



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XVIII, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1996

Nuevo récord: ¡cinco años libres de sarampión!

En la Décimotercera Reunión de Gerentes del PAI del Caribe, que se realizó en Miami Beach (Florida) del 4 al 6 de noviembre, participaron más de 65 funcionarios de salud de 19 países angloparlantes del Caribe y Suriname y representantes de las posesiones francesas Guadalupe y Martinica y de las Antillas Neerlandesas. Asistieron también funcionarios de salud de Haití y representantes del Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades (Canadá), el Ministerio de Salud del Reino Unido, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos), los departamentos de salud de los condados de Los Ángeles y Dade, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el UNICEF, así como personal técnico de OPS/SVI.

Los países angloparlantes del Caribe siguen teniendo el récord más largo en las Américas de cinco años libres de sarampión. Las deliberaciones de la reunión de Miami se centraron en el aumento y la acumulación de susceptibles y las medidas necesarias para prevenir la reintroducción de esta enfermedad. Se dedicó bastante tiempo también a la evaluación de la situación actual en lo que respecta a la circulación del virus de la rubéola y al síndrome congénito de rubéola (SCR) en el Caribe. Hubo consenso entre los participantes en cuanto a la necesidad de informar sobre la gravedad de esta enfermedad, especialmente a las mujeres y a las autoridades de los países. Se destacó la importancia de determinar los elementos fundamentales de una estrategia eficaz de control y eliminación de la rubéola y el SCR. Como parte de esta tarea, cada país realizó su propio análisis de costo-beneficios de la eliminación inmediata de la rubéola y el

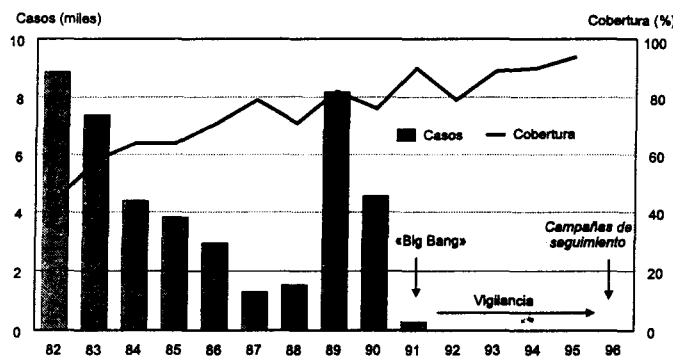
SCR con una campaña de vacunación masiva que incluya la vacuna contra la rubéola. Este análisis servirá de base para medidas más concretas en cada país.

Erradicación del sarampión

Durante el período de 1992 a 1996, no se confirmó en laboratorio ningún caso de transmisión autóctona de sarampión, a pesar de la vigilancia intensiva y la investigación de 1.453 casos sospechosos. La cobertura de vacunación contra el sarampión se situó entre el 75% y el 86%. Los dos

últimos casos confirmados fueron notificados por Barbados en agosto de 1991. Se han descartado más de 270 casos que eran de rubéola, 58 de dengue y 1.125 con otros diagnósticos. Durante 1995, en el laboratorio de CAREC se investigaron 334 casos sospechosos de sarampión de 16 países miembros de CAREC. El mayor número de casos sospechosos de sarampión en 1995 correspondió a Jamaica, donde hubo una epidemia de rubéola. En Dominica y en Turcas y Caicos también hubieron varios casos debido a una epidemia de dengue.

Casos de sarampión, 1982-1996
Países angloparlantes del Caribe



Fuente: Informes nacionales a CAREC
BIG BANG: 1991, campaña de vacunación masiva, 9 meses a 14 años.
Campañas de seguimiento: 1 a 5 años

Prácticamente todos los países de la subregión ya han puesto en práctica la estrategia de tres etapas de la OPS para erradicar el sarampión. Se han llevado a cabo campañas de seguimiento en 14 de los 19 países, y cinco todavía no las han iniciado. Suriname está esperando la llegada de vacunas y planea realizar una campaña de seguimiento en 1997. Trinidad & Tobago decidió llevar a cabo una campaña de barrido en zonas de baja cobertura y difícil acceso, y está evaluando la necesidad de una campaña de seguimiento.

En este número:

Nuevo récord: ¡cinco años libres de sarampión!	1
Vigilancia del sarampión en Nicaragua	4
Vigilancia de la poliomielititis	6

Impacto de la introducción de la vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) en Uruguay	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Tétanos neonatal sigue en descenso	8

Bermuda, las Bahamas y las Islas Caimán no planean campañas de seguimiento por el momento. Los países continuaron trabajando para alcanzar la meta de una cobertura de vacunación antisarampionosa del 95% a fin de erradicar el sarampión.

Los países angloparlantes de la región han prometido a mantener la región libre de sarampión.

