



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XVII, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 1995

Diagnóstico de poliomiélitis: ¿Una o dos muestras?

En mayo de 1985, la Organización Panamericana de la Salud puso en marcha la iniciativa de erradicar la poliomiélitis de las Américas para el año 1990. En septiembre de 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP) declaró que se había interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas. Eso se logró con una doble estrategia centrada en el mantenimiento de un alto grado de cobertura de vacunación de grupos de alto riesgo combinado con un sistema sensible de vigilancia epidemiológica. La vigilancia exhaustiva de la parálisis flácida aguda (PFA) fue un componente clave del proceso de certificación. Para 1993 funcionaban en las Américas más de 20.000 unidades notificantes. Los indicadores utilizados en este sistema incluyeron el seguimiento de todos los casos notificados de PFA y la obtención de dos muestras de heces de pacientes para determinar si contenían poliovirus salvajes.

Dado que la meta primordial de la vigilancia para fines de erradicación de los poliovirus es detectar rápidamente zonas donde circulan poliovirus salvajes, a fin de tomar medidas de control apropiadas, en este artículo se examinan y analizan las ventajas de obtener una segunda muestra de todos los casos de PFA.

La práctica de obtener dos muestras de heces de cada caso de PFA se adoptó a raíz de las observaciones realizadas

por E. Lennette en 1958 de que el poliovirus salvaje se excreta en forma intermitente. Lennette recomendó la obtención de más de una muestra de heces de cada caso sospechoso de poliomiélitis, a fin de aumentar la probabilidad de aislar el poliovirus. Según los datos de Lennette, cuando se analizaba una segunda muestra la tasa de aislamiento aumentaba el 10% (del 85% al 95%). Lennette observó también que la sensibilidad llegaba casi al 100% con la

obtención de tres y cuatro muestras. Sobre la base de estas observaciones, en 1987 se recomendó la obtención de dos muestras de heces de cada caso de parálisis flácida aguda que se detectara en las Américas, a fin de analizarlas en la red de laboratorios de polio. Se recomendó también que la segunda muestra se obtuviera entre 24 y 72 horas después de la primera.

En el cuadro 1 se presentan las tasas de aislamiento de poliovirus salvajes en la primera y segunda muestras entre 1987 y 1991. Los datos están agrupados según el tiempo transcurrido entre la obtención de la primera muestra (H1) y la

segunda (H2). Tal como había señalado Lennette, la presencia y ausencia alternadas de poliovirus salvajes en las muestras H1 y H2 del mismo paciente reflejan la excreción intermitente del virus. Por lo tanto, la contribución de la segunda muestra se evalúa sobre la base del porcentaje de casos en los cuales la H1 es negativa y sólo la H2 es positiva.

Cuadro 1
Aislamiento de poliovirus salvajes de la primera muestra de heces (H1) o de la segunda (H2) obtenidas con intervalos determinados dentro de los 30 días siguientes al inicio de la parálisis Américas, 1987-1991

Intervalo en días entre H1 y H2	Total de casos	Aislamiento de poliovirus salvajes		
		H1(+); H2(+)	H1(+); H2(-)	H1(-); H2(+)
1-3	66	54	7	5
4-6	3	3	0	0
7-9	4	1	2	1
10-15	2	1	1	0
16-22	1	0	1	0
Total	76	59	11	6
	100%	78%	14%	8%

En este número:

Diagnóstico de poliomiélitis: ¿Una o dos muestras?	1
Examen del progreso del PAI en Centroamérica y en la región andina	3
Clasificación revisada de casos de sarampión	5

Vigilancia de la poliomiélitis	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Se aprueba el plan para eliminar el sarampión	8

Del cuadro se infiere que el aumento de la tasa de aislamiento de poliovirus en la segunda muestra fue del 8%, cifra similar al resultado obtenido por Lennette (10%). Por consiguiente, se puede concluir que cuantas más muestras se analicen de cada caso sospechoso de poliomiélitis, mayores serán las probabilidades de aislar el poliovirus.

