



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXXV Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre 1991

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XLIII Reunión

Tema 5.3 del programa provisional

CD35/15 (Esp.)  
16 julio 1991  
ORIGINAL: INGLES

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL  
POLIOVIRUS SALVAJE EN LAS AMERICAS

La 107a Reunión del Comité Ejecutivo examinó el informe sobre la marcha de los trabajos presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el progreso reciente logrado por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y los esfuerzos para erradicar la poliomielitis de las Américas.

El informe indica que los niveles de cobertura de inmunización para cada una de las vacunas incluidas en el programa (DPT, poliomielitis, sarampión y BCG) superaron el 75%, siendo ésta la cifra más alta alcanzada en la historia de los programas de inmunización de las Américas. Este hecho constituye en sí una victoria importante para la salud pública, habida cuenta de que hace apenas un decenio, la cobertura para estas vacunas era de alrededor del 20%. En las deliberaciones del Comité se destacó que todavía es necesario ampliar la cobertura para que la Región logre la inmunización de todos los niños, y se señaló que entre los obstáculos a vencer se encuentran las numerosas oportunidades de vacunación perdidas durante los servicios rutinarios de atención de salud maternoinfantil.

El Comité hizo notar que se han logrado avances considerables hacia la erradicación de la poliomielitis y recalcó la importancia y las dificultades de la última fase del programa destinada a interrumpir la transmisión, que se mantiene en bajos niveles en las áreas costeras de Colombia y en el norte y el centro del Perú. En los próximos meses será necesario intensificar considerablemente las acciones para poder, finalmente, vencer esta enfermedad. En lo referente a los esfuerzos destinados a interrumpir la transmisión de la poliomielitis, se han alcanzado muchos progresos en el desarrollo de los sistemas de vigilancia.

Se ha consolidado la infraestructura de control de la enfermedad, que incluye una red de laboratorios en funcionamiento. El establecimiento de esta red justifica los esfuerzos realizados por los países.

Además, para poder enfrentar nuevos retos en los próximos cinco años, tales como la eliminación del tétanos neonatal y el control del sarampión, el Comité abordó las estrategias que podrían adoptarse en base a la experiencia adquirida hasta ahora. Se señaló, por ejemplo, que debe proseguirse la estrategia de concentrar los recursos en las áreas de alto riesgo. Con relación al control del sarampión, se le solicitó al Director observar las estrategias que se están aplicando en el Caribe con el fin de evaluar la factibilidad de utilizarlas en el resto del Hemisferio.

Sin embargo, el Comité hizo énfasis en que un factor fundamental para el éxito del programa, además del compromiso político y de las estrategias adecuadas, es la correcta asignación de recursos en los presupuestos nacionales para cubrir sus necesidades básicas, tales como vacunas y jeringas.

Se solicita que la XXXV Reunión del Consejo Directivo examine el informe adjunto y considere la Resolución IV de la 107a Reunión del Comité Ejecutivo, de la siguiente forma:

LA 107a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo revisado el informe sobre la marcha de los trabajos presentado por el Director referente al Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Poliovirus Salvaje en las Américas (Documento CE107/9 y ADD. I),

**RESUELVE:**

Recomendar a la XXXV Reunión del Consejo Directivo la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA XXXV REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado y examinado el informe sobre la marcha de los trabajos presentado por el Director (Documento CD35/15) sobre la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización y del Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Poliovirus Salvaje en las Américas;

Observando con satisfacción que: a) se lograron niveles de cobertura de inmunización para los niños menores de un año de edad de un mínimo del 75% para cada una de las vacunas incluidas en el programa (DPT, poliomielitis, sarampión y BCG), siendo éste el nivel más alto jamás logrado en las Américas; b) la transmisión del poliovirus salvaje ha sido prácticamente interrumpida en el hemisferio, al haberse notificado solo 17 casos en 1990 y apenas

dos durante el primer semestre de 1991, y c) se ha realizado un progreso considerable en cuanto a las estrategias para controlar o eliminar el tétanos neonatal y el sarampión, y

Reconociendo que se requerirán esfuerzos importantes para: a) lograr la erradicación autóctona de la transmisión del poliovirus salvaje en los pocos focos que restan; b) mantener y aumentar los niveles generales de cobertura de inmunización; c) controlar o eliminar el tétanos neonatal y el sarampión, y d) incluir nuevas vacunas en los programas nacionales de inmunización,

**RESUELVE:**

1. Felicitar a todos los Gobiernos Miembros y a sus trabajadores de salud por el progreso logrado hasta el presente, lo que demuestra su alto nivel de compromiso con la salud de los niños de este hemisferio.

2. Expresar el agradecimiento y solicitar el apoyo continuo de los diversos organismos (AID, UNICEF, BID, Club Rotary Internacional y la Asociación de Salud Pública del Canadá) los cuales, junto con la OPS, han brindado un apoyo decisivo a los programas de inmunización y a los esfuerzos nacionales para la erradicación de la poliomiélitis.

3. Felicitar a la Organización por su apoyo destacado y entusiasta a los esfuerzos de los Gobiernos Miembros en la implementación de sus programas nacionales de inmunización y en la erradicación de la poliomiélitis.

4. Instar a los Gobiernos Miembros a que adopten las "Prioridades para la Acción" como se describen en el Capítulo II del informe sobre la marcha de los trabajos (Documento CD35/15), con el fin de asegurar que:

- a) La cobertura de inmunización sea vigilada por los municipios y que se elimine la pérdida de oportunidades de vacunación;
- b) La totalidad de las vacunas empleadas en el programa se ajuste a los requisitos mínimos de la OPS/OMS;
- c) Los informes semanales negativos sean transmitidos de manera oportuna desde todos los establecimientos de salud que estén incluidos en el sistema de vigilancia, y que la recompensa de la OPS de \$100,00 para la notificación del primer caso confirmado de poliomiélitis de un brote sea ampliamente difundida por todos los países;

- d) Las operaciones "limpieza" sean ejecutadas en forma adecuada, con dos ciclos de vacunación de casa en casa, con un mes de separación, en los cuales todos los niños menores de cinco años de edad que vivan en un área extensa, que generalmente abarca varios distritos, reciban una dosis de OPV en cada ciclo, independientemente de su estado de vacunación anterior;
  - e) El sistema de vigilancia registre por separado los casos de tétanos neonatales y post-neonatales, y que los programas de vacunación se ejecuten en aquellos distritos ya identificados como expuestos al riesgo;
  - f) En los presupuestos nacionales de salud y en los planes nacionales de trabajo del PAI de 1991-1996, se asignen recursos financieros y humanos al programa.
5. Solicitar que el Director:
- a) Aplique todas las medidas necesarias para asegurar la interrupción final de la transmisión del poliovirus salvaje en el hemisferio occidental;
  - b) Evalúe las estrategias que se emplean en Cuba y en el Caribe angloparlante para controlar y eliminar el sarampión, así como también la factibilidad de su aplicación en el resto del hemisferio occidental;
  - c) Vigile las actividades para el control del tétanos neonatal en las áreas identificadas como expuestas al riesgo y apoye la ampliación de la vigilancia para comprobar el grado de su repercusión;
  - d) Continúe los enérgicos esfuerzos destinados a movilizar los recursos adicionales necesarios para enfrentar los desafíos descritos en el informe sobre la marcha de los trabajos;
  - e) Informe sobre el progreso del programa a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo en 1992.

comité ejecutivo del  
consejo directivo

grupo de trabajo del  
comité regional



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



107a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio 1991

CD35/15 (Esp.)  
ANEXO

Tema 4.3 del programa provisional

CE107/9 (Esp.)  
12 abril 1991  
ORIGINAL: INGLES

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL POLIO-  
VIRUS SALVAJE EN LAS AMERICAS

Este informe de progreso presentado por el Director a la 107a Reunión del Comité Ejecutivo en respuesta a la Resolución X de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo en septiembre de 1990.

EL informe de progreso presenta un perfil de los avances de los países de la Región hacia la meta de proveer servicios de inmunización a todos los niños de la Región, y sus esfuerzos hacia la erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas, además de la realización de un control más amplio de otras enfermedades inmunizables, como tétanos neonatal, sarampión y hepatitis B. El informe demuestra que ha habido un progreso considerable en todas estas áreas, pero aun falta mucho por hacer para lograr las metas propuestas. La poliomielitis está al borde de ser erradicada, con muy pocos focos restantes, que se están tratando agresivamente. Se han empezado en varios países actividades relacionadas con la eliminación del tétanos neonatal y los resultados preliminares son alentadores. Los esfuerzos hacia la eliminación del sarampión en Cuba y los países del Caribe anglófono serán examinados profundamente, ya que pueden servir de modelo para el control o eliminación futura del sarampión en el resto del hemisferio occidental.

Finalmente, el informe describe las prioridades para acción inmediata por los Países Miembros para que los avances del programa se puedan consolidar y mejorar, y para que los nuevos enfoques en la nueva década sean dirigidos con la misma energía que los anteriores. Se solicita de todas las agencias internacionales que colaboran con los Países Miembros en esta área de actividad que continúen y amplíen su apoyo, y se urge a los países mismos a renovar y aumentar su compromiso, incluyendo la debida distribución de los recursos financieros y humanos necesarios para la ejecución del programa y sus nuevos desafíos.

## INDICE

	<u>Página</u>
I. PROGRESO LOGRADO HASTA LA FECHA . . . . .	1
1. Cobertura de la inmunización . . . . .	1
2. Erradicación de la poliomielitis . . . . .	4
3. Eliminación del tétanos neonatal . . . . .	9
4. Control del sarampión . . . . .	13
5. Control de la hepatitis B . . . . .	16
II. PRIORIDADES PARA ACCION . . . . .	16
1. Cobertura de inmunización . . . . .	16
2. Erradicación de la poliomielitis . . . . .	17
2.1 Vacuna . . . . .	17
2.2 Especímenes . . . . .	17
2.3 Casos de parálisis fláccida aguda . . . . .	18
2.4 Notificación de datos . . . . .	19
2.5 Obtención de muestras ambientales . . . . .	19
3. Eliminación del tétanos neonatal . . . . .	19
4. Control del sarampión . . . . .	20
5. Control de la hepatitis B . . . . .	20
III. AVANCES HACIA LA FASE II . . . . .	20
BIBLIOGRAFIA . . . . .	21

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA  
DEL POLIOVIRUS SALVAJE EN LAS AMERICAS

I. PROGRESO LOGRADO HASTA LA FECHA

1. Cobertura de la inmunización

En el Cuadro 1 aparecen datos provisionales sobre la cobertura de la inmunización correspondiente a los niños menores de un año de edad en la Región de las Américas. Al igual que en años anteriores, la cobertura siguió aumentando y, por primera vez en la historia, superó el 70% para todas las vacunas incluidas en el programa: DPT, OPV, sarampión y BCG. En todas las subregiones (Caribe, Andes, América Central, Cono Sur, Brasil y México) se alcanzaron también esos altos niveles de cobertura, y en muy pocos países la cobertura notificada fue inferior al 60% para cualquiera de las vacunas.

