



# Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización  
en las Américas

Año XVI, Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Septiembre 29, 1994

## ¡La poliomielitis derrotada en las Américas!



El 23 de agosto de 1991, Luis Fermín Tenorio fue la última persona en contraer poliomielitis en las Américas: a los 2 años de edad fue infectado por el poliovirus salvaje en Junin, Perú.

### En este número:

¡La poliomielitis derrotada en las Américas! .....	1	Brote de sarampión en Huehuetenango, Guatemala .....	6
Se certifica que las Américas están libres de poliomielitis .....	2	Casos notificados de ciertas enfermedades .....	7
El GTA y la CICEP se reúnen para examinar la situación del PAI y de la erradicación de la poliomielitis. ....	4		

# Se certifica que las Américas están libres de poliomielitis

*La Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP) celebró su tercera reunión en Washington, D.C., del 24 al 25 de agosto de 1994. En esa ocasión examinó la información presentada por los presidentes de las comisiones nacionales de certificación, que han analizado a fondo los datos de la vigilancia de la poliomielitis y de los poliovirus recopilados en sus respectivos países durante los últimos tres años.*

*A continuación figura el informe de la CICEP, que fue presentado por su presidente, Dr. Frederick C. Robbins:*

## A. Antecedentes

1. En mayo de 1985, la Organización Panamericana de la Salud propuso la meta de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas. Todos los gobiernos miembros hicieron suya esta propuesta, que recibió el firme apoyo de varios organismos gubernamentales e internacionales, entre ellos UNICEF, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, el Rotary Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Asociación Canadiense para la Salud Pública.
2. Han transcurrido tres años desde que se notificó el último caso confirmado de poliomielitis paralítica causada por el poliovirus salvaje en las Américas. Varios factores permitieron que la Región de las Américas avanzara hacia la meta de la erradicación de la poliomielitis. Entre ellos cabe señalar el grado muy alto de compromiso político de los gobiernos miembros, el alto grado de participación de la comunidad, la intensa colaboración de diversos organismos gubernamentales e internacionales por medio de comités de coordinación interinstitucional y la disponibilidad de recursos bien administrados bajo la dirección firme de la OPS.
3. En 1990, la OPS creó la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP), comisión independiente que se ha encargado de supervisar la labor de erradicación de la poliomielitis en las Américas y de determinar cuándo se ha alcanzado la meta. Antes de esta tercera reunión de la CICEP de agosto de 1994, se celebraron reuniones en julio de 1990 en Washington, D.C., Estados Unidos, y en marzo de 1992 en Rio de Janeiro, Brasil.
4. A principios de 1994, cada país miembro formó una comisión nacional independiente para la certificación, cuya misión consistía en evaluar los datos nacionales e informar a la CICEP si se había interrumpido la transmisión del poliovirus en el país.
5. La información examinada por las comisiones nacionales de certificación abarca las tendencias de la cobertura de vacunación, datos obtenidos de un extenso sistema de vigilancia regional que comprende más de 20.000 centros de salud que informan semanalmente sobre la presencia o ausencia de casos de parálisis flácida aguda (casos probables de poliomielitis) y los resultados de los análisis de laboratorio de muestras de heces obtenidas de casos presuntos de poliomielitis y de sus contactos para determinar si contienen poliovirus salvaje. Las muestras se analizaron en una red regional de laboratorios que se caracteriza por su alto grado de desarrollo y buen funcionamiento.

