EPIDEMIOLOGIA

BOLETIN

Subsecretaría de Salubridad
Dirección General de Epidemiología

VOLUMEN 1, No. 2
1 DE MARZO, 1981

Centro de Documentación e Información en Epidemiología CEDI

CONTENIDO:

INFORME DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE UN BROTE DE POLIOMIELITIS EN EL ESTADO DE YUCATAN. 1980 1
TAREAS DE LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA 6
REPORTE SOBRE HEPATITIS VIRAL ... 7

INFORME DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE UN BROTE DE POLIOMIELITIS EN EL ESTADO DE YUCATAN. 1980.

Entre enero y octubre de 1980 se habían presentado 87 casos de poliomielitis en el estado de Yucatán.

Los datos más importantes en relación con este problema se presentan en seguida:

Incidencia por localidades

La enfermedad había hecho su aparición en 45 poblados; sin embargo, la ciudad más afectada fue Mérida, en donde se presentaron 27 casos (31.0%); en otras siete localidades, 23 casos en conjunto (26.4%); y en 37 comunidades, un caso en cada una de ellas (42.5%).

Incidencia por edades

El grupo etáreo más afectado fue el de menores de dos años, con un porcentaje de 71.2; los casos restantes se presentaron en niños entre 2 y 6 años de edad.

Incidencia según meses del año

Se observaron casos en los distintos meses; sin embargo, se puede afirmar que el brote epidémico se inició en abril y continuó hasta septiembre.

Cuadro No. 1
Incidencia de casos de poliomielitis en Yucatán
Enero–Octubre de 1980

MESES	No. Casos	%
Enero	4	4.6
Febrero	4	4.6
Marzo	2	2.3
Abril	9	10.4
Mayo	7	8.0
Junio	6	6.9
Julio	16	18.4
Agosto	16	18.4
Septiembre	19	21.8
Octubre	4	4.6

Estudio de los factores que han contribuido a la aparición del brote

– El estudio de 25 casos vistos en Mérida mostró que todos tenían sus domicilios ubicados al sur de la ciudad, en colonias con deficiente saneamiento ambiental.

– Por lo que respecta al estado vacunal, se encontró que el 16.7% no había sido vacunado, el 27.8% había recibido una dosis de vacuna Sabin, el 22.2% dos dosis y el 33.3% tres dosis. Considerando al total de casos de la entidad, el porcentaje con 3 dosis se elevó a 40.2.

En Mérida, las dos terceras partes de los casos eran derechohabientes del IMSS y el resto estaban controlados por la SSA. El análisis del estado vacunal de los casos en los derechohabientes, mostró que había predominio con dos o tres vacunas en los niños asegurados, respecto a los no asegurados, sin que las diferencias porcentuales fueran estadísticamente significativas.

– El hecho de que se hayan observado tantos casos de la enfermedad en niños con vacuna antipoliomielítica, hizo necesario llevar a cabo un estudio de la red fría, encontrándose que la mayoría de los refrigeradores funcionaban, pero que era muy difícil controlar las temperaturas debido a que los termómetros no eran adecuados, que había mala estiba del biológico y que frecuentemente los refrigeradores se usaban para la conservación de alimentos.

– El estudio de la cobertura de vacunación en la población susceptible mostró que, para 1979, *las coberturas reales para los niños menores de 4 años fueron del 11.3% para la ciudad de Mérida y de 5.6% para todo el estado.*

Estos porcentajes se obtuvieron al comparar, en 1979, la población estimada de menores de 4 años, con el total de dosis programadas; esta comparación se llevó a cabo en la ciudad de Mérida y en todo el estado. Dada la importancia de esta información, se presentan en el siguiente Cuadro las cifras comparadas.

Cuadro No. 2
Cobertura de vacunación en menores de 4 años en el estado de Yucatán y en la ciudad de Mérida. 1979.

AREA GEOGRAFICA	Población estimada de menores de 4 años	% Programado para recibir vacuna*	Coberturas reales
Estado de Yucatán	116 480	15 %	5.6%
Mérida	30 000	18.7%	11.3%

*En cifras absolutas, el total de vacunados fue de 146,480 y de 30,000 para todo el estado y para Mérida, respectivamente.

