



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XVII, Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Junio 1995

Cono Sur: La eliminación del sarampión

Del 18 al 20 de abril de 1995 se celebró en Santiago, Chile, la décima reunión del "Grupo Asunción", con representantes de los países del Cono Sur, Brasil y Cuba. Esta reunión sigue los lineamientos del Simposio para la Infancia, que tuvo lugar durante la Cumbre de las Américas, realizada en diciembre de 1994 en Miami. En el Simposio, las primeras damas de la Región se comprometieron a apoyar la campaña de eliminación del sarampión en las Américas. El propósito central de ambas conferencias fue evaluar el progreso realizado en los países hacia la meta de eliminar el sarampión en el año 2000, adoptada en la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994. En Chile se trataron también los siguientes temas:

- mantenimiento del grado necesario de vigilancia de la parálisis flácida aguda para que la Región permanezca libre de poliomielitis,
- medidas de control para el tétanos neonatal, y
- uso de las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b.

A continuación se resumen las deliberaciones y conclusiones de la reunión.

Eliminación del sarampión para el año 2000

En el cuadro 1 se observa la disminución de los casos

confirmados de sarampión como consecuencia de las campañas nacionales de vacunación. En Brasil y Chile se realizaron campañas de vacunación en 1992; en Argentina, en 1993, y en Uruguay, en 1994. En estos países se vacunaron a más del 95% de los niños de 1 a 14 años. Paraguay está organizando una campaña nacional de vacunación para este año, y Brasil realizará una campaña de seguimiento para vacunar a los niños de 1 a 3 años que no fueron vacunados durante la campaña de 1992.

Cuadro 1
Casos confirmados de sarampión
Cono Sur y Brasil, 1992-1994

PAIS	CASOS DE SARAMPION CONFIRMADOS								
	1992			1993			1994		
	NOTIFI- CADOS	COMPA- TIBLES	CONFIR- MADOS	NOTIFI- CADOS	COMPA- TIBLES	CONFIR- MADOS	NOTIFI- CADOS	COMPA- TIBLES	CONFIR- MADOS
ARGENTINA	20551	-	20551	5048	-	5048	1160	612	134
BRASIL	7934	-	209	6251	1932	273	2269	381	38
CHILE	777	62	1*	283	23	1	210	13	0
PARAGUAY	864	-	864	2066	-	2066	142	20	122
URUGUAY	187	-	187	16	-	16	12	-	12
TOTAL	30313	62	21812	13664	1955	7404	3793	1026	306

*Después de la campaña de abril de 1992

intensificado sus medidas de vigilancia epidemiológica de las EFE.

Para facilitar la vigilancia de las EFE, en octubre de 1994, se cambió la definición de "caso probable de sarampión", a fin de incluir casos que presentan fiebre por lo menos durante dos días. Eso llevará al ingreso de un mayor número de casos al sistema de vigilancia. Durante la presentación de los informes de los distintos países se recalcó la importancia de la participación del sector privado en la vigilancia de las EFE.

En este número:

Cono Sur: La eliminación del sarampión	1
Vigilancia de la poliomielitis	4
El sarampión en Canadá, 1994-1995 (al 14 de febrero)	4
Últimas noticias: la eliminación del sarampión en Inglaterra	5

Casos notificados de ciertas enfermedades
Comisión mundial para la certificación y la erradicación de la poliomielitis

Conclusiones y recomendaciones

Los países que han puesto en marcha programas de eliminación del sarampión deben mantener una cobertura de vacunación elevada en cada cohorte de niños menores de un año. Las tasas de cobertura deben examinarse periódicamente no sólo a nivel nacional, sino también a nivel estatal o municipal.

Al iniciar una campaña nacional de vacunación contra el sarampión, cada país deberá mantener un sistema de vigilancia capaz de detectar todos los casos de EFE y de tomar las medidas de control recomendadas en la *Guía práctica para la eliminación del sarampión*, publicada por la OPS. Se deben notificar de inmediato los casos sospechosos de sarampión.

Brasil debe buscar la forma de supervisar la vigilancia de las EFE a nivel nacional y coordinar las operaciones de vigilancia y control entre estados fronterizos y países limítrofes.

Los países deben usar una definición de "caso probable de sarampión" que sea suficientemente sensible para evitar posibles errores de vigilancia que impidan la pronta detección de brotes, puesto que ello podría hacer peligrar los esfuerzos realizados en las campañas nacionales de vacunación. Además, es importante fomentar la participación del sector privado en la notificación de las EFE. Las universidades pueden desempeñar un papel importante en la capacitación del personal de salud que trabaja en los sectores público y privado.

