

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XIX, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1997

El sarampión en las Américas en 1997

Tras haber registrado la cifra más baja de su historia en 1996, con 2.109 casos confirmados, la Región de las Américas experimentó un resurgimiento de la enfermedad en 1997, principalmente en Brasil (figura 1). Hasta el 29 de noviembre de 1997 se habían notificado 75.236 casos sospechosos de sarampión en los países de las Américas, de los cuales 26.950 (35,8%) fueron confirmados, 24.527 (32,6%) fueron descartados y 23.080 (30,6%) siguen en estudio. Del total de casos confirmados, 26.508 (98,3%) fueron confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio y 442 (1,6%) fueron confirmados por métodos clínicos solamente. Los 25.900 casos confirmados en Brasil y los 577 de Canadá representaron el 98,2% del total de casos confirmados en la Región. Sin embargo, cabe señalar que en Canadá no se ha producido ningún caso en las últimas 18 semanas. También notificaron casos de sarampión Guadalupe (128), Estados Unidos (127), Paraguay (124), Argentina (58), Chile (47) y Costa Rica (14).

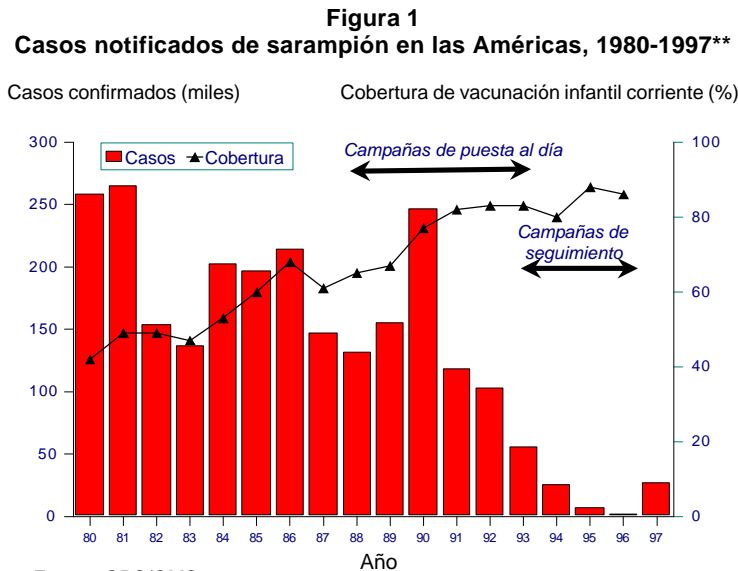
La mayoría de los casos de Brasil fueron notificados por São Paulo, el único estado del país donde no se hizo una *campanha de seguimiento* en 1995. Hasta la fecha se han confirmado más de 20.000 casos como parte de este brote, en su mayoría en la ciudad de São Paulo. Más de 50% de los casos son adultos jóvenes, de 20 a 29 años. Las tasas de incidencia más altas según la edad se observan en lactantes, adultos jóvenes de 20 a 29 años y niños de 1 a 4 años. Hasta la fecha se

han notificado más de 25 muertes relacionadas con el sarampión, en su mayoría en lactantes de menos de 1 año.

En una investigación de casos de sarampión en adultos se observó que la mayoría se estaba produciendo en adultos jóvenes de ciertos grupos en riesgo: hombres inmigrantes que habían llegado poco antes a la ciudad provenientes de zonas rurales del noreste del país para trabajar en obras de construcción y otros trabajos manuales, estudiantes, personal de salud, personas que trabajan en el sector del turismo y reclutas de las fuerzas armadas.

Se aisló el virus del sarampión de varios pacientes de este brote en el laboratorio de sarampión del Instituto Adolfo Lutz, en São Paulo. La determinación de la secuencia del genoma de los virus aislados, realizada en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en Atlanta (Estados Unidos), reveló que el virus que está circulando en São Paulo es prácticamente idéntico al que está circulando en Europa occidental. Aunque no se ha identificado un caso índice de sarampión importado, los datos de epidemiología molecular son una fuerte indicación de que el virus causante del brote de São Paulo fue importado de Europa.

El brote de São Paulo está menguando tras las medidas enérgicas que se tomaron, entre ellas una *campanha de seguimiento* de todos los niños de 1 a 4 años, la vacunación selectiva de barrido en las escuelas y la vacunación de adultos



Fuente: OPS/OMS
* Cobertura de los niños al cumplir 1 año
Casos notificados hasta el 29 de noviembre de 1997

En este número:

El sarampión en las Américas en 1997	1
Subvención de la AID para la vigilancia de Hib	3
Reunión del Caribe pone de relieve la vigilancia	4

Panorama mundial de la vigilancia de la poliomielitis	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Premio OPS de Inmunización para 1997	8

jóvenes de grupos que corren un gran riesgo de contraer sarampión.

