

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XVII Reunión

Puerto España
Trinidad y Tabago
Octubre 1967

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XIX Reunión

CD17/29 (Esp.)

3 octubre 1967

ORIGINAL: INGLES

POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS, 1951-1966

En los últimos diez años se ha dispuesto de vacuna contra la poliomielitis habiéndose producido en varios países reducciones extraordinarias en la morbilidad y mortalidad por esa enfermedad. Un análisis sobre la situación de cada país durante los últimos quince años indica el alcance de los beneficios logrados en las Américas mediante la aplicación extensiva de vacunas contra la poliomielitis.

En 1951 se notificaron en la Región casi 35,000 casos de poliomielitis, de los cuales más de 31,000 ocurrieron en los Estados Unidos y sólo 4,000 en el resto de la Región. En 1965, se notificaron sólo 2,988 casos y de ellos 2,913 se produjeron en Latinoamérica. Se presenta en el Cuadro 1 el número total de casos notificados desde 1951 hasta 1966 y las correspondientes tasas por 100,000 habitantes, para las tres grandes divisiones de las Américas. Es notable el cambio ocurrido en América del Norte, desde una elevada cifra de 62,876 casos en 1952, hasta una reducida de 75 casos en 1965. Tanto en Mesoamérica como en América del Sur las cifras anuales de casos muestran variaciones considerables, que en Mesoamérica están comprendidas entre una alta cantidad de 3,110 casos en 1954 y un mínimo de 769 casos en 1964 y en América del Sur oscilan entre 8,204 casos en 1956 y 1,646 casos en 1965. En ambas divisiones regionales es evidente una declinación general durante el período. Sin embargo, no en todos los países se han observado disminuciones y continúan ocurriendo epidemias.

En 1967 se han notificado epidemias localizadas de poliomielitis en Colombia, Ecuador y Nicaragua. Las siguientes cifras de casos se han notificado para períodos similares de 1966 y 1967 en esos países:

		<u>1967</u>	<u>1966</u>
Colombia	- hasta abril 16	254	45
Ecuador	- hasta agosto 26	358	104
Nicaragua	- hasta agosto 19	458	2

En Cali, Departamento de Valle del Cauca en Colombia, el brote comenzó en octubre de 1966 y terminó a principios de marzo de 1967. Del total de 151 casos, 55 ocurrieron en 1966. En las doce primeras semanas de 1967 se notificaron 136 casos en el mencionado Departamento.

Cuadro 1. Casos notificados de poliomielitis y tasas por 100,000 habitantes en las tres regiones de las Américas 1951-1966

Año	América del Norte		Mesoamérica		América del Sur (a)	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
1951	31,006	18.4	2,239	4.8	1,730	3.5
1952	62,876	36.8	1,547	3.2	1,814	3.7
1953	44,595	25.6	2,429	4.9	3,849	7.4
1954	41,448	23.4	3,110	5.7	2,189	4.0
1955	30,248	16.7	2,911	5.2	2,230	4.1
1956	15,820	8.6	1,396	2.3	8,204	14.3
1957	5,773	3.1	2,820	4.6	2,261	3.9
1958	6,190	3.2	1,973	3.1	2,470	4.1
1959	10,314	5.3	3,005	4.6	2,762	4.4
1960	4,102	2.1	2,640	3.9	2,759	4.3
1961	1,501	0.7	1,532	2.2	2,950	4.5
1962	1,001	0.5	933	1.3	3,407	5.1
1963	572	0.3	1,451	2.0	2,954	4.4
1964	141	0.1	769	1.0	2,614	3.6
1965	75	0.0	1,267	1.6	1,646	2.2
1966(b)	102	0.0	1,267	1.6	1,680	2.2

(a) Se excluye Brasil. (b) Se incluyen datos provisionales

Los casos notificados de poliomielitis comenzaron a aumentar en Nicaragua durante los meses de abril y mayo del presente año y alcanzaron un alto nivel en junio; en el mes de julio se produjo una disminución. Del total de los 458 casos ocurridos en Nicaragua hasta el 19 de agosto de 1967, 208 se habían producido en el Departamento de Managua y 166 en cuatro departamentos colindantes; se registraron 43 defunciones.

En Guayaquil, Ecuador, hasta fines de agosto se habían notificado 262 casos con 21 defunciones. No se ha recibido información sobre casos en el mes de septiembre. Se tiene información sobre aumento de la incidencia en otras partes de la región de la Costa; en particular, ha habido un brote de 21 casos en Portoviejo, Provincia de Manabí.

Las tres epidemias mencionadas han afectado principalmente la población preescolar. Un 85 por ciento de los casos de Cali y un 94 por ciento de los de Guayaquil fueron de menores de 6 años; en Nicaragua el 93 por ciento estaba constituido por niños menores de 5 años y el 79 por ciento, por menores de 3 años. En los tres brotes se identificó el virus Tipo I.

