



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XVI, Número 1

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Febrero 1994

Un paso más cerca de la certificación

Desde el 23 de agosto de 1991 no se han detectado más poliovirus salvajes autóctonos en las Américas. Esta constatación ha sentado las bases para certificar que todos los países de la Región han erradicado el virus. La erradicación de la poliomielitis es un triunfo tan grande para los países de las Américas que se debería dar alta prioridad al proceso de certificación. En 1994, las comisiones nacionales deberán esforzarse por obtener y examinar informes de vigilancia que indicarán si la Región está lista para la certificación.

En el Documento Técnico # 39 de la OPS, "Plan de acción para la certificación de la erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas", se establecen criterios para el proceso de certificación. Los más importantes se resumen a continuación.

Hasta ahora, la única enfermedad evitable con la vacunación que se había erradicado era la viruela. Esta experiencia subrayó la importancia de dejar transcurrir suficiente tiempo entre el último caso conocido y la certificación y de mantener un sistema de vigilancia integral. La erradicación de la poliomielitis plantea un desafío adicional: los casos a menudo son asintomáticos y, por consiguiente, más difíciles de detectar.

La campaña contra la viruela también puso de relieve la dedicación que se requiere de la comisión oficial de certificación que examina los datos nacionales, así como el grado de apoyo político que se necesita para cumplir los criterios para la certificación.

En cada país de la región se está organizando una **Comisión Nacional de Certificación** que se encargará de supervisar las actividades previas a la certificación. A fin de mantener su objetividad, estas comisiones estarán formadas por expertos en salud pública que no están directamente vinculados al programa nacional de erradicación de la poliomielitis. Estos expertos serán debidamente informados sobre los planes de acción específicos para las áreas que deban examinar.

A fin de preparar informes nacionales que justifiquen la certificación, será indispensable llevar a cabo cuatro actividades:

1. vigilancia de la PFA,
2. vigilancia del poliovirus salvaje (por ejemplo, analizando muestras de heces en laboratorios),
3. búsqueda activa de casos de PFA en zonas donde la vigilancia sea deficiente, como aquellas donde se hayan producido casos confirmados o «compatibles» anteriormente o de las cuales no se hayan recibido informes, y
4. documentación de las campañas de vacunación masiva en áreas de alto riesgo, como aquellas donde se hayan producido casos confirmados o "compatibles" de poliomielitis.

Por lo general, de la eficacia de estas cuatro actividades dependerá el grado de preparación de un país para hacer frente a las importaciones de poliovirus salvajes. Los países deberán documentar las estrategias adicionales que adopten para evitar la propagación de los virus importados.

La **Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP)**, que se formó en julio de 1990, planea reunirse en agosto de 1994 para examinar los informes de progreso de las comisiones nacionales. Los objetivos operacionales de la CICEP son formular y examinar procedimientos para la certificación y evaluar los informes de cada país. En última instancia, la CICEP deberá llegar a una de dos conclusiones: que se ha interrumpido la transmisión o que deberán tomarse medidas específicas adicionales a fin de cumplir los criterios para la certificación.

El Documento Técnico # 39 se puede conseguir en las representaciones de la OPS o solicitándolo a: Boletín del PAI, HMP/EPI, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037, Estados Unidos.

En este número:

Un paso más cerca de la certificación.....	1
Indicadores de vigilancia que cumplen con los criterios de certificación...	2
Últimas noticias sobre el control de los casos importados en la Región...	2
Los ministros andinos resuelven eliminar el sarampión.....	3
Colombia: Mes de la eliminación del sarampión.....	3
Los pediatras colombianos se suman a la campaña.....	4
México: Manual práctico sobre el sarampión.....	4

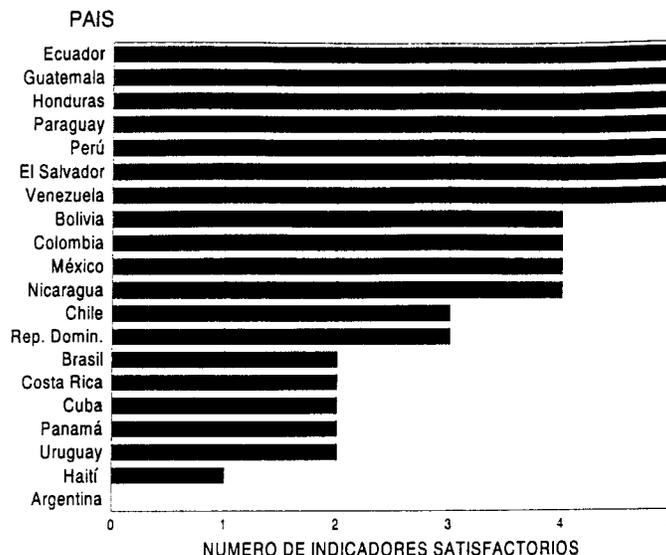
Clasificación de Caso de EFE para Eliminación del Sarampión.....	4
No se notifican casos de sarampión en Estados Unidos en nov. 1993.....	4
La cobertura de vacunación contra la rubéola mejora gracias a la campaña contra el sarampión.....	5
Como Limpiar la Chimenea de una Refrigeradora de Queroseno.....	6
Casos notificados de ciertas enfermedades.....	6
En memoria del Dr. Alexander Langmuir.....	8