El virus del sarampión se ha propagado de São Paulo a casi todos los demás estados de Brasil. Los más afectados son Rio de Janeiro, Ceará, Minas Gerais, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul y el Distrito Federal (Brasilia). El virus se ha propagado también a otros países de la Región, como Paraguay, Chile, Argentina, Perú, Costa Rica y Estados Unidos.

En Canadá se confirmaron 577 casos. Hubo un brote de más de 300 casos que afectó principalmente a adultos jóvenes de la Universidad Simon Fraser, cerca de Vancouver. Este brote fue sorprendente, puesto que en la provincia de Columbia Británica acababa de concluir la *campaña de puesta al día con la vacunación* escolar de 1996. El análisis del genoma del virus obtenido de este brote, que se realizó en los Centros de Laboratorios para el Control de Enfermedades, sugiere que el virus fue importado de Europa.

El virus del brote de la Columbia Británica se propagó a escolares de Alberta, donde se notificaron 245 casos. Se han producido también casos esporádicos o conglomerados pequeños de casos en varias provincias de Canadá, principalmente en adultos, como consecuencia de importaciones. Desde 1996 se han documentado 17 casos importados de sarampión en Canadá, provenientes en su mayoría de Europa y Asia. No obstante, desde fines de julio de 1997 no se ha detectado ningún caso y la transmisión parece haberse interrumpido en Canadá.

En lo que va de 1997 se han notificado 127 casos confirmados en Estados Unidos, el número más bajo que se haya notificado en el país y bastante menos de la mitad de la incidencia más baja que se había registrado anteriormente, que había sido de 309 casos en 1995. Casi la mitad de los casos son importaciones documentadas. La propagación a partir de casos importados ha sido limitada, y el brote más grande de este año consistió en sólo 8 casos. En 1995 y 1996 no se importaron casos de sarampión de América Latina o el Caribe. En 1997, en cambio, se confirmaron 5 casos importados de Brasil.

Entre octubre de 1996 y mayo de 1997 hubo un gran brote de sarampión en el departamento francés de Guadalupe. En la isla no se había aplicado la estrategia recomendada por la OPS para erradicar el sarampión. Se notificaron en total 128 casos confirmados, en su mayoría de personas de 12 a 18 años sin vacunar. Se cree que la fuente del brote fue un niño de 10 años sin vacunar que visitó la isla procedente de una ciudad francesa.

El análisis genético del virus del sarampión obtenido del brote reveló que el virus que circulaba en Guadalupe era muy similar al que está circulando en Europa. El Ministerio de Salud realizó una campaña de vacunación masiva en las escuelas afectadas y se tomaron medidas para vacunar contra el sarampión a todos los alumnos que no tenían comprobante de haber recibido dos dosis de vacuna antisarampionosa (más de 3.000 alumnos).

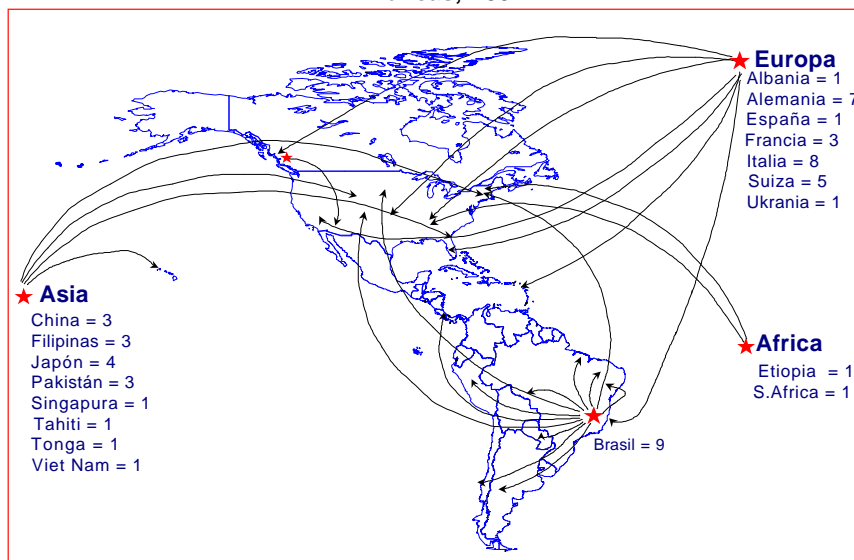
Hasta 1997, los países angloparlantes del Caribe no habían notificado ningún caso confirmado de sarampión en más de cinco años. Sin embargo, en 1997 se detectaron dos casos que fueron confirmados en laboratorio. El primero fue notificado por las Bahamas. El paciente, un adulto joven, había presentado exantema en marzo. No se localizó la fuente directa de transmisión, pero se sospecha que el paciente se contagió el sarampión de un turista. Se realizó una búsqueda en el país para localizar más casos de sarampión. La búsqueda consistió en el examen de más de 80.000 diagnósticos de

centros de salud del país. El otro caso, notificado por Trinidad y Tabago, fue el de un joven marinerito italiano que presentó exantema en abril. Se obtuvo una muestra que dio positivo para IgM contra el sarampión en el laboratorio de sarampión del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Se realizó una investigación cuidadosa pero no se encontraron más casos.

