ha iniciado la aplicación de Toxoide Tetánico (TT) a través de parteras empíricas. Dicha experiencia deberá ser evaluada durante la próxima reunión.

En cuanto a la situación actual, se puso de manifiesto el gran número de casos que aún se presentan en zonas urbanas, así como el elevado número de casos que provienen de madres multíparas, las cuales por enfermedades de sus hijos o por causas propias han tenido gran oportunidad de estar en contacto con los servicios de salud, sin que se les haya administrado TT. Estas representan oportunidades perdidas de vacunación con TT.

- Los países que ya completaron la identificación de sus áreas de riesgo, deberán tomar acciones que permitan su eliminación. El resultado de dichas acciones deberá ser presentado en la próxima reunión. Los países que iniciaron el diagnóstico deben completarlo a la brevedad e iniciar las medidas de control.

- Los países deberán actualizar sus normas de vacunación con TT, a fin de garantizar su aplicación en cualquier momento de la gestación y en toda mujer en edad fértil.

Oportunidades Perdidas de Vacunación

Se presentó la experiencia de diez países de las Américas en los que ya se realizaron estudios de oportunidades perdidas. De ellos, sólo dos países han realizado evaluaciones después de tomar acciones para eliminarlas.

Se discutió la necesidad de utilizar la misma definición y el mismo protocolo de oportunidades perdidas, a fin de comparar experiencias. También se mostró la necesidad de iniciar acciones después de realizar un estudio, ya sea a nivel de la gerencia del programa, de los servicios de salud, en el personal de salud, o en la comunidad.

- Cada país deberá hacer investigaciones sobre oportunidades perdidas de vacunación usando una definición uniforme y tomar acciones que permitan eliminarlas, buscando la manera de documentar el fruto de dichas acciones.

- Se define como oportunidad perdida de vacunación cada vez que un niño o mujer en edad fértil que necesita una

dosis de vacuna visita un establecimiento de salud y no la recibe, cualesquiera que sea la razón.

- Deberá establecerse de manera general la vacunación intrahospitalaria, y mostrar los resultados en la próxima reunión.
- Tanto el tema de oportunidades perdidas como el de falsas contraindicaciones a la vacunación deberá ser presentado en todos los foros de discusión; así como en los centros de formación de profesionales de la salud.

Comunicación Social

Se presentaron las experiencias de varios países en los aspectos de comunicación y movilización social. Es aparente que los Clubes Rotarios en los varios países han diversificado su participación y se proponen participar más activamente en lo referente a la evaluación y vigilancia de los programas. El apoyo del Rotary Internacional y del UNICEF a estas actividades de movilización y comunicación social será muy importantes en la fase del programa que visa ampliar más las coberturas de vacunación y controlar o eliminar algunas de las enfermedades prevenibles por vacunación, como es el caso de la poliomielitis, el tétanos neonatal y el sarampión.

- En todas las formas de comunicación social en que la información sobre coberturas sea dirigida a la población en general o hacia los niveles políticos, la misma deberá ser presentada en tal forma que sea fácil de comprender, tal como por ejemplo, mostrar el número de niños desprotegidos.

- El concepto de las oportunidades perdidas de vacunación deberá ser ampliado a otros aspectos de los programas de salud tales como las oportunidades perdidas de comunicación social y educación para la salud.
- Los países deberán presentar experiencias concretas en el área de comunicación y movilización social, en especial aquellas que han resultado en un aumento de cobertura vacunal y mejor control de las enfermedades del programa.
- Para fines de intercambio de experiencias y posibilidades de articulación, cada país debe constituir un banco de información sobre las oportunidades de comunicación y movilización social.

Conclusiones y Recomendaciones

1. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de cada país deberá ser revisado a fin de hacer las correcciones que permitan certificar la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis, y dar oportuno seguimiento a los brotes de sarampión.
2. Los Ministerios de Salud deberán preparar el Plan de Acción del PAI para 1991, y el plan quinquenal.
3. Cada país deberá buscar los mecanismos que garanticen la compra de jeringas y vacunas con fondos nacionales; de tal manera que la adquisición de dichos insumos no dependa solamente de fuentes externas.