## Hitos de la erradicación de la poliomielitis en las Américas

- |      |   |
|------|---|
| 1908 | En Viena, Landsteiner y Popper descubren el virus de la poliomielitis.  |
| 1949 | Enders, Robbins y Weller inventan una técnica para cultivar el virus de la poliomielitis en cultivos tisulares (Estados Unidos).  |
| 1954 | Jonas Salk realiza ensayos prácticos en gran escala con una vacuna de virus inactivado.   |
| 1955 | Se autoriza el uso de la vacuna Salk en Estados Unidos.   |
| 1960 | Se autoriza en Estados Unidos el uso de la vacuna antipoliomielítica oral de virus vivo obtenida por Albert Sabin.  |
| 1972 | La OPS adopta un Plan de Salud Decenal (1971-1980) para las Américas, que incluye la meta de control de la poliomielitis: menos de 0,1 casos por 100.000 habitantes.  |
| 1974 | La OMS crea el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).   |
| 1977 | La OPS establece el PAI en las Américas.  |
| 1979 | La OPS crea el Fondo Rotatorio del PAI para la compra de vacunas, con el cual los países pueden conseguir vacunas de buena calidad a precios bajos y contar con una fuente ininterrumpida de vacunas para los programas nacionales. |
| 1984 | Se logra controlar la poliomielitis en 26 países de las Américas. La cobertura con la vacuna antipoliomielítica oral asciende a casi el 70% en la Región.   |
| 1985 | La OPS anuncia la iniciativa de erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas para 1990. USAID, UNICEF, el BID y el Rotary Internacional apoyan la iniciativa.  |
| 1988 | En vista del éxito de la OPS, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud adopta la meta de la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000.   |
| 1989 | Teniendo en cuenta los resultados de los ensayos prácticos realizados en Brasil, la OPS recomienda usar más virus tipo III en la vacuna antipoliomielítica oral a fin de garantizar la eliminación del virus salvaje tipo III.      |
| 1990 | La OPS ayuda a organizar campañas de barrido en todos los países donde circula el virus.  |
| 1991 | En Junín, Perú, se detecta el último caso de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje.   |
| 1994 | La Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis declara que se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas.  |

## B. Conclusiones

1. Durante los últimos seis años, la mayoría de los países de la región han alcanzado y mantenido una cobertura de vacunación con tres dosis de vacuna antipoliomielítica oral superior al 80%. Desde que se notificó el último caso confirmado, que se produjo en Perú en agosto de 1991, se han investigado exhaustivamente más de 6.000 casos de parálisis flácida aguda, confirmándose que ninguno era de poliomielitis paralítica causada por el poliovirus salvaje. Asimismo, no se encontró poliovirus salvaje en más de 25.000 muestras de heces obtenidas de estos casos y de sus contactos. Por último, se han observado constantemente los indicadores claves de la vigilancia, que con pocas excepciones se mantuvieron en niveles aceptables en todos los países durante los últimos tres años.
2. Tras un examen minucioso de esos datos, todas las comisiones nacionales de certificación de la región han recomendado que se certifique que sus países están libres de poliomielitis.
3. La CICEP ha examinado cuidadosamente los datos presentados por los presidentes de las comisiones nacionales de certificación. La CICEP reconoce y aplaude los logros extraordinarios de los países de la región. En general, los informes de las comisiones nacionales de certificación han sido excelentes, ellos tomaron sus funciones con seriedad y respondieron en forma ejemplar.
4. **Teniendo en cuenta las pruebas contundentes presentadas, la CICEP concluye que se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas.**

## C. Recomendaciones

1. Aunque la CICEP está convencida de que se ha interrumpido la transmisión del poliovirus en las Américas, todavía quedan varios aspectos preocupantes. A pesar de que todas las comisiones nacionales de certificación han concluido que la transmisión del poliovirus ha cesado y se han presentado pruebas que respaldan esta conclusión, existen claras deficiencias en algunos programas, que deberían corregirse prontamente. En particular, hay que extender la cobertura de vacunación y fortalecer los sistemas de vigilancia en esos países. Si estas deficiencias no se corrigen, aumentará el riesgo de que se reanude la transmisión del poliovirus salvaje en esos países, así como en otros países de la región, en caso de que se introduzca el virus. Como el poliovirus salvaje todavía se transmite en otros países del mundo, la CICEP reconoce que en las Américas seguirá existiendo el riesgo de importación del poliovirus salvaje. Si se importan virus, es posible que se produzcan brotes de poliomielitis, especialmente en zonas con una cobertura de vacunación baja y saneamiento deficiente. Los poliovirus han demostrado gran habilidad para encontrar focos de personas susceptibles, incluso en países con una cobertura de vacunación elevada, como los Países Bajos, Canadá y Taiwán.

