



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización
en las Américas

Año XIII Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 1991

Avances del barrido sanitario en Colombia

Durante las dos últimas semanas de junio y el mes de julio, se llevó a cabo la primera vuelta del barrido sanitario en los 199 municipios costeros de Colombia. Este es uno de los más grandes esfuerzos coordinados del sector salud y los organismos miembros del Comité Interagencial (OPS, UNICEF, Rotary y AID).

Información parcial indica que se visitaron 927 232 viviendas, vacunándose a 855 010 niños menores de cinco años de edad que viven en la región costera. Los trece Servicios Seccionales de Salud movilizaron todo su personal, personal voluntario y sus recursos materiales para al-

canzar los más altos porcentajes de cumplimiento en la operación barrido en Colombia (ver Cuadro 1).

Con el fin de consolidar la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en Colombia y evaluar la captación de las familias en relación a la educación sanitaria para prevenir el cólera, se realizará la segunda vuelta del barrido sanitario a partir del 15 de septiembre. Se espera visitar alrededor de un millón de viviendas en los 199 municipios costeros, vacunando aproximadamente un millón de niños menores de cinco años, que representa casi un cuarto de la población total de este grupo etáreo. Se completará esta actividad a fines de octubre.

Cuadro 1. Logros del barrido sanitario en Colombia
Julio 1991
(Datos parciales)

DEPARTAMENTO	Meta menores de cinco años	Meta viviendas	Dosis OPV aplicadas	% niños vacunados	Viviendas visitadas
Atlántico	223 484	236 907	180 085	80,6	208 231
Bolívar	184 035	184 035	182 178	99,0	213 026
César	108 263	108 263	53 191	49,1	64 303
Córdoba	143 884	86 816	132 966	95,9	148 197
La Guajira	51 040	31 040	41 462	81,2	33 632
Magdalena	121 699	121 699	72 750	59,8	90 357
Sucre	71 176	74 177	31 001	**	89 438
Uraba Antioqueño*	35 576	35 576	24 793	69,7	26 348
Islas San Andrés	5 843	5 814	4 870	83,3	5 646
Choco	52 679	52 679	30 136	57,2	24 861
Cauca*	4 879	4 879	9 021	**	—
Nariño*	21 394	21 394	13 390	62,6	13 807
Valle*	39 532	32 415	24 165	61,1	9 386
TOTAL	1 063 484	1 015 695	853 010	80,4	927 232

* Se incluyeron solo los municipios costeros.
** Porcentaje mayor del 100% porque la población fue subestimada.
Fuente: Direcciones Seccionales de Salud, Ministerio de Salud, Colombia.

En este número:

Avances del barrido sanitario en Colombia 1
Vigilancia del sarampión 2
Expertos llaman a la incorporación de la vacuna
contra la Hepatitis B en el PAI 3

Avances en Centroamérica y la Región Andina 4
Casos notificados de enfermedades del PAI 7
35º Consejo Directivo aprueba
"Prioridades para la Acción" 8

Vigilancia del sarampión

Dado el éxito logrado en la campaña realizada en mayo de 1991 por los países del Caribe de Habla Inglesa y Suriname, en la que se vacunó al 92% de los niños entre nueve meses y 15 años de edad de la subregión contra el sarampión, ha llegado el momento de concentrar los esfuerzos en reforzar los sistemas de vigilancia (ver *Boletín PAI*, Vol. XIII, No.4, agosto 1991).

La OPS realizó reuniones en las que se discutieron asuntos operacionales y los criterios y mecanismos necesarios para montar un sistema de vigilancia de enfermedades eruptivas febriles. Los países acordaron que por lo menos a partir del 1° de septiembre de 1991, comenzarían a notificar semanalmente la ocurrencia o no ocurrencia (notificación negativa) de cualquier caso sospechoso de sarampión al CAREC. Se estableció que cualquier caso sospecho constituiría una emergencia de salud pública que requeriría investigación y ejecución de medidas de control y que las actividades de educación y motivación de los trabajadores de salud y el público en general deberían continuar para que ellos notifiquen los casos.

Los países han estado notificando al CAREC todos los miércoles, negativa y positivamente, los casos ocurridos durante la semana epidemiológica anterior. Además, el informe incluye el número acumulado de casos bajo investigación y confirmados desde el establecimiento del sistema de notificación (1° de septiembre), el número de unidades que deben notificar y el número que notificó durante la semana en cuestión.

