

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



113ª Reunión
Washington, D.C.
27 junio a 1 julio 1994

Tema 4.3 del programa provisional

CE113/11 (Esp.)
26 abril 1994
ORIGINAL: INGLES

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

El presente informe de progreso es presentado por el Director al Comité Ejecutivo en su 113ª Reunión. Se esbozan en él los acontecimientos más recientes en la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización en la Región de las Américas. La cobertura de vacunación ha seguido aumentando o se ha mantenido estable en muchos países. Sin embargo, ha descendido en otros, particularmente países grandes como el Brasil. La vacunación de las mujeres en edad fértil se está concentrando en las zonas con el riesgo más alto de tétanos neonatal.

El aspecto sobresaliente del documento es que en agosto de 1994 habrán transcurrido tres años desde la detección del último caso de poliomielitis parálitica causado por el poliovirus salvaje en la Región de las Américas. Actualmente, los países están llevando a cabo actividades relacionadas con el proceso de certificación, lo cual conlleva prestar más atención a la vigilancia de la parálisis flácida aguda y a la circulación del poliovirus salvaje. Se han creado comisiones nacionales de certificación que en estos momentos se encuentran analizando los datos de país antes de que la Comisión Internacional se reúna en agosto de 1994 para revisar la situación epidemiológica en su totalidad y decidir si se justifica la certificación.

En otra sección del documento se revisa el estado de las iniciativas de control o eliminación del sarampión, las cuales podrían conducir a la eliminación de esta enfermedad de las Américas para el año 2000. Entre las estrategias aplicadas cabe mencionar la vacunación masiva de todos los niños entre los 9 o 12 meses y los 15 años de edad con una dosis de vacuna antosarampionosa, independientemente de su estado de vacunación anterior. Esto se complementa mediante vigilancia intensa de las enfermedades febriles exantemáticas. Para junio de 1994 todos los países, menos uno (Haití), habrán ejecutado esta estrategia, que se inició en Cuba en 1987, y luego se puso en práctica en el Caribe de habla inglesa en 1990. Esta iniciativa para controlar o eliminar el sarampión requerirá considerable apoyo financiero de la comunidad donante para poder alcanzar un éxito parecido al que se consiguió en relación con la campaña para erradicar la poliomielitis.

En el documento también se da cuenta de las actividades enderezadas a controlar el tétanos neonatal. Se presentan datos sobre el progreso logrado hasta la fecha, en especial por lo que hace al aumento de la cobertura con toxoide tetánico en las zonas endémicas de alto riesgo, con la baja consiguiente de la morbilidad. La Región de las Américas casi ha alcanzado la meta de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia consistente en lograr el control del tétanos neonatal para 1995; si el compromiso en materia de recursos se mantiene, esta enfermedad podría dejar de ser un problema de salud pública importante en la Región.

Para finalizar, habiendo concluido un estudio sobre el terreno realizado por investigadores independientes, se presentan datos preliminares sobre la repercusión de la erradicación de la poliomielitis en el fortalecimiento de la infraestructura de salud general en las Américas. Se insta a los Cuerpos Directivos a comprometerse a apoyar continuamente las actividades del PAI, para evitar que la complacencia desemboque en el debilitamiento de los sistemas de vigilancia y en el retorno de la poliomielitis salvaje importada, y a proporcionar respaldo político y financiero a las campañas históricas de eliminación del sarampión, que de país en país vienen abarcando la Región entera.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. Introducción	3
2. Progresos logrados hasta la fecha	4
2.1 Certificación de la erradicación de la poliomielitis	6
2.1.1 Interrupción de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje	6
2.1.2 Certificación de la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas	8
2.2 Iniciativas de control o eliminación del sarampión	11
2.3 Control del tétanos neonatal para 1995	13
2.4 Control de la hepatitis	16
2.5 Fortalecimiento de la infraestructura sanitaria mediante el control de enfermedades: Estudio sobre la erradicación de la poliomielitis	16
3. Conclusiones	18
Bibliografía	19

1. Introducción

El último caso confirmado de poliomielitis paralítica causada por el poliovirus salvaje en las Américas ocurrió el 23 de agosto de 1991 en el pueblo de Pichinaki, departamento de Junín, Perú. En junio de 1994 habrán transcurrido casi tres años sin que se haya detectado ningún otro caso de infección por el poliovirus salvaje autóctono, a pesar de la vigilancia rigurosa.

Además del examen selectivo sistemático e integral de todos los niños con alto riesgo de tener contacto con un posible caso, la mayor parte de los países de la Región emprendieron con diligencia búsquedas rápidas y en gran escala como respuesta a la amenaza de la importación de poliovirus salvaje de los Países Bajos, que fue detectado mediante exámenes fecales en el Canadá en febrero de 1993. El grado de esfuerzo sostenido que se ha requerido demuestra el compromiso de los gobiernos de la Región con la campaña de erradicación. El éxito técnico y operativo logrado por sus programas nacionales ha preparado las condiciones para el siguiente paso importante: concertar la voluntad política y la competencia científica para formar comisiones nacionales de certificación. El examen de los datos de vigilancia efectuado por las comisiones se presentará a su vez a la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP) en agosto de 1994. Bien puede ocurrir que la CICEP descubra que las Américas han sido la primera región del mundo en erradicar la poliomielitis.

El impulso de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis se ha transmitido a otras esferas. Muchos países han venido emprendiendo su propia campaña para eliminar la transmisión del sarampión: la tasa de incidencia de esta enfermedad es actualmente la más baja jamás alcanzada en la Región. Es hora de que los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS consideren apoyar oficialmente esas iniciativas. Las campañas para eliminar el sarampión exigirán considerable apoyo financiero de la comunidad donante para poder alcanzar el grado de éxito conseguido por la campaña de erradicación de la poliomielitis. Los esfuerzos por combatir al "asesino silencioso", el tétanos neonatal, también van por buen camino. Aunque la notificación sigue siendo deficiente en muchos países, los datos que se han podido reunir demuestran claramente que sí funciona la estrategia de vacunación concentrada en los grupos de alto riesgo. La Región de las Américas casi ha alcanzado la meta de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia consistente en lograr el control del tétanos neonatal para 1995; si se mantienen los recursos, esta enfermedad podría dejar de ser un problema importante de salud pública en la Región.

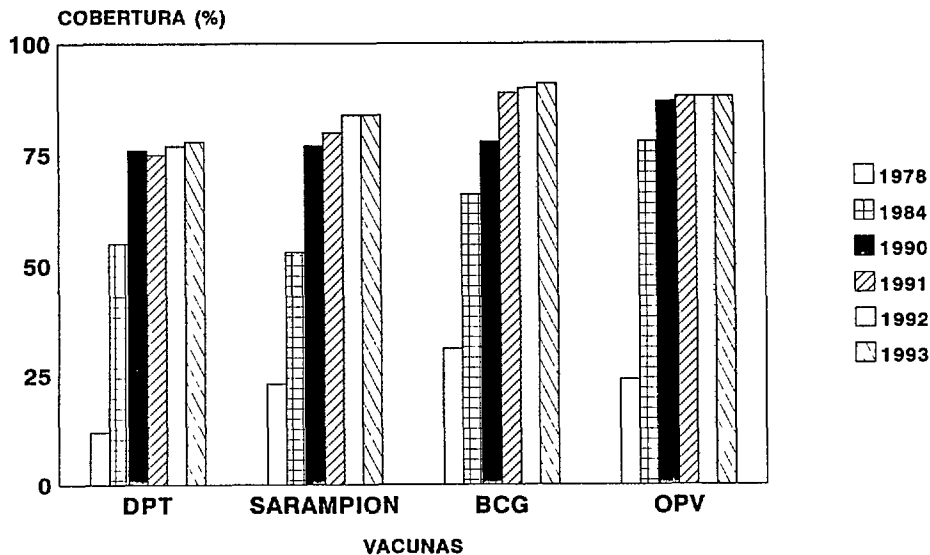
Será preciso seguir desplegando amplios esfuerzos para consolidar lo ganado. Los Gobiernos Miembros tendrán que asumir mayor responsabilidad en el financiamiento del PAI, en particular los gastos recurrentes relacionados con vacunas, jeringas, agujas y otros suministros, y se les pedirá aumentar los presupuestos nacionales para vacunación.

