

El primer agente etiológico aislado en los Centros para el Control de Enfermedades en Atlanta, Georgia, E.U.A., fue el enterovirus 70. Se obtuvo una muestra por hisopado ocular 12 horas después que se manifestó conjuntivitis aguda bilateral en una estudiante de 16 años asociada con el brote. El virus se aisló por inoculación directa de la muestra en fibroblastos pulmonares de embrión humano y se identificó a través de neutralización serológica e inmunomicroscopia electrónica.

En los Estados Unidos se han notificado brotes en el Condado de Dade, Florida, que se han propagado al Condado de Monroe en ese mismo estado y a Carolina del Norte. En la región oriental de Carolina del Norte se registró un brote entre los residentes haitianos de un campamento de trabajadores migrantes. En dos de estos obreros la conjuntivitis se manifestó el 25 de septiembre, al día siguiente de llegar de Miami; ambos confirmaron haber estado en contacto con residentes de esa ciudad que padecían de la enfermedad. Entre el 25 y el 30 de septiembre se diagnosticaron 18 casos de conjuntivitis hemorrágica entre 25 trabajadores haitianos del mismo campamento en que residían los dos primeros casos. No se notificó ningún caso entre el personal que habitaba otros campamentos.

En Honduras también se conoce la vía de introducción de la enfermedad en el país. Los primeros informes del brote fueron proporcionados por las escuelas el 3 de julio. Al entrevistar a los alumnos enfermos, se descubrió uno cuyo tío marino había llegado de la India con la enfermedad. Este individuo corroboró que él y otros 24 marineros habían ido a dejar un vapor a Jamnagar, en la India, donde habían permanecido ocho días. Los marineros confirmaron que durante su estadía habían estado en contacto con muchas personas que padecían de la enfermedad y que incluso uno de ellos la había desarrollado. El 24 de junio los marineros regresaron en avión desde Bombay, con escalas en Londres y Miami, llegando a San Pedro Sula el día 25. Al llegar a Honduras, cinco marine-

ros presentaban sintomatología y fueron los casos iniciales identificados e investigados del brote.

Según las informaciones proporcionadas por los países, el cuadro clínico asociado con la epidemia presenta un período breve de incubación (24 horas) y se caracteriza por congestión conjuntival, lagrimeo y secreción, ardor, prurito, sensación de cuerpo extraño, edema palpebral, dolor ocular, fotofobia y, en un elevado porcentaje de pacientes, hemorragias subconjuntivas y adenopatía preauricular. En general, no se han notificado complicaciones oculares o neurológicas permanentes. La enfermedad tiene una duración de dos a tres días con tratamiento y hasta dos semanas sin tratar.

Por lo corriente, los brotes duran de cuatro a cinco semanas y alcanzan su máxima expresión a la tercera semana. Por ejemplo, en Honduras se registraron 1.918 casos entre el 5 de julio y el 22 de agosto, con la siguiente distribución:

<i>Semana epidemiológica</i>	<i>Casos registrados</i>
5-11 de julio (27)	17
12-18 de julio (28)	83
19-25 de julio (29)	587
26 de julio-1 de agosto (30)	660
2-8 de agosto (31)	462
9-15 de agosto (32)	101
16-22 de agosto (33)	8

Los grupos de más alto riesgo se encuentran en los sectores urbanos más pobres, donde influyen los factores de hacinamiento e higiene deficiente. La enfermedad presenta síntomas más leves y menos duración en los niños que en los adultos. La mayor frecuencia de casos ocurre en mayores de 15 años. En cuanto a la distribución por sexo, frecuentemente se nota una mayor incidencia de casos en el sexo femenino.

(Fuente: Vigilancia Epidemiológica, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS.)

Revisión del Programa de Erradicación de la Malaria en Panamá

Las autoridades del Ministerio de Salud de Panamá, con la colaboración de la OPS/OMS, efectuaron conjuntamente, del 18 al 22 de mayo de 1981, una revisión del Programa de Erradicación de la Malaria en dicho país. Se llegó a la conclusión de que el Programa ha conseguido una reducción continua y progresiva de la inci-

dencia malárica y que la transmisión de la enfermedad se ha focalizado en pocos lugares.

