



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XV, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1993

La Región actúa para frenar las importaciones

Durante un brote de poliomielitis que se produjo en los Países Bajos en 1978, fue introducido en Canadá y Estados Unidos poliovirus salvaje procedente de los Países Bajos que causó varios casos de poliomielitis. A fines de 1992 se produjo otro brote en Holanda en miembros de una comunidad religiosa cerrada que rechaza la vacuna (véanse los boletines del PAI No.6, Año XIV, de 1992, y No.3, Año XV, de 1993). Como medida de precaución para evitar la propagación, de enero a abril de 1993 las autoridades sanitarias canadienses realizaron una búsqueda intensiva en comunidades de alto riesgo que mantienen lazos con los Países Bajos. No se encontraron casos de parálisis, pero se detectó el poliovirus importado (salvaje tipo 3) en muestras de heces de miembros de esas comunidades.

Cuando, en mayo, las autoridades sanitarias canadienses informaron sobre los resultados, la OPS alertó a todos los países de las Américas. La Asociación Rotaria Internacional colaboró por medio de sus organizaciones nacionales. En septiembre, la mayoría de los países de la región ya habían tomado medidas para cerciorarse de que no se hubiera importado el poliovirus salvaje. Al cerrar la edición, aún falta recibir informes de Argentina, Costa Rica, Cuba, la República Dominicana, Ecuador, Paraguay y Venezuela.

A continuación se resumen las medidas tomadas. No se han encontrado indicios de importación del poliovirus.

Países angloparlantes del Caribe y Guyana

Se presentó un informe completo sobre el brote de los Países Bajos y los resultados de las actividades canadienses a las máximas autoridades de los ministerios de salud y a los presidentes de los programas PolioPlus del Club Rotario. Tras un examen minucioso de detección, no se encontró en estos países ningún grupo religioso cuyos miembros se negaran a vacunarse. Incluso en Jamaica, donde hay tres comunidades religiosas que tienen nexos con los Países Bajos, no rechazan la vacunación. Sin embargo, los agentes de salud examinaron las tarjetas de vacunación de todos los menores de 15 años que viven en dichas comunidades. Todos habían sido vacunados.

En vista de estas conclusiones y de que en 1992 la tasa de cobertura con tres dosis de la vacuna antipoliomielítica oral fue del 74% al 100% de los menores de un año, las autoridades nacionales de los países angloparlantes del Caribe decidieron que no se necesitaban campañas especiales de vacunación masiva.

En Guyana no se encontraron grupos expuestos.

Haití

Se encontraron tres comunidades religiosas con vínculos con los Países Bajos y se les explicó la situación en Canadá y el riesgo de importación. Las comunidades haitianas no se niegan a ser vacunadas. No se encontraron poliovirus en muestras de heces de niños y adultos.

Centroamérica

En Guatemala no se encontraron poliovirus en muestras de heces de comunidades que podrían estar expuestas. Las comunidades aceptan la vacuna y presentaban una tasa de cobertura con tres dosis de la vacuna antipoliomielítica oral del 75,7% de los menores de cinco años.

En Honduras, el personal de salud se reunió con líderes religiosos nacionales, examinó las tasas de cobertura de vacunación de los menores de 15 años, tomó muestras de heces de miembros de grupos religiosos que mantienen lazos con Canadá o con Europa e inició una campaña de vacunación masiva con vacuna antipoliomielítica oral dirigida a los menores de 5 años, independientemente de sus antecedentes de vacunación. Ninguna de las comunidades religiosas encontradas rechazan la vacunación, y presentaban, en promedio, una tasa de cobertura del 80% de los menores de 5 años. En mayo y junio se realizaron campañas de vacunación tipo barrido sanitario que elevaron la tasa de cobertura nacional al 82% de los menores de 5 años. Se han iniciado medidas especiales de vigilancia epidemiológica en los municipios con una cobertura inferior al 80%.

En este número:

La Región actúa para frenar las importaciones	1
Brote de tos ferina en Panamá	2
Evaluaciones del PAI	3
Qué hacer con las vacunas dañadas	5

Jornadas nacionales de vacunación en China	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Grupo Consultivo Mundial: Es necesario fortalecer la vacunación	8

En *Nicaragua*, el personal de salud y los socios de la Asociación Rotaria Internacional colaboraron estrechamente en la localización de grupos religiosos que podrían estar expuestos, se pusieron en contacto con sus dirigentes y prepararon mapas de los desplazamientos de la población, las tasas de cobertura y los datos de morbilidad por enfermedades evitables con la vacunación. En julio, el 30% de los distritos del país ya habían respondido. Se encontró una sola comunidad cuyos miembros se niegan a vacunarse.

Las autoridades de *Panamá* llegaron a la conclusión de que después del brote de los Países Bajos y de Canadá no había entrado al país ninguna persona vinculada a esas comunidades. No se informó sobre medidas ulteriores.

