



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



103a Reunión
Washington, D.C.
June-July 1989

Tema 4.6 del programa provisional

CE103/3 (Esp.)
Corrigendum
2 junio 1989
ESPAÑOL/INGLES

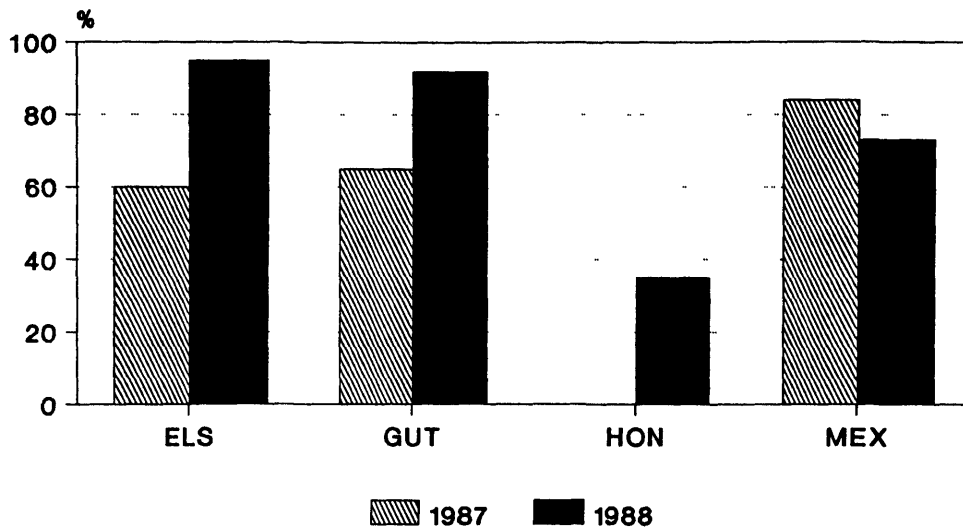
PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL
POLIOVIRUS SALVAJE DE LAS AMERICAS PARA 1990

Corrigendum

Por favor añádase la Figura 17 anexa al Documento CE103/3.

Figura 17

**% CASOS PROBABLES CON MEDIDAS
DE CONTROL ORGANIZADAS
CENTROAMERICA Y MEXICO, 1987-88***



• PAISES INFECTADOS SOLAMENTE
Fuente: OPS



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



103a Reunión
Washington D.C.
Junio-Julio 1989

Tema 4.6 del programa provisional

CE103/3 (Esp.)
17 mayo 1989
ORIGINAL: INGLES

**PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA DEL
POLIOVIRUS SALVAJE DE LAS AMERICAS PARA 1990**

El Programa alcanzó un gran impulso durante 1988. Se consolidaron los Planes Nacionales de Acción que entraron en su tercer ciclo anual y se perfeccionaron los aspectos administrativos y gerenciales de la etapa de ejecución. Los sistemas de información, especialmente el de vigilancia de la poliomielitis en el Continente, se integraron en un sistema computarizado que se estableció en todos los países a finales de 1988. El Programa Ampliado de Inmunización alcanzó las más altas coberturas y la incidencia de la poliomielitis sus cifras más bajas, con menos del 2% de los distritos y municipios en América Latina y el Caribe aún afectados por la enfermedad.

Al final del año los países estaban preparando activamente operaciones especiales de "limpieza", encaminadas a incrementar la cobertura de la inmunización en los distritos o municipios que notificaron baja cobertura o casos de poliomielitis. Estas actividades, iniciadas durante el primer trimestre de 1989, y que actualmente se desarrollan en todos los países endémicos, fueron posibles gracias al nuevo apoyo financiero del Club Rotario Internacional que aprobó, en diciembre de 1988, una subvención especial para la OPS de US\$1,2 millones. Esta cantidad se sumó a los recursos proporcionados por la OPS, la USAID y el BID, y arroja un fondo total de US\$34 millones para el PAI, canalizados por medio de la OPS.

La vigilancia de la cobertura y la incidencia de la enfermedad por distritos o municipios hizo posible la identificación de las áreas de alto riesgo que deben ser objeto de actividades especiales.

Se establecieron laboratorios de apoyo al programa que ya están en funciones, pero aún persisten algunos problemas operativos que requieren mucha atención.

En septiembre de 1988 se propuso la iniciativa especial de eliminar el sarampión del Caribe de habla inglesa. Se identificaron las áreas en riesgo de tétanos neonatal en nueve países de la Región, y se tomaron disposiciones para poner en práctica medidas adecuadas de control.

Durante el año hubo buena coordinación interorganismos. Se analizaron los problemas país por país, y los directores de los organismos (OPS/UNICEF) deliberaron sobre la preparación de iniciativas conjuntas de orden político.

El Grupo Técnico Asesor (GTA) se reunió dos veces en 1988, en enero en Lima, Perú, y en noviembre en Buenos Aires, Argentina. En esas reuniones, a las que asistieron participantes de todos los países latinoamericanos y organismos donantes, se evaluó el progreso de las metas del PAI, en particular los asuntos relacionados con la iniciativa de la poliomielitis, y el control del sarampión y del tétanos neonatal.

Todavía queda mucho por hacer para alcanzar las metas del programa en 1990 y mantenerlas durante los años noventa. En las Américas nacen casi 4 millones de niños al año que no tienen acceso a los servicios de inmunización, y es necesario aumentar los esfuerzos para acabar con los últimos casos de poliomielitis. El compromiso político será elemento clave en los próximos años.

Se solicita del Comité Ejecutivo que revise la situación actual del Programa Ampliado de Inmunización en las Américas, sobre todo el progreso logrado para erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas para finales del año próximo. A este respecto, se pide su opinión sobre las recomendaciones formuladas por el Grupo Técnico Asesor, que se presentan en la Sección 2 de este documento.

INDICE

	<u>Página</u>
1. Análisis de la situación	1
1.1 Cobertura de la inmunización	1
1.2 Cadena de frío	2
1.3 Incidencia de la enfermedad	3
1.4 Estrategias y operaciones de "limpieza"	4
2. Principales conclusiones y recomendaciones de la VI Reunión del Grupo Técnico del PAI	7

PLAN DE ACCION PARA LA ERRADICACION DE LA TRANSMISION AUTOCTONA
DEL POLIOVIRUS SALVAJE DE LAS AMERICAS PARA 1990

1. ANALISIS DE LA SITUACION

1.1 Cobertura de la inmunización

La cobertura de inmunización en niños menores de un año alcanzó su punto más alto de todos los tiempos en 1988, aproximadamente el 60% para todas las vacunas (Cuadro 1 y Figura 1). Aun más importante, por primera vez, en la mayor parte de las subregiones de las Américas, se logró un nivel más uniforme de cobertura, como se observa en la Figura 2. El análisis de la cobertura por municipio es otro excelente indicador del progreso que se lleva a cabo actualmente en la mayoría de los países. Cuando se analiza este indicador se observa que el número de municipios con baja cobertura (5% o menos) está disminuyendo, mientras se incrementa el número de municipios con una cobertura más alta (80% o más) como lo muestran los cuatro países en la Figura 3. Esto indica que se están adoptando medidas de orden local para corregir problemas concretos: este sencillo análisis señala la necesidad de reorganizar la prestación de los servicios de salud, especialmente los locales:

Ahora bien, cada año nacen casi 4 millones de niños en las Américas que no reciben los beneficios completos de la inmunización. Los principales problemas que todavía impiden aumentar la cobertura están asociados con tres asuntos principales:

- a) Los días nacionales de vacunación no se han planificado de tal forma que se concentren las actividades en las áreas con más baja cobertura de vacunación. Esto se debe a que no se efectúan evaluaciones entre los días de vacunación que puedan orientar la planificación subsiguiente.
- b) Se pierden oportunidades de vacunación en los servicios de salud, donde niños que deben ser vacunados no lo son principalmente por contraindicaciones no válidas o en algunos casos por falta de vacunas, jeringas o agujas.
- c) La alta tasa de deserción de niños que requieren vacunas que se administran en dosis múltiples. Estos problemas requerirán medidas concretas durante 1989 para alcanzar la meta del PAI: la inmunización de todos los niños para 1990.

