



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Vol. XXIV, Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNÁNDOLOS

Junio 2002

Ministros de Salud de la Región Andina se comprometen a detener la transmisión del virus de sarampión

Los Ministros de Salud de la Región Andina y Chile firmaron un acuerdo en la ciudad de Sucre, Bolivia, el 23 de abril, mediante el cual se comprometieron a prevenir la regionalización del brote de sarampión que afecta en estos momentos a Venezuela y Colombia. En el *Acuerdo de Sucre*, los Ministros de Salud de la Región Andina y Chile acordaron:

- Proveer los recursos para financiar las actividades del Plan de Acción del PAI en cada país.
- Llevar a cabo oportunamente las campañas nacionales de vacunación planificadas, en los plazos previstos, incluyendo las de *seguimiento* contra el sarampión y verificando las coberturas alcanzadas en el nivel local.
- Coordinar una Semana Nacional de Vacunación simultánea para todos los países andinos a partir del año 2003.
- Mantener la vigilancia epidemiológica activa del sarampión en todos los niveles, realizando la búsqueda activa de casos como estrategia de rutina en zonas de alto riesgo.
- Los equipos técnicos de los ministerios coordinadamente con las oficinas de Relaciones Internacionales, serán los encargadas de planificar acciones entre países, a fin de inten-

sificar la vacunación, vigilancia epidemiológica e información a la población, acorde al Escudo Epidemiológico Andino (EEA) en el marco de las resoluciones 367 y 368

aprobadas en la reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSA) en noviembre del 2001 en Quito, Ecuador.

- Instar a la creación y aprobación de la Ley de Vacunas en los países que no la tuvieran para garantizar la continuidad de los recursos destinados a la compra de vacunas e insumos del PAI.

- Asegurar el cumplimiento de las recomendaciones de la XII Reunión Técnica sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Región Andina, Brasil y Chile, realizada el 22 y 23 de abril en la ciudad de Sucre, Bolivia.

- Proponer en los procesos de reforma de los sistemas de salud el fortalecer la rectoría de los Ministerios de Salud para asegurar el acceso equitativo a la vacunación como responsabilidad del Estado.

Se resolvió incluir como tema permanente en la agenda de las futuras reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REMSA), a partir de la próxima a celebrarse en Lima, el tema de las enfermedades inmunoprevenibles.



En esta edición:

Ministros de Salud de la Región Andina se comprometen a detener la transmisión del virus de sarampión	1
Actualización: Brote de sarampión en Venezuela	2

Brote de sarampión en Colombia	3
Haití y República Dominicana aúnan esfuerzos contra la poliomielitis y el sarampión	5
Casos notificados de ciertas enfermedades	7

Actualización: Brote de sarampión en Venezuela

Antecedentes

Desde agosto de 2001, Venezuela está viéndose afectada por una epidemia de sarampión a raíz de una importación de Europa (para más información al respecto, véase el *Boletín Informativo PAI*, febrero de 2002). Hasta el 15 de junio se han notificado un total de 6.297 casos sospechosos de sarampión (semana epidemiológica 24, 2002), con un total de 2.255 casos confirmados (Figura 1). Estos casos se distribuyeron en 15 de los 23 estados, incluyendo el distrito de la capital. El estado más afectado es Zulia, el más poblado del país, lindante con Colombia, en el que se han notificado 1.955 casos confirmados en las 24 primeras semanas de 2002, lo que corresponde a 83% del total nacional. Luego de intensos esfuerzos de vacunación de los niños y adultos jóvenes, gracias al compromiso de alto nivel de las autoridades sanitarias del país, la incidencia de sarampión en Zulia en las semanas 23 y 24 mostró una disminución de más de 90%, en comparación con el punto máximo del brote en la semana 11.

Actualización

Estado Falcón

En la semana epidemiológica 50 de 2001 (15 de diciembre), el Estado Falcón, donde se originó el brote, había notificado un total de 35 casos confirmados, principalmente en personas no vacunadas, distribuidos en tres municipios. La mayor incidencia se produjo entre los menores de 1 año (26,7 por 100.000), seguidos por el grupo de 1 a 4 años de edad (25 por 100.000), y los adultos entre 25 y 29 años (16,7 por 100.000). La mayoría de los adultos afectados fueron trabajadores rurales y jornaleros, universitarios y trabajadores de salud.

El brote cesó después de una campaña estatal de vacunación contra el sarampión y la rubéola, dirigida a los niños de hasta 15 años de edad. En los municipios afectados, la campaña también incluyó a los adultos.