En *El Salvador* se realizó una encuesta nacional en la cual se detectaron seis comunidades religiosas que podrían correr riesgo. Sin embargo, en una investigación ulterior se llegó a la conclusión de que no rechazan la vacuna. Se analizaron sus características demográficas, hábitos migratorios, el perfil de morbilidad, las tasas de cobertura de vacunación y las tasas de PFA. No se encontraron poliovirus en las muestras de heces. Como medida de precaución, se llevó a cabo una campaña de vacunación con la vacuna antipoliomielítica oral y una búsqueda activa de casos de PFA en las comunidades religiosas y en las zonas circundantes.

México y Belice

México fue el primer país en tomar medidas para cerciorarse de que no se hubiesen importado poliovirus directamente de Holanda o vía Canadá (véase el Boletín del PAI, Año XV, # 3, junio de 1993). Se realizaron investigaciones adicionales en comunidades religiosas cerradas de los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Zacatecas, Campeche, Tamaulipas y Quintana Roo. De las 439 muestras de heces, falta terminar de analizar sólo 49. Las demás dieron resultado negativo o presentaban otros enterovirus o el virus de la vacuna.

Los trabajadores de salud de México encontraron comunidades que podrían estar expuestas a lo largo de la frontera con Belice y alertaron a las autoridades de ese país al respecto.

En un acto ejemplar de cooperación internacional, las autoridades sanitarias de *Belice* y México realizaron una investigación conjunta de los distritos fronterizos de Cayo y Orange Walk. Se analizaron los viajes, la tasa de PFA y la cobertura de las comunidades expuestas con la vacuna antipoliomielítica oral. Se obtuvieron muestras de heces de 1 de cada 10 personas que tenían familiares que habían viajado poco antes a Canadá y de un lactante cuya familia rehusa vacunarse. Los miembros de las demás comunidades no se oponen a la vacuna antipoliomielítica oral, aunque no aceptan la vacuna contra el sarampión.

México y Belice llevarán a cabo actividades conjuntas de seguimiento, entre ellas el análisis periódico de muestras de heces de grupos de alto riesgo, la vigilancia de las tasas de cobertura y la promoción de la inmunización de grupos de todas las edades con la vacuna antipoliomielítica oral. Los profesionales de salud de las comunidades están colaborando en esta tarea.

Países andinos

En *Bolivia*, las autoridades sanitarias alertaron a todo el país, hicieron un inventario de las comunidades que podrían estar expuestas, examinaron los datos con el Comité Coordinador Interinstitucional y no encontraron grupos que se negaran a vacunarse.

En *Colombia* se encontraron varias comunidades cerradas que rechazan la vacunación, en los departamentos de Antioquia, Caldas, Guajira y Nariño. Se obtuvieron muestras de heces de 46 niños. Hasta ahora no se han detectado poliovirus salvajes, aunque al cierre de edición de este Boletín todavía no se había terminado de analizar todas las muestras.

En *Perú*, el personal de salud nacional y de los distintos departamentos buscaron comunidades religiosas que pudieran correr riesgo, pero hasta la fecha no se han encontrado comunidades cerradas que rechacen la vacuna. Si las hay, se obtendrán muestras de heces de menores de 5 años y se realizará una búsqueda activa de casos de PFA en las zonas circundantes.

Cono Sur

En *Brasil* se evaluó todos los estados del país, hallándose ocho comunidades religiosas cerradas que posiblemente sean de alto riesgo. Se tomó muestras de varios cientos de niños sanos, para las cuales aún están pendientes los resultados de laboratorio. Cuando estén disponibles los resultados finales, se editará un informe detallado en un número próximo de este boletín.

Se puso en estado de alerta al personal del PAI de *Chile*, pero no se encontraron grupos expuestos.

En *Uruguay*, tras una búsqueda en todos los distritos sanitarios del país no se encontró ningún grupo que rechazara la vacunación por motivos religiosos o de otra índole. Incluso las comunidades que tienen lazos con grupos de otros países que se niegan a vacunarse aceptan la vacuna en Uruguay.

Fuente: Informes de los respectivos ministerios de salud nacionales y de los epidemiólogos de la OPS/OMS en los países.

Brote de tos ferina en Panamá

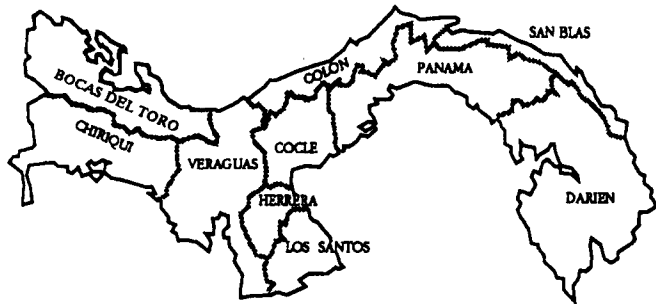
Se ha producido un brote de tos ferina (pertussis) en varios distritos de Panamá que tienen una tasa baja de cobertura con DTP. Hasta la semana epidemiológica no. 40 (9 de octubre), se habían notificado 137 casos, de los cuales 125 correspondían a los distritos septentrionales de Chiriquí Grande y Bocas del Toro, en la frontera con Costa Rica. Ambos distritos son considerados como zonas de alto riesgo.