Indicadores de vigilancia que cumplen con los criterios de certificación, América Latina, por país, 1993

Una buena vigilancia de la parálisis flácida aguda es la piedra angular del proceso de certificación de la erradicación del poliovirus. Se está vigilando los indicadores sobre la vigilancia de la PFA para orientar la labor de certificación en las Américas. Para que la vigilancia se considere adecuada, deben cumplirse los cinco criterios siguientes:

1. notificación semanal negativa de por lo menos 80% de los centros de notificación semanal;
2. una tasa de PFA de por lo menos 1,0 por cada 100.000 menores de 15 años;
3. investigación de por lo menos 80% de los casos de PFA notificados, por un epidemiólogo calificado, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación del caso;
4. toma de dos muestras de heces de por lo menos 80% de los casos de PFA, dentro de las dos semanas siguientes al inicio de parálisis;
5. en el 80% de los casos de PFA, como mínimo, toma de muestras de heces de por lo menos cinco personas que hayan tenido estrecho contacto con el enfermo.

Los esfuerzos para que la vigilancia de la PFA llegue a un nivel adecuado en las Américas serán importantes para alcanzar la meta de la certificación. El gráfico que aparece a continuación ilustra el nivel de vigilancia que habían alcanzado los países americanos a fines de 1993.



Ultimas noticias sobre el control de los casos importados en la Región

En el número de diciembre de 1993 del Boletín del PAI publicamos un informe sobre las medidas que habían tomado las autoridades sanitarias de varios países de la Región para detectar las comunidades que pudiesen propagar poliovirus salvajes importados de los Países Bajos (véanse los boletines # 6, Año XIV, 1992, # 3, Año XV, 1993 y # 6, Año XV, 1993).

A continuación se resumen los informes recibidos de Brasil y la República Dominicana.

Brasil

Tras recibir la circular de alerta de la OPS sobre la importación de poliovirus salvajes en Canadá, la División de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, del Ministerio de Salud, exhortó a los coordinadores estatales del programa nacional de erradicación de la poliomiélitis a intensificar la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda.

Diez estados informaron que tenían en su territorio comunidades religiosas cerradas con lazos con los Países Bajos. Las autoridades sanitarias se pusieron en contacto con todas ellas, les informaron sobre el brote de Holanda y la importación del virus en Canadá, analizaron la cobertura de vacunación de los menores de cinco años y preguntaron si alguien había viajado a los Países Bajos o a Canadá. Además, obtuvieron muestras de heces de miembros de la comunidad,

especialmente de menores de cinco años.

Se comprobó que estas comunidades no rechazan la vacuna y que la tasa de vacunación de los niños era del 100%. Aún no se han recibido los resultados del 16% de las muestras de heces, pero 78% dieron negativo, 5% contenían enterovirus no poliomiélicos y alrededor del 1% contenía el virus de la vacuna.

República Dominicana

En julio de 1993, el personal del PAI se reunió con personal multidisciplinario responsable de la vigilancia epidemiológica, especialmente de los viajeros internacionales, como los epidemiólogos y médicos de puertos aéreos y marítimos. Después se celebraron reuniones con representantes de grupos religiosos a fin de determinar los lugares del país donde podría haber comunidades cerradas que se negaran a vacunarse y mantuvieran lazos con los Países Bajos. Se encontraron varias comunidades con esas características.

Tras varias reuniones con los dirigentes de dichas comunidades, personal de salud regional y local y funcionarios municipales, las comunidades dieron permiso para que se obtuvieran muestras de heces. En ninguna se encontraron poliovirus. Después, todos los integrantes de estas comunidades fueron vacunados.

Los ministros andinos resuelven eliminar el sarampión

Los ministros de salud de la Región Andina, que celebraron su decimoséptima reunión en Cuenca, Ecuador, del 3 al 5 de noviembre de 1993, aprobaron la siguiente resolución para eliminar el sarampión de sus países de aquí a 1998:

Considerando:

Que los países de la subregión se encuentran empeñados en disminuir la morbilidad y mortalidad infantil, como una de las metas de mayor importancia dentro de sus políticas de salud.