1.2 La cadena de frío

La situación actual de la cadena de frío en las Américas indica que las vacunas que se utilizan en los países se mantienen, en general, en condiciones satisfactorias y sirven para inmunizar eficazmente a las

poblaciones programadas. Durante los diez años últimos sólo se originó un brote importante de una de las enfermedades del PAI a causa de una deficiencia en la cadena de frío. Sin embargo, se requieren cuidado y mantenimiento permanentes para sostener esta situación.

A medida que el Programa Ampliado de Inmunización entra en su segundo decenio en los países de las Américas, los equipos de la cadena de frío se van gastando, por lo que es necesario hacer una revisión detallada de su estado actual y de las nuevas necesidades de equipo. Por tanto, varios países han solicitado la ayuda de la OPS para hacer estas revisiones. Con este propósito se han desarrollado una metodología y la preparación subsiguiente de planes nacionales para la cadena de frío. Estos planes también determinan los gastos ordinarios de mantenimiento de la cadena de frío, tales como combustible y repuestos, y los costos de transporte de vacunas, adiestramiento y supervisión. Esas encuestas y planes se realizaron durante 1988 en Bolivia y Perú, y en lo que va de 1989 en Guatemala y Ecuador.

La Universidad del Valle en Cali, Colombia, punto focal para la cadena de frío, continúa desarrollando el programa de prueba de la cadena de frío para la Región. En Brasil, Colombia y Venezuela se probaron los refrigeradores este año, pero éstos desafortunadamente no cumplieron las especificaciones para cadenas de frío de la OPS/OMS. La OPS continuará trabajando con los fabricantes a fin de mejorar la calidad de los refrigeradores que se producen.

En algunos países de la Región se han instalado refrigeradores que operan con energía solar, especialmente en Chile y Haití, lo que ha permitido disponer de vacunas en zonas remotas donde hubiera sido imposible almacenarlas por carecer de otras fuentes de energía.

1.3 Incidencia de la enfermedad

a) Durante 1988 la incidencia de poliomielitis llegó a un nivel bajo sin precedente: en ese año se confirmaron menos de 400 casos, en comparación con 647 casos en 1987 y 947 en 1986 (Figura 4). Este decremento es más significativo si se tiene en cuenta que nunca ha sido mejor la vigilancia de esta enfermedad en toda la Región. Estos casos se detectaron en menos del 2% de los municipios de la Región (Cuadro 2). Es evidente que la enfermedad se ha confinado en muy pocas zonas geográficas. El análisis de las fechas de inicio de los casos confirmados de poliomielitis durante los tres años últimos indica que, por primera vez, en 1988 hubo una notable disminución del número de casos notificados semanalmente y no se observó, como en años anteriores, un aumento estacional entre las semanas 19 y 39 (Figura 5). En todas las subregiones se observa una disminución del índice de morbilidad, aunque no es uniforme en la totalidad de ellas, siendo más acentuada en el Cono Sur, el Caribe latinoamericano, Norteamérica y Brasil. Las subregiones andina y centroamericana acusaron el menor descenso (Figuras 6 y 7). La

Figura 8 muestra la distribución de casos por país durante los años de 1987 y 1988, y se observa poca diferencia en el número de casos notificados por los países durante ese período. En cambio, como lo ilustra la Figura 9, Guatemala, Perú, Venezuela y Colombia notificaron las tasas más altas de la enfermedad en 1988.

Los datos de laboratorio confirmaron que sólo 26 entre más de 1.500 muestras aisladas de heces recogidas de casos probables mostraron el poliovirus salvaje, lo que indica que la circulación pudiera estar llegando a suspenderse.

b) La verdadera incidencia de sarampión y tos ferina siguió siendo difícil de medir, pues todavía no se ha establecido un sistema adecuado de vigilancia para estas dos enfermedades. Hubo brotes de sarampión en algunos países de Latinoamérica, especialmente en Chile, donde se notificaron más de 45.000 casos durante 1989, en comparación con menos de 3.000 casos en 1987.

En el Caribe de habla inglesa el sarampión ha llegado a una cifra históricamente baja, durante cinco años tres países no han notificado ningún caso; ha habido un descenso permanente del número total de casos notificados durante los siete años últimos (Figura 10). Estos datos han alentado a los ministros de salud de esa subregión a fijar la meta de eliminación del sarampión para 1995. Al parecer, Cuba ha logrado detener la transmisión de la enfermedad, ya que durante las 20 últimas semanas no ha notificado ningún caso de sarampión. Esto lo ha logrado mediante una campaña intensa de vacunación, vigilancia activa y medidas de contención.

c) En nueve países (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú), se realizó un estudio de las zonas en alto riesgo de tétanos neonatal que mostró una prevalencia de más de 10 casos por mil nacidos vivos.

Hay que adoptar medidas especiales en estas zonas mediante la vacunación masiva de las mujeres en edad fértil. Durante los últimos años se ha observado una tendencia general hacia la disminución (ver las Figuras 11 y 14), a pesar de que todavía no se ha establecido bien la vigilancia para estas dos enfermedades y la tos ferina.

1.4 Estrategias y operaciones de "limpieza"

A medida que las actividades de erradicación de la poliomielitis entran en su etapa final y el número de casos de la enfermedad disminuye aún más, es de importancia vital que todos los países adopten las estrategias más eficaces para extender la cobertura hasta lograr inmunizar a todos los niños y eliminar de manera definitiva la transmisión del poliovirus salvaje para diciembre de 1990.

Durante su última reunión en noviembre de 1988, en Buenos Aires, Argentina, el Grupo Técnico Asesor examinó las estrategias que se

aplicarán en los próximos meses para mantener altos niveles de cobertura en todos los países e intensificar mecanismos de vigilancia que aseguren que cada caso sospechoso o probable se investigue pronto o, se descarte completamente la posibilidad de que se encuentre involucrado el poliovirus salvaje.

Las estrategias que deben aplicarse abarcan:

a) Los días nacionales de vacunación

En los países donde la poliomielitis es endémica se deben continuar Los días nacionales de vacunación (DNV) y utilizar todos los antígenos del PAI, especialmente el toxoide tetánico en mujeres en edad fértil, con el fin de asegurar el mantenimiento de una alta cobertura del PAI. En los países no endémicos deben proseguir las actividades que mantengan el nivel de cobertura del PAI, y emplear el toxoide tetánico en las zonas en riesgo de tétanos neonatal.

Durante la programación de los días nacionales de vacunación se debe prestar especial atención a las municipalidades con cobertura por debajo del promedio nacional para asignarles mayores recursos humanos y logísticos. Aún más, durante los períodos que transcurren entre los días de vacunación nacional es conveniente ejecutar programas especiales en las municipalidades que permanecen con baja cobertura. En ambos casos es esencial la participación de los líderes de la comunidad para obtener buenos resultados. Finalmente, para lograr las metas es imprescindible que se descentralicen los recursos financieros y se administren directamente por el personal del nivel más bajo del sistema de salud.

b) Operaciones de "limpieza"

Otro elemento indispensable de la estrategia es la organización de campañas especiales de vacunación con la VOP, casa por casa, en las municipalidades con poliomielitis endémica, es decir, las que durante los tres años últimos han notificado casos confirmados de poliomielitis. La vacunación con la VOP de casa en casa, llamada operación de "limpieza", está dirigida a la intervención total de la transmisión en los países endémicos y deberá completarse antes de septiembre de 1989. Se deberá incluir en las zonas que van a ser objeto del programa de operaciones de "limpieza" a todo municipio que haya notificado un caso probable de poliomielitis durante el período actual.