Si se produce un **caso probable de sarampión**, se deben tomar medidas de inmediato para determinar si se debe a una falla en alguno de los siguientes componentes del sistema: los antecedentes de vacunación del paciente, su lugar de origen y la posibilidad de que el paciente haya estado en otros lugares donde la transmisión es posible. Asimismo, se debe determinar si los grupos expuestos al riesgo de un brote están vacunados. Si se necesitan medidas de vacunación (por ejemplo, si la cobertura ha sido inferior al 95%), la decisión con respecto a la zona geográfica y la edad de las personas que serán vacunadas se basará en el análisis de la información epidemiológica local.

Los países deben documentar los brotes de sarampión y examinar sus variables epidemiológicas. Teniendo en cuenta la información recopilada se pueden modificar las estrategias de eliminación. Además, si se producen casos sospechosos en zonas fronterizas, se debe avisar a los países limítrofes a fin de iniciar operaciones conjuntas de vigilancia. La OPS puede facilitar el intercambio de información de este tipo.

En Paraguay se debe llevar a cabo cuanto antes una campaña nacional de vacunación de los niños de 1 a 14 años. De esta forma se avanzará de manera uniforme en todo el Cono Sur hacia el control y la eliminación del sarampión.

Es evidente que en los países donde se han realizado campañas de vacunación de los niños de 9 meses a 14 años, incluso en aquellos donde todavía se usa el plan de vacunación con dos dosis, está formándose una población de susceptibles

que a la larga podría llevar a un brote de sarampión. Esta acumulación es previsible porque la vacuna no es 100% eficaz e incluso en los mejores programas las tasas de cobertura tal vez no lleguen al 100%. La tasa de acumulación de susceptibles varía según el grado de cobertura alcanzado en los distintos países.

Por lo tanto, es necesario realizar campañas de vacunación periódicas dirigidas a grupos de una edad determinada según las variables de cobertura e inmunidad con el tiempo. En general, se recomienda realizar una campaña cuando la cantidad acumulada de susceptibles representa un cohorte de nacidos vivos. En un país que mantenga tasas de cobertura de vacunación del 90% de los menores de 1 año, este número de susceptibles se alcanzará en el plazo de seis años. En este caso se deberán realizar campañas cada cinco años dirigidas a los niños de 1 a 5 años aunque hayan sido vacunados anteriormente. Lo mismo ocurre en los países donde se administra la vacuna antisarampionosa en dos dosis como parte del programa de vacunación corriente.

Se deberían tener en cuenta como mínimo los siguientes indicadores para evaluar la vigilancia de las EFE, aunque todavía no se usan en los países:

- % de sitios que cumplen con la notificación negativa por semana
- % de casos con fichas epidemiológicas completas
- % de casos con una respuesta adecuada e investigación documentada
- % de casos notificados que se ciñen a la definición de "caso probable"
- % de casos con muestras de suero adecuadas

Los datos deben recopilarse de manera uniforme por medio del Sistema Regional de Vigilancia para la Eliminación del Sarampión (MESS), a fin de que se pueda normalizar el análisis epidemiológico a nivel nacional y hemisférico.

La falta de una prueba de laboratorio que sea suficientemente sensible y específica constituye un obstáculo importante para la vigilancia. Es necesario normalizar cuanto antes las técnicas de diagnóstico utilizadas en los distintos países como medida provisional hasta que se disponga de una prueba rápida y sencilla para el diagnóstico inmediato sobre el terreno. La OPS promoverá una reunión de virólogos en mayo de 1995 para considerar este asunto.

Los ministros de salud deben mantener a las primeras damas de sus respectivos países informadas sobre la marcha del programa a fin de facilitar el apoyo que puedan brindar para la eliminación del sarampión.

Consolidación de la erradicación de la poliomiélitis

El último caso de poliomiélitis causado por poliovirus salvaje en las Américas se produjo en Junín, Perú, el 31 de agosto de 1991. Tres años después, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis llegó a la conclusión de que se había interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en la Región. La Comisión

señaló también la importancia de mantener un alto grado de cobertura de vacunación, así como de vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda (PFA), a fin de evitar la importación del poliovirus salvaje. Del cuadro 2 se deduce que la vigilancia de los casos de PFA se ha deteriorado en algunos países.