- Se han llevado a cabo campañas de vacunación (catch-up) en 18 de los 19 países.
- Los programas de vacunación regulares han mantenido una cobertura de más del 80%.
- Se han realizado o se están realizando campañas de seguimiento en 14 de los 19 países.
- La región continúa sus esfuerzos con el mismo fervor a pesar de que han transcurrido cinco años desde la campaña de vacunación masiva «Big Bang».
- Los gobiernos están sufragando más del 80% del costo regular de inmunización.
- Hay un profundo compromiso en todos los niveles: políticos, funcionarios médicos principales, administradores de programas, personal de salud pública, empleados de laboratorios y otros.

El período comprendido entre el 28 de septiembre de 1991, fecha de inauguración del Sistema de Vigilancia de la Eliminación del Sarampión, y el 31 de diciembre de 1995 abarca 223 semanas de notificación. Durante ese período, la mayoría de los países excedieron la meta de presentación de informes semanales 80% completos.

Respondiendo a los comentarios recibidos en relación con las evaluaciones recientes de la vigilancia del sarampión en las Américas, los países angloparlantes del Caribe han analizado la calidad de las fichas para notificación de casos. Aunque en general estos cumplen su labor efectivamente, necesitan recabar información más detallada sobre la presencia o ausencia de conjuntivitis, coriza o tos, antecedentes de vacunación, fecha de la última vacunación y dirección del paciente.

La importación es la única vía por la cual el sarampión puede resurgir en la región. En vista de la gran cantidad de turistas que llegan cada año, causa preocupación el gran riesgo de que se produzca un brote, especialmente en Trinidad & Tobago, que podría amenazar también a los demás países, si no se realizan campañas de seguimiento. Se recomendó enfáticamente realizar una campaña de seguimiento en dicho país.

Erradicación de la poliomielitis

Durante 1996, siete países notificaron 18 casos de parálisis flácida aguda (PFA): Antigua, Bahamas, Barbados, Guyana, Jamaica, Suriname y Trinidad & Tobago. Antigua y las Bahamas cumplían todos los indicadores de la vigilancia de la PFA; Guyana cumplía tres; Barbados y Trinidad & Tobago, dos; y Jamaica, uno. Doce países no notificaron casos de PFA. De los 19 países, 18 cumplieron el indicador de la presentación de informes semanales por más del 80% de las unidades notificantes.

Las fallas notificadas del sistema de vigilancia de la PFA en la región han llevado a los países a tomar medidas correctivas, entre ellas cursos de actualización en mantenimiento de registros y formación de redes, así como la actualización de manuales y pautas para la vigilancia de PFA.

Se recordó a los funcionarios de salud presentes en la reunión la necesidad de movilizar al personal de salud para buscar activamente e investigar cada caso de PFA. La resensibilización de los médicos clínicos y del personal de salud pública sobre la importancia de la investigación inmediata, la notificación y la vigilancia activa serán fundamentales hasta que se logre erradicar la poliomielitis de todo el mundo. Igual que en el caso de la vigilancia del sarampión, los esfuerzos para incorporar nuevas fuentes de notificación, como organizaciones no gubernamentales, médicos particulares y grupos comunitarios, fortalecerán la vigilancia.

Cobertura de vacunación

La cobertura de vacunación se mantuvo en el nivel que tenía, que es alto. Sin embargo, se informó que en algunos países la cobertura había disminuido o permanecía estacionaria por debajo del 90%. Cuando la cobertura es inferior al 95%, hay una gran cantidad de niños sin vacunar y se deben tomar medidas para localizarlos y administrarles las vacunas necesarias.

Introducción de vacunas nuevas

Antes de introducir vacunas nuevas en un programa nacional de vacunación hay que realizar una investigación pormenorizada de la pertinencia epidemiológica de la vacuna y, si es posible, comprobar que la introducción de la vacuna en el programa de vacunación representará un uso eficaz a los recursos en función del costo. Una vez que se efectúe tal comprobación y que se obtengan los recursos necesarios, se debe elaborar un plan de introducción e implementación. Entre los asuntos que es necesario considerar se encuentran estudios de la vacuna, vigilancia de la enfermedad, mecanismos de abastecimiento, esquema de vacunación, medición de la cobertura, estrategias de comunicación, material para la capacitación de profesionales y vigilancia de los resultados. La implantación de una vacuna nueva es una tarea compleja y polifacética que requiere la coordinación de las autoridades, los administradores del programa, expertos en salud pública, expertos en publicidad y mercadotecnia, investigadores, fabricantes, encargados de la reglamentación, familiares y profesionales de la salud. La amplia experiencia del Caribe con la ejecución de campañas de vacunación facilitará la introducción de vacunas nuevas en los programas de vacunación corrientes.

