



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XVI, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 1994

¡Eliminación del sarampión para el año 2000!

En vista del éxito alcanzado con la erradicación del poliovirus salvaje de las Américas (véase el Boletín del PAI, Año XVI, Número 4, 1994), la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana resolvió adoptar la meta de eliminar el sarampión en las Américas para el año 2000.

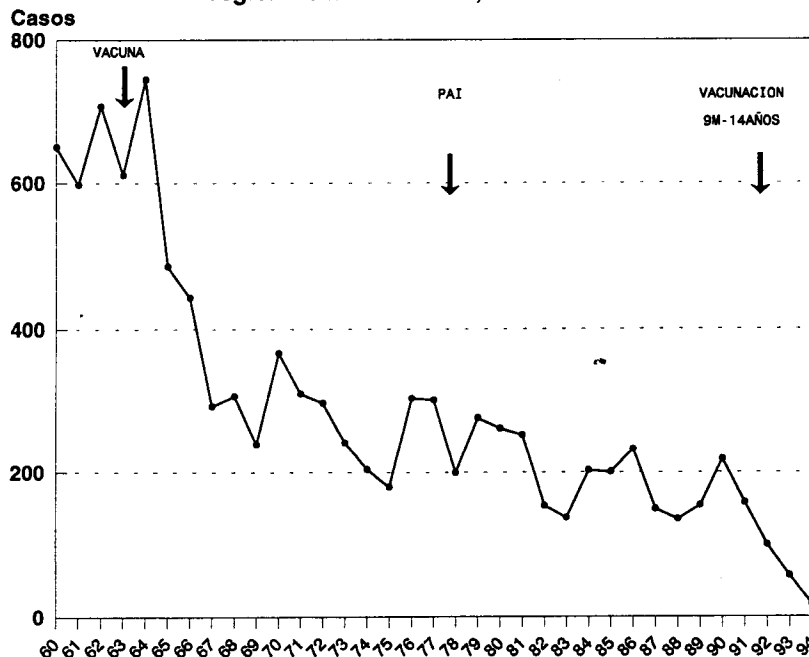
La lucha contra el sarampión se inició cuando se introdujo la vacuna en 1963. Con la disponibilidad creciente de la vacuna y su inclusión en los programas de inmunización de los gobiernos regionales, el número notificado de casos disminuyó drásticamente entre 1964 y 1969 (véase la figura 1).

En 1970, los ministros de salud adoptaron un plan decenal de salud y fijaron la meta de reducir la mortalidad por sarampión a 1,0 por 100.000 casos para 1980. Sin embargo, como no se pusieron en práctica estrategias de control, esta meta se alcanzó únicamente en las Bahamas, Barbados, Canadá, Cuba y Estados Unidos. En 1977 se

estableció el PAI en las Américas y la cobertura de vacunación contra el sarampión comenzó a mejorar. A fines de los años setenta, los datos disponibles indicaban que la cobertura de vacunación contra el sarampión no era muy uniforme en la Región ni tampoco en cada país. A fines de 1980, las cifras

correspondientes a la vacunación en los distintos países mostraban una cobertura de los niños de 12 a 23 meses situada entre un máximo del 67% en dos regiones de Costa Rica y un mínimo del 31% en Santo Domingo, República Dominicana. El uso de la vacuna antisarampionosa en los programas nacionales de inmunización comenzó a mejorar durante los años ochenta y la vacunación de menores de 12 meses llegó al 53% en 1984. En 1990 se administraba la vacuna al 76% de los niños menores de 12 meses.

Figura 1. Número de casos de Sarampión notificados región de las Américas, 1960 - 1994*



Fuente: OPS

Sin embargo, en 1984 era evidente que en la Región

En este número:

¡Eliminación del sarampión para el año 2000!

Actualización sarampión E.E.U.U. (primera vez)

Vigilancia de la polio en las Américas

Actualización sarampión Estados Unidos, primeras 26 semanas de 1994

habían comenzado a producirse epidemias cíclicas de sarampión cada tres o cuatro años, a pesar del aumento de la cobertura (véase la figura 1). De hecho, se produjeron epidemias de sarampión en países como Estados Unidos, donde la cobertura de vacunación es superior al 95%. Estas epidemias se debían a la acumulación de grandes focos de susceptibles con el tiempo debido a la presencia de personas que no estaban inmunizadas. Además, comenzaron a notarse cambios en la incidencia según la edad, observándose brotes de sarampión y casos esporádicos en personas de mayor edad.

En 1986, Cuba tomó la decisión de eliminar el sarampión, y con asistencia técnica de la OPS puso en práctica una estrategia que consistió en vacunar contra el sarampión a todos los niños de 9 meses a 14 años, sin tener en cuenta si habían sido vacunados anteriormente o si habían tenido la enfermedad. El objetivo de la estrategia era eliminar los focos de susceptibles que podían formar cadenas de transmisión de la enfermedad. Posteriormente había que vacunar a cada cohorte nueva de recién nacidos para evitar la acumulación de susceptibles.

