



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XIV Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Junio 1992

Erradicación del poliovirus salvaje Perú: el último desafío

El Ministerio de Salud y la comunidad peruana están trabajando enérgicamente para erradicar la poliomielitis del territorio nacional desde 1986, cuando se confirmaron 41 casos. En 1991, se aisló poliovirus salvaje tipo 1 de cuatro personas, tres niños sanos procedentes de Piura y un niño con secuela de polio de Pichanqui, Junín. Durante 1990 también se aisló poliovirus salvaje tipo 1 de tres niños sanos del Departamento de Amazonas y de un niño con secuela, procedente de Jaén, Cajamarca. A comienzos de 1992, el Perú tuvo la oportunidad histórica de completar la erradicación del poliovirus salvaje de las Américas. Con este objetivo en mente, el Gobierno decidió llevar a cabo una Operación de Barrido Sanitario para vacunar a 1 850 000 niños y diseminar información acerca de la prevención del cólera en un operativo de casa en casa que cubrió 13 Departamentos del país. Cabe destacar que este Barrido Sanitario constituye la operación más grande llevada a cabo hasta fecha en el esfuerzo de erradicación de la poliomielitis. Los resultados se presentan en el Cuadro 1, a continuación.

Figura 1. Departamentos del Perú incluidos en el Barrido Sanitario de 1992



Cuadro 1. Barrido Sanitario en Perú, 1992

Departamentos	Menores de un año			Uno a cuatro años			Menores de cinco años			Total hogares visitados
	Población objeto	Total Vacunados	Porcentaje vacunados	Población objeto	Total Vacunados	Porcentaje vacunados	Población objeto	Total Vacunados	Porcentaje vacunados	
Ancash	29 337	31 662	107,9	112 515	119 335	106,1	141 852	150 997	106,4	196 717
Ayacucho	16 000	19 077	119,2	58 808	57 573	97,9	74 808	76 650	102,5	79 479
Cajamarca	40 864	31 458	77,0	148 025	105 277	71,1	188 889	136 735	72,4	177 173
Callao	12 723	13 661	107,4	48 131	48 909	101,6	60 854	62 570	102,8	0
Huancavelica	12 998	17 291	133,0	46 289	50 082	108,2	59 287	67 373	113,6	79 991
Huanuco	15 432	15 505	100,5	58 315	54 800	94,0	73 747	70 305	95,3	58 427
Ica	14 141	15 778	111,6	55 103	59 681	108,3	69 244	75 459	109,0	96 257
Junín	28 862	23 713	82,2	106 093	85 784	80,9	134 955	109 497	81,1	145 046
La Libertad	33 241	38 241	115,0	132 040	138 933	105,2	165 281	177 174	107,2	208 875
Lamabyeque	26 817	29 359	109,5	103 807	102 837	99,1	130 624	132 196	101,2	135 992
Lima Ciudad	11 846	19 106	161,3	46 187	70 279	152,2	58 033	89 385	154,0	78 897
Lima Norte	45 945	46 405	101,0	179 125	177 977	99,4	225 070	224 382	99,7	259 439
Lima Sur	32 591	31 346	96,2	126 385	132 891	105,1	158 976	164 237	103,3	195 481
Lima Este	14 347	20 326	141,7	55 929	74 772	133,7	70 276	95 098	135,3	107 744
Pasco	9 778	8 202	83,9	36 445	37 190	102,0	46 223	45 392	98,2	40 715
Piura	43 074	52 646	122,2	159 567	172 793	108,3	202 641	225 439	111,3	222 348
Tumbes	3 915	3 752	95,8	15 110	13 773	91,2	19 025	17 525	92,1	20 620
TOTAL	391 911	417 528	106,5	1 487 874	1 502 886	101,0	1 879 785	1 920 414	102,2	2 103 201

Fuente: Ministerio de Salud, Perú.

En este número:

Erradicación del poliovirus salvaje Perú: el último desafío	1
Continúa la lucha contra el sarampión: Brasil y Chile efectúan campañas masivas	2

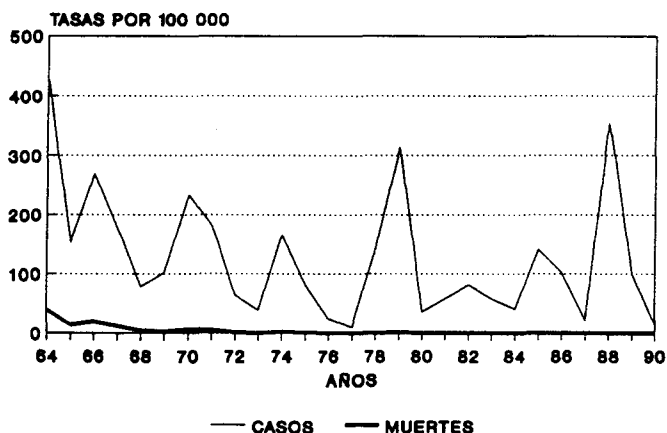
Eliminación del Tétanos Neonatal en las Américas: Adelantos en la vigilancia	5
Casos notificados de enfermedades del PAI	7
Informe de la reunión de la red de laboratorios	8

