



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XIII Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1991

Vigilancia de casos de polio compatible

Se habían notificado seis casos confirmados de polio y 24 compatibles a la semana 47 de 1991. La Figura 1 muestra que, con la excepción de Argentina y Nicaragua, todos los países que notificaron casos compatibles (Brasil, México, Guatemala, Colombia, Venezuela, Perú y Ecuador) habían documentado circulación de poliovirus salvaje hace por lo menos tres años.

De los 24 casos compatibles, siete (29%) murieron, seis (24%) se perdieron al seguimiento, y once (46%) tuvieron parálisis residual. Los datos disponibles indican además que, de los 24 casos compatibles, nueve (38%) eran menores de seis años y tuvieron fiebre al inicio de la parálisis, lo que los pone en una situación de riesgo mayor de ser casos confirmados de polio. La Figura 2 presenta la distribución geográfica de los nueve casos compatibles en situación de mayor riesgo. Cabe resaltar que dos de ellos son de Colombia y Perú, donde se documentó transmisión de poliovirus salvaje el pasado año. Uno es del Ecuador donde se documentó transmisión en los últimos dos años y los seis restantes provienen de Venezuela y Brasil, donde se documentó transmisión hace tres años.

Figura 1. Casos de polio compatible
Región de las Américas, 1991*

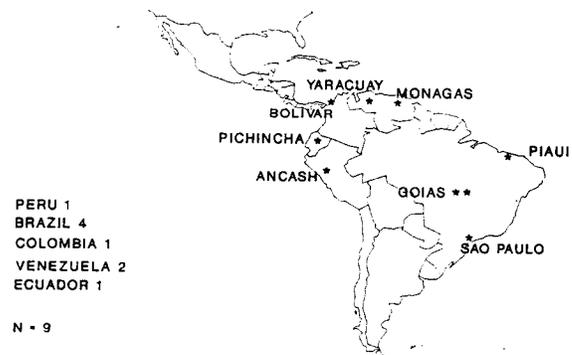


* Hasta la semana 47 de 1991
Fuente: SVEP

La probabilidad de que la parálisis flácida aguda resulta de infección por poliovirus salvaje aumenta si esta ocurre en un niño menor de seis años que tuvo fiebre al inicio de la parálisis y que reside en un área donde la transmisión ha sido recientemente documentada. Es por este motivo que el programa de erradicación ha dirigido atención urgente al refuerzo y mejoramiento de la vigilancia en Brasil, México, Guatemala, Colombia, Venezuela, Perú y Ecuador.

Para certificar que la Región de las Américas está libre de circulación de poliovirus salvaje, la Comisión Internacional de Certificación, establecida por la OPS en 1990, exige que por lo menos tres años después del aislamiento del último poliovirus salvaje de la Región, todos los casos de parálisis flácida aguda se investiguen en 24 horas de notificados y que se tomen por lo menos dos muestras de heces en los primeros 15 días de iniciada la parálisis. Mientras existan casos de polio compatible no se puede descartar la circulación de poliovirus salvaje. Estos representan deficiencias en el sistema de vigilancia y por ende impiden la certificación de la Región como libre de circulación.

Figura 2. Casos de polio compatible menores de seis años
que tuvieron fiebre al inicio de la parálisis
Región de las Américas



* Hasta la semana 47 de 1991
Fuente: SVEP

En este número:

Vigilancia de casos de polio compatible	1
Eliminación del sarampión de Centroamérica	2
Taller sobre el uso de métodos moleculares para la caracterización de los poliovirus	2

Iniciativa de aceleración de la inmunización	3
Grupo Asesor Global plantea el control de la rubéola	4
Octava Reunión del Gerentes del PAI del Caribe	4
Casos notificados de enfermedades del PAI	7

Eliminación del sarampión de Centroamérica

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, en sesión con los Representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se reunió en Roatán, Honduras, del 31 de octubre al 2 de noviembre de 1991. En esta reunión, resolvieron ratificar y oficializar a nivel de la Región Centroamericana, la decisión tomada por los Ministros de Salud de la Región de las Américas en la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en el sentido de eliminar la transmisión autóctona del sarampión a más tardar en 1997.

