

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXI, Número 1

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Febrero 1999

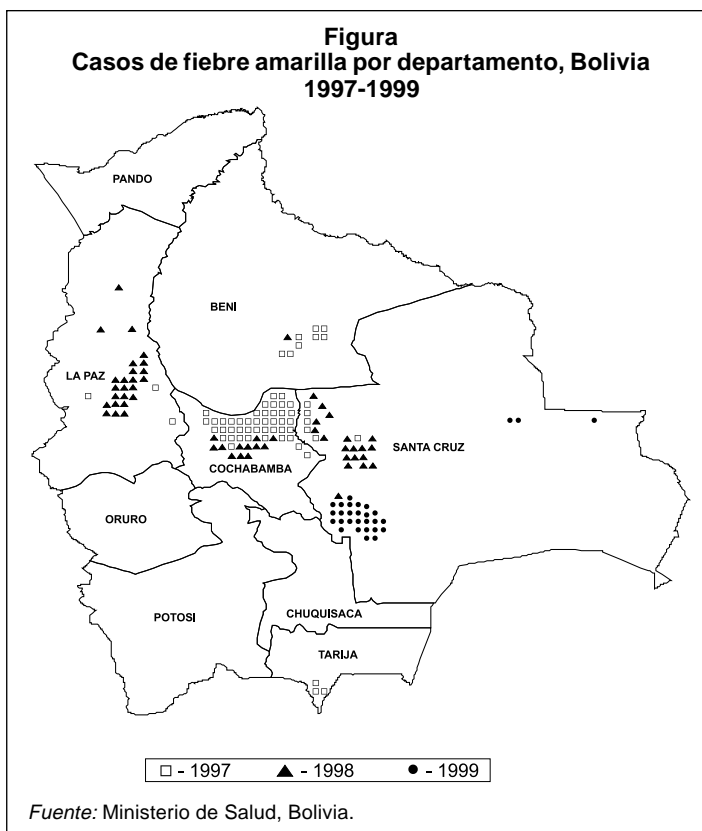
Fiebre amarilla selvática en Bolivia

En enero de 1999, Bolivia notificó un brote de fiebre amarilla selvática. Desde principios de año se ha reportado un total provisional de 29 casos a nivel nacional, todos ellos en zonas rurales del departamento de Santa Cruz. La zona que notificó la mayor cantidad de casos está a unos 120-200 kilómetros al sur de la ciudad Santa Cruz de la Sierra, entre las provincias de Cordillera (45%) y Vallegrande (45%). De los casos notificados, 23 (80%) son del sexo masculino y 6 (20%) son del sexo femenino. La distribución de los casos según la edad es la siguiente: 82%, mayores de 15 años; 11%, de 10 a 15 años; y 7%, menores de 10 años. Veintisiete casos no estaban vacunados contra la fiebre amarilla y dos dijeron que habían sido vacunados pero no tenían comprobante. Hasta mediados de febrero se habían producido 10 muertes.

Tras la confirmación de los primeros casos notificados se inició una campaña de vacunación masiva de los habitantes de todas las edades de las zonas afectadas por el brote. En el departamento de Santa Cruz ya se han administrado 30.000 vacunas en municipios de los alrededores de la zona afectada por el brote, aumentando así la cobertura de vacunación a más del 90% en estos municipios.

Durante los últimos 10 años, Bolivia notificó más de 400 casos de fiebre amarilla, que representan el 30% de los casos

notificados en la Región durante ese período. Antes de 1998, la mayoría de los casos notificados se confirmaban clínicamente, pero ahora todos los casos se han confirmado por laboratorio, o están vinculados epidemiológicamente a un caso confirmado en laboratorio. El último brote de fiebre amarilla en Bolivia se había producido en 1991, y se controló tras una campaña de vacunación masiva. De 1992 a 1995 se notificaron entre 10 y 20 casos por año, pero los casos notificados aumentaron a 30, 63 y 57 en 1996, 1997 y 1998, respectivamente. En 1997 se detectaron casos de fiebre amarilla en los departamentos de Cochabamba (68%), Beni (13%) y Santa Cruz (10%). En 1998, las zonas afectadas fueron los llanos de los departamentos de La Paz (44%), las provincias del oeste del departamento de Santa Cruz (33%) y las provincias del norte del departamento de Cochabamba (21%). El panorama epidemiológico sugiere que la fiebre amarilla se propagó inicialmente desde las sabanas y los bosques de Beni hasta los llanos de La Paz y Cochabamba. Actualmente, la enfermedad está avanzando hacia el sur y el sudeste, cruzando los valles interandinos de Santa Cruz (figura).



avanzando hacia el sur y el sudeste, cruzando los valles interandinos de Santa Cruz (figura).