Continúa la lucha contra el sarampión: Brasil y Chile efectúan campañas masivas

Chile: 6 al 16 de abril de 1992

Los epidemiólogos del Ministerio de Salud analizaron los antecedentes epidemiológicos disponibles y la tendencia y secuencia estadística de las epidemias de sarampión durante las décadas recientes. Observaron una tendencia a epidemias de dos años de duración, con intervalos interepidémicos de tres años (Figura 1). La última epidemia de 1988-1989, dejó un lamentable saldo de 82 muertes y 58 057 casos notificados en todo el país.

Figura 1. Morbilidad y mortalidad por sarampión Chile, 1964 - 1990



Fuente: Ministerio de Salud, Chile

El comportamiento de la tendencia, sumado al cálculo de susceptibles acumulados durante los últimos tres años (Cuadro 1), llevó al personal a predecir que entre agosto y septiembre de 1992, ocurriría una epidemia de sarampión que podía alcanzar hasta 70 000 casos.

Para prevenir la epidemia y las muertes y secuela graves resultantes en la población de menor edad, que a su vez causan gran preocupación social y presión asistencial en los establecimientos de salud, y en vista de la documentación existente que señala la capacidad de las campañas masivas para interrumpir la transmisión, el Ministerio de Salud resolvió realizar una Campaña Nacional de Vacunación Antisarampionosa. Se planeó realizar una campaña de diez días, a efectuarse entre el 6 y el 16 de abril de 1992, con el objetivo de vacunar a 3 869 387 niños entre nueve meses y 15 años de edad, que representan el 28,9% de la población total del país.

Cuadro 1. Población de menores de un año con y sin vacunación antisarampionosa y susceptibles acumulados

AÑO	Pob.	Vac.	No Vac.	Cober- tura	5% no Inmun.	Pob. Suscep.
1989	280 813	259 418	21 395	92,4	12 971	34 366
1990	290 389	280 972	9 417	95,8	14 049	23 466
1991	300 827	287 290	13 537	95,5	14 364	27 901
TOTAL	872 029	827 680	44 349	94,9	41 384	85 733

Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

Dada la magnitud de esta tarea histórica en salud, se hizo necesario convocar a los 26 Servicios de Salud y a toda la comunidad médica pediátrica para informar a la población y a las organizaciones e instituciones sociales acerca del problema de salud que enfrentaría el país. A su vez, se pretendía enlistar su colaboración en las actividades de vacunación de todos los niños entre nueve meses y 15 años de edad, que representan el grupo más susceptible de enfermar y fallecer por esta enfermedad altamente contagiosa.

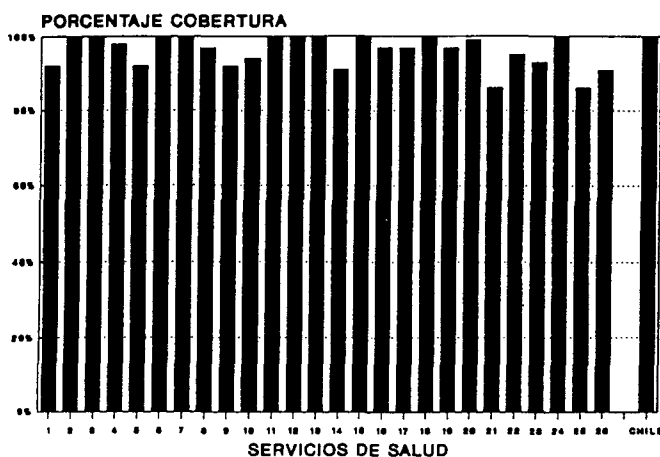
Para este propósito, el Ministerio de Salud dispuso en conjunto con los Servicios de Salud, todas las medidas necesarias para el logro de la meta, poniendo a disposición de los establecimientos elementos de cadena de frío, y de la comunidad, de la vacuna antisarampionosa en forma absolutamente gratuita. También se adquirió la cantidad necesaria de jeringas y agujas desechables, con el propósito de que cada niño fuera vacunado individualmente, para evitar cualquier riesgo de transmisión de otras enfermedades, tales como el SIDA, la hepatitis y otras transmisibles por este medio.