2. Es necesario que la Región de las Américas mantenga una cobertura de vacunación alta hasta que se certifique que el mundo está libre de poliomielitis. En realidad, tal vez sea más fácil eliminar el poliovirus de las Américas que mantener el continente libre de la enfermedad. Por ser la primera región del mundo donde se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje, deberá continuar esta labor mientras el poliovirus salvaje siga circulando en otros lugares.
3. Será imprescindible vigilar permanentemente los casos de parálisis flácida aguda y la presencia de poliovirus salvaje para garantizar que la Región de las Américas permanezca libre de poliomielitis. Sería trágico que, después del esfuerzo extraordinario que se ha realizado para liberar a las Américas de la poliomielitis, bajáramos la guardia y permitiéramos que el poliovirus se estableciera otra vez.
4. Se necesita comunicación y colaboración a nivel internacional para garantizar la detección rápida de importaciones de poliovirus salvaje y la adopción oportuna de medidas de control.
5. La CICEP recomienda encarecidamente a otras regiones del mundo que aceleren sus actividades de erradicación de la poliomielitis, ya que sólo la erradicación mundial de la poliomielitis garantizará que la infección por poliovirus no cause enfermedades paralíticas en las Américas ni en el resto del mundo. Los países del mundo que están libres de poliomielitis deben darse cuenta de que les conviene hacer todo lo posible para facilitar la erradicación del poliovirus en los países donde la poliomielitis es endémica.

Dr. Isao Arita

Dr. Dorothy Horstmann

Dr. Jan Kostrzewski

Dr. Maureen Law

Dr. Elsa Moreno

Dr. Fernando C. Olinto

Dr. V. Ramalingaswami

Dr. Olikoye Ransome-Kuti

Dr. Frederick Robbins (Chairman)

Dr. Guillermo Soberón

Sir Kenneth L. Standard



Miembros de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en las Américas: Dres. Fernando Olinto, Olikoye Ransome-Kuti, Maureen Law, V. Ramalingaswami, Frederick Robbins (Presidente), Dorothy Horstmann, Elsa Moreno, Jan Kostrzewski, Carlyle Guerra de Macedo (Director de la OPS), Kenneth Standard, Isao Arita y Ciro de Quadros (Coordinador del PAI para las Américas, OPS).

# El GTA y la CICEP se reúnen para examinar la situación del PAI y de la erradicación de la poliomielitis

*Del 22 al 25 de agosto de 1994 se celebraron simultáneamente en Washington, D.C., Estados Unidos, la Undécima Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS sobre Enfermedades Inmunoprevenibles y la tercera reunión de los integrantes de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP).*

*A continuación se resumen los puntos sobresalientes de la reunión del GTA.*

## ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS: La derrota de un virus

Han transcurrido tres años desde el último caso de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje, que se produjo el 23 de agosto de 1991 en Perú. Esto es no sólo un triunfo histórico de la medicina, sino que marca una conquista aún mayor del programa en general desde la última reunión del GTA, que tuvo lugar en marzo de 1992.

Los informes presentados por los presidentes de las comisiones nacionales para la certificación de la erradicación de la poliomielitis muestran que la lucha contra esta enfermedad ha logrado interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje en sus respectivos países (véase el informe de la CICEP en este número).

El GTA formuló las siguientes recomendaciones con respecto a la poliomielitis:

El GTA observa con beneplácito que se ha cumplido el tercer aniversario de un continente libre de poliomielitis y aguarda con interés las conclusiones de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Sin embargo, es evidente que será necesario continuar la labor de los programas en las Américas hasta que la transmisión se interrumpa también en el resto del mundo. Teniendo en cuenta los resultados alcanzados en las Américas, ciertos ajustes en la estrategia parecen ser procedentes.