Con las cifras presentadas previamente, se puede establecer que el cúmulo de susceptibles alcanzó cifras muy elevadas. La programación de la vacunación antipoliomielítica para 1980 fue semejante a la de 1979.

La Dirección General de Epidemiología hizo las siguientes recomendaciones a la Jefatura de Servicios Coordinados en el Estado de Yucatán:

1. Programar a la mayor brevedad posible tres fases masivas de vacunación con vacuna Sabin oral en el grupo de dos meses a cuatro años, llevada a cabo en forma indiscriminada y que la primera de las fases debería realizarse antes de que terminara la primera quincena de septiembre. Además, se recomendó que estas fases tuvieran una duración máxima de cinco días, con las siguientes opciones:

   a) En todo el estado.
   b) En las cinco localidades que durante el año de 1980 han presentado el mayor número de casos.
   c) Unicamente en la ciudad de Mérida.

   Que estas fases podrían realizarse únicamente en el grupo de dos a veintitrés meses, ya que éste era el grupo más afectado, siendo las opciones a, b y c válidas también para esta sugerencia.

2. Mejorar y revisar constantemente la red fría a todos los niveles; dar un adiestramiento al personal encargado del biológico; hacer extensivo a todas las unidades de la necesidad de tener una gráfica donde se registran las temperaturas diarias de las unidades de refrigeración y que éstas no se utilizaran para almacenar alimentos.

(Continúa en la Pág. 6)

INFORMACION E

CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMI

ESTADO ID

19

	ENTIDADES	DIFTERIA**		FIEBRE TIFOIDEA**		HEPATITIS INFECCIOSA**		BLENORRAGIA**		INFLUENZA**	P
		CASOS		CASOS		CASOS		CASOS		CASOS	
		EN LA SEMANA	ACUMULADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMULADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMULADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMULADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMULADO EN EL AÑO
1	Aguascalientes	0	0	3	41	9	143	35	405	820	14986
2	Baja California Norte	0	0	27	171	38	382	92	1192	48	743
3	Baja California Sur	0	0	4	16	23	181	37	336	834	5446
4	Campeche	0	0	0	116	2	62	34	476	65	678
5	Coahuila	0	2	54	564	80	575	215	2319	2555	16808
6	Colima	0	0	0	28	56	199	147	394	145	619
7	Chiapas	0	0	64	259	70	359	153	1308	1227	7214
8	Chihuahua	0	0	17	234	134	684	99	3311	2956	16910
9	Distrito Federal	0	0	237	1674	816	5242	518	3040	17641	70545
10	Durango	0	0	0	114	12	90	58	935	3850	23238
11	Guanajuato	0	0	56	593	133	823	72	946	4514	29959
12	Guerrero	0	0	16	328	6	178	80	902	1631	97
13	Hidalgo	0	1	1	46	63	358	34	328	2066	8122
14	Jalisco	0	1	35	497	104	855	117	1097	6557	32753
15	México	0	0	2	248	22	423	26	206	1445	9002
16	Michoacán	0	0	16	399	21	274	135	1158	1783	10306
17	Morelos	0	0	10	188	57	339	57	794	2249	49289
18	Nayarit	0	4	6	80	27	126	20	237	937	4134
19	Nuevo León	0	0	34	580	57	706	109	1334	24546	137888
20	Oaxaca	0	0	7	298	63	542	85	1420	438	7060
21	Puebla	0	0	24	507	40	322	124	1139	2403	14788
22	Querétaro	0	0	13	150	22	166	43	345	1406	11054
23	Quintana Roo	0	0	5	73	13	157	23	579	184	2283
24	San Luis Potosí	0	1	40	361	47	345	20	299	2403	11066
25	Sinaloa	0	0	22	204	106	469	92	828	4438	19728
26	Sonora	0	0	23	404	137	1018	207	2040	5109	35776
27	Tabasco	0	0	101	995	29	183	82	591	1277	10571
28	Tamaulipas	0	1	30	469	139	808	104	993	5215	25611
29	Tlaxcala	0	0	2	79	2	66	3	84	270	1780
30	Veracruz	0	0	41	420	143	1315	296	2258	2388	14285
31	Yucatán	0	0	3	71	80	521	34	426	589	4472
32	Zacatecas	0	0	31	493	11	79	18	190	1	309
	Subtotal Estados										
	TOTAL	0	10	924	10700	2562	17990	3169	31810	101992	607018