A continuación se resumen las principales actividades de coordinación realizadas por el Ministerio de Salud en la implementación de la campaña nacional:

1. Creación de una Comisión Nacional para la coordinación de acciones de capacitación y promoción, adecuación de recursos humanos, financieros, cadena de frío, transporte, insumos, elaboración de información, su análisis y evaluación.
2. El Ministerio de Salud a través de su Departamento de Epidemiología, elaboró un plan de actividades con los Servicios de Salud, llevándose a cabo una primera reunión el 10 de enero de 1992 con dos representantes de cada uno de ellos. Luego, el 25 de marzo de 1992, se dio cuenta de las actividades llevadas a cabo en cada región del país.
3. Se llevó a cabo un Plan de Comunicación Social, basado en avisos de televisión con la participación de animadores

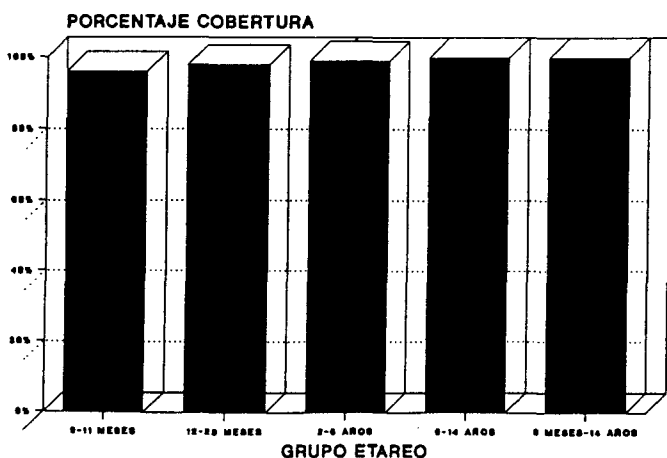
infantiles de gran prestigio, comunicación radial, prensa, elaboración y difusión de folletos, afiches y trípticos. Los niños vacunados recibieron como estímulo un autoadhesivo con la frase "Yo estoy vacunado, Chao sarampión".

Figura 2. Cobertura de vacunación por Servicio de Salud, Campaña Antisarampionosa, Chile 1992



Fuente: Ministerio de Salud, Chile

Figura 3. Cobertura de vacunación por grupo etáreo, Campaña Antisarampionosa, Chile 1992



Fuente: Ministerio de Salud, Chile

4. En esta jornada hubo una gran participación social a través de organizaciones públicas y privadas, tales como las municipalidades, los Carabineros de Chile, la Cruz Roja, la Defensa Civil, los Bomberos, Caritas-Chile y los partidos

políticos. También se contó con la participación de universidades, sociedades científicas, colegios profesionales de la salud e institutos privados de salud.

5. Se le dio gran importancia a la coordinación y participación intersectorial, especialmente entre el Ministerio de Salud y los Ministerios de Educación, Justicia, Defensa, Transporte y Telecomunicaciones.

Los resultados de la campaña se presentan en las Figuras 2 y 3. El costo total, considerando solamente vacunas, jeringas y publicidad, fue de unos U\$1 600 000. Se logró una cobertura de vacunación del 99,6% de la población objeto de la campaña e inmediatamente se iniciaron actividades de vigilancia activa de las enfermedades eruptivas febriles, recibiendo la asesoría permanente de la OPS.

Al alcanzar la meta propuesta y junto con evitar una epidemia nacional, el país entero ha dado un primer paso en la eliminación del sarampión.

Brasil: 25 de abril al 22 de mayo de 1992

A mediados de 1991, el Ministerio de Salud decidió hacer un esfuerzo para controlar mejor el sarampión en el territorio nacional. Los análisis retrospectivos de los últimos diez años revelaron que la enfermedad tenía una incidencia promedio de 40 por 100 000 habitantes, pero se sabía que el problema de subregistro de casos era importante y que esta incidencia fluctuaba entre el cinco y el diez por ciento de la real.

Los técnicos de Ministerio de Salud evaluaron los programas de control de los Estados Unidos de la década de los ochenta, la experiencia de Cuba y la experiencia reciente de campañas masivas de vacunación antisarampionosa realizada en el Caribe de Habla Inglesa. Se analizaron también las campañas realizadas en Brasil por los estados de Sao Paulo, Parana y Bahía en 1987 y 1988. La campaña mejor documentada y más extensa, fue la realizada en el estado de Sao Paulo, donde se vacunó a más de 8 000 000 de niños de nueve meses a 15 años de edad en 1987. El promedio anual de casos hospitalizados entre 1979 y 1986 había sido de 3 666 casos, y después de la campaña, la cifra bajó a 247 entre 1988 y 1990.