2. Progresos logrados hasta la fecha

Las tasas de cobertura de vacunación han aumentado en forma sostenida desde el inicio del programa en 1977. Los datos preliminares correspondientes a 1993 muestran que los niveles de cobertura han permanecido constantes en toda la Región, aunque algunos países lograron aumentos importantes. En 1993, la cobertura con la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) llegó al 90% en la mayor parte de las naciones del Caribe y en varios países de Centroamérica. La vacunación contra el sarampión aumentó considerablemente en casi todos los países, al tiempo que la cobertura con DPT y con BCG fueron aproximadamente iguales. La cobertura con toxoide tetánico en zonas endémicas de alto riesgo de tétanos neonatal también continuó aumentando a niveles por encima del promedio nacional. Esto indica que los recursos del programa se concentraron en las zonas más necesitadas.

Las cifras de cobertura de América Latina y el Caribe (Figura 1 y Cuadro 1) confirman que la gran mayoría de los niños de la Región está siendo protegidos contra las enfermedades que abarca el PAI. En 1992, las tasas de cobertura de los Estados Unidos de América, para los niños entre los 19 y los 35 meses de edad, fueron: VOP3, 72,4%; antisarampionosa, 82,5%; DTP3, 83%. Al momento de redactar este informe todavía no se conocían las cifras definitivas de 1993. En todos los países existen ciertos grupos de niños a los que incluso los mejores programas de vacunación nacionales no han podido llegar, y también hay países que todavía no han logrado elevar al 80% la cobertura nacional de vacunación contra la poliomielitis o contra el sarampión.

FIGURA 1. COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO, REGION DE LAS AMERICAS¹, 1984, 1990, 1991, 1992, 1993²



FUENTE DATOS PAISES
 1 EXCLUYENDO CANADA Y EE.UU.
 2 DATOS PRELIMINARES, No Datos Disponibles para Antigua, Cuba, Costa Rica, Haití y Suriname

CUADRO 1. TASA DE COBERTURA VACUNAL EN NIÑOS MENORES
DE UN AÑO EN LA REGION DE LAS AMERICAS, 1992-1993*

SUBREGION/ PAIS	NIÑOS <1 AÑO DE EDAD		DPT		OPV		SAR		BCG	
	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993
REGION ANDINA	2,399,601	2,419,050	76 68	78 99	81 04	81.91	72 72	78 41	88 71	90 77
BOLIVIA	190,332	198,840	77.33	81 39	83 55	82 90	79 78	80 79	80 58	83 99
COLOMBIA	812,210	821,737	75 71	81 48	81 52	83 71	72 28	91 31	86 06	92 90
ECUADOR	276,201	293,788	86.68	76 37	86 44	79 03	69 24	72 94	99 31	99 33
PERU	610,250	617,058	82 94	84 25	84 23	86 39	83 25	75 09	85 22	86 95
VENEZUELA	510,608	487,627	65 97	68 72	73.21	74 55	60 79	63 21	84 92	82 41
BRASIL	3,764,655	3,917,937	70 97	58 86	96 21	84 47	90 62	67 93	89 58	81 96
AMERICA CENTRAL	1,033,215	937,880	71 96	80 73	76 08	84 11	67.59	80 16	70 49	81 13
BELICE	7,839		89 00		89 00		83 00		97 00	
COSTA RICA	80,296		90 52		90 56		84.22		92 30	
EL SALVADOR	191,119	171,629	60 63	79.28	61 66	79 23	55 37	86 46	62 24	79 14
GUATEMALA	355,718	364,581	65 57	75 75	69 82	77.00	59 32	68 40	57 14	69 17
HONDURAS	184,564	185,130	92 75	94 01	94 33	95.00	88 73	94 00	91 49	92 25
NICARAGUA	151,635	154,379	73 96	77 89	86 32	93 84	73 03	83 45	81 03	94 39
PANAMA	62,044	62,161	76.72	81 45	77 03	82 79	76 53	82 43	84 16	90 72
CARIBE ANGLOFONO Y SURINAME	130,768	122,395	84 94	91 98	80 29	93 33	70 14	77 99	82 88	97 45
ANGUILLA	168	140	99 66	99 57	99 10	99 29	99 27	99 57	99 66	99 00
ANTIGUA Y BARBUDA	1153		99 99		99.99		99 99			
BAHAMAS	6067	6,571	89 48	91 37	89 42	91 39	90 73	87 99		
BARBADOS	4,192	4,097	89 98	88 33	88 98	92 17	90 00	92 01		
ISLAS CAIMAN	562	595	96 98	98 32	96 98	98 32	98 93	89 58	80 07	99 33
DOMINICA	1,652	1,785	98 97	99 55	98 97	99 55	98 77	99 55	98 97	99 55
GRANADA	2,429	2,543	90 00		90 00		72 99		66 98	
GUYANA	18,137	18,137	79 00	90.87	87 00	89 99	73 00	78 46	88 00	92 04
JAMAICA	59,879	58,527	84 00	90 95	74 00	93 29	63 00	72 01	85 00	99 99
MONTSERRAT	203	196	99 99		99 99		99 99		99 99	
SAINT KITTS Y NEVIS	898	864	99 67	99 94	99 68	99 78	99 22	99 88		
SANTA LUCIA	3,369	3,690	94.93	96 91	95 26	96 88	72.36	94 23	98 69	96 56
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS	2,108	2,640	99.99	99 77	99 99	99.99	99.99	98.98	99 99	99 51
SURINAME	9,000		63 00		63 00		90 00			
TRINIDAD Y TOBAGO	20,351	21,996	87 00		87 00		83 00			
ISLAS TURCA Y CAICOS	300	324	76 00	99 99	77 00	99 99	59 00	97 13	99 99	96 18
ISLAS VIRGENES BRITANICAS	300	290	99 99		99 99		76 00		99 99	
CARIBE LATINO	231,586	236,232	63 99	57.10	68.60	82 27	84 00	99.95	64 84	64 04
CUBA			85 28		90 04		97 70		88 45	
REPUBLICA DOMINICANA	231,586	236,232	48 01	57.10	52 51	82 27	73 72	99.95	47 10	83 51
HAITI	...									
MEXICO	2,122,711	2,110,364	91.00	91 00	91 70	91 70	91 30	91 30	94 60	94 60
NORTE AMERICA	960	960	75.94		76 98		71 04			
BERMUDAS	960	960	75 94		76.98		71 04			
CANADA										
EE U.U.										
CONO SUR	1,164,722	1,209,150	84 44	82 90	87 15	83.17	89 81	94 47	99 35	95 90
ARGENTINA	719,550	716,773	80 77	79 28	84 85	79 50	90 80	94 90	99 40	95 80
CHILE	300,827	292,496	92 52	93 73	92 52	93.73	89 29	92 53	93.29	96 67
PARAGUAY	144,345	144,679	85 49	78.92	87 14	79.99	86 01	96 25	99 08	94 86
URUGUAY	55,202	55,202	90.90		90 91		89 85		98 93	
TOTAL	10,809,318	10,953,008	77.39	78.06	87 99	87 88	84.06	83 54	89 55	90 84

... DATO NO DISPONIBLE

* DATOS PRELIMINARES

Datos del 31 de marzo de 1994

FUENTE PAI/OPS

Debe observarse que la iniciativa para la eliminación del sarampión, en particular en Centroamérica, permitió aumentar considerablemente la cobertura de vacunación entre los niños menores de un año de edad. Esto es valedero no solo para la cobertura de la vacunación antisarampionosa, que aumentó del 69% al 80% entre 1992 y 1993, sino también para las demás vacunas del PAI (Cuadro 2).