Los casos recientes presentan un perfil epidemiológico similar al de otros brotes anteriores de fiebre amarilla: los

En este número:

Fiebre amarilla selvática en Bolivia	1
Campaña contra la rubéola en las Bahamas	4
Sarampión en las Américas	5

Vigilancia de la PFA - 1994, 1997 y 1998	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Vacunación contra la hepatitis B: Francia	8

casos son en su mayoría hombres, por lo general mayores de 15 años (media de la edad: 20-25). Estas observaciones son similares a las de brotes selváticos anteriores de fiebre amarilla, ya que los hombres jóvenes suelen ser quienes se aventuran en zonas boscosas para trabajar, y allí contraen fiebre amarilla. La estrategia de vacunación de Bolivia para controlar la fiebre amarilla ha consistido hasta ahora en la vacunación masiva de todas las personas en las zonas afectadas por brotes. Bolivia ha recibido vacunas contra la fiebre amarilla donadas y prestadas por países vecinos para el control del brote actual. La cobertura de vacunación acumulativa de todo el país contra la fiebre amarilla en un período de diez años asciende a sólo el 35% del total de la población.

Fuente: Ministerio de Salud, Bolivia

Nota de la Redacción: El virus de la fiebre amarilla puede transmitirse en ciclos selváticos y urbanos. En el ciclo selvático de América del Sur, los primates son los reservorios del virus, y los mosquitos de los géneros *Haemagogous* y *Sabethes* generalmente mantienen la circulación entre los monos¹. La transmisión a los seres humanos se produce cuando éstos penetran en las zonas boscosas donde la fiebre amarilla es enzoótica en búsqueda de trabajo. Por lo tanto, en América del Sur la fiebre amarilla puede considerarse como una enfermedad ocupacional. El ser humano es el huésped final en este ciclo, ya que no participa en la transmisión del virus a otros primates.

El ciclo urbano de la fiebre amarilla puede comenzar cuando un ser humano infectado por el virus en la selva se traslada a un medio urbano donde está el mosquito *Aedes aegypti*. La transmisión hombre-Aedes-hombre, que caracteriza al ciclo urbano, comienza cuando el mosquito *A. aegypti* se alimenta en un ser humano virémico, infectándose con el virus de la fiebre amarilla presente en la sangre humana. Tras un período de 9 a 12 días, el *A. aegypti* puede transmitir el virus a otros seres humanos².

Aunque no se ha notificado ningún caso de fiebre amarilla urbana en la Región desde 1942, durante los últimos diez años se notificaron más de 1.900 casos de fiebre amarilla selvática en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú³. Venezuela y la Guayana Francesa, que no habían notificado ningún caso de fiebre amarilla desde los años ochenta, notificaron casos en 1998³ (véase el cuadro). Los casos de Bolivia y Perú combinados representan el 80% de todos los casos de las Américas. No obstante, los casos notificados no representan la incidencia real de la enfermedad debido a la subnotificación.

En vista de la gran difusión del mosquito *A.aegypti* en toda la Región, la fiebre amarilla es motivo de preocupación creciente, ya que aumenta el riesgo de reurbanización de la enfermedad. Esto ocurrió durante el brote de 1995 en Perú, cuando muchos pacientes con fiebre amarilla fueron hospitalizados en ciudades infestadas por *A. aegypti*². Lo mismo ocurrió en el brote de fiebre amarilla que se produjo en Roraima (Brasil) en 1998, donde dos casos confirmados en laboratorio estuvieron en las zonas urbanas de Boa Vista, capital del estado, donde hay una infestación por *A. aegypti*. La situación actual en Santa Cruz de la Sierra, donde también hay *A. aegypti*, revive la posibilidad de la reurbanización de la fiebre amarilla.