El aumento de la cobertura logrado en los 10 últimos años—de un nivel que no superaba el 15% en el caso de la vacuna DPT en 1979 al nivel de 73% alcanzado en 1990—constituye de por sí un gran éxito en la historia de la salud pública, que muestra que cuando se fija un objetivo de salud pública nítido, se cuenta con una estrategia de programa bien concebida, y están presentes la determinación política y los recursos necesarios, puede alcanzarse la meta.

Si se tiene en cuenta que la cobertura de la primera dosis de vacunas de dosis múltiples, como DPT y OPV, supera el 90%, reduciéndose a poco más del 70% en el caso de la tercera dosis, debido a la deserción de la primera a la última dosis, puede suponerse que se ha logrado la meta del PAI para 1990 de brindar servicios de inmunización a todos los niños. La combinación de varias tácticas de inmunización, como la vacunación a través de todos los establecimientos de salud y la utilización de jornadas de vacunación nacionales o distritales con todos los antígenos del PAI ha asegurado el que esos servicios estén al alcance de toda la población. De aquí en adelante el problema consiste en eliminar las altas tasas de deserción y hacer posible la puntual consumación de los programas de inmunización, antes de que el niño cumpla el primer año de edad. Pese a que en muchos países se han tomado medidas enérgicas para corregirlo, el problema de las oportunidades de vacunación perdidas sigue siendo la causa principal de que haya niños no vacunados en la Región. Esa pérdida de oportunidades se debe principalmente a falsas contraindicaciones señaladas por los trabajadores de salud pública (Figura 1).

Tal como se señaló el año pasado, los programas de inmunización de las Américas impiden unos 30.000 fallecimientos por sarampión, tos ferina y tétanos neonatal, así como otros 5.000 casos de poliomielitis. Se estima, empero, que otros 15.000 decesos causados por esas enfermedades podrían prevenirse si la cobertura de la inmunización llegara por lo menos al 90%.

**Cuadro 1**

COBERTURA DE VACUNACION, REGION DE LAS AMERICAS, 1989 - 1990										
REGION & PAIS	POBLACION		OPV3		DPT3		ANTISARAMP.		BCG	
	(menor de 1 año)		%		%		%		%	
	1989	1990	89	90	89	90	89	90	89	90
REGION ANDINA	2,456,562	2,363,278	69	76	60	71	55	67	72	79
Bolivia	261,582	221,956	49	50	39	41	47	53	28	48
Colombia	669,809	685,108	90	93	78	87	64	82	94	95
Ecuador	316,622	320,852	64	67	55	68	57	61	91	88
Peru	670,000	600,904	60	73	58	72	52	64	62	83
Venezuela	538,549	534,458	67	72	55	63	50	62	68	63
BRAZIL*	4,307,582	3,610,961	97	93	54	81	58	78	70	78
AMERICA CENTRAL	989,404	1,016,513	71	80	65	74	69	78	59	70
Belize	6,701	7,200	71	80	71	84	68	81	87	80
Costa Rica	82,451	82,500	87	95	87	95	78	90	90	92
El Salvador	182,173	186,267	64	76	64	76	73	75	63	60
Guatemala	339,385	349,847	58	74	50	66	54	68	21	62
Honduras	174,262	180,721	86	87	85	84	94	90	80	71
Nicaragua	143,200	148,085	85	86	66	65	63	82	92	81
Panama	61,232	61,893	72	86	70	86	73	99	87	97
CONO SUR	1,144,876	1,090,660	83	90	92	88	85	92	88	98
Argentina	677,398	602,288	86	89	90	85	89	95	92	100
Chile	279,150	293,556	95	100	95	100	91	98	95	97
Paraguay*	134,928	138,802	41	76	61	78	53	69	53	90
Uruguay	53,400	56,014	88	88	88	88	82	82	99	99
CARIBE LATINO	606,619	616,560	71	74	51	67	56	73	57	79
Cuba*	187,529	186,658	95	94	95	92	97	94	97	98
Haiti	201,707	207,637	50	40	50	41	31	31	40	72
Dominican Rep.*	217,383	222,265	70	90	43	69	43	96	38	68
MEXICO*	2,579,200	1,970,515	96	96	65	66	85	78	80	70
AMERICA LATINA	12,084,243	10,668,487	86	87	52	75	66	77	73	78
CARIBE INGLES	131,672	134,637	82	86	82	86	72	75	61	62
Anguilla	157	200	100	100	100	100	92	100	100	100
Antigua	1,088	1,114	100	100	100	100	96	89	-	-
Bahamas	5,641	6,013	82	82	86	86	87	87	-	-
Barbados	4,032	4,040	80	90	78	91	85	87	-	-
Cayman Islands	378	434	93	100	93	100	89	89	81	81
Dominica	1,715	1,745	94	94	92	94	88	88	99	99
Grenada	2,613	2,650	86	69	87	80	89	85	-	-
Guyana	17,658	18,500	79	79	77	83	69	73	76	85
Jamaica	57,487	59,104	84	87	85	86	71	74	100	98
Montserrat	199	154	93	100	93	100	89	100	60	100
St. Kitts & Nevis	924	980	100	100	100	100	90	100	-	-
St. Lucia	3,530	4,380	93	90	92	89	91	82	100	94
St. Vincent	2,482	2,505	97	92	98	98	100	96	99	100
Suriname	10,000	9,000	71	81	72	83	73	65	-	-
Trinidad & Tobago	23,280	23,280	77	87	77	82	59	70	-	-
Turks & Caicos Isl.	250	300	89	98	89	97	76	81	100	100
British Virgin Isl.	238	238	97	100	100	100	87	100	100	100
AMERICA DEL NORTE	3,998,895	4,009,883								
Bermuda	895	883	76	62	74	62	67	63	-	-
Canada	358,000	362,000	---	---	---	---	---	---	---	---
USA	3,640,000	3,647,000	---	---	---	---	---	---	---	---
TOTAL**	16,214,810	14,813,007	86	87	62	76	66	77	73	78

- Vacuna no utilizada

--- Datos no disponible

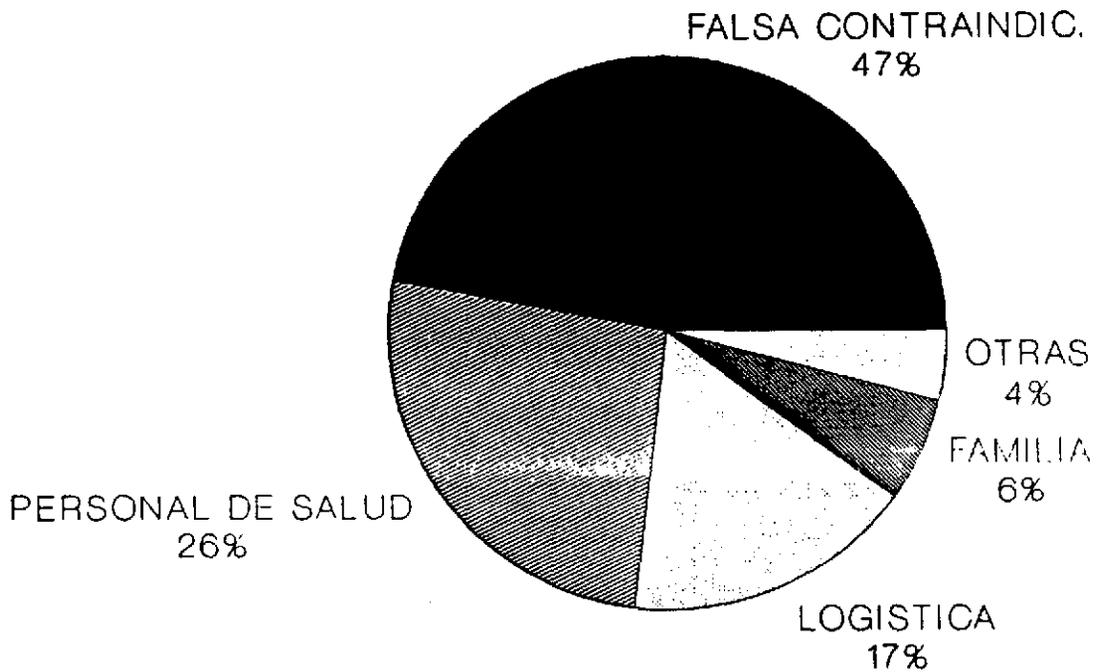
\* Cobertura calculada con 2 dosis de OPV

\*\* La cobertura TOTAL no incluye datos de America del Norte

Fuente: OPS (Datos provisionales)

Figura 1

## CAUSAS DE OPORTUNIDADES PERDIDAS AMERICA LATINA



Fuente: Revisión de 13 Estudios  
desarrollados en las Américas, 1988-1990  
OPS

## 2. Erradicación de la poliomielitis

El Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS sobre enfermedades prevenibles por vacunación, celebró su novena reunión en la Ciudad de Guatemala, Guatemala, del 12 al 16 de marzo de 1991.