**CUADRO 2. COBERTURA DE LAS VACUNAS DEL PAI
EN LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD
CENTROAMERICA, 1992-1993**

AÑO	VOP3	DPT3	ANTISARAM- PIONOSA	BCG
1992	77%	74%	69%	72%
1993	84%	81%	80%	81%

2.1 *Certificación de la erradicación de la poliomielitis*

2.1.1 *Interrupción de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje*

Entre 1991 y finales de 1993, se analizaron cerca de 11.000 muestras fecales de pacientes con parálisis flácida aguda (PFA). Otros 20.000 niños se examinaron, con miras a descartar la posible transmisión subclínica del poliovirus salvaje, mediante el análisis fecal de contactos de los casos de PFA en todos los países de la Región salvo el Canadá y los Estados Unidos de América.

Cuando a finales de 1991 se produjo en los Países Bajos un brote de poliomielitis entre los miembros de una comunidad religiosa cerrada que rechaza la vacunación, la Región tomó medidas. El primero en hacerlo fue el Canadá, país que en 1978, con motivo de un brote semejante en los Países Bajos, registró casos de infección por el poliovirus salvaje importado de allí. Entre enero y abril de 1993, las autoridades sanitarias canadienses llevaron a cabo una búsqueda activa en las comunidades de alto riesgo que mantienen vínculos con los Países Bajos. Mediante una encuesta a base de exámenes fecales, encontraron poliovirus salvaje importado de tipo 3, pero no hubo casos de poliomielitis clínica. Ante los resultados canadienses, la mayor parte de los países de la Región tomaron medidas, en especial la búsqueda activa, para averiguar si el poliovirus salvaje también se estaba importando a ellos. En septiembre de 1993, los resultados de los análisis no mostraron ningún poliovirus salvaje importado. Entretanto, las comunidades no vacunadas de alto riesgo en todos los países accedieron a colaborar

con la campaña de erradicación y, con la excepción de algunas comunidades en el Canadá y los Estados Unidos de América, aceptaron la vacunación con VOP.

La rápida respuesta frente a los resultados canadienses demostró que la Región es capaz de actuar eficazmente en caso de una amenaza de importación. No obstante, hasta que la poliomielitis se haya erradicado de todo el mundo --cada año se siguen produciendo miles de casos clínicos-- será necesario que la infraestructura sanitaria de las Américas ponga en práctica estrictas normas de vigilancia. Antes de finalizar el decenio en curso, es probable que la Región tenga que movilizarse de nuevo para dar rápida respuesta a la amenaza de importación.

La red actual de más de 20.000 unidades notificadoras está funcionando plenamente. Una tarea continua especialmente ardua es la recogida adecuada de dos muestras de heces del 80% de los casos de PFA, dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis, y de por lo menos cinco de sus contactos. Se ha adelantado considerablemente en esta esfera desde 1988: ese año, apenas en 20% de los casos se obtuvieron a tiempo muestras de heces, mientras que en 1993 la proporción fue de más del 63%. Queda mucho por hacer, sin embargo, para alcanzar el nivel de cumplimiento de 80% requerido por la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP).

Es motivo de inquietud el hecho de que todavía no se hayan investigado varios casos de PFA detectados en la Argentina en 1992; se trata de un punto débil del mecanismo de vigilancia que exige medidas correctivas inmediatas.

Según los datos de la vigilancia de la PFA efectuada en los países de la Región durante 1993, 33 de los 2.144 casos notificados se clasificaron como compatibles con poliomielitis. Diez de estos no se investigaron a tiempo debido a la notificación tardía, lo cual constituye una falla del sistema de vigilancia (cuadro 3). Lo más frecuente es que la tardanza se deba a la falta de motivación por parte de los médicos que atienden a estos pacientes, de manera que es preciso alentarlos más a participar en el sistema de notificación. La OPS/OMS ofrece una recompensa de US\$100 como incentivo económico para la notificación de casos de parálisis que resulten estar causados por el poliovirus salvaje.

Veinte de los 33 casos compatibles se perdieron para el seguimiento debido a la muerte del paciente. La muerte por poliomielitis no es frecuente; se produce en 2% a 10% de los casos. En consecuencia, es poco probable que en un año se produzcan 20 defunciones por poliomielitis si no existe en ese momento una epidemia de envergadura. No ha habido tal epidemia. Esto subraya la necesidad de que los países realicen la autopsia para determinar la causa verdadera de la muerte.

**CUADRO 3. CASOS COMPATIBLES CON POLIOMIELITIS POR PAIS
 AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1993**

PAISES	CASOS NOTIFICADOS	COMPATIBLES			
		TOTAL	SIN SEGUIMIENTO		NOTIFICACION TARDIA
			PERDIDOS	MUERTOS	
BOLIVIA	49	1	0	0	1
BRASIL	499	9	0	5	4
CAREC	26	2	0	2	0
COLOMBIA	187	4	1	1	2
ECUADOR	67	1	0	1	0
GUATEMALA	84	1	0	1	0
MEXICO	544	10	2	8	0
NICARAGUA	49	2	0	2	0
PERU	123	1	0	0	1
VENEZUELA	95	2	0	0	2
OTROS	421	0	0	0	0
TOTAL	2144	33	3	20	10

2.1.2 Certificación de la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas

La Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP) ha establecido cuatro requisitos para la certificación: 1) vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA); 2) vigilancia del poliovirus salvaje; 3) búsqueda activa de casos de PFA; y 4) campañas de vacunación de barrido en las zonas de alto riesgo. Se tomará en cuenta a los países para la certificación si han estado libres de la poliomiélitis durante un período de tres o más años y si cuentan con un sistema de vigilancia adecuado.

Al cumplirse el primer trimestre de 1994, todos los gobiernos de América Latina y el Caribe habían organizado comisiones nacionales de certificación (CNC) para examinar los datos de vigilancia. Está previsto que dichas comisiones den a conocer sus conclusiones a la CICEP en agosto de 1994. Para esa fecha, la Región habrá pasado tres años sin circulación de poliovirus salvaje.

La CICEP ha establecido criterios para cada uno de los cuatro requisitos de certificación. En primer lugar, la vigilancia de la PFA debe atenerse a cinco indicadores: 1) al menos 80% de todas las unidades sanitarias incluidas en la red de notificación deben informar cada semana la ausencia o la presencia de PFA; 2) la tasa de detección de PFA debe ser al menos de 1,0 casos por 100.000 niños menores de 15 años en todos los países; 3) por lo menos 80% de todos los casos notificados de PFA deben investigarse en las 48 horas siguientes a la notificación; 4) se deben obtener dos muestras de heces del 80% o más de los casos notificados de PFA, en el transcurso de las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis; y 5) las muestras de heces deben tomarse de cinco o más contactos de al menos 80% de todos los casos de PFA informados. En las figuras 2 y 3 se muestra el grado de mejora del cumplimiento de estos indicadores, por país, en 1992 y 1993. Cabe señalar que más de la mitad de los países todavía no cumplen las metas.