Las actividades de la operación "limpieza" han recibido nuevo apoyo del Club Rotario Internacional, que ha aprobado un subsidio para la OPS de US\$1.2 millones aproximadamente. Estos recursos están siendo utilizados en gastos del personal complementario de supervisión en los países y en apoyo a las actividades relacionadas con la vacunación de casa en casa, en particular, gastos de transporte, viáticos y algunas actividades de promoción.

c) Reforzamiento de la vigilancia

Es necesario intensificar las actividades de vigilancia, en particular la organización de una red de estaciones de información en cada país. Es preciso establecer indicadores de vigilancia para la investigación de casos. Especialmente, se deberán recoger muestras de heces de cada caso de parálisis flácida que ocurra en cada país. No se puede certificar la erradicación de la enfermedad si no se cumple con este elemento único y de suma importancia. Por tanto, es preciso detectar los casos desde los primeros síntomas, de manera que aumenten las posibilidades de recuperación del virus. Para alcanzar esta meta, la red de notificación deberá estar funcionando totalmente en cada país antes del final de 1989. Por consiguiente, es imperativo que cada país identifique las instituciones de salud que tengan más probabilidades de atender casos de parálisis flácida (aun en los países donde la poliomielitis no es primordialmente endémica), con el fin de establecer la notificación negativa semanal y mantenerla en forma sistemática. La información disponible que aparece en el Cuadro 3, señala que todos los países tienen aún mucho por hacer en esta área, ya que al presente existen pocas instituciones que notifiquen periódicamente. A medida que se amplíe la red de notificación puede intensificarse la búsqueda de casos de parálisis flácida y la investigación consecutiva, especialmente la recolección de muestras para determinar la presencia o ausencia de poliovirus salvaje. Esta decisión final sobre la presencia o ausencia del poliovirus salvaje deberá ser certificada por uno de los Laboratorios de Diagnóstico de Referencia de la OPS que funcionan en la Región. A este respecto, debe asignarse máxima prioridad a la solución de los problemas de tipo operativo que aún persisten en la red de laboratorios. Se han nombrado nuevos consultores sobre virología para reforzar la red y ayudar a vencer las dificultades existentes.

Para lograr el primer elemento de esta estrategia, el mantenimiento de una alta cobertura de inmunización, uno de los elementos claves es el compromiso político y la adecuada asignación de recursos. Para el segundo componente de la estrategia, el reforzamiento de la vigilancia, todavía queda mucho por hacer en el área técnica del programa, ya que los indicadores de vigilancia necesitan mejorarse más. Por ejemplo, para detectar adecuadamente el virus salvaje es necesario reducir el intervalo entre el comienzo de la enfermedad y la notificación, mejorar la investigación y la recolección de muestras. Como se observa en las Figuras 15, 16 y 17, se han logrado mejorías generales, particularmente en determinados países, pero se requiere mucho más esfuerzo en algunos países, sobre todo en lo que respecta a la temprana recolección de muestras y a la implantación de medidas de control. No es aceptable la degradación de estos indicadores, como lo muestra el ejemplo de Honduras, si hemos de alcanzar la meta de la erradicación para finales de 1990.

2. RECOMENDACIONES PRINCIPALES DE LA VI REUNION DEL GRUPO TECNICO
ASESOR DEL PAI (1 AL 4 DE NOVIEMBRE DE 1988, BUENOS AIRES,
ARGENTINA)

2.1 Los esfuerzos para erradicar la poliomielitis han contribuido a fortalecer la situación general del PAI en las Américas y han animado a la Asamblea Mundial de la Salud a establecer la meta de la erradicación mundial para el año 2000. Aunque la meta para las Américas está a la vista y hay grandes motivos de optimismo, aún queda mucho por hacer en los 25 meses que restan antes del final de 1990, fecha fijada para la eliminación de la transmisión del poliovirus. Para lograrla es indispensable crear un sentido de urgencia en todos los planos regional, nacional, provincial y local. Es necesario que los países avancen juntos, porque esta es una empresa regional y la persistencia de focos de infección en el Continente representa una amenaza para toda la Región. En muchos países esto requiere acelerar los esfuerzos.

2.2 Los principales problemas técnicos que enfrenta la erradicación de la poliomielitis han sido superados, y al presente la necesidad más urgente es introducir las soluciones de manera uniforme dentro de cada país y mejorar los métodos que se han desarrollado: la vigilancia activa, los servicios activos de inmunización, la institución permanente de días de vacunación nacional utilizando antígenos múltiples y la respuesta enérgica ante los casos registrados.

2.3 Mediante el esfuerzo extraordinario de los organismos internacionales se han puesto a la disposición de la Región considerables recursos externos gubernamentales y no gubernamentales (tanto financieros como de personal). Merece especial reconocimiento la cooperación prestada por UNICEF, el Club Rotario Internacional, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Asociación de Salud Pública del Canadá, (con apoyo de la Organización de Desarrollo Internacional del Canadá) y la OPS/OMS. El próximo paso es determinar los recursos internos que se requieren para completar la tarea y ponerlos a la disposición del nivel local.

2.4 No se deben escatimar esfuerzos para identificar los focos restantes de infección por medio de actividades especiales e intensificadas de inmunización (tal como las campañas de inmunización de casa en casa) para eliminar el virus en esas zonas.

2.5 En algunos países los niveles de cobertura son aún deficientes, por lo que es urgente dedicar más esfuerzos para mejorar la cobertura y mantenerla. Como la cobertura en los países rara vez es uniforme, es necesario concentrar las actividades en las zonas de mayor prioridad, que son típicamente las urbanas y periurbanas.

2.6 Aunque la red regional de laboratorios de referencia es eficaz, existen problemas que obstaculizan el pleno desempeño de sus importantes funciones, tales como:

- a) Sólo a una proporción relativamente pequeña de pacientes con poliomielitis probable se les recogen muestras de heces para enviarlas oportunamente al laboratorio. Las heces de un paciente con poliomielitis probable son una fuente importante de muestras para detectar la presencia del poliovirus salvaje. Se requiere incrementar los esfuerzos para asegurar la recolección adecuada de muestras de todos estos pacientes al comenzar la evolución de la enfermedad y enviarlas rápidamente al laboratorio mediante un transporte adecuado.
- b) Se necesita una mejor comunicación entre epidemiólogos y virólogos para asegurar la adecuada recolección de las muestras y su transporte, el suministro de la información completa y la fijación de prioridades apropiadas para el tratamiento de las muestras.
- c) En muchos laboratorios es demasiado largo el tiempo transcurrido entre la recepción de las muestras y la entrega de los resultados para que éstos puedan servir al programa. Estas demoras no deben ocurrir. Las muestras recolectadas en zonas exentas de poliomielitis deben recibir especial prioridad. Las muestras aisladas de poliovirus deben enviarse inmediatamente a los laboratorios de referencia para su caracterización intratípica.
- d) Todos los laboratorios que hacen diagnóstico de poliomielitis deben establecer procedimientos de control de calidad y participar permanentemente en pruebas de eficiencia, con el fin de asegurar la confiabilidad de los resultados. Se debe lograr competencia en el aislamiento de cepas del poliovirus de las muestras de heces, así como exactitud en la determinación de títulos serológicos. Se le ha pedido a un subgrupo independiente de virólogos que fije criterios para la certificación de laboratorios. Los laboratorios que no participen en el programa de pruebas de eficiencia deben enviar muestras duplicadas a los laboratorios de referencia.