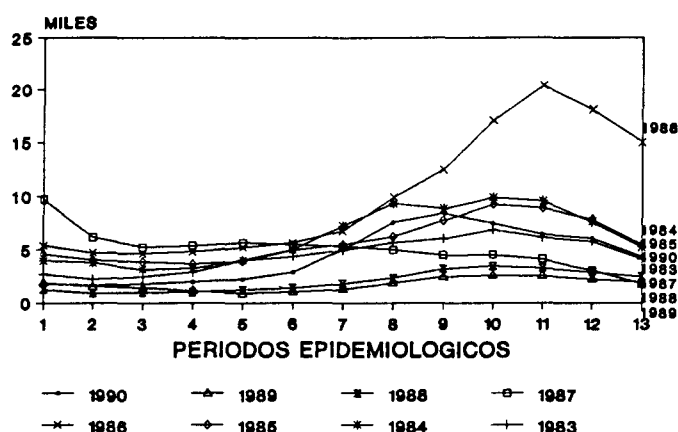
Una proporción considerable de los casos notificados con posterioridad a la campaña ocurrieron en obreros inmigrantes de otros estados, especialmente del Nordeste. Un grupo asesor compuesto por técnicos del Ministerio de Salud del Brasil, del CDC y de la OPS, concluyeron que la transmisión no podría ser interrumpida en Sao Paulo si los otros estados no realizan esfuerzos especiales para controlar la enfermedad, debido al considerable flujo migratorio que recibe el estado (aproximadamente 30 000 personas llegan cada día tan solo a las estaciones de ómnibus).

Basándose en estas experiencias, el Ministerio de Salud decidió organizar una campaña masiva de vacunación para el primer semestre de 1992, ya que en todos los años analizados, la incidencia de sarampión era mas baja que en el segundo semestre (Figura 4). Durante la campaña se espe-

raba vacunar a todos los niños entre nueve meses y 15 años de edad, independientemente de su historia vacunal.

Se organizó un grupo nacional interdisciplinario de coordinación, integrado por funcionarios del Programa Nacional de Inmunizaciones, el Centro Nacional de Epidemiología, el Programa de Autosuficiencia de Vacunas, técnicos de los laboratorios de la Fundación Nacional de Salud y representantes de la OPS y UNICEF. El grupo se dividió en tres subgrupos, cada uno encargado de un área específica y se reunió semanalmente para evaluar el trabajo y los avances de los subgrupos. El Ministro de Salud participó de varias de estas reuniones.

Figura 4. Casos notificados de sarampión por período de cuatro semanas



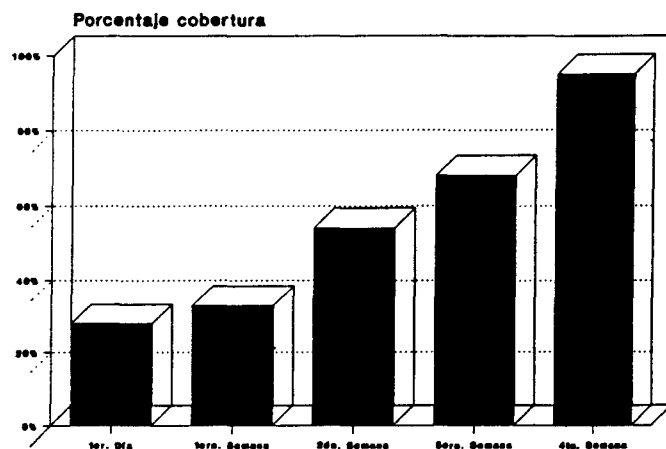
Fuente: Ministerio de Salud, Brasil

El primer grupo tenía como misión conseguir las 65 millones de dosis que serían necesarias para vacunar a alrededor de 50 millones de niños en el grupo objeto de la campaña y los 10 000 inyectores a presión requeridos para administrar la vacuna (se eligió este mecanismo por considerarse un método más rápido de administración). Cabe señalar que no fue fácil conseguir esta gran cantidad de vacunas e inyectores, ya que implicó reunir abastecimientos de proveedores múltiples ya que ninguno solo podía satisfacer el pedido.

Un segundo grupo tuvo a su cargo la organización de la movilización social y la promoción de la campaña. En vista de que la población estaba acostumbrada a las campañas de vacunación antipoliomielítica de niños menores de cinco años, fue necesario elaborar programas nuevos que pudieran atraer a los escolares y adolescentes. A principios de febrero, se había conseguido la participación de algunos de los artistas más conocidos del país para promover la campaña. Se realizaron además actividades, como la presentación de la campaña al Congreso Nacional de Pediatría y otras conferencias científicas, para obtener la plena colaboración de los pediatras. Se organizaron reuniones nacionales con todos los coordinadores de los programas de inmunizaciones y epidemiología de los estados, con el objeto de presentar detalles de la campaña y la Guía de

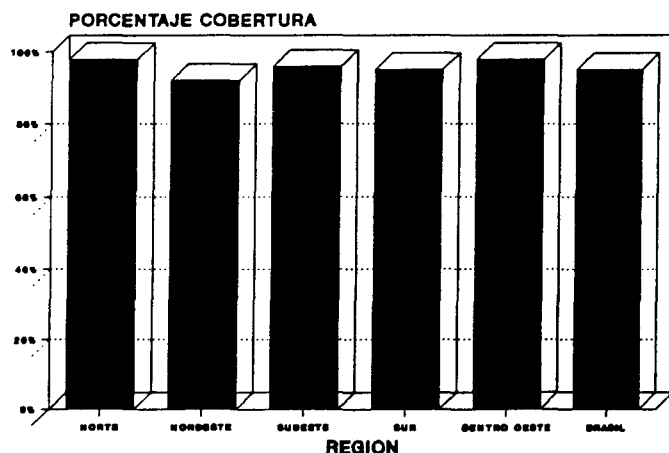
Vigilancia Epidemiológica del Sarampión. También fueron integrados los gobernadores de los estados y representantes de otros ministerios y de agencias no gubernamentales.