1. Es preciso mantener un nivel de inmunización del 80% como mínimo en todos los distritos. Se necesitarán medidas especiales en zonas de alto riesgo, como aquellas donde haya sido necesario realizar operaciones de barrido y donde haya grupos vulnerables (por ejemplo, grupos de ciertas religiones que rechazan la vacunación).
2. Se debe mantener una vigilancia excelente, con informes negativos semanales, y todos los centros donde se realiza actualmente una labor de vigilancia deben permanecer en el sistema.

3. Debe continuar la investigación inmediata de la parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años y se debe hacer todo lo posible para obtener dos muestras de heces adecuadas de cada caso. Ya no es necesario obtener sistemáticamente muestras de heces de contactos. Sin embargo, deben obtenerse si las circunstancias lo justifican; por ejemplo, si no se pueden obtener muestras adecuadas del caso o si existe la sospecha creciente de que un caso es de poliomielitis. Con este cambio en los métodos de investigación, los investigadores podrán obtener muestras adecuadas de cada caso de PFA y se aliviará la carga para los laboratorios, permitiéndoles mantener un nivel de trabajo de la mejor calidad.
4. La OPS debe evaluar los pros y los contras de disminuir la edad máxima de las personas comprendidas en la vigilancia de la PFA.
5. Se debería aumentar a US\$1.000 en toda la Región el premio que se ofrece por la notificación de un caso que posteriormente se confirme que se debe al poliovirus salvaje autóctono y se debería dar amplia publicidad al premio.
6. Se deberían realizar estudios para documentar la evolución histórica de la transmisión internacional del poliovirus salvaje en las Américas.

## ELIMINACION DEL SARAMPION: ¿Está listo el camino?

Cuba, los países angloparlantes del Caribe y Chile parecen haber logrado y mantenido la interrupción de la transmisión durante más de seis, tres y dos años, respectivamente. Chile es el primer país no insular donde se ha interrumpido la transmisión durante más de un año. En América Central, el número de casos ha disminuido considerablemente y la circulación del virus parece haberse interrumpido en algunos países. En otros, la transmisión del sarampión se reduce a algunos focos donde continúan produciéndose casos y brotes limitados. En la mayoría de estos países se está estableciendo un sistema de vigilancia de las enfermedades febriles y exantemáticas, con medios para efectuar diagnósticos de laboratorio, que notifica casos semanalmente.

Venezuela y Haití son los únicos países que todavía no han iniciado campañas nacionales contra el sarampión. En los demás países de América Latina y el Caribe, casi 80% de los menores de 15 años han recibido una dosis de vacuna antisarampión en los últimos tres años.

Tanto Estados Unidos como Canadá han establecido metas para la eliminación del sarampión. En 1993, los casos de sarampión notificados en Estados Unidos alcanzaron el nivel más bajo de la historia: 312 (1,4 por millón), y con las leyes de ingreso escolar se garantizaba una cobertura superior al 95% de los escolares con la vacuna antisarampionosa.

En Canadá también se adoptó la meta de eliminar los casos autóctonos de sarampión para el año 2005. Sin embargo, dos años después, a pesar de que la cobertura de vacunación excede del 97%, continúan produciéndose epidemias como resultado de una combinación de factores, principalmente la falla primaria de la vacuna. Los demás casos son, en su mayoría, de personas no vacunadas y se producen en localidades con una cobertura documentada de vacunación contra el sarampión del 99,7%. Estos indicios vinculan la mayoría de los casos a la importación del exterior o de una provincia a otra.

El GTA formuló las siguientes recomendaciones en cuanto al sarampión:

**Casi todos los países de la Región ya se han fijado una meta para la eliminación del sarampión.** Se podría respaldar la labor de cada país con una iniciativa regional de eliminación de esta enfermedad. Una iniciativa de este tipo podría ayudar a resolver interrogantes relativos a la vigilancia de las enfermedades febriles y exantemáticas, el diagnóstico de laboratorio y estrategias de vacunación más eficaces para interrumpir la transmisión. Es necesario continuar los esfuerzos para alcanzar y mantener la cobertura de vacunación más alta posible.