El CAREC compila un *Boletín Semanal de Vigilancia del Sarampión* a partir de las notificaciones recibidas. El *Boletín* se distribuye los viernes de la misma semana a todos los países y sirve como mecanismo de retroalimentación al dar información acerca del estado de la vigilancia y los avances hacia la eliminación. A continuación se presenta una copia del *Boletín* correspondiente a la semana terminada el 26 de octubre de 1991. Allí se observa la magnitud del impacto que tuvo el Mes de Eliminación del Sarampión sobre la incidencia del sarampión en los países del Caribe de Habla Inglesa y Suriname.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION VIGILANCIA SEMANAL DEL SARAMPION EN LOS PAISES DEL CARIBE DE HABLA INGLESA Y SURINAME BOLETIN DE VIGILANCIA DEL SARAMPION OPS/OMS

Vol. 1, No. 7 Semana terminada el 26 de octubre de 1991

PAIS	Casos sospechosos notificados			Unidades que notificaron		Casos acumulados			
	sem. 41	sem. 42	sem. 43	Total unidades	% que notificó en la sem. 43	Total	Bajo investigación	Descartados	Confirmados
Anguila	2	0	0	6	100	2	2	0	0
Antigua	0	1	0	8	100	1	1	0	0
Bahamas	1	n/n	n/n	10	-	2	0	2	0
Barbados	n/n	n/n	n/n	8	-	0	0	0	0
Belice	0	4	1	6	100	5	5	0	0
Bermuda	n/n	n/n	n/n	-	-	-	-	-	-
Dominica	n/n	n/n	n/n	-	-	-	-	-	-
Grenada	2	0	0	42	40	2	1	1	0
Guyana	5	2	1	71	94	22	5	17	0
Is. Caimán	0	0	0	10	100	0	0	0	0
Is. Turcas y Caicos	0	0	0	8	100	0	0	0	0
Is. Vírgenes Británicas	0	0	0	10	100	0	0	0	0
Jamaica	2	0	-	43	-	291	11	0	*280
Montserrat	0	0	0	18	100	0	0	0	0
San Cristóbal/Nieves	0	0	0	21	100	0	0	0	0
San Vicente	1	0	n/n	37	-	1	0	1	0
Santa Lucía	n/n	2	6	4	100	8	8	0	0
Suriname	0	0	n/n	31	-	5	4	1	0
Trinidad y Tabago	1	2	4	19	100	19	15	2	2
TOTAL CAREC	14	11	12	352	-	358	52	24	282

- Sin datos

n/n No notificó

* 280 casos confirmados por el Ministerio de Jamaica antes de septiembre de 1991

x El segundo caso notificado por Trinidad se confirmó por pérdida

y El Ministerio descartó el caso de San Vicente como reacción a la vacuna

z El Ministerio descartó el caso de la semana 41 de San Cristóbal

Expertos llaman a la incorporación de la vacuna contra la Hepatitis B en el PAI

A continuación se presentan dos declaraciones recientes que llaman a la incorporación de la vacuna contra la hepatitis B dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

La primera, llamada "Declaración de Manaus", fue producida en ocasión del Simposio Internacional sobre Hepatitis Virales realizado en Manaus, Brasil el pasado abril, donde se presentaron los primeros resultados de la vacunación contra hepatitis B iniciada en agosto de 1989 en la región occidental de Amazonia. Una copia de esta declaración fue enviada a todos los presidentes de los países latinoamericanos en mayo de este año y otra fue remitida a información de la prensa pública.

La segunda, llamada "Declaración de Yaounde", fue consecuencia de la Conferencia Internacional para el Control de la Hepatitis B en los Países en Desarrollo, realizada del 7 al 9 de octubre del presente año en Yaounde, República del Cameroon. La conferencia fue organizada por la OMS y un grupo de trabajo de PATH, quien resolvió incorporar a la Región de las Américas entre las regiones con las que cooperará.

Declaración de Manaus

Señores Excelentísimos Jefes de Estado de Países Latinoamericanos:

El Comité Científico Internacional del Simposio Internacional sobre Hepatitis Virales se dirige a Su Excelencia para exponer la inminente y urgente necesidad de desarrollar acciones de prevención y control de las Hepatitis Virales B; problema médico-social de mayores consecuencias inmediatas y futuras que otras enfermedades como el SIDA o el cólera, ya la Hepatitis B mata más personas en un día que el SIDA en un año y el cólera con medidas de profilaxis, hábitos higiénicos y tratamiento con antibióticos, tiene su cura, mientras que, por el contrario, la Hepatitis B tiene como única alternativa al alcance de la ciencia médica la prevención.

La hepatitis B produce muertes en forma fulminante, cirrosis o cáncer de hígado. Ataca a 400 000 personas por año en América Latina, causando un costo a la salud pública que supera los 300 millones de dólares al año.

Motiva esta dramática presentación la falta de respuesta política a los reiterados llamamientos y recomendaciones formuladas en los últimos diez años por los más diversos Comités Científicos y Asociaciones Profesionales especializadas y ante las graves características que la epidemia está adquiriendo, a punto de transformarse en un flagelo pandémico para América Latina, hecho que resulta inexplicable dada la existencia de vacunas que previenen eficaz y seguramente la enfermedad:

Por tanto, permítanos hacerle llegar a Su Excelencia las siguientes recomendaciones en pro de la salud de los latinoamericanos:

- 1. Iniciar inmediatamente programas de vacunación nacionales, de acuerdo a la característica de cada país.*
- 2. Integrar los programas destinados a niños dentro de las acciones que viene desarrollando el PAI.*

3. Propender el apoyo y desarrollo de todas las acciones científico-técnicas que promuevan dichos programas, intentando alcanzar una conciencia en la población general, que haga factible la vacunación como una forma de contraatacar la enfermedad.

