

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XVIII, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 1996

Erradicación del sarampión: acercándose a la meta

El 27 y 28 de agosto se realizó en Quito la VII Reunión del PAI Andino para evaluar las estrategias del programa, especialmente las que se están aplicando en la región andina para eliminar el sarampión. Participaron funcionarios de salud, gerentes del PAI, epidemiólogos, representantes de laboratorios y personal del UNICEF, Rotary Internacional y el SVI/OPS.

Vigilancia del Sarampión

Siguiendo la estrategia del SVI/OPS para eliminar el sarampión, todos los países de la región andina ya han realizado campañas de vacunación masivas de "catch-up", dirigidas a todos los niños de 9 meses a 15 años, alcanzando una cobertura superior al 90%. El impacto de estas campañas se ve en la notable disminución de la incidencia del sarampión (cuadro 1), con solamente 7 casos confirmados por laboratorio durante el primer semestre de 1996. Sin embargo, varios municipios todavía notificaban tasas de cobertura con los servicios de vacunación regular inferiores al 90% en 1995 y del 95% (meta fijada en 1995 para la cobertura de vacunación contra el sarampión) en 1996.

En 1995 se realizaron campañas de seguimiento, otro componente crítico de la estrategia para prevenir la acumulación de susceptibles. Estas campañas estuvieron dirigidas a niños de 1 a 3 años en Colombia y a menores de 5 años en Perú. En 1996, Chile concluyó su propia campaña

de seguimiento de niños de 1 a 14 años. Las tasas de cobertura de estas campañas fueron del 90% o mayores (Chile, 100%; Colombia, 90%; Perú, 97%). Se calcula que el número crítico de personas susceptibles al sarampión equivale a una cohorte de nacimientos en cada país. En vista de esta tendencia, Ecuador debería realizar una campaña de vacunación de seguimiento en 1997; Bolivia y Perú, en 1998, y Venezuela, en 1999.

En 1995 los países de la región andina comenzaron a implantar sistemáticamente un sistema nacional de vigilancia del sarampión. Es necesario continuar fortaleciendo estos sistemas, a fin de reducir el número notificado de casos confirmados clínicamente (véase la clasificación de casos de sarampión en el *Boletín Informativo PAI* de abril de 1996).

Es necesario continuar fortaleciendo estos sistemas, a fin de reducir el número notificado de casos confirmados clínicamente (véase la clasificación de casos de sarampión en el *Boletín Informativo PAI* de abril de 1996).

Recomendaciones

- Aplicar la nueva definición de caso sospechoso de sarampión.
- Alcanzar y mantener una cobertura de vacunación superior al 95% en

los niños de 12 a 23 meses en cada municipio.

- Monitorear periódicamente la acumulación de susceptibles y realizar campañas para prevenir brotes cuando el número de susceptibles equivalga a la cohorte de nacimientos de un año entero.
- Cambiar la edad para la administración de la vacuna antisarampionosa de 9 meses a 12 meses (en los países

País	1993	1994	1995	1996*		Total
				Clinicamente(1)	Laboratorio (2)	
Bolivia	3.391	1.441	76	6	0	6
Chile	1**	0	0	1	0	1
Colombia	9.851	639	308	10	3	13
Ecuador	3.627	3.668	919	20	0	20
Perú	1.730	670	353	60	1	61
Venezuela	22.231	16.561	172	27	3	30
Total	40.831	22.979	1.828	124	7	131

(1) No se obtuvieron muestras adecuadas (falla del sistema de vigilancia)
 (2) Prueba IgM por Captura
 * Datos al 31 de julio
 ** Importado

Fuente: Informes de los países, 1996

En este número:

Erradicación del sarampión: acercándose a la meta	1
Sostenibilidad del programa de vacunación	3
Taller para laboratorios de sarampión en Centroamérica	4
Vigilancia de <i>Haemophilus influenzae</i> en Argentina	5
Esquema de vacunación contra la poliomielitis en Estados Unidos	5

Últimas noticias	6
Vigilancia de la poliomielitis	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
El desafío de las vacunas	8

donde todavía no se ha puesto en práctica esta recomendación).

- Continuar los esfuerzos para ampliar la red de unidades que notifican casos de sarampión.
- Aprovechar más los recursos del Sistema de Vigilancia para la Eliminación del Sarampión en el monitoreo del programa en los países.
- Garantizar el cumplimiento de los indicadores claves para la vigilancia del sarampión.
- Continuar publicando semanalmente los casos de sarampión y las zonas donde se hayan producido brotes.

Diagnóstico del sarampión

Se reunieron representantes de laboratorios de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela para presentar sus experiencias, así como criterios uniformes para el diagnóstico del sarampión.

