



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XVI, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1994

Resumen de la reunión de administradores del Caribe

Del 14 al 18 de noviembre de 1994 se celebró en Nassau, Bahamas, la Undécima Reunión de Administradores del PAI del Caribe. En la reunión se pusieron de relieve varios logros. Uno de ellos es que durante más de tres años no se ha notificado ningún caso autóctono de sarampión en el Caribe, a pesar de la intensificación de la vigilancia con casi 600 centros que presentan informes semanales en los países angloparlantes del Caribe y Suriname. Además, han transcurrido casi 12 años desde la última vez que se notificó un caso de poliomielitis paralítica en el Caribe. Se ha realizado un progreso notable en la vigilancia de las enfermedades febriles y exantemáticas, y la cobertura de inmunización sigue siendo alta en todo el Caribe y en el resto de las Américas.

Asistieron a la reunión más de 80 participantes de los 19 países angloparlantes del Caribe y Suriname y representantes de los departamentos franceses de Guadalupe y Guayana Francesa, así como de Curazao y St. Maarten. Por primera vez, atendiendo a las recomendaciones de reuniones anteriores, asistieron representantes de Puerto Rico. También estuvieron representadas varias ONG, entre ellas la Asociación Rotaria Internacional y el Fondo Cristiano para la Infancia. Participaron activamente técnicos de la OPS y del Centro de Epidemiología del Caribe, de UNICEF y de CPHA.

La calidad de las ponencias y la participación del 100% de los países miembros fueron pruebas claras de un compromiso extraordinario. Los recursos asignados por los gobiernos, con los cuales se ha sufragado alrededor del 90% de los gastos del programa durante los últimos años, y el apoyo de los líderes políticos al programa son indicios del compromiso asumido por los gobiernos. Se destacó el apoyo de los organismos internacionales, factor importante en el progreso realizado hasta ahora, y se señaló que la

continuidad de su ayuda será fundamental para seguir progresando.

El propósito principal de la reunión era examinar la marcha general del PAI en el Caribe e indicar los obstáculos que podrían impedir la consecución de las metas del programa. Para facilitar esta tarea, se presentaron y analizaron informes de los países y los planes nacionales de trabajo para 1994, y sobre esa base se elaboraron los planes nacionales de trabajo para 1995.

Otro objetivo importante de la reunión era evaluar las medidas encaminadas a eliminar el sarampión para 1995, prestando especial atención a diversas limitaciones de la vigilancia de casos presuntos de sarampión y la obtención de muestras incompletas para estudios de laboratorio. Se abordó el asunto fundamental de la acumulación de susceptibles: cada país indicó el número de posibles susceptibles en su territorio y si se necesitaba una campaña de puesta al día con la vacunación. Otros temas que se trataron fueron la continuación de la ausencia de transmisión del poliovirus salvaje en la región.

Vigilancia

El funcionamiento continuo y las mejoras del sistema de vigilancia para detectar casos presuntos de sarampión reflejan la mejora de la notificación semanal y la capacitación con respecto a los procedimientos operacionales relacionados con la vigilancia y la investigación de casos. En la reunión se recalcó el papel fundamental que CAREC debe desempeñar para fortalecer la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles en el Caribe, tanto con la organización y el mantenimiento de las redes de notificación como con el análisis de los datos a fin de perfeccionar las estrategias para combatir y eliminar las enfermedades.

En este número:

Resumen de la reunión de administradores del Caribe

El sarampión en el Caribe, 1984-1994

Se inicia una campaña nacional contra el sarampión

Se inicia la publicación del boletín semanal sobre sarampión

Violencia del sarampión

Casos notificados de sarampión en el Caribe

Boletín semanal sobre sarampión

Se señaló que muchos formularios de investigaciones epidemiológicas sobre el sarampión no se envían a CAREC, lo cual ha obstaculizado en gran medida el análisis y la evaluación de los datos correspondientes al Caribe en conjunto. Sin esos datos es difícil evaluar las tendencias y tomar decisiones normativas y estratégicas. Sin embargo, sobre la base del análisis de los datos recopilados de los formularios de laboratorio, se presentaron varios indicadores relacionados con los resultados de laboratorio. Uno de ellos es que, durante el período de enero a octubre de 1994, se obtuvo una primera muestra (M1), que se envió a CAREC, de 187 casos presuntos (94%) de un total de 220. Cuatro de los 33 casos de los cuales no se obtuvieron muestras no requerían una M1 puesto que habían sido clasificados erróneamente como casos presuntos. Se tomó una segunda muestra de 114 (60%) de los 187 casos de los cuales se obtuvo la primera muestra; de 27 de los otros 73 de los cuales se obtuvo la primera muestra no se tomó una segunda muestra porque no era necesario (por ejemplo, porque con la primera muestra se confirmó el diagnóstico de rubéola). Además, el intervalo entre el inicio del exantema y la obtención de la primera muestra fue de menos de 8 días en más del 85% de los casos. La mitad de todas las muestras M1 fueron recibidas en el laboratorio de referencia dentro de las dos semanas siguientes a la fecha de obtención. Más de 40% de las muestras tardaron más de tres semanas en llegar a CAREC. La mitad de las muestras M2 se obtuvieron dentro de las dos semanas siguientes a la obtención de la primera muestra.

Cabe destacar que, en algunos países, los médicos particulares todavía no se han incorporado plenamente al sistema, y es necesario intensificar la labor para alcanzar este objetivo. En una región donde no parece haber transmisión autóctona y que recibe una gran cantidad de turistas extranjeros, es probable que los médicos particulares sean los primeros en atender casos de enfermedades febriles y exantemáticas, y por eso es importante que participen en el sistema. Algunos países están progresando mucho en la incorporación de los médicos particulares. La clave del éxito ha sido una buena coordinación, capacitación y el contacto y la comunicación permanentes.

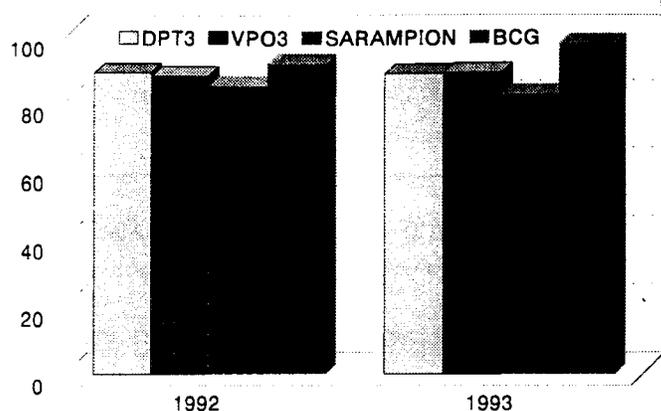
Otro aspecto que merece atención es la evaluación del sistema de vigilancia con respecto a la notificación de cero casos. Es indispensable que "cero" refleje realmente la ausencia de casos presuntos de sarampión y no la presentación regular de un informe negativo.

Cobertura y susceptibles

En general se ha mantenido el alto nivel alcanzado de cobertura de inmunización (véase la figura 1). Sin embargo, algunos países informaron que la cobertura en su territorio había bajado o había permanecido estacionaria por debajo de la marca del 90%. Si la cobertura es inferior al 95%, eso significa que hay una gran cantidad de niños sin vacunar.

A pesar de la mejora de la cobertura, es probable que a ese total se sumen alrededor de 30.000 susceptibles al año (los niños de cada cohorte de nacimientos nueva que no son vacunados o en quienes la vacuna no surte efecto). Este número de susceptibles es más que suficiente para que se produzca una epidemia muy grande si se introduce el sarampión. Este cálculo no incluye el número desconocido de susceptibles que hay en el sector de la población de los mayores de 4 años.

Figura 1: Cobertura de vacunación con las vacunas del PAI, 1992-1993
Países angloparlantes del Caribe y Suriname



Fuente: Ministerios de Salud 1994

Basándose en la información precedente, cada país calculó el número de susceptibles probables en el sector de los menores de 5 años. Se llegó a la conclusión de que, si había un promedio de 20% de susceptibles en la cohorte de nacimientos de los últimos cuatro años, la acumulación de susceptibles durante un período de cuatro años es suficientemente crítica como para que se justifique una campaña de puesta al día con la vacunación dirigida a los menores de 5 años. Los países que no exceden este límite igualmente necesitan detectar los focos más pequeños de susceptibles, como las zonas urbanas pobres y los lugares alejados o inaccesibles, donde se debería llevar a cabo una labor intensiva de vacunación de estos grupos (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Proyección de los menores de 5 años que serán susceptibles al sarampión en junio de 1995
(4 cohortes de nacimientos desde mayo de 1991)