Estrategias de control y eliminación de la rubéola

Los datos obtenidos de la región indican una amplia circulación de la rubéola y el síndrome congénito de rubéola (SCR).

En Jamaica, Guyana, Belice y Suriname ha habido casos de circulación de rubéola confirmados en laboratorio por lo menos en cuatro de los últimos cinco años. Trinidad (dos años) y Barbados (tres años) también han presentado casos de rubéola documentados en laboratorio durante los últimos cinco años.

Al parecer, la rubéola tiene gran circulación en los países de mayor extensión. En Belice, Guyana, Jamaica y Trinidad & Tobago, el porcentaje de casos sospechosos de sarampión que dieron positivo para rubéola se situó entre el 38% y el 60%. Durante el brote de 1996 en Barbados, 52% de los 229 casos notificados de rubéola correspondieron a mujeres de 15 a 44 años.

Aunque durante los últimos cuatro años (1992-1996) circularon casos de rubéola documentados en laboratorio sólo en la mitad de los países, todos los países donde hay un grupo de adultos o niños susceptibles corren el riesgo de tener un brote. En varios países insulares más pequeños se encontraron indicios de circulación del virus de la rubéola (pacientes con resultado positivo en una prueba de laboratorio) en los últimos cuatro años: Dominica, Islas Caimán, San Cristóbal y Nieves, y Santa Lucía.

Hasta ahora se han detectado casos de SCR en Jamaica (6), Barbados (2) y Trinidad & Tobago (1). En un país miembro de CAREC se confirmó en laboratorio la infección por rubéola de 15 mujeres embarazadas.

Vigilancia de la rubéola y el SCR

CAREC ha propuesto un conjunto de definiciones de caso para el SCR, un formulario para notificar casos de SCR y pautas para la vigilancia del SCR, que se han distribuido a los países miembros para que formulen comentarios. Las pautas incluyen la creación de un registro de embarazadas con rubéola confirmada en laboratorio, cuyos hijos deben ser sometidos a un seguimiento durante todo el período neonatal y postnatal a fin de detectar cualquier defecto que pudiera haber causado el virus de la rubéola. El SCR debería considerarse como una enfermedad de notificación obligatoria. En los países donde se permiten los abortos terapéuticos, la vigilancia de los abortos terapéuticos debidos a una infección por el virus de la rubéola podría ser un indicador sensible de la infección congénita por rubéola.

Prevención de la rubéola y el SCR

Durante 20 años no se verá un efecto importante de la vacunación infantil en los casos de SCR. En la mayoría de los países del Caribe hay grupos de susceptibles en los cuales podrían producirse brotes de rubéola si se reintrodujera el virus, situación que es necesario corregir a fin de controlar o eliminar rápidamente la rubéola y el SCR.

En 12 países se administró la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR) a niños de 1 a 14 años durante la campaña de vacunación masiva realizada en 1991, de modo que la mayoría de los menores de 20 años están inmunizados. En 10 países se usó la vacuna SPR en la campaña de seguimiento de 1996. La vacuna SPR ahora se incluye en los esquemas de vacunación infantil de todos los países.

Análisis de costo-beneficios de la eliminación de la rubéola y el SCR

Según los datos preliminares obtenidos de un análisis de costos realizado por la delegación de cada país en la reunión de Miami, las campañas de vacunación masiva que incluyen la vacuna contra la rubéola para eliminar el virus y el SCR serían sumamente eficaces en función del costo en la mayoría de los países del Caribe.

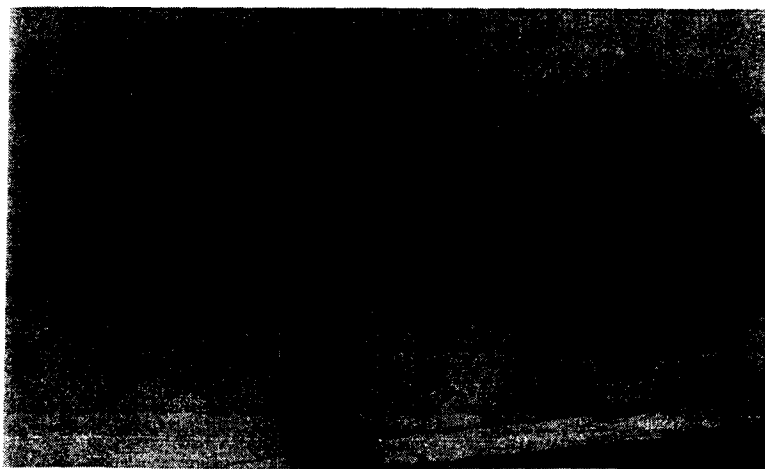
Se calculó que, incluso con las estrategias actuales de algunos de los países, se producirían 1.500 casos de SCR durante los próximos 15 años, mientras que, en ese período, los países que ya usan la vacuna contra la rubéola obtendrán resultados limitados con sus estrategias. Se calcula que los gastos de atención y rehabilitación de estos casos, sin contar el sufrimiento humano, ascenderán durante ese período a más de EUAS\$ 60.000.000.