Cuadro 2
Indicadores de la vigilancia de la PFA para la certificación, Cono Sur y Brasil, 1994

PAIS	% NOTIFICACION NEGATIVA	TASA DE PFA >1/100.000 MENORES DE 15 AÑOS	CASOS INVESTIGADOS DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACION	OBTENCION DE 2 MUESTRAS DE HECES DENTRO DE LOS 15 DIAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA PARALISIS
ARGENTINA	82	1.2	87	52
BRASIL	89	1	91	53
CHILE	94	2	98	84
PARAGUAY	92	1.6	100	95
URUGUAY	85	0.6	100	87

Conclusiones y recomendaciones

El deterioro de la vigilancia de la PFA en algunos países representados en la reunión, especialmente en lo que atañe a la obtención de muestras de heces, es preocupante. Es sumamente importante que en estos países se tomen medidas para restablecer el nivel de vigilancia anterior y cumplir las condiciones exigidas para mantener la Región libre de poliomieltis. Sería trágico que, después del esfuerzo realizado por estos países para erradicar la enfermedad, dando el ejemplo al resto del mundo, se reintrodujera el poliovirus salvaje, importado de otra región, y se reanudara la transmisión autóctona.

Todos los países deben cumplir todas las condiciones impuestas por la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis (CICEP) a fin de mantener la Región de las Américas libre de poliomieltis. Esta es una responsabilidad de los Ministerios de Salud, y los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica deben encargarse de realizar las tareas correspondientes.

En todos los países se deben tomar medidas para investigar cada caso de PFA (independientemente del diagnóstico clínico preliminar) en el plazo de 48 horas y obtener dos muestras de heces dentro de los 15 días siguientes al inicio de la parálisis. No siempre es necesario obtener muestras de heces de contactos de los casos de PFA; esta decisión incumbe al epidemiólogo que se encargue de la investigación.

En cuanto a la vigilancia, se debe prestar especial atención a la obtención y al transporte correcto de muestras de heces de los casos de PFA. No se podrá cumplir debidamente esta condición si no existe un buen sistema de vigilancia en funcionamiento que permita detectar rápidamente cada caso de PFA, notificarlo e introducirlo en el sistema de vigilancia.

Es necesario evaluar periódicamente los indicadores de

la vigilancia en cada país, analizándolos en todos los niveles, desde el nacional hasta el distrito geográfico más pequeño.

Los países deben usar el *Boletín semanal de polio* de la OPS para mantenerse al corriente. Es importante que avisen cuanto antes a la Sede de la OPS si hay datos que no concuerdan con la información que se maneje en el país, a fin de efectuar las correcciones del caso.

En cada país se debe llevar un registro de las condiciones en que se transportan las muestras y efectuar los arreglos necesarios para enviarlas a los laboratorios en la forma debida a fin de que lleguen correctamente identificadas y con la cantidad necesaria de hielo o refrigerante.

Los países deben cerciorarse de que sus laboratorios cuenten con el personal, el equipo y los suministros necesarios para garantizar la calidad de sus resultados.

Control del tétanos neonatal

Con el propósito de alcanzar la meta de la eliminación del tétanos neonatal (TNN) a fines de 1995, las campañas de vacunación contra esta enfermedad se han concentrado en áreas de alto riesgo (AAR). Estas medidas de control han surtido un efecto notable en la incidencia de la enfermedad. En Brasil, por ejemplo, donde la mayoría de los casos se producen en AAR del norte y el centro-oeste del país, la incidencia bajó casi el 50% entre 1990 y 1994 (véase el cuadro 3).

En Argentina se iniciaron medidas de control en las AAR y se extendieron a todos los distritos donde se produjo por lo menos un caso durante los últimos diez años.

Cuadro 3
Casos de tétanos neonatal por país y por año

PAIS	1990	1991	1992	1993	1994
ARGENTINA	8	18	7	5	11
BRASIL	298	272	229	214	151
CHILE	0	3	3	1	1
PARAGUAY	38	38	18	28	18
URUGUAY*	0	0	0	0	0

*El último caso se produjo en 1982.

Conclusiones y recomendaciones

Se debe proveer suficiente TT para administrar dos dosis de vacuna a todas las mujeres en edad fértil (MEF) que vivan en áreas de alto riesgo.

Paraguay debe acelerar la vacunación de MEF que viven en AAR.

Es importante que los países informen regularmente sobre la tasa de cobertura acumulativa de las MEF que viven en las AAR.

Vigilancia de la poliomielitis

Indicadores para evaluar la vigilancia de la poliomielitis en América Latina, 1995*

	1	2	3	4
El Salvador				
Honduras				
Paraguay				
Venezuela				
Bolivia				
Chile				
Colombia				
Ecuador				
México				
Nicaragua				
Peru				
Brasil				
Cuba				
Rep. Dom.				
Guatemala				
Panamá				
Argentina				
Costa Rica				
Uruguay				
Haiti				

- 1 - 80% de las unidades presentan informes semanales
 2 - 80% de los casos 4 - 80% de los casos se investigan dentro de las 48 horas
 3 - Se obtienen dos muestras adecuadas de heces del 80% de los casos
 4 - Tasa de PFA
 N.R. No se ha recibido informe Cumplen el criterio
 - Zero Casos
 * Datos al 25 de Mayo
 Fuente: PA/OPS (PESS)