Recomendaciones

- Se deberán analizar solamente muestras de casos que encuadren en la definición de caso sospechoso de sarampión.
- Se deberá obtener solamente una muestra de cada caso sospechoso. Para que la muestra sea adecuada, debe obtenerse dentro de los 30 días siguientes al inicio de la erupción.
- Las muestras deben llegar al laboratorio acompañadas de la siguiente información: identificación del paciente, edad, origen, fecha de inicio de la erupción, fecha de obtención de la muestra, antecedentes de vacunación, fecha de la última dosis.
- Los laboratorios nacionales deberán enviar a los laboratorios de referencia, para confirmación por la prueba IgM por Captura, el 100% de las muestras positivas y las indeterminadas, así como el 10% de las muestras de suero negativas, seleccionadas en forma aleatoria.
- En vista de la necesidad de obtener resultados de laboratorio fiables, se recomendó una prueba de IgM indirecta más sensible y específica para el diagnóstico del sarampión, que las que se utilizan actualmente.

Erradicación de la poliomielitis

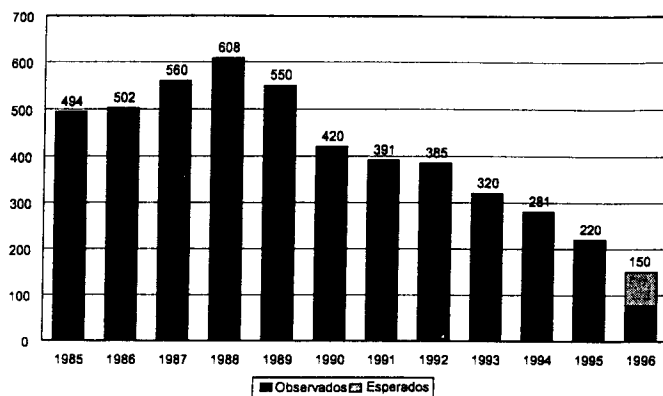
En la reunión se destacó la importancia de mantener el alto grado de compromiso político de los países con las actividades de vigilancia y vacunación, a fin de mantener el continente libre de poliomielitis.

Se presentó un análisis actualizado de las cuatro importaciones de poliovirus salvaje en las Américas que se produjeron en 1978, 1988, 1993 y, la más reciente, en marzo de 1996, así como las enseñanzas extraídas (para más información sobre estas importaciones, véanse los números de abril de 1995 y agosto de 1996 del *Boletín Informativo PAI*). El niño vinculado a la importación de 1988 había recibido tres dosis de la vacuna inactivada de la poliomielitis (VIP), y el niño vinculado a la importación de marzo de 1996 había recibido tres dosis de un tipo mejorado de VIP. Dos de estos incidentes se produjeron en colectividades religiosas que se niegan a vacunarse. Sin embargo, se señaló que, aunque estos grupos rechazan las vacunas inyectables, están más dispuestos a aceptar la vacuna oral contra la poliomielitis.

Tétanos neonatal

Continúa extendiéndose la vigilancia del tétanos neonatal. Aunque se han identificado nuevas áreas de riesgo, la frecuencia del tétanos neonatal está disminuyendo cada año en los países andinos (figura 1). La mayor diferencia se observa en Bolivia y Perú. El énfasis en las investigaciones epidemiológicas se considera fundamental para comprender el comportamiento de la enfermedad. En este sentido, las variables más importantes son el lugar de origen del paciente y los antecedentes de vacunación de la madre.

Figura 1
Casos notificados de tétanos neonatal por año
Región Andina, 1985 - 1996



Hubo consenso en el sentido de dar mayor prioridad a las repercusiones de la migración en el control del tétanos neonatal. Además, según lo acordado anteriormente, los países andinos han realizado actividades intensivas de vacunación en las zonas fronterizas, a fin de controlar esta enfermedad.

Recomendaciones

- Continuar dando prioridad a la vacunación de mujeres en edad fértil en áreas de alto riesgo ya identificadas.
- Buscar nuevas áreas de alto riesgo.
- Investigar todos los casos conocidos, especialmente la variable relacionada con los antecedentes de vacunación de la madre.
- Instar a las autoridades sanitarias a que asignen los recursos necesarios para vacunar a las mujeres en edad fértil en las áreas de alto riesgo.
- Considerar la migración como un factor importante al determinar las áreas y los grupos en riesgo.
- Verificar si las madres están protegidas contra el tétanos cuando los niños reciben su primera dosis de DTP.

Indicadores del PAI

En la reunión de la región andina se reiteró la importancia del uso sistemático y el monitoreo continuo de los indicadores del PAI. Se puso de relieve la reducción de las tasas de abandono en cuanto a las tres primeras dosis de DPT, especialmente en Bolivia y Perú.

- **Cobertura de vacunación:** Todos los países han presentado sus previsiones para 1996 con respecto a la cobertura de vacunación de los menores de 1 año con las vacunas del PAI, por municipio. Esta información facilita el análisis de la situación a nivel local y permite

orientar las actividades y los recursos a las zonas de mayor riesgo.