Cuadro 2. Casos notificados de poliomielitis aguda, por país, 1952-1966

País	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966 ^(a)
Argentina	695	2,579	871	435	6,496	760	842	1,030	1,097	1,197	1,082	955	557	260	574
Barbados	-	3	1	-	-	1	-	6	-	-	7	79	-	-	-
Bolivia	7	2	-	1	18	14	3	5	-	-	3	1	10	41	b) 14
Brasil	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Canadá	4,755	8,878	2,390	1,021	607	273	323	1,886	905	189	89	123	19	3	3
Colombia (c)	29	154	110	155	108	169	230	234	233	170	581	397	755	330	489
Costa Rica	13	9	1,031	45	170	51	63	41	66	34	50	18	10	15	10
Cuba	492	68	56	267	56	96	103	288	330	348	46	1	1	-	-
Chile	575	554	589	416	719	333	328	456	546	648	441	115	363	206	130
Ecuador	47	37	62	40	30	42	37	43	36	97	49	169	89	217	148
El Salvador	10	151	40	9	54	68	43	60	48	58	37	95	20	81	36
Estados Unidos	57,879	35,592	38,476	28,985	15,140	5,485	5,787	8,428	3,190	1,312	910	449	122	72	99
Guatemala	112	140	139	86	146	107	85	159	78	147	111	176	74	210	118
Guyana	2	2	3	2	4	100	-	2	1	2	182	1,311	-	-	-
Haití	...	...	7	-	15	45	238	122	39	25	12	5	23	5	e) 4
Honduras (f)	...	...	...	...	17	20	87	13	27	48	10	27	38	265	38
Jamaica	...	...	...	...	14	395	92	18	132	16	25	15	57	53	6
México	771	1,787	609	1,824	594	1,562	904	1,877	1,125	740	483	486	404	477	1,024
Nicaragua	24	191	45	113	48	68	255	20	211	70	13	151	47	105	3
Panamé	26	15	15	9	144	8	11	24	29	27	65	13	20	9	4
Paraguay	40	59	70	37	115	35	18	27	43	39	25	67	40	18	14
Perú (b)	127	79	73	203	294	291	491	435	453	373	598	581	553	444	138
República Dominicana	-	7	-	-	18	4	5	321	29	17	29	357	17	46	17
Trinidad y Tobago	6	1	189	16	9	300	27	15	14	3	12	15	4	-	1
Uruguay	26	56	86	551	71	49	162	55	15	51	50	2	22	12	23
Venezuela (g)	266	327	325	390	340	468	359	475	333	370	393	316	226	118	150

(a) Datos provisionales para Chile, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua, Uruguay y Venezuela

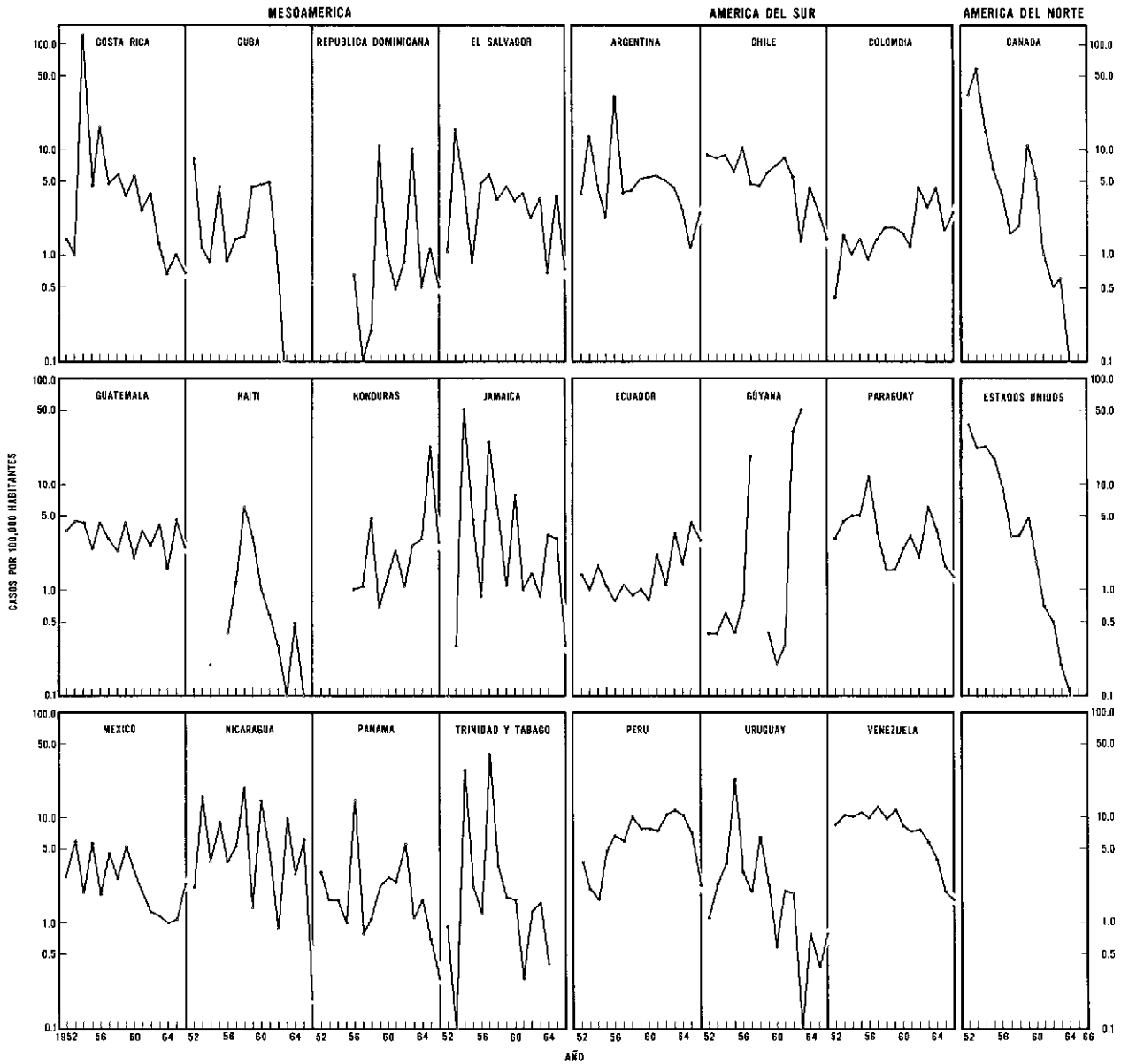
(b) Área de notificación. (c) Área de notificación hasta 1963 inclusive. (d) Área de notificación, con excepción de 1963 y 1964. (e) Datos incompletos. (f) A partir de 1962, área de notificación. (g) Área de notificación, con excepción de 1966.