2.7 La información recogida hasta la fecha por medio de la red de laboratorios señala una tasa relativamente baja de aislamiento de los pacientes con poliomielitis clínicamente probable (o incluso confirmada). Esto puede deberse en parte a que no se obtienen muestras al comenzar el curso de la enfermedad, al transporte inadecuado de las muestras o a la relativa inespecificidad de la definición de caso. Además, las muestras aisladas que se han obtenido indican un fuerte predominio de cepas vacunales. No hay razón para sospechar que todos esos casos representan parálisis producida por la vacuna. Sin embargo, es necesario realizar investigaciones más detalladas, para lo cual se proponen las siguientes acciones:

- a) Establecer tan pronto como sea posible un registro regional de cultivos aislados de poliovirus salvaje y de información de casos. Cada cultivo aislado de poliovirus salvaje debe ser completamente caracterizado y comparado con otros cultivos aislados procedentes de la misma zona y de otras partes del mundo para determinar si es autóctono o una nueva introducción.
- b) Estimular la búsqueda más intensa de virus salvajes, para lo cual se debe ofrecer una recompensa (tal vez US\$100) a la persona que notifique por escrito y al agente de salud que investigue el primer caso en un municipio, y que se confirme subsiguientemente que se debe al poliovirus salvaje.
- c) Refinar aún más las técnicas y los protocolos para detectar el poliovirus salvaje en presencia de virus vacunales, ya sea en el ambiente o en las heces de un individuo.
- d) Es necesario que forme parte del personal de la Oficina Regional un profesional más, preferiblemente dos, para trabajar a tiempo completo como funcionarios de vigilancia, con el fin de contribuir a la elaboración de informes, evaluación de casos; integración de información clínica, epidemiológica y de laboratorio; establecimiento de criterios para "descartar" casos; evaluar la eficacia de las medidas de control, y estudiar la aparición de casos de parálisis relacionada con la vacuna.

2.8 Estudios recientes de pacientes con parálisis flácida indican que un número considerable de casos que se incluyen ahora en la categoría de poliomiелitis "confirmada", mediante una cuidadosa evaluación clínica podrían haber sido diagnosticados más propiamente como casos de síndrome de Guillain-Barré u otras enfermedades. Pero es difícil delinear criterios clínicos más estrictos, ya que ha habido pocos casos de poliomiелitis confirmados por cultivo para establecer una comparación. Se han propuesto dos cambios concretos de procedimiento para encarar este problema. Primero, los casos "sospechosos" de poliomiелitis (es decir, personas con un comienzo agudo de parálisis flácida) no deben clasificarse como casos "probables" si el desarrollo de la parálisis se ha prolongado por un período de más de siete días. Segundo, para los fines de la clasificación definitiva de los casos, cada país debe establecer un grupo científico que revise los datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio de cada caso "probable" y efectúe una determinación definitiva 60 días o más después del inicio. Hay que emprender nuevos estudios para incorporar otras modificaciones en la definición de caso de poliomiелitis que le darían más especificidad sin comprometer la sensibilidad, por ejemplo rebajar la norma de edad a 10 años. Es necesario reconocer que a medida que la poliomiелitis se hace menos común disminuye el valor de pronóstico de la definición clínica de caso, en tanto que los resultados de laboratorio desempeñan una función más decisiva. También sería sumamente útil elaborar una definición uniforme del síndrome de Guillain-Barré que lo diferenciara de la poliomiелitis.

2.9 Los países de habla inglesa del Caribe fijaron recientemente como objetivo la erradicación del sarampión para 1995 (utilizando la vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola), lo que representa una medida importante y una demostración de que la meta de la erradicación de la poliomielitis sirve como fundamento para impulsar la lucha contra otras enfermedades incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización. Es necesario prestar todo el apoyo a estos países para que alcancen sus metas y así aprendan de sus experiencias.

2.10 Hay que desarrollar más esfuerzos para lograr que en las zonas de alto riesgo se vacunen con el toxoide tetánico las mujeres en edad fértil.

2.11 Los estudios sobre "oportunidades perdidas" de inmunización indican que sigue siendo necesario que el personal de salud conozca plenamente las limitadas contraindicaciones que tiene la administración de vacunas y no levante barreras injustificadas contra la inmunización. Se deben adoptar las medidas necesarias para poner la vacuna a la disposición de todas las mujeres y todos los niños que asisten a los servicios de salud (aunque esto requiera que se abra un frasco de vacuna para una sola persona), ya que así se puede mejorar considerablemente la cobertura.

Cuadro 1COBERTURA DE VACUNACION DEL PAI EN LATINOAMERICA EN 1988
(Datos Provisionales)

	1 AÑO	PORCENTAJE			
		POLIO 3	DPT3	SARAMPION	BCG
CARIBE LATINOAMERICANO	602.295	68	59	56	59
Cuba	187.982	94	94	85	98
Haití	201.707	48	49	59	45
República Dominicana	212.606	64	39	26	38
CENTROAMERICA	986.453	67	60	65	67
Belice	5.270	73	73	70	97
Costa Rica	80.500	86	87	97	87
El Salvador	178.538	62	61	63	65
Guatemala	328.000	55	47	54	38
Honduras	191.019	70	74	76	84
Nicaragua	142.600	83	51	55	89
Panamá	60.526	73	75	75	91
PAISES ANDINOS	2.597.030	72	61	59	79
Bolivia	263.800	40	39	44	27
Colombia	816.960	94	74	74	99
Ecuador	338.400	58	54	52	85
Perú	665.000	67	66	57	73
Venezuela	512.870	68	51	49	78
CONO SUR	1.181.551	78	70	75	79
Argentina	707.770	70	61	68	74
Chile	287.981	96	96	95	98
Paraguay	132.800	82	57	63	56
Uruguay	53.000	82	82	72	98
BRASIL	4.217.375	89	54	60	67
MEXICO	2.100.000	95	60	70	72
CARIBE DE HABLA INGLESA	80.593	81	80	73	94
Anguila	156	98	98	97	89
Antigua y Barbuda	1.080	98	97	95	0
Bahamas	--	--	--	--	--
Barbados	4.032	72	75	84	75
Islas Cayman	358	94	93	98	86
Dominica	1.648	97	96	89	98
Granada	3.057	64	65	58	0
Jamaica	52.270	83	82	68	96
Montserrat	199	90	90	85	85
San Cristobal y Nieves	924	92	94	77	75
Santa Lucía	3.722	87	78	82	85
San Vicente	2.708	97	98	97	95
Suriname	10.000	64	64	83	0
Islas Turcas y Caicos	220	91	94	91	94
Islas Virgenes Británicas	190	75	84	62	47
Bermuda	895	85	83	86	0
GRAN TOTAL	11.789.841	82	59	63	70

Fuente: OPS

--- datos no disponibles

Cuadro 2

NUMERO Y PORCENTAJE DE MUNICIPIOS
CON CASOS CONFIRMADOS DE POLIOMIELITIS
REGION DE LAS AMERICAS, 1986-1988

<u>Año</u>	<u>Número de municipios con casos confirmados de polio</u>	<u>% del Total</u>
1986	544	4.0%
1987	457	3.3%
1988	236	1.7%

Número total de municipios: 13.759
(Datos provisionales)