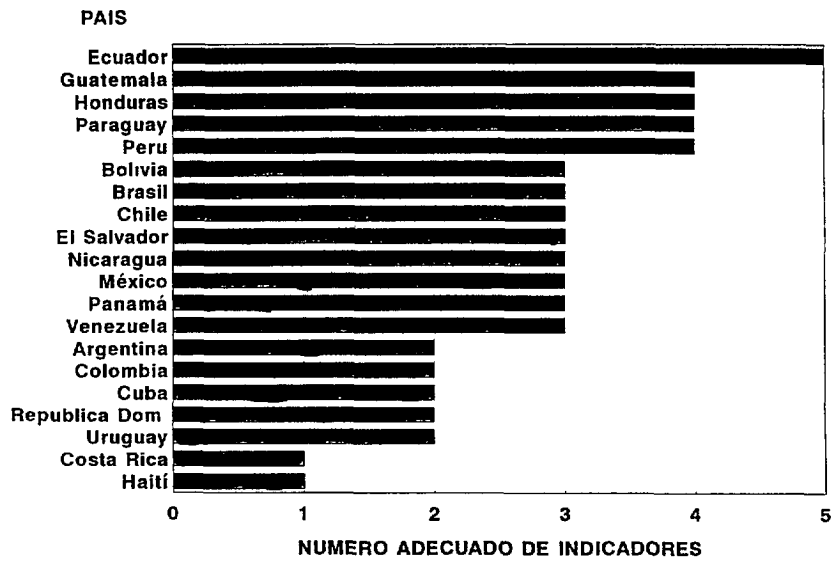
En segundo lugar, por lo que hace a la vigilancia del poliovirus salvaje, la CICEP requiere que, en lugar de las encuestas mediante examen de muestras fecales de niños normales recogidas al azar, se analicen muestras fecales de cinco contactos por cada caso de PFA.

En tercer lugar, la búsqueda activa en las zonas de alto riesgo debe llevarse a cabo aplicando métodos uniformes. La finalidad de la búsqueda es conseguir que no quede sin notificar ningún caso de PFA clínicamente compatible con poliomiélitis.

Finalmente, si se presenta un caso de poliomiélitis, se espera que los países lleven a cabo campañas de vacunación de "barrido". Estas campañas deben documentarse muy bien, sin olvidar la descripción de su extensión geográfica, la población beneficiaria de la vacunación, el número de casas visitadas y los resultados (tanto en números absolutos como en porcentajes) en cuanto a niños vacunados.

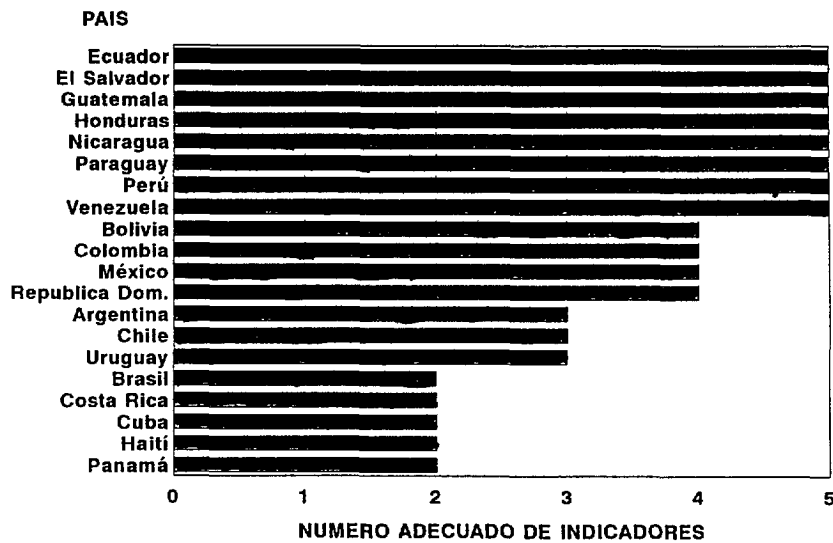
Para estimular una mayor participación comunitaria en la notificación de casos presuntos de poliomiélitis, hay que divulgar más ampliamente la información sobre la recompensa actual de la OPS. A la fecha, la experiencia en los países que han ofrecido la recompensa indica que la participación de la comunidad trae consigo el aumento de la notificación de casos de PFA. Siguiendo el ejemplo del Ecuador, otros países han elevado el monto de la recompensa a US\$1.000, con apoyo de la Asociación Rotaria Internacional.

FIGURA 2. NUMERO DE INDICADORES DE VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA QUE CUMPLEN CON REQUISITOS DE CERTIFICACION POR PAIS, AMERICA LATINA, 1992



FUENTE PESS/PAI

FIGURA 3. NUMERO DE INDICADORES DE VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA QUE CUMPLEN CON REQUISITOS DE CERTIFICACION POR PAIS, AMERICA LATINA, 1993*



* DATOS HASTA 15 MARZO 1994
FUENTE PESS/PAI

2.2 *Iniciativas de control o eliminación del sarampión*

Desde 1986, cuando Cuba lanzó la iniciativa de eliminar el sarampión mediante la vacunación de más del 98% de sus habitantes de 1 a 14 años de edad, 78% de este grupo de edad en América Latina ha recibido al menos una dosis de la vacuna antisarampionosa (Cuadro 4).

**CUADRO 4. ACTIVIDADES DE ELIMINACION DEL SARAMPION EN LAS AMERICAS
 RESULTADOS POR PAISES O SUBREGIONES**

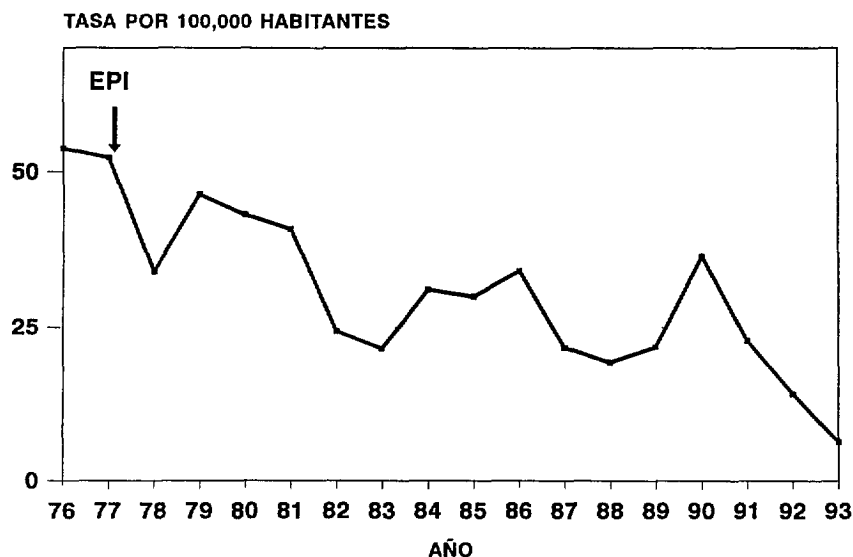
País o subregión	Niños de 1 a 14 años vacunados	%	Total de niños de 1 a 14 años
Cuba	2.461.329	98%	2.521.725
Caribe de habla inglesa	1.534.970	83%	1.855.555
Perú	5.738.248	75%	7.628.000
Chile	3.768.155	99%	3.790.014
Brasil	46.502.513	96%	48.475.465
República Dominicana	2.161.411	77%	2.790.967
Centroamérica	10.585.820	89%	11.951.013
Colombia	11.018.479	96%	11.522.814
Argentina	9.338.924	97%	9.582.733
México	25.612.008	88%	29.262.371
Países con actividades de eliminación del sarampión Total	118.721.857	92%	129.380.657
América Latina y el Caribe Población total	118.721.857	78%	152.730.705

En 1993, en ocasión de su XVII Reunión en Cuenca, Ecuador, los Ministros de Salud de la Región Andina fijaron el período 1994-1998 para eliminar el sarampión. En 1994 se tiene planeado efectuar campañas masivas de vacunación antisarampionosa del grupo de 1 a 14 años de edad en los otros países de las Américas (Ecuador, Haití, Paraguay, Uruguay y Venezuela). Para fines del año, más del 90% de todos los niños de América Latina deben haber recibido al menos una dosis de dicha vacuna. Dado que

el Canadá y los Estados Unidos de América también se proponen eliminar el sarampión, ha llegado el momento de que la OPS/OMS considere la conveniencia de lanzar una iniciativa regional para eliminar el sarampión de las Américas para el año 2000.