Sin embargo, con el sistema de vigilancia de la PFA se procura principalmente detectar zonas infectadas mediante el aislamiento de poliovirus salvajes de muestras de heces de pacientes con PFA. Este objetivo es más importante que detectar cada caso individualmente. La experiencia adquirida con los casos que se han producido desde 1987, que se presenta en este análisis, indica que la investigación y el aislamiento de poliovirus salvajes de casos anteriores o subsiguientes de PFA en una zona determinada contrarresta el riesgo de no diagnosticar el 10% de los casos de poliomiélitis causados por poliovirus salvajes en dicha zona. Asimismo, este pequeño aumento de la tasa de aislamiento tal vez no justifique el gasto logístico extra de la obtención de muestras y la carga de trabajo adicional para la red de laboratorios.

Los seis casos de los cuales sólo la segunda muestra analizada dio positivo pertenecían a cuatro brotes ocurridos en cuatro zonas infectadas distintas. Estas zonas infectadas habían sido detectadas previamente al aislarse virus de muestras de heces obtenidas de otros casos que se produjeron simultáneamente durante el mismo brote.

Aparte de los 76 casos presentados en el cuadro 1, el análisis podría extenderse a 40 casos más que se produjeron en el mismo período (1987-1991), durante el cual se obtuvo una sola muestra, con un total de 116 casos confirmados de poliomiélitis causados por poliovirus salvajes desde 1987. Las zonas infectadas respectivas abarcaban 86 distritos de 36 estados en 7 países.

Estos 116 casos confirmados pueden dividirse en dos grupos: 105 casos correspondieron a 25 brotes a nivel estatal, y 11 fueron casos aislados. En promedio, los 25 brotes consistieron en cuatro casos cada uno. Eso significa que, en cada brote, hubo cuatro oportunidades para aislar el poliovirus salvaje en los casos en que no se detectó el poliovirus en la primera muestra analizada.

Los 11 casos de poliomiélitis que no se produjeron durante un brote fueron analizados en relación con la posibilidad de aislar poliovirus salvajes de casos posteriores de PFA notificados en las mismas zonas geográficas. De estos 11 casos, sólo 2 casos no estuvieron seguidos de la notificación de casos subsiguientes de PFA en la zona dentro de los 12 meses siguientes a su inicio. Seis estuvieron seguidos de 36 casos de PFA en el mismo distrito y tres estuvieron seguidos de 83 casos de PFA en el mismo estado. De todos estos 119 casos de PFA (36 + 83), se obtuvieron suficientes muestras, pero las pruebas virológicas dieron negativo para poliovirus salvaje, aislándose en cambio otros enterovirus no poliomiélficos. En conclusión, solamente en 2 de los 116 casos no habría existido posteriormente la oportunidad de detectar poliovirus salvajes

si con los análisis virológicos no se hubieran detectado poliovirus salvajes como consecuencia de la excreción intermitente del virus.

En vista de esta información, cabe preguntarse si se justifica la obtención de dos muestras de heces de cada caso de PFA teniendo en cuenta el mayor costo y la mayor carga de trabajo que ocasiona. El cuadro 2 muestra que, con la obtención de una segunda muestra, el número de muestras de heces analizadas por los laboratorios de la red de las Américas aumentó en 9.298, pasando de 11.455 a 20.753. Eso representa un aumento del 45% de la carga de trabajo de la red de laboratorios.

Cuadro 2
Muestras de heces analizadas en la red de laboratorios
Américas, 1987-1994

Año	Número de muestras analizadas			% de aumento de la carga de trabajo como consecuencia del análisis de la segunda muestra
	Primera muestra	Segunda muestra	Total	
1987	586	332	918	36
1988	1.148	610	1.758	35
1989	1.647	1.086	2.733	40
1990	1.458	1.136	2.594	44
1991	1.478	1.292	2.770	47
1992/1994	5.138	4.842	9.980	49
Total	11.455	9.298	20.753	45

Conclusiones

La contribución de una segunda muestra de heces como fuente de información para orientar posibles medidas de control y determinar el programa de erradicación de la poliomiélitis puede evaluarse desde distintos puntos de vista. Si lo que más interesa es la sensibilidad de las pruebas virológicas, cuantas más muestras se obtengan de cada paciente portador del poliovirus salvaje, más alta será la tasa de aislamiento. Sin embargo, si lo que más interesa es la sensibilidad del sistema de vigilancia para detectar zonas donde podría circular el poliovirus, la conclusión basada en la experiencia de las Américas es que no se necesita obtener una segunda muestra de cada caso de PFA y que la obtención de una segunda muestra agrega una carga de trabajo tremenda tanto para el personal sobre el terreno como para la red de laboratorios. Esta carga podría tener efectos adversos en la calidad del trabajo.