Cuadro 3. Casos notificados de poliomielitis aguda por 100,000 habitantes, por país, 1952-1966

País	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966(a)
Argentina	3.9	14.2	4.7	2.3	33.7	3.9	4.2	5.1	5.3	5.7	5.1	4.4	2.5	1.2	2.5
Barbada	-	1.4	0.1	-	-	0.4	-	3.0	-	-	3.0	33.3	-	-	-
Bolivia	0.2	0.1	-	0.0	0.6	0.4	0.1	0.1	-	0.1	0.1	0.0	0.3	1.1	b)0.8
Brasil	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Canadá	32.8	59.6	15.6	6.5	3.8	1.6	1.9	10.8	5.1	1.0	0.5	0.6	0.1	0.0	0.0
Celombia (c)	0.4	1.6	1.0	1.4	0.9	1.4	1.9	1.9	1.7	1.2	4.3	2.8	4.3	1.8	2.6
Costa Rica	1.5	1.0	118.0	4.7	17.2	4.9	5.9	3.6	5.6	2.8	3.9	1.3	0.7	1.0	0.7
Cuba	8.5	1.2	0.9	4.3	0.9	1.5	1.6	4.3	4.8	5.0	0.7	0.0	0.0	-	-
Chile	9.1	8.6	8.9	6.1	10.3	4.7	4.5	6.1	7.1	8.2	5.5	1.4	4.3	2.4	1.5
Ecuador	1.4	1.0	1.7	1.1	0.8	1.1	0.9	1.0	0.8	2.2	1.1	3.5	1.8	4.2	2.8
El Salvador (d)	1.1	16.9	4.4	0.9	4.9	5.9	3.4	4.5	3.3	3.9	2.4	3.5	0.7	3.7	0.7
Estados Unidos	37.0	22.4	23.8	17.6	9.0	3.2	3.3	4.8	1.8	0.7	0.5	0.2	0.1	0.0	0.1
Guatemala	3.8	4.6	4.4	2.6	4.3	3.1	2.4	4.3	2.0	3.7	2.7	4.2	1.7	4.7	2.6
Guyana	0.4	0.4	0.6	0.4	0.8	19.4	-	0.4	0.2	0.3	30.6	50.8	-	-	-
Haití	...	...	0.2	-	0.4	1.2	6.2	3.1	1.0	0.6	0.3	0.1	0.5	0.1	e)0.1
Honduras (f)	...	...	...	...	1.0	1.1	4.8	0.7	1.4	2.4	1.1	2.7	3.0	23.2	2.8
Jamaica	0.1	0.3	51.5	4.7	0.9	25.7	5.9	1.1	8.1	1.0	1.5	0.9	3.3	3.0	0.3
México	2.8	6.2	2.1	6.0	1.9	4.8	2.7	5.4	3.1	2.0	1.3	1.2	1.0	1.1	2.3
Nicaragua	2.2	16.6	3.8	9.3	3.8	5.3	19.2	1.5	15.0	4.8	0.9	9.8	2.9	6.3	0.2
Panamá	3.1	1.7	1.7	1.0	15.2	0.8	1.1	2.3	2.7	2.5	5.8	1.1	1.7	0.7	0.3
Paraguay (b)	3.1	4.5	5.2	5.2	12.3	3.4	1.6	1.6	2.5	3.3	2.0	6.1	3.6	1.7	1.3
Perú (b)	3.7	2.1	1.8	4.9	6.7	6.1	10.1	8.1	8.1	7.6	11.6	12.1	10.2	7.3	2.3
República Dominicana	-	0.3	-	-	0.7	0.1	0.2	11.0	1.0	0.5	0.9	10.6	0.5	1.3	0.5
Trinidad y Tabago	0.9	0.1	27.1	2.2	1.2	39.2	3.4	1.8	1.7	0.3	1.3	1.6	0.4	-	0.1
Uruguay	1.1	2.4	3.7	23.3	3.0	2.0	6.6	2.2	0.6	2.0	1.9	0.1	0.8	0.4	0.8
Venezuela (g)	8.9	10.8	10.1	11.7	9.8	13.0	9.6	12.3	8.3	7.3	7.4	5.7	3.9	2.0	1.7