Que el sarampión constituye una de las causas de mortalidad más frecuentes, a pesar de que se dispone de la tecnología necesaria para su prevención y control.

Que es necesario adoptar decisiones conjuntas tendientes a la erradicación de esta enfermedad, para acelerar el proceso de disminución de la mortalidad infantil.

Resuelve:

1. Declarar al quinquenio 1994-1998, como el período de erradicación del sarampión que los países de la subregión andina se comprometen a alcanzar conjuntamente mediante la vacunación masiva de la población comprendida entre los 9 meses y 14 años y la realización de las actividades subsecuentes de vigilancia epidemiológica, incluyendo la valoración inmunológica de la población susceptible.
2. Solicitar a la OMS/OPS, UNICEF, y más agencias internacionales de cooperación técnica y económica, se vinculen a este esfuerzo, de conformidad con el Plan de Acción aprobado por los países y el compromiso mundial de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000.
3. Encargar a la Secretaría Ejecutiva el seguimiento de esta resolución.

Colombia: Mes de la eliminación del sarampión

El período del 10 de mayo al 5 de junio de 1993 fue declarado en Colombia "Mes nacional para la eliminación del sarampión", cuya meta era administrar una dosis de vacuna a cada uno de los 11.450.861 niños de 9 meses a 14 años, sin tener en cuenta las vacunas que hubiesen recibido o su estado de inmunización.

La campaña se realizó en tres etapas:

- la etapa prejornada de vacunación (del 10 de mayo al 4 de junio), durante la cual se esperaba alcanzar una cobertura del 100% de los escolares (se logró una cobertura del 77%);
- la jornada de vacunación (5 de junio), en la cual se incrementó el cumplimiento al 91%, con puestos de vacunación, y
- la etapa posjornada de vacunación, a partir del 6 de junio, cuyo criterio para finalizarla fue el logro de por lo menos el 95% de la meta. Durante esta etapa se realizaron operaciones de barrido en zonas donde ya se había vacunado y en zonas de difícil acceso. Se alcanzó el 97% de la meta.

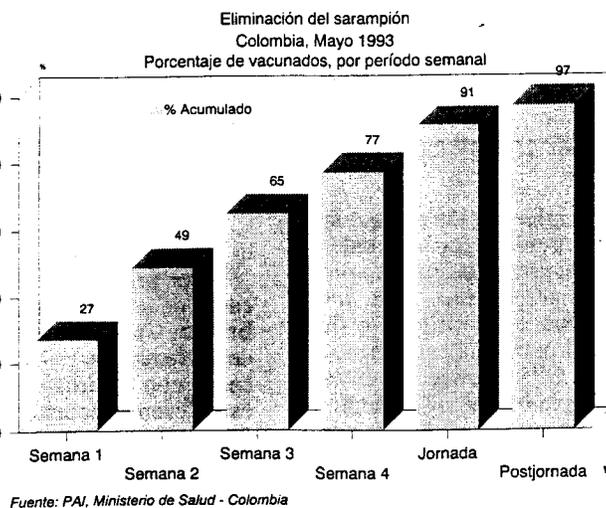
El gráfico muestra las metas alcanzadas. Se vacunó a 11.096.264 niños. Los 352.237 restantes fueron vacunados en una campaña nacional de barrido sanitario durante la cual se administraron también otros antígenos del PAI (vacuna antipoliomielítica oral y DPT). Se alcanzaron las siguientes tasas de cobertura en las seccionales de salud de todo el país:

más del 95% en el 52,2% de las seccionales, entre el 90 y el 95% en el 26,3% de las seccionales, y menos del 90% en el 18% de ellas.

El costo de la campaña ascendió a US\$5.547.931 en concepto de materiales y equipo, más una suma similar en gastos de operaciones. La inversión fue complementada por recursos de otros sectores como gobernaciones, alcaldías, organizaciones no gubernamentales y el sector salud.

En las actividades del Mes de la eliminación del sarampión participaron unos 20.000 funcionarios del sector salud oficial, que contaron con la colaboración de funcionarios del sector salud privado y de los programas nacionales de seguridad y asistencia social. La campaña estuvo coordinada con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Comunicaciones, organizaciones científicas, gremios del sector salud y los medios de comunicación. Los comités interinstitucionales e intersectoriales (ejecutivos) de los servicios seccionales de salud, tanto estatales como municipales, se encargaron de la coordinación y de la movilización social. Participaron también comités de participación de la comunidad.