Declaración de Yaounde

Ha llegado el momento de realizar acciones para eliminar una de las mayores enfermedades del mundo. Más de 300 millones de personas están crónicamente infectadas con el virus de hepatitis B y están en alto riesgo de morir de cáncer de hígado o cirrosis. Anualmente, un millón de niños nacidos pueden morir de esta infección.

Hoy es sabido que:

La Hepatitis B es una de las enfermedades más serias del mundo y excede en cantidad a la difteria, tos convulsa, polio, cólera, diarrea por rotavirus y el SIDA.

La infección por virus de Hepatitis B es un problema de los niños, ya que puede matar a sus padres, se adquiere en la niñez y es prevenible por vacunas administradas tempranamente al nacer.

La vacuna contra la Hepatitis B, es la primera contra un cáncer humano, está dentro de las mejores, y la posibilidad de combinarla con otras vacunas administradas en la niñez, hace su utilización más efectiva.

La vacuna contra Hepatitis B puede ser incorporada al PAI; su administración con otras vacunas del PAI no disminuye su eficacia.

El costo actual de la vacuna permite una efectiva incorporación a los programas de salud, un incremento de su uso traerá como consecuencia un descenso de su precio.

Por lo tanto, los participantes de la Conferencia Internacional para el Control de la Hepatitis B en los Países en Desarrollo, realizado en Yaounde, República del Cameroon entre el 7 y el 9 de octubre de 1991,

Declaran que es el momento de realizar acciones para:

- 1. Estimular a los productores de vacunas a producir las al menor precio posible, y además*
- 2. Hacer un llamado al mundo y a sus líderes para:*
- 3. Reconocer la importancia, especialmente en niños, de la infección por Hepatitis B y sus secuelas.*
- 4. Reconocer el derecho de todos los niños a la protección contra la infección por el virus de la Hepatitis B.*
- 5. Promover el desarrollo de la vacuna contra Hepatitis B combinada con otras vacunas de la niñez.*
- 6. Colaborar en el establecimiento de un fondo global para la compra y distribución de la vacuna.*
- 7. Proveer la vacuna contra Hepatitis B en niños de todos los países como parte del PAI.*

Proporcionado por el Dr. Oscar Fay, Director de la Facultad de Ciencia Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Avances en Centroamérica y la Región Andina

Del 9 al 11 de septiembre en Managua, Nicaragua y del 7 al 9 de octubre en Caracas, Venezuela se llevaron a cabo, la Séptima Reunión Centroamericana y la Tercera Reunión de los Países Andinos para la revisión de las actividades del PAI, la erradicación de la poliomielitis y el control del sarampión. En la reunión centroamericana participaron Haití y la República Dominicana por primera vez y México por ser país fronterizo, y en la Andina participó Brasil.

A continuación se presenta un resumen de las principales conclusiones y recomendaciones de las reuniones:

Coberturas de Vacunación

Todos los países presentaron proyecciones de coberturas vacunales en niños menores de un año para 1991. Para la Región Andina y Brasil son superiores a las alcanzadas en 1990, con excepción del Ecuador. En Centroamérica y México, que en 1990 habían alcanzado los más altos niveles en la historia de los países participantes, las coberturas muestran un descenso durante los primeros seis meses de 1991. Esto se debe, en algunos países, a una falta transitoria de biológicos, lo que demuestra que los gobiernos deben asegurar los recursos financieros en sus presupuestos nacionales para la compra de los insumos indispensables al Programa.

A excepción de Costa Rica y Haití, los países presentaron coberturas por municipio (México, por primera vez presentó datos por jurisdicción). Más del 50% todavía presenta coberturas por debajo del 80%, o sea, una proporción importante de niños continúan viviendo en áreas de alto riesgo. Bolivia, para mejorar coberturas, ha instituido un premio de participar en eventos internacionales al director de Distrito (Municipio) que logre las mejores coberturas.

Erradicación de la poliomielitis

Poliovirus Salvaje

Si bien no se han confirmado casos por aislamiento de virus salvaje en Centroamérica y en México desde octubre de 1990, se han confirmado siete casos en la Subregión Andina en las primeras 39 semanas de 1991, todos los poliovirus aislados fueron P1 y autóctonos según los estudios de secuencia genómica: seis de Colombia y uno de Perú. Los aislados en Colombia se ubicaron en cuatro localidades de los Departamentos de Atlántico y Bolívar, el último detectado en abril de 1991. El aislado en Perú fue localizado en el Departamento de Piura en Febrero de 1991. Los poliovirus salvaje aislados este año, todos P1, parecen indicar que los tipos 2 y 3 han sido erradicados de la Región.