Nota de la Redacción: Aunque el resurgimiento del sarampión en las Américas durante 1997 representa un aumento importante en comparación con los casos notificados en 1996, el total es solamente alrededor del 10% de los casos notificados en 1990. No obstante, se pueden extraer importantes enseñanzas para pulir la estrategia de erradicación del sarampión en la Región y lograr su plena aplicación en todos los países. El brote de Brasil puede considerarse como un llamado de alerta para los países de las Américas, ya que muestra que el hecho de que el virus no esté circulando no significa que no exista el riesgo de infección.

Varios factores se combinaron para crear condiciones propicias para la propagación generalizada del sarampión en São Paulo. En primer lugar, en 1995 correspondía realizar una *campaña de seguimiento* de niños de 1 a 4 años, pero no se hizo. Esta omisión, sumada a la baja cobertura de vacunación de rutina (*vacunación de mantenimiento*) de lactantes con dos dosis, permitió una acumulación rápida y peligrosa de niños susceptibles. En segundo lugar, la presencia de una gran cantidad de adultos jóvenes que, por diversas razones, habían escapado a la infección natural y a la vacunación contra el

Figura 2
Importaciones de sarampión en la Región de las Américas, 1997*



Fuente: SVI/OPS y CDC

*Datos al 29 de noviembre de 1997

sarampión aumentó el riesgo de un brote de sarampión. En tercer lugar, llegó a São Paulo un virus de sarampión importado, probablemente de Europa. Por último, la gran densidad de población de la ciudad facilitó el contacto entre personas infectadas y personas susceptibles.

Los datos de vigilancia de casos de sarampión, combinados con la información sobre epidemiología molecular proporcionada por la red de laboratorios de sarampión de la OPS, indican que los países de las Américas están expuestos constantemente a virus importados de otras regiones del mundo donde el sarampión sigue siendo endémico. Durante 1997 se detectaron 23 importaciones separadas de virus del sarampión provenientes de Europa, 17 de Asia y 2 de África (figura 2) que resultaron en la transmisión del virus. Sin embargo, es probable que estos datos representen una subestimación marcada de la verdadera cantidad de importaciones de sarampión porque muchos casos importados no acuden al médico y no inician una cadena de transmisión.

Además de la exposición a virus de sarampión importados, los brotes de Brasil, Canadá y otros países de la Región indican que posiblemente haya una gran cantidad de adultos jóvenes susceptibles a la enfermedad. Aunque la estrategia de vacunación recomendada por la OMS para erradicar el sarampión está dirigida principalmente a lactantes y niños, un porcentaje pequeño de adolescentes y adultos jóvenes podría haber escapado a la infección natural y a la vacunación contra el sarampión. Además, existe la posibilidad de que algunos adultos jóvenes vacunados no hayan tenido una respuesta inmunitaria. Estos adultos jóvenes siguen siendo susceptibles al sarampión.

Por razones prácticas, se puede suponer que las personas nacidas antes de 1960 en la mayoría de los países de las Américas han estado expuestas al virus del sarampión que circulaba naturalmente y que, por consiguiente, están inmunizadas. Por lo tanto, la mayoría de los adultos ya son inmunes, y la mayoría de los adultos jóvenes susceptibles corren un riesgo muy pequeño de exposición al virus del sarampión. No se recomienda realizar campañas masivas dirigidas a adultos jóvenes.

Sin embargo, se sabe por experiencia que ciertos medios institucionales, como universidades y otros establecimientos de enseñanza superior, cuarteles, centros de salud, grandes fábricas y cárceles, pueden facilitar la transmisión del sarampión si se introduce el virus en estos grupos. El contacto estrecho de la gente en estos medios aumenta el riesgo de exposición de personas susceptibles. De hecho, se han documentado numerosos brotes de sarampión que han afectado a adolescentes y adultos jóvenes en estos medios, incluso en instituciones con una cobertura elevada de vacunación. Además de las personas que viven o trabajan en estos lugares, los adolescentes y los adultos jóvenes que viajan a países donde el sarampión es endémico corren mayor riesgo de exposición y de contraer el sarampión.

Asimismo, durante los últimos años en varios países ha habido una fuerte migración de adultos jóvenes de zonas rurales a zonas urbanas por razones económicas. Como el sarampión circula más libremente en las ciudades con alta densidad de población, las personas que llegan de zonas rurales con baja densidad de población (y, por consiguiente, con menor riesgo de exposición al virus del sarampión en

circulación) podrían ser relativamente más susceptibles al sarampión. Cuando estas personas se congregan en medios institucionales que facilitan la transmisión del virus, corren mayor riesgo de contraer sarampión si se introduce el virus.