El Programa Ampliado de Inmunización se inició en 1977 en Centroamérica y desde entonces ha aumentado considerablemente la cobertura vacunal, permitiendo reducciones importantes en la incidencia de las

enfermedades inmunoprevenibles. Considerando la epidemiología del sarampión en la Subregión, se decidió que el plan de eliminación era factible y necesario y que comenzaría en 1992. A este fin, se comprometieron a elaborar a corto plazo Planes de Acción Nacionales que identifiquen los recursos internos y externos que permitirán el alcance de la meta propuesta. También acordaron fortalecer el Comité de Coordinación Interagencial (CCI) del PAI e instar a las agencias internacionales a continuar colaborando a continuar colaborando y aportando los fondos adicionales que permitan a los países cumplir con el compromiso adquirido.

Finalmente, se solicitó a los Presidentes de los países que integran la Región Centroamericana que adquieran el compromiso de eliminación del sarampión para 1997 y que apoyen efectivamente la implementación de los Planes de

Acción Nacionales dentro de una estrategia regional integrada.

A la Organización Panamericana de la Salud:

Ministros de Salud del área acuerdan solicitar 20 millones de dólares para combatir sarampión

ROATÁN, Honduras, 2 de noviembre. Los ministros de Salud de la Región Centroamericana acordaron solicitar 20 millones de dólares para combatir el sarampión en la subregión. La decisión fue tomada durante la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se celebró en Roatán, Honduras, del 31 de octubre al 2 de noviembre.

Los ministros de Salud de la Región Centroamericana acordaron solicitar 20 millones de dólares para combatir el sarampión en la subregión. La decisión fue tomada durante la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se celebró en Roatán, Honduras, del 31 de octubre al 2 de noviembre.



En la gráfica, Perí Engstrand, de Unicef; César Castellanos, ministro de Sanidad Hondureño; César Hernández, de OPS; y Hugo Rodríguez, del PNUD.

El sarampión es una enfermedad infecciosa que causa fiebre, erupción cutánea y, en algunos casos, complicaciones graves como la encefalitis. En la Región Centroamericana, la incidencia de esta enfermedad ha disminuido considerablemente gracias a la implementación del Programa Ampliado de Inmunización. Sin embargo, se estima que aún quedan cerca de 10 millones de personas susceptibles a la enfermedad.



En la reunión se reunió al presidente vicepresidente y secretario del Consejo de Ministros de Salud de la Región en el primer lugar, César Castellanos, luego El Salvador y en el tercer lugar, Perí Engstrand.

Además, se aprobó la decisión de solicitar 20 millones de dólares para combatir el sarampión en la subregión. La decisión fue tomada durante la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se celebró en Roatán, Honduras, del 31 de octubre al 2 de noviembre.

El sarampión es una enfermedad infecciosa que causa fiebre, erupción cutánea y, en algunos casos, complicaciones graves como la encefalitis. En la Región Centroamericana, la incidencia de esta enfermedad ha disminuido considerablemente gracias a la implementación del Programa Ampliado de Inmunización.

Taller sobre el uso de métodos moleculares para la caracterización de los poliovirus

Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, en colaboración con el Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebró un taller de cinco días para estudiar el uso de métodos moleculares para la caracterización de los poliovirus. El taller, que fue atendido por virólogos de todos los laboratorios que integran la Red Regional de Laboratorios para Polio de la OPS, se condujo desde el 28 de octubre hasta el 1º de noviembre de 1991.

Se combinaron presentaciones didácticas con trabajos prácticos de laboratorio. El enfoque principal fue la caracterización de poliovirus por medio de las técnicas de hibridación de sondas de ácido nucleico y reacción en cadena

de polimerasas (PCR). En la Región de las Américas, todos los poliovirus que se aíslan a partir de las heces de pacientes con parálisis flácida aguda se caracterizan en un principio mediante la hibridación de sondas de ácido nucleico específicas a cada cepa. Las identificaciones iniciales se confirman por PCR, utilizando medios específicos a cada cepa de la vacuna y a los principales poliovirus autóctonos de la Región¹. Los virus salvajes que se identifican con estos procedimientos se vuelven a caracterizar haciendo secuencias parciales de los nucleótidos de sus genomas, procedimiento que además identifica las relaciones genéticas entre los aislados².

A estas alturas de la iniciativa de erradicación, la información virológica es muy importante para poder efectuar una vigilancia efectiva. La proporción de enfermedades

paralíticas asociadas con aislamiento de poliovirus salvaje disminuye constantemente en la Región de las Américas, al mismo tiempo que se confirman avances continuos en la vigilancia a nivel de terreno y de laboratorio. Es más, en la actualidad, solo una muy pequeña proporción de los poliovirus que se aíslan es salvaje. La vigilancia a nivel de los laboratorios es un elemento crucial del éxito de las campañas de inmunización que se llevan a cabo en las áreas de alto riesgo. En este sentido, el conocimiento aportado por la definición de la epidemiología molecular de los virus salvajes ha sido fundamental a la identificación de las zonas donde aún circula el poliovirus salvaje autóctono. Estas zonas son objeto de las actividades de barrido y es así como se contribuye en última instancia, al alcance de la meta de erradicación.