Laboratorios

El laboratorio del INCAP había recibido 1 020 muestras de heces durante 1991, lo cual representa un incremento importante en comparación con las 765 muestras recibidas en 1990. Los resultados de aislamiento viral arrojan tasas de aislamiento de 37% para muestras de los casos y 48% para contactos. El 18% de aislamiento correspondió a poliovirus (vacunales) y el 82% a otros enterovirus, tanto para casos como para contactos. Los resultados han sido informados a los países en menos de cuatro semanas en 96% de las muestras.

Hasta la semana 39 de 1991, el laboratorio de referencia FIOCRUZ había recibido 197 muestras de casos de Perú y 79 de Bolivia, con tasas de aislamiento de enterovirus de 25% y 40%, respectivamente. El 65% de los resultados entregados a los países se efectuó en los primeros 43 días después de la recepción de las muestras.

Durante este mismo período, el Instituto Nacional de Salud de Colombia había recibido 131 muestras de casos de Colombia y 45 de Ecuador, con tasas de aislamiento de 27% y 23%, respectivamente. Un 98% y 91% de las respuestas fueron entregadas antes de los 43 días.

El Instituto Nacional de Higiene de Venezuela procesó 99 muestras de pacientes y un 91% de los resultados fueron devueltos antes de los 43 días.

Para acelerar la capacidad de respuesta, se propone que, para el próximo año los laboratorios de Colombia y Venezuela estén en capacidad de efectuar la diferenciación intratípica de los poliovirus.

Los problemas que aun persisten tienen que ver con la calidad de las muestras (sobre todo volumen y recipientes inadecuados, fichas epidemiológicas incompletas, falta de notificación previa de los envíos de muestras, falta de cumplimiento de las normas de selección de contactos (se han tomado muestras de contactos mayores de cinco años o de niños recientemente vacunados), y con deficiencias en la entrada de datos al sistema de información.

Búsqueda activa

Cada caso encontrado durante las búsquedas activas, que no haya sido notificado por el sistema regular de vigilancia, debe ser investigado adecuadamente para la identificación de las causas por las cuales no se notificó en el momento de la ocurrencia. Se hizo hincapié en la necesidad de complementar el sistema de vigilancia de las parálisis flácidas con búsquedas activas periódicas en las áreas de mayor riesgo a través de análisis de los registros o expedientes de los establecimientos de salud, certificados de defunción o durante los barridos sanitarios. Estas actividades pueden ser llevadas a cabo con el personal de salud, líderes comunitarios, estudiantes y voluntarios. Estas búsquedas deben ser utilizadas para la detección de casos de tétanos neonatal, sarampión y cólera. México, Guatemala, El Salvador, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú presentaron experiencias de búsqueda activa.

Debido a que los últimos casos de poliovirus salvaje aislados se presentaron en regiones fronterizas de Perú y Ecuador, y de Colombia y Venezuela, las actividades de coordinación fronteriza asumen una gran importancia en este momento. Es así que se realizaron actividades de búsqueda activa conjuntas en los servicios de salud de la frontera entre Colombia y Venezuela y en varias comunidades fronterizas en esta región. Se realizaron visitas semanales a establecimientos de salud y se extendió la red de notificación negativa, además de una revisión conjunta del sistema de notificación semanal. Además, se buscó la identificación de los flujos migratorios en esta zona fronteriza. Se han realizado reuniones en Paraguaipoa, Cúcuta y San Cristóbal, con comunicación cruzada en presencia de casos. Se han intercambiado biológicos de un país a otro y se han realizado actividades de vacunación conjunta en varias comunidades indígenas al norte de Colombia. Brasil realizó extensa búsqueda de casos en el Estado de Amazonas y realizó una reunión de coordinación e intercambio de in-

formación con Colombia. En septiembre de 1991 se realizó la Primera Reunión Interfronteras entre Bolivia, Perú y Chile, siguiendo una iniciativa del Rotary Internacional. Aunque en Ecuador y Perú se han realizado importantes acciones fronterizas individuales, se recomienda el desarrollo de actividades conjuntas en el futuro.

Indicadores de vigilancia

La red de notificación negativa de parálisis flácidas agudas en la Subregión Andina está compuesta por cerca de 3 000 unidades de salud. Entre un 70% y un 80% de la red está notificando semanalmente, con excepción de Perú y Colombia, cuyo indicador es 38% y 59% respectivamente. Es necesario mencionar que hay países como Costa Rica y Nicaragua que tienen que mejorar la notificación semanal negativa y la búsqueda activa de casos, así como la notificación de los mismos en los primeros quince días de inicio de la enfermedad.