Las autoridades sanitarias panameñas alertaron a los directores de servicios de salud regionales, a los epidemiólogos y a los hospitales, y les dieron instrucciones para que se dirigieran con prioridad a la vacunación de lactantes de más de 2 semanas con un intervalo de un mes entre cada dosis.

En el boletín de alerta se definieron los casos de la siguiente forma:

- Caso presunto de pertussis: tos de 14 días o más.
- Caso probable de pertussis: tos paroxística seguida de vómitos o ahogo inspiratorio.
- Caso confirmado: aislamiento de *Bordetella pertussis*; reacción leucemoide en hemograma, contacto con otro caso probable o confirmado.

La investigación de casos deberá buscar otros contactos sintomáticos, describir los antecedentes vacunales del caso y del peridomicilio, e intentar el aislamiento de la bacteria *Bordetella pertussis* en medio de cultivo Bordet-Gengou.



Los contactos menores de 7 años que no hayan recibido el esquema completo de vacunación deberán ser excluidos de guarderías y escuelas hasta completar la quimioprofilaxis. Se recomienda un tratamiento de 14 días con eritromicina para los contactos del hogar.

Fuente: Epidemia de tos ferina en Bocas del Toro, Circular, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud y C.S.S., Panamá.

Nota de la Redacción:

En 1992, sólo el 32% de los municipios de Panamá presentaban una tasa de cobertura con DTP1 superior al 90%. El 9% tenía tasas de cobertura con DTP3 inferiores al 50%, y el 58% presentaba tasas de cobertura con DTP3 de entre 50% y 79%. A mediados de 1993, el 26% tenía tasas de cobertura con DTP1 superiores al 90%, el 8% tenía tasas de cobertura con DTP3 inferiores al 50% y el 44% tenía tasas de cobertura con DTP del 50 al 79%. En las zonas donde se ha producido el brote, las tasas de cobertura con DTP3 suelen haberse mantenido por debajo del 50%.

Las tasas de cobertura con DTP son uno de los mejores indicadores del acceso a los servicios de salud, y en los municipios donde son bajas la atención tiende a ser insuficiente. Los niños que no han sido vacunados y los que no han recibido las tres dosis del plan completo pueden enfermarse gravemente. Los anticuerpos maternos contra la pertussis no se transfieren a los lactantes, quienes, en consecuencia, están expuestos poco después del nacimiento.

Todavía queda mucho por hacer para mejorar la vigilancia de la tos ferina en la Región, tarea que se ve obstaculizada por las dificultades del diagnóstico, especialmente cuando la enfermedad se produce en niños que han recibido sólo una o dos dosis de vacuna.

El brote de Panamá pone de relieve la importancia de adoptar una definición normalizada de casos en las Américas. Una definición uniforme mejoraría los datos de vigilancia y el análisis de los mismos, ya que la pertussis es una de las enfermedades evitables con la vacunación que más deficiencias presenta en cuanto a la notificación.

Al mismo tiempo, en vista de que el único método para confirmar la enfermedad consiste en el cultivo de *B. pertussis*, el brote reciente sirvió para recordar que es indispensable contar con una red de laboratorios que estén en condiciones de aislar el microorganismo.

Los países de la subregión andina, el Cono Sur y Brasil realizaron recientemente sus reuniones anuales de evaluación del PAI. A continuación se presentan resúmenes de los informes. Si desea los informes completos, diríjase al director del Boletín del PAI.

Cono Sur, Bolivia y Brasil

Del 14 al 16 de septiembre de 1993 se reunieron en Porto Alegre, Brasil, representantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay con el propósito de examinar la marcha de sus actividades de erradicación de la poliomielitis, control del tétanos neonatal y eliminación del sarampión. Presidió la reunión el Dr. João Batista Risi, Jr., miembro del Grupo Técnico Asesor. Estuvieron representados también la Asociación Rotaria Internacional, UNICEF y el gobierno de México.

En general, se señaló que las actividades de erradicación de la poliomielitis han influido mucho en el aumento de la cobertura de vacunación con todos los antígenos del PAI.

Poliomielitis

El último caso de poliomielitis causado por un poliovirus salvaje en estos países se produjo en Brasil en 1989. En todos los países, menos Argentina y Brasil, se han formado comisiones nacionales para la certificación de la erradicación de la poliomielitis, cuya misión consistirá en examinar los datos nacionales de vigilancia y cerciorarse de que se hayan cumplido los criterios para la certificación. Hasta ahora, Paraguay es el único país que cumple los cinco indicadores de la vigilancia.

La calidad y el empaquetado de las muestras de heces que se envían a los laboratorios para análisis ha mejorado, aunque algunas muestras todavía llegan sin el número de identificación epidemiológica correspondiente.

Se llegó a la conclusión de que, como en los países del Cono Sur no se han aislado poliovirus salvajes en tanto tiempo y la tasa de cobertura con la vacuna antipoliomielítica oral es alta, estos países deberían colocarse a la vanguardia de la tarea de certificación en la Región de las Américas. Para eso será necesario que formen sus comisiones nacionales y que los respectivos ministerios de salud les proporcionen la información necesaria para documentar la marcha de la campaña de erradicación y las medidas que deban tomarse. Las comisiones deberán presentar sus conclusiones a la OPS/OMS a fin de que sean remitidas a la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Se destacó la importancia de garantizar que todos los casos de parálisis flácida aguda se investiguen dentro de las 48 horas siguientes a su notificación, que se obtengan dos muestras de heces dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis y que se hagan análisis de muestras de heces de cinco contactos. Se instó a los países a que tomen medidas para garantizar que las muestras de heces lleguen a los laboratorios correctamente identificadas y refrigeradas y que se envíen en cantidades suficientes para el análisis.