Entretanto, la mayor parte de los países que han realizado las campañas de vacunación masiva han establecido sistemas de vigilancia de las enfermedades febriles exantemáticas, con inclusión de la capacidad para efectuar el diagnóstico de laboratorio. Los países del Caribe de habla inglesa, los de Centroamérica y México publican boletines semanales de los casos de enfermedades febriles exantemáticas. En 1993, los tres boletines mencionados dieron cuenta de un total de 11.548 casos de fiebre y exantema, de los cuales 831 (7%) fueron casos confirmados de sarampión. Como resultado de estos esfuerzos, parece haberse interrumpido la circulación del virus del sarampión: durante más de dos años no se ha detectado en el Caribe de habla inglesa ningún caso de sarampión confirmado por laboratorio; desde la vacunación masiva, en mayo de 1992, no se ha detectado en Chile sarampión autóctono; en Cuba, solo 2 casos confirmados de sarampión se notificaron en 1993. La tasa de incidencia de sarampión en las Américas es actualmente la más baja jamás alcanzada: menos de 10 casos por 100.000 habitantes (Figura 4). No obstante, si los datos preliminares del cuadro 1 son correctos, será difícil que el Brasil elimine el sarampión a menos que mejore sus tasas de cobertura.

**FIGURA 4. TASA DE MORBILIDAD POR SARAMPION
REGION DE LAS AMERICAS, 1976 - 1993**



FUENTE PAI/OPS

La experiencia adquirida hasta ahora indica que la estrategia de vacunación recomendada por la OPS ha dado buenos resultados en la lucha contra el sarampión. Para consolidar lo ganado hasta el presente, es vital establecer sistemas de vigilancia de enfermedades febriles exantemáticas en toda la Región, con medios suficientes para efectuar el diagnóstico de laboratorio. Además, los resultados de la vigilancia habrán de emplearse para propiciar la instauración de medidas de control adecuadas y oportunas dirigidas a eliminar los probables focos persistentes de transmisión.

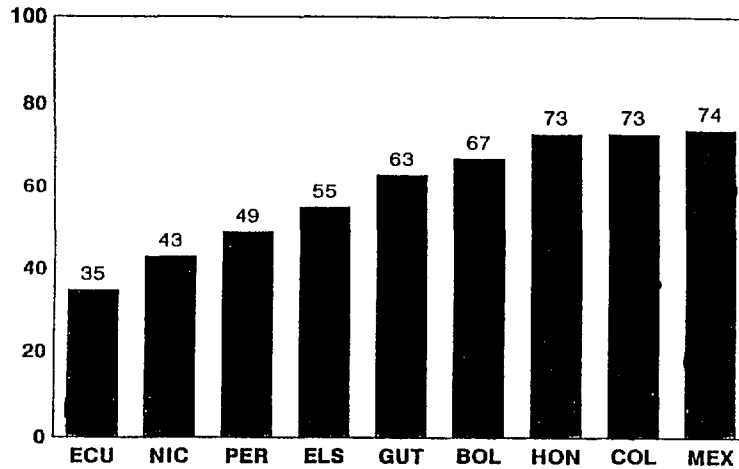
Teniendo en cuenta que un tercio de los distritos sanitarios de América Latina no han alcanzado la cobertura del 80% de los niños de un año de edad con una dosis de la vacuna antisarampionosa, habrá que desplegar esfuerzos incesantes para lograr tasas altas de cobertura en cada nueva cohorte de lactantes. En las zonas de baja cobertura deben emprenderse actividades especiales de vacunación. Pueden ser necesarias campañas de vacunación ulteriores, o campañas para "ponerse al día", para inmunizar a los niños que no fueron vacunados a la edad recomendada. La frecuencia y el grupo destinatario de estas campañas se determinarán basándose en los datos acumulados de vigilancia. Actualmente, muchos casos notificados no se investigan como es debido. No se recogen sistemáticamente la información epidemiológica crucial ni las muestras de sangre necesarias para clasificar los casos con precisión, y la red de laboratorios todavía no está preparada para responder a las necesidades del nuevo programa. Es, en consecuencia, de importancia capital que se brinde apoyo constante a estas actividades.

Si se llega a aprobar una iniciativa regional para eliminar el sarampión, junto con el plan de acción correspondiente, esta daría impulso a los esfuerzos nacionales ya en marcha. Simultáneamente, atraería a posibles donantes para financiar las actividades de importancia crucial para el éxito de tal iniciativa: vigilancia de las enfermedades febriles y exantemáticas con medios para hacer el diagnóstico de laboratorio, vacunación de barrido, investigación para el diagnóstico de laboratorio sobre el terreno y estudios para perfeccionar la definición de caso probable de sarampión.

2.3 *Control del tétanos neonatal para 1995*

De los 12.500 distritos sanitarios en los 16 países latinoamericanos aquejados de tétanos neonatal endémico, 12% (1.560) están considerados como zonas de alto riesgo. En dichos distritos viven 23 millones de mujeres en edad fértil, que representan más del 26% de las mujeres de esa edad que viven en los mencionados países. Según puede verse en la figura 5, en nueve países la proporción de mujeres en edad fértil que recibieron al menos dos dosis del toxoide tetánico varió entre 35% y 74%. Esto ilustra el hecho de que los países están asignando prioridad a las zonas donde ocurren la mayor parte de los casos. En los otros siete países con tétanos neonatal endémico, se ha aplicado la misma estrategia pero no se cuenta con datos adecuadamente registrados.

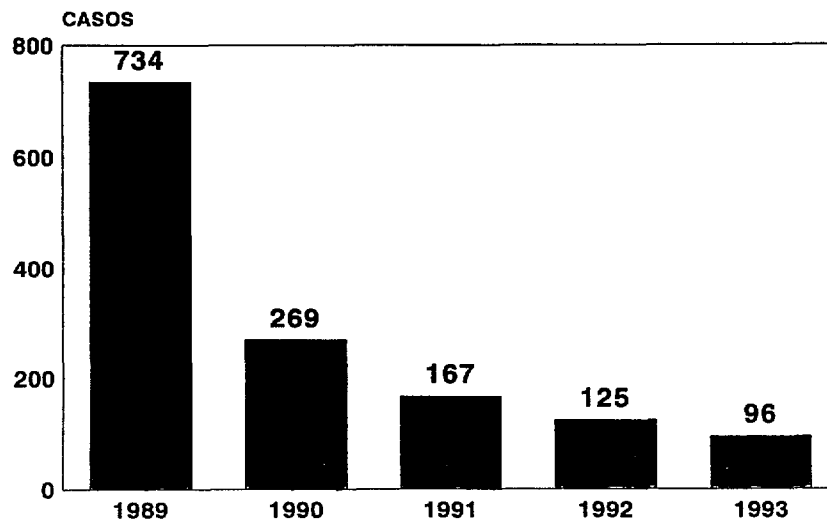
FIGURA 5. COBERTURA DE TT2 EN MUJERES DE EDAD FERTIL
EN MUNICIPIOS DE ALTO RIESGO EN 9 PAISES
1993



FUENTE PAI/OPS

Las actividades se concentraron en las zonas de alto riesgo con gran precisión y, como consecuencia, se produjo una notable disminución en la incidencia de tétanos neonatal desde 1989, cuando empezó el esfuerzo mancomunado de vacunar a todas las mujeres de edad fértil (Figura 6).