Fuente: PAI, Ministerio de Salud, Colombia, y Patricia González, PAI, Ministerio de Salud/UNICEF.



Los pediatras colombianos se suman a la campaña

El sarampión continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad infantil. Debido a que el virus del sarampión es sumamente infeccioso, un pequeño número de niños enfermos puede iniciar un brote. Sin embargo, con el gran aumento de la cobertura de vacunación, en varios países ahora se pueden iniciar campañas para eliminar esta enfermedad.

Uno de los problemas del sistema de vigilancia necesario para llevar a cabo una campaña de ese tipo es la notificación irregular por pediatras que todavía consideran el sarampión como una enfermedad común de la infancia. "Mayo Mes de la eliminación del sarampión," publicación especial de 1993 de la Sociedad Colombiana de Pediatría, representa una contribución fundamental a la eliminación del sarampión. La Sociedad Colombiana de Pediatría se ha comprometido a apoyar la campaña de eliminación del sarampión y publica pautas clínicas y epidemiológicas para que los pediatras participen plenamente en el sistema de notificación de casos.

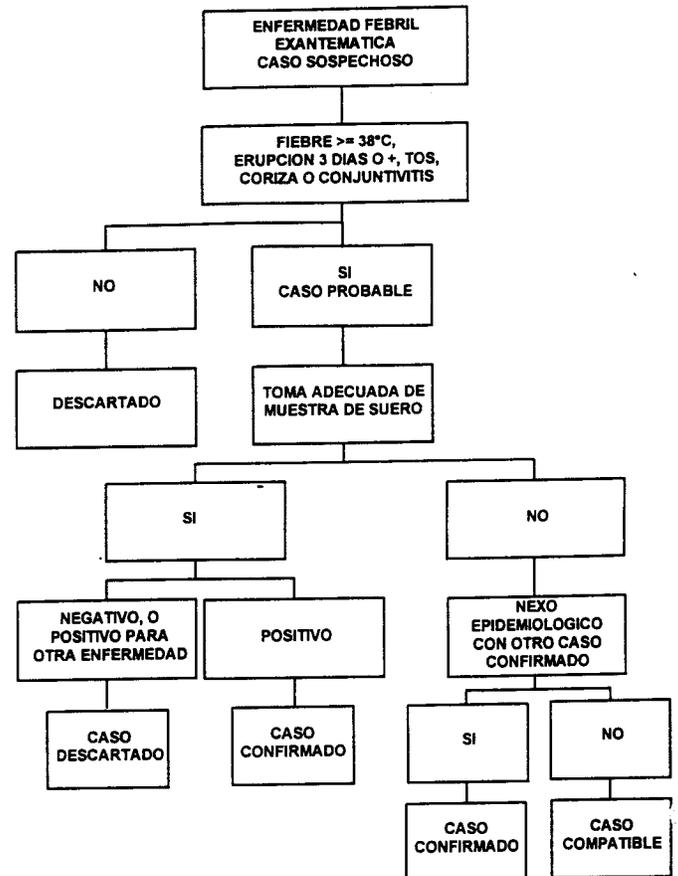
Se pueden obtener ejemplares del número especial "Mayo Mes de la eliminación del sarampión" (ISSN-0120-4912) solicitándolos por escrito a: Dra. Gina Tambini, PAI, a/c Representante de la OPS/OMS en Colombia, Calle 95 # 9-80, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia.

México: Manual práctico sobre el sarampión

El Ministerio de Salud de México se ha propuesto eliminar el sarampión en todo el país. La campaña se basará en el aumento de las tasas de cobertura de vacunación y el mantenimiento de tasas elevadas, el establecimiento de un sistema de vigilancia sumamente sensible y la adopción de medidas de control inmediatas cuando se produzcan casos, brotes o situaciones especiales. El sistema montado para realizar la tarea abarca una red de laboratorios nacionales para la vigilancia epidemiológica de enfermedades febriles exantemáticas, la descentralización de la vigilancia y una base de datos por computadoras.

Con el propósito de normalizar la información que se usa para este fin, en 1993 el Ministerio publicó dos manuales simplificados para la vigilancia epidemiológica del sarampión: uno para médicos clínicos particulares y otro para los participantes en el programa nacional de notificación de enfermedades febriles exantemáticas. Los manuales contienen la definición de caso aprobada por la OPS y procedimientos básicos para la notificación, la investigación y el seguimiento. Son concisos y exactos, y tienen la dirección y el número de teléfono de los principales distritos sanitarios del país a fin de facilitar la notificación por fuentes de información no médicas. Estos manuales podrían servir de modelo para otras campañas nacionales de eliminación. Se pueden obtener ejemplares (en español solamente) de: Coordinación Nacional para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Francisco de P. Miranda 177, 6° piso, Col. Merced Gómez, Lomas de Plateros Mixcoac, Delegación Alvaro Obregón, México, 01480, D.F.