A través de este taller, el Programa continúa la descentralización de estas tecnologías avanzadas a los laboratorios que integran la Red y por lo tanto, mejora la calidad de las vigilancias laboratoriales de los poliovirus salvajes. Cabe agradecer especialmente a FIOCRUZ (Fundación Oswaldo Cruz de Brasil) y al CDC por su rol catalizador en el proceso de descentralización de tecnologías.

1. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de poliovirus salvajes en las Américas. Boletín del PAI 1990; 12(5):1-3.

2. Rico-Hesse R, Pallansch MA, Nottay BK, Kew OM. Distribución geográfica de los genotipos de poliovirus salvaje tipo 1. Virology 1987; 160:311-322.

Iniciativa de aceleración de la inmunización



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), firmaron un acuerdo que marca el comienzo de una nueva iniciativa para la salud del niño en las Américas, un programa acelerado de inmunización para el quinquenio comprendido entre 1991 y 1995.

El acuerdo fue firmado en una ceremonia llevada a cabo en la sede de la OPS en Washington, D.C. el 10 de Julio de 1991. El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS y el Embajador James Michel, Administrador de USAID, firmaron el acuerdo de veinte millones de dólares que pretende ayudar a salvar la vida de los niños mediante la aceleración de los programas de inmunización y el control y la eliminación de las enfermedades inmunoprevenibles. Según los términos del acuerdo, OPS y USAID, conjuntamente con las otras agencias que participan, trabajarán en conjunto para ayudar a los países a extender la protección conferida por la inmunización a todos los niños, mediante estrategias como campañas intensificadas y actividades es-

peciales que incorporen al gobierno, agencias no gubernamentales y al sector privado, además de proveer adiestramiento adicional y continuar y expandir los esfuerzos para mantener y aumentar la cobertura de vacunación. También se ampliará la vigilancia con el propósito de asegurar que los brotes que puedan ocurrir se detengan rápidamente. Se considerará además la incorporación de nuevas antígenos como las vacunas contra la rubéola, la parotiditis y la hepatitis B en aquellos países donde estas enfermedades constituyen problemas importantes.

El programa de inmunización infantil, denominado Salud Infantil Fase II, es un programa de cien millones de dólares por un periodo de cinco años, que tiene el propósito de completar la erradicación de la polio en el Hemisferio Occidental, continuar con la disminución en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles, eliminar el sarampión del Caribe, y acercarse a la eliminación tanto del sarampión como del tétanos neonatal en las Américas.

Grupo Asesor Global plantea el control de la rubéola

El Grupo Asesor Global (GAG) del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reunió del 14 al 18 de octubre de 1991 en Antalya, Turquía. Entre las principales conclusiones y recomendaciones, se encontraban algunas dirigidas al control de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC).

A pesar de la limitada información de que se dispone acerca de la epidemiología de la rubéola y el SRC en los países en desarrollo, la OMS tiene conciencia de que ha aumentado el interés en introducir vacunas que contienen el antígeno contra la rubéola en estos sectores del mundo. Existen tres enfoques básicos al control de la rubéola: la vacunación universal de los niños de corta edad, la vacunación selectiva de niñas prepuberales y mujeres susceptibles, o una combinación de estas estrategias. La primera estrategia persigue interrumpir la transmisión del virus de la rubéola, mientras que la segunda busca proteger a las mujeres en edad fértil. Aunque la interrupción de la transmisión alcanzando coberturas altas mediante la administración del antígeno combinado con la vacuna contra el sarampión parece atractiva, este enfoque tiene ciertos riesgos implícitos. Si la cobertura vacunal no es lo suficientemente alta para interrumpir la transmisión, pero solo consigue aumentar la tasa de infección en los grupos de más

edad, existe la posibilidad de que ocurran más casos de SRC que en ausencia de vacunación. Por otro lado, puede ser que la estrategia combinada sea más difícil de implementar debido a las dificultades que presenta el alcance de las poblaciones objeto y a la ineficiencia de vacunar poblaciones que ya pueden haber adquirido inmunidad natural.