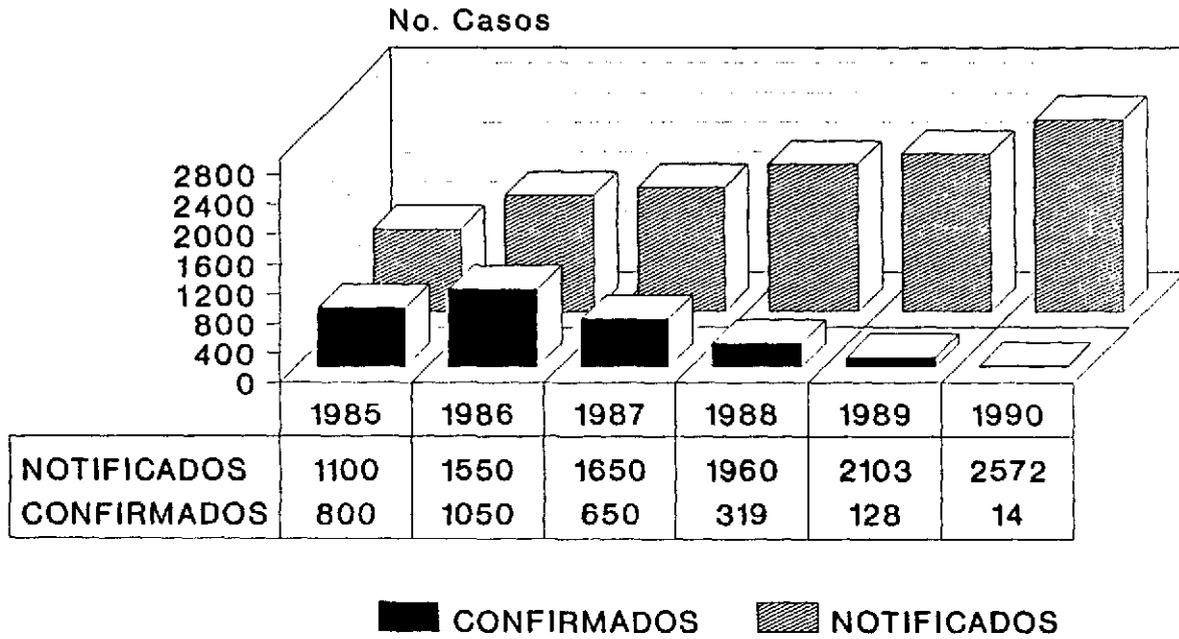
El Informe Final señala que en cada una de las reuniones del GTA se han documentado importantes avances con respecto a la anterior, y que en la novena reunión se alcanzó un nivel aun mas elevado de progreso. La transmisión del poliovirus salvaje parece a punto de interrumpirse en todo el hemisferio occidental. Aunque se examinaron más de dos mil especímenes de heces, en 1990 solo en 14 casos se detectaron poliovirus salvajes. Han transcurrido cuatro años desde la última ocasión en que se haya aislado el poliovirus salvaje en países del Cono Sur; más de ocho años desde que se aisló el virus en el Caribe de habla inglesa; más de tres años desde la última ocasión en que se haya aislado el poliovirus salvaje autóctono en América Central (los tres últimos casos parecen haberse originado por una introducción reciente del virus desde México); dos años desde el último caso habido en Brasil, y cinco meses desde que ocurrió lo propio en México. Un hecho notable es que la detección de los 14 casos de poliovirus en 1990 representa una disminución del 40% con respecto a los 24 casos registrados en 1989. La importancia de tales conclusiones es aun mayor si se tiene en cuenta la enorme mejora del sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda lograda el año pasado. En total, se investigaron 2.572 casos notificados, lo que representa el número más elevado investigado hasta la fecha en un mismo año (Figura 2). El primero y único caso detectado hasta la fecha en 1991 correspondió a Cartagena, Colombia, en enero de ese año.

El GTA advierte el hecho de que tan extraordinario progreso puede atribuirse en medida considerable al compromiso con el programa, perceptible a nivel político y social, que a su vez determinó que en todos los países de las Américas y en la OPS se asigne un alto nivel de prioridad a los programas de inmunización. Además, la combinación de estrategias, usada tan eficazmente con las jornadas nacionales de vacunación y las operaciones de "limpieza", que complementan las actividades de vacunación realizadas diariamente en los servicios de salud, promueve en gran medida el aumento de la cobertura de vacunación. El alto nivel de coordinación logrado entre todos los gobiernos y las instituciones que respaldan la labor de inmunización en el hemisferio occidental (USAID, UNICEF, ROTARY, BID, CPHA y OPS) revistió también importancia decisiva a los efectos de una ejecución ordenada y constructiva del programa y un uso óptimo de los recursos disponibles.

Todos los indicadores de resultados revelaron un progreso considerable. Se ha incrementado el número de unidades de salud incluidas en el sistema de vigilancia semanal: la cifra actual es de unas 20.000. Un 70% de ellas realizan puntualmente las notificaciones semanales respectivas (Figura 3). Ha aumentado además (hasta llegar casi al 80%) la proporción de casos de parálisis flácida aguda que se notifican dentro de un plazo de 15 días contado a partir de la aparición de la parálisis. Ha aumentado asimismo (hasta alcanzar el 95%) la proporción de casos de parálisis

**Figura 2**

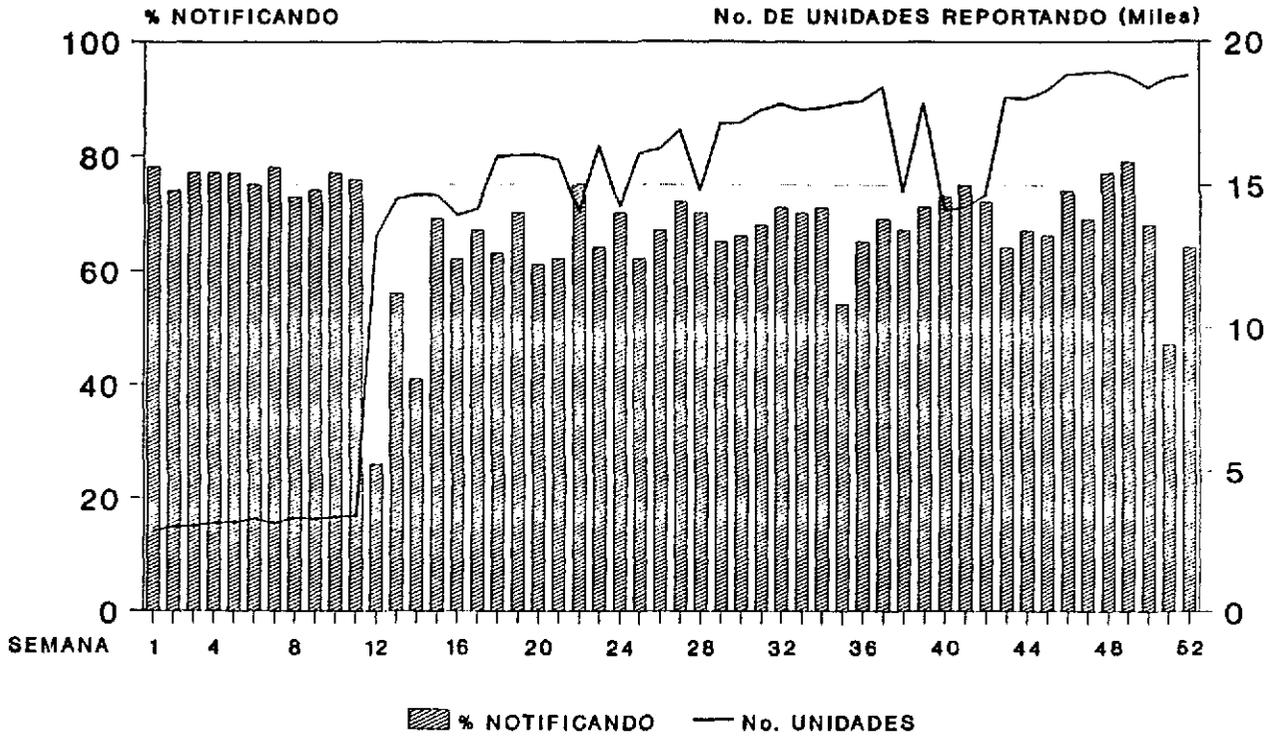
**NUMERO DE CASOS DE POLIO NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS EN LAS AMERICAS, 1985 - 1990**



Nota: se notificó 67 casos compatibles con inicio en 1990.  
 Fuente: PESS/OPS

Figura 3

## NOTIFICACION NEGATIVA DE PARALISIS AGUDAS FLACCIDAS, AMERICA LATINA, 1990



FUENTE: OPS

fláccida aguda con diagnóstico final. Ha habido también un encomiable aumento en el número de municipios que mantienen tasas de cobertura superiores al 80%: se trata de casi el 60% de los 7.408 municipios respecto a los cuales se dispone de información.

No obstante, subsisten problemas que causan preocupación. El más decisivo es el de la calidad de la vigilancia del poliovirus salvaje, que actualmente se realiza mediante el examen de muestras de heces de casos de parálisis fláccida aguda y sus contactos. El ritmo de avance en esta actividad es desalentador. Solamente en el 48% de los casos de parálisis fláccida aguda notificados en 1990 se obtuvieron y enviaron al laboratorio adecuada y prontamente especímenes de heces; en 1989 el nivel había sido del 34% (Figura 4). La divulgación de la recompensa de US\$100 instituida por la OPS para quién notifique el primer caso de un brote de poliomiélitis podría favorecer la detección precoz de casos de parálisis fláccida aguda. La falta de información de laboratorio en casos "compatibles" de ese tipo determina, indudablemente, la imposibilidad de confirmar que cierto número de casos de parálisis fláccida aguda sean causados por el poliovirus salvaje. En esas circunstancias, la posibilidad de transmisión de poliovirus salvaje no puede descartarse, por lo cual no puede certificarse que los países en que aparecen esos casos estén exentos del poliovirus salvaje, aun a falta de casos "confirmados" de poliomiélitis. Especial preocupación causan los casos "perdidos para propósitos de seguimiento", cuyo número representó un tercio del total de casos en 1990.

Se está comprobando que la confirmación de casos a través de especímenes obtenidos de contactos reviste suma importancia. En 1990, uno de cada cuatro casos en que se confirmó que el agente era el poliovirus salvaje provino de la investigación de especímenes de contactos. Causa preocupación el hecho de que solamente en un tercio de los casos se habían obtenido debidamente especímenes de contactos.