Hay que cuidar que la incidencia de parálisis flácidas agudas en niños menores de 15 años, se mantenga por arriba de 1 por 100 000. Factores como la presencia del brote de cólera, sumado a una cierta complacencia que puede estar ocurriendo en algunos países frente a la disminución de casos confirmados de poliomielititis, el mejoramiento de los casos probables y la disminución de casos como la meningitis bacteriana que podrían haber entrado en el sistema anteriormente, podrían contribuir a una disminución de este indicador. La reorganización administrativa en algunos países, y el proceso de descentralización que vive la Región puede también tener alguna influencia, en especial por la falta de definición de los diferentes niveles de supervisión en la fase inicial de este proceso.

Todos los países de la Región Andina han mostrado avances en la toma de muestras de cinco contactos de los casos, con niveles superiores al 55% en Ecuador, Perú y Venezuela. Bolivia y Colombia todavía necesitan hacer esfuerzos adicionales para mejorar este indicador, el cual está alrededor de 31% y 21% respectivamente. En Centroamérica y México, solo el 33% de los casos tienen por lo menos cinco muestras de contactos adecuadas, con variaciones importantes en los varios países.

El hecho más preocupante en cuanto a los indicadores de vigilancia epidemiológica, se refiere a la lenta mejoría en la toma de dos muestras adecuadas dentro de las dos primeras semanas de inicio de la parálisis. En Centroamérica, el indicador aún fluctúa en el 50% de los casos. Bolivia, Ecuador y Perú han progresado, llegando por arriba del 65%, pero Colombia y Venezuela todavía se mantienen por debajo del 50%. Esto es muy preocupante, especialmente en Colombia y Perú, donde se han detectado los poliovirus salvajes. Pero ya que ningún país podrá ser certificado de la interrupción de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje sin la documentación de que se tomaron dos muestras de heces, que fueron transportadas adecuadamente a los laboratorios de la Red, es de suma importancia que todos los países hagan todos los esfuerzos para mejorar este indicador.

Barridos sanitarios

Se discutió la utilización de las experiencias de los barrios casa a casa para reforzar las acciones del control del cólera. Siguiendo experiencias de Colombia (ver *Boletín AI*, Vol. XIII, No 4, Agosto 1991) y más recientemente Guatemala y El Salvador, se decidió sobre la implementación de "barridos sanitarios" en el resto de los países con la visita casa a casa en las áreas de mayor riesgo de cólera y de bajas coberturas de vacunación. En estas visitas se aprove-

charía la oportunidad para vacunar niños y mujeres en edad fértil además de la búsqueda activa de casos de parálisis flácida, tétanos neonatal y casos de diarrea aguda en jóvenes y adultos, con la necesaria educación sanitaria sobre las medidas de prevención del cólera.

Colombia reaccionó enérgicamente ante la aparición de los últimos casos con aislamiento de poliovirus salvaje, visitando casa por casa en 199 municipios de la costas Atlántica y Pacífica, lográndose vacunar alrededor de un millón de niños menores de cinco años en la primera ronda y cuyos datos parciales para la segunda ronda se muestran en la página 1.

En el Perú se realizó la operación barrido en 83 distritos del país, vacunándose en la primera ronda a 420 612 niños menores de cinco años. En 40 de los distritos se desarrollaron acciones conjuntas de operación barrido y cólera, con la distribución de paquetes de sales de rehidratación oral, además de la difusión de mensajes de prevención.

En Venezuela se alcanzaron, en las operaciones de barrido realizadas en el primer semestre de 1991, casi el total de vacunaciones que se realizó en el total de estas operaciones durante todo 1990.

Encuestas de heces

En Perú se tomaron 579 muestras en 15 distritos. Se obtuvieron seis aislamientos de P1 salvaje, 32 enterovirus no polio, 28 polio vacunal y 163 negativos. Aún están pendientes de resultados 350 muestras.

En Venezuela se realizaron encuestas de heces en niños de cinco distritos. Los resultados muestran los siguientes aislamientos: dos poliovirus, siete mezclas de poliovirus, 25 enterovirus no polio y 15 están aún pendientes.

En Cartagena, Colombia se ha realizado una encuesta de aguas servidas y de heces en niños, para comparar metodologías en la detección del poliovirus (ver *Boletín PAI*, Vol XIII, No 4, 1991). Los resultados presentados todavía son preliminares; hay aislamientos pendientes de identificar en los laboratorios regionales y el CDC.

Eliminación del tétanos neonatal

Se han registrado e investigado 97 casos de tétanos neonatal en lo que va del año, en los países que acudieron a la reunión Centroamericana. Haití continúa sin un sistema de información para esta enfermedad, y también carece de acciones efectivas de vacunación con toxoide tetánico. Guatemala ha desarrollado amplias medidas de control, aunque su sistema de vigilancia aún se basa principalmente en los registros de mortalidad. En México se estudiaron 66 casos y se desarrollaron medidas agresivas de control en los 97 municipios de riesgo. De las investigaciones se desprende que en Honduras, en tres de los siete casos ocurridos en 1991, las madres asistieron a control prenatal y uno incluso fue producto de un parto institucional; en El Salvador, se notificó un caso de tétanos neonatal en una madre que había recibido tres dosis de toxoide tetánico. Se recomendó profundizar la investigación de este caso.

