

de una novela de Charles Dickens, mientras que la enfermedad de Minamata (intoxicación mercurial) debe su nombre a la bahía natural de Japón donde se produjo la enfermedad. El síndrome HELLP, que es un acrónimo de los términos en inglés (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, y bajo recuento de plaquetas), incorrectamente lo escriben como síndrome de Hellp, y le atribuyen al Dr. Hellp (que no existe) una descripción que no hizo. Es corriente el uso coloquial en el área de quirófano expresiones como: pásame una quelí (pinza de Kelly), ponle un doyen o un farabé (un separador de Doyen o uno de Farebeuf), trae una Sawasaquí, entre otros.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
2. Navarro FA. Diccionario Crítico de dudas inglés-español de medicina. 2ª edición. Madrid: MC. Graw-Hill Interamericana; 2005.
3. Medicina Clínica. Manual de Estilo. Barcelona: Doyma, 1993.
4. Ballesteros Fernández A. El lenguaje de los médicos. El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. 2003;892-10. <http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/lenguajemedico.htm>.
5. Navarro FA. El nuevo Diccionario de la Real Academia Española. Su repercusión sobre el lenguaje médico. Med Clin (Barc.). 1993;101:584-590.
6. Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española. Nueva gramática de la lengua española. Volumen I y II. Madrid: Espasa Libros, S.L.U; 2009.
7. Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española. Ortografía de la lengua española. Madrid: Espasa Libros, S.L.U; 2010.
8. Massson SA. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Décima tercera edición. 1992. Reimpresión 2003.
9. Martínez Ramos D. El lenguaje científico en cirugía. Una asignatura pendiente. Cirugía Española. 2006;79(2):83-88.

Gac Méd Caracas 2012;120(3):246-250

Avances hacia la interrupción de la transmisión del polio virus salvaje a nivel mundial. Enero 2011- marzo 2012

Traducción por el Dr. J M Avilán Rovira

En enero de 2012 la finalización de la erradicación de la polio fue declarada una emergencia programática para la salud pública global por la directiva de la Organización Mundial de la Salud (1). A pesar del gran progreso alcanzado desde el inicio de la “iniciativa para la erradicación global de la polio” (GPEI, por sus siglas en inglés) en 1988, la circulación del poliovirus nativo salvaje (WPV, por sus siglas en

inglés) continúa en tres países (Afganistán, Nigeria y Pakistán). La India no ha reportado un caso de polio desde enero de 2011 y ha sido considerada libre de polio desde febrero de 2012. Este informe resalta el progreso hacia la erradicación global de la polio durante enero de 2011 y marzo de 2012.

El número de casos de polio reportados globalmente decreció un 52 %, de 1 352 en 2010

a 650 en 2011. Estos 650 casos incluyen 341 (53 %) reportados en cuatro países con polio endémica (Afganistán, India, Nigeria y Pakistán), 230 (35 %) en países previamente libres de polio en los cuales importaciones de WPV restableció la transmisión por ≥ 12 meses (Angola, Chad y la República Democrática del Congo), y 79 (12 %) en nueve países afectados por brotes. Comparado con 2010, los casos de WPV aumentaron en 2011 en Afganistán (69 %), Nigeria (66 %) y Pakistán (27 %), pero disminuyeron en India (98 %). Durante enero y marzo de 2012, un 59 % menos de casos fueron reportados a nivel mundial (hasta el 15 de mayo), comparado con el mismo período en 2011 y todos los casos en 2012 han sido reportados en Afganistán. Chad, Nigeria y Pakistán. A pesar de que el progreso hacia la erradicación de la polio fue substancial en 2011, la persistente circulación de WPV en 2012, particularmente en Nigeria y Pakistán, plantea una amenaza contra los esfuerzos de la erradicación, enfatizando la necesidad por medidas de emergencia en los países afectados por la polio y aquellos a riesgo de brotes por importación.

Cobertura rutinaria de vacunación

Para fines de 2010, el último año para el cual se dispone de datos, la cobertura de vacunación infantil con 3 dosis de polio oral trivalente (rOPV, por sus siglas en inglés) a los 12 meses de edad fue estimada en 86 % globalmente, 79 % en la Región Africana, 93 % en la Región de las Américas, 96 % en las Regiones Europea y del Pacífico Occidental, y 77 % en la Región del Sudeste Asiático (2). Sin embargo, la cobertura continúa variando substancialmente entre países y dentro de cada país.