La aplicación de una estrategia para interrumpir la transmisión de rubéola, eliminando la posibilidad de que se produzcan casos de SCR durante este período, que consistiría en vacunar a todos los habitantes (hombres y mujeres) de 1 a 30 años (con variaciones en cada país teniendo en cuenta su estrategia actual y si se usó la vacuna SPR en la campaña de 1991 de vacunación masiva de los niños de 1 a 14 años), costaría alrededor de EUAS\$ 4.500.000. La eficacia en función del costo de las campañas masivas asciende en promedio a unos EUAS\$ 2.900 por caso de SCR evitado. Estos cálculos se basan en el uso de la vacuna SPR para los niños de 1 a 14 años y la vacuna contra la rubéola para las personas de 15 a 30 años.

Recomendaciones

- En 1997 se deberían entablar conversaciones entre altos funcionarios del Ministerio de Salud y los líderes políticos de todos los países sobre el uso de campañas masivas u otras estrategias eficaces para resolver el problema de la acumulación de susceptibles.
- En los países donde existe el compromiso político como consecuencia de brotes recientes de rubéola y SCR, se recomienda realizar campañas masivas para eliminar el virus de la rubéola y los casos de SCR.
- Se debe introducir en 1997 la vigilancia de casos de SCR junto con un registro de mujeres embarazadas que tengan rubéola confirmada en laboratorio. En los casos en que sea posible, se debe considerar la posibilidad de iniciar la vigilancia de los abortos terapéuticos debidos a infecciones por rubéola.

Si desea una copia del informe completo, dirijase a SVI en Washington, D.C.



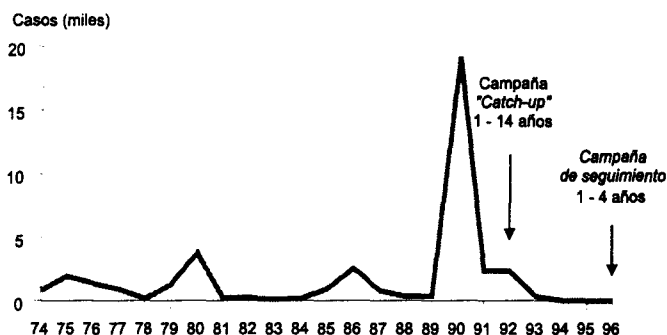
Secuelas importantes de SCR incluyen: retraso mental, sordera, ceguera, defectos cardíacos y muerte.
Fuente: CAREC

Vigilancia del sarampión en Nicaragua

La evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica del sarampión en Nicaragua estuvo a cargo de un equipo del Ministerio de Salud con el apoyo de la OPS/SVI. Se utilizó la metodología ideada por la OPS/SVI para el análisis rápido de sistemas de vigilancia del sarampión a fin de determinar la capacidad de dicho sistema para detectar eficazmente la circulación del virus del sarampión en todo el país.

En agosto de 1996, cuatro grupos organizaron visitas y realizaron entrevistas estructuradas con equipos de salud en varios niveles (nacional, SILAIS* y municipal), dando prioridad a las zonas de alto riesgo. El equipo de evaluación visitó la Dirección Nacional del PAI (Ministerio de Salud), la Dirección de Vigilancia Epidemiológica Nacional (Ministerio de Salud), Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia, dos hospitales nacionales de referencia, 17 equipos directivos de SILAIS, 16 hospitales departamentales y 29 unidades de salud municipales. La evaluación se centró en diversos aspectos de gerencia, el proceso de vigilancia y la vigilancia intensiva de zonas de alto riesgo.

**Casos confirmados de sarampión por año
Nicaragua, 1974-1996***



Fuente: PAI/MINSA

* Datos al 3 de agosto, 1996

Resultados

En 1995 Nicaragua notificó 195 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 190 se descartaron y cinco fueron confirmados clínicamente, lo cual indica una falla del sistema de vigilancia. En 1996, hasta el 3 de agosto se habían notificado 194 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 193 fueron descartados. La cantidad de casos sospechosos notificados varió de un SILAIS a otro.

Los casos sospechosos presentaron la siguiente distribución según la edad: 38%, menores de 1 año; 28%, de 1 a 4 años; 21%, de 5 a 14 años; 12%, mayores de 15 años. Los antecedentes de vacunación de los 194 casos sospechosos fueron los siguientes: 20% habían recibido una dosis de vacuna antisarampionosa, 30% habían recibido dos o más dosis, 43% no estaban vacunados y en 7% de los casos no se conocían los antecedentes de vacunación. En cuanto al grupo que no estaba vacunado, 87% no habían llegado todavía a una edad en que pudieran vacunarse.