Cuadro 3

PROPORCION DE CENTROS DE REFERENCIA EN LA REGION DE LAS AMERICAS
QUE NOTIFICAN SEMANALMENTE, 1986-1988

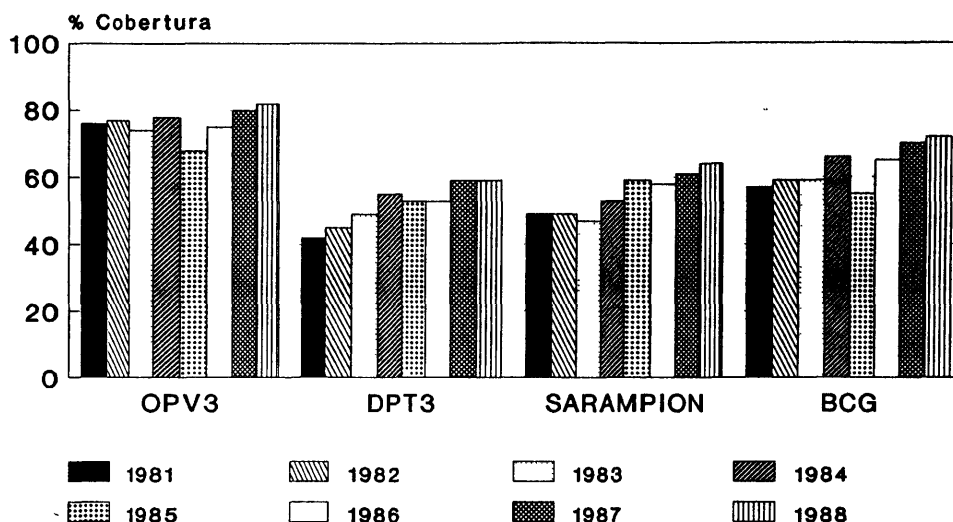
PAIS	1986	1987	1988
ARGENTINA	60%	60%	60%
BOLIVIA	N.A.	N.A.	54%
BRASIL	N.A.	N.A.	N.A.
COLOMBIA	N.A.	N.A.	N.A.
COSTA RICA	N.A.	N.A.	N.A.
CUBA	N.R.	N.R.	N.R.
CHILE	27%	100%	100%
ECUADOR	N.A.	N.A.	43%
EL SALVADOR	N.A.	77%	90%
GUATEMALA	N.A.	0%	11%
HAITI	N.A.	N.A.	N.A.
HONDURAS	N.A.	N.A.	37%
MEXICO	N.A.	N.A.	N.A.
NICARAGUA	5%	75%	85%
PANAMA	N.A.	N.A.	N.A.
PARAGUAY	N.A.	55%	80%
PERU	56%	61%	51%
REPUBLICA DOMINICANA	N.A.	N.A.	N.A.
URUGUAY	N.A.	N.A.	N.A.
VENEZUELA	88%	92%	95%

N.D. Información no disponible

N.R. Informe no recibido

Figura 1

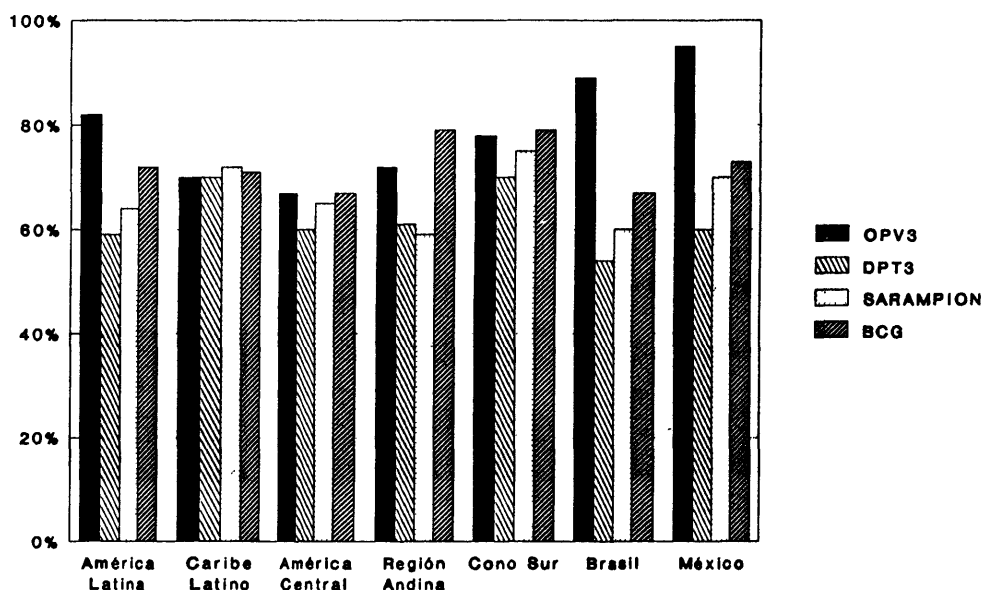
COBERTURA DE VACUNACION DEL PAI REGION DE LAS AMERICAS, 1981-1988*



* Las coberturas de 1988 no incluyen los datos del Caribe de habla Inglesa
Fuente: OPS