Para evitar los brotes de sarampión en adolescentes y adultos jóvenes, es necesario vacunar a los grupos con alto riesgo de contraer sarampión, entre ellos estudiantes y profesores universitarios, personal de servicios de salud, personal militar, adultos jóvenes que trabajan en grandes fábricas, adultos jóvenes que viven en instituciones tales como cárceles y casas de convalecencia, y personas que viajen a países donde el sarampión es endémico.

Los adolescentes y adultos jóvenes que ingresen a estas instituciones deben ser vacunados sistemáticamente **antes** de comenzar a trabajar o a vivir en estos medios de alto riesgo. Asimismo, se podría considerar la posibilidad de realizar *campañas de puesta al día con la vacunación* de adolescentes y adultos jóvenes que ya estén en estos medios. Se debe aconsejar a los jóvenes adultos que planeen viajar a lugares del mundo donde el virus del sarampión continúa circulando que se vacunen antes de partir. Estas medidas refuerzan el grado de inmunidad de estos grupos y evitan brotes de sarampión en estos medios en caso de introducción del virus.

La experiencia de 1997 con el sarampión muestra claramente que existen dos desafíos importantes para la consecución de la meta de erradicación del sarampión para el año 2000 en la Región. Primeramente, los países de las Américas deben mantenerse alerta, con el máximo grado posible de inmunidad de lactantes y niños, y concentrar la labor de vacunación en adolescentes y adultos jóvenes, que corren el mayor riesgo de exposición al virus del sarampión. En segundo lugar, es necesario intensificar los esfuerzos en otras regiones del mundo para mejorar el control del sarampión y disminuir la cantidad de casos que se exportan a las Américas. Mientras que el virus del sarampión circule en algún lugar del mundo, el riesgo del sarampión persistirá en las Américas. Para alcanzar la meta de la erradicación del sarampión será necesario aplicar plenamente la estrategia de vacunación recomendada por la OPS en todos los países de la Región y mejorar el control y la eliminación en otras regiones del mundo, especialmente Europa y Asia.

Subvención de la AID para la vigilancia de Hib

Estados Unidos, por medio de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), ha aprobado una subvención de US\$50.000 para la vigilancia epidemiológica de *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en América Latina y el Caribe. Un sistema regional de vigilancia de Hib causante de meningitis y enfermedades respiratorias proporcionará importante información para determinar con exactitud la carga de enfermedad, y convencer a las autoridades de la necesidad de incorporar una vacuna contra este patógeno en los programas de vacunación corrientes.

Cálculos iniciales estiman que la incidencia general de meningitis por Hib entre los 0 y los 4 años de edad es por lo menos 35 por 100.000. Eso significa que se producen más de 20.000 casos por año en las Américas.

Reunión del Caribe pone de relieve la vigilancia

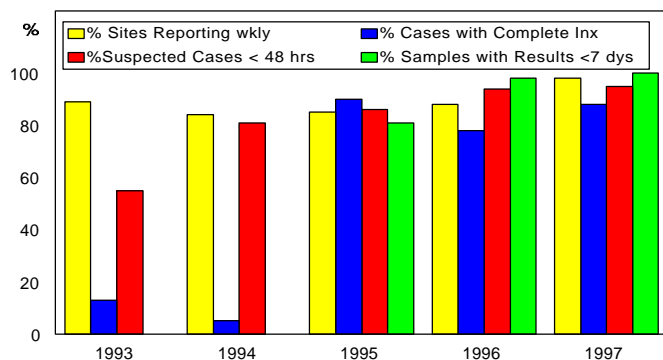
A continuación se presentan algunas de las conclusiones y recomendaciones principales de la Decimocuarta Reunión de Gerentes del PAI del Caribe, que tuvo lugar en Castries (Santa Lucía) del 18 al 20 de noviembre de 1997.

La erradicación del sarampión

Los países angloparlantes del Caribe todavía mantienen el récord en las Américas de ausencia de transmisión autóctona del sarampión (seis años), aunque dos importaciones recientes detectadas en las Bahamas y en Trinidad y Tabago pusieron de relieve el peligro de las importaciones y la necesidad de ceñirse a la estrategia de la OPS para erradicar el sarampión, especialmente el mantenimiento de un alto grado de cobertura de vacunación y campañas periódicas de *vacunación de seguimiento*. El gran brote que se produjo en Guadalupe (véase la página 2) a fines de 1996 es un ejemplo de la vulnerabilidad de los países a la transmisión del sarampión si no se aplica plenamente la estrategia.

El laboratorio de sarampión del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) se encarga de la confirmación de casos sospechosos (véase el cuadro 1). En este laboratorio se hacen pruebas para detectar anticuerpos IgM contra el sarampión, la rubéola y el dengue. Hasta la semana 44 de 1997 se habían recibido 847 muestras para confirmación en laboratorio, de las cuales 2 (0,2%) dieron positivo para sarampión, 276 (31,5%) dieron positivo para rubéola y 11 (1,3%) dieron positivo para dengue. Todas las muestras fueron sometidas a pruebas y se comunicaron los resultados a los países correspondientes dentro de los siete días siguientes a la fecha en que se recibieron las muestras.