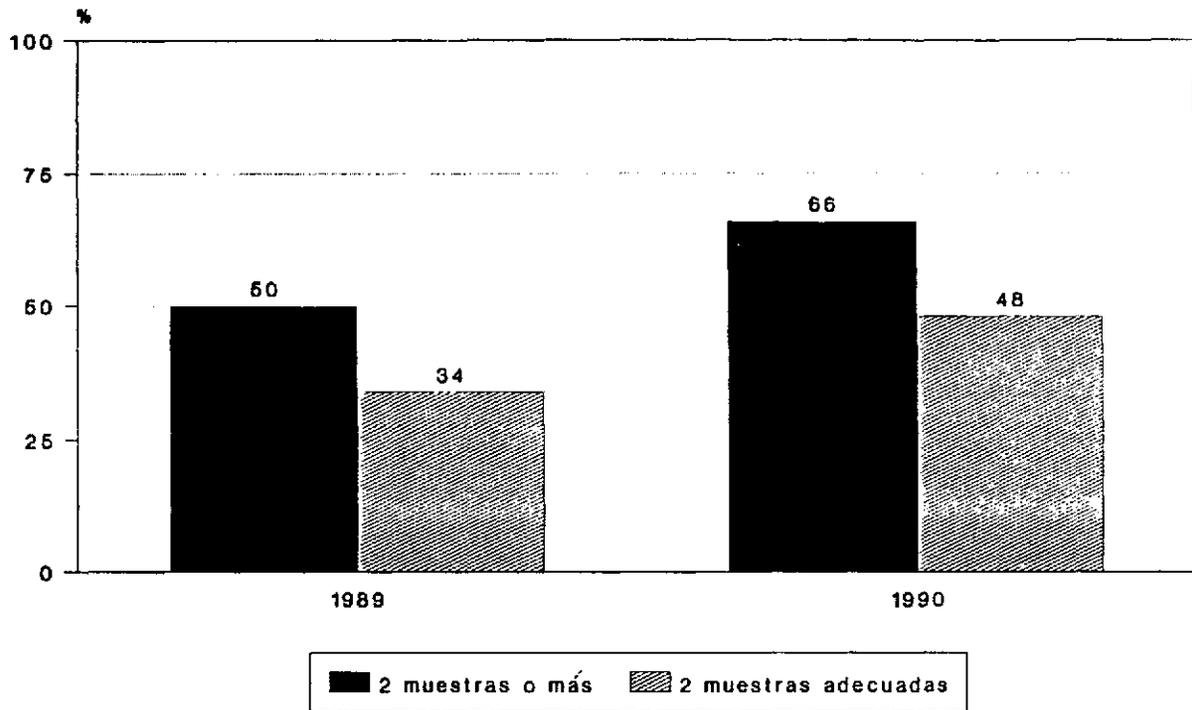
Al parecer se necesitan también medidas especiales para que toda la información disponible se registre como corresponde en el sistema de información de la OPS en todos los casos de parálisis fláccida aguda. Por ejemplo: solo en el 44% de los casos se registra la realización de un diagnóstico final preciso, y solo en el 45% de los casos se registran datos de otras variables, como la presencia de fiebre al comienzo de la parálisis.

La importancia de un control cuidadoso de la potencia de la vacuna es ilustrada elocuentemente por el hecho de que el 30% de los casos que ocurrieron en las Américas en los dos últimos años podrían atribuirse al uso, por parte de algunos países, de una fórmula de vacuna de calidad inferior a la norma.

Reviste máxima importancia la eliminación de los que al parecer son los únicos--y escasos--focos de infección del poliovirus salvaje. Los países andinos son motivo de especial preocupación, y requieren urgente atención. Es indudable que hay algunos focos en las zonas costeras del Atlántico y el Pacífico en Colombia. Las zonas vecinas de Venezuela y Ecuador plantean riesgos extraordinarios. Corresponde adoptar medidas especiales, especialmente en Colombia, donde las actividades de "limpieza" son de intensidad y alcance más reducidos de lo que al parecer se requiere.

Figura 4

### % CASOS PFA SEGUN CONDICION TOMA HECES AMERICA LATINA, 1989 - 1990



\* Adecuada: tomada dentro 2 primeras  
semanas del inicio de la parálisis  
Fuente: PESS/OPS

También hay focos en zonas septentrionales del Perú, adyacentes a Ecuador, lo que bien podría plantear problemas en otras zonas de ese país. Son notorios los actuales problemas del Perú: perturbaciones sociopolíticas y una epidemia de cólera, por todo lo cual debería brindarse a ese país toda la asistencia posible para reforzar su programa de vigilancia, contención y vacunación. En conjunto, parece necesitarse un programa especial (como el realizado en América Central a fines de 1990), que abarque a Colombia, Perú, Ecuador y a las zonas aledañas de Venezuela.

La labor intensiva realizada en México y América Central para eliminar la infección parece avanzar bien, pero se requiere un estado especial de alerta, y medidas especiales durante 1991, centrando la atención particularmente en las zonas periurbanas y en los sectores de población migrante.

Todos los países deben seguir esforzándose en documentar las actividades de vigilancia y las de los programas, del tipo de las que se necesitarán para la certificación. Es evidente que en muchos países habrá que mejorar los indicadores de vigilancia, especialmente la pronta obtención de especímenes adecuados para el laboratorio.

El uso de datos de cobertura de la inmunización por distritos y la notable mejora de la vigilancia de la parálisis flácida aguda dejan en claro los beneficios que pueden aplicarse a otros elementos del programa de inmunización en general y, potencialmente, otras medidas primarias de intervención en la esfera de la atención primaria de salud, a través de la utilización de ese sistema de información descentralizado.

### 3. Eliminación del tétanos neonatal

Entre 1985 y 1990 se notificaron anualmente en las Américas entre 1.100 y 1.400 casos de tétanos neonatal (TNN) (Cuadro 2). Los datos correspondientes a 1990 son aún provisionales y todavía no se ha desarrollado totalmente el sistema de vigilancia del tétanos neonatal, pero según información preliminar originada en estudios realizados en el último trienio y presentados a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en septiembre de 1990 (Documento CSP23/19, de fecha 24 de julio de 1990), hasta 10.000 casos de esa enfermedad podrían estar produciéndose en la Región de las Américas todos los años.

El enfoque de la OPS para eliminar esa enfermedad de aquí a 1995 consiste en vacunar a todas las mujeres en edad fértil en aquellas zonas que se han identificado como de alto riesgo para la enfermedad. Esta estrategia se basa en el hecho de que la prevalencia de la enfermedad difiere en las diversas zonas geográficas de un mismo país. Además, debe implantarse un sistema de vigilancia para determinar la magnitud del problema en las zonas que no notifican casos y para evaluar las repercusiones de los programas de vacunación en las zonas tomadas como objetivo para adoptar medidas. Las actividades de vacunación complementan la mejora de la atención prenatal y las prácticas de atención del parto, tanto en los servicios de salud formales como informales, lo que incluye la participación de las parteras tradicionales en materia de vacunación y realización de actividades de vigilancia.

Cuadro 2

INCIDENCIA ANUAL DE TETANOS NEONATAL  
 REGION DE LAS AMERICAS, 1985-1990

PAISES	A N O S											
	1985		1986		1987		1988		1989		1990	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA
BOLIVIA	9	0.03	39	0.17	89	0.34	90	0.34	104	0.40	55	0.25
COLOMBIA	252	0.30	211	0.26	203	0.24	162	0.22	164	0.19	162	0.18
ECUADOR	91	0.36	74	0.29	80	0.31	126	0.59	58	0.27	88	0.34
PERU	72	0.18	89	0.22	138	0.33	143	0.34	171	0.44	93	0.24
VENEZUELA	70	0.14	59	0.11	52	0.09	51	0.09	41	0.08	28	0.05
REP. DOM	12	0.05	8	0.03	7	0.03	33	0.14	13	0.05	12	0.05
HAITI	57	0.28	57	0.28	75	0.35	63	0.29	40	0.19	40	0.19
MEXICO	...	...	57	0.02	84	0.03	108	0.05	87	0.04	123	0.06
EL SALV.	52	0.32	39	0.21	26	0.14	33	0.66	28	0.54	25	0.48
GUATEMALA	17	0.05	8	0.02	24	0.08	29	0.10	113	0.38	50	0.16
HONDURAS	20	0.10	24	0.14	21	0.12	4	0.02	20	0.11	39	0.23
NICARAGUA	30	0.27	28	0.22	32	0.24	26	0.17	17	0.10	15	0.09
PANAMA	12	0.16	12	0.16	7	0.09	7	0.09	7	0.09	5	0.06
ARGENTINA	19	0.02	18	0.02	13	0.01	14	0.01	18	0.02	14	0.01
PARAGUAY	76	0.69	59	0.52	59	0.51	54	0.46	37	0.30	38	0.30
BRASIL	609	0.13	497	0.12	464	0.11	403	0.09	386	0.08	386	0.06 *
TOTAL	1398	0.12	1279	0.10	1374	0.11	1346	0.11	1293	0.10	1173	0.09

...Datos no disponibles

A los fines operativos y programáticos, se clasificó a los países de las Américas conforme a la prevalencia del TNN y a las actividades que se están realizando:

a) Países sin TNN:

Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, Estados Unidos, países del Caribe de habla inglesa, Suriname y Uruguay.

b) Países con TNN:

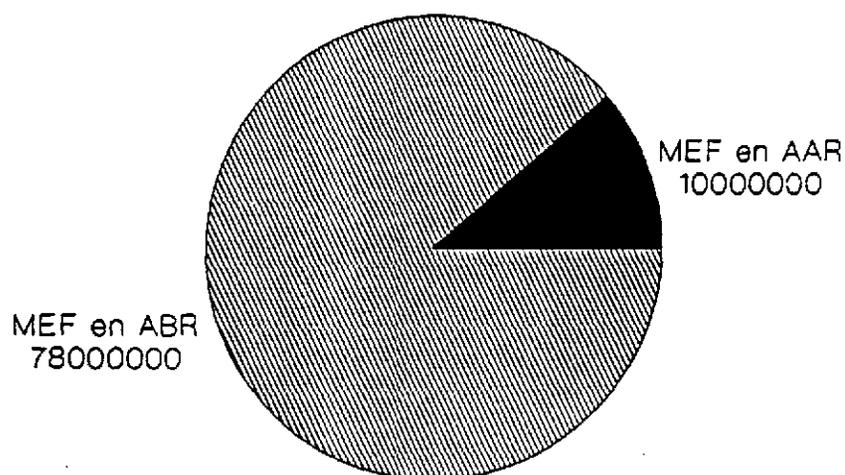
- Países que notifican regularmente: Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. En algunos de ellos se ha iniciado la investigación epidemiológica del TNN en los dos últimos años. Se trata de Bolivia, Colombia, Ecuador, el Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela.
- Países que no notifican regularmente: Argentina, Brasil, Haití y Paraguay. Haití carece de un sistema nacional de morbilidad y mortalidad referente a la enfermedad, y en la Argentina no hay un sistema diferencial entre tétanos neonatal y tétanos post-neonatal.