La evaluación incluyó una búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión, que consistió en el examen de 77.934 diagnósticos y expedientes médicos de consultas médicas y servicios de urgencia de distintos hospitales y

centros de salud correspondientes al período de enero a agosto de 1996, así como las fichas para la investigación de casos sospechosos de sarampión utilizados en las unidades visitadas, de los cuales sólo 95 expedientes merecieron análisis ulterior para determinar si eran casos sospechosos de sarampión que no habían sido detectados por el sistema de vigilancia. Sólo tres fueron considerados como casos que deberían haber ingresado al sistema, y se están investigando.

Vigilancia Epidemiológica

Indicadores de la vigilancia:

- **Porcentaje de unidades que presentan informes semanales negativos: 98%**

La red de vigilancia epidemiológica está formada por 175 unidades notificantes: 23 hospitales y 152 centros de salud.

- **Porcentaje de casos notificados dentro de los siete días siguientes al inicio del exantema: 90%**

Sesenta y uno por ciento de los casos se notifican dentro de los tres días siguientes al inicio del exantema y 29% entre el cuarto y el séptimo día.

- **Porcentaje de casos investigados dentro de las 48 horas siguientes a la notificación: 92%**

De los 17 SILAIS, 15 investigan más del 90% de sus casos en las primeras 48 horas.

- **Porcentaje de los casos que se investigan exhaustivamente y de los cuales se obtienen muestras adecuadas: 100%**

Se llena un formulario de investigación para cada caso. En 100% de los casos se provee la siguiente información: nombre, edad, SILAIS, municipalidad, fecha de inicio del exantema, tipo de exantema, fiebre, fecha de obtención de las muestras, diagnóstico definitivo y antecedentes de vacunación.

- **Porcentaje de casos de los cuales se dispone de resultados de laboratorio en el plazo de siete días: 36%**

En promedio, los resultados se notifican 34 días después que se reciben. Sesenta por ciento de las muestras se reciben en el laboratorio dentro de los siete días siguientes al día de su obtención y 21% entre el séptimo y el decimocuarto día.

El sistema de notificación y la red de comunicación son óptimos y se realiza una labor de vigilancia epidemiológica activa a nivel local por medio de visitas sobre el terreno. La base de datos del Programa Nacional de Inmunización se usa para análisis periódicos a fin de detectar zonas en riesgo. El personal de salud sabe identificar los casos de sarampión y comprende la importancia de la notificación inmediata de un caso sospechoso.

Más de 90% de los casos que ingresan al sistema de vigilancia han sido investigados oportunamente. Hay un formulario simplificado para investigación de casos y un formato normalizado para documentar las medidas tomadas.

Se responde oportunamente a la detección de casos sospechosos de sarampión.

El laboratorio nacional cuenta con los recursos y la competencia técnica necesarios para realizar los diagnósticos. Hay buena coordinación entre el laboratorio y el programa a nivel central. El sistema para obtener, conservar y enviar muestras es adecuado en todos los niveles, y la coordinación entre el laboratorio nacional y el laboratorio de referencia regional Centro Conmemorativo Gorgas ha mejorado considerablemente.

Recomendaciones

- Reforzar y promover los aspectos clínicos para el diagnóstico diferencial del sarampión en las actividades de capacitación.
- Incluir otras fuentes de notificación (escuelas, organizaciones no gubernamentales y médicos particulares) en todos los niveles, indicándolos en la ficha de investigación de casos.
- Promover y difundir en todo el país normas simplificadas para la vigilancia epidemiológica.
- No excluir casos sin muestras del sistema de vigilancia.
- Cerciorarse en los SILAIS de que se provea suficiente información básica en el formulario de investigación de casos.
- Documentar y reforzar la investigación de la fuente de infección.
- Obtener una muestra de sangre en el primer contacto con cada caso sospechoso de sarampión.
- Examinar los procedimientos y las medidas para responder a la presencia de casos sospechosos de sarampión.
- Asignar una clasificación definitiva a cada caso dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación.
- Instalar una computadora en el laboratorio central para facilitar el análisis de casos.
- Elaborar un flujograma para el envío oportuno de los resultados completos de laboratorio a los SILAIS.
- Computarizar la base de datos de vigilancia de los SILAIS.
- Realizar un análisis integral de la información disponible sobre vigilancia, cobertura y control de calidad en los SILAIS.
- Evaluar mensualmente los indicadores de vigilancia en cada SILAIS.
- Publicar y distribuir el boletín epidemiológico del PAI.
- Aplicar correctamente los criterios para detectar zonas en riesgo teniendo en cuenta la situación local y fortalecer la vigilancia en estas zonas.