(a) Datos provisionales para Chile, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua, Uruguay y Venezuela.
 (b) Área de notificación. (c) Área de notificación hasta 1963 inclusive. (d) Área de notificación con excepción de 1963 y 1964. (e) Datos incompletos. (f) A partir de 1962, área de notificación. (g) Área de notificación, con excepción de 1966.

CASOS NOTIFICADOS DE POLIOMIELITIS AGUDA POR 100,000 HABITANTES EN PAISES SELECCIONADOS DE LAS AMERICAS, 1952-1966



Un brote más reducido que los anteriores se produjo en el Departamento de Piura, Perú en 1967, habiéndose notificado 31 casos; este brote también afectó principalmente a niños de corta edad, siendo el 95 por ciento de los casos niños menores de 4 años.

En los Cuadros 2 y 3 y en la figura que se presenta se dan datos relativos a casos notificados y a tasas por 100,000 habitantes, por país y año, para el período 1952-1966. Resulta evidente la marcada declinación de las tasas de casos en los Estados Unidos y Canadá. En Mesoamérica se observan disminuciones en las tasas de casos notificados en Costa Rica, Cuba, México y Trinidad y Tabago. Sin embargo, en México se notó un aumento en 1966. Los casos en Haití ascendieron a 238 en 1958 y en otros años sólo se notificaron unos pocos casos. En Panamá se notificaron 65 casos en 1962 y en los años siguientes sólo un pequeño número. En los otros países no se nota una declinación definida. En América del Sur el número de casos notificados de la enfermedad por 100,000 habitantes ha disminuido en Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela. En Perú la tasa de casos era baja en 1966 (2.3 por 100,000 habitantes) en comparación con las de años anteriores; en 1963 se habían notificado 12.1 casos por 100,000 habitantes. En varios de los países de esta división regional los aumentos son aparentes, tal vez como resultado del mejoramiento de la notificación de la enfermedad.

En la mayoría de los países donde la declinación ha sido pronunciada se han llevado a cabo extensos programas de vacunación en los últimos años (Cuadro 4). En los Estados Unidos, la aplicación generalizada de vacuna antipoliomielítica de virus inactivado comenzó en 1955 y fue seguida por el uso extenso de vacuna oral a partir de 1961. Los resultados de una encuesta por muestreo(2) indican que a fines de 1965 más del 80 por ciento de la población de menores de 20 años había recibido ya fuera vacuna de virus inactivado o vacuna oral. El estado de la población con respecto a la vacunación contra la poliomielitis (porcentaje de población que ha recibido series completas de vacuna de virus inactivado o de vacuna oral) según cuatro grupos de edad, era el siguiente:

1-4	años	73.9 por ciento
5-9	años	89.9 por ciento
10-14	años	92.1 por ciento
15-19	años	88.3 por ciento

En Canadá se ha hecho un uso igualmente extensivo de las vacunas de virus inactivado y de la vacuna oral. Un gran número de niños también ha recibido vacuna en Argentina, Cuba, México, Chile, Uruguay y Venezuela.

Después de los programas de vacunación en masa en Cuba, no se han notificado casos de poliomielitis en los años 1965 y 1966. En varios de los otros países las disminuciones no han sido tan marcadas. Puede que la cobertura de la inmunización no haya sido suficiente o que la vacunación no se haya realizado en forma sistemática entre los niños nacidos después de las campañas de vacunación en masa.

Cuadro 4. Personas inmunizadas contra la poliomielitis, por país, 1961-1966

País	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Argentina	800,000	600,000	5,000,000		...	...
Barbados	290	347	a,b) 49,488	1,705	...	...
Bolivia	...	47,411	102,696	1,346	10,505	71,797
Brasil (c)	...	1,006,888	104,558	629,065	353,074	...
Canadá	...	...	d) 500,000	2,850,000	...	...
Colombia	...	...	a) 76,572	18,428	29,364	92,421
Costa Rica	1,189	5,000	a) 164,028	a) 27,207	...	...
Cuba	546,710	2,219,907	185,261	218,347	230,716	234,985
Chile	16,883	913,169	90,433	545,466	261,429	...
Ecuador	...	...	...	228,533	...	22,421
El Salvador	...	...	5,621	...	f) 174	...
Estados Unidos			e) 100,000,000		25,000,000	
Guatemala	28,400	12,550	15,200	...	...	...
Guyana	1,424	...	120,000	...	...	...
Haití	...	8	...	...	...	...
Honduras	5,534	21,179	9,129	18,148	309,647	...
Jamaica	6,417	17,565	g) 103,446	16,261	44,219	...
México	3,935,450	7,305,401	6,218,666	7,656,523	4,926,976	700,929
Nicaragua	...	398	7,198	20,177	102,979	...
Panamá	614	2,669	73,065	40,415	8,946	11,775
Paraguay	h) 849	h) 513	...	i) 24,737	266,789	...
Perú	7,800	20,078	94,516	75,731	40,785	...
República Dominicana	2,709	...	580,209	...	...	...
Trinidad y Tabago	j) 90	j) 122	...	...	...	...
Uruguay	...	735,234	...	...	...	...
Venezuela	210,243	207,189	232,604	167,503	724,305	...