La Región de las Américas, la primera del mundo en erradicar la poliomielitis, debe mantener una alta cobertura de vacunación y vigilancia mientras continúe circulando poliovirus salvaje en otros lugares. Las importaciones podrían provocar brotes de poliomielitis, particularmente en zonas de baja cobertura de vacunación. La vigilancia de casos de parálisis flácida aguda (PFA) es uno de los instrumentos más eficaces para detectar posibles importaciones de poliovirus salvaje procedentes de otras regiones del mundo. Es necesario mantener una vigilancia eficaz y documentada de la PFA en todos los países para que, en el año 2000, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CMCEP) declare que la Región está libre de poliomielitis.

La gráfica de la izquierda muestra que sólo cuatro países de las Américas están realizando un buen trabajo de vigilancia de casos de PFA como lo exige la CICEP. Por lo tanto, los países que no cumplen estos criterios deberían evaluar los obstáculos que impiden una vigilancia eficaz y tomar medidas para que los recursos se orienten hacia la investigación oportuna de todos los casos probables de PFA.

El sarampión en Canadá, 1994-1995 (al 14 de febrero)

El total provisional de casos de sarampión notificados en Canadá del 1° de enero al 31 de diciembre de 1994 asciende a 518 (1,80 por cada 100.000 habitantes). Esta cifra es 2,5 veces mayor que el total de 204 casos notificados en 1993, pero mucho menor que la cifra correspondiente a 1991 (6.178) y 1992 (3.011). El año en que se produjeron menos casos en Canadá fue 1993. La figura 1 muestra la evolución de la incidencia notificada, por mes, desde enero de 1991 hasta enero de 1995. Durante los últimos cuatro años, la menor actividad del sarampión (tres casos) se notificó en diciembre de 1994. En 1995, al 31 de enero, se habían notificado nueve casos en total.

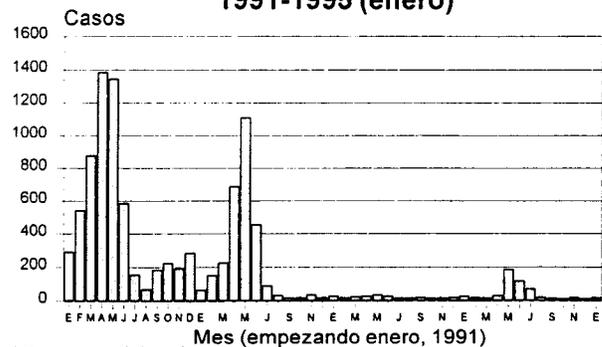
El cuadro 1 (página 5) muestra la distribución de casos por provincia y territorio en 1994. Ontario representó el 61,6% (319 casos o 2,97 por cada 100.000 habitantes) del total, seguido de Quebec con 24,7% (128 casos o 1,77 por cada 100.000 habitantes). Nueve de las 10 provincias notificaron casos de sarampión, cuyo número fluctuó entre uno en Manitoba, New Brunswick y New Escocia y 319 en Ontario. No se notificaron casos en la Prince Edward Island, el Yukon y los Northwest Territories.

En 1994 se notificaron cuatro brotes en Canadá: dos en Ontario y dos en Quebec. Los brotes de Ontario alcanzaron su máxima intensidad en mayo, mientras que los dos de Quebec fueron más intensos en junio y julio. Estos brotes se describieron brevemente en números anteriores de *Measles Update*.

Alrededor de 25% de los casos de 1994 fueron confirmados por medio de pruebas serológicas.

En general, las características epidemiológicas (distribución por edades, posibilidad de prevención, antecedentes de vacunación, etc.) de los casos de sarampión

Figura 1
Casos notificados de sarampión por mes, Canadá 1991-1995 (enero)*



*Datos provisionales

notificados en este número siguen siendo las mismas que las indicadas en el número anterior.

En enero de 1995 se notificó un brote pequeño, de ocho casos, en el Centro de Salud Regional Peel, de Ontario. Todos los casos eran alumnos de una escuela secundaria y habían sido vacunados contra el sarampión después de cumplir 1 año de edad. En cinco de los casos se confirmó la IgM en laboratorio; los otros fueron diagnosticados sobre la base del cuadro clínico. Con la excepción de un caso clínico de otra región sanitaria de Ontario, no se han notificado más casos hasta la fecha en las demás provincias y territorios.

Comentario de la Redacción: La actividad del sarampión notificada en Canadá durante los últimos meses indica que el virus está confinado a una zona geográfica determinada de Ontario. Sin embargo, existe la posibilidad de introducir el virus en otras localidades de dicha provincia o de otras debido a los viajes de la población y a otras actividades comunes.