En la quinta semana epidemiológica de 2002 reapareció el sarampión en Falcón. La transmisión comenzó en un hospital de la península de Paraguana, importante área turística y económica. Hasta la epidemiológica semana 24, 2002, se ha confirmado un total de 165 casos. Los principales grupos afectados son los menores de 1 año y los mayores de 20, principalmente en la península de Paraguana. El grupo de edad entre 1 y 14 años, vacunado en la campaña de noviembre y diciembre, prácticamente no se ha visto afectado. Tras las medidas de control del estado, el brote ha frenado considerablemente en las últimas semanas, con casos esporádicos en la península, principalmente en el municipio de Carirubana.

Estado Zulia

El primer caso notificado en Zulia, al oeste de Falcón y fronterizo con Colombia, tuvo lugar el 25 de octubre de

2001 en Maracaibo. Se trató de una auxiliar de enfermería de un consultorio privado que recibe a muchos pacientes del Estado Falcón. Contaminó a seis personas en dos parroquias. El 16 de noviembre se notificaron tres casos sospechosos de sarampión en el municipio de San Francisco, que junto con el municipio de Maracaibo forma la ciudad de Maracaibo, la de mayor densidad de población del país. Uno de los casos era un varón de 27 años que trabaja de guarda de un centro de salud en San Felipe y va dos veces por semana al Estado Falcón, especialmente al municipio de Buchivacoa. Los otros dos casos fueron una niña de 4 años, con quien había estado en contacto varias veces, y un niño de 1 año de edad que reside en el mismo edificio que el guarda. El brote se propagó al resto del estado, que notificó un total de 72 casos en 2001.

En la semana 24 de 2002, el total de casos confirmados en el Estado Zulia era de 2.027 (86,5% del total nacional), y los 21 municipios del estado notificaron casos. El grupo de edad más afectado fue el de los menores de 5 años, en particular los menores de 1 año, que presentaron una tasa de 685 por 100.000. Los grupos de adultos jóvenes, principalmente entre 20 y 34 años, también presentaron una elevada tasa de incidencia: 20-24 años, 68,5 por 100.000; 25-29 años, 52,4 por 100.000; y 30-34 años, 39,5 por 100.000.

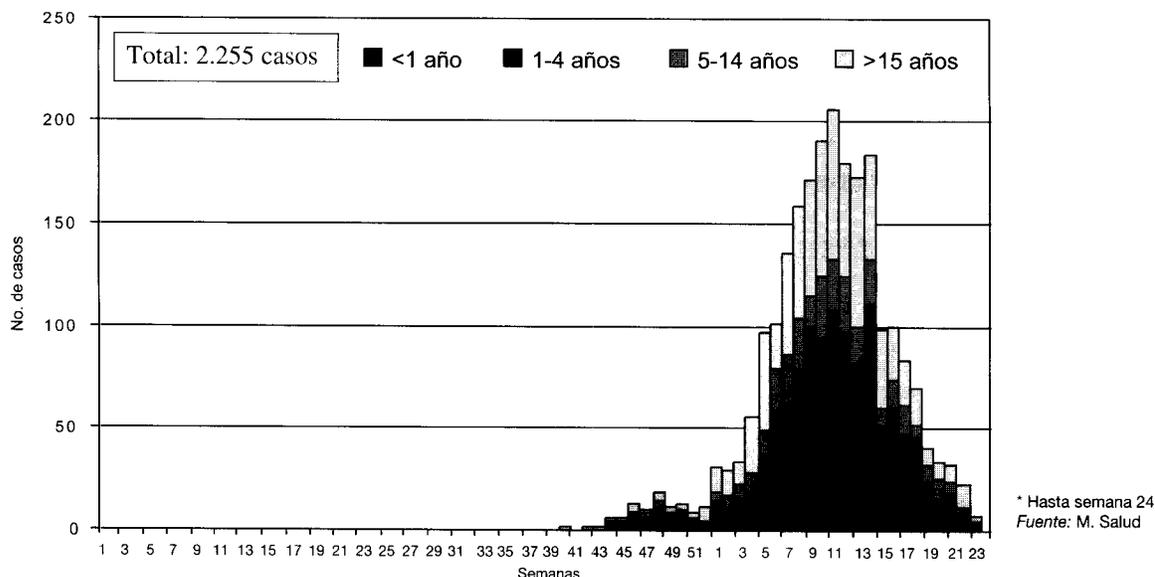
Actualmente, la cobertura administrativa es superior a 100% en los municipios de casi toda Zulia. Sin embargo, varias actividades de monitoreo llevadas a cabo en diferentes zonas indican que la cobertura de los menores de 5 años fluctúa entre un 85% y un 95%. El impacto positivo de estas acciones es evidente, dada la disminución de 90% del número semanal de casos entre la semana epidemiológica 11, punto máximo de la epidemia con 183 casos, y la semana 19, con 10 casos.