Figura 5. Cobertura de vacunación por semana de la Campaña Antisarampionosa, Brasil, 1992



Se vacunó a un total de 47 723 333 niños durante la campaña.
Fuente: Ministerio de Salud, Brasil

Figura 6. Cobertura de vacunación por Región Campaña Antisarampionosa, Brasil 1992



Fuente: Ministerio de Salud, Brasil

El tercer grupo tenía la responsabilidad de la fase posterior a la campaña, es decir, la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica que permitiría la notificación oportuna de casos sospechosos de sarampión. Considerando que los casos de sarampión raramente llegan a los hospitales o a consulta médica, el grupo elaboró un plan para implementar la vigilancia epidemiológica en los 4 500 municipios del país. También formularon un plan para coordinar la labor de la red de laboratorios que recibirá las muestras de sangre de los casos sospechosos.

La Fundación Nacional de Salud transfirió los fondos a los Estados, que a su vez los pasaron a los Municipios. Se

calcula que la campaña costó 50 millones de dólares, o sea un dólar por cada niño vacunado. Esta cifra incluye las vacunas, los inyectores, las jeringas, los gastos operacionales, el material de movilización social, la implementación de la vigilancia epidemiológica y el equipamiento de los laboratorios de diagnóstico. El mismo Presidente de la República se dirigió al público por todos los canales de televisión y radio para destacar los peligros de la enfermedad, la eficacia de la vacuna, los costos involucrados en esta campaña y expresar su compromiso con el alcance del control del sarampión.

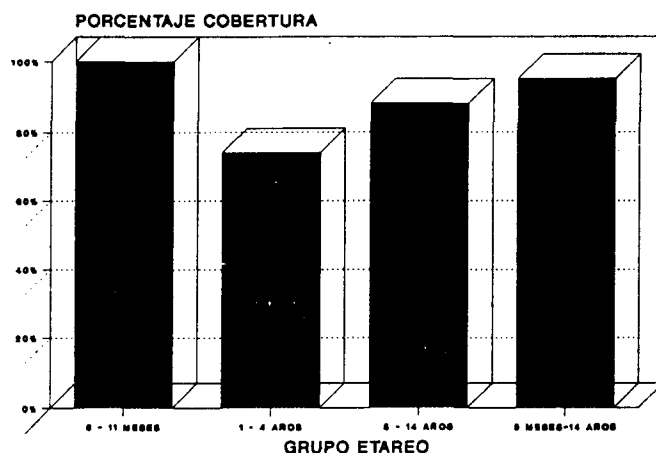
Se abrieron más de 200 000 puestos de vacunación en todo el país. En el Nordeste, donde ocurrieron los últimos casos de poliomiélitis, se ofreció vacuna oral antipoliomielítica a los niños menores de cinco años. Como estrategia básica se utilizó la vacunación en puestos fijos y volantes, pero en muchos lugares se visitaron escuelas para vacunar a los niños mayores de cinco años.

La promoción por los medios de comunicación se mantuvo durante todo el período de cuatro semanas de la campaña. Los artistas y técnicos informaban al público diariamente sobre los acontecimientos. Las coberturas alcanzadas también se analizaban diariamente para poder tomar medidas correctivas inmediatas. Las coberturas alcanzadas fueron similares en todos los grupos de edad, demostrando que la promoción logró movilizar tanto niños pequeños como adolescentes jóvenes.

No satisfecho con los resultados preliminares, que indicaban una cobertura global del 85% y coberturas bajas en algunos estados, el Ministro de Salud extendió la campaña por dos semanas. El 11 de junio se reunieron en Brasilia

todos los coordinadores nacionales y estatales con el propósito de analizar los resultados por estado y municipio. Con una cobertura promedio nacional del 95%, todos acordaron que la campaña había sido un éxito, logrando vacunar a más de 47 millones de niños (Figuras 5 a 7). Para Brasil comienza ahora la segunda etapa de vigilancia epidemiológica y la adopción de medidas de control a nivel local.

Figura 7. Coberturas alcanzadas en la Campaña de Vacunación Antisarampionosa en Brasil, 1992



Fuentes:
 Chile: Dr. Jorge Toro, Dra. María Teresa Valenzuela y Enf. Irma Cánepa, Dpto. Epidemiología del Ministerio de Salud.
 Brasil: Programa PAI, Ministerio de Salud.