En general, todos los países andinos han incrementado su vigilancia epidemiológica. Actualmente se han notificado 275 casos de tétanos neonatal para 1991, de los cuales 236 han sido investigados.

Se recomendó que todos los países continúen investigando casos y concentrando las acciones de vacunación en las mujeres en edad fértil que residen en las áreas de riesgo y la eliminación de las oportunidades perdidas de vacunación en los contactos de estas mismas con los servicios de

salud. Además del compromiso de vigilancia activa, se acordó hacer auditoría de casos en hijos de mujeres vacunadas. También se recomendó implementar sistemas de información adicionales, que permitan establecer mejor la situación epidemiológica de cada país.

A continuación se reportan algunas experiencias novedosas presentadas:

Ecuador mostró como aprovechar las oportunidades en que las madres asisten al registro civil para inscribir a sus hijos, para evaluar coberturas e iniciar o completar sus esquemas de vacunación. Esta experiencia, realizada en Los Ríos, será extendida a todo el país.

Bolivia mostró la importancia de involucrar a las parteras empíricas tanto en la vacunación como en la vigilancia epidemiológica. En el momento, en Santa Cruz de la Sierra, existen 250 parteras ya capacitadas; la experiencia será extendida a otras áreas de riesgo dentro del país. Se reconocieron los grandes avances logrados por Bolivia desde la última reunión.

En Colombia debido a la epidemia de cólera y a los focos de circulación del virus salvaje de la polio, no han aumentado las actividades de control de una manera más agresiva como en años anteriores, aunque se continúa trabajando en las áreas de riesgo y se vacunaron 600 000 mujeres en edad fértil durante las Jornadas Nacionales de Vacunación.

En Perú se han iniciado acciones más agresivas que en años anteriores, incorporando la administración de toxoide tetánico en las dos jornadas de vacunación en 1991.

En Venezuela se han realizado vacunaciones casa por casa en toda el área indígena del Estado de Zulia, lo que determinó una reducción de 50% en los casos reportados en 1991 (solo dos casos hasta la semana 38), comparado con los casos reportados en 1990.

Se debe establecer como meta para fines de noviembre de 1991, la elaboración de los Planes de Acción nacionales para el control del tétanos neonatal en todos los países, los cuales ya fueron elaborados en Perú y parcialmente en Bolivia y Ecuador.

Control del sarampión

El aumento de las coberturas con la vacuna antisarampionosa ha permitido un descenso drástico en las tasas de incidencia de esta enfermedad. Pero por tener todavía una proporción alta de municipios con coberturas menores del 80%, siguen apareciendo epidemias con intervalos de cuatro años. Se notó una importante mejoría en los datos presentados, demostrando que todavía el grupo más afectado es el de menores de cinco años y que la vacuna utilizada tiene una buena eficacia.

Se comunicó el plan de eliminación del sarampión de México para 1995 y de Brasil para marzo de 1992. Se recomienda que los países intensifiquen los esfuerzos para alcanzar y mantener coberturas superiores al 90% de los niños, especialmente en los municipios con bajas coberturas.

Eventualmente, el control de esta enfermedad va a necesitar una acción conjunta continental y las experiencias del Caribe Inglés, Cuba y Brasil van a enseñar mucho en cuanto a las estrategias a seguir en el futuro.

Sistemas Locales de Salud (SILOS)

A través de los datos de vacunación es factible medir varios indicadores de la eficiencia de los SILOS. La cobertura alcanzada con la primera dosis de DPT da una repre-

sentación de la accesibilidad de los servicios de salud. El control de las tasas de deserción permite medir la eficacia de varias intervenciones para reducir las oportunidades perdidas de vacunación. La proporción de dosis de DPT aplicadas antes de dos meses de edad o la proporción de dosis de vacuna antisarampionosa aplicadas antes de los nueve meses de edad representa un indicador del cumplimiento por el personal de salud de las normas de vacunación.

Se recomienda que estos indicadores sean analizados por SILOS en los países en que estos están implantados, para desarrollar acciones correctivas cuando se requiera.

Eventos adversos post-vacunales

Existen tres tipos de eventos adversos post-vacunales; los inducidos por la vacuna, los que tienen una causa programática y los que se confunden con eventos coincidentes.