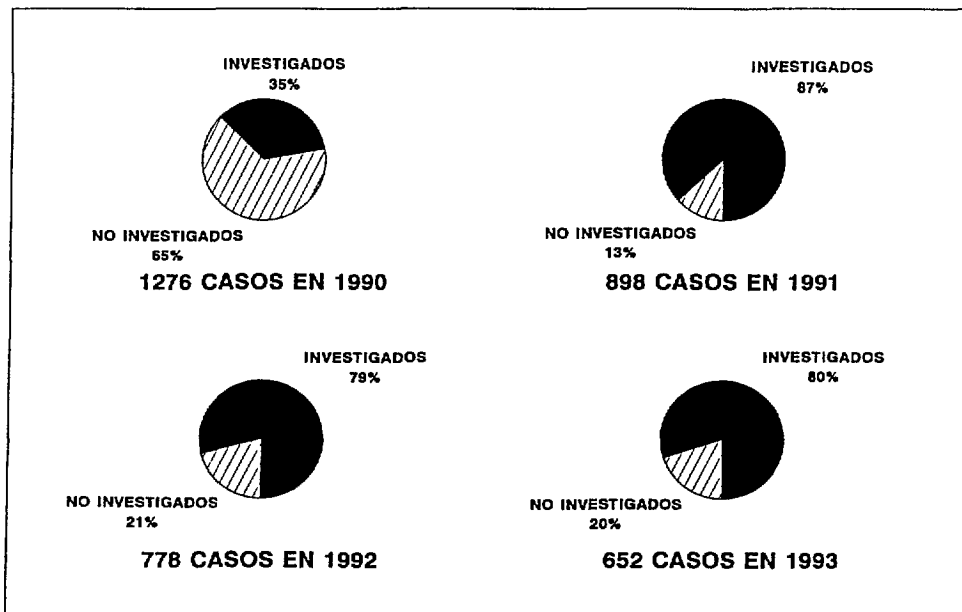
FIGURA 6. INCIDENCIA DE TETANOS NEONATAL EN 482 MUNICIPIOS*
DE ALTO RIESGO, REGION DE LAS AMERICAS
1989 - 1993



FUENTE PAI/OPS
* IDENTIFICADO EN 1989

Desde 1991 se ha mantenido una tasa alta de investigación de casos (Figura 7).

**FIGURA 7. PROPORCION DE CASOS INVESTIGADOS DE TNN
1990 - 1993**



FUENTE: PAI/OPS

En 1993, se investigaron 512 de los 652 casos (80%) notificados en la Región (sin contar a la Argentina y Haití, cuyos datos aún no se conocían al momento de redactar este informe). El estado de vacunación de las madres se pudo conocer en 254 de los 308 casos (84%) investigados en 1993. Esto representó una mejoría notable si se compara con los datos correspondientes a 1992 (60% de 1.075) y 1991 (16% de 363).

Tanto la subnotificación como las bajas tasas de cobertura que todavía se observan en algunos lugares señalan que los gobiernos no se han decidido del todo a afrontar esta enfermedad prevenible. Si se asignan más recursos a esta actividad, la Región de las Américas podría alcanzar su meta de controlar el tétanos neonatal para 1995.

Un acontecimiento positivo han sido las declaraciones de las Cumbres de Primeras Damas, celebradas en Colombia en septiembre de 1992 y en Costa Rica en 1993, en las cuales se expresa que la eliminación del tétanos neonatal para 1995 es una de sus prioridades. Varias Primeras Damas han actuado en consecuencia, especialmente en el Ecuador, país en el que se han generado recursos nacionales adicionales para las operaciones del programa. No obstante, es imprescindible desplegar esfuerzos mayores, o de lo contrario la Región no podrá cumplir con el compromiso de conseguir que esta enfermedad deje de ser un problema de salud pública para 1995.

2.4 *Control de la hepatitis*

La OPS continúa recomendando que la vacunación contra la hepatitis B se concentre en las zonas que presentan alto riesgo por lo que hace a la circulación del virus. La ampliación de la cobertura a todos los niños debe considerarse sólo cuando esta meta inicial se haya alcanzado y cuando se cuente con recursos suficientes para un programa de vacunación a largo plazo. No hay datos sobre la cobertura de vacunación, de manera que la prioridad para el próximo año debe controlar los datos de cobertura y, lo más importante, las actividades de vigilancia para evaluar si el programa repercute en la disminución de la incidencia de la enfermedad en las zonas destinatarias.

2.5 *Fortalecimiento de la infraestructura sanitaria mediante el control de enfermedades: Estudio sobre la erradicación de la poliomielitis*

La campaña de erradicación de la poliomielitis ha requerido un esfuerzo singularmente concertado de los gobiernos nacionales y de un consorcio de organismos donantes. La duración del esfuerzo mancomunado y el alto grado de planificación y ejecución de programas en forma conjunta no tienen precedentes en una campaña sanitaria. En consecuencia, se consideró digno de estudio determinar la repercusión, si es que la hubo, de dicha campaña sobre el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria. Como resultado, hace un año la OPS comisionó a un grupo de investigadores independientes de diversos campos para llevar a cabo un amplio estudio del programa en seis países de la Región (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, México y Paraguay).

Los datos preliminares indican que el Programa Ampliado de Inmunización y su iniciativa de erradicación de la poliomielitis han contribuido considerablemente a fortalecer la infraestructura sanitaria. Entre los muchos aspectos del programa que se piensa han acelerado el desarrollo y fortalecimiento de esa infraestructura, sobresalen los siguientes:

- Actualmente hay en los países un conjunto de epidemiólogos calificados que tienen considerable experiencia en vigilancia epidemiológica, actividades de control de enfermedades e investigación operativa. Además, virólogos de varios laboratorios se han capacitado en las técnicas más avanzadas para diagnosticar enterovirus.
- Se creó una red de laboratorios de virología y se formó a muchos de los virólogos que trabajan en ellos. La capacidad de diagnóstico de estos laboratorios se mejoró gracias a la transferencia de técnicas como los estudios con sondas de ADN y la reacción en cadena de la polimerasa (RCP). En la actualidad, estos laboratorios están asumiendo la responsabilidad de otros procedimientos de diagnóstico, como los relacionados con el sarampión.

- Todos los países mejoraron su competencia en materia de planificación sanitaria y, como resultado, actualmente cuentan con planes nacionales de acción anuales y quinquenales que establecen los objetivos, las actividades y los resultados previstos, y determinan los costos estimados y las fuentes de financiamiento nacionales e internacionales. Estos planes sirven como instrumentos de gestión para la ejecución, el monitoreo y la evaluación de los programas.
- Por vez primera se creó en la Región un Comité Coordinador Interinstitucional (CCI), en el que participan todos los organismos que colaboraron en la iniciativa de vacunación. Además del CCI regional, existe también un CCI en cada país. Bajo la guía del ministerio de salud respectivo, cada CCI nacional vigila la ejecución del programa. Durante los últimos tres años, los CCI ampliaron su mandato para abordar otros aspectos de la salud maternoinfantil, en particular las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. También vigilan otros temas generales de salud. Como resultado de su función de desarrollo, un grupo básico de profesionales de la salud que participan en los CCI se capacitaron en planificación y gestión financiera.
- La erradicación de la poliomielitis fue un éxito del sector de la salud que le confirió a este un prestigio que puede haber aumentado las perspectivas de obtener recursos adicionales para afrontar otros problemas sanitarios.
- Actualmente, tanto en el plano municipal como de distrito, funciona en toda América Latina un sistema de información sobre cobertura de vacunación. Mediante él se identifica la cobertura de vacunación de los niños menores de 1 año de edad y ayuda a los directores de programas a concentrar los recursos en las zonas con la cobertura más baja. La tasa de cobertura sirve como indicador sustituto del acceso a los servicios de salud y el desempeño de estos.
- Durante los últimos cinco años, se puso en marcha el sistema de vigilancia de la salud humana más completo que jamás haya existido en el continente americano, con la participación de más de 20.000 establecimientos sanitarios (los cuales abarcan la totalidad de los municipios o distritos sanitarios de América Latina). Este sistema notifica regularmente (cada semana) la presencia o la ausencia de casos de parálisis flácida aguda (PFA), que se consideran casos probables de poliomielitis. Más de 80% de estos casos son investigados con prontitud por epidemiólogos especialmente capacitados. El sistema fue crucial para la detección y el seguimiento temprano de la epidemia de cólera, y actualmente se está ampliando para incluir otras enfermedades prevenibles por vacunación, en particular el sarampión y el tétanos neonatal.