En 1988, los ministros de salud de los países de habla inglesa del Caribe siguieron el ejemplo e iniciaron una campaña de eliminación del sarampión con la misma estrategia. La iniciativa del Caribe contó con la cooperación técnica de la OPS y con apoyo financiero del Rotary International y la Asociación Canadiense para la Salud Pública.

Esta estrategia resultó eficaz, y poco después no sólo Chile, Brasil, México y Argentina, sino también los ministros de salud de América Central y de la subregión andina, votaron a favor de la eliminación del sarampión en sus respectivas subregiones. Entre 1992 y 1994, casi todos los países de la Región que se habían fijado la meta de eliminar el sarampión adoptaron la estrategia propuesta por la OPS de vacunar a los niños de 9 meses a 14 años, mantener la vigilancia de la enfermedad y mantener alta cobertura de vacunación a cada cohorte nueva de recién nacidos. La campaña para administrar una dosis de vacuna antisarampionosa iniciada casi simultáneamente por los gobiernos de la Región en un período de dos años condujo a una drástica reducción de los casos notificados de sarampión en la Región, tal como se muestra en la figura 1. También Canadá y Estados Unidos han anunciado la meta de eliminar el sarampión.

En vista del avance notable de la lucha contra el sarampión, la Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebró su reunión en Washington, D.C., en septiembre de 1994, adoptó la meta de eliminar el sarampión en la Región de las Américas para el año 2000.

Al 2 de julio de 1994 (semana 26), los departamentos de salud locales y estatales de 31 estados habían notificado a los CDC un total provisional de 730 casos de sarampión¹ para 1994 (1) (figura 1). Esta cifra es más del cuádruplo de la más baja registrada hasta ahora, que fue 167 casos notificados por 18 estados durante el mismo período en 1993. Además, en 1994 se notificaron 250 casos en el territorio estadounidense de Guam (211) y en los estados libres asociados de las Islas Marianas del Norte (26) y Puerto Rico (13). En este informe se resumen las características epidemiológicas de los casos de sarampión notificados en Estados Unidos durante las primeras 26 semanas de 1994.

Características

Clasificación de los casos. La mayoría de los 730 casos notificados (696, es decir, el 95%) se originaron en Estados Unidos: 588 (80%) fueron contraídos en el estado que notificó el caso y 108 (15%) se debieron a la propagación a otro estado². Quince estados notificaron un total de 30 (4%) casos contraídos en otros países, uno de los cuales produjo un brote de aproximadamente 100 casos en un establecimiento de enseñanza superior de Nueva Jersey. Los 30 casos importados de otros países se originaron o se produjeron en personas que habían viajado por Asia (Hong Kong, Indonesia, Japón, Corea y Viet Nam), Europa (Inglaterra, Francia, Alemania, España y Suiza), América Latina (República Dominicana, Ecuador y México), Canadá, Irán e Israel. De las 30 personas que contrajeron sarampión en el exterior, 11 eran menores de 5 años, 10 tenían de 5 a 19 años y 9 eran mayores de 20 años. Seis de las 20 personas sobre las cuales se dispone de datos eran ciudadanos estadounidenses.

Edad. De los 725 casos cuya edad se conoce, 172 (24%) correspondieron a menores de 5 años, 368 (51%) a personas de 5 a 19 años y 185 (26%) a mayores de 20 años. De los 172 casos de menores de 5 años, 49 (28%) eran menores de 12 meses. De los 71 casos sobre los cuales se señaló que se hicieron pruebas serológicas para diagnosticar el sarampión, 70 fueron confirmados serológicamente.

Antecedentes de vacunación

De los 274 casos sobre los cuales se conocían los antecedentes de vacunación, 44 (16%) habían recibido por lo menos una dosis de vacuna con virus del sarampión (VCS) a más tardar al cumplir un año y más de 14 días antes de la presentación de los síntomas. Un total de 81 pacientes (30%) que se consideraba que no estaban vacunados habían recibido una primera dosis de VCS dentro de los 14 días precedentes al inicio de los síntomas; la mayoría de las vacunas fueron administradas durante un brote que afectó a personas que no habían sido vacunadas (2). Se notificaron cinco casos de personas que habían recibido dos dosis de VCS, dos de las cuales habían recibido la segunda dosis dentro de los 14 días precedentes a la presentación de los síntomas.

De los 230 pacientes que no estaban vacunados o que habían sido vacunados dentro de los 14 días precedentes al inicio de la enfermedad, 166 (72%) estaban exentos de la vacunación por motivos religiosos o filosóficos, 43 (19%)

habían sido vacunados a pesar de reunir las condiciones para ser vacunados (es decir, ciudadanos estadounidenses mayores de 16 meses que no estaban exentos de la vacunación por motivos médicos, religiosos o filosóficos) y 21 (9%) no tenían todavía la edad en la cual se recomienda la vacunación. Los antecedentes de vacunación variaban según la edad. El 14% de los enfermos de sarampión de 5 a 19 años habían recibido por lo menos una dosis de VCS a una edad apropiada, en comparación con el 23% de los pacientes de 1 a 14 años.