Tétanos neonatal

A fin de alcanzar la meta de eliminación del tétanos neonatal en 1995, los países deben concentrarse en vacunar con toxoide tetánico a todas las mujeres en edad de procrear que vivan en zonas de alto riesgo de cada distrito o municipalidad.

Hasta la fecha, sólo Bolivia ha llevado un registro de estas campañas de vacunación especiales, cuyo alcance es mucho mayor que el de los servicios de salud corrientes. En otros países se lleva un registro de la vacunación de mujeres embarazadas, medida que contribuye al control del tétanos neonatal pero que, por sí sola, no conducirá a la eliminación de la enfermedad. Se habló sobre la necesidad de pulir la definición de grupos de alto riesgo a fin de facilitar el uso económico de las vacunas en zonas de alto riesgo densamente pobladas. A pesar de estos problemas, el número de casos de tétanos neonatal notificados cada año ha disminuido constantemente.

Sarampión

En Argentina, Brasil y Chile se han llevado a cabo campañas nacionales de vacunación de niños de 1 a 14 años, con un índice de efectividad de alrededor del 96%, y se está organizando la vigilancia de las enfermedades febriles y eruptivas. Paraguay es el único país de la Región donde los casos de sarampión han aumentado. Como el sarampión podría pasar a los países limítrofes, los participantes en la reunión pusieron de relieve la importancia de que se realicen campañas nacionales tanto en Paraguay como en Uruguay. Bolivia ha programado una campaña para abril de 1994.

Se recomendó que los países que han iniciado un programa de eliminación del sarampión mantengan una cobertura del 100% de cada cohorte de menores de 1 año, para lo cual es necesario garantizar que cuenten con suficientes vacunas. Los países deberían documentar todos los brotes de sarampión, analizar sus características epidemiológicas y notificar a los países limítrofes si se producen casos en zonas fronterizas.

Países andinos

La reunión de la subregión andina se celebró en Santa Marta, Colombia, el 18 y 19 de octubre. Participaron representantes del sector salud de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, así como de la Asociación Rotaria Internacional y de la OPS/OMS.

Se prevé que las tasas de cobertura de vacunación correspondientes a 1993 serán similares a las de 1992, lo cual indica que hasta ahora se ha alcanzado una cobertura sustentable. Sin embargo, el 63% de los municipios todavía tienen tasas de cobertura de vacunación contra el sarampión inferiores al 80%, que son insuficientes para interrumpir la transmisión de la enfermedad.

Poliomielitis

Los países convinieron en que, para septiembre de 1994, todos tratarán de cumplir los indicadores de vigilancia que la Comisión Internacional para la Erradicación de la Poliomiélitis considera como criterios esenciales para el éxito.

Los últimos casos causados por poliovirus salvajes se detectaron en Perú en 1991, en Colombia en 1991, en Ecuador en 1990, en Venezuela en 1989 y en Bolivia en 1987. En los laboratorios, la tasa de aislamiento de enterovirus asciende a más del 15%, en promedio, de las muestras de heces de todos los países, lo cual indica que las muestras se están obteniendo y transportando en forma correcta. Las pruebas de control de calidad efectuadas por la OPS y los CDC también indican que las técnicas de cultivo de los laboratorios son satisfactorias.

Se recomendó que se preste especial atención a los grupos de alto riesgo (los que se niegan a vacunarse) a fin de evitar la circulación de los poliovirus importados. Se instó a los demás países a que sigan el ejemplo de Bolivia y Ecuador, que ofrecen

un premio, con fondos proporcionados por la Asociación Rotaria Internacional, para la primera persona que notifique un caso de parálisis flácida aguda que haya sido causado por un poliovirus salvaje. Se prevé que, para fin de año, todos los países habrán establecido sus respectivas comisiones nacionales para la certificación de la erradicación de la poliomiélitis.

Tétanos neonatal

La frecuencia del tétanos neonatal ha bajado en la subregión andina paralelamente a la mejora de la investigación de los casos. En la reunión se hizo hincapié en la localización de las mujeres en edad fértil en las zonas de alto riesgo densamente pobladas, ya que estas mujeres necesitan programas especiales de vacunación con toxoide tetánico. Se señaló que se debería instar a las autoridades sanitarias a que asignen los recursos necesarios para esta tarea y que continúen las actividades para detectar zonas de alto riesgo.

Sarampión

Los casos de sarampión han disminuido durante los últimos años, pero en la subregión andina todavía representan el 75% de todos los casos de sarampión notificados en las Américas en 1993. De los 3.426 distritos que notificaron casos en 1992, el 64% presentaba una cobertura inferior al 80%. En Colombia y Perú se realizaron campañas nacionales de vacunación masiva dirigidas a los niños de 9 meses a 14 años. Se alcanzó una tasa de cobertura del 96% y del 66%, respectivamente. En Bolivia, Ecuador y Venezuela se pondrán en marcha campañas similares dentro de poco.