(a) Número de dosis administradas. (b) Datos incompletos. (c) Interior del Estado de São Paulo. (d) Estimación mínima. (e) Número aproximado de dosis administradas de cada tipo de vacuna oral monovalente. (f) Número aproximado de dosis vendidas o distribuidas, de todos los tipos de vacuna. (g) Se administraron además 44,382 dosis. (h) Datos de la Capital. (i) Datos provisionales. (j) Se excluyen datos sobre el programa escolar.

Se notan amplias diferencias en la distribución por edades de los casos de poliomielitis entre los Estados Unidos y Canadá y los países latinoamericanos (Cuadro 5). En 1956-1957 solamente el 31 por ciento de los casos de poliomielitis en América del Norte eran niños menores de 5 años de edad; el 4 por ciento correspondía a menores de un año y el 27 por ciento tenía entre 1 y 4 años de edad. El porcentaje era similar para el grupo de 15 y más años (34 por ciento). Por el contrario, en Mesoamérica y América del Sur, más del 75 por ciento de los casos con datos disponibles sobre edad eran menores de 5 años en ambas regiones y sólo el 10 y el 7 por ciento eran personas de 15 y más años. En 1960-1961 el porcentaje de casos de menores de 15 años había aumentado a 37.4 en América del Norte y a 80 y 84 por ciento en Mesoamérica y América del Sur. En el período 1965-1966 en que solamente se notificaron 174 casos en los Estados Unidos, el porcentaje de menores de 5 años había aumentado a 68 por ciento y el de personas de 15 y más años había disminuido a 16 por ciento. En forma similar, en las dos divisiones de América Latina la proporción de casos de menores de 5 años había aumentado a 88 por ciento en Mesoamérica y a 90 por ciento en América del Sur.

La interpretación de las observaciones es complicada. En los Estados Unidos, la mayor incidencia se encontró en Texas, en niños de edad preescolar. Este grupo de edad no fue vacunado debidamente. Mediante estudios serológicos efectuados en varios países del Continente se ha comprobado que hay gran actividad de los virus poliomiélticos, aun en ambientes donde la enfermedad, con sus manifestaciones clínicas, era desconocida. Al mismo tiempo, el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental y del nivel de vida en varias regiones ha producido una disminución de la difusión de los virus entéricos. Sectores de la población que anteriormente experimentaban infecciones por virus poliomiéltico en los primeros meses de vida, escapan a su contacto, creándose así grupos cada vez más numerosos de individuos susceptibles. A este respecto, hay gran variación entre los países, lo que indica la necesidad de disponer de mayor información por edades para evaluar los cambios ocurridos en cada país.

La disminución de la propoción de casos de adultos en las tres regiones puede ser el resultado de un nivel más alto de inmunización, ya sea a través de la vacunación o mediante una mayor exposición al virus en la comunidad.

En la XII Reunión de Ministros de Salud Pública de Centroamérica y Panamá (3) se consideró la situación actual de los programas de vacunación contra la poliomielitis, con la siguiente conclusión: "Se recomienda que los países de Centroamérica reorienten los programas de vacunación contra la poliomielitis, sobre la base del conocimiento cierto del problema, fijando niveles útiles de protección en los grupos de edades más susceptibles, manteniendo un nivel de inmunizados permanente, sin descuidar los nuevos susceptibles que incrementan la población."

Sabin (4) ha hecho comentarios sobre este problema indicando que aún cuando se hayan realizado programas de vacunación en masa hasta abarcar un 90 por ciento de la población en edades susceptibles, como es el caso de los estados brasileños de Guanabara y São Paulo, la continua migración de niños no vacunados así como la cobertura insuficiente en regiones localizadas contribuye a la constante ocurrencia de casos.