- **Indicadores de la vigilancia por enfermedad:** Ya se han establecido para cada enfermedad, desglosados por unidad político-administrativa.
- **Número y porcentaje de municipios con una cobertura de vacunación con la primera dosis de DTP superior al 90%:** Indica la accesibilidad de los servicios de vacunación locales para la población.
- **Tasa de abandono entre la primera y la tercera dosis de DTP, y entre la primera dosis de DTP y la vacuna antisarampionosa:** Indica la eficiencia del programa.
- **Porcentaje de los recursos del Plan de Acción del PAI destinados a áreas de alto riesgo:** Revela la definición de las prioridades y la descentralización del programa.
- **Recursos nacionales como porcentaje de los recursos externos del Plan de Acción:** Indica el nivel de sostenibilidad del programa.
- **Número de reuniones de la CCI:** Indica el grado de coordinación interinstitucional y el liderazgo nacional.
- **Número de ONG que apoyan el Plan de Acción del PAI:** Evalúa la movilización social.

Oportunidades perdidas de vacunación

En Bolivia, Colombia y Ecuador se han programado encuestas en 1996 para determinar las oportunidades perdidas de vacunación. (Si desea información sobre la encuesta realizada en Perú en 1995, consulte el *Boletín Informativo PAI* de agosto de 1996).

Vacunas

Vacunación y vigilancia de hepatitis B

Tras la presentación de un informe sobre el progreso del programa de control de la hepatitis B en Colombia, Perú y Venezuela, los participantes convinieron en continuar trabajando para poner en práctica las recomendaciones formuladas en la reunión andina de 1995.

Recomendaciones

- Normalizar las definiciones de casos.
- Establecer un sistema de información para la recopilación sistemática y la consolidación de los datos.
- Fortalecer los laboratorios, a fin de identificar los virus prevalentes de la hepatitis.
- Enseñar al personal de salud a manejar casos, portadores y brotes.
- Educar a la comunidad.

Control de calidad

Se formularon recomendaciones para garantizar que los programas nacionales de vacunación mantengan una cantidad suficiente de vacunas de calidad garantizada, o sea vacunas inocuas, potentes y eficaces, elaboradas en condiciones que garanticen la calidad de cada lote. Los fabricantes deben producir vacunas de acuerdo con las normas internacionales (Buenas Prácticas de Manufactura) y los requisitos de la Organización Mundial de la Salud. Los gobiernos deberían cerciorarse en forma independiente y por medio de las Autoridades Nacionales de Control que los fabricantes cumplan las normas establecidas.

Haemophilus influenzae

La disponibilidad de varias vacunas eficaces para enfermedades invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b señala la firme posibilidad de incluir esta vacuna en los programas nacionales de vacunación (véase el artículo de la página 5). Los participantes estuvieron de acuerdo en iniciar estudios de vigilancia epidemiológica para establecer un conjunto de indicadores del impacto de esta vacuna en los países de la región andina.

Sostenibilidad del programa de vacunación

Los países miembros están demostrando un compromiso sin precedentes con la sostenibilidad de los programas nacionales de vacunación en la Región de las Américas. Un indicador clave es la mayor asignación de recursos nacionales para los gastos ordinarios de los programas. Aunque la colaboración de organismos externos seguirá siendo indispensable, los países mismos deberán contribuir la mayor parte de los recursos. La principal preocupación es el financiamiento de los gastos ordinarios de los programas, como la compra de vacunas, jeringas y agujas, así como el financiamiento de la ejecución y supervisión de los programas.

En el cuadro que figura a continuación se presentan datos de algunos países en relación con la sostenibilidad de sus programas. Es una excelente indicación del grado de prioridad de esta medida de salud preventiva, sumamente eficaz en función del costo. De hecho, se calcula que por cada dólar que se invierte en vacunación, se ahorran entre siete y veinte dólares en cuanto a gastos por discapacidad, muerte y atención médica relacionados con enfermedades de la infancia.

Otro ejemplo del compromiso nacional es el reciente establecimiento de una línea presupuestaria para actividades nacionales de vacunación en el presupuesto nacional de Guatemala. La adopción de iniciativas similares en los países miembros garantizaría la continuidad de los programas de vacunación en toda la Región. El SVI/OPS está colaborando activamente con legisladores de varios países para facilitar este proceso.

Porcentaje de los gastos ordinarios financiados con recursos de presupuestos nacionales en ciertos países

País	Porcentaje de gastos ordinarios 1990	Porcentaje de gastos ordinarios 1995
Bolivia	54%	85%
Republica Dominicana	88%	99%
Ecuador	85%	93%
El Salvador	80%	86%
Guatemala	1%	76%
Honduras	87%	96%
Nicaragua	-	80%
Perú	50%	97%

(-) = No se dispone de datos.