País	Nacimientos anuales	Porcentaje no vacunado	Proyección de los menores de 5 años susceptibles*
Anguila	159	0	96
Islas Turcas y Caicos	286	10	258
Montserrat	186	0	112
Islas Virg. Británicas	320	1	202
Islas Caimán	550	2	363
Saint Kitts y Nevis	1000	1	630
Antigua y Barbuda	1284	0	770
Bermudas	954	15	1002
Dominica	1652	7	1339
San Vic. y las Gran.	2640	9	2297
Granada	2372	13,5	2384
Santa Lucía	3690	15	3875
Belice	7781	20	9337
Bahamas	6500	9	5655
Barbados	4097	9	3564
Suriname	9000	26	12420
Guyana	21344	20	25613
Trinidad y Tobago	23000	20	27600
Jamaica	60000	20	72000
TOTAL DE SUSCEPTIBLES			169517

* Proyección basada en a) 10% de ineficacia de la vacuna en tres cohortes de nacimientos, b) porcentaje de niños no vacunados en tres cohortes de nacimientos y c) 30% de una cohorte de nacimientos (c' 30% representa un cálculo del número de menores de 12 meses que podrían ser susceptibles en cualquier momento). El total de susceptibles se calcula de la siguiente forma: ((3 x nacimientos anuales) x 0,1) + (0,3 x nacimientos anuales) + ((3 x nacimientos anuales) x porcentaje sin vacunar).

Se analizó la situación del sarampión en el Caribe. Como en la mayoría de los países se vacuna a los niños cuando cumplen 1 año, en el Caribe hay en cualquier momento alrededor de 150.000 niños menores de 1 año que no están inmunizados. Si se supone que alrededor del 30% de estos niños no están protegidos, debido a la falta o a la pérdida de anticuerpos maternos durante el primer año de vida, habría 45.000 susceptibles menores de 1 año en cualquier momento. Como en la campaña de vacunación masiva de mayo de 1991 se vacunó a todos los niños de 1 a 15 años, es probable que, en ese momento, el número de susceptibles de esa edad haya disminuido considerablemente. No obstante, hay factores que impiden la inmunización del 100% de los destinatarios: 1) la vacuna no es un 100% eficaz, 2) como la cobertura ha sido inferior al 100% después de la campaña, es probable que se estén acumulando susceptibles con cada cohorte sucesiva de nacimientos y 3) podría haber problemas en la cadena de frío.

Teniendo en cuenta estos tres factores, se podría llegar a la conclusión de que 20% de los niños de 1 a 15 años son susceptibles. Durante los tres años transcurridos desde la campaña han nacido alrededor de 450.000 niños, y si alrededor de 20% no están protegidos, el total ascendería a 90.000 susceptibles. Si sumamos esta cifra a los 45.000 susceptibles menores de 1 año, en el Caribe podría haber hasta 135.000 susceptibles en cualquier momento.

Poliomielitis

La Comisión Internacional para la Certificación de la erradicación de la Poliomielitis (CICEP) llegó a la conclusión de que se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en los países angloparlantes del Caribe y Suriname. Se formularon varias recomendaciones para que estos países permanezcan exentos de poliomielitis, entre ellas mantener una cobertura de inmunización del 80% como mínimo en todos los niveles (incluido el nivel de distrito), continuar la notificación semanal negativa, proseguir la investigación de la PFA en los niños menores de 15 años y obtener muestras adecuadas de heces en todos los casos.

Rubéola

Se notificaron casos confirmados de rubéola en varios países, entre ellos Jamaica, Belice y Suriname. Existe una preocupación general por reducir el número de casos del síndrome congénito de rubéola (SCR) en el Caribe. Con ese fin, es necesario definir la epidemiología de la rubéola, así como del síndrome congénito de rubéola, y adoptar una estrategia de vacunación apropiada. Se formularon varias recomendaciones en ese sentido, entre ellas mejorar la vigilancia del síndrome congénito de rubéola mediante la vigilancia activa en los hospitales y trabajar con pediatras y obstetras que efectúan procedimientos de terminación del embarazo y con servicios que atienden a niños con secuelas a largo plazo del SCR, como sordera, retraso mental y cardiopatías. En algunos países se deben realizar encuestas serológicas de mujeres de 15 a 30 años a fin de detectar las cohortes susceptibles. Además, hay que continuar los análisis de muestras de sangre de casos presuntos de sarampión detectados por medio del sistema de vigilancia.

Se necesita una estrategia de vacunación contra la rubéola apropiada para cada país del Caribe teniendo en cuenta las características de las cohortes susceptibles según la edad y los antecedentes de la vacunación contra la rubéola.