La amenaza de la reurbanización de la fiebre amarilla

podría agravarse con la importación de otro mosquito *Aedes* de Asia a Brasil: el *A. albopictus*, que puede transmitir el virus. Más importante aún es que el *A. albopictus* se adapta a medios tanto boscosos como urbanos, y podría servir de puente entre los ciclos selvático y urbano de la fiebre amarilla.

La gravedad de la situación de la fiebre amarilla en la Región exige un firme compromiso de los países con una estrategia firme y eficaz, orientada no sólo a evitar que se produzcan más casos de fiebre amarilla, sino también a prevenir la posibilidad de su reurbanización.

Recomendaciones de la OPS

La OPS ha recomendado las siguientes medidas para el control y la prevención de la fiebre amarilla:

- Los países deben alcanzar cuanto antes una tasa de vacunación del 100% de la población de zonas donde la fiebre amarilla es enzoótica.
- Los países deben incorporar la vacuna contra la fiebre amarilla de los menores de 1 año en su plan básico de vacunación y administrarla junto con la vacuna antisarampionosa.

A fin de proteger de inmediato a los habitantes de zonas donde la fiebre amarilla es enzoótica y evitar su introducción en zonas urbanas de los alrededores infestadas por *A. aegypti*, todos los habitantes de zonas de ambos tipos deben ser vacunados contra la fiebre amarilla. Se debe realizar una campaña masiva de puesta al día con la vacunación con el propósito de extender la cobertura, que debe llegar al 80% como mínimo para evitar brotes⁴.

Mantenimiento de un grado de vacunación elevado

La incorporación de la vacuna contra la fiebre amarilla en el programa de vacunación infantil de rutina es fundamental para alcanzar una cobertura de vacunación elevada y disminuir los brotes.

Respuesta a los brotes

En general, las campañas de vacunación que se llevan a cabo durante brotes de fiebre amarilla son eficaces solamente si se realizan al comienzo del brote. La planificación de la respuesta a los brotes, la capacitación y los preparativos son indispensables para contener la propagación de la enfermedad. La integración de la vigilancia de la fiebre amarilla en el Programa Ampliado de Inmunización conducirá a una respuesta más rápida a cualquier situación emergente.

Detección, notificación e investigación de casos sospechosos

Es indispensable mejorar la vigilancia de la fiebre amarilla a fin de detectar los casos de forma eficaz y oportuna e iniciar la respuesta para controlar los brotes. Se deben investigar todos los casos de fiebre combinada con ictericia o hemorragia. La investigación, que incluye la obtención de muestras de sangre o de tejidos, debe iniciarse cuando una persona que vive en una zona donde la fiebre amarilla es endémica o que ha viajado a un lugar con esta característica presenta repentinamente fiebre (más de 38°C) y uno o más de los siguientes manifestaciones clínicas²:

- ictericia
- hemorragia de la nariz, las encías o la piel

Cuadro
Número de casos y defunciones notificadas, 1985-1998

	1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998*		
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	
Bolivia	53	37	26	19	23	18	12	12	107	87	50	38	91	54	22	18	18	14	7	7	15	15	30	21	63	47	57	39	
Brazil	7	5	9	8	16	14	21	14	9	3	2	1	15	8	12	8	66	17	18	5	4	2	15	13	3	3	34	15	
Colombia	5	5	6	6	17	9	7	7	1	1	7	7	4	4	2	2	1	1	2	2	3	3	8	4	6	6	0	0	
Ecuador	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	6	14	9	16	13	1	-	-	-	1	1	8	8	31	4	3	1	
F.Guiana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Peru	59	44	118	98	179	170	195	166	120	100	17	17	27	15	67	40	89	47	61	25	499	192	86	34	44	20	160	49	
Venezuela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	4
Total	125	91	159	131	235	211	235	199	237	191	88	69	151	90	119	81	175	79	88	39	522	213	147	80	147	80	268	109	

* Datos provisionales C = casos D = defunciones
Fuente: Ministerios de Salud

- sangre en los vómitos, las heces o la orina

Asimismo, se debe llevar a cabo una evaluación epidemiológica en todo los casos de muerte repentina de enfermedad febril hemorrágica.