En las últimas semanas, Venezuela ha exportado el virus del sarampión a la vecina Colombia, por la extensa frontera que comparten ambos países y los vastos movimientos de población que suelen tener lugar. En la semana 24 de 2002, Colombia había notificado un total de 60 casos confirmados de sarampión. Aunque muchos de estos casos están directamente relacionados con el brote de Venezuela, algunos de ellos ya reflejan transmisión secundaria en Colombia.

Otros estados

En 2001, sólo Falcón y Zulia habían notificado casos. Sin embargo, a partir de la semana 5 de 2002, y con mayor intensidad a partir de la semana 11 (tras las celebraciones de Semana Santa, con grandes movimientos de personas entre estados debidos a turismo, fiestas y reuniones familiares) comenzaron a aparecer casos en los estados lindantes con Zulia - Lara, Mérida, Táchira y Trujillo) y, posteriormente, en otros siete estados. En estos 11 estados se ha confirmado, en 2002,

Figura 1. Distribución de casos confirmados de sarampión por grupo de edad y por semana, Venezuela, 2001 - 2002*



un total de 101 casos (4% del total nacional), distribuidos así: Lara (26 casos), Mérida (18), Táchira (9), Distrito Capital (8), Apure (7), Anzoátegui (7), Aragua (5), Vargas (4), Monagas (3), Miranda (2), Trujillo (8) y Cojedes (4).

Factores que han contribuido al eficaz control del brote en los estados Falcón y Zulia

1. Apoyo financiero y político

- a. Movilización significativa de recursos humanos y apoyo adicional del Ministerio de Salud y Desarrollo Social para la campaña de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión de noviembre de 2001. En 2002, el apoyo político del Ministerio para controlar la epidemia de sarampión a nivel nacional se ha fortalecido aún más y se está dando prioridad a los estados más afectados.
- b. En el Estado Zulia, los esfuerzos para involucrar al gobierno estatal en el proceso han tenido éxito. Esto ha dado lugar a un apoyo financiero significativo a través de la Dirección Regional de Salud. En particular en las últimas semanas, las autoridades regionales han aumentado su compromiso y están patrocinando activamente la promoción y las actividades de comunicación social locales, componentes clave para controlar un brote. Como última medida, en los estados de Zulia y Falcón se han contratado enfermeras adicionales específicamente para las actividades de vacunación y monitoreo. Además, se ha puesto a disposición para las actividades de vacunación la mayoría de los vehículos y el personal disponible en las direcciones regionales.
- c. La participación comunitaria en los diferentes municipios y el recurso a promotores locales de salud como va-

cunadores han sido vitales en Zulia. También en Falcón participan activamente los líderes de la comunidad, y se ha contratado más personal de enfermería.

- d. La OPS ha brindado apoyo técnico sostenido, principalmente a estos dos estados, desde el comienzo del brote. Además de los fondos destinados a los equipos de vacunación, seis epidemiólogos de otros países de la Región han colaborado con los equipos nacionales en la planificación y el monitoreo de la cobertura en los seis últimos meses.

2. Establecimiento de prioridades de las actividades a partir de los datos epidemiológicos disponibles

- a. La buena vigilancia del sarampión ha permitido dar prioridad a las zonas y los grupos de edad más afectados.
- b. Refuerzo del monitoreo en las zonas fronterizas con Colombia y los estados vecinos, mediante el establecimiento de puestos de vacunación intermunicipales y en las fronteras internacionales en horas de trabajo.

3. Monitoreo de la cobertura de vacunación

Uso óptimo del monitoreo rápido de coberturas casa a casa, una excelente herramienta de supervisión y de evaluación inmediata. Así se facilitó la identificación de las zonas o las áreas que los vacunadores tenían que volver a visitar y aquellas que habían quedado adecuadamente vacunadas.

4. Compromiso del personal sanitario

Hay que subrayar el esfuerzo y compromiso demostrados por el equipo de epidemiólogos de ambos estados, que han trabajado incansablemente durante los seis últimos meses, así como el compromiso de las autoridades de salud de Venezuela.

Brote de sarampión en Colombia

Después de varios años sin sarampión, comenzó en Colombia la transmisión autóctona del sarampión, debida a una importación de Maracaibo (Venezuela) – una niña de 7 años de Barranquilla, Atlántico, a quien se había vacunado a los 9 meses de edad y que presentó exantema en enero de 2002. Este fue el caso considerado primario y fuente de diversas cadenas de transmisión en el departamento de Magdalena. Actualmente, presentan casos confirmados dos distritos y 17 municipios de ocho departamentos del país. Hasta la semana epidemiológica 26, se han notificado 1.334 casos sospechosos (sarampión o rubéola), 68 de ellos confirmados (figura 1).