Figura 1
Indicadores de vigilancia de sarampión en el Caribe
Angloparlante y Suriname
1993-1997*



Fuente: Informes de los Ministerios de Salud al PAI/CAREC
* Datos al 25 de octubre 1997 (Semana epidemiológica 43)

Recomendaciones

- La SR o SPR son las vacunas preferidas para la eliminación del sarampión y la rubéola.
- Los países que están implantando un plan de dos dosis deben tener en cuenta que, incluso con este régimen, se acumularán susceptibles porque con dos dosis nunca se alcanzará un 100% y algunos niños quedarán sin recibir ninguna dosis. Será necesario realizar *campañas de*

seguimiento para que la transmisión se mantenga interrumpida.

- A fin de mantener los países angloparlantes del Caribe y Suriname libres de sarampión, se debe mantener una cobertura de vacunación elevada y tomar medidas para que por lo menos el 95% de cada cohorte de niños nacidos el mismo año sea vacunada contra el sarampión al cumplir 12 meses.
- Se debe estudiar la posibilidad de combinar la vigilancia del sarampión y la rubéola.
- Para evitar una acumulación peligrosa de preescolares susceptibles, cada cuatro años se deben realizar *campañas de seguimiento* de niños de 1 a 4 años. Asimismo, se deben planear *campañas de vacunación de seguimiento* para el año 2000.
- La experiencia de Brasil muestra que ciertos adultos jóvenes corren el riesgo de contraer sarampión. Se deben tomar medidas para vacunar a los adultos jóvenes de grupos de alto riesgo, como estudiantes, trabajadores migrantes, personal de salud y personal de las fuerzas armadas.
- Mientras que circule el sarampión en cualquier lugar del mundo, los países angloparlantes del Caribe correrán el riesgo de importaciones de sarampión. Los sistemas de vigilancia deberán detectar estas importaciones oportunamente y responder de la forma debida cuando se produzcan.

Poliomielitis

En las ponencias sobre poliomiélitis se destacó la importancia de mantener el compromiso técnico y político con las actividades de vigilancia y vacunación a fin de mantener la región libre de poliomiélitis. Aunque se está progresando en la tarea de erradicación mundial de esta enfermedad, las importaciones todavía constituyen la principal amenaza. Todos los países angloparlantes del Caribe estaban realizando un gran esfuerzo para enviar muestras de heces para pruebas de laboratorio de todos los casos, cumpliendo así uno de los indicadores de la vigilancia. Sin embargo, se señaló que los países que notificaban casos no cumplían sistemáticamente otros tres indicadores fundamentales de la vigilancia. Se recomendó realizar evaluaciones periódicas de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) en los principales centros de salud para determinar si se estaban pasando por alto algunos casos.

Rubéola y SRC

Desde 1982 se ha observado una gran actividad del virus de la rubéola en muchos países miembros de CAREC y se han documentado casos de síndrome de rubéola congénita (SRC) como secuelas de esos brotes. Entre 1992 y 1995, tras la *campaña de puesta al día con la vacunación* contra el sarampión ("Big Bang") realizada en 1991, la incidencia de la rubéola fue muy baja (menos de 2,0 casos por 100.000 habitantes). Sin embargo, desde comienzos de 1995 hasta fines de 1997, se han producido brotes considerables de rubéola en Jamaica, Barbados, Trinidad y Tabago, Guyana y

Belice. En 1996, la tasa de incidencia de la rubéola fue de 10,3 casos por 100.000 habitantes. Desde 1996 hasta la fecha se han notificado más de 20 casos de SRC.

En las Bahamas se llevó a cabo en julio de este año una extensa campaña con SPR, dirigida a todas las personas de 4 a 40 años, con el propósito de interrumpir la transmisión de la rubéola. Las enseñanzas extraídas de esta iniciativa serán sumamente útiles para los demás países que planeen eliminar la rubéola y el SRC.

Recomendaciones

- Es indispensable que los ministros de salud lleguen a un consenso sobre el objetivo de la eliminación de la rubéola.
- Hay pruebas abrumadoras, tanto de proyecciones como de datos recopilados en el curso del año pasado, particularmente en Guyana y Barbados y en un examen de la situación regional presentado por CAREC, de que la carga de la rubéola y su costo tanto financiero como desde el punto de vista del sufrimiento humano merecen un esfuerzo para eliminar esta enfermedad.
- En la reunión del Grupo Técnico Asesor que se realizó en Guatemala en septiembre de 1997 se presentaron en líneas generales las estrategias para la eliminación y el control de la rubéola y el SRC. Estas estrategias consisten en la vacunación masiva de hombres y mujeres de una determinada gama de edades que variará de un país a otro pero de 35 años como máximo. La edad mínima dependerá de las actividades de vacunación contra la rubéola que se hayan llevado a cabo.
- Durante 1998, los altos funcionarios de los ministerios de salud y los líderes políticos de todos los países deberán definir una política nacional para la eliminación de la rubéola y el SRC, orientada hacia una iniciativa pancaribeña. La conferencia de ministros de salud que se realizará en abril de 1998, el cónclave de ministros programado para septiembre y la revisión actual de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe representan oportunidades excelentes para llegar a un consenso sobre este tema.