Cuadro 5. Número de casos notificados de poliomielitis por grupos de edad, en tres períodos, en las tres regiones de las Américas

Grupo de edad	1956-57		1960-61		1965-66	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento	Número	Por ciento
América del Norte						
Total	19,623	100	5,547	100	174	100
Menores de 1 año	795	4.0	250	4.6	117	67.6
1-4 años	5,259	27.0	1,801	32.8	19	11.0
5-9 años	4,215	21.6	1,345	24.5	10	5.8
10-14 años	2,503	12.8	597	10.9	27	15.6
15 y más años	6,737	34.5	1,490	27.2	1	
No especificado	114		64			
Mesoamérica						
Total	1,906	100	989	100	445	100
Menores de 1 año	289	15.2	185	18.9	86	21.5
1-4 años	1,137	60.0	596	60.8	268	67.0
5-9 años	174	9.2	119	12.1	32	8.0
10-14 años	102	5.4	32	3.3	7	1.8
15 y más años	194	10.2	48	4.9	7	1.8
No especificado	12		9		45	
América del Sur						
Total	9,574	100	3,151	100	1,292	100
Menores de 1 año	1,788	18.8	793	25.4	367	28.7
1-4 años	5,520	57.9	1,827	58.6	786	61.4
5-9 años	1,128	11.8	243	7.8	79	6.2
10-14 años	443	4.6	113	3.6	29	2.3
15 y más años	653	6.9	140	4.5	19	1.5
No especificado	42		35		12	

Nota: Los totales regionales por edad se basan en datos limitados disponibles sólo para algunos países que varían en los tres períodos.

Debe ponerse de relieve la importante función de los servicios de salud, tanto en el suministro de servicios preventivos como en asegurar el diagnóstico y tratamiento adecuados de la enfermedad. Los efectos de los programas de vacunación iniciados durante las epidemias han demostrado ser limitados en comparación con los resultados obtenidos mediante programas de vacunación en gran escala, seguidos por actividades permanentes de inmunización.

REFERENCIAS

1. Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, OPS, Publ. Cient. Nos. 48, 58, 86, 102, 114, 135 y 149.
2. Poliomyelitis Surveillance, Annual Summary for 1965, Communicable Disease Center, No.288, 1966, U.S.P.H.S.
3. "Situación Actual de la Poliomiélitis, Programa de Vac.nación," Documento de Trabajo, Tema 10, XII Reunión de Ministros de Salud Pública de Centroamérica y Panamá, 1967.
4. Poliomyelitis: Accomplishments of Live Virus Vaccine, A.B. Sabin, Paper in Vaccines Against Viral and Rickettsial Diseases of Man, PAHO, 1967.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XVII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XIX Reunión



Puerto España
Trinidad y Tabago
Octubre 1967

Tema 33 del programa

CD17/32 (Esp.)
6 octubre 1967
ORIGINAL: ESPAÑOL

E X P O S I C I O N

DEL TEMA INTRODUCIDO POR NICARAGUA EN LA XVII REUNION
DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Y XIX REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

"METODOS DE VACUNACION MASIVA EN UN SOLO DIA CONTRA LA POLIOMIELITIS,
USANDO LOS CANTONES ELECTORALES"

Señor Presidente:
Señores Delegados:

Grato es para mí presentar a la consideración de la XVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y XIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, el tema "Métodos de Vacunación Masiva en un sólo día contra la Poliomielitis, usando los Cantones Electorales", el cual fue incluido en la Agenda, por sugerencia de mi Gobierno y por gentileza del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud Doctor Abraham Horwitz y más grato todavía es para mí traer a esta importante Reunión Panamericana, el pensamiento del Excelentísimo Señor Presidente de la República de Nicaragua, General de División Anastasio Somoza Debayle, a fin de usar el sistema cantonal electoral, transformando las mesas de votación en mesas de vacunación.

En mi carácter de Ministro de Salubridad Pública, desde el 10. de mayo de 1967 en que asumí ese cargo, interpretando los deseos del Ciudadano Presidente, ante la magnitud de la terrible epidemia que azotó a la niñez nicaraguense y en el fiel cumplimiento de mi deber cívico, me enfrenté a esta epidemia con firmeza y decisión. Me enfrenté a este terrible mal ordenando la vacunación intensiva en todos los Centros de Salud del país y solicitando a través del Fondo de Emergencia de la Oficina Sanitaria Panamericana, a los Laboratorios "Connaught" de Canadá, las cantidades estimativas para inmunizar a todos los niños menores de 6 años que no habían logrado ser

vacunados dentro de los programas regulares del Plan Nacional de Salud.

A estas alturas, solicitamos ayuda a la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual inmediatamente envió un Epidemiólogo y a la vez solicitó al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, C.D.C. de Atlanta Georgia, otros dos Epidemiólogos, los cuales rápidamente se movilizaron a Managua. Ante la alarma que produjeron los cables en el ámbito internacional, Gobiernos amigos nos enviaron su ayuda en una forma u otra. Sus dignos representantes en nuestro país nos demostraron su hermandad en la hora dolorosa que vivimos. Entre estos Gobiernos merecen especial mención, los Estados Unidos de América, Estados Unidos Mexicanos, El Salvador, Honduras, Gran Bretaña, Francia, Japón, Israel y Egipto. Merecen también mención, instituciones internacionales entre las que recuerdo a la Primera Iglesia Bautista de Cleveland, Catholic Relief Services, Brother's and Brother Foundation y varios laboratorios y casas manufactureras de equipos que nos enviaron su ayuda. Ante la imposibilidad de detener el ritmo de los casos epidémicos que se presentaban diariamente con mayor intensidad, aumentando dichos casos al grupo de edad hasta los 15 años, los Epidemiólogos sugirieron la forma de buscar una vacunación masiva para hacer la cobertura de la población incluida entre los 3 meses y los 15 años. En esos instantes brotó en mi mente poner en ejecución la idea sugerida por el Ciudadano Presidente de mi país, de usar los Cantones Electorales de la República que cubren el territorio nacional en toda su extensión.