Gerencia

Se ha comprobado que hay un compromiso político en todos los niveles y se reconoce que el programa es una prioridad sanitaria. Se han tomado medidas para aumentar la cobertura de vacunación contra el sarampión y mantenerla en un nivel elevado. El Comité Coordinador Inter-agencial (CCI) brinda un gran apoyo y se ha iniciado en el nivel central un proceso para incorporar al sector privado en las actividades

de vigilancia y vacunación. El programa dispone de suficientes recursos humanos y materiales, y el personal de salud está motivado para alcanzar la meta de erradicación del sarampión. En todos los niveles se han iniciado actividades regulares de capacitación y supervisión. Se conocen las metas y las estrategias de erradicación del sarampión y hay normas apropiadas y documentos técnicos para la vigilancia.

Recomendaciones

- Fortalecer la capacidad gerencial relacionada con la vigilancia epidemiológica en los diversos SILAIS y municipalidades.
- Formar una comisión nacional de vigilancia epidemiológica.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional con ONG y médicos particulares en los SILAIS y en las municipalidades.
- Buscar mecanismos para promover una participación mayor de organismos nacionales, los SILAIS, los hospitales y las municipalidades en la iniciativa de erradicación del sarampión.
- Designar una persona a tiempo completo para observar el progreso de la iniciativa en todos los SILAIS y las municipalidades.
- Asignar recursos para transporte a fin de garantizar la ejecución de actividades de vigilancia del sarampión en todos los niveles.
- Examinar la administración y el mantenimiento de la cadena de frío a nivel nacional y en los SILAIS.
- Establecer un sistema de reconocimiento de los méritos a fin de mantener al personal motivado.
- Revisar la metodología de capacitación para la labor de erradicación del sarampión y adaptarla a las necesidades municipales.
- Fomentar la participación del personal de salud de hospitales, el sector privado y organizaciones comunitarias en las actividades de capacitación.
- Proporcionar capacitación teórica y práctica sobre análisis de información y control de calidad.
- Sistematizar y documentar las actividades de supervisión con fines de seguimiento en todos los niveles como forma de capacitación en el servicio.

Conclusiones

- Hay un sistema de vigilancia epidemiológica activa a nivel nacional capaz de detectar casos sospechosos de sarampión o brotes oportunamente.
- La ausencia de casos confirmados en laboratorio es un indicador de la eficacia de las estrategias de vacunación utilizadas en el país para erradicar el sarampión y del nivel óptimo de cobertura alcanzado.
- No hay indicios de que circule el virus del sarampión en el país.
- A fin de mantener el éxito alcanzado, será necesario fomentar la participación de otras instituciones públicas y privadas, escuelas y organizaciones comunitarias.

* SILAIS = sistemas locales de asistencia integral de salud.

Impacto de la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en Uruguay

En agosto de 1994, la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones de Uruguay, recomendó la incorporación de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b en el Programa Ampliado de Inmunización del país, con el siguiente esquema de vacunación para niños de 2 meses a 4 años:

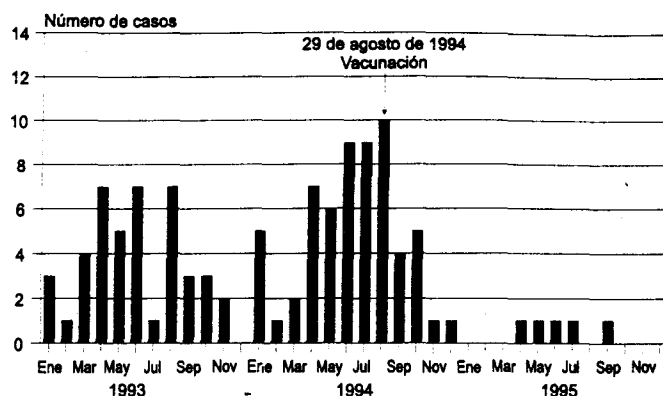
- Para recién nacidos: la primera dosis a los dos meses, seguida de una dosis a los cuatro meses y otra a los seis meses administradas junto con las vacunas DPT y VOP, más una dosis de refuerzo entre los 12 y los 15 meses.
- Para niños de 7 a 11 meses: dos dosis con un intervalo de dos meses como mínimo, más una dosis de refuerzo entre los 12 y los 15 meses, pero no antes de dos meses después de la última dosis.
- Para niños mayores de 12 meses: una dosis solamente.

Entre agosto de 1994 y enero de 1995 se administraron más de 90.000 dosis de la vacuna a niños menores de 1 año (la cohorte está formada por unos 50.000 niños) y 130.000 dosis a niños de 1 a 4 años. La estrategia de vacunación contra esta enfermedad condujo a una reducción del 100% de los casos de meningitis causados por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en 1996.