UENTE:

* Casos Reportados por la Dirección General de Epidemiología.
* Notificaciones a la Dirección General de Epidemiología, Boletines e Informes Semanales: D.G.S.C.S.D.E. (Semanas 50 y 51), IMSS (Semana 48) e ISSSTE (Seman

DEMIOLOGICA

LES HASTA LA SEMANA No. 51

ICANOS

IOMIELITIS*		RABIA HUMANA*		SARAMPION**		SIFILIS**		TETANOS**		TOSFERINA**	
CASOS		CASOS		CASOS		CASOS		CASOS		CASOS	
LA ANA	ACUMU-LADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMU-LADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMU-LADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMU-LADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMU-LADO EN EL AÑO	EN LA SEMANA	ACUMU-LADO EN EL AÑO
2	3	0	0	6	451	10	107	0	0	0	8
0	1	0	0	1	159	24	444	0	2	1	25
0	4	0	0	1	76	6	86	0	5	0	19
0	24	0	0	0	284	13	178	1	14	2	27
0	13	1	3	17	347	31	304	0	10	2	60
0	4	0	0	2	94	5	66	0	10	0	10
1	23	0	2	10	698	39	242	0	29	19	365
0	4	1	6	7	192	23	567	0	1	1	42
0	16	0	5	82	3374	418	2166	2	18	39	615
0	9	0	0	21	624	30	327	0	1	0	49
0	81	0	1	28	2594	16	256	1	21	14	374
	17	0	4	6	430	11	266	1	42	2	439
0	15	0	2	10	774	6	87	1	15	3	207
2	38	0	2	14	1327	27	340	0	12	1	83
0	37	1	16	3	285	13	175	0	9	3	102
0	33	0	4	9	993	26	153	0	15	6	183
0	10	0	5	5	328	11	225	0	4	2	168
0	9	0	0	6	224	19	117	0	9	1	41
0	12	0	1	9	752	93	1047	0	9	1	57
0	5	0	5	24	1266	17	391	2	34	9	515
0	6	0	6	26	1837	42	253	1	16	7	392
0	5	0	1	9	718	12	91	0	1	2	71
0	9	0	0	2	928	6	93	0	9	2	39
0	20	0	1	10	917	1	67	0	25	1	91
0	49	0	1	14	454	9	188	1	57	1	112
0	7	0	0	5	2298	50	609	2	25	4	278
0	16	0	1	11	672	11	92	1	25	0	31
0	24	0	0	4	1104	25	173	0	20	4	116
0	0	0	1	0	238	0	17	0	0	2	32
0	34	1	4	26	2798	58	453	7	84	13	348
0	83	0	2	5	814	15	126	1	43	4	84
0	5	0	1	33	949	8	121	0	3	5	143
5	616	4	74	406	28999	1075	9827	21	568	151	5126

3. Hacer la revisión de la población por vacunar, ya que era evidente que se estaban programando cifras inferiores a las reales.

4. Que se mejorara la coordinación con las otras instituciones del Sector Salud, con el fin de favorecer una mejor vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles.

TAREAS DE LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

La actual Dirección General de Epidemiología fue creada en diciembre de 1936 y es una de las más antiguas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Llama la atención que en aquel entonces, la sustentación legal, teórica y administrativa para que se creara este organismo, contenía un claro concepto de lo que hoy se entiende por vigilancia epidemiológica. Es interesante que haya nacido casi con la misma Secretaría, y que, incluso, su formación sea previa a la integración de los Departamentos de Salubridad y de la Secretaría de Asistencia, para constituir lo que actualmente es la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y que haya perdurado a través de los años, con distintos nombres y bajo distintas circunstancias, de su evolución política y administrativa.