La OPS recomendó que los países también asignen suficientes recursos para que se establezca cuanto antes un sistema de vigilancia de las enfermedades febriles y eruptivas. A fin de facilitar la difusión de los resultados de las actividades, se recomendó la publicación de boletines semanales sobre la vigilancia nacional del sarampión.

Reunión de gerentes de programas del Caribe

Del 22 al 26 de noviembre se realizará en Tobago la Décima Reunión Subregional de Gerentes del PAI. Se prevé la participación de 19 países, que presentarán y concluirán sus respectivos planes nacionales de vacunación.

Los principales temas serán la eliminación del sarampión para 1995 y la certificación de la erradicación del poliovirus salvaje en la Región. En los 19 países se vacuna regularmente contra la difteria, la pertussis, el tétanos, la poliomiélitis y el sarampión. Uno de los principales objetivos de la reunión es mejorar la calidad de estos antígenos y extender la cobertura de los menores de un año. Se instará a los gerentes del PAI y a los centros asistenciales a que estimen el número de destinatarios de las campañas de vacunación y a que vigilen el progreso mensualmente, utilizando el formulario especial de notificación gráfica preparado por CAREC.

Se tratarán también la promoción del almacenamiento, la manipulación y el uso apropiados de las vacunas en todos los niveles del PAI, la capacitación y actualización del personal del PAI y la educación sanitaria para fomentar la participación comunitaria en las tareas de vacunación.

Fuente: Informe final, V Reunión Andina de Evaluación del PAI y la Erradicación de la Poliomiélitis, 18 y 19 de octubre de 1993, Santa Marta, Colombia. Informe final, Novena Reunión de los Países del Cono Sur, del 14 al 16 de septiembre de 1993, Porto Alegre, Brasil, EPI in the English-speaking Caribbean and Suriname, A Review of Activities in 1992 and Programme for 1993.

Qué hacer con las vacunas dañadas

En el *Boletín del PAI* de octubre de 1993, página 8, se publicó un artículo titulado "Vigilancia de la temperatura de los refrigeradores". El artículo estaba acompañado por un cuadro con el número de días en que se habían producido variaciones de la temperatura en un refrigerador de un centro asistencial ficticio (véase el cuadro 1). En el artículo se presentaba al lector una lista de posibles problemas y pasos para mejorar la temperatura del refrigerador. Sin embargo, no se daban pautas con respecto a lo que se debe hacer con vacunas (DTP, TT, DT) que se hayan dañado, que hayan estado expuestas al calor o que se hayan congelado. En los casos de exposición al calor, no hay manera de confirmar visualmente si la vacuna ha perdido potencia.

Cuadro 1. Rangos de temperaturas registradas

Temperatura (0°C)	Días
10°C - 1°C	2
0°C - 8°C	48
9°C - 10°C	10
19°C - 30°C	0
Rango % *	80

Observaciones:
 Total analizados = 60 días
 Rango = 48 dividido por 60 días
 * Rango = porcentaje de días en que el refrigerador mantiene temperaturas óptimas.

El propósito de este artículo es presentar sugerencias a los agentes de salud que se enfrenten con una falla en la cadena de frío que pueda haber dañado las vacunas almacenadas. En el cuadro 2 se indican los criterios para determinar si el número de dosis afectadas justifica una repetición de las pruebas de la vacuna. La prueba para determinar la potencia de la vacuna es larga y costosa, de manera que se justifica sólo si el número de dosis es bastante grande. Si las dosis son menos que las que se indican en el cuadro 2, deben descartarse en caso de que existan firmes motivos para creer que la vacuna está dañada o si los datos lo indican.

Las vacunas tales como DTP, DT y TT que se hayan congelado por error pueden examinarse *sacudiéndolas* para determinar si los toxoides han sido dañados. A temperaturas

inferiores a -3°C, existe un gran riesgo de que las vacunas hayan sufrido daños. Si los datos lo indican o usted tiene la firme sospecha de que eso ha ocurrido, siga estas instrucciones con un frasco que se haya congelado:

- * sacuda el frasco vigorosamente
- * colóquelo sobre una mesa y responda a las siguientes preguntas, marcando el cuadrado correspondiente:

PREGUNTA	SÍ	NO
1) La vacuna líquida tiene un aspecto floculento o granular.		
2) Al cabo de 15 minutos, el líquido se separa y se acumula sedimento en el fondo del frasco.		
3) Al cabo de 30 minutos se observa una separación casi completa de un líquido transparente y una bolita de sedimento de vacuna.		
4) Al cabo de una hora, la vacuna se ha sedimentado completamente, y al inclinar el frasco, la bolita de sedimento casi no se mueve.		

Si ha respondido que sí a todas las preguntas o a las tres últimas, la vacuna se ha congelado y se debe desechar o se debe repetir la prueba si el número de dosis lo justifica.