Las causas inducidas por la vacuna son eventos que ocurren en muy baja frecuencia, y cuando ocurren, siempre deben compararse en perspectiva con los daños causados por la enfermedad que se quiere evitar. Los eventos que tienen una causa programática, generalmente errores en la preparación y la administración de la vacuna, deben tener prioridad ya que son evitables y no presentan contraindicación para una futura vacunación. Algunos eventos tienen solo una asociación temporal con la vacunación y son muy difíciles de diferenciar, dado que el grupo de edad que se vacuna es susceptible de tener infecciones congénitas o neurológicas todavía no manifiestas al momento de la vacunación. México presentó el sistema desarrollado desde 1988 para vigilar estos eventos que permitió investigar y corregir los problemas encontrados.

Se recomienda a los países que se empiece un sistema de monitoreo de eventos adversos, a partir de la difusión de información a los trabajadores de salud y complementar con información y educación a la comunidad sobre estos aspectos.

Pertussis

Con el incremento en las coberturas con la vacuna DPT, la tos ferina o pertussis se ha reducido por un factor de diez en la última década en la Región Centroamericana y de cinco veces en la Región Andina.

En los últimos cuatro años en la Región Andina, la tasa de morbilidad se ha estabilizado en menos de 10 casos por 100 000 habitantes y no parece presentar picos epidémicos. Este mismo impacto del programa se observa en la disminución de la tasa de mortalidad.

Los informes presentados por Costa Rica, Honduras y México demuestran que se necesita estandarizar la definición de casos, empezar a recoger datos básicos sobre esta enfermedad (por ejemplo, edad, esquema de vacunación y complicaciones) y confirmar los diagnósticos clínicos en el laboratorio para evitar la captación falsa de casos para lograr una mejor idea del comportamiento epidemiológico.

Participación del Rotary Internacional

Una vez más los países reconocen el grado de compromiso del Rotary Internacional con el programa, lo que se demuestra por la activa participación de miembros de Clubes Rotarios de los países de la Región, su integración a los Comités de Coordinación Interregionales y valioso apoyo en la organización comunitaria para lograr los objetivos del PAI.

Casos notificados de enfermedades del PAI

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1991 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1990, por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión		Poliomielitis #		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		1991	1990	1991	1990	No Neonatal		Neonatal		1991	1990	1991	1990
						1991	1990	1991	1990				
AMERICA LATINA													
Región Andina													
Bolivia	1 jun.	32	136	0	0	1	7	13	11	1	0	13	83
Colombia	15 oct.	7 401	10 603	6	2	62	12	42	104	6	22	685	1 630
Ecuador	5 oct.	1 069	1 272	0	1	50	45	48	49	3	2	401	401
Perú	12 oct.	322	172	0	2	87	136	63	96	2	2	1	14
Venezuela	5 oct.	12 055	7 362	0	0	57	48	22	22	0	0	635	1 033
Cono Sur													
Argentina	28 sept.	17 806	1 084	0	0	25	46	12	4	2	7	1 132	1 391
Chile	12 oct.	1 194	990	0	0	9	17	1	0	16	28	45	50
Paraguay	24 ago.	223	168	0	0	23	42	29	33	1	3	69	53
Uruguay	5 oct.	1 055	13	0	0	3	3	0	0	0	0	41	79
Brasil	7 sept.	20 866	21 615	0	0	723	976	138	163	391	520	3 509	10 058
Centroamérica													
Belice	20 jul.	7	53	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2
Costa Rica	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	27 abr.	355	430	0	0	17	17	4	3	0	0	43	54
Guatemala	14 sept.	138	8 632	0	3	15	35	3	4	1	2	32	41
Honduras	12 oct.	91	8 130	0	0	10	20	9	21	0	0	29	93
Nicaragua	29 jun.	2 365	17 529	0	0	36	22	5	15	0	0	19	220
Panamá	5 oct.	2 117	220	0	0	1	3	3	3	0	0	14	15
México	17 ago.	2 507	68 942	0	7	131	159	30	44	0	0	103	701
Caribe Latino													
Cuba	28 sept.	11	41	0	0	1	4	0	0	0	0	0	22
Haití	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	28 sept.	299	3 477	0	0	35	56	4	12	22	27	10	227
CARIBE INGLES													
Antigua y Barbuda	8 jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahamas	6 jul.	0	52	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	29 jun.	0	21	0	0	4	0	0	0	0	1	0	1
Dominica	29 jun.	2	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Grenada	29 jun.	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guyana	29 jun.	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	29 jun.	280	3 577	0	0	5	4	0	0	1	0	14	1
San Cristóbal/Nieves	29 jun.	5	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y Granadinas	29 jun.	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	29 jun.	6	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	13 jul.	10	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tobago	29 jun.	83	453	0	0	7	6	0	0	1	0	4	1
NORTEAMERICA													
Canadá	31 ago.	5 481	157	0	0	1	1	0	0	0	3	1 124	4 646
Estados Unidos	4 sept.	8 494	21 276	0	0	34	38	0	0	2	2	1 650	2 830

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 43 (terminada el 26 de octubre de 1991).

.. No se dispone de datos.