Fuente: Planes Nacionales de Acción

Taller para laboratorios de sarampión en Centroamérica

Del 8 al 10 de julio se realizó en la ciudad de Panamá el Primer Taller de Responsables de Laboratorios de Diagnóstico del Sarampión de Centroamérica, para evaluar la experiencia adquirida durante el primer semestre de 1996. Asistieron directores de laboratorios de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, el director del Centro de Referencia de Sarampión de Colombia y funcionarios de SVI/OPS.

Se examinó el papel de los laboratorios en apoyo a la consecución de la meta de eliminación del sarampión en las Américas. Los participantes examinaron los resultados del diagnóstico de laboratorio en lo que atañe al sarampión en cada uno de los países de la región, las pruebas de laboratorio para el diagnóstico del sarampión que se usan en América Central, y el envío y el transporte de muestras al laboratorio de referencia de sarampión del Centro Conmemorativo Gorgas (CCG) en Panamá. Además, se presentó la experiencia de Panamá con la vigilancia del sarampión.

Todos los países, excepto Guatemala, han llevado a cabo diagnósticos de laboratorios de suero de casos sospechosos, utilizando la prueba indirecta de IgM.

El C. C. Gorgas había recibido y procesado 216 muestras hasta la vigésima sexta semana de 1996, de las cuales 14 dieron positivo y 202 negativo. Los casos positivos están distribuidos de la siguiente forma: Costa Rica, 4; El Salvador, 5; Guatemala, 1; Nicaragua, 2; y Panamá, 2. El C. C. Gorgas analizó las muestras recibidas utilizando la prueba de IgM por Captura y envió a los CDC todas las muestras positivas y un porcentaje de las muestras negativas (31 en total en 1996).

Se recibió respuesta de las 31 muestras, las cuales indican que hay una concordancia del 88% entre los resultados obtenidos en el C. C. Gorgas y aquellos obtenidos en los CDC. La distribución final de los casos positivos fue la siguiente: Costa Rica, 4; El Salvador, 4; Guatemala, 1; Panamá, 1. El caso de Guatemala presentaba inicio de exantema en 1995. De estos casos positivos, se determinó que 2 de Costa Rica, 3 de El Salvador y 1 de Panamá eran de IgM inducida por la vacuna.

Recomendaciones

- Se convino en normalizar la prueba indirecta de IgM para todos los laboratorios participantes.
- La prueba debe realizarse semanalmente, excepto en situaciones especiales que justifiquen una mayor frecuencia.
- Es necesario fortalecer las relaciones de trabajo entre los responsables de los laboratorios y de los programas de inmunización en todos los países. Se deben documentar las reuniones de coordinación y de clasificación de casos.
- Los laboratorios analizarán todas las muestras de casos sospechosos de sarampión; en casos especiales se analizarán muestras de casos que han ingresado por otros diagnósticos compatibles con sarampión.
- Los laboratorios nacionales enviarán semanalmente al C. C. Gorgas muestras de casos positivos e indeterminados y, una vez por mes, el 10% de las muestras de suero negativas, seleccionadas en forma aleatoria.

- Las muestras se enviarán al C. C. Gorgas los lunes y martes, avisando con anticipación y confirmando que estén acompañadas de la siguiente información: número de identificación, nombre del caso, edad, fecha de la erupción, fecha de obtención de la muestra, fecha de la última dosis de vacuna antisarampionosa y resultado obtenido.
- El C. C. Gorgas distribuirá instrucciones para el envío de muestras y una hoja para anotar los datos mínimos necesarios que deberán acompañar a cada muestra que se envíe a los laboratorios.
- El laboratorio de referencia del C. C. Gorgas enviará los resultados a los países una semana después de recibir las muestras. Los enviará directamente a los laboratorios y, por medio de la Representación de la OPS en Panamá, a las Jefaturas Nacionales del PAI.
- A fin de analizar la sensibilidad y especificidad de la prueba indirecta de IgM, todos los países enviarán al C. C. Gorgas los resultados de las pruebas indirectas de IgM obtenidos de enero a junio de 1996. Según los resultados, podría recomendarse que los países utilicen otras pruebas más fiables.
- El laboratorio de referencia del C. C. Gorgas enviará mensualmente a los países un resumen de las condiciones de recepción de las muestras (cantidad, etiquetado, cadena de frío, datos mínimos y puntualidad).
- Todos los laboratorios de la red deberán tener una computadora y módem.
- Se debe mejorar la vigilancia a fin de incorporar todos los casos sospechosos al sistema de vigilancia, no sólo los casos que disponen de muestras de suero.