Tuberculosis

En 1992, la incidencia de tuberculosis en los países miembros de CAREC fue de 10 por 100.000, en promedio, con tasas situadas entre 0 en tres países pequeños y 38,5 en otro país. De las 987 defunciones por tuberculosis notificadas durante el período de 1979 a 1992 en los 19 países miembros de CAREC, 75% correspondieron a personas mayores de 45 años y sólo 2% fueron de niños de 5 años o menos, 69% correspondieron a hombres y 91% se debieron a enfermedades respiratorias.

Dos grandes motivos de preocupación son la coinfección por el VIH y la aparición de cepas del bacilo de la tuberculosis resistentes a los medicamentos. La incidencia de la infección por el VIH está aumentando en la región y se calcula que una persona infectada por el VIH corre un riesgo del 50% de contraer tuberculosis activa. Los países miembros de CAREC están particularmente preocupados por la aparición de cepas farmacorresistentes del bacilo de la tuberculosis en América del Norte, ya que dos de esos países han detectado cepas del bacilo de la tuberculosis resistentes por lo menos a uno de los antibióticos más comunes.

Según una encuesta de los países miembros de CAREC realizada en 1993, en general los programas de lucha contra la tuberculosis en la región son inadecuados. Las actividades de vigilancia son limitadas y se llevan a cabo en forma fragmentada, en tanto que los medios de diagnóstico varían mucho. En muchos casos no se han adoptado normas para el tratamiento de la tuberculosis, la disponibilidad de medicamentos es limitada y no se vigila el tratamiento regularmente. Trece de los 19 países miembros de CAREC usan la vacuna BCG del PAI, pero dos la administran a los 5 años de edad, en vez de hacerlo después del nacimiento como recomienda la OMS.

La estrategia de la OMS para los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis hace hincapié en seis elementos: compromiso político, capacitación y supervisión del personal, diagnóstico eficaz en función del costo, quimioterapia eficaz, vigilancia centrada en la detección de casos y el seguimiento rápido, e investigación de nuevos métodos de suministro de servicios, administración de programas, tratamiento y prevención.

Mobilización social

La continuación de la movilización social y la participación de las ONG son fundamentales para alcanzar las metas del PAI, mejorar la cobertura, mantener la región libre de poliomielitis y eliminar el sarampión. Con respecto a la movilización social para combatir el sarampión, es imprescindible que la población comprenda que, si un niño de cualquier edad tiene fiebre y exantema, hay que llevarlo a un centro de salud. Con ese fin, se deben adoptar continuamente enfoques innovadores como los de Jamaica, entre ellos el uso de los medios de comunicación y de grupos comunitarios, además de un programa escolar especial de preparación de materiales para enseñar a los escolares la importancia de la inmunización.

En abril de 1995 se celebrará el Día Mundial de la Salud, que se centrará en el progreso hacia la erradicación mundial de la poliomielitis. Es una oportunidad excelente para revitalizar diversos aspectos del PAI, entre ellos la coordinación entre los países y los organismos donantes en lo que atañe a la difusión de materiales de comunicación social para esta celebración.

Plan de acción

Todos los países han presentado y examinado sus planes nacionales de trabajo para 1995, en los cuales se señalan

todos los componentes técnicos y las actividades, con el costo de cada actividad y campo de acción. En 1995, el gasto total del PAI en los países angloparlantes del Caribe y Suriname ascenderá a EUA\$9 millones; el 83% de esta suma provendrá de los presupuestos nacionales. Otras fuentes de fondos son la OPS, CPHA, UNICEF y la Asociación Rotaria Internacional. Se han solicitado fondos de organismos externos para algunos de los siguientes campos: sustancias biológicas y logística, cadena de frío, capacitación, movilización social, gastos de operación, supervisión, vigilancia, investigaciones y evaluación.

El sarampión en Canadá, 1994 (al 14 de septiembre)

Del 1° de enero al 14 de septiembre de 1994 se notificó un total provisional de 358 casos de sarampión en Canadá. Esta cifra representa un aumento del 108% respecto de los 172 casos notificados durante el mismo período en 1993. Más de 65% de los casos (258) fueron notificados en Ontario y 25% (98) en Quebec. No se notificaron casos en la Isla del Príncipe Eduardo, Nueva Brunswick, Yukon y los Territorios del Noroeste.