Figura 2

COBERTURA DE VACUNACION DEL PAI REGION LATINOAMERICANA Y SUBREGIONES, 1988



Fuente: OPS

Figura 3

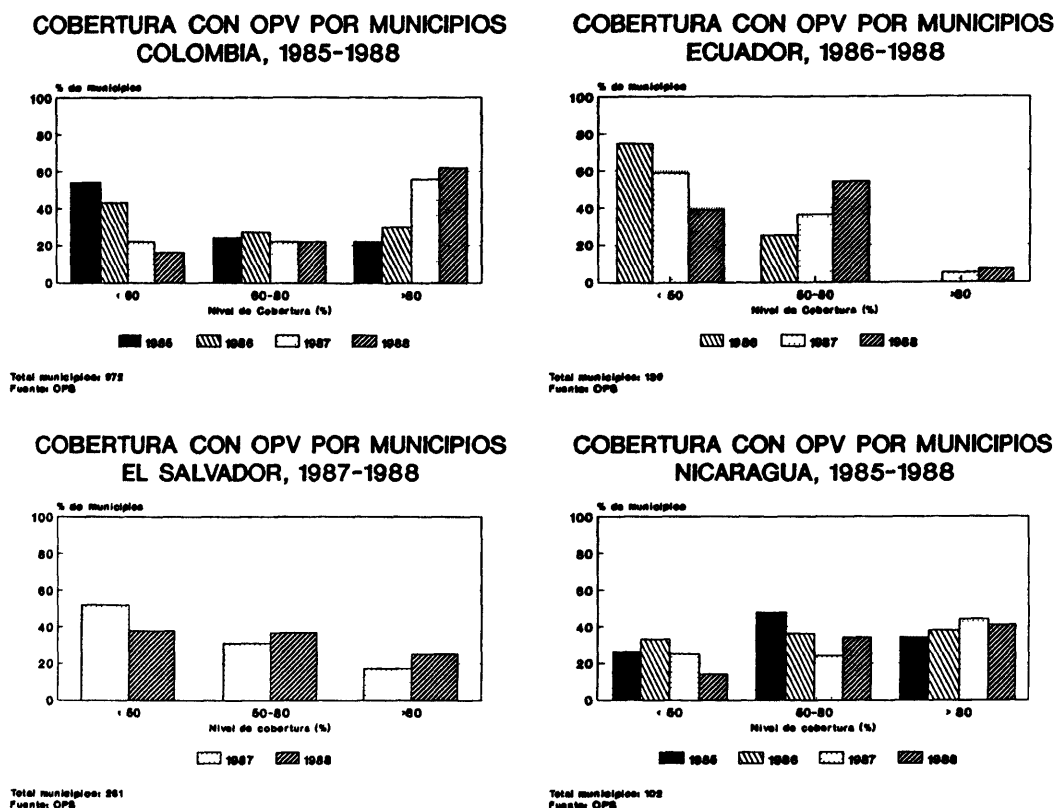


Figura 4

CASOS CONFIRMADOS DE POLIOMIELITIS AMERICAS, 1986 A 1988*

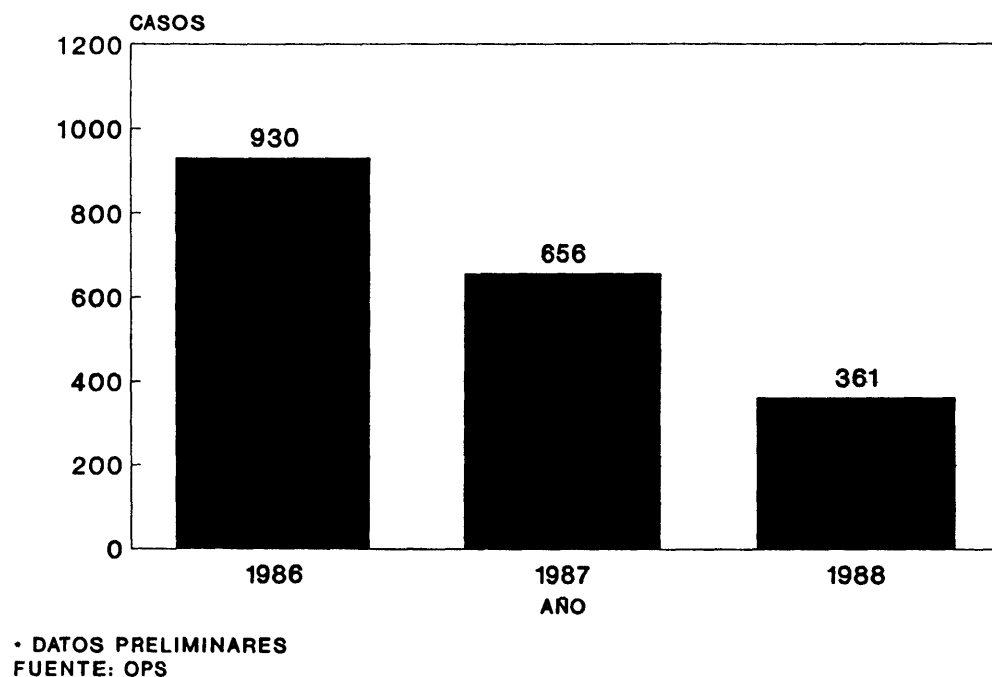
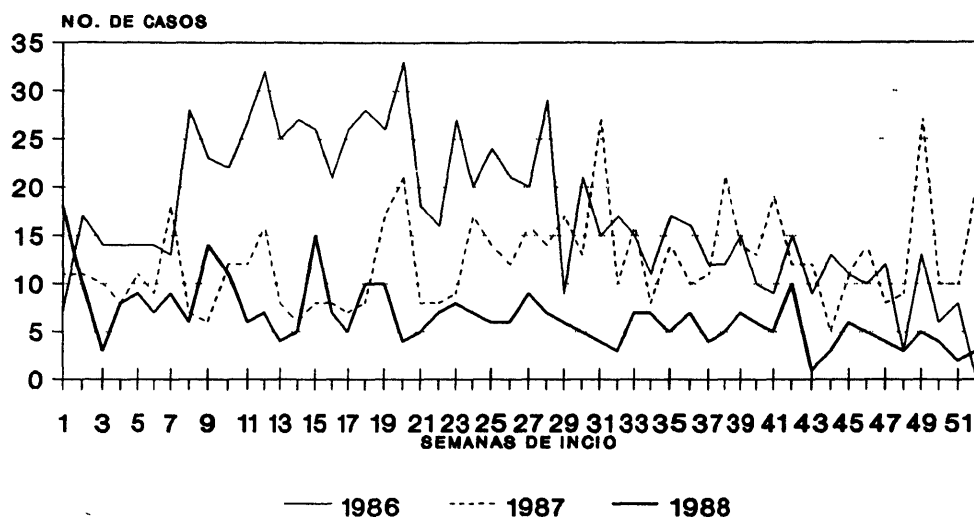


Figura 5

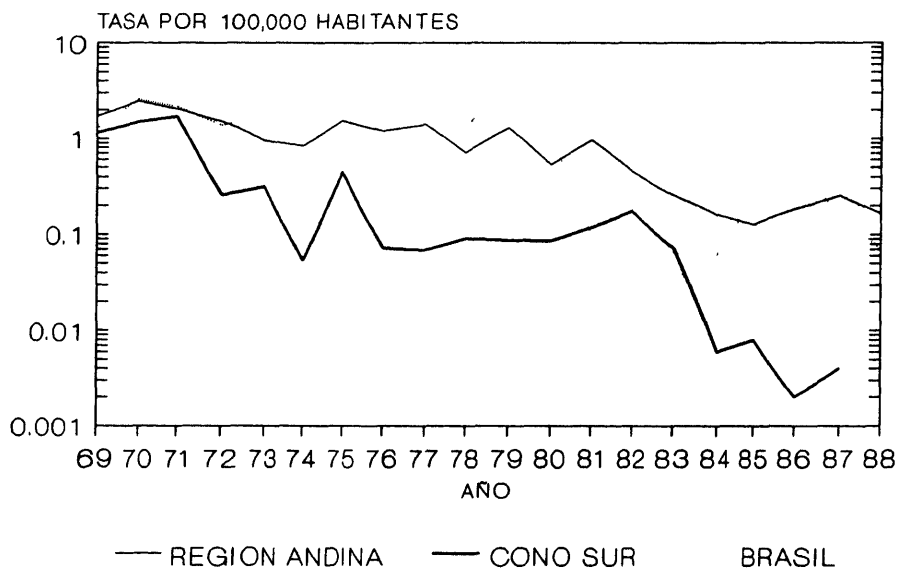
SEMANA DE INICIO DE LA PARALISIS DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE POLIO REGION DE LAS AMERICAS, 1986-1988



Nota: A fines de Abril de 1988, se desconoce la fecha de inicio de un caso y 155 se encuentran aún probables.

Figura 6

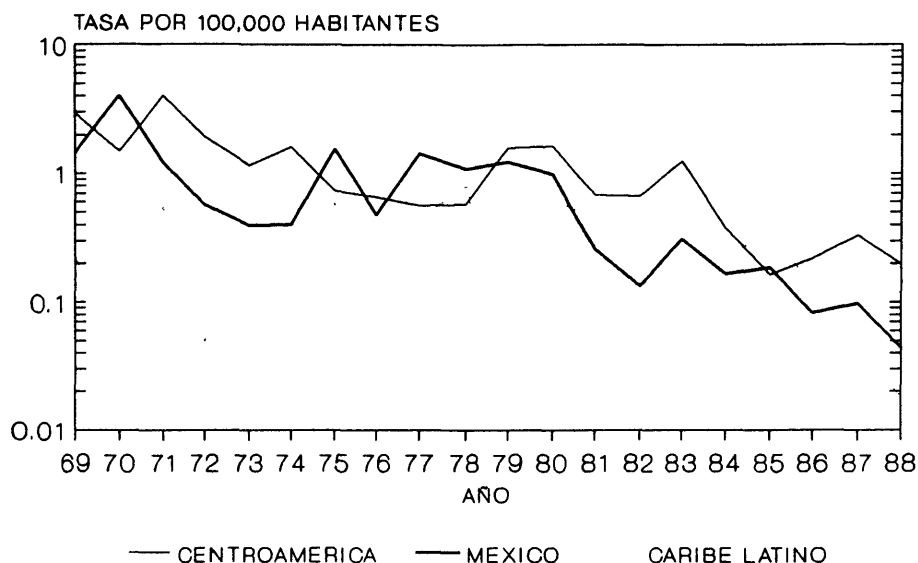
POLIO: TASAS DE MORBILIDAD ANUALES, BRASIL, CONO SUR Y REGION ANDINA 1969-1988



FUENTE: OPS, DATOS PRELIMINARES

Figura 7

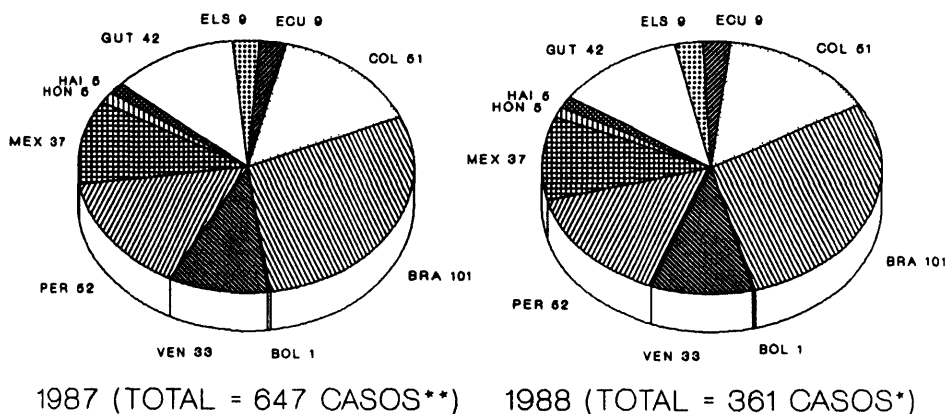
POLIO: TASAS DE MORBILIDAD ANUALES, CENTROAMERICA, MEXICO, CARIBE LATINO 1969-1988