Para darles a ustedes una idea de la imagen de la célula cantonal y del material humano que puso su concurso para llevar a feliz término la vacunación masiva nacional en un solo día, les expongo que un Canton Electoral abarca una demarcación geográfica de un promedio de 400 ciudadanos votantes de ambos sexos mayores de 18 años, lo que representa una población de 1.000 habitantes de todos los grupos de edad. En esta forma toda la población de Nicaragua está cubierta por 1.572 cantones existentes, más 493 mesas suplementarias. Cada cantón tiene un Directorio formado por un Presidente y un Representante de cada uno de los Partidos Políticos. Todo el sistema cantonal de Nicaragua depende de uno de los Poderes del Estado que se llama Poder Electoral. El planeamiento para la vacunación masiva contra la Poliomiélitis en un solo día, usando el sistema cantonal, se hizo en la siguiente forma:

10. Etapa Determinativa:

- 1.1 El Consejo Técnico de Salubridad bajo mi dirección, ante la gravedad de la epidemia, en unión de la Sociedad de Pediatría, declaró Estado de Emergencia Nacional.

- 1.2 Se reunió el Consejo Técnico con el Poder Electoral, Ministerio de Educación Pública, Organizaciones Civicas tales: Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja, Clubs de Servicios, Asociación de Periodistas, Acción Cívica de la Guardia Nacional (FAN); Asesores de la Oficina Sanitaria Panamericana; Empresarios y demás sectores de las fuerzas vivas de la nación, declarando el día 9 de julio y el día 20 de agosto "DIA NACIONAL DE VACUNACION ANTI-POLIOMIELITICA 1a. y 2a. DOSIS" respectivamente para aquellos niños que no estaban inmunizados.
- 1.3 Todas las fuerzas vivas representadas en la reunión anterior se dirigieron al personal estatal, asociado y voluntario del país, bajo su jurisdicción, a fin de que coordinaran esfuerzos con las autoridades de salud a los diferentes niveles.
- 1.4 Se organizó el Comité Ejecutivo del Plan Pro-Campaña de Vacunación Nacional Anti-Poliomielítica y los subsidiarios a nivel Departamental, Municipal y Cantonal.
- 1.5 Se movilizaron a la capital los Educadores en Salud departamentales a recibir instrucciones, a fin de poner en práctica el Plan en cada Departamento, en cada Municipio y en cada Cantón.
- 1.6 Se determinó la población a vacunar: la menor de 15 años.
- 1.7 Se hizo la distribución y transporte de la vacuna a administrar por Departamento, Municipio y Cantón.
- 1.8 Se distribuyó papelería con instructivos sobre indicaciones, dosis, contraindicaciones, conservación de vacuna, ubicación de los vacunatorios, personal del mismo, planillas de vacunación, carnet y envío de los informes de la vacunación a nivel municipal, departamental y central.
- 1.9 Intensiva labor educativa a través de Prensa, Radio y Televisión a fin de motivar a la población a participar en el programa.
- 1.10 Reunión de autoridades de salud con las fuerzas vivas de la comunidad a todos los niveles, para coordinar esfuerzos, e instruirlos sobre normas para la ejecución del Plan.

- 1.11 Se organizó personal de supervisión médico, de enfermería y de educación a nivel central, para recorrer las diferentes áreas del país.

2o. Etapa Ejecutiva:

- 2.1 Los vacunatorios abrieron sus puertas a las 7 a.m. con instrucciones de que fuesen cerrados hasta que se administrara la vacuna a la última persona que lo solicitara ese día.
- 2.2 Los vacunatorios funcionaron en el mismo local, con el mismo personal que forma el Directorio Electoral y voluntarios, supervisados constantemente por técnicos de este Ministerio.
- 2.3 La persona que suministraba la vacuna era la que había sido adiestrada de previo para tal efecto, que generalmente fue el Presidente Cantonal o un Maestro de Educación.
- 2.4 Fue instalada en el despacho del Sr. Ministro, la Radiodifusora del Estado, a la cual por iniciativa propia se encadenaron las otras emisoras del país, manteniendo constantemente informada a la ciudadanía del desarrollo de la campaña; se emitieron boletines sobre administración y mantenimiento de vacuna.
- 2.5 Todas las necesidades de vacuna y personal, fueron atendidas por los servicios de comunicaciones nacionales. Asimismo se contó con la cooperación valiosa de la Acción Cívica de la Guardia Nacional, quien por medio de sus aviones lanzó en paracaídas especiales, en lugares difíciles e inaccesibles, los termos con vacuna. Además, para que el transporte terrestre fuera rápido y eficiente, colaboró ampliamente el Moto Club de Nicaragua.
- 2.6 De la misma manera que se llevó a efecto la vacunación el 9 de julio, seis semanas después o sea el 20 de agosto, se llevó a cabo la administración de la segunda dosis, con la ventaja de que muchas dificultades que se habían presentado el día de la primera, fueron subsanados.
- 2.7 Se empezaron a recibir en horas de la tarde, en ambas jornadas, las planillas de vacunación que luego fueron tabuladas en la División de Bioestadística. Estos datos los pueden observar en el documento que se les ha distribuido.