En la Provincia de Quebec se produjeron dos brotes hace poco, uno de los cuales afectó a un grupo que se niega a vacunarse por motivos religiosos (en el próximo número se publicará un informe completo), y en varias regiones sanitarias de Ontario se han notificado casos esporádicos (el mayor número se produjo la última semana de mayo). En este número se presenta un breve informe sobre el segundo brote.

La figura 1 muestra la distribución de casos por mes de inicio durante el período del 1° de enero al 31 de julio de 1994. El mayor número de casos (145) se produjo en mayo, seguido de junio (89).

Los casos tenían de 5 meses a 57 años de edad (mediana: 13 años). El mayor porcentaje de casos (38%) tenían de 15 a 19 años; la máxima incidencia se observó en personas de 16 años, seguidas de niños de 5 a 9 años (22%). Catorce casos (4%) tenían menos de 1 año (figura 2). No se notificaron defunciones.

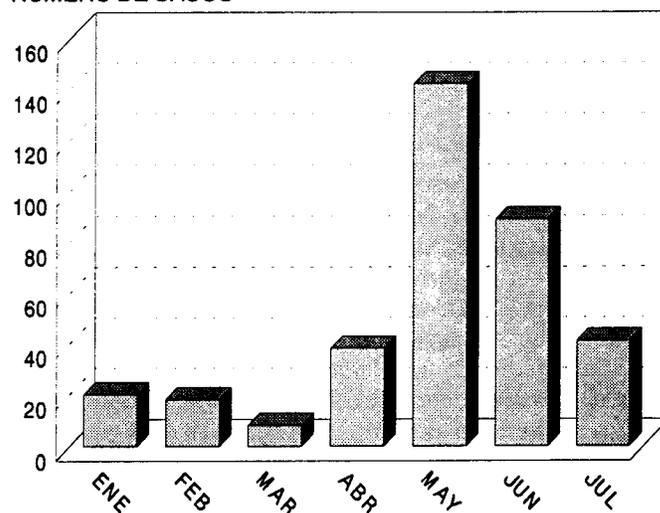
Estado de inmunización

De los 358 casos, 339 estaban en condiciones de recibir la vacuna antisarampionosa, es decir, habían nacido después de 1957 y tenían más de 12 meses de edad. De este grupo, 292 (86%) tenían antecedentes documentados de inmunización, lo cual era de esperar en vista de la alta cobertura de inmunización con una vacuna cuya eficacia no es del 100%. No se conocían los antecedentes de inmunización de 32 de los casos (8,9%).

- Figura 1

Casos notificados de sarampión por mes
Canadá, 1° de enero al 31 de julio de 1994*

NUMERO DE CASOS

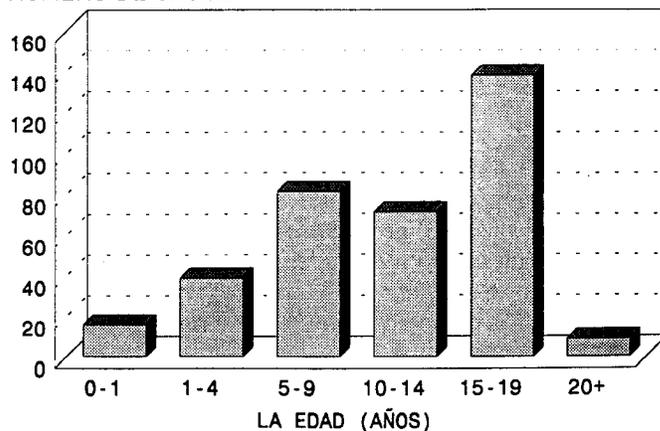


*Datos provisionales

Figura 2

Casos notificados de sarampión según la edad,
Canadá, 1° de enero al 31 de julio de 1994*

NUMERO DE CASOS



*Datos provisionales

Comentario

En 1994, la actividad del sarampión en Canadá se caracterizó por casos esporádicos, grupos de casos o brotes pequeños, a menudo de personas vacunadas o de personas que no se habían vacunado por motivos religiosos. A pesar de estos brotes y de la posibilidad de que se transmitiera el virus, la tasa general de ataque en las regiones afectadas fue baja, lo cual indica que la mayoría de los habitantes están inmunizados. Un examen de los registros disponibles revela que, aunque la mayoría de los niños fueron vacunados después de cumplir 1 año, pocos habían recibido la vacuna antes de cumplir 12 meses.