Brotos

Durante las primeras 26 semanas de 1994 se notificaron 15 brotes de sarampión (grupos de cinco o más casos relacionados epidemiológicamente) en 10 estados, que representaron el 82% de todos los casos notificados durante el período. Seis brotes (de 25 a 148 casos) se produjeron en escuelas secundarias o establecimientos de enseñanza superior, cinco (de 5 a 32 casos) en niños en edad preescolar y cuatro (de 5 a 126 casos) en otros medios. En cuanto a los brotes que se produjeron en escuelas secundarias y establecimientos de enseñanza superior, se trataba de instituciones que no exigían la vacunación (dos instituciones) o que exigían una sola dosis de VCS (cuatro instituciones). Tres de los brotes más grandes afectaron a personas que no aceptan regularmente ser vacunadas, en el condado de St. Louis, Missouri (148 casos, escuela secundaria), el condado de Jersey, Illinois (52 casos, establecimiento de enseñanza superior) y el condado de Salt Lake, Utah (126 casos, comunidad). Además de estos brotes, se produjo otro brote (alrededor de 200 casos) que afectó principalmente a niños de Guam en edad preescolar.

En los CDC se determinó la secuencia genómica de los virus de sarampión aislados de siete brotes que se produjeron en el territorio continental de los Estados Unidos en 1993 y 1994. El análisis preliminar indica que todos los virus de estos brotes recientes (la mayoría se produjo en 1994) tienen genotipos diferentes de los virus aislados durante la reaparición del sarampión que se produjo de 1989 a 1991. En un análisis de secuencias se observó una estrecha relación entre todos los virus obtenidos durante el período de 1989 a 1991, a pesar de que fueron obtenidos de casos que se produjeron en regiones geográficas diferentes. En cambio, los virus obtenidos de brotes recientes en Estados Unidos tenían un genotipo similar al de los virus provenientes de Europa o Japón.

Informe presentado por departamentos de salud estatales y locales. Dr. L. Espadon, Departamento de Salud Pública y Servicios Sociales de Guam; Dr. B.J. Francis, epidemiólogo estatal, Departamento de Salud Pública de Illinois; Dr. H.D. Donnell, Jr., epidemiólogo estatal, Departamento de Salud de Misuri; C.R. Nichols, MPA, epidemiólogo estatal, Departamento de Salud de Utah. Programa Nacional de Inmunización, Sección del Virus del Sarampión, Rama de Virus Respiratorios y Entéricos, División de Enfermedades Virales y Rickettsicas, Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas, CDC.

Nota de la Redacción: Aunque la incidencia del sarampión ha aumentado desde 1993, año en que fue la más baja de la historia, durante las primeras 26 semanas de 1994 sigue siendo mucho más baja que en años anteriores. Además, las características epidemiológicas de los casos notificados

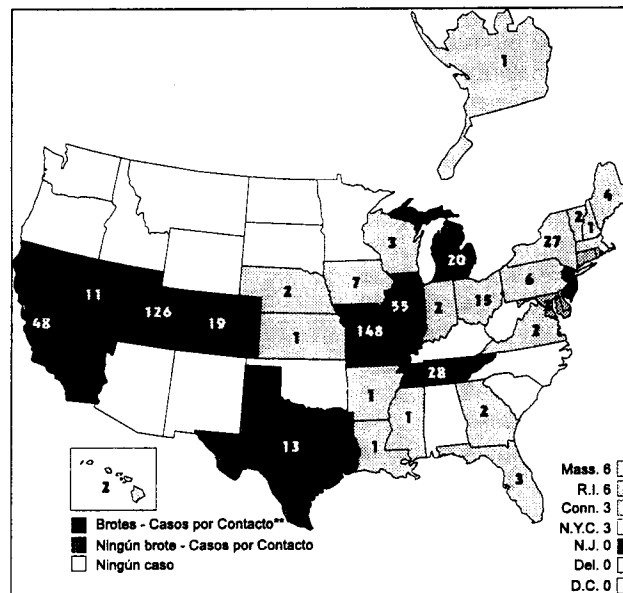
en 1994 son compatibles con las características observadas desde que concluyó el período de reaparición del sarampión de 1989 a 1991. Entre ellas se encuentran 1) un cambio en la edad de las personas afectadas, pasando de niños en edad preescolar a grupos de mayor edad, 2) la importancia de los casos importados de otros países en la propagación del sarampión y 3) la propagación en grupos cuyos integrantes no aceptan regularmente la vacunación; en particular, los casos que se produjeron en grupos exentos de la vacunación por motivos religiosos o filosóficos representaron el 45% de todos los casos notificados durante las primeras 26 semanas de 1994. La comunicación que se permitió detectar los casos rápidamente y tomar medidas de inmediato para controlar los

brotos, y podría impulsar a algunos miembros de esos grupos a aceptar la vacunación.