La vigilancia constante y la notificación oportuna en todos los niveles del gobierno son indispensables para eliminar el sarampión.

En vista de la baja incidencia del sarampión en Canadá, es importante prestar atención específica a cada caso y realizar una investigación epidemiológica exhaustiva.

A efectos de la notificación semanal solicitada por la OPS/OMS y tal como se señaló en la Conferencia de Consenso sobre el Sarampión, solicitamos su colaboración: avise oportunamente sobre cualquier incidente desacomunado o brote de sarampión, incluidos los casos clínicos que presenten una relación epidemiológica, a las autoridades sanitarias de su provincia o territorio, quienes informarán posteriormente a la División de Vacunación Infantil, Centro de Laboratorios de Control de Enfermedades (LCDC) (tel.: 613-957-1344 o fax: 613-998-6413).

Puede enviarnos también fotografías de cuadros clínicos, con una nota breve, para incluirlas en los próximos números de *Measles Update*.

Nota de agradecimiento: Agradecemos profundamente la asistencia y cooperación de todos los epidemiólogos provinciales y territoriales, funcionarios médicos, demás integrantes del personal de salud y personal del Centro de Laboratorios de Control de Enfermedades (LCDC).

Cuadro 1

Casos notificados de sarampión, Canadá, 1994

Provincia o territorio	(Datos preliminares)		
	Casos	%	Tasa/ 100.000 habitantes
Newfoundland	5	1	0.9
Prince Edward Island	0	0	0
Nova Scotia	1	0.2	0.1
New Brunswick	1	0.2	0.1
Quebec	128	24.7	1.8
Ontario	219	61.6	3
Manitoba	1	0.2	0.1
Saskatchewan	4	0.8	0.4
Alberta	31	6	1.2
British Columbia	38	5.4	0.8
Yukon	0	0	0
Northwest Territories	0	0	0
Canadá	518	100	1.8

Fuente: Paul Varughese, División de Vacunación Infantil, Dirección de Epidemiología Enfermedades Transmisibles, LCDC, Ottawa. *Measles Update* 1995; 3(1)1-2.

Últimas noticias: la eliminación del sarampión en Inglaterra

Tal como se informó en el número de diciembre de 1994 del Boletín del PAI (Año XVI, No. 6), el Reino Unido lanzó una campaña nacional contra el sarampión en noviembre de 1994. Los modelos matemáticos elaborados por dos grupos independientes, combinados con el hecho de que los casos de sarampión notificados en 1994 estaba aumentando (figura 1), llevaron a la predicción de una epidemia de sarampión de alrededor de 150.000 casos con 50 muertes.

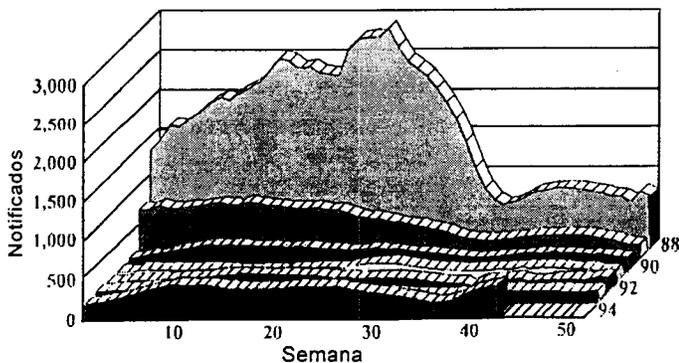


Figura 1. Casos de sarampión notificados en Inglaterra y Gales de 1988 a 1994 (datos de OPCS)

Cuando se confirmó el sarampión en laboratorio, se observó en la distribución de los casos una tendencia a una concentración en grupos de mayor edad. La figura 2 presenta una estimación de la probabilidad de que los casos notificados hayan sido diagnosticados correctamente. Al aplicar esta probabilidad a los casos notificados según la edad, se observó que el grupo más expuesto al riesgo de contraer sarampión no era el grupo en el cual se estaban notificando más casos (de <1 a 9 años), sino los niños de mayor edad (de 10 a 14 años, figura 3).