Nota de agradecimiento

Se agradece la asistencia y cooperación de todos los epidemiólogos, funcionarios médicos de salud y demás miembros del personal de salud provincial y territorial, así como de Carole Scotte, Mary-Jane Garnett y John Koch de LCDC.

De Paul Varughese, División de Inmunización Infantil, Oficina de Epidemiología de Enfermedades Transmisibles, LCDC, Ottawa

Fuente: Measles Update agosto/septiembre de 1994; 2(3): 5-6.

Se inicia una campaña nacional contra el sarampión en el Reino Unido

A fin de evitar una gran epidemia de sarampión pronosticada para 1995, las autoridades sanitarias del Reino Unido iniciaron una campaña nacional de vacunación escolar en noviembre de 1994. La meta de esta campaña es vacunar contra el sarampión y la rubéola a todos los escolares de 5 a 16 años en todo el Reino Unido (Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia y Gales).

Con modelos matemáticos se ha llegado a la conclusión de que, si no se realiza una campaña de vacunación contra el sarampión, se producirá un gran brote, de 100.000 a 200.000 casos, que podría causar hasta 50 muertes. Según los pronósticos, la mayoría de los casos se producirían entre escolares. De hecho, según datos recientes alrededor de 14% de los escolares podrían ser susceptibles al sarampión. La mayoría de estos niños susceptibles nunca fueron vacunados contra el sarampión, en tanto que un porcentaje pequeño fue vacunado pero, por diversas razones, no adquirió inmunidad. En cambio, la cobertura de vacunación de los menores de 5 años es superior al 90%, mientras que los mayores de 15 años probablemente hayan tenido una forma clínica de sarampión tras su exposición al virus en circulación y, por lo tanto, están inmunizados.

El objetivo primordial de esta campaña masiva es interrumpir rápidamente la transmisión del virus del sarampión entre los escolares. Si esta campaña se combina posteriormente con una estrategia para evitar la reacumulación de focos de susceptibles, la eliminación del sarampión se convertirá en una meta asequible.

Tras un examen de los datos sobre la vigilancia del sarampión, la cobertura de vacunación, la seroepidemiología según la edad y modelos matemáticos, la Comisión Mixta del Reino Unido sobre Vacunación e Inmunización ha recomendado la vacunación de todos los escolares de 5 a 16 años durante la campaña escolar, independientemente de sus antecedentes de vacunación o enfermedad.

Las autoridades sanitarias han decidido usar la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR) en la campaña. Se incluyó la vacuna contra la rubéola en la campaña a fin de

interrumpir rápidamente la transmisión de esta enfermedad, que recientemente se propagó en escolares de mayor edad y adultos jóvenes del sexo masculino. Sin embargo, había pocas pruebas epidemiológicas que justificaran la inclusión de la vacuna contra la parotiditis en la campaña. Además, hay una gran demanda de vacuna SPR en todo el mundo y el Ministerio de Salud no pudo conseguir suficientes vacunas a tiempo para evitar la epidemia prevista de sarampión.

Durante la campaña, las autoridades sanitarias están vigilando constantemente el grado de absorción de la vacuna en todas las regiones del país. En las zonas donde la cobertura de vacunación siga siendo baja después de la campaña inicial se realizarán operaciones de barrido. Además, se ha establecido un sistema especial de vigilancia de las reacciones adversas. Se ha pedido a los profesionales de salud que notifiquen oportunamente todas las reacciones adversas a la vacuna, las cuales deben ser investigadas en el plazo de 36 horas.

A fin de evaluar el impacto de la campaña de vacunación en la reducción de la incidencia de la enfermedad, la vigilancia epidemiológica de los casos de rubéola y sarampión será sumamente importante. Sin embargo, el diagnóstico clínico del sarampión y la rubéola es muy poco confiable, especialmente en los niños de corta edad. Con el propósito de mejorar la especificidad del diagnóstico clínico, el Servicio de Laboratorios de Salud Pública ha ideado y ensayado una prueba de laboratorio sencilla, que se basa en la presencia de anticuerpos IgM específicos contra el sarampión y la rubéola en una muestra de saliva para confirmar una infección reciente. El Reino Unido será el primer país del mundo en usar esta técnica nueva para la vigilancia del sarampión y la rubéola.

Los datos preliminares al 6 de diciembre de 1994 indican que el nivel de absorción de la vacuna antisarampión es alto en todo el país. Se planea una evaluación de la campaña para principios de 1995.