Cobertura de vacunación

Las tasas de cobertura para los 19 países fueron, en promedio, de 89% con DPT, 89% con VOP, 92% con vacuna antisarampionosa y 95% con BCG. En más del 90% de los casos, los lactantes son vacunados por el sector público por medio de una red de centros de salud. Sin embargo, no todos los países han logrado una cobertura muy alta, y algunos todavía tienen una cobertura del 80 al 85% debido a la persistencia de focos de baja cobertura en ciertas zonas geográficas, como zonas rurales distantes y centros urbanos densamente poblados. Un examen de los datos sobre cobertura de los países angloparlantes del Caribe para el período de 1994 a 1996 indica la necesidad de realizar actividades especiales, en particular en Suriname, Granada, Guyana y Belice, para alcanzar una cobertura superior al 90%.

Introducción de vacunas nuevas

Se está estudiando la posibilidad de introducir las vacunas contra la hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en los países angloparlantes del Caribe. Ambas vacunas ya se están administrando en estos países, especialmente en el sector privado. En 1996, el sector privado compró 42.208

frascos de dosis para adultos (20 mcg) de vacuna contra la hepatitis B. Las dosis pediátricas (6.000) eran suficientes para administrar el esquema completo de vacunación solamente al 1,4% de la cohorte de niños nacidos ese año en los países del Caribe.

Mientras que en cuatro países se administra la vacuna contra la hepatitis B en el sector público (1,7% de la cohorte subregional), sólo en dos se usa la vacuna contra Hib. El sector privado compró 28.128 dosis de vacuna contra Hib, que alcanzan para vacunar solamente entre el 5 y el 9% de los lactantes de la región (la cohorte de niños nacidos en 1996 fue de 140.311).

Recomendaciones

- La introducción de vacunas nuevas en un programa nacional de vacunación no debe reflejar simplemente su disponibilidad, sino que debe ser consecuencia de un estudio pormenorizado de su idoneidad para las características epidemiológicas particulares del país y, siempre que sea posible, se debe comprobar que su introducción en los servicios de vacunación corrientes constituya un uso eficaz de los recursos en función del costo.
- La amplia experiencia del Caribe con campañas de vacunación tendrá un valor incalculable para la introducción de vacunas nuevas en los servicios de vacunación de rutina. Todos los países de la región deberían tratar de introducir estas vacunas en el sector público dentro de los próximos tres años.

Normas para las dosis de refuerzo

En uno de los paneles se observó que había planes muy diversos de dosis de refuerzo para niños, adolescentes, adultos y mujeres embarazadas. En muchos países, los niños reciben por lo menos tres dosis de refuerzo desde que cumplen 1 año hasta que terminan la escuela. Estas dosis a menudo no confieren ninguna protección o beneficio. En muchos casos se administran demasiadas dosis de refuerzo que no se necesitan, especialmente de TT. Por lo tanto, los participantes convinieron en realizar un examen exhaustivo de los esquemas de vacunación y de las dosis de refuerzo que se necesitan en el Caribe. Con lo que se ahorre al eliminar dosis de refuerzo innecesarias se podrían introducir antígenos nuevos o reforzar los programas actuales de vacunación de rutina. Para los casos en que se necesitan dosis de refuerzo, es importante que los esquemas sean fáciles de cumplir para los padres.

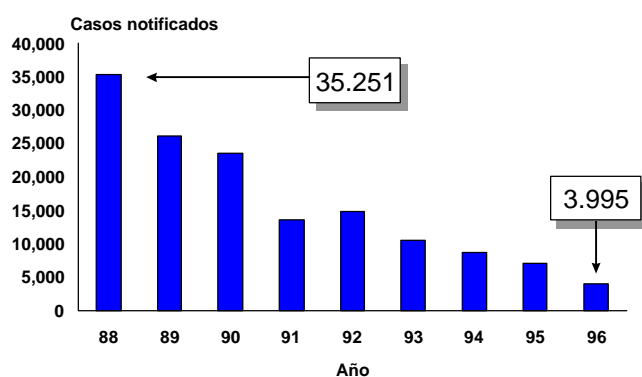
Vigilancia de eventos adversos

La vigilancia exhaustiva de eventos adversos asociados a la vacuna que se realizó durante la reciente campaña de vacunación masiva con SPR en las Bahamas dio resultados alentadores con respecto a la inocuidad de la vacuna para personas de mayor edad. Estos resultados podrían ayudar a otros países a obtener mayor aceptación para campañas similares orientadas a la eliminación del SRC. La OPS propuso pautas para el establecimiento de un sistema de vigilancia de eventos adversos después de la vacunación. Los participantes señalaron que era sumamente alentador ver que muchos países del Caribe ya habían establecido sistemas de vigilancia de ese tipo.