Asimismo, hasta el momento de este informe, de los 68 casos, 60 casos mostraban un vínculo epidemiológico a la epidemia de Venezuela. Estos casos provienen de 20 municipalidades (Colombia tiene un total de 1.114 municipalidades), las cuales están ubicadas en 9 de los 33 departamentos del país: La Guajira, Norte de Santander, Magdalena (Santa Marta), Atlántico (Barranquilla), Bolívar (Cartagena), Sucre, Santander, Cundinamarca y Bogotá. De las 20 municipalidades afectadas, 14 se consideran activas dado que han notificado casos durante las últimas 12 semanas. No se han notificado casos con inicio de exantema en las últimas 2 semanas. Las tasas de ataque se dan mayormente en el grupo de edad de menores de 5 años; seguido del grupo de 5 a 9 años y luego el de 25 a 29 años (figura 2).

Medidas de control

- *Refuerzo de la vigilancia epidemiológica:* Se dio la alerta nacional e internacional acerca del brote, lo cual llevó a la duplicación de la tasa de notificación semanal de casos sospechosos, comparada con años anteriores.
- *Formulación y puesta en práctica del plan de contención de sarampión:* En la costa atlántica y en la capital,

Bogotá, desde finales de 2001 y comienzos de 2002, para contener la circulación del virus del sarampión en esas zonas debida a las constantes importaciones por viajeros al

Estado Zulia (Venezuela). El plan de contención incluye las siguientes actividades: **a) la vacunación masiva indiscriminada casa-a-casa** en todos los municipios de alto riesgo ubicados en la costa atlántica, dirigida a todos los niños entre 6 meses y 5 años de edad; **b) el monitoreo rápido de la cobertura** para comprobar y confirmar que se ha alcanzado la cobertura útil y para prevenir bolsones de individuos susceptibles; **c) la búsqueda activa en los centros y en la comu-**

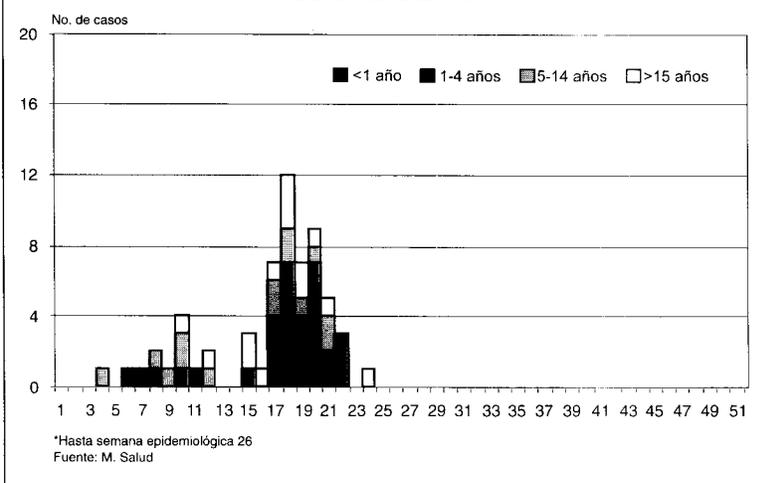
nidad en todos los municipios; **d) la capacitación regular** de todos los trabajadores de salud sobre las estrategias de contención de los brotes y manejo de cada caso sospechoso.

- *Planificación de una campaña nacional de vacunación de seguimiento contra el sarampión* (jornada nacional de vacunación): Vacunación indiscriminada de los niños entre 6 meses y 4 años de todo el país desde abril hasta julio, 2002.
- *Formulación y puesta en práctica de un plan de comunicación social:* Un plan de comunicación social ampliamente difundido desde el

22 de junio hasta diciembre del 2002, a fin de estimular la demanda de vacunación durante la jornada nacional de vacunación y el flujo continuo de información con vistas a la identificación adecuada de los signos y síntomas de cada caso sospechoso de sarampión, que conduzca a su detección y notificación oportunas.

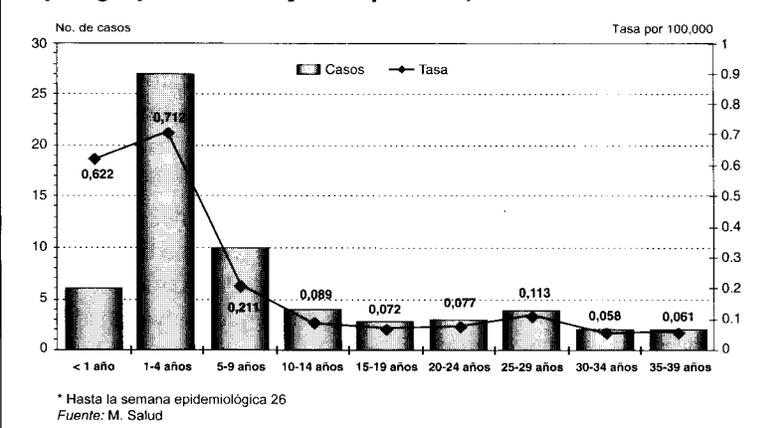
La puesta en marcha de medidas de control rápidas en el país ha sido crítico. Eso cobra suma importancia dado el alto grado de movimientos migratorios entre Venezuela y Colombia, y el hecho que el estado más afectado de Venezuela (Zulia) limita con Colombia.