Por último, si los datos sobre la temperatura confirman que la vacuna ha estado expuesta a una temperatura de 10 a 12 grados centígrados durante varios días (de 3 a 7) en el refrigerador, es probable que no esté muy dañada, y podrá usarse sin problemas si se sabe que cumple los requisitos de la OPS/OMS. Lo más importante es tomar medidas para corregir la temperatura del refrigerador siguiendo las instrucciones del artículo del *Boletín* de octubre de 1993. **Además, la persona que se encargue del refrigerador de las vacunas debería controlar el termostato.** Si los datos sobre las temperaturas a las cuales se ha mantenido la vacuna muestran que ha estado expuesta a altas temperaturas (más de 12 grados centígrados) durante períodos prolongados (más de 7 días), no se debe usar la vacuna hasta que se consulte con el supervisor y se decida si se hará una prueba o se desechará la vacuna.

Cuadro 2. Cantidad mínima de vacuna que justifica la realización de pruebas de la potencia

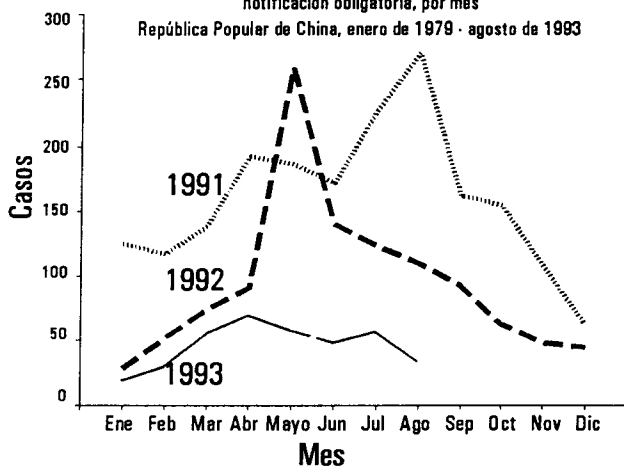
Vacuna	Número de dosis que justifica la realización de una prueba	Número de dosis necesarias para realizar una prueba	Plazo de entrega del informe (en meses)	Condiciones para el transporte
Antipoliomielítica (oral) Antisarampionosa (liofilizada) Contra la fiebre amarilla (liofilizada)	20 000	20	un mes	de 0°C a +8°C
BCG (liofilizada)	20 000		tres meses	
Difteria pertussis-tétanus	200 000			
Toxoides tetánico	50 000			
Hepatitis B	10 000			
Poliomielitis (de virus inactivado)	Hasta que se conozca el resultado de la prueba de la potencia No repetir la Prueba			

Jornadas nacionales de vacunación en China

La República Popular de China iniciará una campaña masiva para erradicar la poliomiélitis de aquí a 1995. A partir de diciembre de 1993 se realizarán jornadas nacionales de vacunación dirigidas a alrededor de 100 millones de niños menores de 4 años, que recibirán la vacuna antipoliomielítica oral en cada una de las dos rondas de vacunación.

Debido al gran número de habitantes de China (que constituyen aproximadamente el 21% de la población mundial) y al porcentaje de los casos mundiales de poliomiélitis que se produce en ese país, la iniciativa de vacunación en China es fundamental para la campaña de erradicación mundial. En 1990, del total de 21.627 casos de poliomiélitis notificados a la OMS, 6.085 (23,4%) se produjeron en China. No obstante, la cifra notificada por China bajó a 1.181 en 1992 (7,7%) del total de 15.445 casos. La disminución absoluta y relativa de la poliomiélitis en China guarda relación con el inicio de la vacunación suplementaria en un número creciente de departamentos sanitarios provinciales, además de la vacunación corriente de niños de 2, 3 y 4 meses con tres dosis de vacuna antipoliomielítica oral.

FIGURA 2. Casos de poliomiélitis notificados por el sistema de información regular sobre enfermedades de notificación obligatoria, por mes República Popular de China, enero de 1979 - agosto de 1993