Cuadro 1
Muestras y resultados de las muestras de casos sospechosos de sarampión enviadas a los laboratorios de referencia, América Central, semanas 1 a 26, 1996

Criterio		COR	ELS	GUT	HON	NIC	PAN
Casos con muestra de sangre		198	237	100	8	162	73
Muestras positivas en laboratorios nacionales		33	13	...	0	8	2
CCG	Muestras enviadas + para sarampión	55	52	44	8	28	29
	- para sarampión	5	5	1	0	2	2
CDC	Muestras enviadas + para sarampión	50	47	43	8	26	27
	Muestras enviadas + para sarampión	8	8	3	2	2	3
	- para sarampión	5	4	1	0	0	1
	- para sarampión	3	4	2	2	2	2

Visite la página del Programa Especial para Vacunas e Inmunización en el World Wide Web:

<http://www.paho.org/spanish/svihome.htm>

Obtenga información actualizada de sarampión, polio y tétanos neonatal, así como nuestros boletines semanales de polio y sarampión, y mucho más!

Vigilancia de *Haemophilus influenzae* en Argentina

Desde enero de 1993 hasta el 4 de octubre de 1996 se notificaron 14.238 casos de meningococcal meningitis por todas las causas al Sistema Nacional de Vigilancia, Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina. Sesenta y ocho por ciento de los casos (9.774) fueron de origen bacteriano (cuadro 1).

Cuadro 1
Meningococcal meningitis (ME) en Argentina, 1993-1996*

Año	Total de ME	ME bacteriana	<i>H. influenzae</i>	Sin aislamiento
1993	3.816	2.615	322	807
1994	3.898	2.710	400	902
1995	3.758	2.523	364	761
1996*	2.766	1.926	242	625
Total	14.238	9.774	1.328	3.095

* Datos al 10/04/96

Durante este período, *H. influenzae* fue el agente etiológico notificado en el 14% de los casos (1.328), con un mínimo del 12% en 1993 y un máximo del 15% en 1994. En el mismo período no se aislaron agentes etiológicos en casi 32% de casos de meningococcal meningitis bacteriana.

Cuadro 2
Meningococcal meningitis con aislamiento del agente etiológico (ME C/A) y causados por *H. influenzae*, según la edad Argentina, 1996*

Edad	Total de ME Bac. C/A y edad***	Total Hi**	% de Hi**/Total de ME Bac. C/A y edad***
< 1 año	392	152	39
1 - 4 años	292	43	15
5 y + años	500	13	3
Total	1.184	208	18

* Datos al 10/4/96

** Ficha completa con edad (sin edad y c/aislamiento = 34)

*** Ficha completa con edad (sin edad y c/aislamiento = 117)

En un análisis de los registros de notificación de 1996 (hasta el 4 de octubre) se encontraron 1.184 casos de meningococcal meningitis bacteriana cuya edad se sabía. *H. influenzae* fue la causa de 208 casos, de los cuales 195 (94%) eran menores de 5 años y 152 (73%) eran menores de 1 año (cuadro 2).

Fuente: I. Miceli, C. Riva Posse, R. Chuit. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina.

Nota de la Redacción: El estudio precedente del Ministerio de Salud de Argentina es un instrumento útil para determinar la necesidad del país de integrar la vacuna contra *H. influenzae* tipo b en su plan nacional de vacunación. En vista de que las cifras presentadas son subestimaciones debido a los casos que quedan sin notificar o en los cuales no se aísla el agente, y considerando que este agente patógeno también causa enfermedades respiratorias, se puede concluir que la introducción de una vacuna contra *H. influenzae* podría evitar una cantidad considerable de casos de meningococcal meningitis, así como sus consabidas secuelas físicas y financieras. Actualmente se venden varias vacunas eficaces contra enfermedades invasivas causadas por *H.*

influenzae tipo b, que han surtido un efecto considerable en la incidencia de la meningitis en los países donde han comenzado a utilizarse. En vista de este resultado favorable, cabe preguntarse si no sería conveniente incluir estas vacunas en los programas nacionales de inmunización. En Uruguay se introdujo la vacuna contra *H. influenzae* en el plan de vacunación corriente en 1994, medida que condujo a una disminución marcada de los casos de meningitis. Asimismo, desde julio de 1996, en Chile se administran tres dosis de esta vacuna a los menores de 1 año junto con la DPT a partir de los 2 meses de edad. En esta coyuntura, es imprescindible que los países de la Región refuercen la vigilancia de *H. influenzae*, a fin de determinar con exactitud el impacto que podría tener la introducción de la vacuna. Como se indica en el artículo de la página 8, el alto costo asociado con la producción de una vacuna nueva y con su integración a los programas regulares de vacunación, exige que los países presten más atención a su eficacia en función del costo.