### **TETANOS NEONATAL: El enemigo silencioso**

El tétanos neonatal es endémico en 15 países de América Latina excepto Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay. El número anual de casos notificados ha aumentado a pesar de la mejora de los sistemas de vigilancia.

El objetivo del Programa de Eliminación del Tétanos Neonatal es acelerar el control con la inmunización de todas las mujeres en edad fértil que viven en distritos considerados de alto riesgo. De los 12.500 distritos en los países donde el tétanos neonatal es endémico, 16% (2.002) han sido designados zonas de alto riesgo.

En 10 países de las subregiones Andina, de América Central y de América del Norte, el 41% de la población destinataria (alrededor de 6.600.000 mujeres en edad fértil) ha recibido dos dosis de toxoide tetánico (TT). La proporción de mujeres en edad fértil que han sido vacunadas, por país, se situaba entre el 14% y el 98%. En los otros cinco países donde el tétanos neonatal es endémico se ha usado la misma estrategia, pero no se dispone de datos confiables.

El porcentaje de casos notificados de tétanos neonatal que

son objeto de una investigación exhaustiva aumentó del 43% al 89% entre 1990 y 1993. Sin embargo, todavía hay que mejorar la calidad de los datos, especialmente en cuanto a la atención prenatal de la madre y sus antecedentes de vacunación.

Quedan pendientes tres tareas importantes: 1) hay que mejorar la investigación epidemiológica, averiguando los antecedentes de vacunación de la madre y obteniendo información sobre las consultas prenatales; 2) como parte de la vigilancia epidemiológica, se deben indicar los asentamientos nuevos de personas que hayan migrado y considerarlos como zonas que podrían ser de riesgo; 3) hay que llevar un registro correcto de los datos sobre la vacunación de las mujeres en edad de procrear que viven en zonas de alto riesgo.

### **DIFTERIA: Resurge un viejo problema**

En 1993 se notificaron 355 casos de difteria en la Región, que representan una reducción del 96% en comparación con 1977, año en que se notificaron 7.900 casos. Eso se puede atribuir principalmente al aumento de la cobertura de vacunación con la tercera dosis de DTP, que de 1978 a 1993 pasó del 20% al 78% de los menores de 1 año en América Latina y en los países angloparlantes del Caribe.

En 1993 se produjo una epidemia de difteria en Ecuador. Entre fines de julio de 1993 y mediados de agosto de 1994 se notificaron 210 casos (13 en 1993 y 197 en 1994) en la provincia de Pichincha, incluida Quito. La epidemia se propagó al resto del país. En abril se inició la vacunación de adultos, ya que 74% de los casos eran personas mayores de 15 años, en comparación con sólo 13% durante los 10 años precedentes. En epidemias de difteria que se produjeron recientemente en la Federación Rusa y en Ucrania se observó una distribución similar por edades.

Como en más del 40% de los municipios de América Latina la cobertura con DTP es inferior al 80%, la prioridad actual es extender la cobertura de vacunación de cada cohorte de recién nacidos y disminuir las tasas de deserción. Las deliberaciones se centraron en los siguientes puntos principales: es necesario fortalecer la vigilancia de la difteria y disponer de servicios de confirmación en laboratorio para detectar cualquier cambio que se produzca en la incidencia y en la edad de los casos; se debe informar y alertar a los médicos sobre la importancia de esta enfermedad, sus características clínicas y el manejo correcto de los casos; se debe promover la notificación y se debería exigir la confirmación de los casos en laboratorio. En caso de epidemia, a fin de contenerla se debe realizar una campaña de vacunación masiva con DTP, TD o Td de las personas de la edad afectada y de otros grupos de alto riesgo. Es necesario certificar regularmente los laboratorios nacionales que producen vacunas DTP y DT, a fin de garantizar sus procedimientos de control de calidad.