Panorama mundial de la vigilancia de la poliomielitis

A medida que se acerca el año 2000, la iniciativa de la erradicación de la poliomielitis va ganando terreno en todo el mundo. Más países que nunca han iniciado la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA): 126 de 146 países donde la poliomielitis es endémica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1996 hubo 3.995 casos confirmados de poliomielitis, y al 1 de diciembre de 1997 se habían notificado 10.770 casos de PFA, de los cuales 906 fueron confirmados como poliomielitis. Durante ese período, la tasa mundial de PFA (por 100.000 menores de 15 años) fue de 0,71, con un mínimo de 0,12 en la Región de África y un máximo de 1,22 en el Pacífico occidental.

Figura 1
Casos de polio notificados anualmente en el mundo
1988-1996



Fuente: OMS/GPV/PAI

Aunque no hay obstáculos técnicos para alcanzar la meta de la erradicación de la poliomielitis para el año 2000, los principales impedimentos son la movilización de suficientes recursos y la falta de información y apoyo del público. Los países donde la poliomielitis es endémica están pagando alrededor del 80% del costo de la erradicación, pero aún así se necesitan alrededor de US\$600 millones de países y organizaciones colaboradores para alcanzar esta meta.

Cuadro 1
Indicadores de vigilancia de la PFA

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

■ Cumplen el criterio
*Datos al 6 de diciembre de 1997
Fuente: SVI/OPS (PESS)

En la Región de las Américas, aunque ya se ha erradicado la poliomielitis, es necesario mantenerse alerta para evitar la propagación de la enfermedad como consecuencia de la importación del poliovirus salvaje. Continúa siendo motivo de preocupación la disminución del cumplimiento de los indicadores de la vigilancia de la PFA, como se desprende del cuadro 1. La tasa de PFA para toda la Región hasta la semana epidemiológica 49 era 0,99, la más baja para este período desde que la OPS comenzó a llevar un registro de esta cifra en 1991. Este indicador requiere una tasa mínima de 1 por 100.000 menores de 15 años para reflejar la sensibilidad de la vigilancia de la PFA. Una vez más, la OPS insta a todos los países de la Región a dar prioridad al mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis hasta que se erradique la enfermedad de todo el mundo.

Precios para 1998 de las vacunas adquiridas por medio del Fondo Rotatorio del PAI

Vacuna	Número de dosis por frasco	Precio por dosis FOB US\$
BCG	10	0.0948
	20	0.045
DPT	10	0.0647
	20	0.0495
DT (adulto)	10	0.0493
	20	0.0370
DT (niño)	10	0.0495
	20	0.0385
Sarampión	1	0.6000
	10	0.1022
SPR	1	0.82
	10	0.4895
Poliomielitis (frasco de vidrio)	10	0.0800
	20	0.0710
Poliomielitis (frasco de plástico)	10	0.0765
	20	0.066
TT	10	0.0350
	20	0.0235
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	1	3.35*
Hepatitis B recombinante (20 mcg)	10	0.82