Clasificación de Casos de EFE para Eliminación del Sarampión



No se notifican casos de sarampión en Estados Unidos en noviembre de 1993

Por primera vez desde que se inició la notificación de casos de sarampión en 1912, no se notificó ningún caso en Estados Unidos durante tres semanas consecutivas (del 7 al 27 de noviembre de 1993, semanas 45-47). Tampoco se notificaron casos con un inicio posterior al 22 de septiembre que no estuviesen directamente relacionados con importaciones.

Del total provisional de 277 casos de sarampión notificados en 1993 hasta el 27 de noviembre, en 57 casos la enfermedad se presentó después del 4 de julio. De estos casos, 29 (51%) fueron importados o estaban vinculados a un caso importado por una cadena de transmisión continua. Doce casos (21%) se debieron a una transmisión continua iniciada durante un brote de sarampión que se produjo después del 4 de julio. En 14 casos (25%) no se encontró una relación con un brote, una importación internacional u otro caso notificado, de modo

que fueron clasificados como casos índice esporádicos. Hubo dos casos vinculados epidemiológicamente a estos casos índice. Doce de los 14 casos índice esporádicos fueron confirmados en laboratorio.

Notificado por: Ministerios de salud estatales y locales, Programa Nacional de Inmunización, CDC.

Nota de la Redacción: El hecho de que no se hayan notificado casos de sarampión durante tres semanas se debe por lo menos a cuatro factores: 1) un gran aumento de la cobertura de vacunación de los niños en edad preescolar, 2) la mayor difusión de la segunda dosis de vacuna antisarampionosa entre los escolares y entre los jóvenes universitarios, 3) la intensificación de la lucha contra el sarampión en las Américas y 4) la disminución estacional de la incidencia de sarampión durante el otoño (1,2). Además, la falta de casos índice esporádicos de sarampión con un inicio posterior al 22 de septiembre podría reflejar una interrupción de la transmisión endémica del sarampión en Estados Unidos durante ese período.

La ausencia de focos endémicos de transmisión de sarampión no significa que se haya eliminado esta enfermedad en Estados Unidos. Muchos casos de sarampión no fueron notificados a las autoridades de salud pública en el pasado (3). Por lo tanto, es necesario intensificar la vigilancia para detectar y eliminar los focos de transmisión que queden. Se debe notificar enseguida a las autoridades de salud pública todo caso de enfermedad exantemática que se sospeche que sea de sarampión, a fin de que se pueda realizar una investigación de inmediato y tomar medidas enérgicas para reducir al mínimo la propagación. Se debería obtener confirmación de laboratorio, averiguar los antecedentes de vacunación y determinar la fuente de la exposición en cada caso.

Aunque la incidencia actual del sarampión es más baja que nunca en Estados Unidos, en ocasiones anteriores se produjeron resurgimientos tras períodos de baja incidencia (4,5). Es necesario alcanzar una alta cobertura de vacunación de los preescolares y escolares y mantenerla en todas las localidades a fin de eliminar la transmisión endémica del sarampión.

Referencias

1. CDC. Measles--United States, first 26 weeks, 1993. MMWR 1993; 42:813-6.
2. Organización Panamericana de la Salud. Campaña para eliminar el sarampión en Centroamérica. Boletín del PAI 1993; XV(5):2-3.
3. Davis SF, Strebel PM, Atkinson WL et al. Reporting efficiency during a measles outbreak in New York City, 1991. Am J Public Health 1993; 83:1011-5.
4. CDC. Measles--United States, 1982. MMWR 1983; 32:49-51.
5. Atkinson WL, Orenstein WA, Krugman S. The resurgence of measles in the United States, 1989-90. Annu Rev Med 1992; 43:451-63.

Addenda:

Han transcurrido tres semanas más desde que se preparó este informe sin que se notificaran más casos de sarampión a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos: del 7 de noviembre (semana 45) al 18 de diciembre (semana 50) no se notificó ningún caso en ninguno de los 50 estados.