EL GAG recomendó que la OMS promueva la investigación de la epidemiología de la rubéola y el SRC en los países en desarrollo y que desarrolle pautas específicas que ayuden a los países en el proceso de decisión de cuáles medidas de control son las apropiadas.

La introducción de la triple viral o la vacuna contra la rubéola en cualquier programa de inmunización debe enmarcarse dentro de una estrategia que persiga controlar principalmente el SRC. Por lo tanto, debe evitarse la inmunización con la triple viral en los países en desarrollo, a menos que exista certeza de que se pueden alcanzar niveles altos de cobertura y que se introduzca la vacunación de mujeres postpuberales en forma simultánea. Para aquellos países que deseen iniciar un programa de control de la rubéola, la estrategia preferida es la vacunación selectiva, haciendo énfasis en la vacunación de grupos en alto riesgo (mujeres postpuberales).

Octava Reunión del Gerentes del PAI del Caribe

La Octava Reunión de los Gerentes del PAI del Caribe se llevó a cabo en Montego Bay del 11 al 15 de noviembre de 1991. Participaron 90 gerentes de 18 países del Caribe de Habla Inglesa, Curaçao, San Marteen, las Antillas Francesas y Suriname, además de personal técnico y administrativo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su Centro Epidemiológico para el Caribe (CAREC). También participaron representantes de las principales agencias que apoyan al programa en la Región, tales como USAID, UNICEF, la Fundación Rotary, el Rotary de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA). Se habían presentes además, representantes de varias agencias no gubernamentales y, por primera vez, del Secretariado de la Comunidad y de las iniciativas de cooperación en salud de Italia y Francia.

Los tres principales objetivos de la reunión fueron evaluar los avances del PAI en los países del Caribe de Habla Inglesa, preparar los Planes de Acción Nacionales para 1992 y explorar todas las avenidas posibles de cooperación futura entre los ministerios de salud y las agencias no gubernamentales para fortalecer al PAI y asegurar el alcance de las metas de eliminación del sarampión y erradicación de la polio.

Esta era la primera vez que las agencias donantes y no gubernamentales podían interactuar con los gerentes del PAI acerca de las posibles vías de cooperación en sus respectivos países. Se considera que esta colaboración de los sectores público y privado es esencial para el alcance de las metas del programa y la iniciativa partió de un esfuerzo conjunto del Secretariado de la Comunidad, CPHA y la OPS.

A continuación se presenta un resumen de las principales conclusiones y recomendaciones que resultaron de la Reunión:

Cobertura de vacunación

Las tasas de cobertura de los 19 países que integran el Caribe de Habla Inglesa y Suriname, se mantuvieron o mejoraron en 1991, comparado con años anteriores para todos los antígenos del PAI.

En años futuros los países deben clasificarse según niveles de cobertura entre el 50 y el 79%, 80 y 90%, o sobre el 90%. Se deben identificar los bolsones de niños no vacunados para realizar actividades de barrido y otras similares que prevengan la acumulación de susceptibles.

Los países que aún no alcanzan el 90% de cobertura deben intensificar sus actividades para alcanzar ese nivel.

Eliminación del sarampión

A excepción de Bermuda, todos los países del Caribe de Habla Inglesa y Suriname, movilizaron sus recursos humanos y materiales con la asistencia de agencias donantes como CPHA, UNICEF, el Rotary Internacional, USAID y la OPS para realizar la campaña denominada el Mes de Eliminación del Sarampión en Mayo de 1991. En esta campaña alcanzaron, en forma simultánea, los niveles de cobertura más altos jamás logrados en el área, llegando a un promedio regional del 91,4% de los niños entre 9 y 15 meses de edad. Se vacunó a más de un millón y medio de niños y la eliminación del sarampión para 1995 aparece como una meta alcanzable. La campaña masiva también pretendía aumentar las coberturas e interrumpir la transmisión del virus. Queda aparente que las actividades de movilización social realizadas ayudaron a educar al público y lograr su plena participación. Se están realizando vacunaciones de barrido en áreas remotas de muchos países y las coberturas ya han superado el 91,4%. Es muy probable que la transmisión se haya interrumpido en varios países, aun-

que esto sólo podrá ser confirmado con actividades de vigilancia reforzadas.

Toda fiebre eruptiva que ocurra de cinco a 15 días después de la administración de la vacuna antisarampionosa debe ser considerada como un efecto adverso y no como un caso de sarampión del cual se deban tomar muestras de sangre. Estos casos deben registrarse en un listado especial de efectos adversos post-vacunales.