- Se creó el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, que viene funcionando desde hace 13 años. Mediante este fondo se logra que los países obtengan oportunamente vacunas de alta calidad. Los países reembolsan al fondo en moneda local. El fondo sirvió de modelo para el establecimiento de la Iniciativa para la Independencia Vacunal que se ha puesto en marcha.

3. Conclusiones

Los triunfos logrados en el combate de las otrora causas principales de morbilidad y mortalidad de la niñez son de proporciones históricas, pero también son frágiles. La erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje de las Américas se verá en peligro si la ausencia de casos propicia un falso sentimiento de seguridad, cosa que se observa a menudo cuando una enfermedad es rara. Puede ocurrir que se descuiden los sistemas de vigilancia nacionales y, en consecuencia, no se detecten las importaciones, las cuales serán inevitables mientras el resto del mundo no despliegue esfuerzos semejantes a los de las Américas.

Por este motivo, hoy más que nunca resulta esencial que todas las organizaciones (multilaterales, bilaterales, no gubernamentales) que hasta ahora han apoyado al programa continúen haciéndolo. Este apoyo será decisivo para fortalecer los programas de vacunación y la infraestructura sanitaria de los países y ayudarlos en sus esfuerzos por mantener lo que se ha logrado. Simultáneamente, facilitaría el logro de las metas y objetivos establecidos en 1990 por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de reducir aún más la incidencia de sarampión y eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública.

BIBLIOGRAFIA

1. PAHO Technical Paper No. 40: Polio Eradication Field Guide, Second Edition, 1994.
2. OPS, Cuaderno Técnico No. 39: Estrategias para la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en las Américas. PAHO. Washington, D.C., 1994.
3. Guía práctica para la eliminación del sarampión. OPS (en preparación).
4. Evaluación del impacto de la iniciativa de la erradicación de la poliomielitis y el PAI en los servicios de salud en las Américas. OPS/OMS, julio de 1993.
5. Tambini, G., Andrus, J.K., Marques, E., Boshell, J., Pallansch M, de Quadros, C.A., Kew, O. Direct detection of wild poliovirus transmission by stool surveys of healthy children and analysis of community wastewater. *The Journal of Infectious Diseases*, 1993;168:1510-4.
6. Final Report of the Ad-Hoc Meeting of the International Commission for the Certification of Eradication of Wild Poliovirus from the Americas. Washington, D.C., December, 1992.
7. Andrus, J.K., de Quadros, C.A., Olive, J.M., Hull, H.F. Screening of cases of acute flaccid paralysis for poliomyelitis eradication: ways to improve specificity. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol.70 (5): 591-596. 1992.
8. Eliminación de la transmisión autóctona del sarampión en Centroamérica. Plan de acción 1991. OPS, 1991.
9. *Boletín informativo PAI*. Vol. XIV, No. 4, agosto, 1992.
10. *Boletín informativo PAI*. Vol. XIV, No. 5, octubre, 1992.
11. *Boletín informativo PAI*. Vol. XIV, No. 6, diciembre, 1992.
12. *Boletín informativo PAI*. Vol. XV, No. 1-6, 1993.
13. *Boletín informativo PAI*. Vol. XVI, No. 1, febrero, 1994.
14. *Boletín informativo PAI*. Vol. XVI, No. 2, abril, 1994.

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*



**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**

113^a Reunión
Washington, D.C.
27 junio a 1 julio 1994

Tema 4.3 del programa provisional

CE113/11, ADD. I (Esp.)
24 junio 1994
ORIGINAL: INGLES

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

A mediados de junio de 1994, todos los países de la Región habían establecido comisiones nacionales de erradicación de la poliomielitis para analizar los datos sobre vigilancia y de laboratorio que se han recabado desde que se inició la campaña de erradicación de la poliomielitis, en 1985. Con excepción de dos de ellas, todas las comisiones nacionales se han reunido por lo menos una vez y han preparado informes finales para ser presentados a la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP). Las comisiones nacionales del Canadá y de los Estados Unidos se reunirán en las próximas semanas.

Los informes de las comisiones nacionales examinan los indicadores de vigilancia, analizan los casos compatibles que puedan existir, revisan los diagnósticos definitivos de los casos descartados, resumen las medidas especiales de vigilancia que se han tomado y preparan las recomendaciones de las comisiones nacionales a la CICEP. Se asigna particular importancia al período que va desde la fecha en que fue confirmado el último caso de poliomielitis causado por poliovirus salvaje (agosto de 1991) a 1994.

La CICEP revisará los informes nacionales cuando se reúna en Washington, D.C., el 22 de agosto de 1994.

Durante 144 semanas no se ha detectado en la Región de las Américas ningún caso de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje. El éxito evidente alcanzado por la Región en detener la transmisión del poliovirus salvaje ha servido de incentivo para otras regiones de la OMS. El Director General de la OMS ha dedicado el Día Mundial de la Salud 1995 al tema de la erradicación mundial de la poliomielitis.

Anexo



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU REGIONAL OFFICE OF THE
WORLD HEALTH ORGANIZATION



Vol 9, No.24

Expanded Program on Immunization
Poliomyelitis Surveillance in the Americas

Weekly Bulletin for the week
ending 18 June 1994

Poliovirus Surveillance

NO INDIGENOUS WILD POLIO VIRUS HAS BEEN DETECTED FOR THE LAST 144 WEEKS
Last wild poliovirus was detected on 5 September 1991, in Peru

Table No. 1a
Status of Case Stool Sample Analysis
Last 52 Weeks (93/25 - 94/24)

LAB	CNTRY	TOTAL *	WITHOUT RESULTS			ISOLA- TION	NEG.	ENTEROVIRUS ISOLATION			
			Not yet in Lab	<10 wks	>10 wks			OTHER ENTERO- VIRUS	Poliovirus Pending	Poliovirus Vaccine	Wild
BEL	BRA	92	11	3	1	24.7	58	19	0	0	0
CAP	DOR	21	0	0	0	23.8	16	5	0	0	0
	GUT	7	0	0	0	28.6	5	2	0	0	0
	GUY	7	2	0	0	20.0	4	1	0	0	0
	HAI	7	0	1	0	50.0	3	3	0	0	0
	JAM	2	0	1	0	100.0	0	1	0	0	0
	NIC	15	2	1	0	33.3	8	4	0	0	0
	SCY	1	0	0	0	100.0	0	1	0	0	0
	SUR TRT	2 11	0 0	0 0	0 0	0 9.1	2 10	2 1	0 0	0 0	0 0
COC	COR	1	0	0	0	100.0	0	0	0	1	0
	DOR	1	0	0	0	100.0	0	0	0	1	0
	ECU	1	0	0	0	100.0	0	0	0	1	0
	ELS	2	0	0	0	100.0	0	0	0	2	0
	GUT	1	0	0	0	100.0	0	0	0	1	0
	MEX	4	0	0	0	100.0	0	0	0	4	0
	NIC VEN	3 1	0 0	0 0	0 0	33.3 100.0	2 0	0 0	0 0	1 1	0 0
FIO	BOL	37	13	0	5	36.8	12	4	0	3	0
	BRA	188	35	2	5	27.4	106	25	0	15	0
	PER	97	2	25	4	39.4	40	25	0	1	0
INC	COR	3	1	0	0	0.0	2	0	0	0	0
	ELS	16	0	0	0	50.0	8	8	0	0	0
	GUT	76	0	15	0	41.0	36	25	0	0	0
	HON	32	0	9	0	43.5	13	9	1	0	0
	NIC	23	0	0	0	34.8	15	8	0	0	0
	PAN	9	2	0	0	0.0	7	0	0	0	0
INDRE	MEX	453	0	15	1	20.1	349	88	0	0	0
	NIC	5	0	0	0	20.0	4	1	0	0	0
INH	VEN	100	6	6	0	21.6	69	18	0	1	0
INS	COL	179	3	35	0	30.5	98	27	0	16	0
	ECU	69	16	6	0	25.5	35	9	3	0	0
MAL	ARG	79	0	3	0	25.0	57	15	0	3	0
	CHI	52	0	13	0	10.3	35	4	0	0	0
	PAR	9	0	3	0	16.7	5	0	0	1	0
	URU	6	0	1	0	20.0	4	1	0	0	0
REC	BRA	108	4	14	2	25.0	66	22	0	0	0
TOTAL		1720	97	153	18	26.4	1069	327	4	52	0