Informe presentado por el Dr. David Salisbury, Funcionario Médico Principal, Ministerio de Salud, Londres, Inglaterra, Reino Unido.

Nota de la redacción:

La estrategia de vacunación del Reino Unido es una adaptación de la estrategia de eliminación del sarampión que usan los países de América Latina. Ambas incluyen campañas nacionales de vacunación masiva contra el sarampión dirigidas a niños susceptibles para interrumpir rápidamente la transmisión del virus del sarampión.

La estrategia de América Latina ha consistido en vacunar a todos los niños de 9 meses a 14 años, aunque hayan sido vacunados contra el sarampión o aunque hayan tenido la enfermedad. En vista de la situación epidemiológica en el Reino Unido, donde hay una cobertura de vacunación muy alta de los niños en edad preescolar, fue muy razonable adaptar la estrategia a un grupo de mayor edad, teniendo en cuenta especialmente los datos serológicos sobre la susceptibilidad al sarampión por edades.

Un sistema sensible y oportuno de vigilancia del sarampión ayudará a las autoridades sanitarias a vigilar cuidadosamente la situación, modificar rápidamente la estrategia y orientar las actividades de control a la eliminación de los focos de transmisión que queden. La nueva prueba para detectar la IgM en la saliva facilitará enormemente la obtención de muestras para la confirmación en laboratorio del diagnóstico clínico de sarampión, ya que bastará con una sola muestra y no se necesitarán análisis de sangre. Por último, el sistema de vigilancia de reacciones adversas proporcionará información epidemiológica importante que será especialmente útil no sólo para el Reino Unido, sino también para los planificadores de servicios de salud de otros países que estén considerando la posibilidad de llevar a cabo campañas de vacunación masiva contra el sarampión.

La campaña de vacunación del Reino Unido exige una labor intensa, una coordinación minuciosa y la estrecha colaboración de los servicios de salud y los establecimientos de enseñanza. La ejecución de esta campaña servirá no sólo para que el sarampión y la rubéola pasen a la historia en el Reino Unido, sino también como modelo estratégico para otros países industrializados que se han propuesto eliminar el sarampión.

¹Federal Register 1991;56(199):51798-51818, codificado en el título 42 del Código de Reglamentos Federales, parte 110.

²Código de los Estados Unidos, título 42, artículo 300aa-25.

Vigilancia de la poliomielitis

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 de 48 horas
3. 80% de los Casos con 2 muestras de heces tomadas adecuadamente.
4. Tasa de PFA

* Hasta la semana 26 de noviembre

Fuente: PAI/OPS (PESS)

Con respecto a la vigilancia continua de la poliomielitis, la figura 1 muestra el desempeño de cada país al 26 de noviembre en lo que atañe a cada uno de los cuatro indicadores críticos de la vigilancia que se usan para determinar si los países están manteniendo la vigilancia necesaria que permitirá tanto a las comisiones nacionales como a la OPS decidir si están libres de poliomielitis. Los cuatro indicadores del desempeño son 1) notificación semanal negativa por el 80% como mínimo de todas las unidades que presentan informes semanalmente, 2) investigación por un epidemiólogo debidamente preparado del 80% de los casos de PFA, como mínimo, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación, 3) obtención de dos muestras de heces del 80% de los casos de PFA, como mínimo, dentro de las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis y 4) detección de una tasa de 1,0 casos de PFA como mínimo por 100.000 menores de 15 años. El incumplimiento de los criterios precedentes 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 parálitica.

Se inicia la publicación del boletín semanal sobre sarampión

El PAI inició hace poco la publicación de un boletín semanal sobre sarampión para seguir la marcha de la eliminación de esta enfermedad (meta adoptada para el año 2000). El boletín presenta datos resumidos del sistema de vigilancia de enfermedades febriles y exantemáticas que se está implantando en los países de las Américas. Este sistema facilita la detección precóz y la investigación de casos presuntos de sarampión, el inicio rápido de medidas de control y la confirmación de la ausencia de casos presuntos de sarampión por medio de informes negativos. Un sistema

de vigilancia sensible como éste es indispensable para un programa de control y eliminación de cualquier enfermedad.