# Brote de sarampión en Huehuetenango, Guatemala

*En abril y mayo de 1994 se produjo un brote de sarampión, de 190 casos, incluidas cuatro defunciones, en tres municipios (Todos Santos, Huehuetenango y Chiantla) del Area de Salud Huehuetenango, en Guatemala. Los promotores de salud rurales avisaron inicialmente a la organización no gubernamental Médicos sin fronteras, la cual informó a la Jefatura del Area de Salud. Según la información proporcionada, tres pueblos del municipio de Todos Santos parecían ser el centro del brote. El 27 de mayo de 1994 se informó sobre el brote a la unidad coordinadora del PAI del Ministerio de Salud de Guatemala.*

## Municipio de Todos Santos

Varios funcionarios de la Jefatura del Area de Salud Huehuetenango se trasladaron al municipio de Todos Santos y confirmaron que en mayo de 1994 se habían producido 29 casos, entre ellos una defunción, que se ceñían a la definición de caso clínico de sarampión. Los afectados habían sido menores de 10 años.

Los datos disponibles sobre la cobertura de vacunación en éste municipio indican que 64% de los niños de 1 a 14 años habían recibido una dosis de vacuna antisarampionosa durante la campaña de vacunación masiva de 1992 y 1993. Según los datos relativos a los menores de un año, la cobertura era del 62%.

El primer caso del municipio de Todos Santos se produjo el 1° de mayo de 1994, aproximadamente. Ninguno de los casos notificados había sido vacunado contra el sarampión. Los niños afectados no habían sido vacunados principalmente debido a objeciones de índole religiosa. Frente a este brote, el personal de salud tomó medidas de control y vacunó a todos los menores de 15 años, independientemente de sus antecedentes de vacunación. Los habitantes de la localidad recibieron muy bien la oportunidad de vacunarse, ya que temían contraer la enfermedad.

## Municipio de Huehuetenango

Una investigación ulterior reveló que un recluta había fallecido debido a una infección secundaria por neumonía en un hospital de la base militar situada en el municipio de Huehuetenango. La investigación reveló también que los médicos militares habían diagnosticado 94 casos de enfermedades febriles y exantemáticas con características clínicas compatibles con sarampión. Del total de pacientes con sarampión, 25 tenían fiebre y exantema en el momento de la investigación.

En el primer caso del municipio de Huehuetenango, el exantema se presentó el 6 de abril de 1994, 51 días antes que se notificara a los servicios del Ministerio de Salud de Guatemala. La investigación del brote reveló que las tropas habían estado en tres pueblos del municipio de Todos Santos.

A fin de controlar el brote de sarampión en esta guarnición, se inició de inmediato la vacunación de todo el personal

militar, que fue desmovilizado hasta que pasó la epidemia. Todos los casos activos fueron derivados al hospital para su tratamiento.

## Municipio de Chiantla

Se intensificó la búsqueda activa de casos presuntos de sarampión en toda el Area de Salud Huehuetenango. En cinco localidades del municipio de Chiantla se encontraron 67 casos adicionales de fiebre y exantema, con una defunción. Sin embargo, sólo nueve casos presentaban exantema compatible con la definición clínica de sarampión.

Los datos recogidos en la localidad indican que los casos se produjeron entre las semanas epidemiológicas 20 y 23 (del 16 al 29 de mayo de 1994). El 1° de junio se inició en el municipio de Chiantla una operación de barrido sanitario para vacunar a todos los menores de 15 años.

## Resumen del brote

La gráfica 1 muestra la curva epidémica del brote: el nivel máximo se alcanzó durante las semanas epidemiológicas 19 y 20 (del 4 al 16 de mayo de 1994).

Se obtuvieron 19 muestras de sangre de casos presuntos de sarampión del Area de Salud Huehuetenango. En 12 (63%) de las muestras analizadas se encontró IgM contra el sarampión.

Se conoce la edad de 187 de los 190 casos notificados. La mayoría de los casos tenían de 15 a 44 años (gráfica 2).