* Each sample relates to an individual

Case samples only

Table No. 1b
Status of Contact Stool Sample Analysis
Last 52 Weeks (93/25 - 94/24)

LAB	CNTRY	POLIOVIRUS ISOLATION		
		Pending	Vaccine	Wild
BEL	BRA	0	3	0
CAR	DOR	0	0	0
	GUT	0	0	0
	GUY	0	0	0
	HAI	0	0	0
	NIC	0	0	0
	SUR	0	0	0
	TRT	0	0	0
		DOR	0	3
	ECU	1	2	0
	ELS	0	1	0
	GUT	2	7	0
	GUY	0	1	0
	HAI	0	1	0
	HON	0	1	0
	MEX	0	4	0
	NIC	2	0	0
	VEN	0	1	0
FIO	BOL	0	8	0
	BRA	27	43	0
	PER	1	22	0
INC	COR	0	0	0
	ELS	0	0	0
	GUT	8	0	0
	HON	4	0	0
	NIC	0	0	0
	PAN	0	0	0
INDRE	GUT	0	0	0
	MEX NIC	16 0	0 0	0 0
INH	VEN	2	12	0
INS	COL	2	30	0
	ECU	6	0	0
MAL	ARG	0	7	0
	CHI	0	1	0
	PAR	0	1	0
	URU	0	0	0
REC	BRA	2	11	0
TOTAL		73	159	0

Contact samples only

Table No. 2
Status of Poliovirus Pending Intratypic Differentiation
Last 52 Weeks (93/25 - 94/24)

LAB	COUNTRY	NOT YET IN LAB				POLIOVIRUS IN LAB < 4 Wks				IN LAB > 4 Wks				TOTAL
		P1	P2	P3	MIX	P1	P2	P3	MIX	P1	P2	P3	MIX	
	ECU	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	HON	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	TOTAL	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4

Case samples only



Vol.9, No. 24

Acute Flaccid Paralysis Surveillance

Table No. 1
CASES OF ACUTE FLACCID PARALYSIS UNDER INVESTIGATION
BY WEEK OF REPORT

SITE	TOTAL 1993	CUM. 1994	WEEKS									
			1- 4	5- 8	9-12	13-16	17-20	21	22	23	24	
ARG	98	41	3	11	13	9	5	NR	NR	NR	NR	NR
BOL	0	14	0	1	0	4	9	0	0	0	0	0
BRA	72	187	25	27	32	42	39	10	5	7	0	0
CAN	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CAR	0	10	1	1	2	3	0	1	1	1	NR	NR
CHI	3	17	0	1	5	4	5	2	0	0	0	0
COL	24	61	1	3	9	23	15	7	3	0	0	0
COR	11	3	0	3	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CUB	6	18	2	3	6	5	2	0	0	0	0	0
DOR	0	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0
ECU	4	28	3	0	4	7	6	2	1	4	1	0
ELS	2	9	0	5	0	2	2	0	0	0	0	0
GUT	4	29	0	1	7	3	12	5	0	1	NR	NR
HAI	10	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HON	0	11	1	1	3	0	3	1	0	2	0	0
MEX	6	63	3	2	9	17	25	6	1	0	0	0
NIC	1	4	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0
PAN	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PAR	3	4	0	0	0	1	3	0	0	1	0	0
PER	0	23	0	0	0	7	13	1	1	1	0	0
URU	8	1	0	0	0	0	1	0	0	NR	NR	NR
USA	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
VEN	1	21	0	0	0	1	9	3	2	4	NR	NR
TOTAL	263	551	42	59	92	129	152	39	14	21	3	NR

NR NO REPORT RECEIVED

Table No. 2
CASES OF AFP REPORTED , RATE PER 100,000 < 15 yrs.,
‡ INVESTIGATED WITHIN 48 hrs, † WITH 2 ADEQUATE
SAMPLES AND ‡ WITH 5 CONTACT SAMPLES TAKEN
AS OF WEEK 24

SITE	TOTAL		CUMULATIVE					
	CASES 1993	RATE 1993	CASES 1994	RATE 1994*	‡ INV. < 48hr	† 2 SMPLS+	‡ 5 CONT	† REPORT
ARG	112	1.16	39	0.87	0	0	21	65.9
BOL	49	1.53	19	1.28	100	63	84	84.2
BRA	519	0.98	195	0.80	92	51	62	81.4
CAN	NR	-	NR	-	-	-	-	-
CAR	26	0.98	11	0.90	64	45	18	-
CHI	101	2.50	35	1.88	100	94	89	99.1
COL	189	1.64	81	1.53	94	84	91	89.2
COR	14	1.28	0	0.00	0	0	0	0
CUB	11	0.49	17	1.63	88	94	82	74.6
DOR	30	1.10	7	0.56	71	86	100	85.1
ECU	67	1.53	35	1.73	94	89	89	93.4
ELS	55	2.36	16	1.48	94	94	94	90.1
GUT	90	2.15	44	2.28	98	86	89	52.3
HAI	15	0.59	2	0.17	0	100	100	47.2
HON	41	1.79	19	1.80	100	95	95	91.3
MEX	566	1.72	160	1.05	94	76	89	89.7
NIC	48	2.71	13	1.59	92	85	100	93.7
PAN	9	1.07	3	0.77	100	0	67	82.2
PAR	25	1.45	6	0.75	100	83	100	83.5
PER	123	1.41	45	1.12	100	98	100	80.0
URU	8	1.02	1	0.28	0	100	100	0
USA	NR	-	NR	-	-	-	-	-
VEN	96	1.27	50	1.43	90	82	96	82.2
TOTAL*	2194	1.35	798	1.06	89	71	80	85.7

* Adjusted † Taken within 14 days of onset of paralysis
‡ Excluding Canada and USA

Table No. 3
CONFIRMED CASES OF POLIOMYELITIS
BY WEEK OF ONSET
AS OF WEEK 24

SITE	TOTAL 1993	CUMULATIVE	
		1993	1994
ARG	0	0	0
BOL	0	0	0
BRA	0	0	0
CAN	0	0	0
CAR	0	0	0
CHI	0	0	0
COL	0	0	0
COR	0	0	0
CUB	0	0	0
DOR	0	0	0
ECU	0	0	0
ELS	0	0	0
GUT	0	0	0
HAI	0	0	0
HON	0	0	0
MEX	0	0	0
NIC	0	0	0
PAN	0	0	0
PAR	0	0	0
PER	0	0	0
URU	0	0	0
USA	0	0	0
VEN	0	0	0
TOTAL	0	0	0

CAR Includes reports from all CAREC member countries

Table No. 4
POLIO COMPATIBLE CASES
BY WEEK OF ONSET
AS OF WEEK 24

SITE	TOTAL 1993	CUMULATIVE	
		1993	1994
ARG	0	0	0
BOL	1	1	0
BRA	12	9	0
CAN	0	0	0
CAR	2	2	0
CHI	0	0	0
COL	4	1	0
COR	0	0	0
CUB	0	0	0
DOR	0	0	0
ECU	1	1	0
ELS	0	0	0
GUT	1	0	1
HAI	0	0	0
HON	0	0	0
MEX	11	7	0
NIC	2	2	0
PAN	0	0	0
PAR	0	0	0
PER	1	1	0
URU	0	0	0
USA	0	0	0
VEN	1	0	0
TOTAL	36	24	1