La evolución favorable conseguida en algunos distritos de las Provincias de Colón y Coclé permitió transferir a la fase de consolidación un área de 4.403 km² que incluye 620 localidades con 23.273 casas y 179.013 personas. En

consecuencia, el 49% del territorio del país, donde vive el 92% de la población, se halla actualmente en fase de consolidación. La prioridad y el continuo apoyo financiero que el Gobierno ha otorgado a este Programa han sido factores determinantes de los logros alcanzados.

Debido al gran riesgo que existe en áreas receptivas de potencial económico considerable, es preciso mantener un adecuado sistema de vigilancia. Al mismo tiempo es deseable que se estudien mecanismos operativos encaminados a lograr una participación más activa de los servicios generales de salud y de los colaboradores voluntarios en el Programa.

Se formularon al respecto las siguientes recomendaciones:

1. Intensificar los esfuerzos para interrumpir la transmisión de la malaria en los distritos de la Provincia de Bocas del Toro donde la situación ha experimentado una evolución favorable en los últimos dos años y dar especial atención a la Provincia de Darién y a la Comarca de San Blas para evitar brotes que podrían ocasionar la importación de casos o las fallas operacionales en esta zona.

2. Estudiar los mecanismos de coordinación con programas nacionales de desarrollo socioeconómico y agropecuario para mejorar la situación de la malaria, especialmente en cuanto a la transmisión local.

3. Estudiar los mecanismos de cooperación técnica con programas de malaria de otros países y con organismos internacionales, para conocer oportunamente la importación y distribución de casos de malaria.

Asimismo, en vista de la excelente experiencia en la coordinación de actividades con el Programa de Erradicación del Paludismo de Costa Rica, se recomendó que se continuaran buscando alternativas que permitan mantener o establecer mecanismos de coordinación operacional entre los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de Panamá y de Colombia.

(Fuente: Enfermedades Parasitarias y Control de Vectores, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS.)

La fiebre amarilla en Bolivia, 1980

De acuerdo con los datos disponibles, actualmente en Bolivia existen tres áreas endémicas de fiebre amarilla selvática: El Chapare, en el Departamento de Cochabamba; Los Yungas, en el de La Paz, y la Provincia de Ichilo, en el de Santa Cruz.

En 1979 se inició en El Chapare un programa piloto de vigilancia epidemiológica que en 1980 se extendió a las Provincias de Ichilo y Andrés Bábñez (Departamento de Santa Cruz). También en 1980 se realizó en la ciudad de Cochabamba un curso para estandarizar los criterios de diagnóstico histopatológico de la fiebre amarilla al cual concurrieron el 80% de los anatomopatólogos del país. Se complementaron las actividades educativas con el uso de afiches y la distribución de material educativo radiofónico dirigido a la comunidad y al personal de salud.

Durante 1980 se incrementaron los esfuerzos de vacunación en las áreas endémicas, habiéndose vacunado 555.014 personas, mediante brigadas que recorrieron las poblaciones y puestos fijos en lugares de acceso a las áreas selváticas de colonización.

En el período de 1981-1982 se espera desarrollar plenamente las actividades de vigilancia en todo el país, intensificando la vacunación antiamarilica y habilitando

puestos de vacunación en puntos estratégicos de ingreso a las zonas selváticas. Se estima que para el segundo semestre de 1982 se habrán vacunado 1.500.000 personas aproximadamente.

En cuanto a la incidencia, en 1980 se notificaron 45 casos de fiebre amarilla selvática en el país, 19 de los cuales fueron confirmados por histopatología y serología. Hubo un marcado predominio de casos del sexo masculino (84,5%) en edad laborable. El 86,7% de los casos eran mayores de 20 años y no tenían antecedentes de haber sido vacunados.

Los síntomas clínicos más frecuentes fueron: fiebre (97,7%), cefalea y postración (95,5%), ictericia (84,4%), hemorragia digestiva (80,0%), lumbalgia (73,3%) y shock (66,7%).

Todos los casos ocurrieron entre enero y agosto, con una mayor incidencia entre marzo y mayo.

(Fuente: Boletín Epidemiológico. No. 71, 1981, División Nacional de Epidemiología, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Bolivia.)