

la prevención de la FPB entre niños con conjuntivitis causada por el clon FPB. En São Paulo y Mato Grosso, algunos niños con conjuntivitis que estuvieron expuestos a un caso sospechoso de FPB, fueron tratados con rifampicina oral (20 mg/kg/día por 4 días).

Los casos de FPB en Mato Grosso y la ocurrencia continuada de casos en São Paulo enfatizan la necesidad de mejorar la comprensión de la epidemiología y de la patogénesis de la FPB, a fin de desarrollar métodos efectivos para su control y prevención.

Referencias

(1)Centros para el Control de Enfermedades. Brazilian Purpuric Fever: *Haemophilus aegyptius* bacteremia complicating purulent conjunctivitis. *MMWR* 35:553-4, 1986.

(2)Iriño K, Lee IML, Kaku M y cols. Febre purpurica brasileira: resultados preliminares da investigação etiológica. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 29:174-7, 1987.

(3) Brazilian Purpuric Fever Study Group. *Haemophilus aegyptius* bacteremia in Brazilian purpuric fever. *Lancet* 2:761-3, 1987.

(4)Brenner DJ, Mayer LW, Carlone G y cols. Biochemical, genetic, and epidemiologic characterization of *Haemophilus influenzae* biogroup *aegyptius* (*Haemophilus aegyptius*) strains associated with Brazilian Purpuric Fever *J Clin Microbiol* 26:1524-34, 1988.

(5)CDC. Preliminary report: epidemic fatal purpuric fever among children - Brazil. *MMWR* 34:217-9, 1985.

(6)Brazilian Purpuric Fever Study Group. Brazilian purpuric fever: epidemic purpura fulminans associated with antecedent purulent conjunctivitis. *Lancet* 2:757-61, 1987.

(7)Perkins BA, Silva GA, Tondella MLC y cols. Confirmation of Brazilian Purpuric Fever in a new region of Brazil and evaluation of oral rifampin to eradicate conjunctival carriage of *Haemophilus aegyptius* (Abstract). En: *Proceedings of the 30th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. Washington, DC: American Society for Microbiology, 277, 1990.

(Fuente: Adaptado de Brazilian Purpuric Fever - Mato Grosso, Brazil. *MMWR* 39:903-905, 1990.)

Erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de poliomielitis en las Américas. Actualización

426

En 1985, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) diseñó un plan para erradicar, hacia finales de 1990, la transmisión autóctona del virus salvaje de poliomielitis de la Región de las Américas. En respuesta a esta iniciativa, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OPS aplicó una estrategia de programa que incluía (1) logro y mantenimiento de niveles elevados de inmunización contra la poliomielitis mediante esfuerzos acelerados de inmunización: jornadas nacionales de inmunización realizadas dos veces al año con un intervalo de por lo menos cuatro semanas; (2) vigilancia para detectar todos los nuevos casos de parálisis aguda flácida (PAF) y (3) una vigorosa y rápida respuesta, y la aplicación de medidas de control a todos los nuevos casos de parálisis.

Desde 1985 las tasas de poliomielitis parálítica notificadas en las Américas han disminuido sustancialmente de 930 casos confirmados en 1986 a 130 casos en 1989. Durante este mismo período la cobertura con la vacuna oral de virus de poliomielitis aplicada en tres dosis, en niños de 1 año de edad, aumentó de 70% en 1985 a un estimado de 87% en 1990.

En la actualidad, la vigilancia de la poliomielitis parálítica ha variado para hacer más énfasis en la vigilancia del virus salvaje de poliomielitis.

Hasta el 20 de diciembre de 1990 sólo han sido aislados 10 virus salvajes de poliomielitis en pacientes con parálisis flácida aguda; cuatro tipo 3 del occidente de México, tres tipo 3 de Guatemala y tres tipo 1 del norte de la subregión andina (Ecuador, Colombia y Perú). Hasta el momento el último virus aislado proviene de Guatemala (25 septiembre de 1990).

En julio de 1990, la Comisión Internacional de la Certificación de Erradicación de la Poliomielitis creada por la OPS se reunió por primera vez para desarrollar la metodología que permita certificar que los países ya no tienen casos de polio. Aunque los criterios todavía no están listos, muchos de los mismos indicadores que la OPS utiliza para evaluar el avance hacia la erradicación de la poliomielitis serán aplicados por la Comisión. La responsabilidad del diagnóstico y, en última instancia, la prueba de que se ha logrado la erradicación de la transmisión del virus salvaje de poliomielitis recae en los laboratorios. En consecuencia, los países tienen que seguir investigando debidamente todos los casos de PAF y presentar a los laboratorios, en condiciones adecuadas, muestras de heces tomadas de estos individuos y de sus contactos.

(Fuente: Programa Ampliado de Inmunización/HPM, OPS).