La relación entre casos asintomáticos y sintomáticos es 1:2, mientras que la relación entre la enfermedad con síntomas leves y la enfermedad grave es 7:1⁵. Por lo tanto, los casos notificados representan solamente una fracción del problema de la fiebre amarilla. Si los pacientes ictericos son evaluados por laboratorio, se detectarán más casos de fiebre amarilla. En estos pacientes, una vez descartados los diagnósticos de hepatitis, malaria, leptospirosis y fiebre hemorrágica del dengue con pruebas serológicas de laboratorio específicas, se deben realizar exámenes de las muestras para la detección de la fiebre amarilla. En 1998, la OPS y los laboratorios de la región amazónica establecieron una red de laboratorios para la vigilancia de enfermedades infecciosas emergentes. La vigilancia de la fiebre amarilla con esta red de laboratorios mejorará la labor de control de brotes en esta región.

Abastecimiento de vacunas

La vacuna contra la fiebre amarilla es sumamente eficaz. Una sola dosis confiere inmunidad en más del 95% de las personas vacunadas y ofrece protección por lo menos durante diez años⁶. La vacuna es inocua, económica y confiable. Debido a la dificultad de conseguir grandes cantidades de vacuna en poco tiempo, es indispensable planificar eficazmente y encarar vacunas con anticipación a fin de disponer de suficientes vacunas para la vacunación de rutina y el control de brotes. En todos los países se deben mantener siempre reservas de vacunas para situaciones de emergencia.

Control de vectores

Los países deben iniciar un programa completo de control de vectores a fin de mantener baja la densidad de *A. aegypti* en medios urbanos². El control del *A. aegypti* también es beneficioso porque no hay una vacuna contra el dengue.

Conclusión

La amenaza de la urbanización de la fiebre amarilla

subraya la importancia del control inmediato de esta enfermedad en la Región. Hasta la fecha, Trinidad y Tobago y la Guayana Francesa han introducido la vacuna contra la fiebre amarilla en su programa nacional de vacunación. En Perú y Brasil se vacuna principalmente a las personas de todas las edades de zonas donde la fiebre amarilla es enzoótica. Para 1999, Brasil planea vacunar a unos 100 millones de personas de todas las edades del norte, el centro-oeste y el nordeste del país, en lugares donde la fiebre amarilla es endémica y en lugares contiguos a zonas muy infestadas por *A. aegypti*. Guyana planea introducir la vacuna contra la fiebre amarilla en el programa nacional y promover una campaña de puesta al día con la vacunación. Bolivia preparó hace poco un plan quinquenal para fortalecer su programa de vacunación con la ayuda de la OPS. Esta iniciativa, que será financiada en parte por el Banco Mundial, comprende planes para aumentar la cobertura de vacunación de las personas de todas las edades que viven en lugares donde la fiebre amarilla es enzoótica e introducir la vacuna en el programa nacional de vacunación de rutina.

Referencias

- 1 Monath TP. Yellow Fever. Tropical and Geographical Medicine, segunda edición. New York: McGraw-Hill Information Services Co, 1990.
- 2 Reunión de Expertos en Estrategias de Prevención y Control de la Fiebre Amarilla, Riesgos de la Urbanización en las Américas (1998).
- 3 Present status of yellow fever: Memorandum from a PAHO meeting*. Bulletin 1986; 64:511-24.
- 4 Yellow Fever – Technical Consensus Meeting. Global Programme for Vaccines and Immunization Expanded Programme on Immunization. Division of Emerging and Other Communicable Diseases Surveillance and Control. WHO, 1998.
- 5 Vasconcelos PFC, Rodrigues SG, Degallier N et al. An epidemic of sylvatic yellow fever in the southeast region of Maranhao state, Brazil, 1993-4: Epidemiologic and entomologic findings. Am J Trop Med Hyg 1997; 57:132-37.
- 6 Yellow Fever. Division of Emerging and Other Communicable Diseases Surveillance and Control, Global Programme for Vaccines and Immunization Expanded Programme on Immunization. WHO, 1998.