Todos los trabajadores de salud deben comprender y utilizar la definición de caso estandarizada. Se hizo hincapié en que los países pueden desear llevar un control de todos los casos de fiebre eruptiva en un listado simple, pero los esfuerzos deben concentrarse solo en aquellos casos que se ajustan a la definición de caso sospechoso de sarampión: enfermedad eruptiva febril con por lo menos uno de los siguientes síntomas; coriza, tos o conjuntivitis. Estos casos deben entrar al sistema, recibir un número de identificación y se les debe completar un formulario de investigación.

Será necesario aumentar la cantidad de unidades notificadoras en la subregión. A este fin, se debe incluir a todo el sector privado e incluir a los pediatras y otros trabajadores de salud que tengan alta probabilidad de ver casos importados.

Se debe mejorar la oportunidad de la notificación semanal.

Se deben iniciar actividades agresivas de barrido apenas se detecte un caso sospechoso. Por el momento se espera que los casos sospechosos con mayor probabilidad de ser confirmados sean aquellos que ocurren en niños no vacunados menores de quince años o en adultos jóvenes. Es por lo tanto crítico que se tomen medidas de control de brotes agresivos cuando se detectan casos con estas características.

Se debe poner énfasis en el registro de todos los datos necesarios en la ficha de investigación de casos y la de laboratorio. La disponibilidad de información completa acerca de los casos permitirá una mejor comprensión de la enfermedad y la toma de medidas adecuadas para ajustar el sistema de vigilancia e implementar las medidas de control.

Se debe continuar con las actividades de movilización social para mantener el interés del público y la vigilancia.

La meta de cobertura debe ser el 100% de los niños menores de dos años de edad. Dada la nueva situación epidemiológica, se debe considerar la administración de vacuna a los 12 meses de edad como mecanismo para aumentar la eficacia de la vacuna.

Erradicación de la poliomielitis

Los últimos casos de poliomielitis de la subregión fueron detectados en Jamaica en 1982. Desde entonces no se han confirmado casos. A pesar de esto, la vigilancia de casos de parálisis flácida aguda (PFA) solo ha empezado recientemente en la mayoría de los países. Se notificaron 14 casos probables en 1991, la mayoría de ellos con antecedentes de haber recibido esquemas completos de vacunación. A la fecha, ninguno de ellos ha sido confirmado como poliomielitis.

Sin embargo algunos de los indicadores de vigilancia necesarios para la certificación aún no han alcanzado niveles satisfactorios:

La tasa de PFA en niños menores de 15 años de edad todavía no alcanza la esperada de por lo menos un caso por 100,000 niños. La tasa proyectada para 1991 oscila alrededor del 0,5 por 100,000, pero es aparente que aún

quedan países que no notifican todos los casos oportunamente.

Solo se tomó muestras de heces dentro de los primeros 15 días del inicio de la parálisis de una pequeña proporción de los casos notificados y es aún menos frecuente que se hayan tomado muestras de contactos.

Es de suma importancia que todos los casos que se detecten en todos los países sean notificados inmediatamente al CAREC para que se pueda establecer la verdadera incidencia y que se tomen dos muestras adecuadas y oportunas y se envíen al laboratorio del CAREC para análisis. Esto será necesario para certificar a la subregión como libre de polio. Se debe hacer énfasis en que los hospitales y los pediatras notifiquen los casos de parálisis flácida aguda que vean. Además, se debe incluir a las enfermeras de control de infecciones intrahospitalarias en los sistemas de vigilancia nacionales.

Rubéola y Síndrome de rubéola congénita

El objetivo principal de la vacunación contra la rubéola es la prevención del síndrome de rubéola congénita (SRC). Un análisis de costo beneficio muestra que los beneficios otorgados por la prevención del SRC compensan los gastos de la inmunización.

Si se reduce la circulación de la rubéola con la vacunación de niños pequeños, entonces los casos son mayores, y algunos ocurrirán en mujeres embarazadas.

Se han llevado a cabo estudios en diferentes lugares del mundo que mostraron diferentes grados de susceptibilidad entre las embarazadas, quienes constituyen el grupo de mayor riesgo. En comunidades isleñas, frecuentemente la susceptibilidad es más alta y las epidemias de rubéola son menos frecuentes. Todos los estudios han encontrado algún grado de susceptibilidad y aún cuando ésta es muy baja, como en Inglaterra donde es del uno al dos por ciento, ocurren casos de SRC. El SRC es prevenible mediante la vacunación y existen tres enfoques para su administración:

Vacunación universal de niños pequeños para interrumpir la transmisión de la rubéola, comúnmente mediante la administración del antígeno con la vacuna antisarampionosa. Este esquema protege a las embarazadas susceptibles porque previene la exposición.