Actividades suplementarias de inmunización

En 2011, se realizaron 302 actividades suplementarias de inmunización (SIAs, por sus siglas en inglés) en 53 países. Estas campañas se realizan durante cortos períodos (días a semanas) en partes seleccionadas del país, durante los cuales una dosis de vacuna polio oral (OPV por sus siglas en inglés) se administra a todos los niños (generalmente menores de 5 años), tengan o no historia previa de vacunación.

Las SIAs incluyeron 145 días de inmunización nacional, 130 de días de inmunización dentro del país, 17 días de salud para los niños y 10 rondas de limpieza. Geográficamente las SIAs incluyeron 57 (19 %) SIAs en los cuatro países endémicos, 51 (17 %) SIAs en los tres países con transmisión restablecida,

61 (20 %) SIAs en los nueve países previamente libres de polio afectados por brotes siguientes a la importación (China, República de África Central, Congo, Costa de Marfil, Gabon, Guinea, Kenya, Mali y Niger), y 133 (44 %) SIAs preventivas en 38 países sin casos de WPV reportados durante 2011. Se estiman 2,35 miles de millones de dosis de OPV fueron administradas a 430 personas, especialmente niños menores de 5 años. De estas dosis de OPV, 41 % fueron rOPV, 5 % fueron OPV monovalente tipo 1 (OPV 1), 1 % fueron OPV tipo 3 (OPV 3) y 53 % fueron OPV bivalente tipos 1 y 3 (bOPV). En respuesta a brotes con casos en personas mayores de 5 años, durante las SIAs se ubicaron personas ≤ 39 años de edad, en áreas de China y en la totalidad de la población, en áreas de la República Democrática del Congo.

Vigilancia de poliovirus

La transmisión de WPV se monitorea rutinariamente mediante la vigilancia para los casos de parálisis flácida aguda (AFP, por sus siglas en inglés) y los exámenes de heces en laboratorios acreditados de la OMS. La vigilancia de los casos de AFP se monitorea utilizando indicadores estándar para la sensibilidad (tasa de AFP no polio) y la muestra oportuna y adecuada de heces adecuada (3). Esta vigilancia se realiza en países con transmisión de WPV actual o reciente, con una tasa de AFP no polio de ≥ 2 casos por cien mil habitantes menores de 15 años y con una adecuada recolección de muestras de heces, de al menos el 80 % de los casos de AFP. Todos los países afectados con polio recibieron una vigilancia de la actuación en 2011, a nivel nacional, a excepción de Costa de Marfil. Sin embargo, los tres países con transmisión restablecida y ocho de los nueve países con brotes de WPV en 2011 tenían una proporción substancial ($>20\%$) de su población viviendo en áreas con sistemas con niveles inadecuados de vigilancia (3).

Incidencia de casos de polio nativo salvaje (WPV)

De 650 casos reportados en 2011, 583 (90 %) fueron WPV1 y 67 (10 %) fueron WPV3, una reducción de 52 % y 22 %, respectivamente, comparado con 2010. Durante enero-marzo de 2012, 52 casos (43 WPV1, ocho WPV3 y uno mixto WPV1/WPV3) fueron reportados globalmente, lo que representó un 63 % de reducción de casos WPV1 y un 31 % de reducción de casos WPV3 a nivel mundial, comparado con el mismo período de 2011. En los países con polio

endémica, Afganistán y Nigeria, más casos de WPV se reportaron en cada uno de ellos, durante enero-marzo 2012, en comparación con el mismo período en 2011; en Pakistán, el número de casos disminuyó durante el mismo período. Desde agosto de 2011 el WPV3 ha sido reportado solamente en áreas del norte de Nigeria y en áreas tribales de administración federal de Pakistán. Un caso reciente de WPV3, con comienzo de parálisis, fue reportado el 3 de agosto de 2011 en Guinea.