A partir de la semana 24 no se han notificado casos confirmados de sarampión en estos tres municipios. Continúa la búsqueda activa de casos, así como las medidas de control del brote. Las autoridades sanitarias guatemaltecas se han mantenido en estrecho contacto con funcionarios mexicanos, pero hasta la fecha no se han notificado casos conexos en México.

En el informe de la investigación preparado por la Jefatura del Area de Salud Huehuetenango se llega a la conclusión de que el brote de sarampión de Guatemala comenzó a principios de abril de 1994, principalmente en soldados que no habían sido vacunados. El 52% de los casos notificados correspondieron a personal militar. La mayoría de los casos se produjeron entre las semanas epidemiológicas 18 y 21 (del 11 al 27 de mayo).

En el informe se llega a la conclusión de que las tropas de esta guarnición constituían un foco de personas susceptibles e introdujeron el virus en pueblos rurales de las proximidades, donde la baja cobertura de vacunación de los menores de 15 años facilitó la transmisión del sarampión.

Otra de las conclusiones del informe es que no hay coordinación entre los servicios del Ministerio de Salud y de las fuerzas armadas, motivo por el cual el brote no se detectó oportunamente y el sarampión continuó propagándose.

(continúa en la página 8)

# Casos notificados de ciertas enfermedades

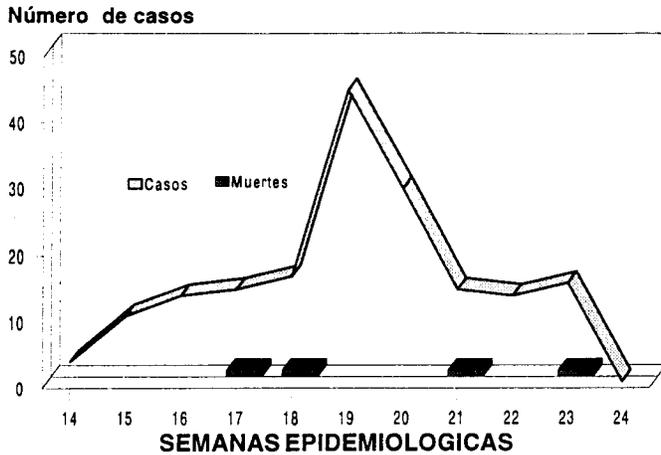
Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1° de enero de 1994 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1993 por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Reportados		Confirmados		1994	1993	No Neonatal		Neonatal		1994	1993	1994	1993
		1994	1993	1994	1993			1994	1993	1994	1993				
<b>AMERICA LATINA</b>															
<b>Región Andina</b>															
Bolivia	25 Jun.	...	...	577	223	0	0	...	...	12	8	5	4	34	38
Colombia	23 Jul.	...	...	68	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	31 Ago.	...	...	1 942	...	0	0	...	...	...	...	472	...	...	...
Perú	31 Ago.	...	...	272	...	0	0	63	...	88	...	34	...	1 030	...
Venezuela	13 Ago.	...	...	1 680	...	0	0	...	...	6	...	0	...	416	...
<b>Cono Sur</b>															
Argentina	09 Jul.	316	...	44	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	18 Jun.	83	...	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	30 Jul.	76	...	56	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	12 Mar.	...	...	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
Brasil	18 Jun.	...	...	428	...	0	0	423	...	76	...	120	...	1 495	...
<b>Centro América</b>															
Belice	27 Ago.	27	6	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	13 Ago.	193	440	30	158	0	0	2	...	0	...	...	...	9	...
El Salvador	23 Jul.	7 913	77	0	34	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	23 Jul.	227	247	204	13	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	20 Ago.	10	85	1	11	0	0	8	...	3	...	0	...	2	...
Nicaragua	23 Jul.	638	372	1	316	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	23 Jul.	21	227	2	90	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	27 Ago.	835	...	108	106	0	0	85	103	52	65	0	0	139	118
<b>Caribe Latino</b>															
Cuba	28 Mayo	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	25 Jun.	...	...	296	1 486	0	0	...	...	4	0	1	4	9	5
<b>CARIBE INGLES</b>															
Antigua & Barbuda	27 Ago.	2	0	0	0	0	0	...	1	...	...	...	...	...	...
Bahamas	27 Ago.	4	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Barbados	27 Ago.	28	3	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Dominica	27 Ago.	7	8	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	27 Ago.	16	3	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	27 Ago.	7	1	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	27 Ago.	58	36	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal/Nieves	27 Ago.	4	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	27 Ago.	2	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	27 Ago.	16	9	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	27 Ago.	12	1	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	27 Ago.	17	2	0	0	0	0	...	6	...	0	...	0	...	2
<b>NORTEAMERICA</b>															
Canadá	26 Feb.	...	...	198	187	0	0	1	6	...	0	0	4	2 302	6 777
Estados Unidos	30 Jul.	...	...	777	...	0	0	21	...	...	...	0	...	1 761	...