La vacunación selectiva de grupos de alto riesgo. En este esquema se vacuna a las niñas en edad puberal y la vacuna se ofrece a las mujeres susceptibles o se administra después del parto a aquellas mujeres que se determina son susceptibles. Esta estrategia cuenta con la provisión de protección a individuos y puede decirse que desperdicia vacuna ya que se vacuna a personas que ya pueden ser inmunes, pero es de menor costo que la estrategia anterior ya que se vacuna solo a la mitad de la cohorte de recién nacidos de cada año.

La tercera estrategia combina las dos anteriores. Aunque esta estrategia es la más costosa, otorga control de la rubéola y prevención del SRC en la forma más rápida y efectiva, ya que interrumpe la transmisión a la vez que protege a los grupos de alto riesgo.

Muchos de los países del Caribe han estado utilizando la vacuna triple viral (sarampión-parotiditis-rubéola) o la combinada contra el sarampión y la rubéola, aunque no necesariamente como parte de una estrategia a largo plazo de control de la rubéola y el SRC. Se mostró preocupación ante el hecho de que en la actualidad están ocurriendo

brotos de rubéola en varios países del Caribe, todos confirmados por laboratorio. Se hizo un estudio de seroconversión a la triple viral en Santa Lucía en 1991. Fue un estudio colaborativo entre el Ministerio de Salud de Santa Lucía, el CAREC y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, y se realizó con el apoyo de la OPS. El estudio evaluó los niveles de anticuerpos maternos en niños de seis a 15 meses de edad y la seroconversión entre niños vacunados entre los nueve y los 15 meses de edad. Los resultados preliminares de 140 niños dieron tasas de seroconversión del 91%, 87% y 94% para el sarampión, la parotiditis y la rubéola, respectivamente. La seroconversión entre los nueve y los 12 meses de edad varió del 89% al 100% para el sarampión, del 85% al 95% para la parotiditis y del 93% al 100% para la rubéola. Los resultados de este estudio son similares a los obtenidos en otros lugares del mundo y sugieren que se podría lograr una seroconversión un 10% más alta si se vacuna a los 12 meses en vez de a los nueve.

Los países que estén considerando incluir la vacunación contra la rubéola deben asegurarse de reconocer estos riesgos y hacer lo posible por evitarlos.

Es por lo tanto de suma importancia que se evalúe la probabilidad de alcanzar y mantener niveles altos de cobertura y que se identifiquen las posibilidades de establecer un sistema de vigilancia del SRC, antes de iniciar un programa nacional de vacunación contra la rubéola. Es más, se debe seleccionar la estrategia apropiada y se deben identificar las ramificaciones económicas de establecer un programa de control a tan largo plazo.

La OPS y el CAREC deben coordinar y apoyar un análisis profundo de la utilización de la vacuna contra la rubéola en los países del Caribe y la situación epidemiológica actual de la rubéola y el SRC para que cada país pueda formular estrategias apropiadas para su control.

Sistemas de información y vigilancia

Varios países iniciaron la segunda etapa de eliminación del sarampión, la intensificación de la vigilancia, en septiembre de 1991. A la fecha, 19 países notifican semanalmente, existen 350 unidades notificadoras y más del 90% de éstas notifican al CAREC cada semana. A la semana terminada el 2 de noviembre, se habían notificado 385 casos sospechosos al CAREC, de los cuales 282 se han confirmado, 51 se han descartado y 52 están pendientes de clasificación final. Casi todos los casos confirmados eran de Jamaica, donde la epidemia alcanzó el número más alto de casos en mayo de 1991. Es posible que muchos de éstos hayan sido post-vacunales o rubéola. De los 282 casos confirmados, 280 se confirmaron por haberse perdido al seguimiento y solamente los dos restantes se confirmaron por serología. En los últimos dos meses han habido diez países que no han notificado casos sospechosos ni confirmados. El último caso sospechoso de la subregión ocurrió en un individuo que viajó a Trinidad y que posteriormente se perdió a efectos del seguimiento.

El 90% de las unidades notificadoras de la subregión está notificando semanalmente, pero para que el sistema de vigilancia mejore, se requiere más información detallada en los formularios de investigación de casos y de laboratorio (historia de vacunación, clínica y fecha de inicio de la erupción y la fiebre).