Países considerados con polio endémica en 2011

Afganistán En 2011, fueron reportados 80 casos (todos WPV1), un incremento del 69 % pues en 2010 se reportaron 25 casos (17 WPV1 y ocho casos WPV3). Para el 15 de mayo de 2012, seis casos WPV1 fueron reportados entre enero y marzo del mismo año, en comparación con un caso WPV1, reportado en el mismo período de 2011.

India Un caso de WPV1 se reportó en Bengal Occidental en enero 2011, lo que representa una disminución de 98 %, pues en 2010 se reportaron 42 casos WPV1. Ningún caso, ni aislamientos de WPV en muestreo ambiental han sido reportados en la India, entre enero 2011 y febrero 2012.

Nigeria En 2011 se reportaron 62 casos (47 WPV1 y 15 WPV3), lo que representa un 66 % de aumento, en comparación con 21 casos (ocho WPV1 y 13 WPV3) reportados en 2010. Durante enero-marzo 2012, se reportaron 28 casos (21 WPV1 y siete WPV3), en comparación con ocho casos (seis WPV1 y dos WPV3), reportados en el mismo período en 2011. Para el 15 de mayo de 2012, dos casos adicionales de WPV1, de comienzo en abril, fueron reportados, el más reciente de los cuales presentó comienzo de parálisis el 7 de abril. El foco de transmisión en Nigeria incluye estados del noroeste (Sokoto/Samfara), del norte central (Kano/Karsina/Jigawa) y del nordeste (Borno/Yobe/Bauchi).

Pakistán En 2011 se reportaron 198 casos (196 WPV1 y dos WPV3), un 27 % de aumento en relación a los 144 casos (120 WPV1 y 24 WPV3) que se reportaron 2010. Durante enero-marzo 2012 se reportaron 15 casos (13 WPV1, uno WPV3 y uno mixto WPV1/WPV3), comparados con 36 casos WPV1 reportados durante el mismo período de 2011. Para el 15 de mayo del corriente año, se reportó un caso adicional de WPV3 con comienzo de parálisis el 18 de abril. Todos los casos WPV3 reportados desde enero de 2011 lo fueron por la Agencia Khyber, en

áreas de administración tribal federal. De septiembre de 2011 a febrero de 2012 no se detectaron casos WVP3 en Khyber; los casos WPV1/WPV3 y los casos WPV3 ocurrieron allí en marzo de 2012.

Países con transmisión restablecida

Angola En 2011 se reportaron cinco casos WPV1, una reducción del 85 % de los 33 casos WPV1 reportados en 2010. La última señal de transmisión restablecida fue un grupo de cuatro casos WPV1 en la provincia sureña de Kuando-Kubango durante enero-marzo de 2011. El caso más reciente de WPV1, en julio de 2011, en la provincia norteña de Uige, fue consecuencia de una nueva importación desde la República Democrática del Congo. Mientras en 2011 se reportaron dos casos WPV1, no han habido reportes de casos nuevos hasta mayo de 2012.

Chad En 2011 se reportaron 132 casos (129 WPV1 y tres WPV3), un 80 % de aumento en comparación con 26 casos (11 WPV1 y 15 WPV3) reportados en 2010. Durante enero-marzo de 2012, y hasta el 15 de mayo, se han reportado tres casos WPV1, en comparación con 36 casos (33 WPV1 y tres WPV3) reportados en el mismo período de 2011.

República democrática del Congo En 2011 se reportaron 93 casos en comparación con 100 que fueron reportados en 2010, todos WPV1. En 2011 ocurrieron dos brotes genéticamente distintos. Uno de 79 casos WPV1, entre enero y septiembre, en las provincias occidentales fue el resultado de importaciones desde Angola y otras partes del mismo país. El otro de 14 casos WPV1 en provincias del este, representa transmisión restablecida originaria de Angola en 2006 y circulación continua dentro del mismo país, desde 2008 o tal vez antes. No se han reportado casos hasta mayo de 2012, en comparación con 42 casos en el mismo período de 2011.