En los 16 países con TNN, 277 millones de personas (71% de un total de 390 millones de habitantes) viven en zonas urbanas, y se estima que cada año se producen unos 12 millones de nacimientos, variando las tasas de natalidad de 21/1.000 en Argentina a 42/1.000 en Bolivia. Se estima que las mujeres en edad fértil de esos países representan el 22% del total de la población, lo que equivale a 86 millones de mujeres. Esos países se dividen en unas 11.282 unidades político-administrativas llamadas municipios, distritos o condados, según el país de que se trate.

Los estudios realizados hasta la fecha han permitido determinar que el 57% de los casos de tétanos neonatal en las Américas se produjeron en solo el 5% del total de municipios, distritos o condados, en donde viven solamente 10 millones del total de 86 millones de mujeres en edad fértil que residen en esos 16 países (Figura 5). En otras palabras, mediante la vacunación de 10 millones de mujeres en edad fértil podría prevenirse el 57% de los casos de tétanos neonatal que se sabe que ocurren en estos países, la mitad de ellos en zonas urbanas, en que la población tiene un mejor acceso a los servicios de salud, tanto preventivos como curativos. En consecuencia, se concluye que esas mujeres no reciben servicios prenatales y de parto adecuados. Este hecho se ve confirmado por la información que revela que en el 70% de los casos investigados se trataba de hijos de mujeres que jamás habían recibido dosis alguna del toxoide tetánico.

Figura 5

Proporción de mujeres en edad fértil  
por áreas según riesgo.  
Américas. 1990



Total de MEF en 16 países: 88 millones

MEF mujeres en edad fértil. AAR áreas  
de alto riesgo. ABR áreas bajo riesgo.  
referencia de archivo tnamer5

En varios países se han puesto en marcha medidas de control en las zonas de riesgo, y según información preliminar, podría lograrse un control muy eficaz de la enfermedad. La Figura 6 revela la disminución de casos de tétanos neonatal en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, tras la introducción de un enérgico programa de vacunación de mujeres en edad fértil, con la participación de parteras tradicionales en el proceso de vacunación.

#### 4. Control del sarampión

Antes de la introducción de la vacuna contra el sarampión en las Américas, la incidencia del sarampión presentaba períodos de epidemias cíclicas cada dos años. Con la introducción de esta vacuna--a fines de la década de los cincuenta--y el aumento de su utilización por parte de varios países, se puede observar una pronunciada reducción a partir de 1963 (Figura 7).

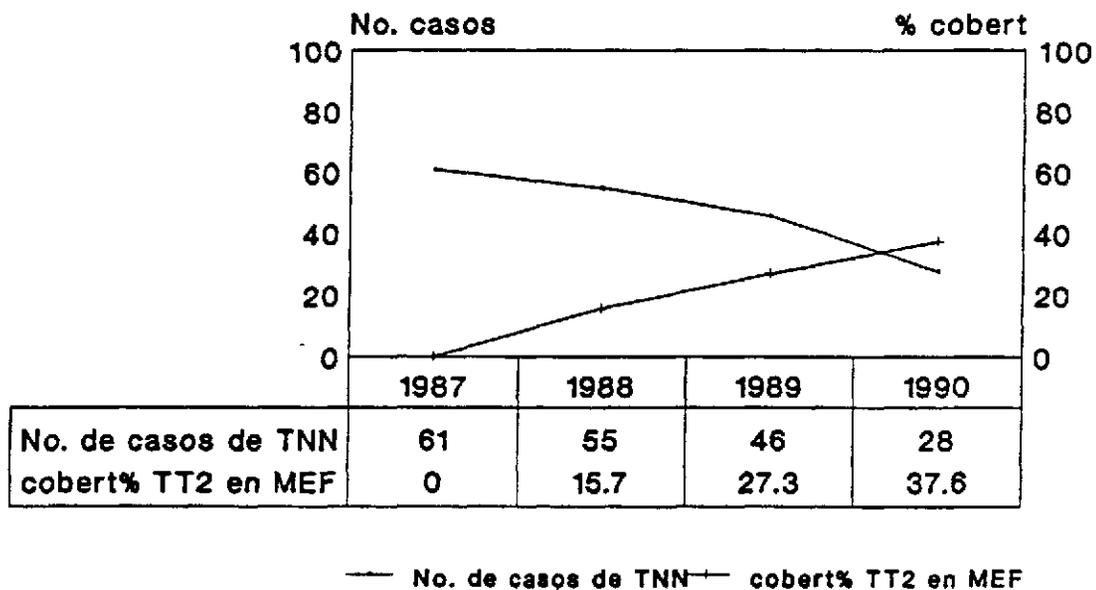
La información sobre el sarampión a nivel nacional y regional suele ser incompleta y no representa la situación epidemiológica real. No obstante, aun con esas fallas, es posible analizar la tendencia de la enfermedad y establecer las mejores estrategias de control de la misma.

Antes de la introducción de la vacuna, se notificaban como promedio más de 600.000 casos en la Región de las Américas, con tasas de más de 150 casos por cada 100.000 habitantes. Al introducirse la vacuna se produce--a mediados de la década de los setenta--un primer nivel de disminución, notificándose como promedio 300.000 casos. Con la introducción del PAI, a fines de esa misma década, se logró un segundo nivel de reducción, declinando en 1989 a 100.000 casos notificados, o sea una tasa de 15 casos notificados por cada 100.000 habitantes. Por tanto, las tasas notificadas a finales de la década de 1980 representan solo el 10% de las notificadas 20 años atrás. Las tasas de cobertura de la vacuna contra el sarampión aumentaron del 30% (1978) a más del 70% (1990), lo que determinó la modificación de la epidemiología de la enfermedad, especialmente el aumento del intervalo entre los años de epidemia sucesivos. Los brotes recientes, observados en varios países en los cinco últimos años son consecuencia de ese cambio de la epidemiología de la enfermedad y de la acumulación de susceptibles tras un período de calma. El comienzo de esas epidemias genera una fuerte presión política y social y, muchas veces, se interpreta como un fracaso del programa. Siempre que ello ocurre es importante hacer hincapié en el éxito del programa, pues a pesar de la epidemia, el total de casos siempre es inferior al de la epidemia anterior. Estas conclusiones son, en general, similares para todas las subregiones.

Sobre la base de estas observaciones y los análisis de los datos, es importante subrayar que las estrategias de control del sarampión dependerán de en dos componentes importantes: a) el logro y mantenimiento de altos niveles de inmunización, lo que debe alcanzarse mediante una vacunación intensiva a través de los servicios de salud pública existentes,

Figura 6

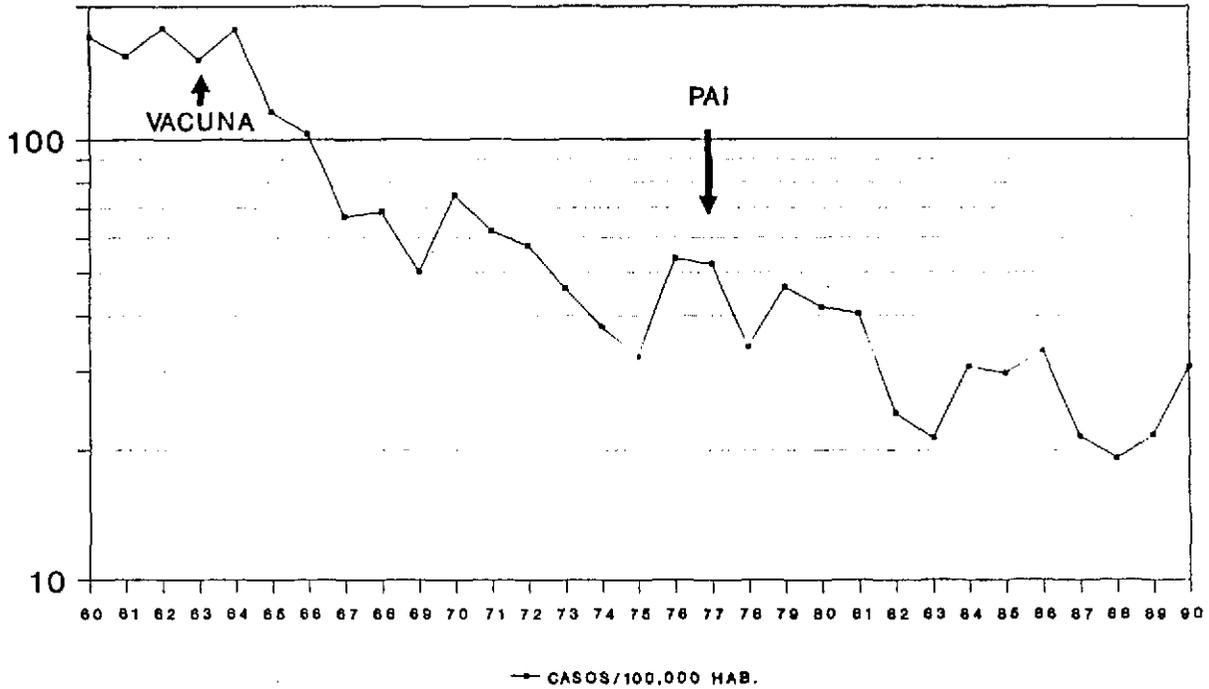
**Casos de TNN y Cobertura Acumulada  
 de toxoide en mujeres en edad fértil  
 Santa Cruz Urbano, Bolivia. 1987-90**



Fuente: D.N.Epi. TNN:tétano Neonatal  
 Pob: 128,430 MEF.

Figura 7

### TASAS DE INCIDENCIA DEL SARAMPION AMERICAS, 1960 - 1990\*



FUENTE: OPS  
\*DATOS PRELIMINARES PARA 1990

complementada con campañas nacionales de vacunación en los países en que la infraestructura aún no está bien desarrollada, y b) una vigilancia epidemiológica intensiva, para detectar todos los casos sospechosos y establecer las medidas de control adecuadas.

Merced a la utilización de esas estrategias, Cuba no ha notificado casos de sarampión desde septiembre de 1990, y en el Caribe de habla inglesa se pusieron en marcha actividades de eliminación del sarampión en mayo de 1990 con la vacunación de todos los niños menores de 15 años de edad, y llevando a cabo actividades de vigilancia intensivas. La experiencia de Cuba y del Caribe anglófono será decisiva para elaborar las estrategias que habrán de utilizarse para la eliminación del sarampión en las Américas.