Campaña contra la rubéola en las Bahamas

De julio a diciembre de 1997 se realizó por primera vez en las Bahamas una campaña de vacunación contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR-triple viral), dirigida a la población de 4 a 40 años en las 19 islas que integran el país. New Providence y Grand Bahama comprenden el 68% de población total en las Bahamas. Los objetivos de la campaña eran interrumpir la transmisión del virus de la rubéola y evitar que se produjeran más casos de síndrome de rubéola congénita (SRC), así como mantener al país libre de sarampión, mediante la vacunación de grupos susceptibles a la rubéola y a la parotiditis. Desde que se llevó a cabo la campaña no se han notificado casos de sarampión ni de rubéola, a pesar de que la isla recibe a más de un millón de turistas por año. En julio de 1998, el Ministerio de Salud de las Bahamas pidió a la OPS/SVI que evaluara la campaña de vacunación. La campaña continuó hasta mayo de 1998 para abarcar a toda la población objetivo.

La situación del sarampión y la rubéola

En 1996 el sistema de vigilancia de enfermedades febriles y exantemáticas del país detectó un caso de rubéola. Desde entonces hubo 13 casos confirmados en laboratorio. En 1998 cuatro mujeres dieron a luz a bebés con síndrome de rubéola congénita, tres de los cuales murieron de complicaciones del SRC tres, cinco y 15 meses después del nacimiento. Cabía esperar que hubiera una gran cantidad de personas susceptibles a la rubéola, ya que nunca había existido un programa de vacunación dirigido a los adultos. En abril de 1997, las Bahamas notificó el primer caso de sarampión confirmado en laboratorio detectado en siete años debido a una importación.

A fin de evitar brotes de sarampión y rubéola, el Ministerio de Salud realizó una campaña de vacunación contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola entre julio y diciembre de 1997. En octubre y diciembre de 1997 se realizaron operaciones de barrido. La campaña con la vacuna SPR estuvo dirigida a la población (hombres y mujeres) de 4 a 40 años de las 19 islas que integran el país. Se vacunó a todas esas personas, excepto las que tenían comprobantes de que habían recibido dos dosis de la vacuna SPR o contraindicaciones médicas. La población objetivo prevista para la campaña con la vacuna SPR era inicialmente 180.980 personas (proyección a mediados de 1995), pero 27.800 personas presentaron comprobantes de que estaban debidamente vacunadas, de modo que la cifra se redujo a 153.180. Alrededor del 80% de la población objetivo (122.844 personas) forma parte de la fuerza laboral, y 20% (30.296) tiene de 4 a 14 años.

La campaña se llevo a cabo en cuatro fases: la fase I, dirigida a las madres después del parto; la fase II, dirigida a adultos jóvenes de 17 y 18 años que se graduaron de la escuela secundaria en junio de 1997; la fase III, dirigida a lugares de trabajo (40% de la población objetivo); y la fase IV, dirigida a escolares de 5 a 16 años. Se usó vacuna SPR de dos laboratorios: 5.000 frascos de una sola dosis de un laboratorio que produce una cepa de SPR que contiene la cepa de parotiditis de Jeryl Lynn, y las demás dosis en frascos de 10 dosis que contenía la cepa de parotiditis de Leningrado-Zagreb, provistos por otro laboratorio.

Medidas para evitar riesgos con las jeringas

Se proveyeron jeringas desechables para un solo uso y recipientes para materiales biológicos peligrosos a los consultorios y equipos de vacunación. En algunas de las islas se usaron botellas de plástico grandes que había en los dispensarios. Se entregó un volante informativo al personal de salud sobre métodos para evitar riesgos con las jeringas. En las islas Gran Bahama y New Providence, donde hay incineradores, todos los objetos punzantes usados fueron incinerados. En las islas sin incineradores, las jeringas y agujas usadas fueron quemadas o enterradas.