Los casos de sarampión que se han producido durante 1994 corresponden principalmente a estudiantes secundarios y universitarios, muchos de los cuales habían recibido previamente una dosis de vacuna antisarampionosa. En cambio, durante la reaparición del sarampión en el período de 1989 a 1991, los casos se produjeron principalmente en niños en edad preescolar. Desde 1991, el porcentaje de casos de menores de 5 años ha disminuido considerablemente, pasando del 49% y el 50% en 1991 y 1992 al 24% durante las primeras 26 semanas de 1994. Esta disminución podría deberse al esfuerzo sistemático para extender la cobertura de vacunación de los niños en edad preescolar contra el sarampión (que ascendió al 85%, aproximadamente, en 1993) a los 24 meses de edad (3).

Los brotes que afectaron a estudiantes secundarios y universitarios que habían sido vacunados ponen de relieve la importancia de exigir la vacunación de las personas de

Figura 1. Casos reportados* de Sarampión por Estado - Estados Unidos, primeras 26 semanas, 1994



*n=730

**Reportes de Estados con más de cinco casos relacionados epidemiológicamente.

esas edades con una segunda dosis de VCS. Según los resultados de un estudio reciente, el riesgo de brotes de sarampión es más bajo en los establecimientos de enseñanza superior que exigen la vacunación contra el sarampión para matricularse, en comparación con aquellos que no tienen un requisito de ese tipo o que no exigen su cumplimiento estricto (4).

Los resultados de los análisis de laboratorio de 1994 son compatibles con los demás datos epidemiológicos que indican que la transmisión del sarampión posiblemente se haya interrumpido en Estados Unidos a fines de 1993 (5) e indican que los casos importados de otros países representan un porcentaje considerable de enfermedades atribuibles al sarampión en 1994. Aunque un solo brote grande ha sido atribuido epidemiológicamente a una importación conocida, la determinación de la secuencia genómica de los virus del sarampión indica que los casos de 1994 se debieron a una reintroducción del sarampión desde otros países.

Aunque es posible que la transmisión autóctona del sarampión en Estados Unidos se haya interrumpido temporalmente, el hecho de que continúen produciéndose casos de sarampión en residentes de Estados Unidos demuestra que es necesario tomar más medidas para alcanzar la meta de la Iniciativa de Inmunización Infantil, que consiste en la eliminación permanente de la transmisión autóctona del sarampión en Estados Unidos para 1996. Estas medidas deben incluir 1) la rápida detección de casos y la adopción de medidas apropiadas de control de brotes, 2) la consecución y el mantenimiento de una alta cobertura de vacunación de los niños en edad preescolar en todas las regiones geográficas y 3) la aplicación más extensa y la exigencia del cumplimiento de la recomendación de administrar dos dosis de vacuna a los estudiantes secundarios y universitarios. Además, se debe determinar la fuente de la infección en todos los casos a fin de definir mejor las cadenas de transmisión de la enfermedad y facilitar la adopción de medidas de control más eficaces.

Se recomienda a los departamentos de salud estatales y locales que investiguen exhaustivamente todos los casos con el propósito de identificar la fuente de la infección y que obtengan muestras para aislar el virus del sarampión. Se deben obtener muestras de todos los casos esporádicos y de algunos casos relacionados con brotes. Pueden obtenerse muestras de lavados nasales dentro del plazo de uno a tres días después del inicio del exantema o muestras de orina dentro de las dos semanas siguientes al inicio del exantema. Si necesita instrucciones adicionales para la obtención y manipulación de muestras, diríjase a: CDC, Division of Viral and Rickettsial Diseases, National Center for Infectious Diseases, teléfono: (404)639-3512, o National Immunization Program, teléfono: (404)639-8226.

Fuente: Morbidity and Mortality Weekly Report, Septiembre 23, 1994/ Vol.43/No. 37., Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services/Public Health Services, Atlanta, Georgia.

¹ Comprende los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria, de los CDC, hasta el 2 de julio de 1994 inclusive (semana 26), y los casos notificados posteriormente que se produjeron durante ese período.

² Adquiridos en otro estado o vinculados dentro de dos generaciones a una importación de otro estado.

Vigilancia de la poliomielitis

Aunque la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP) ha declarado que la transmisión del poliovirus salvaje se ha interrumpido, también indicó que será absolutamente necesario mantener una vigilancia permanente de los casos de parálisis flácida aguda (PFA) y de la presencia del poliovirus salvaje para garantizar que la Región de las Américas permanezca libre de poliomielitis (véase el Boletín del PAI -Año XVI, No. 4- de septiembre de 1994, Año XVI). En la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, los Ministros de Salud de las Américas solicitaron que la OPS y las comisiones nacionales continúen observando los indicadores de la vigilancia de la poliomielitis hasta que se haya erradicado la enfermedad en todo el mundo.