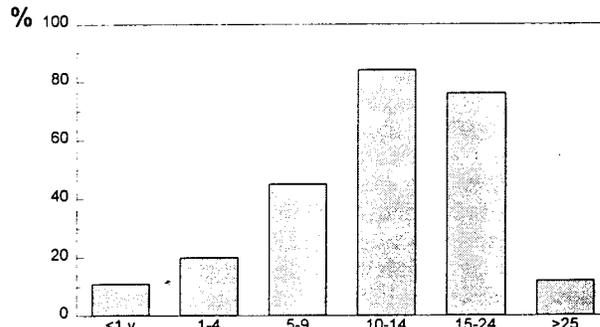


Figura 2. Porcentaje de casos notificados de sarampión confirmados con pruebas de laboratorio (datos de PHLS)

El Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (CCVI) recomendó que se realizara una campaña de vacunación escolar en todo el país con la vacuna SR (sarampión y rubeola). Los destinatarios, todos ellos escolares de 5 a 16 años, fueron seleccionados sobre la base de análisis seroepidemiológicos específicos según la edad que llevaron a la conclusión de que este grupo era el que más se beneficiaría de la vacunación. Además, el grupo destinatario concordaba con los planes de vacunación de escolares de hasta sexto grado.

Los resultados de los análisis de costos-beneficios mostraron que el uso más eficaz de los recursos consistía en realizar una campaña intensiva por medio del sistema de sanidad escolar dirigida a todos los niños de 5 a 16 años, aunque hubieran sido vacunados o hubieran tenido sarampión. Se calculó que el costo de la campaña (vacuna, publicidad y gastos de operaciones) ascendería a £20 millones, es decir un tercio de los gastos que acarrearía una epidemia.

La publicidad para la campaña se inició en octubre de 1994, con la difusión de avisos en todo el país sobre las ventajas de la campaña y notas recordatorias a los padres para que llenaran los formularios de consentimiento distribuidos en las escuelas. Se entregaron alrededor de 12 millones de dosis de vacuna antes de la campaña y se abasteció a cada distrito de vacunas y artículos fungibles (jeringas, agujas, cajas para instrumentos punzantes). La mayoría de las autoridades sanitarias realizaron la campaña en noviembre y un barrido sanitario en diciembre. En algunos casos, la campaña se extendió hasta diciembre y el barrido sanitario concluyó a principios de febrero de 1995.

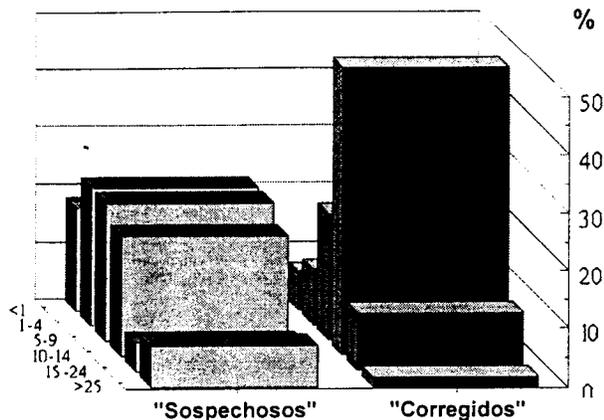


Figura 3. A la izquierda: Casos notificados de sarampión según la edad en Inglaterra y Gales en 1993 y 1994, sin corrección. A la derecha: Los casos de la izquierda corregidos según la probabilidad de diagnóstico correcto para cada edad (como en la figura 2).

Resultados de la campaña

La campaña de Inglaterra estaba dirigida a 7.1 millones de niños. Los primeros datos recibidos de los distritos se referían al número de niños vacunados en noviembre. La cobertura nacional fue de alrededor del 90%. Los distritos y las organizaciones fiduciarias del Sistema Nacional de Salud ya han presentado los datos definitivos correspondientes a la fase de la campaña que se realizó durante el mes de noviembre y a las operaciones de barrido sanitario. **En Inglaterra se vacunó al 92% de 7.1 millones de niños de 5 a 16 años.**

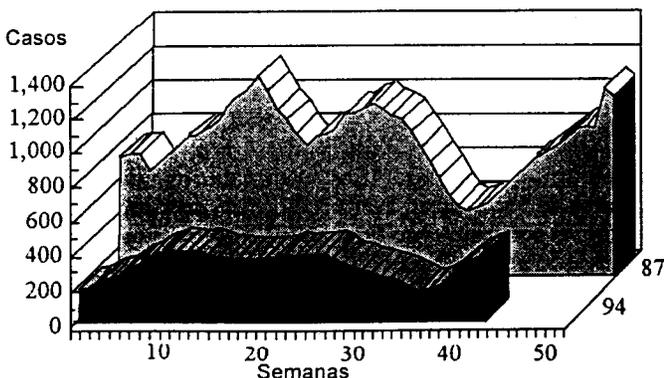


Figura 4. Casos de sarampión notificados en Inglaterra y Gales en 1987 y 1994 (informes de OPCS)

En 1994, los casos notificados de sarampión venían aumentando en la misma proporción que en 1987, fase inicial de un proceso que culminó en la epidemia de sarampión de 1988. Ese año, el último año de epidemias, se notificaron 86.000 casos y 15 muertes (figura 4).