Una encuesta posterior a la campaña confirmó que 97% del personal de salud no había colocado capuchones en las agujas para reutilizarlas y que el 100% del personal de salud no había visto ni oído hablar de ningún pinchazo accidental. Los resultados de la encuesta de supervisores fueron idénticos.

Cobertura de vacunación

La cobertura de la población objetivo de 153.180 personas alcanzada durante la campaña con la vacuna SPR fue del 67,4% (103.170 personas). El análisis de los datos de la encuesta realizada en Nassau, capital de New Providence, indica que 26% de la población de 25 a 40 años sigue sin vacunar (cuadro 1).

Cuadro 1
Cobertura de la campaña realizada en las Bahamas con la vacuna SPR (triple viral)

Grupo según la edad	Población Objeto ¹	Población vacunada	Porcentaje de cobertura
4 - 14 años	30.296	29.218	96%
15 - 24 años	50.084	31.127	62%
25 - 40 años	72.800	42.825	59%
TOTAL	153.180	103.170	67%

¹ Se ha reajustado el denominador a fin de tener en cuenta las personas que presentaron comprobantes de que ya habían recibido dos dosis de vacuna SPR.

Vigilancia de las reacciones adversas

En vista del alcance de la campaña y de que por primera vez en las Américas se incluía la vacuna SPR para los adultos, se proporcionó capacitación especial al personal de salud a fin de reforzar la vigilancia de las reacciones adversas. La información de campañas anteriores de vacunación de niños de 0 a 14 años de países fuera de la región con la vacuna SPR indicaba un aumento de la tasa de meningitis aséptica en los niños que habían recibido la vacuna SPR con la cepa de sarampión de Urabe. En su evaluación de la campaña, la OPS procuró documentar la experiencia con la vacuna SPR en campañas masivas, especialmente en los adultos, a fin de abordar el problema de las reacciones adversas y proporcionar pautas técnicas claras a otros países.

Se notificaron al Ministerio de Salud 212 reacciones adversas en total tras una dosis de vacuna SPR (cuadro 2). Alrededor de 62% de los casos fueron mujeres. La relación

numérica entre hombres y mujeres fue de 1:1.65. Los sucesos notificados con mayor frecuencia fueron parotitis, $n = 123$, con una tasa de 120 casos notificados por 100.000 personas vacunadas, seguidos de exantema y picazón, $n = 41$. La mayoría de los casos de parotitis (80%) se produjeron en adultos. No hubo ningún caso de reacción anafiláctica. Hubo cinco casos de reacción alérgica que requirieron hospitalización, y uno de ellos tuvo que permanecer en el hospital hasta el día siguiente. Se notificó un solo caso de meningitis aséptica, con una tasa de 0,96 por 100.000 personas vacunadas. Este caso fue temporario y no dejó secuelas.

La vacunación durante el embarazo

El sistema de vigilancia de las reacciones adversas detectó a 33 mujeres que fueron vacunadas accidentalmente durante el primer trimestre del embarazo en Gran Bahama, de las cuales 15 cumplían el criterio de tener escrita en el expediente de maternidad o la tarjeta de vacunación una fecha específica en la cual habían recibido una dosis de vacuna SPR. Las 33 dieron a luz a bebés normales y sanos. Los expedientes del Hospital Princess Margaret de Nassau también confirman que siete mujeres vacunadas accidentalmente durante el primer trimestre dieron a luz a bebés normales y sanos.

Fuente: Informe de Evaluación, julio 1998. A fin de obtener la versión completa de esta evaluación, sírvase contactar el Ministerio de Salud en las Bahamas o el Programa Especial para Vacunas e Inmunización en Washington, Estados Unidos.

Cuadro 2
Distribución de frecuencia de sucesos adversos durante la campaña de vacunación masiva contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, Bahamas, 1997.

