

**Anexo  
Nº 9****ELIMINACIÓN DEL TÉTANOS  
NEONATAL<sup>1</sup>**

---

La Organización Mundial de la Salud, refiere que en muchos países del mundo, el tétanos neonatal ha sido la causa de más de la mitad de las defunciones por enfermedades prevenibles por vacunación y de cerca del 14% de las muertes neonatales. Se estima que en la década de 1970 más de 10.000 recién nacidos morían anualmente por esta enfermedad en las Américas. *El tétanos neonatal se puede prevenir por medio de la vacunación o utilizando procedimientos higiénicos en el parto y el puerperio.*

En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la que instaba a eliminar el tétanos neonatal en todo el mundo para el año 1995. Esta resolución fue apoyada por el Consejo Directivo de la OPS. A fin de alcanzar ese objetivo, los ministros de salud de los Estados Miembros de la OPS iniciaron actividades programáticas específicas con el apoyo de la Organización y de varios organismos internacionales. El fortalecimiento de la lucha contra el tétanos neonatal debe encuadrarse en el marco general de la intensificación de las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y de los programas de salud de la familia y la comunidad; asimismo, es necesario aprovechar los conocimientos adquiridos durante las campañas de erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión.

El programa de eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública difiere de otros programas de erradicación, tales como los de la viruela y la poliomielitis, porque siempre existe la posibilidad de un retorno de la enfermedad, incluso después que el número de casos haya bajado a cero. Por ello, es de suma importancia que los programas sean sostenibles en el tiempo.

---

<sup>1</sup> Adaptado de la introducción de la Publicación Científica y Técnica N° 602 de OPS. Eliminación del tétanos neonatal: guía práctica. 2da. Edición. 2005.

## Estrategia del programa

El tétanos neonatal se puede controlar más rápidamente si las actividades y los recursos se concentran en las localidades de alto riesgo. La identificación de los distritos o localidades de alto riesgo permite que las autoridades sanitarias sepan dónde se debe aplicar la estrategia principal del programa, que consiste en vacunar a todas las mujeres en edad fértil al menos con dos dosis de toxoide tetánico y diftérico.

Con fines operativos, se considera que la eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública se logra cuando todos los municipios de un país tienen tasas anuales de tétanos neonatal inferior a 1 por 1.000 nacidos vivos.

Sin embargo, se debe analizar cuidadosamente este criterio antes de aplicarlo en el terreno; por ejemplo, si un municipio de 1<sup>4</sup>000.000 de habitantes y alrededor de 30.000 nacimientos anuales notificara 29 casos de tétanos por año podría considerarse que está cumpliendo con el criterio de eliminación establecido, pero esto en la práctica sería inaceptable.

Asimismo, en municipios con muy baja densidad poblacional se podría plantear la situación opuesta. Por esta razón, si bien se ha definido el criterio de eliminación, lo aconsejable es evaluar el logro de la meta o los progresos realizados en tal sentido en función de las características particulares de cada país y distrito.

Para alcanzar el objetivo de eliminación del tétanos neonatal se recomienda que los países tomar las medidas siguientes:

- Establecer o intensificar un sistema de vigilancia del tétanos que permita identificar por separado los casos de tétanos neonatal y no neonatal.
- Investigar todos los casos de tétanos neonatal e iniciar una campaña de detección en los distritos o localidades “silenciosas”, es decir, aquellas donde hubo o es probable que haya casos que no se notifican.
- Concentrar las actividades de vacunación en las mujeres en edad reproductiva que viven en localidades de alto riesgo; para ello es necesario garantizar que cada contacto con estas mujeres constituya una oportunidad para vacunarlas y que ellas lleven un carné permanente de vacunación.
- Asegurar que las parteras tradicionales participen en las actividades de vacunación con toxoide tetánico y en la vigilancia del tétanos neonatal.
- Mejorar la higiene de los procedimientos del parto y el puerperio.

## En el Perú

Hace 15 años, el 70,0% de los partos eran en los domicilios y en condiciones sépticas, además las coberturas de vacunación con tres dosis de toxoide tetánico en las mujeres en edad reproductiva se encontraban en valores muy bajos, el riesgo de enfermar o morir en los niños menores de 28 días era muy alto, por lo tanto la enfermedad mantenía su tendencia endémica.

El país se comprometió a eliminar el tétano neonatal para 1995, desde este año el Perú intensificó sus acciones en la vigilancia epidemiológica del tétanos neonatal, priorizó la vacunación de las mujeres en edad reproductiva en los distritos y localidades de alto riesgo ubicados en la selva y en las zonas urbano marginales pobres, y la capacitación de las parteras y de los agentes comunitarios de salud en técnicas del parto limpio y vacunación con TT.