FUENTE: OPS, DATOS PRELIMINARES

Figura 8

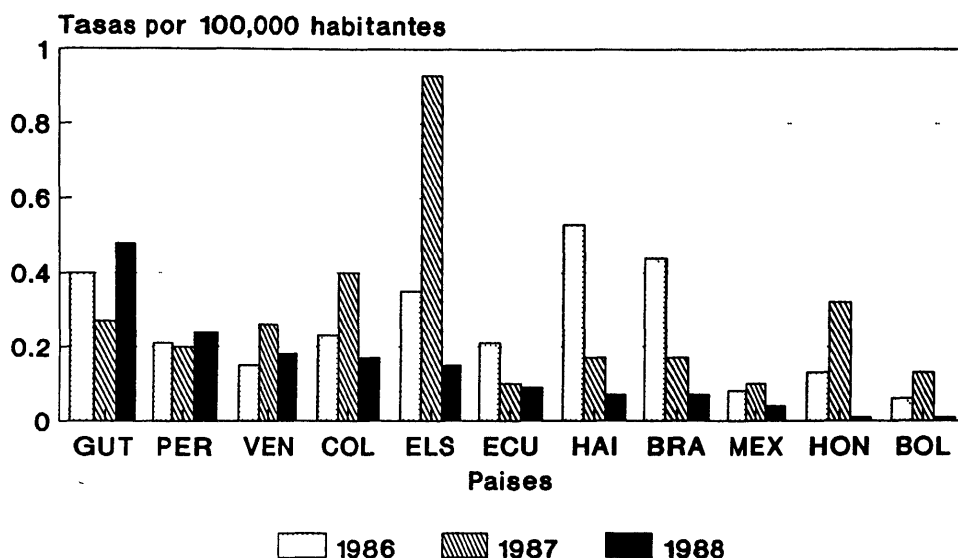
CASOS CONFIRMADOS DE POLIOMIELITIS REGION DE LAS AMERICAS



• DATOS PRELIMINARES
•• EXCLUYE 9 CASOS VACUNALES
FUENTE: TELEXES SEMANALES

Figura 9

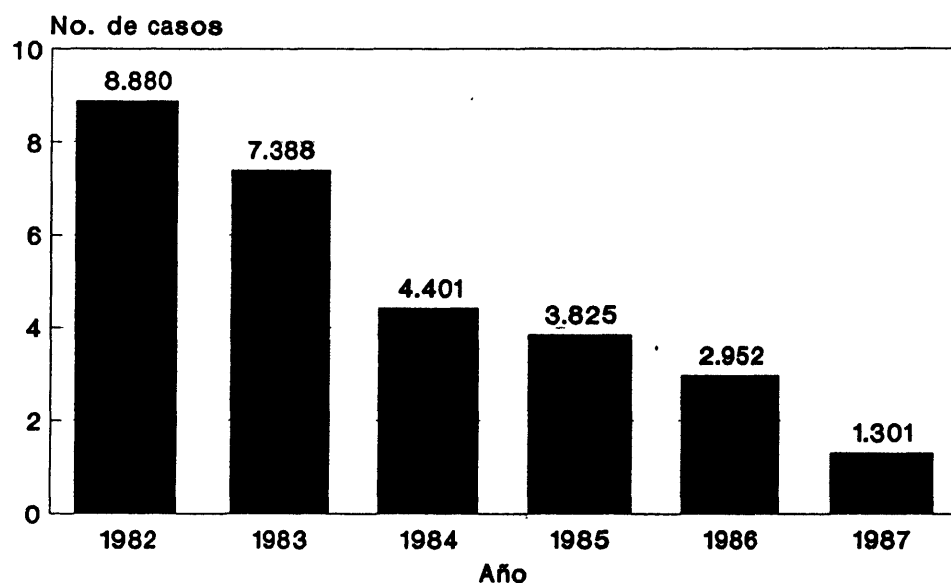
POLIOMIELITIS: TASAS DE MORBILIDAD REGION DE LAS AMERICAS 1986-1988



Fuente: OPS

Figura 10

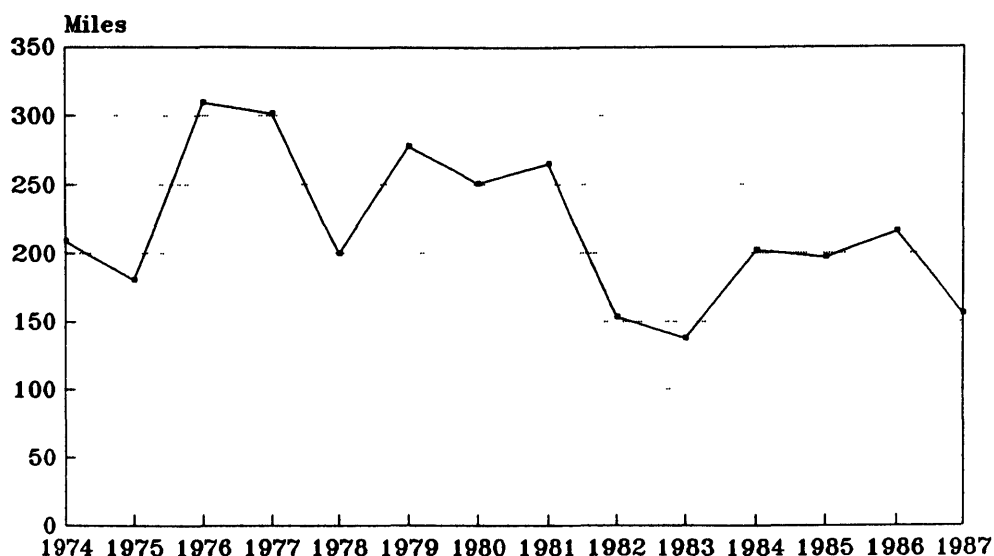
CASOS NOTIFICADOS DE SARAMPION EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA 1982 AL 1987



Fuente: OPS

Figura 11

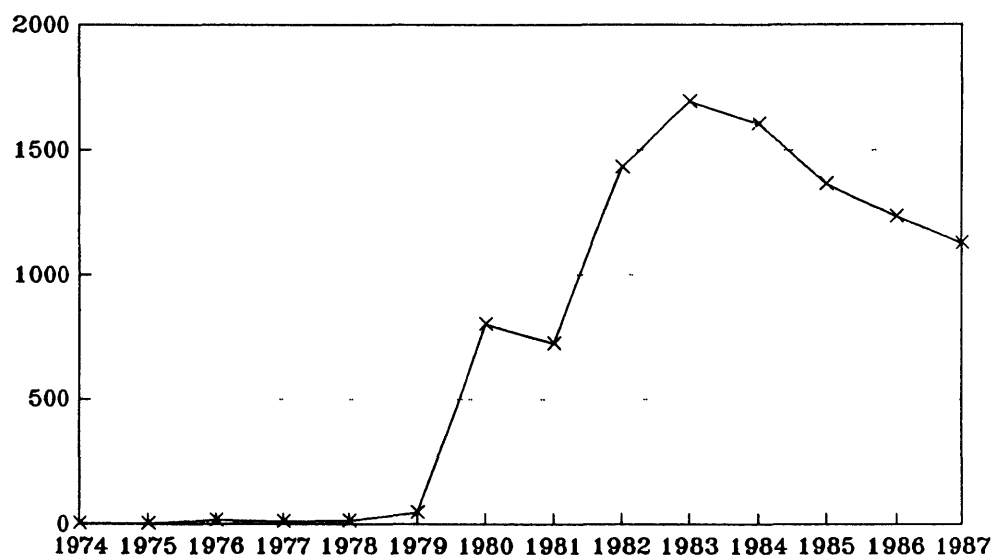
**CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES
DEL PAI: SARAMPION
REGION DE LAS AMERICAS, 1974 - 1987**