Tipos de sucesos adversos	Frecuencia de los sucesos adversos	Tasa por 100.000	Personas vacunadas intervalo promedio entre la vacunación y el suceso (días)
Parotitis	123	120	14
Exantema/picazón	41	40	6
Fiebre	28	27	13
Dolores de cabeza	25	24	6
Síntomas respiratorios	19	19	10
Fiebre/exantema	15	15	5
Malestar/mialgia	15	15	6
Síntomas gastrointestinales	11	11	1
Artralgia/Artritis	9	9	4
Orquitis	3	3	17
Meningitis aséptica	1	.96	29

Sarampión en las Américas

Durante las primeras seis semanas de 1999 se notificaron 114 casos confirmados de sarampión en siete países de la Región (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, República Dominicana, Uruguay y los Estados Unidos – ver figura). Hasta el 13 de febrero, la República Dominicana había notificado el 34% de todos los casos. Este brote fue detectado a mediados de diciembre de 1998, pero los primeros casos parecen haberse producido a principios de noviembre de 1998. Se ha iniciado la investigación del brote a fin de determinar las posibles fuentes de la infección. La investigación preliminar indica que la mayoría de los 39 casos confirmados fueron personas sin vacunar que estaban en condiciones de ser vacunadas. Por lo tanto, estos casos eran evitables. El último caso de sarampión confirmado en laboratorio en la República Dominicana, que fue un turista, se produjo en 1997.

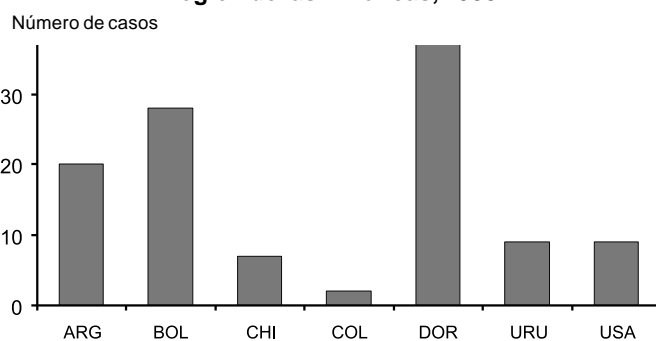
Los datos de Bolivia hasta fin de año muestran un total de 985 casos confirmados para 1998. Hasta el 13 de febrero de 1999 se había notificado un total de 122 casos confirmados, la mayoría en los departamentos de Cochabamba y Santa Cruz. La investigación del brote en Cochabamba (1998-1999) revela que 85% de los casos confirmados corresponden a menores de 5 años ($n = 156$) que no fueron vacunados

durante la campaña de vacunación de *seguimiento* realizada en 1998. La tarea de vacunación ha avanzado lentamente en este departamento, especialmente en las grandes zonas urbanas de la ciudad de Cochabamba. En consecuencia, el Ministerio de Salud está llevando a cabo una operación intensiva de *barrido* a fin de reducir la cantidad de personas susceptibles al sarampión.

Todos los países de la Región deben vigilar la acumulación de susceptibles, que se debe a bajas coberturas del programa de vacunación de rutina, así como en las campañas de vacunación de *seguimiento*. Asimismo, para que un país pueda hacer frente a posibles importaciones de sarampión de países vecinos o de otras regiones donde la enfermedad circula ampliamente es indispensable mantener un sistema

de vigilancia sensible e investigar a fondo todos los casos sospechosos de sarampión. Estas medidas evitarán que se reanude la circulación del virus del sarampión en la Región. En Bolivia, los primeros casos confirmados de sarampión se debieron a importaciones de un país limítrofe donde había un brote de sarampión, y en la República Dominicana también hay fuertes sospechas de una importación del virus del sarampión.

Figura
Países con casos de sarampión confirmados, Región de las Américas, 1999*



* Datos al 13 de febrero
Fuente: Sistema de la Vigilancia para la Erradicación del Sarampión/OPS.

Vigilancia de la PFA – 1994, 1997 y 1998

Han pasado siete años desde que se detectó el último caso de poliomielitis en la Región de las Américas, y cuatro años desde que se certificó que la enfermedad había sido erradicada. Ahora tenemos ante nosotros el desafío de mantener un sistema sensible de vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA). Cuando se inicie el proceso de certificación de la erradicación mundial, los países de las Américas serán evaluados nuevamente.