Las previsiones para 1995 indicaban una epidemia del orden de 150.000 casos. Como se producirían más casos en personas de mayor edad que en ocasiones anteriores y la tasa de letalidad del sarampión aumenta con la edad, se preveían alrededor de 50 muertes.

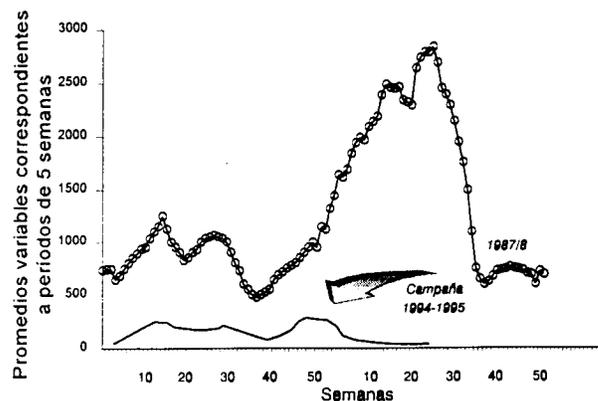


Figura 5. Casos de sarampión notificados en Inglaterra y Gales en 1987-1988 y 1994-1995 (informes de OPCS)

La experiencia ha demostrado que los datos obtenidos de la notificación de casos de sarampión muestran tendencias útiles pero que, individualmente, la notificación es poco confiable, especialmente en los niños de corta edad; la especificidad de la notificación para los menores de 5 años es muy inferior al 20%. Desde comienzos de noviembre de 1994, el Servicio de Laboratorios de Salud Pública ha usado el diagnóstico basado en la detección de anticuerpos en la saliva para confirmar el sarampión en casos sospechosos (figuras 5 y 6). En noviembre y diciembre de 1994 hubo más de 100 casos positivos. En 1995, a pesar de que se analizaron más de 800 muestras, se confirmaron sólo 21 casos de sarampión. Se produjo un solo caso en un niño que, por su edad, estaba comprendido en la campaña; sus padres no habían dado permiso para que lo vacunaran. Los demás casos correspondieron a niños que todavía no habían llegado a la edad en que se vacuna normalmente, a menores de 5 años que habían recibido una dosis de vacuna SPR anteriormente y a mayores de 17 años.

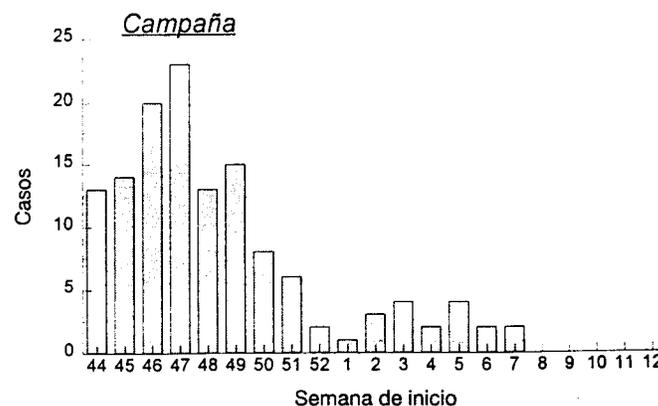


Figura 6. Casos de sarampión (Inglaterra y Gales) confirmados por medio de pruebas para detectar anticuerpos en la saliva (datos de PHLS)

Desde el 24 de febrero de 1995 no se ha confirmado ningún caso autóctono de sarampión en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte.

Fuente: Dr. D.M. Salisbury, MB, FRCP, MFPHM, Funcionario Médico Principal, Ministerio de Salud, Londres, Reino Unido