Países afectados por brotes

En 2011 ocurrieron globalmente 11 brotes por WPV, incluyendo nueve brotes nuevos y dos brotes más, que señalaron transmisión desde 2010 (WPV3 en Mali y WPV1 en el Congo), hasta 2011. Los nueve brotes nuevos en 2011 ocurrieron la China occidental y en siete países de África (WPV1 en Níger, República de África Central, Gabon y Kenya; WPV3 en Costa de Marfil, Mali, Níger y Guinea). En China se registraron 21 casos WPV1 en personas menores de 53 años (edad mediana 19 años), en provincias occidentales por importación de Pakistán. Este fue

el primer brote de WPV reportado en la Región del Pacífico Occidental, desde 1997. De los 11 brotes, ocho fueron interrumpidos (es decir, no se reportaron casos en más de 6 meses), después de haber sido confirmados; dos en la República de África Central y Níger están en observación, pues no se han reportados casos en 3 meses. El brote WPV3 de Mali continuó hasta 2011 y no hubo interrupción dentro de los 6 meses de haber sido confirmado. No se han reportado brotes en 2012 hasta la fecha de este informe.

Reportado por *Polio Eradication Dept, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Global Immunization Div, Center for Global Health; Div of Viral Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases; Rennatus M Mdodo, DrPH, EIS Officer, Div of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention CDC.*

Corresponding contributor :Steve Wassilak, swassilak@cdc.gov.404-639-1867.

NOTA EDITORIAL

El logro más significativo del GPEI durante enero 2011-marzo 2012 fue interrumpir la circulación endémica del WPV en India, considerada libre de polio a partir de febrero de 2012. El éxito en India ha sido atribuido a la aproximaciones creativas del gobierno hindú y sus colaboradores, incluyendo: 1) la movilización en gran escala de recursos humanos y financieros para incrementar la cobertura de actividades suplementarias de inmunización en los niños de las áreas endémicas de alto riesgo y los grupos poblacionales migrantes; 2) introducción de la vacuna polio oral bivalente; 3) mejora de la cobertura de la vacunación de rutina y 4) respuestas rápidas a los brotes nuevos (4). El éxito hindú comprueba la viabilidad técnica de la erradicación global de la polio y ofrece soluciones potenciales para abordar retos operacionales en otros países. Desde 2010 una reducción sin precedentes en los casos WPV3 también ha ocurrido. El uso de la bOPV ha dirigido la reducción desde dicho año. La Agencia Khyber en Pakistán y algunos estados norteros en Nigeria son las únicas áreas donde los casos WPV3 continúan siendo reportados, como resultado de una disminución de la vacunación rutinaria y de la cobertura de SIA en áreas de acceso limitado (5,6).

Los brotes que siguen a las importaciones dentro de países libres de polio plantean una amenaza continuada a la GPEI. Grandes brotes ocurrieron en

la Región Europea y en la República Democrática del Congo en 2010 (7); los brotes en 2011 han sido menores por la dirección oportuna y pronta respuesta con SIAs. El brote de China en 2011 fue prontamente contenido mediante SIAs en gran escala, el incluyó personas hasta 39 años de edad. Personas en grupos de edad adulta han sido afectadas por polio paralítica y altas tasas de letalidad en brotes recientes e incluso, adultos no afectados clínicamente parecen aumentar la transmisión de WPV. Para reducir la escalada y duración de los nuevos brotes, la GPEI recomienda la vacunación de todos los menores de 15 como respuesta inicial de las SIAs. El reestablecimiento de la transmisión ha continuado en algunos países debido a la crónica baja inmunidad de la población (5). Hasta que no se interrumpa la transmisión de WPV en todas las áreas, la amenaza de brotes continuará en países libres de polio, lo cual requiere que todos los países mantengan la vacunación rutinaria, una sensible vigilancia de AFP y una rápida respuesta con SIAs en las importaciones de WPV. La intensiva y continuada transmisión de WPV en el norte de Nigeria plantea un peligro significativo para la importación de WPV y su diseminación en otros países del centro y el oeste africano.