Figura 1. Distribución de casos confirmados de sarampión, por grupo de edad y por semana de inicio del exantema Colombia 2002*



*Hasta semana epidemiológica 26
Fuente: M. Salud

Figura 2. Distribución de casos confirmados de sarampión por grupo de edad y tasa por 100,000. Colombia 2002*



* Hasta la semana epidemiológica 26
Fuente: M. Salud

Haití y República Dominicana aúnan esfuerzos contra la poliomielitis y el sarampión

Antecedentes

Entre 2000 y 2001, Haití y la República Dominicana, los dos países que comparten la isla La Española, fueron afectados por un brote extenso de sarampión y simultáneamente por un brote de polio causado por un poliovirus derivado de la vacuna. Se confirmó un total de 13 y 8 casos del poliovirus derivado de vacuna en la República Dominicana y Haití respectivamente. El brote de polio fue el resultado de la circulación prolongada del poliovirus derivado de la vacuna en áreas con coberturas de vacunación muy bajas con vacuna la antipoliomielítica oral (VOP), así como por las condiciones de saneamiento deficientes.

Haití había completado una campaña de vacunación nacional de *puesta al día* contra el sarampión en 1994, alcanzando una cobertura de vacunación oficial de más de 95% en niños de 9 meses a 14 años de edad. Después de esta campaña Haití permaneció libre del sarampión por seis años. Sin embargo, la cobertura de vacunación mediante programas de rutina contra el sarampión en niños de 1 año de edad promedio un 47% (rango de 32-85%) entre 1995 y 1999. Esto produjo una acumulación de más de 1 millón de niños susceptibles al sarampión entre los me-

nores de 5 años de edad. En 1999, se llevó a cabo una campaña de vacunación contra el sarampión de *seguimiento*, pero esta no logró alcanzar (cobertura calculada entre 70-80%) a la población objeto de todos los niños entre las edades de 6 meses y 4 años, aproximadamente 1,3 millones de niños. Los motivos principales para estos resultados fueron: la falta de voluntad política, la falta de supervisión cercana de los vacunadores, así como deficiencias logísticas en la entrega de la vacuna a tiempo y en buen estado.

En respuesta a esta situación, los Ministerios de Salud Pública de ambos países se comprometieron a poner en marcha una serie de medidas de control. De esta forma, y con el apoyo de varios organismos internacionales que in-

cluían al Gobierno de Canadá, la USAID, los CDC, la Asociación Rotaria Internacional, el Banco Mundial y la cooperación técnica de la OPS, se lograron detener ambas epidemias. Para Haití, la fecha del último caso confirmado del sarampión fue el 26 de septiembre de 2001, y de polio derivada el 12 de julio de 2001. En la República Dominicana, la fecha del último caso confirmado del sarampión fue el 4 de junio de 2001, y para la polio derivada de la vacuna el 25 de enero de 2001.

Ambos países están completando sus campañas de vacunación iniciadas en el 2000 y que han continuado duran-

te el 2001 y 2002. El propósito general de estas campañas ha sido: proporcionar al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión y tres dosis de VOP a cada niño.

Haití

A partir de marzo del 2000, Haití llevó a cabo una serie de campañas de vacunación contra el sarampión en la mayoría de los 11 distritos de salud del país, usando una mezcla de estrategias de puesto fijo y casa-a-casa. Estas fueron seguidas de dos jornadas nacionales de vacunación a principios del 2001, la cuales utilizaron exclu-

sivamente la estrategia de vacunación de puesto fijo con las vacunas de sarampión y VOP. Durante el verano y el otoño del 2001, se llevaron a cabo dos jornadas nacionales de vacunación adicionales, usando la estrategia casa-a casa. Una tercera jornada de vacunación empezó el 30 de mayo, 2002 y será completada en agosto de 2002. Esta campaña que ha sido ejecutada en estrecha coordinación con las autoridades sanitarias de la República Dominicana, busca vacunar a todos los niños menores de 10 años contra la polio, y todos los niños entre las edades de 6 y 23 meses contra el sarampión. Seguimiento de la vacunación de los niños menores de 10 años en todas las escuelas del país por un período de dos semanas en mayo, se vacunarán en secuencia grupos de dos o tres departamentos de salud.