Durante 1995 se aisló *H. influenzae* solamente en cinco casos notificados de meningitis, de los cuales uno había sido debidamente vacunado con tres dosis de la vacuna contra Hib. En 1996 se notificó solamente un caso, que fue de un niño que no estaba vacunado.

En un estudio de vigilancia epidemiológica de infecciones de las vías respiratorias en menores de 5 años realizado en 1996 en dos hospitales de referencia de Montevideo se comprobó que no se había aislado *H. influenzae* en 520 casos notificados en los cuales se había hecho un estudio bacteriológico completo (cultivo sanguíneo y/o líquido pleural).

Meningitis causada por *Haemophilus influenzae* por mes Uruguay, 1993-1995



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Uruguay

Nota de la Redacción: Actualmente, la mayoría de los datos disponibles sobre *H. influenzae* se obtienen de estudios epidemiológicos dispersos, que a menudo no bastan para observar el verdadero impacto de la enfermedad. Es importante que los países recopilen datos sistemáticamente sobre la incidencia y prevalencia de Hib, a fin de determinar con exactitud la carga de la enfermedad y el costo-beneficio de la introducción de la vacuna en el esquema recomendado por el PAI. SVI ha estado trabajando intensamente con varios países de la Región para fortalecer la labor en estos campos. La colaboración de los países con SVI, proporcionándole datos actualizados, será fundamental para consolidar la información y definir una estrategia regional eficaz de vacunación.

Vigilancia de la poliomielitis

Durante 1996, los indicadores de la vigilancia de la PFA continuaron presentando un panorama exacto del desempeño de los sistemas de vigilancia de la Región. Según estos indicadores, los países de las Américas han cumplido relativamente bien con los cuatro indicadores. Sin embargo, cabe señalar que, en el curso del año, los países cumplieron menos rigurosamente el indicador de la obtención de una muestra adecuada de heces del 80% de los casos y el de la tasa de PFA $\geq 1:100.000$ para menores de 15 años. Junto con el mantenimiento de una alta tasa de cobertura de vacunación con la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP), ambos indicadores muestran nuestra capacidad para detectar oportunamente la circulación del poliovirus salvaje, a fin de que puedan tomarse rápidamente medidas apropiadas de contención si es necesario. Debemos recordar que la Región continúa expuesta a la amenaza de importaciones hasta que se erradique la poliomielitis de todo el mundo.

País	80% de las unidades presentan informes semanalmente	80% de los casos se investigan dentro de las 48 horas	Se obtiene 1 muestra adecuada de heces del 80% de los casos	Tasa de PFA $\geq 1:100.000$ en menores de 15 años
Chile	■	■	■	■
Colombia	■	■	■	■
Honduras	■	■	■	■
Nicaragua	■	■	■	■
Paraguay	■	■	■	■
Perú	■	■	■	■
Venezuela	■	■	■	■
Cuba	■	■	■	■
República Dominicana	■	■	■	■
Ecuador	■	■	■	■
El Salvador	■	■	■	■
Guatemala	■	■	■	■
México	■	■	■	■
Panamá	■	■	■	■
Bolivia	■	■	■	■
Brasil	■	■	■	■
Costa Rica	■	■	■	■
Haití	■	■	■	■
Uruguay	■	■	■	■
Argentina	■	■	■	■

■ Cumplen el criterio * Datos al 19 de noviembre de 1996
Fuente: SVI/OPS (PESS)