## 5. Control de la hepatitis B

Actividades de vacunación contra la hepatitis B han continuado y han sido ampliadas en áreas de alto riesgo en Brasil, Colombia y Venezuela. Además, se iniciaron actividades de vacunación en varias áreas de riesgo en Perú, y de identificación de mujeres embarazadas portadoras del virus de la hepatitis B, en Cuba y Honduras, para vacunación de los recién nacidos cuando sea el caso. Los esfuerzos para integración de la vacunación contra hepatitis B en los programas nacionales en áreas de riesgo intermedio y alto (prevalencia de hepatitis B de 2% o más) se han intensificado. Para facilitar estas actividades los esfuerzos deben continuar para: a) en colaboración con UNICEF, OPS y otras agencias, obtener una reducción del precio de la vacuna; b) conducir estudios epidemiológicos adicionales, incluso estudios serológicos en mujeres embarazadas y otros grupos poblacionales para identificación de áreas endémicas de riesgo intermedio y alto, y c) realizar estudios de costo-efectividad para determinar las estrategias más efectivas para la utilización de la vacuna contra la hepatitis B en las diversas áreas de riesgo en América Latina.

## II. PRIORIDADES PARA ACCION

Se necesitan varias medidas específicas para alcanzar las metas establecidas por los Cuerpos Directivos de la OPS, en relación con el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades que pueden prevenirse mediante la vacunación. Estas medidas van a requerir un compromiso renovado de los gobiernos, traducido en la disponibilidad de los necesarios recursos financieros y humanos. A continuación se mencionan las medidas más importantes que han de ejecutarse en los próximos meses, las cuales requerirán un nuevo compromiso.

### 1. Cobertura de inmunización

Las estrategias utilizadas en los últimos años han demostrado un impacto prioritario en el incremento de la cobertura de inmunización. De esta manera, los países deben continuar desarrollando actividades permanentes de vacunación en todos los establecimientos de salud y

complementar estas actividades con los días nacionales o distritales de vacunación y acciones especiales en áreas de difícil acceso. Estas actividades tienen mayor impacto cuando van acompañadas de programas de comunicación y movilización social.

La vigilancia de cobertura de inmunización a nivel de municipio o distrito es fundamental para identificar las áreas de riesgo y baja cobertura y los recursos deben ser reasignados hacia estas áreas para intensificar las actividades. Todos los países deben asegurar que el monitoreo de la cobertura de inmunización con todas las vacunas se efectúe a este nivel.

La mayoría de los países han realizado estudios sobre oportunidades perdidas de vacunación, habiéndose llegado a la conclusión que la causa principal de ese problema son los criterios de falsas contraindicaciones a la vacunación. Sobre la base de tales observaciones, deberían tomarse medidas concretas para eliminar tales oportunidades perdidas. Deberían evaluarse los ejemplos de El Salvador y Bolivia, con vacunación en centros hospitalarios, y debería estudiarse seriamente la posibilidad de reproducirlos en otros países. Deberían realizarse estudios adicionales de investigación de otras operaciones, para determinar la eficacia de diversas estrategias de reducción de las oportunidades perdidas de vacunación.

A medida que la meta de erradicación de la polio se va tornando una realidad, en los programas nacionales de inmunización debería usarse la experiencia adquirida, a los efectos de la expansión global de la infraestructura de vigilancia y control de otras enfermedades prevenibles. Por ejemplo: podrían usarse operaciones de "limpieza" para incrementar la cobertura con todas las vacunas que se usan en los programas nacionales, y debería asignarse especial importancia a la vacunación en centros de asistencia.

## 2. Erradicación de la poliomiélitis

### 2.1 Vacuna

Los países deben asegurar que, en todo momento, las vacunas utilizadas en el programa cumplan con los requisitos mínimos de potencia recomendados por la OPS y la OMS: una relación de 10:1:6 para los tipos 1,2 y 3, respectivamente. Todos los países que producen vacunas deben hacer comprobar lotes de sus vacunas en los laboratorios de referencia de la OPS y la OMS.

### 2.2 Especímenes

Deberían realizarse esfuerzos adicionales en materia de obtención de especímenes. Solo si se obtienen sin dilación los especímenes de los casos y los contactos será posible llegar a la conclusión de que se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje. Se requieren dos especímenes que contengan una cantidad adecuada de material de heces de cada niño con parálisis flácida aguda, y un espécimen de por lo menos

cinco contactos de menos de cinco años de edad. Esto supone siete especímenes de heces por cada caso. Los especímenes negativos de casos probables de poliomielitis deberían ser examinados en por lo menos dos laboratorios de la red de la OPS. Como es imposible saber qué casos de niños ulteriormente se perderán para el seguimiento, es decisivo obtener muestras de heces e información clínica necesariamente en el primer contacto. Tras obtener los especímenes, los mismos deben refrigerarse a lo sumo a 4°C, y remitirse al laboratorio en recipientes refrigerados, teniendo cuidado que el hielo sea suficiente para que quede todavía hielo en el recipiente cuando el material sea recibido en el laboratorio. Por lo tanto es decisivo que la remisión sea controlada en todos los casos por epidemiólogos y virólogos.

### 2.3 Casos de parálisis flácida aguda

Debe asignarse máxima prioridad a los casos de parálisis flácida aguda de menos de seis años de edad que hayan experimentado fiebre al comienzo de la parálisis y cuya parálisis se desarrolle a lo largo de un período de a lo sumo cuatro días. Los datos con que se cuenta revelan que esas enfermedades tienen especial propensión a ser poliomielitis. Debe hacerse todo lo posible para obtener muestras del paciente y de contactos, y deben ponerse en marcha prontamente programas especiales de vacunación "de limpieza". Debe justificarse especialmente todo caso de ese tipo que se categorice como "descartado". Las operaciones de "limpieza" deben consistir en dos series de vacunación con OPV casa por casa, separadas por un intervalo de por lo menos un mes, y que abarquen una zona geográfica sumamente amplia: generalmente toda una provincia o estado, si se ha detectado recientemente el poliovirus salvaje. Las zonas periurbanas y los grupos migrantes siguen siendo la causa principal de la transmisión del poliovirus, y deben seguir siendo tomados como objetivo de una enérgica y amplia campaña de vacunación casa por casa.

Todos los países deben divulgar ampliamente la recompensa de US\$100 a cualquier persona que notifique el primer caso de parálisis que se compruebe es producida por el poliovirus salvaje.

En caso de fallecimiento puede hacerse (o rechazarse) un diagnóstico definitivo de poliomielitis mediante el examen de la médula espinal. Es importante que un patólogo calificado y experimentado examine esos especímenes, si se cuenta con ellos, y que se remita directamente a un laboratorio de referencia un espécimen, para que se procure cultivar el poliovirus.

El análisis clínico de casos del Síndrome de Guillain-Barré no es en sí mismo suficiente para diferenciar con certidumbre la poliomielitis del SGB. Por lo tanto, sigue siendo esencial que los casos del SGB se consideren como casos "probables" de poliomielitis hasta que se cuente con todos los datos de laboratorio y se realice una evaluación en 60 días.

#### 2.4 Notificación de datos

Debe contarse, a nivel de país, con información de todos los casos investigados, pero esos datos deben registrarse además en el sistema de vigilancia regional, para hacer posible un control adecuado del avance regional hacia la erradicación.

#### 2.5 Obtención de muestras ambientales

Deben llevarse a la práctica cuanto antes las recomendaciones del Informe de la Consulta sobre Obtención de Muestras Ambientales y Procedimientos de Exámenes de Detección del Poliovirus Salvaje, en el marco de una labor coordinada a cargo de virólogos, ingenieros ambientalistas y epidemiólogos. Dentro de ese marco:

- a) Deberían normalizarse los procedimientos de obtención de muestras y de análisis.
- b) La obtención de muestras debería iniciarse en lugares en que se haya determinado máximo riesgo de transmisión del poliovirus salvaje, siempre que recientemente se hayan notificado casos (por ejemplo, en la subregión andina), y durante el período de máxima incidencia estacional.
- c) Esos estudios ambientales deberían ser cotejados con los resultados del aislamiento en especímenes fecales obtenidos mediante estudios de comunidades especialmente diseñados y realizados simultáneamente y en los mismos lugares.

### 3. Eliminación del tétanos neonatal

Todos los países deberían establecer un sistema de vigilancia del tétanos para registrar separadamente los casos de tétanos neonatal y post-neonatal así como investigar todos los casos de tétanos neonatal y establecer una búsqueda activa de tales casos en establecimientos de salud, principalmente en los hospitales.

Las campañas de vacunación deberían concentrarse en las mujeres en edad fértil que vivan en las zonas de alto riesgo, y debería utilizarse todo contacto que se mantenga con ellas a los efectos de la vacunación. Deberían usarse los programas de asistencia prenatal y planificación familiar para llegar a esas mujeres.

Debería hacerse participar a las parteras tradicionales en las campañas de vacunación y en actividades de vigilancia del tétanos neonatal y deberían aplicarse a la vacunación nuevas y sencillas tecnologías de inyección, que el personal lego pueda usar sin dificultad y que puedan ser introducidas rutinariamente en programas nacionales.

4. Control del sarampión

Pese a que ha aumentado la cobertura general de vacunación, han seguido produciéndose brotes de sarampión en toda la Región. Ello se debe a que, salvo en el caso de Cuba, ni siquiera los países con mayor cobertura de vacunación han logrado niveles que aseguren la eliminación de la transmisión.

Se deben ejecutar actividades que busquen la identificación de los bolsones de baja cobertura, para que se desarrollen programas especiales de vacunación para el aumento del nivel inmunitario en estos grupos poblacionales.

La labor realizada en Cuba y el plan de eliminación del sarampión de los países del Caribe permitirán elaborar estrategias eficaces encaminadas a controlar o eliminar la enfermedad. Las bajas tasas de cobertura que existen en los grupos prioritarios siguen siendo el mayor obstáculo al control del sarampión, por lo cual se debe procurar aumentar la cobertura en la población menor de dos años de edad.

5. Control de la hepatitis B

Los países en los que hay zonas o grupos de población especiales con alta incidencia de la hepatitis B deberían procurar la expansión del uso de la vacuna contra esa enfermedad en tales zonas y grupos de población, teniendo en cuenta el alto costo que representa actualmente la vacuna y la importancia de este problema sanitario en comparación con otros.