Estos resultados indican también que la obtención y el análisis de una segunda muestra de heces de cada caso de PFA tal vez no se necesite desde el punto de vista operacional en los países donde la poliomiélitis todavía es endémica. El abandono de esta práctica podría representar un ahorro en logística y en servicios de laboratorio, sin poner en peligro la detección del poliovirus salvaje en circulación.

Fuente: Silveira CM, de Quadros CA, Hersh BS, Nogueira AC. Programa Especial para Vacunas e Inmunización, OPS.

Examen del progreso del PAI en Centroamérica y en la región andina

Durante el mes de agosto de 1995 se celebraron las reuniones anuales de gerentes del PAI de Centroamérica y la región andina en la ciudad de Guatemala, Guatemala y en Caracas, Venezuela, respectivamente. Participaron representantes de los ministerios de salud, el UNICEF, la AID, la OPS/OMS, Project Hope, Rotary Internacional y la embajada de Japón. Asistieron también representantes de México y de países latinos del Caribe.

Uno de los temas principales de ambas reuniones fue el informe del progreso de las campañas nacionales para eliminar la transmisión del sarampión. La conclusión general fue que, aunque con las campañas de inmunización actuales se ha logrado disminuir considerablemente la incidencia de la enfermedad, la acumulación de personas susceptibles continúa presentando el riesgo de nuevos brotes a corto y a mediano plazo. En consecuencia, los países de Centroamérica planean realizar campañas de vacunación contra el sarampión dirigidas a niños menores de 5 años antes de marzo de 1996. Como se puede ver en el cuadro 1, las tasas generales de cobertura siguieron siendo altas también para otros antígenos del PAI.

Cuadro 1
Tasas de cobertura de los niños menores de 1 año
Centroamérica, región andina, países latinos del Caribe y
México, 1994-1995*

País	VOP3		DPT3		Sarampión		BCG	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Belice	83	...	88	...	82	...	89	...
Bolivia	82	84	78	84	89	80	90	90
Colombia	92	82	88	81	83	76	96	91
Costa Rica	87	84	87	85	89	78	93	...
República Dominicana	98	87	83	83	87	96	64	74
Ecuador	78	80	80	80	100	76	100	100
El Salvador	89	96	89	96	83	88	82	84
Guatemala	73	74	71	72	66	66	70	78
Haití	27	...	28	...	25	96**	39	...
Honduras	95	96	96	98	95	96	95	96
México	92	89	91	89	90	86	97	97
Nicaragua	84	92	74	82	73	78	81	100
Panamá	83	88	83	90	84	84	95	94
Perú	87	86	87	86	75	62	92	92
Venezuela	73	84	63	67	94	70	95	98

* Tasas de cobertura correspondientes al primer semestre de 1995

** En Haití se realizó una campaña de vacunación masiva contra el sarampión dirigida a los niños de 9 meses a 14 años.

... No se dispone de datos.

Vigilancia del sarampión

Desde 1994 se han establecido sistemas de vigilancia de enfermedades febriles y eruptivas en los países de Centroamérica y de la región andina como parte de la campaña para eliminar el sarampión. En general, estos sistemas se encuentran en distintas etapas de desarrollo. Los principales problemas son la falta de homogeneización de las clasificaciones de casos y de los indicadores de la vigilancia, y la falta de servicios adecuados de laboratorio, especialmente en Bolivia, Ecuador y Perú.

Actualmente se están tomando medidas para fortalecer la capacidad operacional de los laboratorios, a fin de mejorar el diagnóstico de sarampión. Sólo seis de los nueve países representados en la reunión que se llevó a cabo en Centroamérica, han comenzado a diagnosticar el sarampión en laboratorio utilizando los reactivos recomendados para las pruebas.