La campaña conjunta de polio y sarampión fue inaugurada el 31 de mayo por la Primera Dama de la República Dominicana, Sra. Rosa Gómez de Mejía (derecha) y la Primera Dama de Haití, Sra. Mildred Trouillot de Aristide (izquierda), el Ministro de Salud, Dr. Jean Claude Voltaire de Haití y el Dr. José Rodríguez Soldevila de la República Dominicana, así como autoridades de gobierno, ONGs y organismos internacionales.

República Dominicana

En respuesta al brote de polio, la República Dominicana llevó a cabo tres jornadas de vacunación en diciembre de 2001, así como en febrero y mayo del 2002. Todas estas jornadas alcanzaron una cobertura de vacunación de aproximadamente 100% con la VOP, lo que se confirmó mediante el monitoreo de cobertura de vacunación. Durante la última jornada también se llevó a cabo la vacunación contra el sarampión. El monitoreo de la cobertura realizado en todos los municipios del país identificó una cobertura de vacunación de aproximadamente 95%. Las campañas anteriores contra el sarampión no habían alcanzado la cobertura recomendada, y por ende no había sido interrumpida la circulación del sarampión.

La Jornada Nacional de Vacunación más reciente se llevó a cabo entre el 31 mayo y el 2 de junio, 2002, dirigiéndose a todos los niños menores de 3 años de edad. La meta fue llegar a aproximadamente 700.000 niños con la vacuna contra la poliomielitis y 590.000 con la vacuna contra el sarampión.

Coordinación estrecha entre Haití y la República Dominicana

Inicialmente la coordinación entre los dos países constaban principalmente del intercambio de información y de consultores internacionales. Sin embargo, a fines del 2001 estas actividades habían evolucionado en una serie de reuniones internacionales tanto a nivel nacional como regional. Las campañas simultáneas exigieron un alto nivel de coordinación y de intercambio de la información entre las dos naciones. El plan incluía una reunión oficial de funcionarios de salud de alto nivel de los dos Ministerios en el sector fronterizo principal. Además, se vacunaron simultáneamente en ambos lados de la frontera a todos los niños en los grupos de edad objeto que transitaban por cualquiera de las cuatro zonas fronterizas oficiales. Personal sanitario de Haití y de la República Dominicana seguirán intercambiando semanalmente información de vigilancia a fin de confirmar que ambas enfermedades permanezcan ausentes de los dos países.

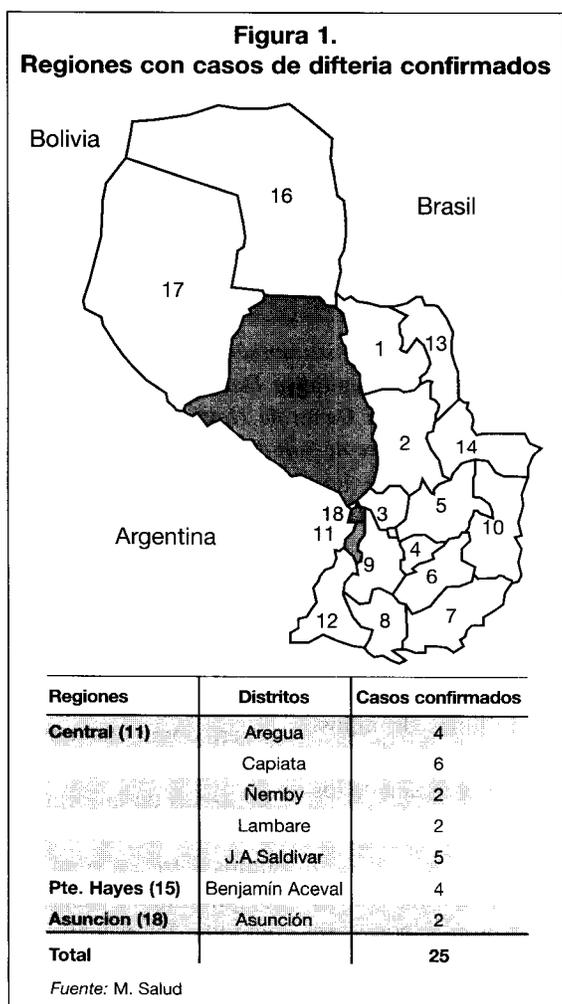
Brote de difteria en Paraguay

Antecedentes

La difteria ha mostrado una tendencia descendente en Paraguay en los últimos 22 años, con excepción de un aumento notificado en 1985 y 1987. En 1985, Paraguay comunicó su tasa histórica más alta, de 0,75 por 100.000 personas. De 1996 a 2000 no se notificaron casos. Sin embargo en 2001, se notificó un caso aislado en el Departamento de Alto Paraná el cual se confirmó posteriormente como difteria. No se notificaron otros casos en esa zona, incluso después de investigaciones exhaustivas.