III. AVANCES HACIA LA FASE II

En el Informe presentado por el Director a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Documentos CSP23/19, de fecha 24 de julio de 1990, y CSP23/19. ADD. 1, de fecha 14 de septiembre de 1990) se exponen sumariamente, en un Estudio Conceptual, las estrategias correspondientes a la Fase II de un Programa Acelerado de Inmunización a ejecutarse en las Américas. En dicho estudio se sugiere que todas las instituciones que hicieron posibles los beneficios de la Fase I sigan trabajando juntas y lleven adelante, con financiamiento adicional, actividades de respaldo de los gobiernos nacionales a los efectos de la ejecución de la Fase II. En estos momentos, la OPS discute la posibilidad de nuevas donaciones de diversas fuentes para apoyar la ejecución de la Fase II.

BIBLIOGRAFIA

1. Informe Final de la IX Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA), Guatemala, Guatemala, 12-16 de marzo de 1991.
2. Documento CSP23/19, 24 julio 1990, y ADD. I, 14 septiembre 1990.
3. Andrus, J.K., de Quadros, C.A. y Olivé, J.M. Análisis de Sensibilidad y Especificidad de Criterios Operacionales para el Análisis de Casos de Parálisis Fláccida Aguda. Documento EPI/TAG9/91-1, 1991.
4. Molinero, E., Duron, R. y Olivé, J.M. Síndrome de Guillain Barré: Estudio de 150 Casos en Niños Menores de 15 Años. Honduras, 1988-90. Documento EPI/TAG9/91-2, 1991.
5. Olivé, J.M, Castillo, C. y de Quadros, C.A. Oportunidades Perdidas de Vacunación en las Américas: Diagnóstico e Intervenciones, 1988-90. Documento EPI/TAG9/91-5, 1991.
6. De Quadros, C.A., Andrus, J.K., Olivé, J-M, et al. La Erradicación de Poliomielitis: Progreso en las Américas. En imprenta. Journal of Pediatric Infectious Diseases, 1991.
7. De Quadros, C.A. y Silveira, C. Control del Tétanos Neonatal: Definición de Areas de Alto Riesgo, la Experiencia en las Américas. Documento EPI/TAG8/90-7, 1990.
8. Informe Final de la Consulta Informal de Muestreo Ambiental y Procedimientos de Pruebas para Poliovirus Salvaje en las Américas. Washington, D.C. Febrero, 1991.
9. Olivé, J.M, de Quadros, C.A. y Castillo, C. Sarampión en las Américas. Revisión de la Situación de los Ultimos 30 Años. Documento EPI/TAG8/90-9, 1990.
10. Boletín Informativo PAI, Octubre 1990.
11. Boletín Informativo PAI, Diciembre 1990.
12. Boletín Informativo PAI, Febrero 1991.
13. Resolución X de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre 1990.
14. Resolución XI de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Septiembre 1989.

*comité ejecutivo del  
consejo directivo*

*grupo de trabajo del  
comité regional*



**ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD**

**ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD**



107a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio 1991

Tema 4.3 del programa provisional

CE107/9, ADD. I (Esp.)  
21 junio 1991  
ORIGINAL: INGLES

**PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL POLIO-  
VIRUS SALVAJE EN LAS AMERICAS**

Para información del Comité Ejecutivo, se adjunta el último número del "Weekly Bulletin on Polio Surveillance in the Americas" (Vol. 6, No. 24, correspondiente a la semana que finaliza el 15 de junio de 1991) (públicado en ingles solamente).



**Pan American Health Organization**  
**Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the**  
**World Health Organization**

Vol. 6, No.24

**Expanded Program on Immunization**  
**Polio Surveillance in the Americas**

**Weekly Bulletin for the**  
**week ending 15 June 1991**

**Last wild poliovirus was detected on 25 February 1991, in Colombia**

Table No. 1  
 Status of Analysis of Stool Samples, by Laboratory and Country,  
 Weeks 90/25 - 91/24

LAB.	CNTRY.	TOTAL *	RATE** per 100,000 <15 yrs	WITHOUT RESULTS			% ISOLA- TION	NEG.	ENTEROVIRUS ISOLATION CHARACTERIZATION						
				Not yet in Lab	<10 wks	>10 wks			OTHER ENTERO- VIRUS	Pending	Lab.	Vaccine	Wild		
													P1	P3	
CAR	DOR	8	0.3	0	0	0	25.0	6	2	0	-----	0	0	0	0
	HAI	14	0.5	0	1	0	23.1	10	3	0	-----	0	0	0	0
	TRT	3	0.0	0	0	0	0.0	3	0	0	-----	0	0	0	0
FIO	BOL	53	1.7	11	7	6	48.3	15	5	1	FIO	8	0	0	0
	BRA	823	1.5	90	31	11	20.4	550	78	10	FIO	53	0	0	0
	PER	83	0.9	4	17	14	14.6	41	2	0	FIO	5	0	0	0
INC	COR	11	1.0	0	0	0	27.3	8	3	0	-----	0	0	0	0
	ELS	90	3.8	7	7	0	48.7	39	27	2	CDC	8	0	0	0
	GUT	102	2.4	1	4	0	36.1	62	31	0	CDC	2	0	0	2
	HON	61	2.7	0	6	0	41.8	32	21	2	-----	0	0	0	0
	NIC	16	0.9	1	3	0	25.0	9	3	0	-----	0	0	0	0
	PAN	5	0.6	0	0	0	20.0	4	1	0	-----	0	0	0	0
INH	VEN	101	1.3	4	10	0	24.1	66	17	1	CDC	3	0	0	0
INS	COL	138	1.2	4	10	0	29.8	87	22	9	CDC	1	5	0	0
	ECU	44	1.0	3	5	1	25.7	26	9	0	-----	0	0	0	0
LSP	MEX	272	1.0	1	12	0	26.6	190	60	4	CDC	0	0	0	5
MAL	ARG	91	0.9	0	10	3	19.2	63	9	2	MAL	4	0	0	0
	CHI	1	0.0	0	0	0	100.0	0	0	0	MAL	1	0	0	0
	PAR	30	1.8	3	7	4	18.8	13	3	0	-----	0	0	0	0
	URU	3	0.3	0	1	1	0.0	1	0	0	-----	0	0	0	0
TOTAL		1949	1.3	129	131	40	24.1	1225	296	31		85	5	7	

\*\* POPULATION UNDER 15 YEARS OF AGE

\* EACH SAMPLE RELATES TO AN INDIVIDUAL

STATUS OF POLIOVIRUS PENDING INTRATYPIC DIFFERENTIATION  
 Weeks 90/25 - 91/24

Table No. 3  
 WILD POLIOVIRUS ISOLATED  
 Weeks 90/24 - 91/23

LAB	COUNTRY	POLIOVIRUS												TOTAL
		NOT YET IN LAB				IN LAB < 4 Wks				IN LAB > 4 Wks				
		P1	P2	P3	MIX	P1	P2	P3	MIX	P1	P2	P3	MIX	
CDC	COL	2	0	3	2	0	1	1	0	0	0	0	0	9
	ELS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	HON	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	MEX	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
	VEN	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
FIO	BOL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	BRA	2	0	0	5	0	0	0	0	2	1	0	0	10
	ARG	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL		8	1	6	7	0	1	1	0	3	2	1	1	31

COUNTRY	SITE	STATE	VIRUS TYPE	DATE OF COLLECTION	WK
	Magdalena		P1	11/20/90	47
	Magdalena		P1	12/29/90	52
	Bolivar		P1	01/08/91	02
	Bolivar		P1	02/25/91	09
Guatemala	Chimaltenango		P3	09/20/90	38
	San Juan Sacra.		P3	10/02/90	40
Mexico	Colima		P3	09/10/90	37
	Colima		P3	09/24/90	39
	Colima		P3	09/25/90	39
	Jalisco		P3	10/23/90	43
Peru	Anazonas		P1	10/11/90	41

Table No. 4  
CONFIRMED CASES OF POLIOMYELITIS  
BY WEEK OF ONSET

SITE	TOTAL 1990	CUMULATIVE	
		1990	1991
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	4	1	2
COR	0	0	0
CUB	0	0	0
DOR	0	0	0
ECU	1	1	0
ELS	0	0	0
GUT	3	1	0
HAI	0	0	0
HON	0	0	0
MEX	7	2	0
NIC	0	0	0
PAN	0	0	0
PAR	0	0	0
PER	2	2	0
URU	0	0	0
USA	0	0	0
VEN	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

Table No. 5  
POLIO COMPATIBLE CASES  
BY WEEK OF ONSET

SITE	TOTAL 1990	CUMULATIVE	
		1990	1991
ARG	0	0	0
BOL	0	0	0
BRA	14	4	2
CAN	0	0	0
CAR	0	0	0
CHI	0	0	0
COL	8	3	0
COR	0	0	0
CUB	0	0	0
DOR	0	0	0
ECU	2	2	0
ELS	2	0	0
GUT	0	0	1
HAI	0	0	0
HON	0	0	0
MEX	7	3	1
NIC	0	0	0
PAN	0	0	0
PAR	2	2	0
PER	17	5	0
URU	0	0	0
USA	0	0	0
VEN	8	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>21</b>	<b>4</b>

Table No. 6  
CASES OF ACUTE FLACCID PARALYSIS UNDER INVESTIGATION  
BY WEEK OF REPORT

SITE	TOTAL 1990	CUM 1991	WEEKS								
			1- 4	5- 8	9-12	13-16	17-20	21	22	23	24
ARG	20	29	7	4	3	6	3	3	1	2	0
BOL	0	8	0	0	1	0	2	2	1	2	0
BRA	1	203	8	11	21	50	73	9	15	11	5
CAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHI	0	21	1	0	1	3	6	2	5	2	1
COL	2	41	0	2	10	14	11	3	1	0	0
COR	0	2	0	0	0	2	0	0	0	NR	0
CUB	1	4	0	1	2	1	0	0	0	0	NR
DOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECU	11	19	2	1	3	5	1	3	2	2	0
ELS	2	27	0	2	1	7	6	5	2	3	1
GUT	0	15	0	1	0	0	6	4	0	2	2
HAI	0	7	0	0	1	1	4	0	0	1	0
HON	0	8	0	0	2	3	3	0	0	0	NR
MEX	0	60	0	4	9	12	25	1	5	2	2
NIC	0	5	0	0	0	0	4	0	0	1	0
PAN	3	3	0	1	1	0	1	0	0	0	0
PAR	0	18	0	5	4	5	2	1	0	0	1
PER	0	12	0	0	1	3	3	1	1	3	0
URU	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0
USA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VEN	12	38	3	5	4	8	9	3	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>523</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>65</b>	<b>120</b>	<b>159</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>14</b>

CAR INCLUDES REPORTS FROM ALL CAREC-MEMBER COUNTRIES  
NR NO REPORT RECEIVED



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXXV Reunión

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XLIII Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre 1991

Tema 5.3 del programa provisional

CD35/15, ADD. I (Esp.)  
16 septiembre 1991  
ORIGINAL: INGLES

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL  
POLIOVIRUS SALVAJE DE LAS AMERICAS

Actualización por lo que respecta a la vigilancia de la poliomiелitis

A la semana 36, que finalizó el 7 de septiembre de 1991, sólo se habían detectado cuatro casos aislados de poliovirus salvaje en todo el Hemisferio Occidental, tres en Colombia, en los Departamentos de Bolívar y Atlántico, y uno en el Perú, en el Departamento de Piura. El último caso se detectó el 19 de marzo de 1991 en Atlántico, Colombia (véase el Weekly Bulletin on Poliovirus Surveillance, Vol. 6, No. 36 (publicado en inglés solamente), que se adjunta).