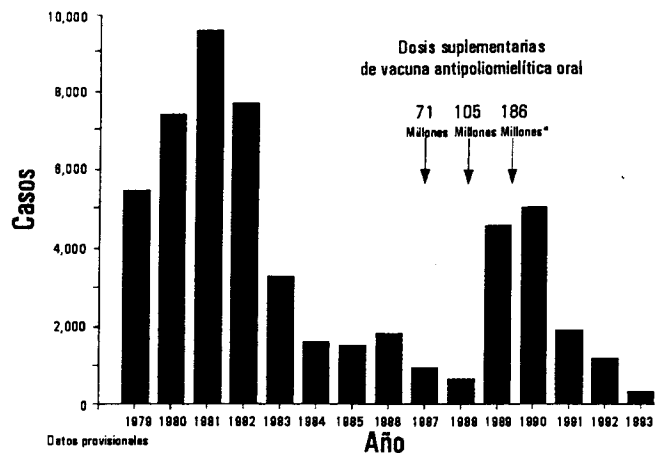


En China, la vacunación suplementaria ha consistido en la administración de una o dos dosis extras de vacuna antipoliomielítica oral a niños de corta edad (generalmente a los menores de 4 años) con un intervalo de uno o dos meses durante la estación de baja incidencia de la poliomiélitis (de diciembre a abril). El número de provincias donde se realizan las dos rondas de vacunación suplementaria recomendadas por la OMS durante la estación de baja incidencia pasó de 6 en 1991 y 1992 a 25 en 1992-1993, de un total de 30 provincias. En consecuencia, el número de dosis suplementarias de vacuna antipoliomielítica oral administradas durante la estación de baja incidencia aumentó de 71 millones en 1990 y 1991 a 186 millones en 1992 y 1993 (figura 1). De enero a agosto de 1993 se notificaron 348 casos de poliomiélitis por medio del sistema de informes sobre enfermedades de notificación obligatoria, en comparación con 877 casos de enero a agosto de 1992. Además, en 1993 no se observó el aumento estacional de casos notificados característico del verano (figura 2).

Aunque los casos de poliomiélitis notificados en 1993 están distribuidos en todo el país, un porcentaje elevado corresponde a las provincias del sur. De los 348 casos notificados hasta agosto de 1993, 107 (31%) eran de una provincia del sur

(Guangdong). Además, 231 casos (66%) fueron notificados en seis provincias del sur (Fujian, Guangdong, Guangxi, Guizhou Hainan y Jiangxi), donde se concentra el 19% de la población de China.

FIGURA 1. Casos notificados de poliomiélitis y dosis de vacuna administradas al año República Popular de China, enero de 1979 - agosto de 1993



Nota de la Redacción: El plan para las jornadas nacionales de vacunación en China se basa en tres factores: 1) el éxito de la vacunación suplementaria en las provincias, 2) la preocupación por la posible acumulación de niños susceptibles, desde el brote nacional de poliomiélitis que se produjo en 1989 y 1990 (figura 1), en algunas partes de China que no quedaron suficientemente cubiertas con las actividades anteriores de vacunación suplementaria a nivel provincial, y 3) la meta de erradicar la poliomiélitis de la Región del Pacífico Occidental de la OMS para 1995. China y otros países de la Región del Pacífico Occidental que son miembros de la OMS se han comprometido a erradicar la poliomiélitis de aquí a 1995. Sólo cinco de los 29 países de la región (Camboya, China, República Democrática Popular Lao, Filipinas y Viet Nam) continúan notificando casos de poliomiélitis endémica. De los 1.908 casos que se han producido en esta región desde 1992, 1.191 (62%) fueron notificados por China.

La aparente eliminación de las infecciones por poliovirus salvaje en las Américas y el gran progreso realizado en la Región del Pacífico Occidental indican que es posible alcanzar esta meta en la Región del Pacífico Occidental y en otras regiones del mundo. La realización eficaz de jornadas nacionales de vacunación ayudará a la OMS y a los países miembros a aplicar a nivel mundial las estrategias de erradicación recomendadas por la OMS. Se planean jornadas adicionales de vacunación a nivel nacional en China para 1994-1995 y 1995-1996. El éxito de esta labor de salud pública dependerá del apoyo y la colaboración de organizaciones de los sectores público y privado, entre ellas el Ministerio de Salud Pública, el departamento de salud de cada provincia china, la Asociación Rotaria Internacional, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Fuente: National Poliomyelitis Immunization Days--People's Republic of China, 1993, Morbidity and Mortality Weekly Report, 5 de noviembre de 1993, Vol. 42, # 43, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Ministerio de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados desde el 1o. de enero de 1993 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1992 por país.

Subregión y país	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Reportados		Confirmados				No Neonatal		Neonatal		1993	1992	1993	1992
		1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992						
AMERICA LATINA															
Región Andina															
Bolivia	9 Oct.	1 161	...	...	...	0	0	...	...	16	...	11	...	67	...
Colombia	9 Oct.	...	...	...	...	0	0	...	...	60	...	...	...	...	...
Ecuador	9 Oct.	2 303	...	...	...	0	0	85	...	61	...	10	...	147	...
Perú	2 Oct.	1 244	...	...	...	0	0	76	...	85	...	4	...	450	...
Venezuela	18 Sept.	14 961	8 163	...	...	0	0	...	...	15	18	0	1	374	294
Cono Sur															
Argentina	31 Julio	2 817	...	...	...	0	0	19	...	5	...	1	...	791	...
Chile	10 Julio	1	...	...	...	0	0	8	...	1	...	8	...	473	...
Paraguay	3 Julio	627	128	...	...	0	0	29	11	18	7	3	2	135	79
Uruguay	31 Julio	7	171	...	...	0	0	2	3	0	0	0	0	13	29
Brasil	12 Junio	1 187	...	...	...	0	0	456	...	74	...	119	...	1 779	...
Centro América															
Belice	16 Oct.	16	25	0	...	0	0	...	1	...	...	...	...	...	0
Costa Rica	16 Oct.	468	...	162	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	16 Oct.	78	...	35	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	16 Oct.	276	...	17	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	16 Oct.	87	...	13	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	16 Oct.	418	...	327	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	16 Oct.	278	479	90	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	16 Oct.	550	493	115	493	0	0	120	127	72	110	0	0	122	90
Caribe Latino															
Cuba		0	...	...	...	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Haití		...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana		...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
CARIBE INGLES															
Antigua y Barbuda	16 Oct.	1	2	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	16 Oct.	2	16	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	3
Barbados	16 Oct.	24	15	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	16 Oct.	13	8	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	16 Oct.	8	10	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	16 Oct.	26	42	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	16 Oct.	48	84	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Cristóbal/Nieves	16 Oct.	4	9	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y Granadinas	16 Oct.	2	6	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	16 Oct.	19	35	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	16 Oct.	9	16	1	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	16 Oct.	43	58	0	0	0	0	...	7	...	0	...	0	...	1
NORTEAMERICA															
Canadá	24 Abril	95	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	1 238	...
Estados Unidos	4 Sept.	...	1 875	234	2 116	0	0	...	...	...	...	...	...	2 820	1 588