La DGE tuvo distintas variantes, tanto en lo relativo a su dependencia como en lo que se refiere a alguna de sus atribuciones, pero substancialmente ha conservado íntegra su estructura. En algún momento de su historia, no muy lejana todavía, se llamó Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias, y entonces tenía a su cargo la administración de muchos programas verticales. Algunas de estas atribuciones todavía son de la competencia de la DGE, debido a algunas circunstancias fundamentalmente de carácter administrativo, pero todos quienes han participado en el proceso de desarrollo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, han procurado realizar la integración de las actividades que se otorgan directamente al público, a través de los servicios fijos de salud, es decir, a los Servicios Coordinados y a la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, reservándose la función normativa.

El marco legal en que actúa la Dirección General de Epidemiología es muy amplio y variado. Antiguas y diversas normas de diferente jerarquía, desde la Constitución hasta decretos de todas las épocas, constituyen la base legal para su funcionamiento; hay una serie de disposiciones y reglamentos que señalan que específicamente debe realizar las funciones que está tratando de llevar a la práctica y que se pueden enumerar como sigue:

a) La DGE tiene a su cargo la tarea de normar, establecer y promover la vigilancia epidemiológica nacional en el sentido más amplio de la palabra. Es muy pertinente aclarar que la vigilancia epidemiológica deben realizarla todos, y fundamentalmente los servicios aplicativos. Esta Dirección General constituye el vértice de la pirámide enorme de información y de actividad que se llama *vigilancia epidemiológica.*

b) En consecuencia, el mantenimiento del diagnóstico de salud en forma actualizada, es otra de sus funciones en la cúspide de este sistema de vigilancia epidemiológica de carácter nacional.

c) Otra función es desarrollar las investigaciones que se crean pertinentes, promoverlas, o bien, coordinarlas, tendientes al mejor conocimiento de los problemas de la propia Dirección y de la marcha de sus programas.

d) Su gran tarea sustantiva es normar y elaborar programas, pero debe entenderse que a una

agencia ubicada en el centro, no le sería posible realizar todo este quehacer; si bien la emisión de normas de epidemiología es función de la DGE, corresponde a los Servicios Coordinados la ejecución de los programas. Resulta evidente que la planeación de éstos tiene que ser un proceso que parta de la base; es inconveniente que se siga planeando a nivel nacional, y a veces en dos o tres lugares diferentes, para que la conclusión sea que, a la hora de aplicar los programas en el campo, éstos no tengan nada que ver con la realidad que están viviendo los servicos.

e) Le corresponde, asimismo, desarrollar y promover los servicios de epidemiología. Claro que es deseable ir —aquí sí— de arriba hacia abajo y, por lo mismo, una de sus principales preocupaciones son los servicios de epidemiología de las jefaturas estatales.

f) Por último, son de su competencia la serie de actividades consistentes en servir como Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en lo que toca a enfermedades transmisibles, a través del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, al que pretende convertir, con la mayor eficacia posible, en un organismo con tareas diagnósticas, turnando las de investigación, propiamente dicha, a otros organismos que ya han sido habilitados para este fin.

Por servicios no se entiende tampoco la jefatura de Coordinados, sino los establecimientos en el nivel local, de donde deben partir, absolutamente, toda la información y todos los datos. Por ejemplo, si se trata de vacunar, ¿quién va a saber cuál es el número de susceptibles y con qué recursos cuenta para aplicar determinado número de inmunizaciones, si no es la persona que allí, a nivel local, conoce exactamente estos datos?

Conviene señalar un hecho importante: a la DGE le interesa, fundamentalmente, que sus programas tengan una alimentación de información de la base de esta pirámide; porque, al fin y al cabo, para esto son todas las acciones: la de diagnóstico, de vigilancia epidemiológica, de investigación, etc., esto es, para recoger datos, planear los programas y posteriormente evaluarlos.

REPORTE SOBRE HEPATITIS VIRAL
¿Vacuna contra la Hepatitis B.?

Desde hace aproximadamente una década, se viene trabajando activamente en conseguir una vacuna inocua y efectiva contra la hepatitis B. Luego de los trabajos clásicos del científico estadounidense Krugman y sus cols., que abonaron el terreno por los años de 1970 a 1973, se han producido marchas y contramarchas en los estudios e investigaciones en torno a este problema.

En octubre de 1980, la revista médica *The New England Journal of Medicine* comenta un ensayo clínico controlado en una población de alto riesgo (homosexuales), en donde se evalúa la eficacia de una vacuna inactivada para la hepatitis B.