*No está incluida en el contrato del PAI para 1998

Nota de la Redacción: El cuadro precedente contiene los precios que los miembros del Fondo Rotatorio del PAI/OPS pagarán en 1998. El Fondo ofrece a los países participantes un mecanismo de reembolso para la compra de vacunas, jeringas, agujas y equipo para la cadena de frío. Los pedidos de los estados miembros se agrupan anualmente y se someten a una licitación internacional. Como se observa en el cuadro precedente, el precio de la vacuna contra la hepatitis B es US\$0,82, el más bajo que se haya conseguido hasta ahora para esta vacuna. El Fondo continuará desempeñando un papel decisivo para que un amplio sector de la población disfrute los beneficios de la vacunación y para que se puedan agregar más vacunas al plan regular del PAI.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 1997 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1996 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1997			Confir- mados* 1996	1997	1996	No Neonatal		Neonatal		1997	1996	1997	1996
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1997	1996	1997	1996				
Anguilla	6 Dic	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Antigua & Barbuda	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Argentina	6 Dic	48	10	58	38	0	0	18	33	3	4	0	1	321	433
Bahamas	6 Dic	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	..	0	...
Belice	6 Dic	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
Bermuda	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...
Bolivia	6 Dic	1	0	1	4	0	0	2	4	7	6	1	1	77	11
Brasil	6 Dic	25.495	405	25.900	209	0	0	304	708	45	64	150	137	548	1.055
Islas Vírgenes Británicas	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Canadá	6 Dic	577	—	577	320	0	0	...	1	...	...	...	...	...	1.112
Islas Caimán	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Chile	6 Dic	47	0	47	0	0	0	4	10	0	2	0	1	825	766
Colombia	6 Dic	5	5	10	42	0	0	18	85	17	22	2	40	15	12
Costa Rica	6 Dic	11	3	14	7	0	0	2	...	0	...	...	...	10	...
Cuba	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Dominica	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	...	0	...
República Dominicana	6 Dic	1	0	1	0	0	0	17	21	0	0	4	6	1	2
Ecuador	6 Dic	0	0	0	30	0	0	42	89	19	32	17	15	148	67
El Salvador	6 Dic	0	0	0	1	0	0	3	...	2	...	0	...	2	...
Guayana Francesa	22 Mar	0	0	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadalupe	6 Dic	116	0	116	1	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	6 Dic	2	0	2	0	0	0	5	2	6	10	0	0	92	24
Guyana	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	22 Mar	0	0	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	6 Dic	1	5	6	3	0	0	5	9	1	4	0	0	121	134
Jamaica	6 Dic	0	0	0	0	0	0	2	...	0	...	1	...	4	...
Martinica	22 Mar	0	0	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	6 Dic	0	8	8	84	0	0	142	165	39	64	0	0	199	32
Montserrat	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...
Antillas Neerlandesas	22 Mar	0	0	0	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	6 Dic	0	0	0	0	0	0	10	10	0	1	0	0	41	6
Panamá	6 Dic	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	84	0
Paraguay	6 Dic	124	0	124	5	0	0	24	23	11	8	0	0	24	13
Perú	6 Dic	0	1	1	65	0	0	42	44	26	36	1	4	608	203
Puerto Rico	6 Dic	0	—	0	7	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
S. Cristóbal/Nieves	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	..	0	...
Santa Lucía	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...
Suriname	6 Dic	0	0	0	0	0	0	2	4	0	1	0	0	0	2
Trinidad y Tabago	6 Dic	1	0	1	0	0	0	2	15	0	0	1	0	7	56
Turcas y Caicos	6 Dic	0	0	0	0	0	0	1	...	0	...	0	...	0	...
Estados Unidos	6 Dic	127	—	127	466	0	0	...	...	...	...	...	...	...	481
Uruguay	6 Dic	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	10	15
Venezuela	6 Dic	3	15	18	35	0	0	18	...	6	5	0	0	393	135
TOTAL		26.560	452	27.012	1.317	0	0	666	1.229	184	259	177	205	3.530	4.559

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

Premio OPS de Inmunización para 1997

La Dra. Rosario Quiroga, Gerente del PAI en Bolivia, fue la tercera adjudicataria del Premio OPS de Inmunización, que se entrega a funcionarios que realizan una contribución sobresaliente a un programa nacional de vacunación y a las actividades de un país para controlar o eliminar enfermedades inmunoprevenibles. El premio consiste en un certificado y US\$2.000. Las personas premiadas anteriormente fueron Clarice Watson, Coordinadora de Enfermería del PAI en Guyana, y Miriam Strul, Gerente del PAI en Perú.

El Premio OPS de Inmunización fue creado en 1993, tras la entrega del Premio Príncipe Mahidol al Dr. Ciro de Quadros, Director del Programa Especial para Vacunas e Inmunización de la OPS, por su contribución a la erradicación de la poliomielitis en las Américas en 1991. A una parte del componente pecuniario del Premio Príncipe Mahidol se sumaron fondos de contrapartida de la OPS y así se estableció el premio anual de inmunización. La Dra. Quiroga fue seleccionada por un comité que generalmente está formado por integrantes del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Inmunoprevenibles de la OPS.



La Dra. Rosario Quiroga habla en la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en septiembre, después de recibir un premio por su contribución sobresaliente.

Después de graduarse en medicina, la Dra. Quiroga cursó estudios de salud materno-infantil. Tras un extenso trabajo en el terreno, se incorporó al PAI de Bolivia en 1987, encargándose de las operaciones de cadena de frío, y fue ascendida a Gerente del PAI en 1990. Con su liderazgo, el programa nacional de vacunación de Bolivia mejoró notablemente, en particular con el establecimiento de sistemas de información locales y el fomento de la participación popular en las actividades de vacunación. La Dra. Quiroga también ha conseguido apoyo para el PAI de varias organizaciones.

La cobertura de vacunación en Bolivia ha llegado al nivel más alto de su historia, de un promedio de 48% para las vacunas BCG, DPT, VOP y sarampión en 1990, a un promedio de 90% para las mismas en 1996. Además, prácticamente ya no se pierde ninguna oportunidad de vacunar. El país ha aumentado también considerablemente su contribución nacional a la compra de productos biológicos y se destinan más recursos nacionales a la cadena de frío y la movilización social.

El *Boletín Informativo 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.



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Programa Especial para Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
<http://www.paho.org/spanish/svi/svihome.htm>

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729