Fuente: Este informe fue publicado en *Morbidity and Mortality Weekly Report* el 10 de diciembre de 1993 (MMWR 1993; 42:925-6). Fue preparado por los Dres. John C. Watson y William L. Atkinson, del Programa Nacional de Inmunización, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

La cobertura de vacunación contra la rubéola mejora gracias a la campaña contra el sarampión

Del 22 al 26 de noviembre de 1993 se realizó en Tabago la Décima Reunión de Gerentes Subregionales del PAI, con la participación de más de noventa personas. Se examinaron planes de acción para 1994 y se trataron los siguientes temas: cobertura de inmunización, erradicación de la poliomielitis, eliminación del sarampión, vigilancia de la rubéola, lucha contra la tuberculosis y movilización social. A continuación se presentan los aspectos sobresalientes de una de las ponencias, titulada "Seroprevalencia de la rubéola en una muestra de mujeres atendidas en centros prenatales de Trinidad y Tabago".

La presencia de anticuerpos contra la rubéola en las embarazadas es, a lo sumo, un indicador sustitutivo del riesgo potencial de síndrome congénito de rubéola (SCR) en una población, ya que la seroprevalencia no coincide necesariamente con la incidencia. Además, el riesgo de SCR depende no sólo de la incidencia de la rubéola en las mujeres en edad de procrear, sino también de la susceptibilidad y fecundidad a distintas edades.

El propósito de la vacunación contra la rubéola es proteger al futuro feto de los daños que causa la infección intrauterina. Aunque un gran porcentaje de mujeres (entre el 80 y el 90%) están inmunizadas contra la rubéola cuando llegan a la adolescencia y a la juventud, se detectaron importantes excepciones en un estudio de ciertas islas y grupos aislados, donde hay menos mujeres con anticuerpos contra la rubéola que en las zonas urbanas.

Se obtuvieron muestras aleatorias de suero en los 81 centros asistenciales y hospitales públicos de Trinidad y Tabago de 2.003 embarazadas que fueron sometidas a análisis regulares para determinar la presencia de anticuerpos IgG contra la rubéola con la prueba de inmunoabsorción enzimática (ELISA). De las 1.838 muestras obtenidas de mujeres atendidas en los centros prenatales, 986 (53,6%) presentaban anticuerpos IgG contra la rubéola.

La edad media de las mujeres de la muestra era 32,7 años, con una variación muy pequeña entre las seropositivas y las seronegativas. El 46,6% de las mujeres de 15 a 24 años (370/794) eran seronegativas, en tanto que el 48% de las mujeres de 25 a 34 años (336/700) no estaban inmunizadas. A pesar de que la vacunación selectiva contra la rubéola de las niñas prepubescentes comenzó en 1982, el 40,5% de las mujeres de 20 años o menos atendidas en los centros asistenciales eran seronegativas y, en consecuencia, eran susceptibles a la infección por el virus de la rubéola.

Aunque estos resultados pueden usarse como indicadores de la eficacia de las estrategias de vacunación contra la rubéola, cabe señalar que algunas de las mujeres seropositivas podrían haber adquirido el anticuerpo en forma natural debido a una infección anterior. La decisión que tomó el Ministerio de Salud en 1991 de usar la vacuna bivalente contra el sarampión y la rubéola en la campaña de eliminación del sarampión condujo a una cobertura del 92% de los niños de 12 meses a 14 años. Esta estrategia resultó en un aumento inmediato y considerable de la inmunidad contra la rubéola en toda la cohorte. Con la vacunación selectiva se logra

reducir el riesgo del SCR sólo en cada mujer vacunada; por lo tanto, para que tenga un éxito completo, es necesario inmunizar al 100% de las mujeres que corren riesgos.

Al seleccionar una estrategia para eliminar el SCR, hay que tener en cuenta ciertas variables muy importantes, como el costo, la facilidad de acceso a los distintos grupos destinatarios, el grado de cobertura que normalmente se puede alcanzar y, sobre todo, su eficacia a largo plazo. La vacunación contra la rubéola en la infancia es totalmente compatible con los métodos tradicionales de inmunización preconizados por los PAI nacionales y regionales. Estos

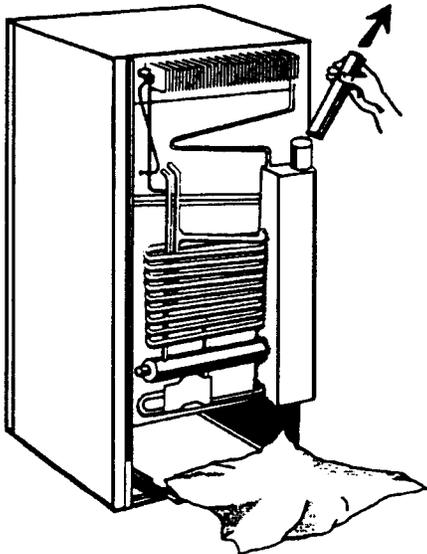
programas han tenido una aceptación generalizada entre consumidores y proveedores, y ya existe una infraestructura adecuada para administrar la vacuna.