Eliminación del tétanos neonatal en las Américas: Adelantos en la vigilancia

Dado que el subregistro del tétanos neonatal es un problema bien reconocido, se ha denominado a la enfermedad como la "epidemia silenciosa". Se estima que en las Américas, es la principal causa de muerte de cerca de 10 000 recién nacidos. La estrategia más importante a ser utilizada en la campaña de eliminación del tétanos neonatal, es la vacunación de todas las mujeres en edad fértil (entre las edades de 14 y 45 años) que residen en las áreas de alto riesgo.

Se ha definido un área o municipio en condición de alto riesgo, como aquel donde la morbilidad o mortalidad por tétanos neonatal excedió al promedio nacional durante cualesquiera de los últimos cinco años, o donde ha ocurrido por

lo menos un caso de tétanos neonatal durante los últimos tres años, o un municipio en el cual existen las condiciones socioeconómicas o ambientales necesarias para que ocurran casos no notificados. Los países han utilizado datos proporcionados por los sistemas nacionales/locales de salud y datos resultantes de búsquedas activas para identificar los municipios de alto riesgo. Entre 1988 y 1991 se observa que la vigilancia ha mejorado, ya que nuevos municipios de alto riesgo se agregan a cada cohorte anual. La cantidad de municipios bajo vigilancia ha aumentado de 259 en 1988, a más de 1 358 en la actualidad. Estos municipios representan el 10% de la totalidad de municipios en América Latina y se han iniciado vacunaciones intensivas en ellos (Figura 1).

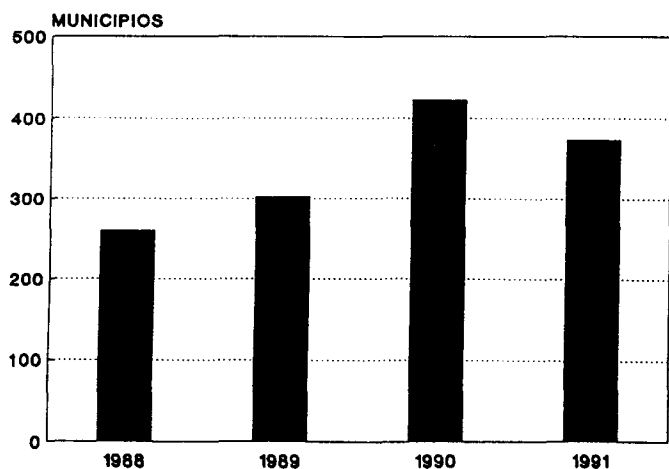
Figura 1. Proporción de casos de tétanos neonatal investigados en 1990 y 1991 en América Latina



Fuente: OPS

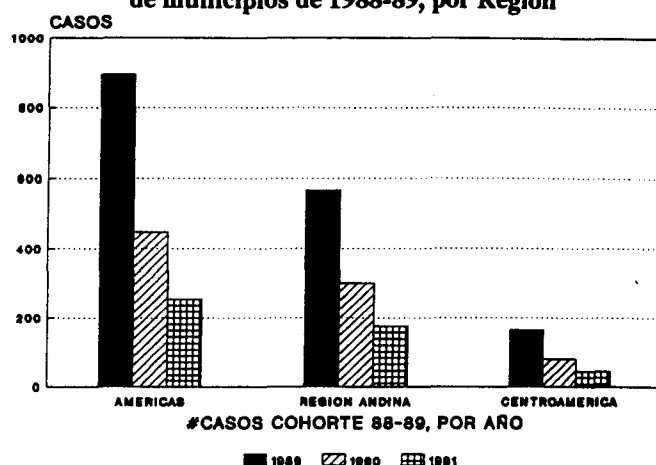
Ya que la vigilancia a nivel regional ha mejorado, es difícil evaluar el impacto del programa con datos agregados de incidencia. Esto ocurre porque la incidencia real del tétanos neonatal era mucho más alta que la notificada en años anteriores. Para propósitos del análisis, se han establecido cohortes de municipios, determinadas por el año en que se los identificó como de alto riesgo. La Figura 2 muestra el número estimado de municipios que entró en cada cohorte entre 1988 y 1991. En la Figura 3 se agruparon las cohortes correspondientes a 1988 y 1989 y se muestra la incidencia Regional, de la Subregión Andina y la Centroamericana. Si se observa, en la cohorte de 1988-89 para la Región de las Américas, la incidencia del tétanos neonatal bajó de 893 casos a 255 durante el período analizado. Esto representa una reducción superior al 71%. Cuando se analiza la misma cohorte para la Región Andina, el porcentaje de reducción es del 69%. Para la Región Centroamericana, es del 73%.