... No se dispone de datos.

# Brote de sarampión

## MORBI-MORTALIDAD DE CASOS DE SARAMPION, HUEHUETENANGO, GUATEMALA SEMANAS 14-24, JUNIO 1994



Fuente: Jefatura del Area de Salud, Huehuetenango, Ministerio de Salud de Guatemala

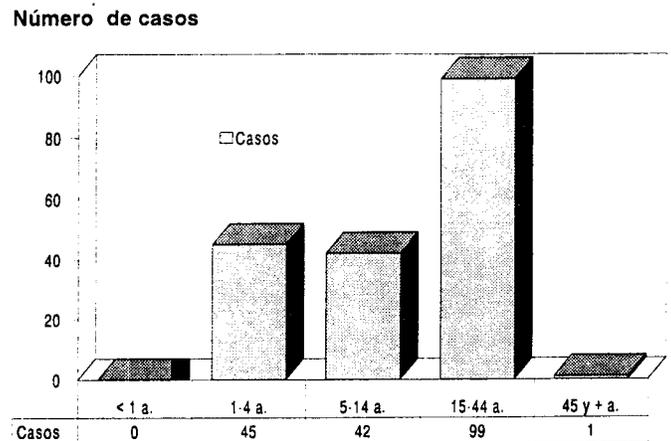
### Nota de la Redacción:

Este es un informe excelente que proporciona información importante sobre la epidemiología del sarampión en América Central. De la experiencia guatemalteca se pueden sacar las siguientes conclusiones generales:

1. Este brote pone de relieve la importancia de que la municipalidad vigile regularmente la cobertura de vacunación y de que se organicen campañas de barrido en los municipios con baja cobertura después de una campaña de vacunación masiva.
2. Los grupos que se niegan a vacunarse contra el sarampión por motivos religiosos corren un alto riesgo de infección. Se debe realizar un esfuerzo para informarles sobre las actividades de eliminación del sarampión e impulsarles a que vacunen a sus hijos.

3. Debido a la alta transmisibilidad del virus del sarampión, las personas que viven en comunidades cerradas densamente pobladas, como guarniciones, podrían correr un riesgo mayor de contraer sarampión. Se debe considerar la posibilidad de vacunar sistemáticamente contra el sarampión a los reclutas nuevos.
4. Se necesita una buena colaboración y comunicación entre distintos grupos para mejorar el control del sarampión y eliminarlo a la larga. Es indispensable coordinar mejor las actividades del Ministerio de Salud, las escuelas, el sector privado y las fuerzas armadas.

## DISTRIBUCION DE CASOS DE SARAMPION SEGUN GRUPO DE EDAD HUEHUETENANGO, GUATEMALA SEMANAS 14-24, JUNIO 1994



Fuente: Jefatura del Area de Salud, Huehuetenango, Ministerio de Salud de Guatemala

Fuente: Jefatura del Area de Salud Huehuetenango y División de Vigilancia y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, Guatemala.

El Boletín Informativo del PAI se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) 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 Ampliado de Inmunización  
Programa Especial de Salud Materno-infantil  
y Población  
Organización Panamericana de la Salud  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.