Recomendaciones

Se recomendaron como mínimo los siguientes indicadores para la vigilancia del sarampión:

- porcentaje de unidades con notificación negativa semanal
- porcentaje de casos investigados dentro de las 48 horas siguientes a la notificación
- porcentaje de casos con fichas epidemiológicas completas
- porcentaje de casos de los cuales se obtiene una muestra de suero adecuada
- porcentaje de casos confirmados en laboratorio
- porcentaje de casos (o de brotes) cuya fuente de infección se identifica

Se formularon también las siguientes recomendaciones para los países:

- mantener una cobertura de vacunación superior al 95% en los niños menores de 1 año en todos los municipios de cada país;
- vigilar periódicamente la acumulación de personas susceptibles y realizar campañas de vacunación para evitar brotes cuando el número de susceptibles equivalga a una cohorte de niños nacidos el mismo año;
- cambiar la edad recomendada para la vacunación primaria contra el sarampión de 9 meses a 12 meses de edad;
- ampliar la red de unidades notificantes;
- reforzar la utilización del sistema de vigilancia para la eliminación del sarampión (MESS) en los países como base de datos para la vigilancia;
- concentrar la vigilancia epidemiológica en casos que se

encuadren en la definición de caso *Sospechoso* de sarampión. El sistema de vigilancia hará un seguimiento de los casos o brotes que requieran la obtención de una muestra de sangre para la confirmación en laboratorio. Los casos notificados con el diagnóstico clínico de sarampión que no son investigados en laboratorio se considerarán *Confirmados Clínicamente*.

Los países de Centroamérica enviarán muestras de suero de casos positivos y sospechosos de sarampión, así como del 5 al 10% de los casos negativos, al Centro Conmemorativo Gorgas, en Panamá, uno de los laboratorios de la red. Los países andinos han iniciado el diagnóstico de laboratorio en Bolivia, Ecuador y Perú, y han fortalecido también los laboratorios de Colombia y Venezuela.

Control del tétanos neonatal

La incidencia de tétanos neonatal (TNN) está disminuyendo gradualmente en ambas regiones. La cobertura de vacunación ha aumentado con la administración de una segunda dosis de toxoide tetánico (TT2) a mujeres en edad fértil (MEF) que viven en áreas de alto riesgo (AAR).

En la región andina se está dando prioridad a las medidas de control del tétanos neonatal en las zonas fronterizas de Bolivia y Ecuador, así como entre Colombia y Venezuela, debido a la importancia de los movimientos migratorios en la lucha contra esta enfermedad.

Se ha progresado también en el fortalecimiento de las investigaciones epidemiológicas para comprender mejor las características de esta enfermedad. En ese sentido, las variables más importantes han sido el origen del paciente y los antecedentes de vacunación de la madre.

Recomendaciones:

- dar prioridad a la vacunación de mujeres en edad fértil que vivan en áreas de alto riesgo;
- detectar nuevas áreas que presenten alto riesgo;
- investigar todos los casos conocidos de tétanos neonatal, en particular aquellos relacionados con los antecedentes de vacunación de la madre;
- instar a las autoridades sanitarias a que asignen los recursos necesarios para vacunar a las mujeres en edad fértil;
- considerar la migración y los indicadores de la situación socioeconómica como datos importantes para determinar las áreas y los grupos de alto riesgo.

Igual que en el Ecuador, en la reunión de países centroamericanos se recomendó la utilización de la vacuna antidiftérica-antitetánica (dT) en vez del TT.

Mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis

Hasta fines de junio de 1995, la cobertura de los menores de 1 año con VOP3 ascendía a más del 80% en ambas regiones. El número de municipios centroamericanos donde la cobertura de vacunación con VOP3 es inferior al 50% continuó disminuyendo en la mayoría de los países. Sin

embargo, la región andina ha notificado una cantidad considerable de municipios donde la cobertura fue baja durante el primer semestre de 1995; en el 32% de todos los municipios la cobertura con VOP3 es inferior al 50%, en comparación con el 15% en 1994.

En la mayoría de los países de las dos regiones se ha progresado considerablemente en cuanto al cumplimiento de los indicadores de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA).

Los participantes en ambas reuniones destacaron la importancia de mantener un alto grado de compromiso político a nivel nacional, a fin de garantizar la ejecución eficaz de las actividades de vigilancia, la cobertura de vacunación y la notificación oportuna. Los representantes de la región andina destacaron el importante apoyo financiero del Rotary Internacional para afianzar la campaña de erradicación de la poliomiélitis en Bolivia, Colombia y Ecuador.

La difteria en la Región

En 1994 se produjo un aumento del número de casos de difteria, especialmente en Ecuador, donde hubo una epidemia. Igual que en los países de Europa oriental, esta epidemia reciente afectó principalmente a mayores de 15 años.