Este artículos afirma que a los dos meses, el 77% de las personas vacunadas tenían altos niveles de anticuerpos. Este porcentaje se incrementó al 96% con una dosis de refuerzo. También se destaca que sólo se produjo del 1.4 al 3.4% de infección subclínica en los vacunados, en contraposición al 18-27% de los que recibieron un placebo. Sólo se produjo fiebre en un 2.6%, e inflamación del brazo —sitio de aplicación del biológico— en un 15.8%.[1]

El mismo profesor Krugman acaba de anunciar en Copenhague —según cable de la agencia noticiosa EFE— el 1 de diciembre de 1980, acompañado en esta ocasión por el investigador francés

Netter, importantes logros en la inmunización activa contra la hepatitis viral. Ambos dictaron una conferencia, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anunciando "resultados prometedores", asegurando, además, que se produjo alrededor de un 90% de inmunizados en los pacientes a los que se les administró la vacuna, lo cual es perfectamente coherente con la publicación citada. Esto último contradice la afirmación de A. J. Zuckerman, quien tres meses antes, en julio del mismo año, refiriéndose a los experimentos, decía: "para la aplicación de éstas al ser humano en condiciones satisfacotrias de seguridad, aún exige numerosos estudios".[2]

En lo referente al control epidemiológico, la hepatitis viral aún es un problema de salud pública en América; en muchos países se disponen de escasos datos. En México los informes disponibles hasta la semana 45 (del 2 al 8 de noviembre de 1980), indican 1,589 casos menos que los notificados a la misma fecha de 1979. Se registraron 2,922 en contraposición a 4,511 casos acumulados en 1979, según datos proporcionados por el Departamento de Información Epidemiológica, dependiente de la Dirección General de Epidemiología de la SSA.[3] En síntesis, en los últimos tiempos se ha llegado a comprender mejor la epidemiología, la patología, la inmunología y la naturaleza de las infecciones causadas por estos virus; y, por otra parte, el mejor diagnóstico específico de hepatitis A y B, ha dado lugar al descubrimiento de otra forma de hepatitis humana.

Elaborado por: DR. LUIS JORGE DAMONTE B. De la D.G.E.

1 Wolf Szmuness y cols. "Demonstration of Efficacy in a Controlled Clinical Trial in a High-Risk Population in the United States –*The New England Journal of Medicine*– Massachusetts Medical Society – Vol. 303. No. 15-1980.

2 Zuckerman, A.J.: "Los Tres Tipos de Hepatitis Vírica. Humana". *Bol. of. Sanit. Panam.* 89, (1) 16-38, 1980.

3 *Informes Semanales de Enfermedades Transmisibles.* Dirección General de Epidemiología. SSA. Dic. 1980

ERRATAS: En el Núm. 1, del boletín, Pág. 3, primer párrafo, que describe la sintomatología del DENGUE, agréguese "dolor retroocular", síntoma característico y casi siempre presente. En la pág. 6, Cuadro No. 1: la media de Oaxaca es 2.1 y no 11.7; Cuadro No. 2: renglón de Chiapas, los casos de 1978 son 36 y no 38, los de 1980 son 9672 y no 9572; en el mismo cuadro, en el renglón de Yucatán, los casos de 1979 son 831 y no $31.

EPIDEMIOLOGIA.– Boletín publicado por la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Los datos estadísticos contenidos en este número son provisionales, basados en notificaciones recibidas en la DGE de las dependencias de la Dirección General de Servicios Coordinados, la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de otras instituciones, según el artículo 112 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos vigente, reglamentos, normas y convenios respectivos. En consecuencia, podrán verse modificados parcial o totalmente por notificaciones y ajustes ulteriores.

La DGE acepta la participación de epidemiólogos y cualquier persona o institución que desee comunicar, a través de este órgano informativo, cualquier evento epidemiológico estudiado, como brotes, epidemias, análisis de situaciones específicas, estudio de casos individuales, etc. Toda correspondencia deberá ser enviada a: DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. DR. JORGE FERNANDEZ DE CASTRO, DIRECTOR.– Dr. Francisco de P. Miranda 177.– México 19, D. F.