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 periodo epidemiológico de 1994 por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Reportados		Confirmados		1995	1994	No Neonatal		Neonatal		1995	1994	1995	1994
		1995	1994	1995	1994			1995	1994	1995	1994				
AMERICA LATINA															
Región Andina															
Bolivia	27 May	17	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	13 May	1417	352	134	50	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	13 May	680	...	...	830	0	0	...	...	...	13	...	165	...	148
Perú	27 May	109	191	...	191	0	0	27	13	25	10	1	1	340	118
Venezuela	27 May	291	8 204	27	8 204	0	0	...	...	5	3	0	0	75	279
Cono Sur															
Argentina	1 Apr	57	88	8	160	0	0	...	1	...	3	...	2	...	247
Chile	27 May	84	...	0	0	0	0	...	1	...	0	...	0	...	20
Paraguay	27 May	12	66	1	50	0	0	...	9	...	6	...	1	...	18
Uruguay	27 May	...	...	...	1	0	0	...	2	...	0	...	0	...	3
Brasil	20 May	440	...	0	272	0	0	...	180	...	28	...	47	...	431
Centro América															
Belice	27 May	6	9	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	27 May	145	106	14	10	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	27 May	143	4 667	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	6 May	33	133	25	117	0	0	...	...	...	6	...	...	...	33
Honduras	27 May	8	27	0	2	0	0	...	0	...	5	...	0	...	2
Nicaragua	20 May	62	1 203	1	11	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	27 May	46	22	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3	48
México	27 May	323	550	15	96	0	0	0	37	0	26	0	0	0	78
Caribe Latino															
Cuba	27 May	23	...	0	0	0	0	...	2	...	0	...	0	...	0
Haití	07 Jan.	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	27 May	22	295	0	295	0	0	...	...	...	4	...	1	...	8
CARIBE INGLES															
Antigua y Barbuda	27 May	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	27 May	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	27 May	8	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominica	27 May	8	4	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	27 May	3	4	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	27 May	8	1	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	27 May	87	38	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal/Nieves	27 May	1	2	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	27 May	0	2	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	27 May	5	13	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	27 May	5	7	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	27 May	13	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
NORTEAMERICA															
Canadá	27 May	401	117	401	117	0	0	...	1	...	...	...	0	899	1 878
Estados Unidos	20 May	153	515	153	515	0	0	4	14	...	...	0	0	625	1 162

... No se dispone de datos.

Comisión mundial para la certificación de la erradicación de la poliomielitis

El 16 y 17 de febrero de 1995 se reunió por primera vez la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CMCEP) con el propósito de examinar los criterios que se utilizarían para definir y certificar la erradicación mundial de la poliomielitis. Se usaron como modelos los criterios establecidos por la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en las Américas (CICEP), la cual certificó en septiembre de 1994 que la Región de las Américas está libre de polio. La Región de las Américas fue la primera en alcanzar esta meta.

Por erradicación mundial de la poliomielitis se entiende la cesación completa de la transmisión del poliovirus salvaje.

La CMCEP decidió realizar una certificación preliminar a nivel regional y subregional. Las pautas para certificar la erradicación de la polio se basarán en la evaluación de pruebas documentadas del grado de vigilancia efectiva de la PFA y del poliovirus salvaje. No se considerará la certificación final hasta que hayan transcurrido tres años desde el último caso confirmado de polio paralítica causado por poliovirus salvaje.

La vigilancia eficaz será sumamente importante para determinar si se certificará que una región está libre de polio. Como la infección por el poliovirus salvaje no conduce necesariamente a la infección clínica, se necesitan pautas estrictas para la vigilancia de casos de PFA y de la transmisión del poliovirus salvaje.

Las pautas para la vigilancia de la PFA son las siguientes:

- Notificación oportuna del 80% como mínimo de los casos de PFA, que incluye la notificación incluso si no se produce ningún caso, y documentación de las razones de la notificación tardía o de la falta de notificación.
- Determinación de una tasa de PFA por cada 100.000 menores de 15 años como indicador de que los sistemas

de vigilancia son adecuados.

- Investigación del 80% como mínimo de los casos notificados de PFA en un plazo de 48 horas.
- Investigación pormenorizada (clínica, epidemiológica y virológica) de casos sospechosos de polio; la clasificación definitiva de los casos deberá basarse en los resultados de un examen a cargo de un comité de expertos convocados con este fin.

Las pautas para la vigilancia del poliovirus salvaje son las siguientes:

- Laboratorios con un alto grado de competencia, certificados como parte de redes mundiales y regionales.
- Validación de los procedimientos para la obtención, el transporte y el análisis de muestras.
- Por lo menos durante tres años no se detectan poliovirus salvaje de dos muestras de heces obtenidas dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis en el 80% de los casos como mínimo.
- Por lo menos durante tres años no se aíslan poliovirus salvaje en muestras de heces obtenidas de contactos de casos de PFA.

Después de ser documentados y examinados minuciosamente por las comisiones nacionales, los datos recopilados se enviarán a las comisiones regionales, las cuales estarán facultadas para certificar que se ha erradicado la poliomielitis. La certificación de la erradicación mundial se anunciará sólo cuando todas las comisiones regionales hayan certificado la erradicación de la poliomielitis en sus respectivas zonas. Durante este período será necesario continuar las campañas de vacunación y la labor de inmunización, vigilar estrictamente todos los casos de PFA y mantenerse alerta frente a la posibilidad de importación de poliovirus salvajes. La CMCEP volverá a reunirse en 1997 para examinar el progreso realizado hacia la meta de la erradicación mundial de la poliomielitis.

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: Peter Carrasco

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.