458 casos fue el curso de la patología trágica en un proceso de 3 meses. 54 niños fallecieron luchando con la muerte encerrados en la carcel respiratoria de un pulmón de acero. La Poliomielitis bulbar destrozó sus pequeños organismos en una batalla cruel y desesperada. 9 pulmotores del tipo Emerson movieron sus diafragmas por los disfracmas que no se movían. 7 ventiladores de tipo Bird de presión positiva también trabajaron simultáneamente. El analizador de los gases fisiológicos de la sangre fue de vital importancia para evaluar las capacidades respiratorias, y en aquella lucha amarga y tenaz, todas las Fuerzas Vivas de la nación formaron una sola unidad, formaron una sola masa compacta con el cuerpo médico nacional y las autoridades sanitarias del país, para detener el avance destructivo de tan terrible flagelo. Como secuela de tan implacable mal, muchos hogares quedaron sumidos en la tristeza y numerosos niños con sus miembros lesionados.

Al declinar la epidemia hasta llegar a "cero" los casos, comienza para nosotros un nuevo proceso largo, intensamente triste, intensamente doloroso, y a este proceso, y a esta amargura, nos estamos enfrentando con valor... es el proceso de la Rehabilitación de los niños lesionados por la cruel Parálisis Infantil. Y tanto el Presidente de mi país, como la Primera Dama de la Nación, Doña Hope Portocarrero de Somoza, Presidente de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, así como el Ministerio de Salud Pública bajo mi dirección y la comunidad en general, estamos vivamente interesados en luchar constantemente por la recuperación de estos niños.

No podemos los nicaragüenses dejar pasar esta ocasión para volcar nuestro agradecimiento a los hombres de ciencia que nos llegaron a auxiliar con sus conocimientos científicos y aquí, quiero dejar constancia de nuestra profunda gratitud al Gobierno y Pueblo de los Estados Unidos de América, que en todo momento nos brindaron su solidaridad y ayuda generosa; aquí quiero dejar constancia de nuestro agradecimiento a ese Gran Presidente de los Estados Unidos de América, Lyndon B. Johnson, quien en todo momento nos brindó su asistencia y su magnífica cooperación; lo mismo que a todos los médicos norteamericanos e internacionales que compartieron con nosotros la responsabilidad que teníamos para con la niñez nicaragüense.

En el documento que ustedes tienen en su poder, podrán apreciar con detalles, la historia de la Poliomielitis en Nicaragua; la historia de la última epidemia y la metodología para vacunar en un solo día a toda la población, usando los Cantones Electorales como puestos de vacunación.

Senor Presidente,
Señores Delegados:

Al expresarles mi sincero agradecimiento por la atención que me habéis brindado al hacer esta exposición, quiero rendirles en esta oportunidad honor al mérito a todos los funcionarios y trabajadores del Ministerio de Salubridad Pública de mi país y a todos los funcionarios y trabajadores de los Ministerios de Salud Pública de América a través de sus dignos representantes aquí presentes, hombres y mujeres de la Salud que van por todos los caminos de América, regando el caudal de sus conocimientos científicos, para mejorar el potencial socio-económico de nuestros pueblos.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XVII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XIX Reunión



Puerto España
Trinidad y Tabago
Octubre 1967

CD17/34 (Esp.)
10 octubre 1967
ORIGINAL: ESPAÑOL

VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA EN CUBA

(Documento presentado por el Gobierno de Cuba)

1962 - Se realizó la 1ra. Campaña con vacuna oral tipo Sabin, trivalente (T_I , T_{II} , T_{III}) de un millón TCD-50.

Se administraron dos dosis con 4 a 6 semanas de intervalo entre una y otra a los niños de 1 mes a 14 años.

Se hizo survey serológico antes y después de la vacunación.

Se vacunaron 2.187.855 niños, el 87.5% de la población de esa edad.

1963 - Se realizó la 2da. Campaña administrándose una primera dosis de vacuna tipo Sabin bivalente (T_{II} , T_{III}) y 4 a 6 semanas después se dió una segunda dosis de vacuna monovalente T_I .

Se administraron las 2 dosis a la población de 1 mes a 14 años.

Se alcanzó el 88.1% de la población de esa edad en la 1ra. dosis y el 89.8% (2.293.256 niños) en la segunda.

Se administró de esta forma porque el survey serológico realizado después de la 1ra. Campaña indicó que los niveles de anticuerpos al Virus tipo I eran algo bajos y se planteó una posible interferencia al administrar la vacuna trivalente. La aplicación de una primera dosis de T_{II} , T_{III} estaría destinada a evitar la posible interferencia de otros virus con el T_I que se administró después.