En el contexto actual de escasez de recursos financieros y humanos, es indispensable que reexaminemos meticulosamente las estrategias de vacunación selectiva contra la rubéola.

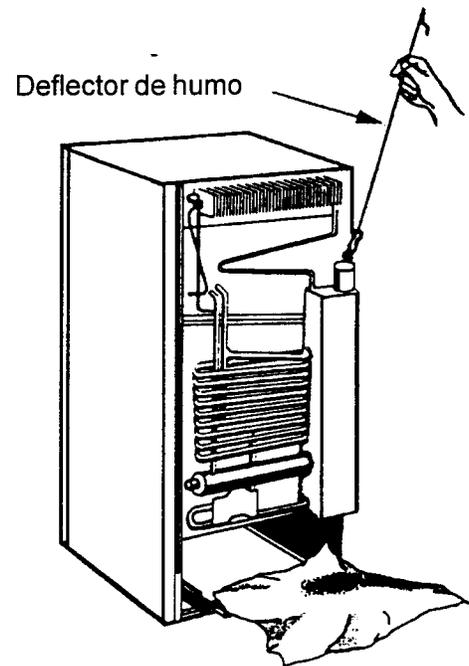
Fuente: *Rubella Seroprevalence in a Sample of Antenatal Clinic Attendees in Trinidad and Tobago*, Merle J. Lewis, Glenda Maynard, Terrence Ovid y Karen Williams, del Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, e Yvette Holder, del Centro de Epidemiología del Caribe.

Como Limpiar la Chimenea de una Refrigeradora de Queroseno

1. Desmonte el depósito y el mechero.
2. Coloque un papel o un paño debajo de la chimenea.
3. Desmonte la parte superior de la chimenea, si existe.



4. Saque el deflector de humo (espiral).



5. Limpie la chimenea con el escobillón.
6. Coloque de nuevo el deflector de humo y monte la parte superior de la chimenea.
7. Recoja el papel o paño con el hollín.
8. Encienda el mechero e instale el depósito.



Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1º de enero de 1993 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1992 por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Reportados		Confirmados		1993	1992	No Neonatal		Neonatal		1993	1992	1993	1992
		1993	1992	1993	1992			1993	1992	1993	1992				
AMERICA LATINA															
Región Andina															
Bolivia	9 Oct.	1 161	...	...	...	0	0	...	...	16	...	11	...	67	...
Colombia	9 Oct.	...	...	...	...	0	0	...	...	60	...	...	...	...	...
Ecuador	18 Dic.	3 015	...	...	...	0	0	...	...	69	...	12	...	...	...
Perú	2 Oct.	1 244	...	...	...	0	0	76	...	85	...	4	...	450	...
Venezuela	18 Dic.	19 826	11 949	...	...	0	0	...	...	24	27	0	1	449	507
Cono Sur															
Argentina	11 Dic.	4 380	17 248	...	...	0	0	29	53	5	4	3	4	1 008	2 078
Chile	30 Oct.	1	...	...	...	0	0	9	...	1	...	10	...	553	...
Paraguay	3 Jul.	627	128	...	...	0	0	29	11	18	7	3	2	135	79
Uruguay	31 Jul.	7	171	...	...	0	0	2	3	0	0	0	0	13	29
Brasil	12 Jun.	1 187	...	...	...	0	0	456	...	74	...	119	...	1779	...
Centro América															
Belice	31 Dic	16	11	0	...	0	0	...	...	...	0	...	0	...	0
Costa Rica	31 Dic.	792	2 357	273	...	0	0	...	2	...	0	...	0	...	29
El Salvador	31 Dic	7 610	509	38	...	0	0	...	30	...	25	...	0	...	33
Guatemala	31 Dic.	278	97	17	...	0	0	...	32	...	8	...	3	...	156
Honduras	31 Dic	88	58	13	...	0	0	...	28	...	10	...	0	...	425
Nicaragua	31 Dic.	462	2 498	339	...	0	0	...	21	...	9	...	0	...	346
Panamá	31 Dic	280	845	90	...	0	0	...	6	...	3	...	0	...	26
México	25 Dic.	...	734	150	529	0	0	140	173	90	115	0	0	131	129
Caribe Latino															
Cuba	04 Dic	0	...	...	...	0	0	2	...	...	...	...	...	11	...
Haití	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	31 Dic	4 637	7 650	...	...	0	0	19	68	0	5	6	71	5	...
CARIBE INGLES															
Antigua y Barbuda	31 Dic	1	0	0	...	0	0	...	0	...	...	...	0	...	0
Bahamas	31 Dic.	2	0	0	...	0	0	...	0	...	0	...	0	...	3
Barbados	31 Dic	44	0	0	...	0	0	...	1	...	0	...	0	...	0
Dominica	31 Dic.	14	0	0	...	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Grenada	31 Dic	8	4	0	...	0	0	...	0	...	...	...	0	...	2
Guyana	31 Dic.	26	0	0	...	0	0	...	2	...	0	...	0	...	0
Jamaica	31 Dic	48	0	0	...	0	0	...	5	...	0	...	0	...	0
San Cristóbal/Nieves	31 Dic.	4	0	0	...	0	0	...	0	...	...	...	0	...	0
San Vicente y Granadinas	31 Dic	2	0	0	...	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Santa Lucía	31 Dic.	20	0	0	...	0	0	...	0	...	...	...	0	...	0
Suriname	31 Dic	15	0	1	...	0	0	...	1	...	...	...	0	...	0
Trinidad y Tobago	31 Dic.	49	0	0	...	0	0	...	8	...	0	...	0	...	4
NORTEAMERICA															
Canadá	31 Dic	184	2 901	...	...	0	0	5	4	...	...	4	2	4 162	3 615
Estados Unidos	31 Dic.	...	2 198	277	2 217	0	0	...	...	...	...	...	...	6 132	...