Se instaló un nuevo sistema computarizado de vigilancia, desarrollado por la OPS en el CAREC. El programa principalmente lleva la información necesaria para seguir todos los casos sospechosos y permite hacer análisis de los

elementos críticos del formulario de investigación de casos. Un análisis preliminar de los casos notificados ha permitido establecer que no toda la información necesaria está llegando al CAREC. Se hizo hincapié en la necesidad de que los países estandaricen la información y que los cambios que se hagan en el futuro al formulario de investigación incluyan los datos mínimos para poder hacer análisis comparativo entre los países.

El CAREC aumentará el adiestramiento en epidemiología durante 1992 y 1993, incluyendo el uso de computadoras para la vigilancia y el control de enfermedades. Este adiestramiento será realizado conjuntamente con la oficina del CPC/OPS de Barbados para la región oriental del Caribe.

Los participantes revisaron la Guía de Campo para la Eliminación del Sarampión, y consideraron, en general, que constituía un documento de referencia útil que debía adaptarse a la situación de cada país.

Se notó que el CAREC está publicando un Boletín Semanal de Vigilancia del Sarampión que presenta la situación de los países en forma dinámica. Este tipo de retroalimentación es fundamental para mantener a aquellos que participan en el programa informados de los avances.

Se presentaron las metas en cuanto al avance de los sistemas computarizados y el Sistema de Vigilancia de la Eliminación del Sarampión. La meta a largo plazo es asegurar que cada país tenga capacidad computarizada, tanto para el análisis epidemiológico como para la administración del PAI. Sin embargo, se hizo énfasis en que no debe postergarse el registro manual de los datos cuando no hay computadoras disponibles o cuando éstas se echan a perder. La computarización no ocurre rápidamente y aunque se compre equipo y programas, existe la necesidad de tener un sistema que no esté sujeto a los problemas que las computadoras conllevan. Se destacó que debe existir una infraestructura apropiada de entrenamiento y apoyo técnico para que la red de informática funcione.

Apoyo de laboratorio

Entre enero y octubre de 1991, el laboratorio del CAREC recibió 188 muestras de suero provenientes de 11 países miembros, Anguilla, Bahamas, Barbados, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, San Vicente, Suriname y Trinidad. Durante el período entre septiembre y octubre, poco después de iniciada la notificación semanal de casos sospechosos de sarampión, se recibieron 63 sueros, el 33% de las muestras recibidas en todo el año. Todas las muestras fueron analizadas para sarampión y rubéola con la prueba ELISA y para dengue con HAI. Sólo se confirmaron 43 muestras: 40 para rubéola, tres para dengue y ninguna para sarampión. Solo se recibieron 62 sueros pareados, los 126 restantes fueron únicos. El 65% de las casos de rubéola y todos los de dengue se confirmaron por medio de sueros agudos y convalecientes.

La toma de sueros convalecientes dos a tres semanas después del primer contacto del paciente con el trabajador sanitario presenta problemas logísticos. En algunos países se ha tomado la segunda muestra haciendo una visita al hogar del paciente. Hay muchos casos en que las madres se han resistido a la toma de sangre una vez que el niño se ha recuperado.

A la fecha, el transporte de las muestras ha sido adecuado. Sin embargo, algunos países aún no tienen mecanismos oficiales de transporte al laboratorio del CAREC.

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	28 dic.	1 913	751	0	0	...	38	34	42	4	4	56	155
Colombia	5 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	1	3	87	136	63	96	2	2	17	14
Venezuela	28 dic.	13 845	9 981	0	0	49	99	35	28	0	0	777	1 389
Cono Sur													
Argentina	28 sept.	17 806	1 084	0	0	25	46	12	4	2	7	1 132	1 391
Chile	7 dic.	1 828	1 578	0	0	12	20	1	0	21	32	54	58
Paraguay	5 oct.	315	168	0	0	27	42	29	33	1	3	75	53
Uruguay	5 oct.	1 055	13	0	0	3	3	0	0	0	0	41	79
Brasil	7 dic.	32 335	38 757	0	0	1 141	1 248	215	196	558	695	5 858	12 734
Centroamérica													
Belice	20 jul.	7	58	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2
Costa Rica	5 oct.	3 110	21	0	0	1	3	0	0	0	0	...	...
El Salvador	3 ago.	539	721	0	0	32	31	9	12	0	0	43	54
Guatemala	14 sept.	138	8 632	0	3	15	35	3	4	1	2	32	41
Honduras	12 oct.	90	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	30 nov.	2 425	1 701	0	0	1	2	3	4	0	0	102	20
México	7 dic.	2 930	68 357	0	7	180	219	42	78	1	0	123	1 052
Caribe Latino													
Cuba	28 sept.	11	41	0	0	1	4	0	0	0	0	0	22
Haití	*	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	28 sept.	1 299	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	28 dic.	5 817	726	0	0	1	2	0	0	2	8	1 124	6 266
Estados Unidos	28 dic.	9 461	26 520	0	0	48	60	0	0	2	4	2 522	4 188