Brote

Durante la semana epidemiológica 7 de 2002 (al 2 de febrero) se notificó un caso de difteria en un niño de 4 años del distrito de Capiata, en la región central. Durante la semana epidemiológica 13 (30 de marzo), se notificó un segundo caso en el distrito de J. Augusto Saldívar de la misma región. En la semana 15 (13 de abril)



se notificaron otros dos casos, confirmados posteriormente por el laboratorio. A partir de dicha semana 15, se han notificados semanalmente nuevos casos confirmados, con un punto máximo de notificación durante la semana epidemiológica 22 (1 de junio), en la que se notificaron 10 casos.

Hasta la semana epidemiológica 25, se había notificado un total de 44 casos, de los cuales 25 han sido confirmados: 15 por laboratorio, 7 clínicamente y 3 por nexo epidemiológico (figura 1). De los otros 19 casos sospechosos, se han descartado 11 y 8 están siendo investigados. De los 25 casos confirmados, se han producido 4 defunciones de niños de edades comprendidas entre 10 y 12 años. El brote ha afectado a cinco distritos de la región central (Aregua, Capiata, Nemby, San Lorenzo y J.A. Saldívar), un distrito de la región de Pte. Hayes (Benjamín Aceval), y dos zonas periurbanas de Asunción.

Entre 1995 y 2001, la cobertura nacional de DPT3 osciló entre

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1° de enero de 2001 hasta la fecha del último informe, y para el mismo periodo epidemiológico de 2000 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 2001			Confir- mados 2000*	2001	2000	No Neonatal		Neonatal		2001	2000	2001	2000
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				2001	2000	2001	2000				
Bolivia	31-Dic	0	0	0	122	0	0	3	8	3	2	3	1	55	10
Colombia	31-Dic	0	1	1	1	0	0	25	27	15	10	0	11	577	446
Ecuador	31-Dic	2	0	2	0	0	0	...	28	8	6	1	1	308	482
Peru	31-Dic	0	0	0	1	0	0	33	57	8	10	0	0	24	68
Venezuela	31-Dic	104	9	113	22	0	0	38	50	3	2	0	0	474	555
Brasil	31-Dic	1	0	1***	36	0	0	129	301	17	27	...	46	...	764
Costa Rica	31-Dic	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	51	23
El Salvador	31-Dic	2	0	2***	0	0	0	7	13	1	3	0	0	6	3
Guatemala	31-Dic	0	0	0	0	0	0	7	11	5	7	0	...	229	...
Honduras	31-Dic	0	0	0	0	0	0	17	9	1	0	0	0	37	169
Nicaragua	31-Dic	0	0	0	0	0	0	10	9	1	0	0	0	0	11
Panamá	31-Dic	0	0	0	0	0	0	2	4	1	0	0	0	7	66
Anguilla	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belice	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermuda	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Vírgenes (R.U.)	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Islas Caimán	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominica	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guayana Francesa	31-Dic	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	31-Dic	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	na	na
Guyana	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0
Jamaica	31-Dic	0	0	0	0	0	0	9	5	1	0	0	0	7	23
Martinique	31-Dic	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Montserrat	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	31-Dic	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Cristóbal/Nieves	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	31-Dic	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	0
Trinidad y Tobago	31-Dic	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Turcas y Caicos	31-Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	31-Dic	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Rep. Dominicana	31-Dic	111	2	113	254	3**	11**	37	25	0	4	47	52	19	40
Haití	31-Dic	147	12	159	990	7**	3**	...	...	65	58	5	...	30	...
México	31-Dic	3	0	3***	30	0	0	101	103	6	9	0	0	218	...
Canadá	31-Dic	34	0	34***	206	0	0	3	1	0	0	1	0	1,056	1839
Puerto Rico	31-Dic	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos	31-Dic	109	0	109***	85	0	0	12	12	...	...	1	0	2,129	2789
Argentina	31-Dic	0	0	0	6	0	0	3	0	0	0	0	0	73	60
Chile	31-Dic	0	0	0	0	0	0	11	10	0	0	0	0	1,611	3554
Paraguay	31-Dic	0	0	0	0	0	0	15	13	8	7	1	0	65	24
Uruguay	31-Dic	0	0	0	...	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0
TOTAL		513	24	537	1,753	10**	14**	469	696	143	145	59	111	7,087	10,926