## Anexo N° 10

# FORMULARIO PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL TNN

Complete este formulario para todos los casos probables notificados y para cada caso de tétanos neonatal confirmado. Se define como "caso probable" a:

- todo lactante que haya tenido una enfermedad con las características del tétanos neonatal durante el primer mes de vida y que haya llorado y se haya alimentado normalmente por lo menos los dos primeros días de vida; o
- toda muerte neonatal de un niño que succionaba y lloraba normalmente durante las primeras 48 horas de vida.

<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	Nombre del niño _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	No. DE CASO _____
	Fecha de nacimiento ____/____/____	EXPEDIENTE MÉDICO No. _____
	Nombre del padre _____	CENTRO ASISTENCIAL _____ _____ _____
	Nombre de la madre _____	
	Dirección _____	
	Pueblo/Ciudad _____ Localidad/Municipio _____ <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
	Estado/Provincia _____ País _____	
Fecha de notificación ____/____/____ Notificado por _____ Cargo _____		
<b>DATOS CLÍNICOS</b>	Peso al nacer _____ o en el momento de la hospitalización _____	
	Fecha de Inicio de la enfermedad ____/____/____	
	¿Succionaba y lloraba normalmente durante por lo menos los dos primeros días de vida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
	¿Tenía el ombligo infectado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Onfalitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
	Fiebre en el momento de la hospitalización _____°C	
	Fiebre máxima y mínima durante la hospitalización De _____°C a _____°C	
	Trismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Fecha de Inicio ____/____/____	
	Rigidez corporal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Fecha de Inicio ____/____/____	
	Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Fecha de la primera convulsión ____/____/____	
	Espasmos musculares <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Fecha del primer espasmo ____/____/____	
	Ictericia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Fecha de aparición ____/____/____	
	Atendido por un médico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Nombre del médico _____	
	¿Fue el niño tratado en un hospital o centro asistencial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
	Nombre del primer dispensario u hospital _____	
	Fecha de hospitalización ____/____/____	
	Situación en el momento del alta _____ Fecha ____/____/____	
	Si falleció, indique la fecha ____/____/____	
Nombre del segundo dispensario u hospital _____		
Fecha de hospitalización ____/____/____		
Situación en el momento del alta _____ Fecha ____/____/____		
Si falleció, indique la fecha ____/____/____		

continuación)

<b>DATOS SOBRE LA MADRE</b>	Edad de la madre _____ No. de embarazos anteriores _____ No. de hijos vivos _____ No. de hijos muertos _____
	No. de dosis de TT o Td _____ Fecha de la última dosis ____/____/____ ¿Documentadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Número de consultas prenatales _____ Lugar donde recibió atención prenatal _____
	¿Migrante? (menos de un año de residencia en el lugar en que se produjo el caso) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, indique el municipio o localidad de origen _____
	Grupo étnico _____ o NC.
	El niño nació en: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar _____
	Nombre _____ Dirección _____
	El parto fue asistido por: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera capacitada <input type="checkbox"/> Partera no capacitada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro _____
	Nombre _____ Dirección _____
	Describe las condiciones de higiene y los instrumentos que se usaron para cortar el cordón umbilical _____ _____ _____
	Describe el tratamiento o apósito que se aplicó al muñón umbilical _____ _____ _____

<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EN LA LOCALIDAD DONDE SE PRODUJO EL CASO</b>	MEF según el censo _____
	Embarazadas _____
	No embarazadas _____
	Porcentaje de MEF con tres o más dosis de TT o Td _____
	Porcentaje de MEF con cero dosis de TT o Td _____
	Porcentaje de MEF con carné de vacunación _____
	Clasificación del riesgo de TNN _____
	No. de MEF vacunadas con alguna dosis de Td _____
	Porcentaje de MEF vacunadas con tres o más dosis de Td después de la investigación _____

\* MEF: Mujeres en edad fértil. Usualmente de 14 a 39 años. Este grupo de edad es diferente en algunos países.

(continuación)

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA	Clasificación definitiva del caso: <input type="checkbox"/> CONFIRMADO <input type="checkbox"/> DESCARTADO	Fecha ____/____/____
	Un caso confirmado es el de un niño que presenta todas las características siguientes:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alimentación y llanto normales durante los dos primeros días de vida;</li> <li>• inicio de la enfermedad entre el tercero y el vigésimo octavo día de vida;</li> <li>• incapacidad para succionar (trómo) seguida de rigidez (rigidez muscular generalizada) o convulsiones (espasmos musculares).</li> </ul>	
	Si el caso fue descartado, indique el diagnóstico final _____	
	Nombre de la persona que completó el formulario _____	Cargo _____
	Teléfono _____	
	Fecha de la Investigación ____/____/____	Fecha de notificación al Ministerio ____/____/____
COMENTARIOS (por ejemplo, razones por las cuales no se administró la vacuna, superficie sobre la cual tuvo lugar el parto, etcétera)		
_____		
_____		
_____		

Organización Panamericana de la Salud. Eliminación del tétanos neonatal: guía práctica. Washington, D.C.: OPS © 2005. (Publicación Científica y Técnica N° 602). 2da. Edición.