En octubre de 2011, la junta de monitoreo independiente de la GPEI comunicó que el planno estaba en camino para cumplir la meta en 2012, o por poco tiempo después, a menos que los problemas fundamentales fuesen abordados (8). En enero de 2012, la junta ejecutiva de la OMS declaró completa la programación de emergencia de la erradicación de la polio a nivel global (9). En respuesta, cada uno de los países remanentes con endemia o transmisión reestablecida ha desarrollado acciones de emergencia para interrumpir la transmisión del poliovirus, las cuales incluyen mecanismos de supervisión y contaduría comprometiendo los líderes políticos y sanitarios a todos los niveles. Los planes nacionales de emergencia especifican estrategias de vacunación a niños crónicamente perdidos de control, mejorar la calidad de las SIAs en áreas de deficiente funcionamiento y alcanzar niveles de inmunidad para fines de 2012 que impidan la transmisión. Estas estrategias responden a micro-planes inadecuados (planes detallados de planeamiento previos y mapeo a los más bajos niveles administrativos que especifiquen las necesidades y las expectativas diarias de cada equipo), la deficiente selección y desempeño de los equipos de vacunación, debilidades de supervisión, monitoreo inadecuado y rechazo de la vacuna. Se han desarrollado estrategias para acceder a niños en

áreas de conflicto armado. Los planes nacionales de emergencia también diseñan estrategias para identificar, ubicar y vacunar niños de poblaciones migrantes y móviles y mejorar los servicios rutinarios de inmunización, particularmente en grupos de alto riesgo.

Basándose en los planes nacionales de emergencia y con reconocimiento de los retos globales, la GPEI ha desarrollado un plan de acción global de emergencia 2012-2013. Entre los elementos clave se incluye asistir a Afganistán, Nigeria y Pakistán para incrementar significativamente la cobertura de vacunación para fines de 2012 a niveles que interrumpirán la transmisión con prontitud; ayudar a mantener el estado alcanzado en Angola, Chad y la República Democrática del Congo, para interrumpir la transmisión en 2012; implementar un riguroso proceso de contaduría, mediante el cual los trabajadores de la salud y los directivos administrativos podrán monitorear y evaluar las actividades programadas a nivel estatal y distrital y continuar mejorando la coordinación y evaluación de los socios del plan. El CDC ha activado su centro de operaciones de emergencia para mejorar el apoyo a los esfuerzos de erradicación, en asociación con la OMS, el Rotary internacional, el fondo de las naciones unidas, la Fundación de Bill y Melinda Gates, los ministerios nacionales de salud y otras organizaciones pares. Los requerimientos de fondos para el plan de acción global de emergencia en 2012-2013 son de 2,18 mil millones de dólares. La falta suficiente de fondos en la primera mitad de 2012 ha obligado a cancelar y disminuir SIAs críticas en 24 países. La implementación completa de los planes de emergencia nacional se necesita con urgencia o la meta de un mundo libre de polio estará a riesgo.

REFERENCIAS

1. CDC Progress Howard interruption of wild poliovirus transmission Worldwide. January 2010-March 2011. MMWR 2011;60:582-586.
2. World Health Organization. Routine vaccination coverage, 2010. Wkly Epidem Rec 2011;86:509-513.
3. CDC. Tracking progress toward global polio eradication. 2010-2011. MMWR 2012;61:261-269.
4. CDC. Progress toward poliomyelitis eradication-India. January 2010-September 2011. MMWR 2011;60:1482-1486.
5. CDC. Progress toward polio eradication-Africa, 2011. MMWR 2012;61:190-194.
6. CDC. Progress toward poliomyelitis eradication-Afghanistan and Pakistan, January 2010-September 2011. MMWR 2011;60:1523-1527.
7. CDC. Tracking progress toward global polio eradication, 2009-2010. MMWR 2011;60:441-445.
8. Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative. October 2011 report. Geneva, Switzerland, World Health Organization: 2011. Available at <http://www.polioeradication.org/portals/0/document/aboutus/governance/imb/4imbmeeting/imbreportoctober2011.pdf>. Accessed April 25, 2012.
9. World Health Organization Executive Board. Poliomyelitis: Intensification of the global eradication initiative. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012. Available at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130_r10-en.pdf. Accessed April 27, 2012.

Traducción por J M Avilán Rovira del artículo *Progress toward interruption of wild poliovirus transmission-Worldwide, January 2011-March 2012, MMWR/May 18, 2012/Vol 61(19):353-357*. Disponible en MMWR cdc, accedido el 18/05/2012.