Indicadores para la Evaluación de Vigilancia de la Poliomielitis en América Latina, 1994*

	1	2	3	4
Chile				
Colombia				
Cuba				
Ecuador				
El Salvador				
Honduras				
México				
Nicaragua				
Perú				
Venezuela				
Bolivia				
Guatemala				
Paraguay				
Panamá				
Argentina				
Brasil				
Costa Rica				
Rep.Dom.				
Uruguay				
Haití				

 Cumplen con criterio

1. 80% Unidades notifican semanalmente
2. 80% de los Casos investigados dentro 48 horas
3. 80% de los Casos con 2 muestras de heces tomado adecuadamente.
4. Tasa de PFA

* Hasta la semana 13 de octubre

Fuente: PAI/OPS (PESS)

La figura 2 presenta la situación de cada país hasta octubre de 1994 en relación a cada uno de los cuatro indicadores críticos de vigilancia que se usarán para determinar si los países están manteniendo la vigilancia necesaria que permita tanto a las comisiones nacionales como a la OPS decidir si están libres de poliomielitis. Los cuatro indicadores son 1) notificación semanal negativa de por lo menos el 80% de todas las unidades que presenten informes semanales, 2) detección de una tasa de 1,0 casos de PFA como mínimo por 100.000 menores de 15 años, 3) investigación, por un epidemiólogo debidamente preparado, del 80% de los casos de PFA como mínimo, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación por un epidemiólogo debidamente preparado, y 4) obtención de dos muestras de heces de por lo menos el 80% de los casos de PFA dentro de

las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis. El Grupo Técnico Asesor (GTA) señaló que ya no es necesario obtener sistemáticamente muestras de heces de contactos. Sin embargo, dichas muestras deben obtenerse si las circunstancias lo justifican; por ejemplo, si no se pueden obtener muestras adecuadas del caso o ante una infección presunta por el poliovirus salvaje.

Cada comisión nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud, debe vigilar regularmente la situación de su país con respecto a cada indicador. El incumplimiento de los criterios podría indicar la existencia de problemas con la vigilancia de la PFA, lo cual aumentaría el riesgo de que, si se introduce el poliovirus salvaje, no se detecte hasta que se produzca un brote de poliomielitis parálítica.

Informe de la epidemia de difteria en Ecuador

ANTECEDENTES

La incidencia de la difteria en el mundo occidental ha disminuido notablemente en los últimos años, especialmente debido a los altos niveles de cobertura de vacunación alcanzados con el toxoide diftérico y con el DPT, particularmente en la población infantil. La Organización Mundial de la Salud presenta disminuciones importantes a nivel mundial, aunque en menor escala, ya que la enfermedad sigue endémica en muchas partes del Tercer Mundo.

Además de la disminución en la incidencia, se ha registrado un cambio en el perfil epidemiológico de la enfermedad. En períodos de alta incidencia y bajas coberturas, la difteria afectaba principalmente a niños; en la actualidad es una enfermedad de adultos, como se demuestra en las recientes epidemias registradas en los países de las ex Repúblicas Soviéticas y otros países en el este de Europa.

El incremento en el porcentaje de casos en adultos, refleja la disminución de la inmunidad en esa población, como consecuencia de una menor exposición a la infección y el fracaso debido a falsas contraindicaciones, de inmunizar con tres dosis de vacuna DPT a niños antes de cumplir un año.

En los Estados Unidos, estudios serológicos revelan que el 62% de los adultos entre 18 y 39 años y del 41% al 84% de los mayores de 64 años carecen de niveles protectores de antitoxina circulante. En Dinamarca, 26% del grupo entre 30 y 70 años, presentaron títulos de antitoxina diftérica bajo los niveles protectores. En la Federación Rusa, de acuerdo al informe de la última epidemia registrada, fueron observados cambios en el perfil inmunitario de la población, a partir de finales de 1979, cuando los adultos se tornaron más susceptibles a la difteria.

LA EPIDEMIA EN ECUADOR

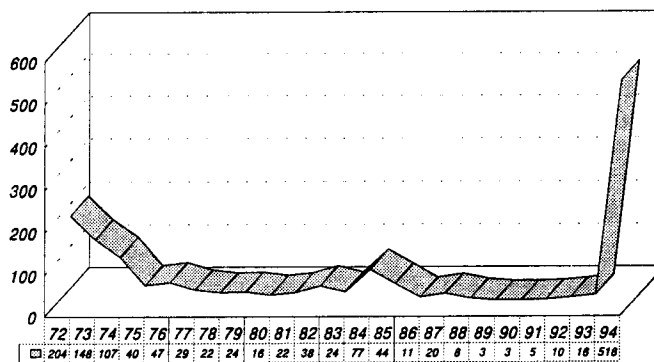
En el Ecuador, durante el período 1972 - 1991, la difteria muestra una tendencia claramente descendiente, con el reporte de casos esporádicos a partir de 1988. En 1984, se registró una epidemia con 77 casos, 46 de los cuales ocurrieron en la Provincia de Guayas, afectando principalmente al grupo de 5 a 14 años.