Apoyo entre organismos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID) firmaron un acuerdo el 10 de julio de 1991, en virtud del cual USAID concede 20 millones de dólares a la OPS, durante el período 1991-1995, para acelerar la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), consolidar la erradicación de la poliomiелitis, eliminar el tétanos neonatal y fortalecer el control del sarampión. Este acuerdo fué firmado en respuesta a la Resolución CSP23.R10 de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Washington, D.C., en septiembre de 1990.

Anexo



**Pan American Health Organization**  
**Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the**  
**World Health Organization**

Vol. 6, No.36

**Expanded Program on Immunization**  
**Polio Surveillance in the Americas**

**Weekly Bulletin for the**  
**week ending 7 September 1991**

**Poliovirus Surveillance**

**Last wild poliovirus was detected on 19 March 1991, in Colombia**

Table No. 1  
 Status of Analysis of Stool Samples, by Laboratory and Country,  
 Last 52 Weeks (90/37 - 91/36)

LAB.	CNTRY.	TOTAL *	WITHOUT RESULTS			% ISOLA-TION	NEG.	OTHER ENTERO-VIRUS	ENTEROVIRUS ISOLATION CHARACTERIZATION					
			Not yet in Lab	<10 wks	>10 wks				Pending	Lab.	Vaccine	Wild		
												P1	P3	
CAR	DOR	5	0	0	0	20.0	4	1	0	-----	0	0	0	0
	HAI	18	0	0	0	16.7	15	3	0	-----	0	0	0	0
FIO	BOL	62	14	1	11	41.7	21	4	1	FIO	10	0	0	0
	BRA	840	44	66	17	17.0	592	59	14	FIO	48	0	0	0
	PER	95	13	7	22	24.5	40	4	1	FIO	6	2	0	0
INC	COR	5	0	0	0	20.0	4	1	0	-----	0	0	0	0
	ELS	83	1	2	1	53.2	37	32	1	CDC	9	0	0	0
	GUT	94	0	9	0	36.5	54	25	0	CDC	4	0	2	0
	HON	58	2	0	0	41.1	33	18	0	CDC	4	0	0	0
	NIC	11	0	0	0	63.6	4	6	0	INC	1	0	0	0
PAN	3	0	0	0	33.3	2	1	0	CDC	1	0	0	0	
INH	VEN	85	5	4	2	21.6	58	12	3	CDC	1	0	0	0
	COL	134	5	6	1	29.5	86	22	7	CDC	1	6	0	0
INS	ECU	44	4	5	0	25.7	26	9	0	-----	0	0	0	0
	MEX	244	0	6	1	24.1	180	45	1	CDC	6	0	5	0
MAL	ARG	81	0	3	2	28.9	54	12	1	MAL	9	0	0	0
	CHI	1	0	0	0	100.0	0	0	0	MAL	1	0	0	0
	PAR	25	0	0	2	56.5	10	12	0	MAL	1	0	0	0
	URU	3	0	0	1	50.0	1	1	0	-----	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>1891</b>	<b>88</b>	<b>109</b>	<b>60</b>	<b>25.3</b>	<b>1221</b>	<b>267</b>	<b>29</b>		<b>102</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	

\* Each sample relates to an individual

Table No. 3 - WILD POLIOVIRUS  
 Last 52 Weeks (90/37 - 91/36)

Table No. 2  
 STATUS OF POLIOVIRUS PENDING INTRATYPIC DIFFERENTIATION  
 Last 52 Weeks (90/37 - 91/36)

COUNTRY	SITE STATE	VIRUS TYPE	DATE OF COLLECTION	WK
	Magdalena	P1	11/20/90	47
	Magdalena	P1	12/29/90	52
Guatemala	Chimaltenango	P3	09/20/90	38
	San Juan Sacca.	P3	10/02/90	40
Mexico	Colima	P3	09/10/90	37
	Colima	P3	09/24/90	39
	Colima	P3	09/25/90	39
	Jalisco	P3	10/22/90	43
	Jalisco	P3	10/23/90	43
Peru	Amazonas	P1	10/11/90	41
Colombia	Bolivar	P1	01/08/91	02
	Bolivar	P1	02/25/91	09
	Atlantico	P1	03/19/91	12
Peru	Piura	P1	02/02/91	05

LAB	COUNTRY	POLIOVIRUS												TOTAL
		NOT YET IN LAB				IN LAB < 4 Wks				IN LAB > 4 Wks				
		P1	P2	P3	MIX	P1	P2	P3	MIX	P1	P2	P3	MIX	
CDC	COL	1	1	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	7
	ELS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	MEX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	VEN	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
	FIO	BOL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	BRA	6	1	1	3	0	0	0	0	3	0	0	14	
	PER	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	ARG	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
<b>TOTAL</b>		<b>9</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	

Acute Flaccid Paralysis Surveillance

Table No. 1  
REPORTED CASES OF ACUTE FLACCID  
PARALYSIS AND RATE PER 100,000  
POPULATION UNDER 15 YEARS OF AGE

SITE	TOTAL		CUMULATIVE	
	CASES 1990	RATE 1990	CASES 1991	RATE 1991*
ARG	111	1.11	54	0.78
BOL	59	1.84	42	1.90
BRA	904	1.66	612	1.62
CAN	0	0.00	0	0.00
CAR	10	0.32	8	0.37
CHI	181	4.31	109	3.75
COL	207	1.75	103	1.26
COR	10	0.91	3	0.39
CUB	24	0.92	8	0.44
DOR	12	0.43	10	0.52
ECU	61	1.39	39	1.28
ELS	88	3.67	59	3.55
GUT	105	2.50	65	2.24
HAI	23	0.88	16	0.89
HON	69	3.00	30	1.88
MEX	340	1.19	235	1.19
NIC	17	0.94	16	1.28
PAN	9	1.00	4	0.64
PAR	33	1.94	21	1.78
PER	101	1.13	61	0.99
URU	6	0.67	3	0.48
USA	0	0.00	0	0.00
VEN	126	1.64	67	1.26
TOTAL	2496	1.12	1565	1.02

Table No. 2  
CASES OF ACUTE FLACCID PARALYSIS UNDER INVESTIGATION  
BY WEEK OF REPORT

SITE	TOTAL 1990	CUM 1991	WEEKS												
			1- 4	5- 8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	33	34	35	36	
ARG	0	31	1	3	0	1	1	3	6	9	1	2	2	2	
BOL	0	6	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	
BRA	0	235	3	1	5	9	22	21	37	61	7	17	23	29	
CAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CAR	0	8	1	0	0	0	0	1	1	5	0	0	0	0	
CHI	0	26	1	0	0	0	1	5	15	1	0	2	1	0	
COL	0	53	0	1	1	9	8	7	12	7	4	1	1	2	
COR	0	3	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	NR	NR	
CUB	0	4	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	NR	NR	
DOR	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
ECU	0	27	1	1	3	4	1	4	1	7	2	0	2	1	
ELS	1	13	0	0	0	0	1	2	1	7	0	2	0	0	
GUT	0	24	0	0	0	0	1	2	4	8	6	1	1	1	
HAI	3	9	0	0	1	1	2	1	3	1	0	0	0	0	
HON	0	9	0	0	0	0	0	1	6	2	0	0	0	0	
MEX	0	94	0	3	2	4	18	13	29	18	3	2	2	NR	
NIC	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
PAN	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
PAR	0	4	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	
PER	0	15	0	0	1	0	1	1	1	5	0	2	1	3	
URU	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
USA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VEN	0	30	0	2	0	1	2	3	7	7	3	1	4	—	
TOTAL	5	599	7	11	13	31	61	69	127	143	26	30	40	41	

\* ADJUSTED

NR NO REPORT RECEIVED

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

SITE	TOTAL 1990	CUMULATIVE	
		1990	1991
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	4	1	3
COR	0	0	0
CUB	0	0	0
DOR	0	0	0
ECU	1	1	0
ELS	0	0	0
GUT	3	1	0
HAI	0	0	0
HON	0	0	0
MEX	7	3	0
NIC	0	0	0
PAN	0	0	0
PAR	0	0	0
PER	3	2	0
URU	0	0	0
USA	0	0	0
VEN	0	0	0
TOTAL	18	8	3

Table No. 4  
POLIO COMPATIBLE CASES  
BY WEEK OF ONSET

SITE	TOTAL 1990	CUMULATIVE	
		1990	1991
ARG	9	3	2
BOL	0	0	0
BRA	14	10	6
CAN	0	0	0
CAR	0	0	0
CHI	0	0	0
COL	11	4	3
COR	0	0	0
CUB	0	0	0
DOR	0	0	0
ECU	2	2	1
ELS	2	0	0
GUT	0	0	1
HAI	0	0	0
HON	0	0	0
MEX	7	5	1
NIC	0	0	0
PAN	0	0	0
PAR	2	2	0
PER	16	12	0
URU	0	0	0
USA	0	0	0
VEN	10	8	3
TOTAL	73	46	17

CAR INCLUDES REPORTS FROM ALL CAREC MEMBER COUNTRIES