Recomendaciones:

- homogeneizar las definiciones de casos y las medidas de control;
- fortalecer la vigilancia por medio de la notificación inmediata y la investigación sistemática de casos, llenando los formularios de investigación;
- promover la utilización de la vacuna dT, en vez de TT, para vacunar a mujeres en edad fértil en áreas de alto riesgo de tétanos neonatal y a otros grupos;
- establecer una red de laboratorios nacionales para el diagnóstico de la enfermedad;
- fortalecer la vacunación de niños de 1 año con DPT.

Cobertura de vacunación y vigilancia de la hepatitis B

Colombia, Perú y Venezuela dieron a conocer su experiencia en el control de la hepatitis B y sus planes de vacunación en áreas de alto riesgo detectadas recientemente. Costa Rica, México, la República Dominicana, Honduras y Panamá ya han iniciado programas de vacunación contra la hepatitis B dirigidos a grupos de alto riesgo. Además, en Costa Rica y la República Dominicana se planea incorporar esta vacuna en los programas de vacunación infantil. Belice introducirá esta vacuna para grupos y áreas de alto riesgo en 1996.

En vista de la experiencia operacional de los países con el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica, los representantes de Centroamérica y de la región andina recomendaron homogeneizar las definiciones de casos, identificar centros centinela, establecer un sistema de información para la recopilación y consolidación de datos, fortalecer los laboratorios a fin de detectar los principales

virus que causan hepatitis, capacitar al personal de salud a manejar casos, portadores y brotes, e informar a la población.

La estrategia de vacunación dependerá de la prevalencia de la enfermedad en grupos y áreas de alto riesgo en cada país. Se debe considerar la posibilidad de ampliar las actividades únicamente cuando se haya alcanzado el objetivo inicial de llegar a los grupos de alto riesgo y si se dispone de recursos para establecer un programa permanente. Se deben llevar a cabo actividades de vigilancia para determinar la importancia epidemiológica de la enfermedad y medir el efecto de las estrategias dirigidas a reducir su incidencia.

Indicadores para la evaluación del PAI

En ambas reuniones se recomendó el uso sistemático de los siguientes indicadores y su vigilancia trimestral:

- Cobertura de vacunación: todos los países han presentado sus previsiones para 1995 con respecto a la cobertura de vacunación de los menores de 1 año con antígenos del PAI, por municipio. Eso permitirá orientar mejor las actividades y los recursos hacia áreas de alto riesgo.
- Indicadores de la vigilancia: ya se han establecido.
- Número y porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación con DPT1 superior al 90%: para determinar la accesibilidad de los servicios de vacunación locales.
- Tasas de deserción entre DPT1/DPT3 y DPT1/vacuna antisarampionosa: para determinar la eficiencia del programa.
- Porcentaje de recursos del Plan de Acción del PAI dirigidos a áreas de alto riesgo: para evaluar las prioridades y la descentralización del programa.
- Proporción de recursos nacionales en relación con otros recursos externos: para evaluar el nivel de sostenibilidad del programa.
- Número de reuniones de la CCI: para evaluar el grado de coordinación interagencial y el liderazgo nacional.
- Número de organizaciones no gubernamentales que apoyan el Plan de Acción: para evaluar la movilización social.

Clasificación revisada de casos de sarampión

Un Grupo Informal de Consulta se reunió en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, DC, los días 11-13 de septiembre de 1995, a fin de revisar los procedimientos actuales de la vigilancia del sarampión, y para recomendar clasificaciones de casos y procedimientos de investigación de los mismos. Las revisiones miran a la simplificación de las investigaciones y clasificaciones de casos para fortalecer los esfuerzos actuales de vigilancia, tanto nacionales como regionales, dirigidos a la eliminación del sarampión en las Américas en el año 2000.

El objetivo central de la vigilancia del sarampión es detectar *oportunamente* la transmisión de esta enfermedad en un área. Una vez detectada la circulación viral, el sistema de vigilancia debe permitir la investigación *eficiente* de los casos resultantes. Mediante la investigación oportuna de un brote, se pueden minimizar transmisiones adicionales del virus, determinar las causas de transmisión del sarampión y la fuente de infección.