Esquema de vacunación contra la poliomielitis en Estados Unidos

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos aceptaron las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) de cambiar el esquema de vacunación corriente contra la poliomielitis en la infancia a partir de 1997. Los CDC recomiendan que, en Estados Unidos, los niños reciban dos dosis de vacuna inactivada de la poliomielitis (VIP) seguidas de dos dosis de vacuna oral contra la poliomielitis (VOP). La serie recomendada consiste en dos dosis de VIP (a los 2 meses y a los 4 meses de edad) y dos dosis de VOP (una entre los 12 meses y los 18 meses y otra entre los 4 años y los 6 años). Con este esquema nuevo se procura evitar los ocho o nueve casos de poliomielitis parálitica causados por la VOP que se notifican en Estados Unidos cada año.

La poliomielitis era una enfermedad común en Estados Unidos en los años cuarenta y cincuenta. En 1952 se notificaron más de 57.000 casos, de los cuales más de 21.000 fueron paráliticos. Debido al amplio uso de la VOP, desde 1979 no se notificaron más casos de poliomielitis parálitica causados en forma natural por el virus de la poliomielitis en Estados Unidos.

Antes de esta recomendación, Estados Unidos usaba casi exclusivamente la VOP, elaborada con un virus vivo atenuado. La VOP protege en forma directa a las personas vacunadas y en forma indirecta a otras personas susceptibles mediante la propagación del virus de la vacuna en la localidad, el cual detiene la propagación del virus salvaje si este se reintroduce en Estados Unidos. La VIP confiere un grado similar de protección que la VOP a las personas vacunadas, pero se cree que no es tan eficaz como la VOP para prevenir la propagación del poliovirus salvaje entre las personas susceptibles. Con las dos dosis de VIP que se agregaron al esquema de vacunación, seguidas de dos dosis de VOP, se espera reducir la frecuencia de la poliomielitis parálitica asociada a la vacuna en un 50% a un 75% o más.

La declaración de los CDC recalca que este cambio es posible porque el progreso de la erradicación mundial de la poliomielitis ha reducido considerablemente el riesgo de importación de poliomielitis en Estados Unidos, aunque no lo ha eliminado. «Esta nueva recomendación de un mayor uso de la VIP se aplica sólo a Estados Unidos porque ha mantenido la interrupción de la transmisión de la poliomielitis durante más de 16 años. Los CDC siguen firmemente comprometidos con la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000, **que depende del uso exclusivo de VOP en los países donde el poliovirus salvaje todavía circula o ha circulado recientemente**. Deben continuar las medidas de vacunación intensiva y los programas de vigilancia hasta que se elimine la poliomielitis de todo el mundo», dice la declaración de los CDC.

Fuente: Declaración de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y del Programa Nacional de Vacunación de los CDC. Atlanta (Georgia).

Nota de la Redacción: Después de las recomendaciones iniciales del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) de cambiar el esquema de vacunación contra la poliomielitis, agregando dos dosis de vacuna inactivada de la poliomielitis (VIP), los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, el Rotary Internacional y el UNICEF emitieron una declaración conjunta en noviembre de 1995, en la cual apoyan la postura de la OMS de mantener la norma mundial actual en materia de vacunación para erradicar la poliomielitis, que consiste en usar la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) **solamente**.

En la declaración conjunta se afirma que la VOP es la vacuna preferida porque confiere un grado mayor de inmunidad, tanto directa como indirecta, contra la poliomielitis a los niños que viven en países donde la enfermedad es endémica, tiene un precio asequible de 8 centavos de dólar por dosis y se puede administrar en forma fácil y sin peligros por vía oral, sin necesidad de jeringas y agujas. Durante los últimos 10 años, alrededor de mil millones de niños han recibido la VOP y están protegidos contra la poliomielitis. Esta enfermedad fue erradicada de las Américas en 1994 y se prevé que se erradicará del resto del mundo en el año 2000.

Las importaciones siguen siendo la principal amenaza para el mantenimiento de las Américas libre de poliomielitis. La última importación, de India a Canadá, que se produjo en marzo de 1996, fue el caso de un niño de 15 meses que había recibido tres dosis de un tipo mejorado de VIP, y pone de relieve la importancia de usar la VOP en todos los países hasta que la poliomielitis se erradique de todo el mundo.

Últimas noticias : La isla de Montserrat ha llevado a cabo la campaña de seguimiento contra el sarampión, incluso durante el mes de septiembre, a pesar de la intensa actividad volcánica que afecta a la isla desde el año pasado. Se vacunó a los niños de 6 a 10 años. Siete de los doce centros de salud de la isla están cerrados, y funcionan sólo nueve de los 16 centros notificantes. El personal de salud está realizando una labor excelente. No se ha producido ningún brote a pesar de que la mitad de la población ha tenido que refugiarse en albergues.