... No se dispone de datos.

En memoria del Dr. Alexander Langmuir

Alexander Duncan Langmuir, fundador del Servicio de Información sobre Epidemias (EIS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), dependientes del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, falleció el 22 de noviembre de 1993 en Baltimore, Maryland.

El Dr. Langmuir se recibió de médico en la Facultad de Medicina de la Universidad Cornell, en Nueva York, y fue practicante en el Servicio Médico de Harvard del Hospital de la Ciudad de Boston. En el Ministerio de Salud del Estado de Nueva York ocupó el cargo de Subdirector de Salud del Condado de Westchester. En 1940 obtuvo una licenciatura de la Facultad de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins, donde se dedicó a la docencia de 1946 a 1949 y nuevamente a partir de 1988 hasta su muerte. De 1970 a 1977 fue docente de la Facultad de Medicina de Harvard.

El Dr. Langmuir comenzó a trabajar en el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en 1951, poco después de su creación, y dirigió el Servicio de Información sobre Epidemias hasta 1970. El logotipo del EIS (un zapato gastado con un agujero en la suela) representaba su bien conocido lema: "Para combatir las enfermedades, hay que salir y gastar los zapatos".

El Dr. Langmuir desempeñó un papel decisivo en el inicio de programas de lucha contra la poliomielitis, el sarampión, la

malaria y el cólera, entre muchas otras enfermedades. Organizó y dirigió un programa de dos años de capacitación en epidemiología para profesionales de la salud, con el cual se han formado 2.200 epidemiólogos hasta la fecha, y capacitó personalmente a más de 500 médicos en el EIS.



Los Dres. Alexander Langmuir, Thomas Weller, Jonas Salk, Carlyle Guerra de Macedo, Albert Sabin and Ciro de Quadros se reúnen después de que el Dr. Macedo, Director de la OPS, anuncia la campaña para erradicar la poliomielitis en las Américas. Septiembre de 1985.

Con el Dr. Langmuir a la cabeza, en el EIS se iniciaron actividades de vigilancia basadas en la población, que llevaron al reconocimiento de la importancia de la notificación y respuesta rápidas y del uso de métodos epidemiológicos en el ámbito de la salud pública.

El Dr. Langmuir recibió varios premios profesionales y doctorados "honoris causa", y fue nombrado miembro del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias y de la Academia Estadounidense de Artes y Ciencias.

Varios ex alumnos y colegas han creado el Fondo

Alexander D. Langmuir de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas a fin de mantener la calidad del trabajo que el Dr. Langmuir llevó a cabo en este campo. El Fondo funciona en la Facultad de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins, 615 N. Wolfe Street, Suite 1604-A, Baltimore, Maryland 21205, Estados Unidos.

Fuente: EIS Bulletin edición especial, diciembre de 1993, *The Public Health Newsletter*, Oficina de Asuntos Públicos, Facultad de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins.

El *Boletín Informativo del PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.



Editor: Ciro de Quadros
Editora Adjunta: Ellen Wasserman

ISSN 0251-4729

Programa Ampliado de Inmunización
Programa Especial de Salud Materno-infantil
y Población
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.