35° Consejo Directivo aprueba "Prioridades para la Acción"

La XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS,

Habiendo considerado y examinado el informe sobre la marcha de los trabajos presentado por el Director (Documento CD35/15 y ADDs. I y II) sobre la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización y del Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Poliovirus Salvaje en las Américas;

Observando con satisfacción que: se lograron niveles de cobertura de inmunización para los niños menores de un año de edad de un mínimo de 75% para cada una de las vacunas incluidas en el programa (DPT, poliomielitis, sarampión y BCG), siendo éste el nivel más alto jamás logrado en las Américas; la transmisión del poliovirus salvaje ha sido prácticamente interrumpida en el hemisferio, al haberse notificado solo 17 casos en 1990 y apenas dos durante el primer semestre de 1991, y se ha realizado un progreso considerable en cuanto a las estrategias para controlar o eliminar el tétanos neonatal y el sarampión;

Reconociendo que se requerirán esfuerzos importantes para: lograr la erradicación autóctona de la transmisión del poliovirus salvaje en los pocos focos que restan; mantener y aumentar los niveles generales de cobertura de inmunización; controlar o eliminar el tétanos neonatal y el sarampión, e incluir nuevas vacunas en los programas nacionales de inmunización, y

Preocupada por la escasez mundial de vacunas del PAI, particularmente la de sarampión y la de poliomielitis, lo que podría entorpecer los esfuerzos de los países para mantener la cobertura de inmunización ya alcanzada y el control de las enfermedades incluidas en el PAI,

RESUELVE:

Felicitar a todos los Gobiernos Miembros y a sus trabajadores de salud por el progreso logrado hasta el presente, lo que demuestra su alto nivel de compromiso con la salud de los niños de este hemisferio.

Expresar el agradecimiento y solicitar el apoyo continuo de los diversos organismos (AID, UNICEF, BID, Fundación Rotary Internacional y la Asociación de Salud Pública del Canadá) los cuales, junto con la OPS, han brindado un apoyo decisivo a los programas de inmunización y a los esfuerzos nacionales para la erradicación de la poliomielitis.

Felicitar a la Organización por su apoyo destacado y entusiasta a los esfuerzos de los Gobiernos Miembros en la implementación de sus programas nacionales de inmunización y en la erradicación de la poliomielitis.

Instar a los Gobiernos Miembros a que adopten las "Prioridades para la Acción" como se describen en el Capí-

tulo II del informe sobre la marcha de los trabajos (Documento CD35/15), con el fin de asegurar que:

La Cobertura de inmunización sea vigilada por los municipios y que se elimine la pérdida de oportunidades de vacunación;

La totalidad de las vacunas empleadas en el programa se ajuste a los requisitos mínimos de la OPS/OMS;

Los informes semanales negativos sean transmitidos de manera oportuna desde todos los establecimientos de salud que estén incluidos en el sistema de vigilancia, y que la recompensa de la OPS de US\$100,00 para la notificación del primer caso confirmado de poliomielitis de un brote sea ampliamente difundida por todos los países;

Las operaciones "limpieza" sean ejecutadas en forma adecuada, con dos ciclos de vacunación de casa en casa, con un mes de separación, en los cuales todos los niños menores de cinco años de edad que vivan en un área extensa, que generalmente abarca varios distritos, reciban una dosis de OPV en cada ciclo, independientemente de su estado de vacunación anterior;

El sistema de vigilancia registre por separado los casos de tétanos neonatal y post-neonatal, y que los programas de vacunación se ejecuten en aquellos distritos identificados como expuestos al riesgo;

En los presupuestos nacionales de salud y en los planes nacionales de trabajo del PI de 1991-1996, se asignen recursos financieros y humanos al programa.

Solicitar que el Director:

Aplique todas las medidas necesarias para asegurar la interrupción final de la transmisión del poliovirus salvaje en el hemisferio occidental;

Evalúe las estrategias que se emplean en Cuba y en el Caribe Inglés para controlar y eliminar el sarampión, así como también la factibilidad de su aplicación en el resto del hemisferio occidental;

Vigile las actividades para el control del tétanos neonatal en las áreas identificadas como expuestas a riesgo y apoye la ampliación de la vigilancia para comprobar el grado de su repercusión;

Continúe los enérgicos esfuerzos destinados a movilizar los recursos adicionales necesarios para enfrentar los desafíos descritos en el informe sobre la marcha de los trabajos;

Adopte las medidas necesarias para abordar el problema de la escasez de vacunas, con la finalidad de alcanzar la autosuficiencia regional en todos los aspectos de la producción de vacunas y del control de calidad;

Informe sobre el progreso del programa a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo en 1992.

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.

Las referencias 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
Editora Adjunta: Roxane Moncayo Eikhof

ISSN 0251-4729



Programa Ampliado de Inmunización
Programa de Salud Materno-infantil
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
E.U.A.