... No se dispone de datos.

Grupo Consultivo Mundial: Es necesario fortalecer la vacunación

El XVI Grupo Consultivo Mundial del PAI celebró su reunión anual en Washington, D.C., del 11 al 15 de octubre. Más de 90 participantes de todo el mundo examinaron los temas principales: la erradicación de la poliomielitis de aquí al año 2000, la eliminación del tétanos neonatal y una reducción substancial del sarampión para 1995, la vacunación en las zonas urbanas, la lucha contra la hepatitis B y la autosuficiencia en lo que atañe a las vacunas. El PAI/OMS publicará el informe final en Ginebra a fines de 1993. A continuación se presentan las principales conclusiones y recomendaciones.

Con el nivel de vacunación actual, cada año se evita la muerte de alrededor de 2.900.000 niños por sarampión, tétanos neonatal y pertussis, así como 400.000 casos de poliomielitis paralítica. El Banco Mundial ha señalado que la vacunación es una de las medidas de salud pública más eficaces en función del costo. Sin embargo, cada año siguen muriendo dos millones de niños de enfermedades evitables con la vacunación; por lo tanto, se necesitan recursos adicionales con urgencia para alcanzar las metas nacionales de cobertura de vacunación. El Grupo Consultivo Mundial expresó preocupación porque no se ha superado la meta de cobertura del 80% alcanzada en 1990. Una cobertura de vacunación baja es un precursor de problemas, lo cual quedó demostrado con las epidemias de difteria que se produjeron en algunos países de Europa oriental. En los lugares donde la infraestructura de atención primaria y la gestión de los servicios todavía no están plenamente desarrolladas, no se debería esperar hasta que se solucionen estos problemas para iniciar la vacunación.

Los gobiernos nacionales deberían averiguar de inmediato las razones de la persistencia de la baja cobertura o de su disminución y buscar soluciones. En las zonas urbanas se debería evaluar la cobertura de vacunación y la incidencia de las enfermedades distrito por distrito, prestando especial atención a los grupos "difíciles de alcanzar", como la población móvil y los desplazados.

Al mismo tiempo, se debe promover la autosuficiencia en lo que atañe a las vacunas a fin de alcanzar una cobertura sustentable.

Las vacunas deberían considerarse como un producto básico de importancia estratégica para el desarrollo. Los donantes deberían ayudar a los países en este proceso por medio de la Iniciativa para la Independencia Vacunal, entre otras, y en particular deberían proporcionar fondos a fin de que se disponga de suficientes vacunas para acelerar el progreso hacia la erradicación mundial de la poliomielitis. Se debería dar alta prioridad a la asistencia técnica y financiera para los países donde la poliomielitis es endémica que limitan con zonas aparentemente libres de la enfermedad.

En cuanto al tétanos neonatal, el Grupo Consultivo Mundial recomendó que se proporcione ayuda externa prioritaria a los países donde no se haya alcanzado una cobertura con toxoide tetánico del 80% de las mujeres en edad de procrear en las zonas de alto riesgo. La consecución de la meta para 1995 significa alcanzar una tasa de menos de 1 caso de tétanos neonatal por 1.000 nacidos vivos en todos los distritos de todos los países.

El sarampión, una de las enfermedades que ha causado la muerte de más niños en la historia, sigue siendo un motivo importante de mortalidad y morbilidad. Para controlarlo es indispensable alcanzar una cobertura regular con la vacuna antisarampionosa del 90% como mínimo durante el primer año de vida. Se necesitan medidas especiales para vacunar a los niños de las zonas urbanas pobres. La mortalidad por sarampión se puede reducir con un tratamiento apropiado, y todos los casos graves que se produzcan en zonas con una alta tasa de letalidad deberían tratarse con vitamina A.

En lo que concierne a la hepatitis B, el Grupo Consultivo Mundial recomendó que los países donde esta enfermedad constituye una carga pesada agreguen la vacuna contra la hepatitis B a sus programas de vacunación sin que ello menoscabe la compra regular de otras vacunas prioritarias.

Fuente: Resumen preliminar de las conclusiones y recomendaciones, Grupo Consultivo Mundial del Programa Ampliado de Inmunización, del 11 al 15 de octubre de 1993, Washington, D.C.

El *Boletín Informativo del PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.



Editor: Ciro de Quadros
Editora Adjunta: Ellen Wasserman

ISSN 0251-4729

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