El volcán de Soufriere Hills hizo erupción el 18 de julio de 1995 y obligó a más de 6.000 personas a trasladarse al norte de la isla. Los científicos del Centro de Observaciones

Vigilancia de la poliomielitis

Este año se cumple el quinto aniversario del último caso de poliomielitis en las Américas. Durante este período hubo cuatro casos de importación de poliovirus salvaje en Américas: dos provenientes de la India y dos de los Países Bajos. El último fue en marzo de 1996. Tal como se menciona en el artículo anterior, la importación constituye actualmente la principal amenaza para el mantenimiento de la Región libre de poliomielitis. Por lo tanto, el SVI/OPS está utilizando todos los medios disponibles para alertar a los funcionarios de salud de la Región, a fin de que se cercioren de que sus sistemas de vigilancia de la PFA funcionen correctamente.

Para prevenir posibles fallas en los sistemas de vigilancia, los países pueden tomar medidas como cursos de actualización, en los cuales se insiste en el mantenimiento correcto de registros y en la formación de redes, y la actualización del manual de vigilancia, en el cual se presentan las pautas en relación con la PFA. Además, es importante continuar prestando mayor atención a los municipios que la necesitan. Los países de la Región que se enfrentan con obstáculos en la vigilancia de la PFA deben continuar la búsqueda de medidas que faciliten el funcionamiento eficaz de su sistema nacional de vigilancia.

Indicadores de vigilancia de PFA

Pais	80% de las unidades presentan informes semanalmente	80% de los casos se investigan dentro de las 48 horas	Se obtiene muestra adecuada de heces del 80% de los casos	Tasa de PFA \geq 1:100,000 en menores de 15 años
Chile				
Colombia				
El Salvador				
Honduras				
México				
Nicaragua				
Paraguay				
Perú				
Venezuela				
Bolivia				
Costa Rica				
Cuba				
República Dominicana				
Ecuador				
Guatemala				
Panamá				
Brasil				
Haiti				
Uruguay				
Argentina				

■ Cumplen el criterio

Fuente: SVI/OPS (PESS)

* Datos al 12 de septiembre de 1996

Volcánicas de Montserrat creen que se producirán erupciones mucho mayores. La OPS y la Cruz Roja han reforzado la capacitación del personal de salud en atención de víctimas numerosas y primeros auxilios.

El compromiso demostrado por el personal de salud y la población de Montserrat es digno de elogio. Igual que en Montserrat, el personal de salud de toda la Región de las Américas ha superado situaciones difíciles en repetidas ocasiones y ha logrado alcanzar las metas fijadas en el campo de la salud.

Fuente: Informe del viaje del Dr. Abdelmalik M. Hashim, asesor de SVI/OPS y del Programa de la OPS de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 1996 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1995 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1996			Confir- mados* 1995	1996	1995	No Neonatal		Neonatal		1996	1995	1996	1995
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1996	1995	1996	1995				
Anguila	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	07 Sep	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Argentina	07 Sep	0	38	38	114	0	0	36	25	3	3	0	4	315	930
Bahamas	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Barbados	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Belice	07 Sep	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0
Bermuda	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	07 Sep	0	3	3	0	0	0	5	5	6	14	1	5	9	36
Brasil	10 Ago	2	128	130	163	0	0	97	291	10	37	24	71	318	1.280
Islas Vírgenes Británicas	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	07 Sep	295	—	295	2.018	0	0	1	1	...	...	...	2	1.333	4.663
Islas Caimán	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chile	07 Sep	0	1	1	2	0	0	4	4	0	0	0	0	245	56
Colombia	07 Sep	2	18	20	271	0	0	...	50	15	19	3	3	40	567
Costa Rica	20 Jul	3	2	5	64	0	0	...	5	...	0	...	0	...	5
Cuba	07 Sep	0	0	0	1	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	07 Sep	0	0	0	0	0	0	17	22	0	0	2	3	1	0
Ecuador	07 Sep	0	19	19	779	0	0	0	70	26	36	13	123	62	157
El Salvador	07 Sep	1	0	1	0	0	0	7	3	4	3	0	0	1	4
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Guadalupe	07 Sep	0	1	1	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	07 Sep	0	0	0	26	0	0	7	...	5	4	0	0	4	20
Guyana	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	07 Sep	0	1	1	1	0	0	15	0	4	0	0	0	67	0
Jamaica	07 Sep	0	0	0	7	0	0	6	4	0	0	0	0	21	6
Martinica	...	...	...	...	...	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
México	07 Sep	0	19	19	9	0	0	96	50	38	27	0	0	1	0
Montserrat	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	07 Sep	1	0	1	5	0	0	7	2	0	3	0	0	3	4
Panamá	07 Sep	0	0	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Paraguay	07 Sep	0	4	4	18	0	0	13	23	8	12	0	1	10	10
Perú	07 Sep	1	62	63	199	0	0	43	57	35	70	4	4	179	786
Puerto Rico	07 Sep	6	—	6	11	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Cristóbal/Nieves	07 Sep	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente/Granadinas	07 Sep	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Suriname	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0
Trinidad y Tabago	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	07 Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	07 Sep	422	—	422	261	0	0	...	4	...	...	...	0	775	807
Uruguay	10 Ago	0	0	0	...	0	0	1	1	0	0	0	0	12	32
Venezuela	07 Sep	1	6	7	64	0	0	...	28	8	8	0	0	230	207
Total		734	302	1.036	4.025	0	0	359	649	165	242	47	216	3.628	9.575