Eliminación del sarampión en el Caribe

Introducción

La Séptima Reunión del Caribe de Administradores del PAI se realizó en Antigua del 12 al 15 de noviembre de 1990. Fue inaugurada por el Ministro de Salud de Antigua y Barbuda y a ella asistieron los administradores de programas de todos los países del Caribe de habla inglesa, así como de Suriname, Aruba, Curaçao, Guadalupe y Martinica.

El Coordinador del Programa del Caribe del PAI y el Director del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) estuvieron presentes en la sesión de apertura.

Entre los representantes de los organismos internacionales que respaldarán el programa figuraron los de la AID de EE.UU., UNICEF, CPHA, Rotary Internacional y la Organización Panamericana de la Salud. El relator del Grupo Asesor Global del PAI estuvo presente también en la reunión.

La principal finalidad de la misma fue pasar revista a la ejecución de los programas de inmunización de cada país e identificar los problemas que dificultan un aumento de la cobertura vacunal y la vigilancia de enfermedades, a lo que podría hacerse frente mediante una mejor planificación, gestión y evaluación.

Los principales objetivos fueron revisar las actividades realizadas en 1990 y preparar los planes de trabajo para 1991. Este año, esos planes de trabajo incluyeron actividades

referentes a la eliminación del sarampión para 1995, especialmente la preparación del "Mes de la Eliminación del Sarampión en el Caribe" que se programa para mayo de 1991, y actividades adicionales referentes a la necesidad de una mayor vigilancia de las enfermedades eruptivas y la parálisis flácida. Estas últimas actividades son esenciales para la futura certificación de la erradicación del poliovirus salvaje y de la eliminación del sarampión del Caribe de habla inglesa.

Conclusiones y Recomendaciones

1. Se ha avanzado considerablemente hacia la meta de la mayoría de los países en lo que atañe al mantenimiento o aumento de la cobertura de vacunación en los grupos de edades tomados como objetivo. En algunos países se registró una disminución de la cobertura de vacunación, por lo cual se deben tomar medidas para corregir tal situación.
2. Se ha avanzado algo en materia de establecimiento de las bases necesarias para la vigilancia de la parálisis flácida y la urticaria.

El coeficiente de notificación de la parálisis flácida correspondiente al Caribe va en aumento, pero sigue siendo bajo en comparación con otras subregiones de las Américas. Será necesario acelerar el establecimiento de

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	20 Oct.	453	778	0	0	...	...	56	84	1	6	200	750
Colombia	22 Abr.	1 831	4 528	1	5	0	68	54	63	7	15	339	454
Ecuador	1 Abr.	523	3 649	1	2	19	93	17	58	1	3	145	256
Perú	30 Jun.	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	20 Oct.	7 747	5 314	0	1	59	13	21	29	0	0	1 068	173
Cono Sur													
Argentina**	25 Ago.	907	1 749	0	0	42	55	...	...	2	5	1 175	1 584
Chile	24 Nov.	1 415	12 292	0	0	18	14	0	2	30	34	55	200
Paraguay	1 Sept.	196	67	0	0	115	17	37	10	3	1	86	49
Uruguay	1 Dic.	92	...	0	0	4	0	0	0	0	...	127	...
Brasil	11 Ago.	...	21 446	0	2	...	1 553	...	339	...	802	...	11 301
Centroamérica													
Belice	27 Oct.	60	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Costa Rica	2 Jun.	6	10	0	0	1	0	0	0	0	0	41	15
El Salvador	30 Jun.	642	13 753	0	0	25	24	9	16	0	0	97	19
Guatemala	2 Jun.	7 257	50	0	0	22	21	1	7	1	0	27	51
Honduras	27 Oct.	8 962	64	0	0	19	7	20	4	0	0	48	19
Nicaragua	20 Oct.	13 604	71	0	0	29	42	10	7	0	0	209	230
Panamá	1 Sept.	227	301	0	0	2	6	2	7	0	0	16	36
México	1 Sept.	58 159	8 166	4	13	136	128	28	53	0	6	569	1 286
Caribe Latino													
Cuba	23 Nov.	16	0	0	0	3	0	0	0	0	0	6	0
Haití	30 Jun.	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	2 Nov.	2 755	...	0	0	49	...	14	...	13	...	157	...
CARIBE INGLES													
Antigua & Barbuda	22 Sep.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	29 Sept.	62	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	22 Sept.	49	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0
Dominica	29 Sept.	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grenada	29 Sept.	2	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	29 Sept.	3 617	14	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal/Nieves	29 Sept.	61	12	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	24 Mar.	0	0	0	0	3	0	0	0	...	...	...	...
Santa Lucía	29 Sept.	23	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	30 Jun.	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad & Tobago	29 Sept.	453	1 657	0	0	6	0	0	0	0	0	1	5
NORTEAMERICA													
Canadá	31 Mayo	105	275	0	0	0	0	0	0	5	0	3 870	364
Estados Unidos	22 Dic.	26 043	15 956	0	0	58	...	0	...	4	...	3 997	3 760