Figura 2. Municipios en situación de riesgo para tétanos neonatal, por cohorte, América Latina, 1988-1991



Fuente: OPS

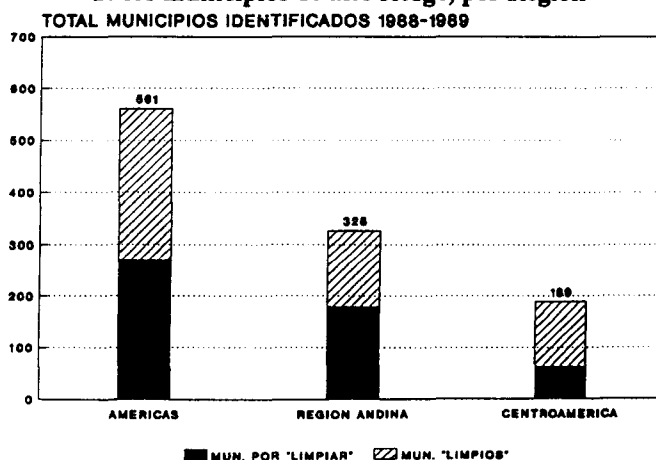
Figura 3. Impacto de las actividades de eliminación del tétanos neonatal: tendencia de la incidencia de la cohorte de municipios de 1988-89, por Región



Fuente: OPS

Otro método para evaluar los avances del programa es determinar el porcentaje de municipios de la cohorte 1988-89 que lleva dos años sin notificar casos. Para propósitos de este análisis serán denominados "limpios". De los 561 municipios que integraban la cohorte de 1988-89, 290 (52%), han sido "limpiados" 290 (52%) (Figura 3). En la Región Andina se han limpiado 146 de 326 (46%) y en Centroamérica, 126 de 189 (67%). Los avances, especialmente en Centroamérica, han sido extraordinarios.

Figura 4. Impacto de las actividades de eliminación del tétanos neonatal: situación actual de la cohorte 1988-89 de los municipios de alto riesgo, por Región



Fuente: OPS

Se ha puesto gran énfasis en la investigación exhaustiva de cada caso de tétanos neonatal notificado, ya que este es el único mecanismo efectivo de identificar fallas en la vacuna u oportunidades perdidas. El 35% de los casos notificados en 1990 fueron investigados, mientras que en 1991 la proporción aumentó al 87%.

A medida que el programa de eliminación del tétanos neonatal avanza, adquiere mayor importancia la identificación de las "áreas silenciosas" que no notifican casos. Los indicadores de vigilancia que se están definiendo incluyen,

Casos notificados de enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1991 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1990, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1991	1990	1991	1990	No Neonatal		Neonatal		1991	1990	1991	1990
						1991	1990	1991	1990				
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	28 dic.	2 012	751	0	0	...	38	48	42	2	4	56	155
Colombia	28 dic.	7 401	17 520	8	4	62	129	141	166	6	16	685	1 872
Ecuador	28 dic.	2 024	1 673	0	1	50	45	80	88	3	3	520	487
Perú	28 dic.	1 402	1 437	1	3	87	136	89	125	3	44	187	1 134
Venezuela	28 dic.	13 845	9 981	0	0	64	99	36	28	0	0	777	1 389
Cono Sur													
Argentina	28 dic.	17 806	255	0	0	25	46	12	4	2	4	1 132	1 974
Chile	28 dic.	2 080	1 846	0	0	12	20	2	0	21	37	58	63
Paraguay	28 dic.	471	1 035	0	0	48	89	33	39	4	10	112	80
Uruguay	28 dic.	1 055	110	0	0	3	3	0	0	0	0	41	161
Brasil	28 dic.	32 335	61 435	0	0	1 141	1 248	223	250	558	840	5 858	14 057
Centroamérica													
Belice	28 dic.	7	70	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3
Costa Rica	28 dic.	6 340	75	0	0	1	3	0	0	0	0	19	75
El Salvador	28 dic.	751	1 124	0	0	42	31	20	25	0	0	92	212
Guatemala	28 dic.	206	8 819	0	3	15	35	15	50	0	12	138	138
Honduras	28 dic.	95	8 360	0	0	...	39	18	39	0	0	89	147
Nicaragua	28 dic.	2 887	18 225	0	0	20	31	11	15	0	0	96	242
Panamá	28 dic.	2 455	1 891	0	0	1	2	6	5	0	0	103	22
México	28 dic.	2 997	68 782	0	7	184	219	152	145	1	0	127	1 078
Caribe Latino													
Cuba	28 dic.	19	17	0	0	1	4	0	0	0	0	0	22
Haití	...	...	1 414	0	0	...	...	...	143	...	0	...	913
República Dominicana	28 dic.	7 512	3 477	0	0	54	56	4	12	11	27	10	227
CARIBE INGLES													
Antigua y Barbuda	28 dic.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	28 dic.	0	65	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	28 dic.	0	51	0	0	4	2	0	0	0	0	0	3
Dominica	28 dic.	6	13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Grenada	28 dic.	2	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guyana	28 dic.	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Jamaica	28 dic.	278	3 651	0	0	5	4	0	0	1	0	20	3
San Cristóbal/Nieves	28 dic.	5	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y Granadinas	28 dic.	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	28 dic.	8	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Suriname	28 dic.	10	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tobago	28 dic.	118	550	0	0	7	6	0	0	1	0	0	0
NORTEAMERICA													
Canadá	28 dic.	5 817	726	0	0	3	2	0	0	2	8	1 808	6 266
Estados Unidos	28 dic.	9 461	27 672	0	0	48	60	0	0	2	4	2 522	4 188