El programa de eliminación del sarampión se centra en la detección de todos los casos en que un trabajador de salud capacitado sospeche sarampión y/o todo caso notificado por cualquier persona que presente las características clínicas de un caso sospechoso, es decir, fiebre, erupción maculopapular generalizada, así como tos o coriza o conjuntivitis. Todos los casos *Sospechosos* deben ser investigados oportunamente y eventualmente ser clasificados como *Confirmados* o *Descartados*. El programa busca la

confirmación por laboratorio (o un nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio) para todos los casos sospechosos. Sin embargo, si por alguna razón los casos sospechosos no han sido investigados en laboratorio o no tienen un nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio, se considerarán *Confirmados Clínicamente*. Se espera que a medida que el sistema de vigilancia madure, habrán pocos casos clasificados como Confirmados Clínicamente, los cuales representan fallas del sistema de vigilancia.

La categoría de casos *Sospechosos* busca proporcionar una señal de alerta o de advertencia a los trabajadores de salud en los distintos niveles del sistema. La investigación de los mismos debe comenzar dentro de 48 horas de notificación. Una vez que la investigación epidemiológica se ha completado, la clasificación final debería llevarse a cabo en el transcurso de 4 semanas.

Clasificación revisada de casos de sarampión

I. Caso sospechoso:

- A. Cualquier paciente en el cual un trabajador de salud capacitado sospeche sarampión, y/o
- B. Un paciente con el siguiente perfil clínico:
 - * Fiebre
 - * Erupción maculopapular generalizada, y
 - * Al menos uno de los siguientes síntomas: tos, o coriza o conjuntivitis.

II. Caso Confirmado:

A. Caso confirmado por laboratorio

Es un caso *Sospechoso* con 1 o más de los siguientes resultados:

1. Confirmación en laboratorio por la presencia de los anticuerpos de IgM en una muestra de sangre obtenida durante los primeros 28 días luego del inicio de la erupción, y/o
2. Nexo epidemiológico con otro caso confirmado en laboratorio

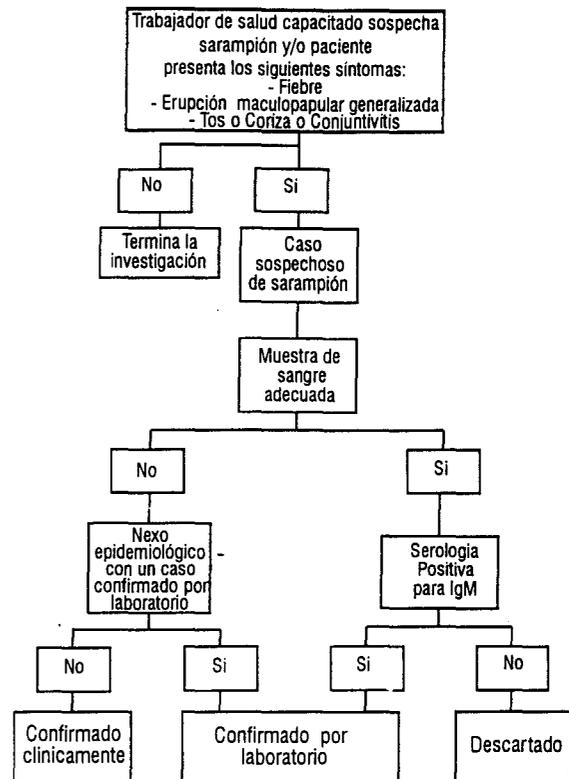
Para el propósito de confirmación de sarampión, se considera suficiente la toma de una muestra adecuada de sangre. En un brote de más de 10 casos no es necesario tomar muestras de sangre de cada persona. Sólo en los primeros 3 a 5 casos se debe extraer sangre para la confirmación por laboratorio. Otros casos pueden confirmarse si satisfacen la definición de sospechosos y si están vinculados epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio.

La confirmación epidemiológica ocurre cuando un paciente ha estado recientemente en contacto con un caso confirmado por laboratorio, cuyo inicio de erupción haya acontecido dentro de 21 días antes del presente caso.

B. Caso clínicamente confirmado

Son aquellos que satisfacen la definición de un caso *Sospechoso*, pero falta el estudio de laboratorio y no se sabe si ha habido contacto con un caso confirmado por laboratorio. Aunque no se sabe el diagnóstico final para fines de vigilancia, estos casos se consideran *Confirmados Clínicamente*. Bajo un sistema adecuado de vigilancia, los casos *Sospechosos* con investigaciones incompletas deberían ser relativamente raros. Estos se consideran fallas del sistema de vigilancia.