Datos de polio corresponden a casos confirmados hasta la semana 52 (terminada el 28 de diciembre de 1991).

... No se dispone de datos.

Aquellos países que se encuentran en la ruta de BWIA y LIAT, debieran establecer algún mecanismo para facilitar el envío de las muestras como cortesía de éstas líneas aéreas. Aquellos países que no se encuentran en la ruta deben transportar las muestras a través de las autoridades sanitarias portuarias de Miami. Los países miembros que participan en el sistema de vigilancia necesitarán instrucciones explícitas de transporte.

Los países deberán considerar entrenar a los trabajadores de salud para que tomen muestras de suero y deben asegurarse de que haya disponibilidad adecuada de "kits" para su envío al laboratorio.

Se deben desarrollar sistemas para mejorar el envío de las muestras y refinar los ya existentes.

Mobilización social y comunicación

Los países del Caribe ya ha adquirido una reputación de innovadores en el PAI. Durante esta reunión fue la primera vez que los gerentes se reunieron con las principales agencias no gubernamentales de Belice, Guyana, Jamaica y Trinidad. La participación de estas agencias se hizo posible gracias a la colaboración prestada por el Secretariado de la Comunidad, la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA) y la OPS.

Según lo señalado en el informe final de la Séptima Reunión de Gerentes del PAI del Caribe de noviembre de 1991, era imperativo que el Mes de Eliminación del Sarampión que se llevó a cabo en Mayo de 1991, contara con planes de organización social y comunicación bien organizados. En este sentido, cada país produjo materiales que variaban desde anuncios de televisión y radio hasta programas especiales dirigidos a informar y educar al público acerca del sarampión. Los esfuerzos regionales de la OPS, con apoyo de USAID y CPHA, sirvieron para complementar los esfuerzos de los países para aumentar la conciencia social acerca de la necesidad de inmunizar contra el sarampión. Se realizó una evaluación del componente de promoción de la campaña caribeña para el Mes de Eliminación del Sarampión en cinco países seleccionados -Barbados, Belice, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad.

Las agencias no gubernamentales y los gerentes acordaron en que debe existir un diálogo continuo entre los gobiernos y éstas agencias. Esto podría facilitarse mediante el establecimiento de Comités de Coordinación Interagencia (CCI) u otro mecanismo de coordinación que pueda ser apropiado en algún país en particular. Las agencias no gubernamentales recomendaron la implementación de planes de acción que identifiquen las tareas y metas para los organismos públicos y privados que incluyan las responsabilidades que le caben a ambos. En la medida en que sea posible, estos planes nacionales deben servir de base para la cooperación entre los organismos no gubernamentales y los gobiernos.

La manutención de los logros del PAI dependerá, en parte, del grado en que las agencias privadas participen como promotores del PAI a los niveles políticos más altos posibles. En este sentido, la participación de las no gubernamentales en la movilización social será fundamental a la provisión de los recursos adicionales, tanto financieros como humanos, que asegurarán el éxito del PAI.

Todos los países deberán continuar preparando materiales de educación en salud para mantener viva la conciencia del peligro del sarampión y la meta de eliminación.

La OPS deberá también producir, periódicamente materiales para los medios de difusión del Caribe para mantener el impulso y movilizar la voluntad política.

Planes de trabajo nacionales

Todos los países han producido un Plan de Trabajo Nacional para 1992. Estos planes se discutieron en sesiones especiales donde participaron todas las agencias colaboradoras y las no gubernamentales. Los planes cubren los diversos componentes del programa, tales como biológicos y logística, cadena de frío, adiestramiento, supervisión, vigilancia, comunicación social, evaluación y costos operacionales. Además, listan todas las actividades cruciales a la implementación de los componentes y el oficial del ministerio que deberá llevarlas a cabo. Se incluye el costo de cada actividad y la fuente de subvención, tanto nacional como externa que deberá ser negociada con las agencias participantes.

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.