En 1993, a partir de la semana 39, se inicia la actual epidemia en Quito, Provincia de Pichincha, caracterizada por el predominio de casos en el grupo mayor de 15 años. (Gráficos 1 y 3).

En la semana 29 de 1993, se notifican los 2 primeros casos procedentes de la periferia de Quito, observándose un incremento progresivo en la incidencia de la enfermedad, especialmente a partir de la semana 10 de 1994, perfilándose una situación epidémica en un área que desde 1989 no había reportado ningún caso.

Gráfica 1. Casos de Difteria Reportados Ecuador, 1972 - 1994*

Casos



Años

* Hasta la semana 36

Fuente: Minsalud

De la semana 29 de 1993 hasta la semana 26 de 1994, se notificaron 190 casos (13 en 1993 y 177 en 1994) en la provincia de Pichincha: 184 procedentes de Quito y 6 de otras provincias. Gráfico 2

En 1994, a partir de las semanas 10 y 13, las Provincias de Guayas y El Oro respectivamente, comienzan a reportar casos. En Guayas la enfermedad no asume las proporciones presentadas en Pichincha ni en El Oro, registrando 22 casos. El Oro presenta la más alta incidencia del país, con una tasa de ataque de 44 por 100.000 hbs. En algunas de las otras provincias se presentaron casos esporádicos: Carchi (1), Azuay (2) Napo (1) y Pastaza (1). Hasta la semana 26 de 1994 llegaron a un total de 411 casos.

El Programa Ampliado de Inmunización en el país, tiene como norma la aplicación de 3 dosis de DPT a menores de 1 año y un refuerzo al año de la tercera dosis. El programa de salud escolar destinado a niños de 6 a 12 años de edad, prevee la aplicación de 2 dosis de vacuna DT (infantil) para aquellos que asisten a establecimientos

educativos primarios (de 1er a 6o. grado). En cuanto a la población adulta, no existe una política específica de vacunación contra la difteria.

Las coberturas de vacunación con DPT en menores de un año en el país, se han incrementado progresivamente en los últimos años, alcanzando en 1992 su más alto nivel 86.9%; en 1993 llegó al 79.1%.

Debido a la magnitud de la epidemia en la Provincia de Pichincha (especialmente en Quito), y en la Provincia de El Oro (especialmente en Machala), se hará el análisis separadamente por provincia.

LA EPIDEMIA EN QUITO

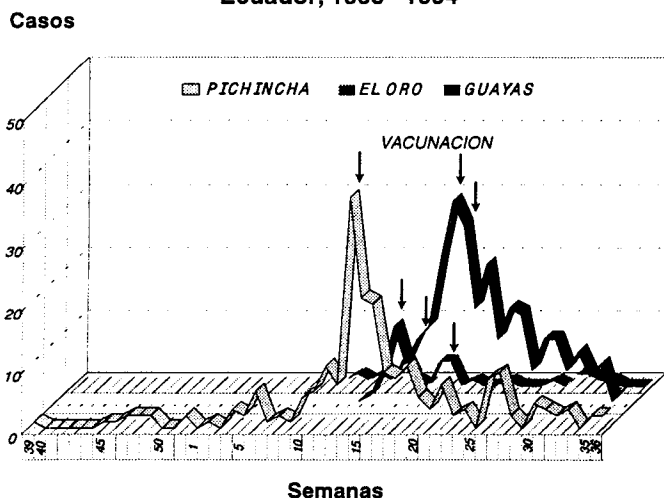
De la semana 29 de 1993 hasta la semana 26 de 1994, se registraron 190 casos en la Provincia de Pichincha, 184 de los cuales proceden de Quito y 6 de otras provincias; 4 de estos casos fallecieron: 2 en 1993 y 2 en 1994. A partir de la semana 10, la epidemia adquirió mayores proporciones, alcanzando su pico máximo en la semana 14, al reportarse 37 casos, disminuyendo progresivamente a partir de la semana 17. Gráfico 3

Del total de casos, 135 (71%) fueron confirmados por laboratorio y 55 (29%) por criterio clínico epidemiológico.

A diferencia de la epidemia de Guayas en 1984, en que hubo predominio del grupo de 5 a 14 años, en la reciente epidemia los casos se concentraron en la población adulta, especialmente en el grupo de 15 a 44 años con un porcentaje del 81% de los casos y una tasa de ataque de 23.8 por 100.000. De los 190 casos, 154 (90.6%) se presentaron en el grupo mayor de 15 años, 5 (2.6%) en menores de 5 años y 12 (6.3%) en el de 5 a 14 años.