Fuente OPS

Figura 12

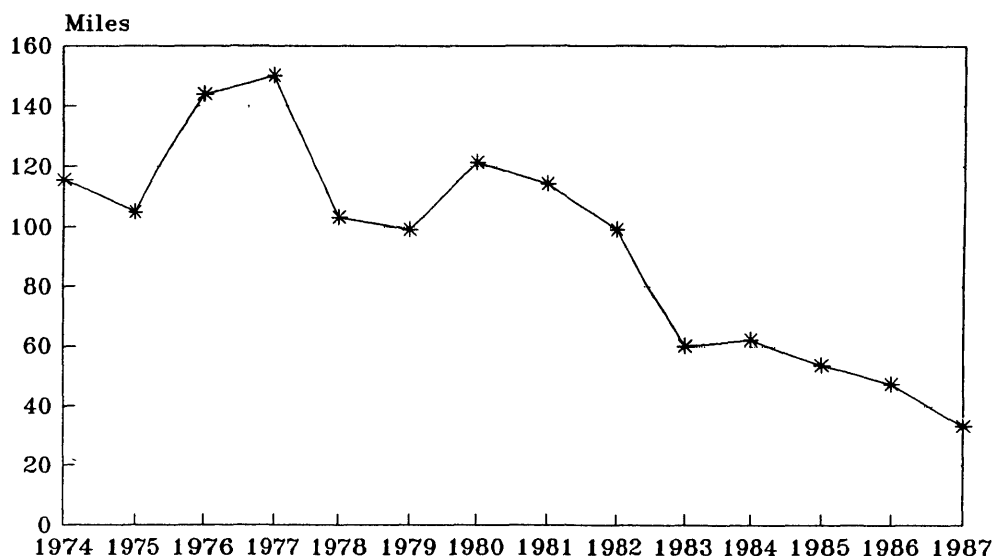
**CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES
DEL PAI: TETANOS NEONATAL
REGION DE LAS AMERICAS, 1974 - 1987**



Fuente OPS

Figura 13

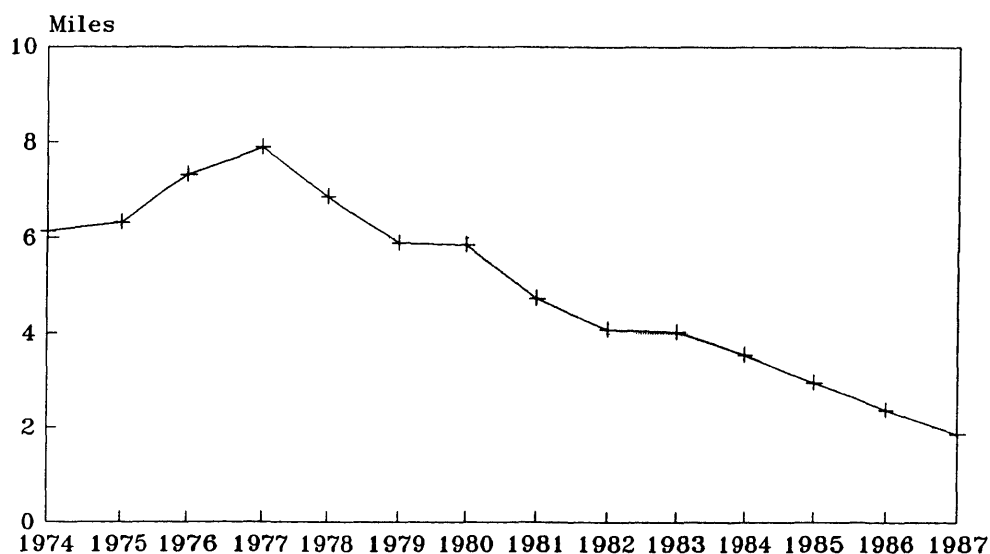
CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES
DEL PAI: TOS FERINA
REGION DE LAS AMERICAS, 1974 - 1987



Fuente: OPS

Figura 14

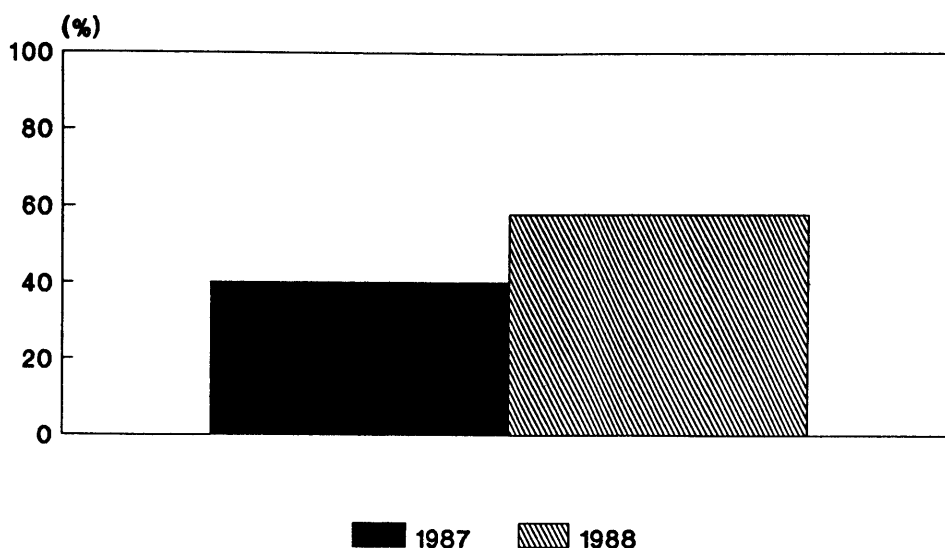
CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES
DEL PAI: DIFTERIA
REGION DE LAS AMERICAS, 1974 - 1987



Fuente OPS

Figura 15

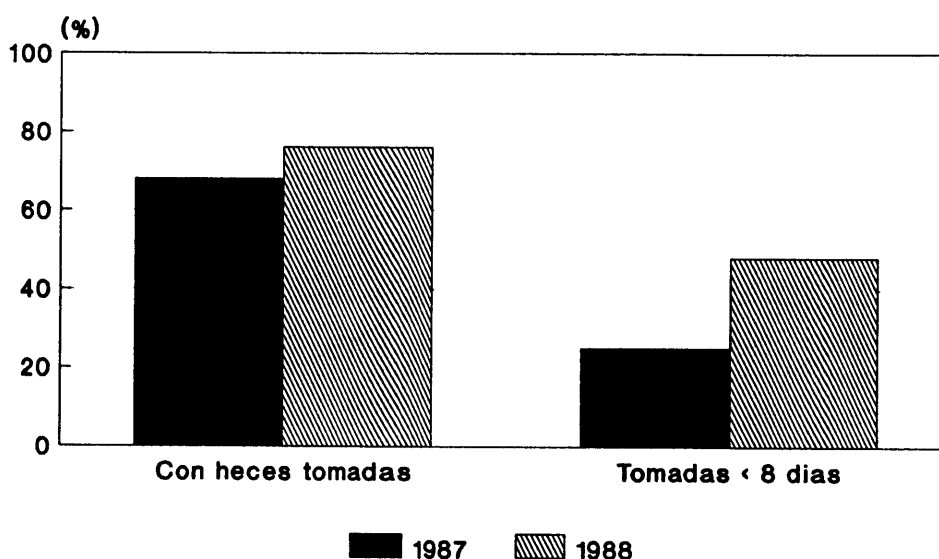
**% CASOS PROBABLES NOTIFICADOS ANTE
DE 14 DIAS DEL INICIO DE LA PARALISIS
REGION DE LAS AMERICAS, 1987 - 1988**



Fuente: OPS

Figura 16

**% CASOS CON MUESTRAS DE HECES TOMADAS
Y TOMADAS EN MENOS DE 8 DIAS DESDE EL
INICIO DE LA PARALISIS-AMERICAS, 1987-88**



Fuente: OPS