Flujograma para la clasificación de casos de sarampión



III. Descartado (no es sarampión)

Se descarta el caso si se obtiene evidencia de laboratorio de otra infección asociada con una enfermedad eruptiva. También se descarta un caso si el resultado de una muestra adecuada de laboratorio, obtenida durante los primeros 28 días después del inicio de la enfermedad, es negativo para la infección de sarampión (ausencia de anticuerpos IgM).

Vigilancia de la poliomielitis

País	80% de las unidades presentan informes semanalmente	80% de los casos se investigan dentro de las 48 horas	Se obtienen dos muestras adecuadas de heces de 80% de los casos	Tasa de PFA \geq 1:100,000 para niños < 15 años de edad
Bolivia				
Colombia				
República Dominicana				
El Salvador				
Honduras				
Nicaragua				
Paraguay				
Venezuela				
Chile				
Costa Rica				
Cuba				
Ecuador				
México				
Perú				
Brasil				
Panamá				
Uruguay				
Argentina				
Guatemala				
Haití				

■ Cumplen el criterio
 N.R.: No se ha recibido informe
 - Zero Casos
 * Datos al 13 de Octubre de 1995
 Fuente: PAI/OPS (PESS)

Desde el último informe sobre la vigilancia de la poliomielitis que se publicó en el número de agosto de 1995, varios países han notificado una disminución de la obtención de dos muestras adecuadas de heces. Este obstáculo para la rápida detección de posibles importaciones de poliovirus salvaje en las Américas pondrá en peligro la ausencia actual de poliomielitis en la Región. El cumplimiento de este indicador es indispensable para que se puedan tomar medidas de control apropiadas en la Región en caso de que se produzca un brote de poliomielitis, particularmente en zonas con una cobertura de vacunación baja. Los administradores de servicios de salud deben examinar los siguientes obstáculos operacionales, entre otros, que podrían impedir la implementación expedita de actividades de vigilancia, tales como la falta de recursos suficientes para iniciar investigaciones oportunas (e.g., medios de transporte y pago de viáticos), falta de notificación oportuna debido al deterioro de los sistemas de comunicaciones, falta de prioridad de la vigilancia de la PFA y falta de supervisión adecuada.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1º de enero de 1995 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1994 por país.

País /Territorio	Fecha del último informe	Sarampión			Poliomielitis	Tétanos				Difteria		Tos Ferina			
		Confirmados 1995				Confir- mados 1994	No Neonatal		Neonatal		1995	1994	1995	1994	
		Labo- ratorio	Clinica mente	Total			1995	1994	1995	1994					
Anguila	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...
Antigua y Barbuda	07 Oct	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Argentina	07 Oct	8	112	120	44	0	0	16	6	5	9	3	3	702	439
Bahamas	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belice	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	120	...	...
Bermuda	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	07 Oct	0	0	0	630	0	0	...	...	11	12	4	5	30	45
Brasil	23 Sept	2	232	234	428	0	0	...	423	...	76	...	125	...	1.495
Islas Vírgenes Británicas	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Canadá	07 Oct	2.141	0	2.141	198	0	0	...	1	...	0	2	0	4.663	2.302
Islas Caimán	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	6	...	1	...	4	...	108
Colombia	07 Oct	151	121	272	253	0	0	...	11	...	...	...	9	...	489
Costa Rica	07 Oct	18	46	64	30	0	0	...	2	...	0	...	0	...	10
Cuba	07 Oct	0	1	1	0	0	0	...	2	...	0	...	0	...	0
Dominica	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	30 Sept	0	0	0	296	0	0	9	...	0	4	3	1	0	9
Ecuador	07 Oct	...	791	791	2.909	0	0	...	...	28	26	124	472	133	276
El Salvador	07 Oct	0	0	0	0	0	0	3	8	3	4	0	0	4	6
Guayana Francesa	07 Ene	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guadalupe	07 Ene	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	12 Ago	25	1	26	204	0	0	...	...	4	6	0	...	20	36
Guyana	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	07 Ene	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	07 Oct	1	0	1	1	0	0	7	8	2	3	0	0	0	2
Jamaica	07 Oct	0	7	7	0	0	0	...	2	...	0	...	1	...	2
Martinica	07 Ene	...	...	...	1	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0
México	07 Oct	9	0	9	108	0	0	85	105	48	63	0	0	15	243
Montserrat	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Antillas Neerlandesas	07 Ene	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	07 Oct	0	0	0	1	0	0	2	...	2	...	0	...	3	...
Panamá	07 Oct	3	5	8	2	0	0	0	1	0	2	0	0	3	165
Paraguay	07 Oct	3	18	21	81	0	0	...	32	...	18	...	1	...	36
Perú	09 Sept	28	171	199	272	0	0	37	63	55	88	2	34	632	1.030
Puerto Rico	07 Oct	11	0	11	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	07 Oct	0	2	2	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
St. Cristóbal/Nieves	07 Oct	0	1	1	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente/Granadinas	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	07 Oct	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Islas Turcas y Caicos	07 Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
United States	07 Oct	267	0	267	840	0	0	4	26	...	...	0	1	625	2.586
Uruguay	07 Ene	...	...	...	11	0	0	...	2	...	0	...	0	...	6
Venezuela	16 Sept	29	35	64	13.372	0	0	...	...	8	10	0	0	161	546
TOTAL		2.696	1.544	4.240	19.681	0	0	163	698	166	322	138	651	6.991	9.836