... No se dispone de datos.

la cobertura vacunal, la tasa de partos atendidos por personal adiestrado, el cuidado prenatal, las tendencias de mortalidad neonatal, etc. El análisis preliminar de estos indicadores ha dado resultados favorables en el sentido de ser instrumentos adecuados para evaluar la situación epidemiológica.

Durante su última reunión, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA), eligió a los países de la Región por los adelantos logrados

en la eliminación del tétanos neonatal y reafirmó la importancia de vacunar a las mujeres en edad fértil en las áreas de alto riesgo. El GTA formuló las siguientes recomendaciones: la notificación separada de casos de tétanos neonatal y no neonatal, la investigación exhaustiva de los casos de tétanos neonatal notificados, la participación de las partes empíricas en las actividades de control y vigilancia, la notificación de coberturas con toxoide tetánico en mujeres en edad fértil y aumentar la calidad de los registros neonatales en los servicios de las áreas de alto riesgo.

Informe de la reunión de la red de laboratorios

Representantes de la red de laboratorios se reunieron los días 14 y 15 de marzo de 1992 para analizar los resultados obtenidos en el apoyo que brindan a las actividades de erradicación de la poliomielitis y los problemas que requieren solución. Cada laboratorio presentó un informe. De los 2 475 casos de parálisis flácida aguda notificados en 1991 se procesaron en total 6 719 muestras de heces; a saber: 4 282 de casos y 2 437 de contactos. De los 345 poliovirus aislados, 15 fueron salvajes, 1 329 fueron relacionados con la vacuna y uno estaba aún pendiente de caracterización. Como en general en los casos de parálisis flácida aguda se obtiene más de una muestra, los 15 poliovirus salvajes aislados corresponden a los nueve casos confirmados en 1991 que ocurrieron en Perú y Colombia. Se aisló el poliovirus salvaje de un contacto de un caso cuyas muestras habían resultado negativas para poliovirus.

En noviembre de 1991 se realizó un seminario en CDC para los virólogos que trabajan en la red de laboratorios de polio. El seminario trató métodos moleculares para la caracterización de poliovirus, los temas incluyeron la hibridación en la prueba del ácido nucleico y la reacción en cadena de polimerasas (RCP). En la actualidad se está realizando la transferencia completa de estas tecnologías, con equipos y suministros. Con el apoyo de la OPS, todos los laboratorios esperan estar trabajando con las nuevas tecnologías moleculares para el segundo semestre del presente año.

En 1991 se realizaron esfuerzos considerables para detectar poliovirus salvaje en el ambiente. Los análisis de RCP de muestras de aguas servidas resultaron exitosos. El comité ad hoc de la CICEP recomendó que se repita el estudio de Cartagena y se haga en otros tres lugares donde

se cree que existe riesgo de transmisión del poliovirus salvaje. Se reconoció que, pese a los importantes avances del programa, deben mejorarse algunos aspectos de la labor. En consecuencia, acordaron lo siguiente:

1. Mejorar las comunicaciones entre los epidemiólogos y los laboratorios.
2. Mejorar la oportunidad de la transmisión de resultados, incluida la caracterización molecular de poliovirus.
3. Mejorar la coordinación de la información proporcionada a la OPS por los laboratorios y epidemiólogos. De ese modo el Boletín de Polio de la OPS reflejará el estado actual de la vigilancia virológica.
4. Establecer criterios para el almacenamiento prolongado de las muestras.
5. Depurar, con los epidemiólogos, los criterios para decidir sobre el análisis de las muestras de contactos.
6. Evaluar métodos más eficientes para analizar grandes cantidades de muestras, incluida la agrupación de muestras y la comparación de métodos clásicos y moleculares.
7. Organizar una red adicional de laboratorios que se reúna en seis meses para analizar los resultados y establecer criterios de procesamiento de muestras de estudios.
8. Prepararse para respaldar actividades vinculadas con la certificación, incluidos estudios sistemáticos de comunidades y vigilancia ambiental.
9. Aumentar la capacidad de los laboratorios para realizar análisis mejor integrados de sus datos.

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
Editora Adjunta: Roxane Moncayo Eikhof

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.