Las coberturas de vacunación con DPT en menores de 1 año en Quito, en 1990, alcanzaron el 95% estando en los años posteriores alrededor del 70%.

Gráfico 2. Casos de Difteria por Semanas Epidemiológicas en las Provincias de Pichincha, El Oro y Guayas (2) Ecuador, 1993 - 1994



(1) de la semana 39 de 1993 hasta la 36 de 1994

(2) de la semana 1 hasta la 36 de 1994

Fuente: DPS De Pichincha, El Oro y Guayas

Los datos disponibles de vacunación en escolares revelan que desde 1986 hasta 1992, se aplicaron cerca de 135.687

dosis de vacuna mixta infantil. Si asumimos que a esa población cautiva se habría aplicado la serie primaria de DPT, podría significar que el 42% de ese grupo (de 5 a 14 años) habría recibido el refuerzo en esa ocasión.

El incremento en la cobertura de vacunación en la población infantil, relacionada a la disminución progresiva de la inmunidad en adultos la cual ha sido detectada en algunos países, podrían explicar los cambios observados en el perfil epidemiológico de la enfermedad, desplazando la incidencia hacia grupos de mayor edad. Las recientes epidemias registradas en los países del este de Europa, son ejemplos de este cambio.

En cuanto a la historia de vacunación con toxoide diftérico en cualquiera de sus presentaciones, 41 (21.6%) informaron haber recibido alguna dosis de vacuna, pero no contaban con el comprobante de vacunación correspondiente; 28 informaron que no habían sido vacunados y en el resto de los casos se ignoraba esta información.

Como el país no utilizaba la vacuna dT (adulto) en el esquema rutinario de vacunación, fue necesario iniciar a corto plazo la producción nacional, aunque reducida, y especialmente, importarla de laboratorios extranjeros. Por ese motivo, las acciones de control al inicio de la epidemia estuvieron limitadas a la vacunación de bloqueo y al tratamiento de los contactos.

Solamente a partir de la semana 14, fue posible contar con la cantidad de vacuna dT suficiente para realizar una vacunación masiva en la ciudad, ocasión en que se aplicaron 394.669 dosis en el grupo de 15 años y más, lo que corresponde al 52 % de esa población. Si se suma a esto las 154.297 dosis aplicadas anteriormente, la cobertura acumulada es el 72.9%, (548.966 dosis). En cuanto al grupo de 5 a 14 años, se obtuvo una cobertura del 32%. El impacto de esta vacunación en la epidemia se observa en el Gráfico 2.

LA EPIDEMIA EN EL ORO

La Provincia de El Oro, presenta la más alta incidencia de la difteria en el país, reportando de la semana 13 hasta la 27, 213 casos, lo que corresponde a una tasa de 44 por 100.000 hbs. De estos, 159 se presentaron en Machala.

La cobertura de vacunación DPT en menores de 1 año en Machala, fue elevada en los últimos años: 1990 (98%), 1991 (70%), 1992 (89%), 1993 (94%) y 37% de enero a abril de 1994.

A partir de la semana 13 la incidencia incrementó progresivamente, hasta alcanzar su pico máximo en la semana 21, cuando se registraron 33 casos. (Gráfico 2).

Todos los casos tuvieron confirmación de laboratorio.

Al igual que en la Provincia de Pichincha, los casos se concentraron en adultos, presentando una tasa de ataque de 74 por 100,000 hbs y un porcentaje de 79.3% en el grupo de 15 a 44 años.

En Machala, debido a la escasez de la vacuna anteriormente referida, las acciones de control para inmunizar a la población mayor de 5 años, fueron iniciadas solamente a partir de la semana 17. Para ese entonces, solamente se

(continúa en la página 8)