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			Confir- mados* 1995	Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1996				1996	1995	No Neonatal		Neonatal		1996	1995	1996	1995
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1996	1995	1996	1995				
Anguilla	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	09 Nov	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Argentina	28 Sep	0	38	38	135	0	0	36	28	3	5	0	2	315	1.001
Bahamas	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Barbados	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Belice	09 Nov	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0
Bermuda	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	09 Nov	0	3	3	0	0	0	5	5	6	14	1	5	9	36
Brasil	09 Nov	19	190	209	234	0	0	500	664	51	87	108	119	805	2.727
Islas Vírgenes Británicas	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	09 Nov	315	—	315	2.229	0	0	0	3	...	...	...	2	1.333	6.652
Islas Caimán	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chile	09 Nov	0	0	0	0	0	0	11	1	1	0	1	0	937	111
Colombia	09 Nov	4	38	42	280	0	0	...	4	25	31	0	0	81	115
Costa Rica	09 Nov	4	3	7	80	0	0	3	6	0	0	...	0	16	17
Cuba	09 Nov	0	0	0	1	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	09 Nov	0	0	0	0	0	0	17	22	0	0	5	2	2	0
Ecuador	09 Nov	0	20	20	872	0	0	0	70	26	36	13	123	62	157
El Salvador	09 Nov	1	0	1	0	0	0	7	3	4	3	0	0	1	4
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
Guadeloupe	26 Oct	0	1	1	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	09 Nov	0	0	0	26	0	0	7	...	5	4	0	0	4	20
Guyana	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	09 Nov	0	3	3	1	0	0	15	0	4	0	0	0	67	0
Jamaica	09 Nov	0	0	0	7	0	0	11	4	0	0	0	0	16	12
Martinica	...	...	...	...	...	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
México	09 Nov	2	50	52	45	0	0	119	93	49	53	0	0	8	16
Montserrat	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	09 Nov	0	0	0	0	0	0	9	3	1	4	0	0	6	7
Panamá	09 Nov	0	0	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Paraguay	05 Oct	0	4	4	26	0	0	13	23	8	12	0	1	10	10
Perú	09 Nov	1	62	63	199	0	0	65	55	43	89	4	4	346	846
Puerto Rico	09 Nov	6	—	6	11	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente/Granadinas	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Cristóbal/Nieves	09 Nov	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	09 Nov	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Suriname	09 Nov	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0
Trinidad y Tobago	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	09 Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	09 Nov	460	—	460	286	0	0	...	4	...	...	...	0	775	807
Uruguay	10 Ago	0	0	0	...	0	0	1	1	0	0	0	0	12	32
Venezuela	09 Nov	4	31	35	66	0	0	...	28	8	12	0	0	230	302
Total		816	443	1.259	4.510	0	0	824	1.023	237	357	132	258	5.037	12.877

No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

Tétanos neonatal sigue en descenso

Durante 1996 se evaluaron las actividades de control del tétanos neonatal en El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y la República Dominicana. En estos cinco países se observó una disminución de las mujeres en edad fértil (MEF) que necesitan servicios de vacunación intensivos (fase de ataque). En la República Dominicana hubo cinco casos en los últimos tres años, de los cuales cuatro se originaron en Haití (mujeres que entraron al país durante los últimos meses del embarazo).

Los criterios utilizados para definir una zona de alto riesgo de tétanos neonatal varían según la situación de cada país. Sin embargo, hay dos factores que permanecen constantes: el nivel socioeconómico y los antecedentes de vacunación de las mujeres en edad fértil. No es fácil cambiar la situación socioeconómica de una zona, pero se puede influir en los antecedentes de vacunación de las mujeres en edad fértil. El cuadro presenta un análisis de estas mujeres en los cinco países. En la categoría de «zonas de alto riesgo», las mujeres en edad fértil están divididas en dos grupos. El primero comprende todas las que viven en zonas de alto riesgo y que han llegado a la fase de mantenimiento, o sea que han alcanzado la meta de la OMS de menos de un caso de TNN por 1.000 nacidos vivos por municipio. En estas zonas se vacuna con toxoide tetánico por medio de los servicios de vacunación regulares. La

segunda categoría abarca las mujeres en edad fértil que viven en zonas de alto riesgo y que no han alcanzado la meta de OMS para la eliminación del tétanos neonatal, razón por la cual es necesario intensificar la vacunación. Del 46% de las mujeres en edad fértil que viven en zonas de alto riesgo, sólo 11% permanecen en la fase de ataque. Cabe destacar que la mayoría de estas mujeres ya han recibido por lo menos dos dosis de la vacuna. Lo mismo se observa en el resto de las

Américas. La meta fundamental es vacunar a todas las mujeres del país en edad fértil, para lo cual habrá que incorporar en una fase de ataque las demás zonas que todavía no se consideran de alto riesgo, independientemente de la presencia de casos.

Las principales recomendaciones de los cinco estudios son mantener la vigilancia epidemiológica en los servicios de salud y mejorar la vigilancia comunitaria; considerar la migración como un factor importante a

determinar las zonas y los grupos en riesgo; hacer hincapié en la completa eliminación de las oportunidades perdidas de vacunación y vigilar en particular la protección de las madres contra el tétanos cuando sus hijos reciben la primera dosis de DPT; normalizar y difundir criterios con respecto a zonas de alto riesgo; y enseñar a las parteras a cerciorarse de que sus pacientes cumplan el plan de vacunación.

Si desea una copia de estos cinco informes, dirijase a SVI.

Mujeres en edad fértil que viven en zonas de alto riesgo en algunos países, 1996

País	Total de mujeres en edad fértil	Zonas de alto riesgo		
		Total MEF	Fase de mantenimiento	Fase de ataque
El Salvador	1.154.657	1.025.025	949.335	75.690
Guatemala	2.493.041	1.047.471	517.800	529.671
México	23.308.420	9.965.595	7.530.761	2.434.834
Nicaragua	1.293.099	602.166	437.432	164.734
República Dominicana	1.737.526	1.056.224	1.056.224	0
Total	29.986.743	13.696.481	10.491.552	3.204.929
Porcentaje	100%	46%	35%	11%

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