El boletín semanal sobre sarampión de la OPS facilitará la comunicación internacional sobre la situación del sarampión a nivel regional. El boletín contiene información compilada de informes nacionales y boletines subregionales de México, América Central y los países angloparlantes de Caribe. Cabe esperar que la información que se difunde por medio de este boletín permita comprender mejor el problema del sarampión y promueva la cooperación para erradicarlo.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1º 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	03 Sep.	...	...	459	4 343	0	0	11	...	25	...	9	17	489	...
Ecuador	31 Ago.	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	472	...	...	...
Perú	31 Ago.	...	...	272	...	0	0	63	...	88	...	34	...	1 030	...
Venezuela	13 Ago.	...	...	11 680	...	0	0	...	...	6	...	0	...	416	...
Cono Sur															
Argentina	09 Jul.	316	...	44	...	0	0	1	10	3	4	2	2	247	628
Chile	18 Jun.	83	...	0	...	0	0	1	...	0	...	0	...	20	...
Paraguay	20 Ago.	76	...	86	...	0	0	12	...	7	...	1	...	20	...
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	8	...	4	...	0	...	6	...
Guatemala	23 Jul.	227	247	204	13	0	0	...	...	...	...	...	...	36	...
Honduras	20 Ago.	10	85	3	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	...	1	0	1	0	0	37	8
México	27 Ago.	835	...	108	106	0	0	85	103	52	65	0	0	139	118
Caribe Latino															
Cuba	28 Mayo	...	...	0	...	0	0	2*	2	0	0	0	0	0	11
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
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	27 Ago.	...	...	198	154	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.

Boletín semanal sobre sarampión

Año: 1994 Semana epidemiológica: 48 Fecha del último informe: 03 de diciembre

Esta semana epidemiológica	Cumulativo por el año						
	Casos notificados	Regiones con brotes	Casos notificados	Casos en estudio	Casos descartados	Casos compatibles	Casos confirmados
Norteamérica							
Bermuda	0	---	0	0	0	0	0
Canadá	---	---	495	---	---	---	495
México	26	---	993	123	656	116	98
Estados Unidos	11	0	874	---	---	---	874
Centroamérica							
Belice	0	---	28	1	25	2	0
Costa Rica	3	0	269	25	152	92	0
El Salvador	6	0	327	82	245	0	0
Guatemala	---	---	232	4	21	3	204
Honduras	---	---	191	4	179	2	6
Nicaragua	1	0	899	127	640	131	1
Panamá	0	0	65	19	44	0	2
Caribe							
Anguila	0	---	1	0	1	0	0
Antigua & Barbuda	0	---	4	0	4	0	0
Bahamas	0	---	5	1	4	0	0
Barbados	2	---	36	5	30	1	0
Islas Caimán	0	---	3	0	3	0	0
Cuba	---	---	---	---	---	---	---
Dominica	0	---	13	5	6	2	0
República Dominicana	1	1	145	0	14	128	3
Grenada	0	---	16	0	4	12	0
Guadalupe	---	---	---	---	---	---	---
Haití	---	---	---	---	---	---	---
Jamaica	3	---	64	5	45	14	0
Montserrat	0	---	1	1	0	0	0

Esta semana epidemiológica	Cumulativo por el año						
	Casos notificados	Regiones con brotes	Casos notificados	Casos en estudio	Casos descartados	Casos compatibles	Casos confirmados
Antillas Holandesas							
Puerto Rico	0	0	13	---	---	---	13
San Cristóbal/Nieves	---	---	4	1	3	0	0
Santa Lucía	0	---	18	1	16	1	0
San Vicente	---	---	2	0	2	0	0
Trinidad y Tobago	0	---	18	0	15	3	0
Islas Turcas & Caicos	0	---	0	0	0	0	0
Islas Vírg. Británicas	0	---	0	0	0	0	0
Islas Vírg. Americanas	0	---	0	---	---	---	0
Sudamérica							
Brasil	---	---	1503	569	592	306	36
Guyana Francesa	---	---	---	---	---	---	---
Guyana	0	---	10	2	8	0	0
Suriname	---	---	15	2	13	0	0
Países andinos							
Bolivia	0	---	---	---	---	---	---
Colombia	23	---	1731	225	726	260	520
Ecuador	08	---	3310	---	---	3310	--
Perú	16	---	548	---	---	548	---
Venezuela	---	---	---	---	---	---	---
Cono Sur							
Argentina	---	---	420	67	99	189	65
Chile	2	---	197	39	152	5	0
Paraguay	9	6	127	0	4	20	103
Uruguay	---	---	14	---	3	11	---
Total regional	111	7	12591	1308	3706	5156	2420

--- = no se dispone de datos

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.



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

Editor: **Ciro de Quadros**
Editor Adjunto: **Peter Carrasco**

ISSN 0251-4729