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1° de enero de 1994 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1993 por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Reportados		Confirmados		1994	1993	No Neonatal		Neonatal		1994	1993	1994	1993
		1994	1993	1994	1993			1994	1993	1994	1993				
AMERICA LATINA															
Región Andina															
Bolivia	25 Jun.	...	...	577	223	0	0	...	...	12	8	5	4	34	38
Colombia	23 Jul.	...	...	68	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	31 Ago.	...	...	1 942	...	0	0	...	...	...	...	472	...	...	...
Perú	31 Ago.	...	...	272	...	0	0	63	...	88	...	34	...	1 030	...
Venezuela	13 Ago.	...	...	1 680	...	0	0	...	...	6	...	0	...	416	...
Cono Sur															
Argentina	09 Jul.	316	...	44	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	18 Jun.	83	...	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	30 Jul.	76	...	56	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	12 Mar.	...	...	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
Brasil	18 Jun.	...	...	428	...	0	0	423	...	76	...	120	...	1 495	...
Centro América															
Belice	27 Ago.	27	6	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	13 Ago.	193	440	30	158	0	0	2	...	0	...	...	...	9	...
El Salvador	23 Jul.	7 913	77	0	34	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	23 Jul.	227	247	204	13	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	20 Ago.	10	85	1	11	0	0	8	...	3	...	0	...	2	...
Nicaragua	23 Jul.	638	372	1	316	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	23 Jul.	21	227	2	90	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	27 Ago.	835	...	108	106	0	0	85	103	52	65	0	0	139	118
Caribe Latino															
Cuba	28 Mayo	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	25 Jun.	...	...	296	1 486	0	0	...	...	4	0	1	4	9	5
CARIBE INGLES															
Antigua & Barbuda	27 Ago.	2	0	0	0	0	0	...	1	...	...	...	...	...	...
Bahamas	27 Ago.	4	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Barbados	27 Ago.	28	3	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Dominica	27 Ago.	7	8	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	27 Ago.	16	3	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	27 Ago.	7	1	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	27 Ago.	58	36	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal/Nieves	27 Ago.	4	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	27 Ago.	2	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	27 Ago.	16	9	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	27 Ago.	12	1	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	27 Ago.	17	2	0	0	0	0	...	6	...	0	...	0	...	2
NORTEAMERICA															
Canadá	26 Feb.	...	...	198	187	0	0	1	6	...	0	0	4	2 302	6 777
Estados Unidos	30 Jul.	...	...	777	...	0	0	21	...	...	...	0	...	1 761	...

... No se dispone de datos.

había vacunado al 10% de la población. En las semanas 19 y 20 la cobertura se incrementó al 61% y en las semanas 22 y 23 alcanzaron el 88.7%. En ese período, (de abril a junio), fueron aplicadas 142.833 dosis de vacuna dT: 30.563 dosis en el grupo de 5 a 14 años (69%) y 112.270 en el de 15 años y más, (96%), totalizando el 89% de la población de 5 a más años.

A diferencia de la Provincia de Pichincha, todavía no se ha logrado el control esperado en Machala. Se observa apenas un descenso discreto en la incidencia, a pesar de las altas coberturas alcanzadas a fines de junio. Preocupa más aún el hecho que, de 143 casos, 72 casos (50%) informaron haber recibido una dosis y 4 casos haber recibido 2 dosis de vacuna dT en la campaña.

Hasta el presente, la evaluación de la cadena de frío no mostró deficiencias, por lo que se seleccionaron muestras de las vacunas utilizadas, para realizar estudios de potencia, cuyos resultados todavía no están disponibles.

LA SITUACION EN GUAYAS

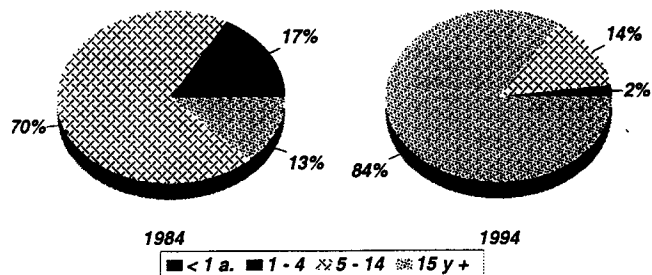
En Guayas, de la semana 10 hasta la semana 26, se registraron 22 casos, todos en Guayaquil. La distribución por semanas fue homogénea desde el inicio, excepto en las semanas 15 y 18, donde se registraron 5 casos. El último ocurrió en la semana 25, después de 3 semanas de ausencia de notificación.

La cobertura de DPT en menores de 1 año en Guayaquil es elevada, alcanzando 98% en 1990, 70% en 1991, 89% en 1992, 94% en 1993 y 37% hasta abril de 1994.

En relación a la distribución por edad, el 5% de los casos se presentaron en el grupo de 1 a 4 años, 45% en el de 5 a 14, y el 50% en los de 15 a 45 años, revelando un patrón distinto a la epidemia de 1984. (Gráfico 3).

A causa de la escasez de la vacuna dT y a la prioridad dada a las Provincias de Pichincha y El Oro, las acciones de control en estas provincias estuvieron limitadas a la vacunación perifocal y al tratamiento de contactos.

Gráfica 3. Porcentaje de Casos de Difteria según grupos de Edad Guayas, 1984 y Ecuador 1993 - 1994*



* Hasta la semana 35
1984: 46 casos; 1993 y 1994: 518 casos
Fuente: minsalud

PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1. Informar a la población sobre la epidemia y las medidas de control, especialmente la vacunación, a través de los medios masivos de comunicación.
2. Intensificación de la vacunación de rutina para incrementar la cobertura de vacunación en < de 5 años.
3. Revisión de las normas de vacunación con toxoide diftérico: extensión de la utilización del DPT hasta los 6 años de edad y aplicación del dT (adulto) a partir de los 7 años.
4. Realización de campañas de vacunación masivas con toxoide diftérico, con énfasis a la población adulta, especialmente en Quito y Machala.

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
Editor Adjunto: Peter Carrasco

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.