... Datos no disponibles

... Casos confirmados clínicamente no son notificados

* Casos confirmados por laboratorio y clínicamente

** Poliovirus derivado de la vacuna Tipo 1

*** Debido a importación

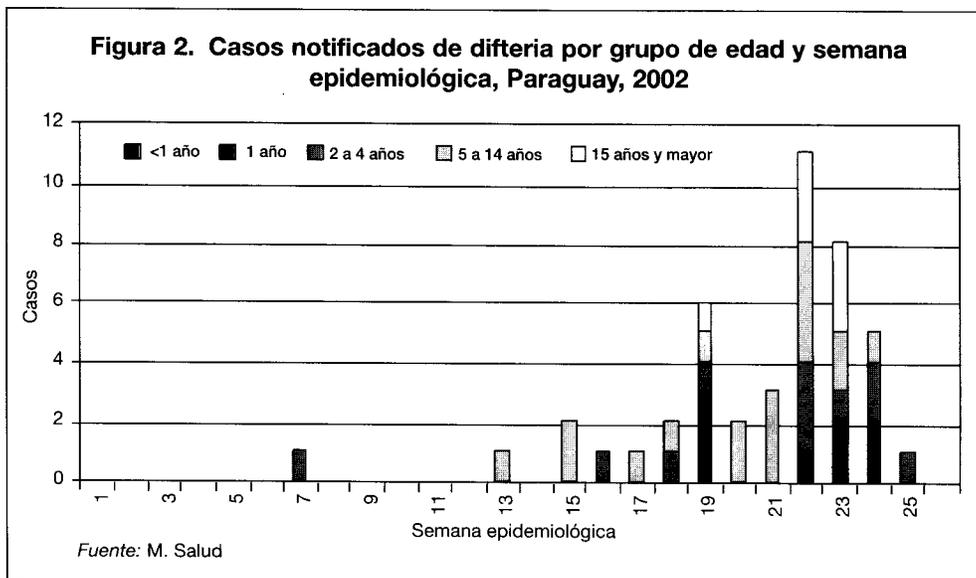
79% y 89%. La cobertura de vacunación de DPT3 notificada en 2001 en las zonas afectadas osciló entre 86% y 99%. La evaluación de la historia vacunal de los 25 casos confirmados indica que sólo 32% tenía antecedentes de vacunación. Además, sólo la mitad de los casos confirmados vacunados tenía tarjeta de vacunación para confirmar su estado. Un total de 68% de los casos confirmados no estaban vacunados. Entre aquellos vacunados

blación objeto. En aquellos distritos con casos, las actividades de vacunación se han ampliado hasta incluir a adultos en riesgo. Las estrategias de vacunación utilizadas incluyen

vacunación casa a casa, así como vacunación en los servicios de salud y en centros de enseñanza. Se ha dado prioridad a la vacunación en zonas periurbanas y en aquellas pobladas recientemente con migrantes.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha hecho pública una alerta epidemiológica para todo el país y ha movilizado la participación de diversas organizaciones comunitarias y sectores gubernamentales. Se ha capacitado al personal sanitario en aspectos clínicos, epidemiológicos, de laboratorio y de manejo de la difteria. La Dirección General de Epidemiología ha distribuido una versión preliminar actualizada del manual del PAI y folletos informativos, además de organizar reuniones interinstitucionales. Asimismo, se han realizado campañas de comunicación social a través de los medios de comunicación en el Departamento Central.

Se continua investigando el brote en los distritos afectados. Reciben profilaxis todos los que están en estrecho contacto con los casos. Entre las actividades también figuran el monitoreo de la cobertura de vacunación y la búsqueda activa de casos sospechosos mediante supervisiones nacionales y regionales intensificadas.



con comprobante de vacunación, cinco niños habían completado el esquema de vacunación y se recuperaron sin secuelas, dos fueron descartados por el laboratorio y en un caso se esperaba las pruebas de laboratorio.

Las tasas de ataque más elevadas se observaron en los niños de 5 a 14 años (4,14 por 100.000), seguidos de los de 2 a 4 años (3,28 por 100.000), y los de 1 año (2,56 por 100.000). No se observaron diferencias por sexo. Se dieron casos entre niños que vivían en condiciones de extrema pobreza; en alguno de los casos se trataba de migrantes de zonas rurales que viven en zonas periurbanas de hacinamiento.

Medidas de control

Se ha intensificado la vacunación en todo el país, en particular en las zonas afectadas y en áreas de alto riesgo, definidas como aquellas que tienen niveles de cobertura de vacunación bajas. Los niños menores de 14 años son la po-

El Boletín Informativo PAI se publica cada dos meses, en español e inglés por la División de Vacunas e Inmunización (HVP) 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.



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

División de Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 E.U.A.
<http://www.paho.org> (Buscar: EPI Newsletter)

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729