... No se dispone de datos.

Se aprueba el plan para eliminar el sarampión

Durante la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada del 25 al 30 de septiembre en Washington, D.C., los ministros de salud de la Región de las Américas aprobaron por unanimidad el *Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas* para el año 2000.

En el Plan se hace un llamamiento para lograr y mantener una cobertura de vacunación contra el sarampión del 95% en todos los municipios o distritos de cada país de la Región, con campañas periódicas de vacunación complementaria en los niños entre 1-5 años de edad, a fin de evitar la acumulación de susceptibles entre los preescolares. El Plan, que abarca cinco años (1996-2000), costará alrededor de US\$ 53 millones, incluye un aporte de aproximadamente US\$ 7 millones de los presupuestos ordinarios y fondos voluntarios de la OPS y de la OMS. Estas inversiones complementarán los recursos nacionales. Se pone de relieve la capacitación del personal para la ejecución eficaz de las operaciones del programa, la vigilancia minuciosa de los casos sospechosos de sarampión con el propósito de detectar la transmisión del virus, la respuesta enérgica a los brotes, y una intensa movilización social para aumentar el papel de la sociedad en la prevención de esta enfermedad.

Texto oficial de la Resolución CD38.R6, *Eliminación del Sarampión en las Américas*, aprobada durante la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud:

Habiendo examinado y debatido el Documento CD38/15, que contiene el Plan de Acción y un informe sobre el progreso alcanzado por los esfuerzos llevados a cabo en los países y en la Región con miras a eliminar el sarampión de las Américas para el año 2000;

Observando con satisfacción que casi todos los países han adoptado las estrategias esbozadas en el Plan de Acción

y han logrado avances considerables hacia la eliminación del sarampión;

Observando que, a pesar de los considerables esfuerzos que representan las campañas nacionales y el mejoramiento de los programas corrientes de vacunación, el número de niños susceptibles se acumula año tras año en todos los países;

Reconociendo que la vigilancia del sarampión exige cuantiosos recursos, tanto financieros como humanos, pero conscientes de que un sistema de vigilancia es esencial para el avance de la vigilancia de las enfermedades transmisibles, incluidas las infecciones emergentes y reemergentes, y

Recordando el nivel de financiamiento necesario para llevar a cabo las actividades previstas desde ahora hasta el año 2000,

RESUELVE

1. Aprobar el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas para el año 2000 presentado por el Director (Documento CD38/15) en el informe sobre el progreso alcanzado.
2. Instar a todos los Estados Miembros a que adopten las estrategias descritas en el Plan de Acción y asignen los recursos necesarios para su adecuada ejecución.
3. Felicitar a los Gobiernos por los esfuerzos realizados hasta ahora y por los avances que se han hecho hacia la eliminación del sarampión de las Américas para el año 2000.
4. Solicitar al Director que realice todos los esfuerzos posibles por obtener los recursos internacionales necesarios para apoyar los esfuerzos nacionales.

(Resolución aprobada en la quinta sesión plenaria, celebrada el 27 de septiembre de 1995)

El *Boletín Informativo del PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Especial para Vacunas e Inmunización (SVI) 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: Mónica Brana

ISSN 0251-4729

Programa Especial para Vacunas e Inmunización
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.