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

† Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 52 (terminada el 29 de Diciembre de 1990).

... No se dispone de datos.

un sistema de notificación negativa y también de toma de muestras de heces de cada caso de parálisis flácida y sus contactos, como requisitos previos para el comienzo del proceso de certificación.

3. El borrador de la Guía de Campo para la Eliminación del Sarampión fue revisado, y se recibieron comentarios de los participantes. Se prevé que dicha Guía se finalice durante la Reunión de Epidemiólogos que se celebrará en CAREC, Trinidad, del 14 al 18 de enero de 1991.

4. La OPS y CAREC deberán monitorear y apoyar permanentemente a los países en materia de vigilancia. Esto debe incluir apoyo de laboratorio y capacitación de epidemiólogos de países.

5. Algunos de los problemas que siguen dificultando un aumento adicional de la cobertura de la vacunación y la vigilancia de enfermedades son:

i. En algunos casos, demoras en el pago de las vacunas encargadas al Fondo Rotatorio del PAI impiden la recepción de nuevas partidas.

ii. Siguen necesitándose generadores de reserva en todos los lugares de almacenamiento centrales, aún siguen escaseando los refrigeradores de kerosén en las zonas en que no hay electricidad.

iii. Es necesario realizar cursos de capacitación en vigilancia de las enfermedades del PAI, especialmente en sarampión y poliomielitis.

iv. Existe una gran demanda de material de promoción, como el audiovisual, carteles, volantes, y se necesitan recursos adicionales para atender esa necesidad.

v. Debido a escasez de personal y recursos financieros, se han visto afectadas las visitas de supervisión a los centros de salud.

vi. La recopilación de datos de profesionales de la salud privados sigue siendo un "cuello de botella" para

determinar la cobertura vacunal en muchos países.

vii. No se hace un seguimiento sistemático de los Planes Nacionales de Acción para cerciorarse de que se realizan todas las actividades programadas.

6. En cuanto atañe al programa de Eliminación del Sarampión, aún es necesario hacer frente a algunos problemas, y resolverlos antes del 15 de enero de 1991. Los principales son:

i. La estrategia clave para la interrupción de la transmisión del sarampión en todos los países es la eliminación simultánea de todos los susceptibles menores de 15 años de edad.

ii. En la mayoría de los países aún no se han identificado plenamente recursos financieros, especialmente para la compra de vacunas.

Cabe señalar que si bien el sarampión puede eliminarse usando simplemente la vacuna contra el sarampión, ello representaría una considerable pérdida de oportunidades de controlar la rubéola y la parotiditis. El Grupo exhorta a realizar todos los esfuerzos posibles, por parte de los Ministerios de Salud con el respaldo de la OPS y otras agencias, para que se cuente con la vacuna triple viral para este plan.

iii. Se manifestó preocupación en cuanto a los planes de comunicación y movilización social. Teniendo en cuenta el tiempo disponible de aquí al "mes de eliminación" propuesto (mayo de 1991), es imperioso organizar, para su inmediata ejecución, un plan global de comunicación y movilización.

7. Se analizaron las visitas de intercambio de administradores del PAI y se recomendó continuarlas, pues son muy valiosas para los administradores, a fin de intercambiar experiencias y adquirir conocimientos mutuos.

8. La Octava reunión del Caribe de administradores del PAI se celebrará en noviembre de 1991.

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.



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.

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Roxane Moncayo Eikhof

ISSN 0251-4729