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

El desafío de las vacunas

Doscientos años después del descubrimiento de la primera vacuna (la antivariólica), el mundo está en el umbral de una serie de grandes adelantos científicos que cambiarán la atención preventiva de salud para los niños. Durante los próximos cinco a quince años comenzará a utilizarse una nueva generación de vacunas que podrían salvar la vida de hasta 8 millones de niños al año. Con los tremendos adelantos experimentales de la biología molecular y técnicas de ingeniería genética se han obtenido varias posibles vacunas que simplificarán la vacunación, mejorarán la eficacia de las vacunas actuales y protegerán a los niños contra enfermedades para las cuales todavía no hay una vacuna. Además, algunas de estas vacunas se convertirán en medida creciente en la primera línea de defensa contra toda una gama de enfermedades que están volviéndose incurables debido a la resistencia creciente de los microbios a los antibióticos.

Sin embargo, en el informe *State of the World's Vaccines and Immunization* se advierte que, a pesar de los grandes adelantos de la biología molecular y la ingeniería genética, la promesa de la ciencia en cuanto al desarrollo de vacunas nuevas y mejoradas y de los servicios de vacunación se derrochará trágicamente a menos que la comunidad internacional continúe respaldando las investigaciones científicas y la vacunación en todo el mundo con suficientes recursos.

Se prevé que las vacunas de la nueva generación serán mucho más costosas que las que se usan actualmente. Es probable que, a partir de ahora, el costo de cada dosis no se exprese en centavos, sino en dólares. En la actualidad, los gastos de investigación y desarrollo de una sola vacuna pueden situarse entre los cincuenta y los doscientos millones de dólares. A eso hay que sumar una maraña de derechos de propiedad intelectual sobre las vacunas, que agregarán un porcentaje fijo a cada dosis y podrían restringir su fabricación en distintos lugares.

Cada año mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años, tres millones antes de cumplir una semana de vida. Hasta dos millones de esas muertes se deben a enfermedades que podrían prevenirse con las vacunas que ya se ofrecen por medio del Programa Ampliado de Inmunización. Se producen por dos razones principales: porque no todas las

vacunas son 100% eficaces y porque cada año alrededor de 20% de los niños de todo el mundo no son vacunados debidamente durante el primer año de vida con las vacunas originales del PAI contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la tuberculosis y el sarampión. Se está trabajando para aumentar las tasas de cobertura de vacunación y reducir el costo de la administración de las vacunas mediante métodos simplificados de vacunación, la disminución del número de contactos necesarios y la obtención de vacunas que puedan administrarse a una edad más temprana. De esta forma se podría proteger a los niños contra enfermedades tales como algunas infecciones respiratorias agudas que pueden presentarse antes que los niños alcancen una edad suficiente para ser vacunados y se podría vacunar a más niños antes que pierdan contacto con el sistema de servicios de salud.

Este doble enfoque de la transformación de la vacunación, que consiste en aumentar la cobertura por medio de la mejora de las vacunas y los métodos de inmunización actuales y agregar una gama de vacunas nuevas contra enfermedades que todavía no son inmunoprevenibles, será una dura prueba para los sistemas de financiamiento y administración de vacunas. Lo más importante tal vez sea que el nuevo enfoque exigirá una reformulación fundamental de la importancia que se atribuye a la prevención de enfermedades por medio de la vacunación. ¿Cuánto vale realmente una vacuna?

Con la disponibilidad de vacunas nuevas y más costosas se prestará atención en medida creciente al valor relativo de otras medidas de prevención de enfermedades. Será necesario ponderar minuciosamente la eficacia en función del costo de cada posible intervención, ya sea vacunación, mejora del saneamiento y la higiene, protección ambiental o adopción de formas de vida más sanas, a fin de que la decisión se base en el uso más eficaz y eficiente de los recursos disponibles provenientes de particulares, el gobierno y donantes. Pero incluso a un precio más alto, las vacunas seguirán siendo uno de los medios más eficaces en función del costo para prevenir enfermedades y evitar los gastos de tratamiento.

Fuente: *State of the World's Vaccines and Immunization*, OMS y UNICEF. Ginebra, 1996.

El *Boletín Informativo del PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Especial para Vacunas e Inmunización (SVI) 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
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729



Programa Especial para Vacunas e Inmunización
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.