El cuadro que se presenta a continuación muestra la situación actual en lo que atañe al cumplimiento de los principales indicadores de la certificación de la erradicación por país, en comparación con 1994, año en que una comisión internacional certificó que se había erradicado la poliomielitis. El número de países que cumplen con el criterio para cada indicador está en descenso año tras año, con excepción de un

indicador (porcentaje de casos investigados dentro de las 48 horas de notificación). En 1998, Chile, Nicaragua, Perú, Colombia y Honduras cumplieron los cuatro indicadores, en tanto que Haití y Uruguay cumplieron solamente uno, y Argentina, ninguno.

A fin de evaluar la calidad y los resultados de una investigación el indicador de porcentaje de casos investigados durante las 48 horas siguientes a la notificación, que 18 de los 20 países cumplieron en 1998, se debe analizar junto con el indicador de toma de muestra adecuada de heces, sólo 10 países lo cumplen, y con la determinación de que toda la información crítica figura en los formularios de la investigación (para 65% de los casos de PFA se dispone de cinco datos generales**, y para 26%, de los siete datos clínicos***).

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 de 80% de los casos			Tasa de PFA \geq 1:100,000 menores de 15 años		
	1994	1997	1998	1994	1997	1998	1994	1997	1998	1994	1997	1998
Argentina												
Bolivia												
Brasil												
Chile												
Colombia												
Costa Rica												
Cuba												
República Dominicana												
Ecuador												
El Salvador												
Guatemala												
Haití												
Honduras												
México												
Nicaragua												
Panamá												
Paraguay												
Perú												
Uruguay												
Venezuela												
Total Países	18	17	13	17	18	18	11	12	10	18	12	11

Cumplen con el indicador (1994) Cumplen con el indicador (1997) Cumplen con el indicador (1998)

* Datos al 13 de febrero, 1999

***Datos generales* : Fecha de inicio de la parálisis, fecha de notificación de seguimiento, edad y número de dosis de VOP

****Datos clínicos* : Fiebre, días de instalación de la parálisis, progresión, secuela, atrofia, diagnóstico de parálisis proximal/distal.

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 1998 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1997 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión			Confir- mados 1997	Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1998				1998	1997	No Neonatal		Neonatal		1998	1997	1998	1997
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1998	1997	1998	1997				
Anguilla	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...	0
Antigua & Barbuda	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Argentina	2-Ene	7.397	...	7.397	125	0	0	9	18	0	3	1	0	29	321
Bahamas	2-Ene	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Belize	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	2	...	1	...	0	...	0
Bermuda	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Bolivia	2-Ene	986	0	986	7	0	0	11	2	7	7	6	1	32	77
Brasil	2-Ene	1.458	677	2.135	52.284	0	0	...	58	...	13	...	32	...	101
Islas Virgenes Británicas	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Canadá	2-Ene	12	0	12	579	0	0	...	2	...	...	...	1	772	2.415
Islas Caimán	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Chile	2-Ene	4	0	4	58	0	0	5	4	1	0	0	0	561	321
Colombia	2-Ene	5	23	28	67	0	0	0	18	3	17	2	2	81	15
Costa Rica	2-Ene	0	2	2	26	0	0	1	2	0	0	...	0	29	10
Cuba	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Dominica	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
República Dominicana	2-Ene	10	0	10	1	0	0	5	17	0	0	3	4	7	1
Ecuador	2-Ene	0	0	0	0	0	0	10	42	14	19	17	17	136	148
El Salvador	2-Ene	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	2
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Guadeloupe	2-Ene	2	0	2	116	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	2-Ene	0	1	1	8	0	0	0	5	4	6	0	0	377	92
Guyana	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Haití	2-Ene	0	3	3	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Honduras	2-Ene	0	0	0	5	0	0	5	5	1	1	0	0	23	121
Jamaica	2-Ene	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1
Martinique	...	...	...	...	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	2-Ene	0	0	0	0	0	0	123	104	25	20	0	0	139	292
Montserrat	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	2-Ene	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	41
Panamá	2-Ene	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	226	85
Paraguay	2-Ene	70	0	70	143	0	0	9	24	8	11	0	0	10	24
Perú	2-Ene	3	7	10	95	0	0	87	60	14	35	2	2	2.314	962
Puerto Rico	2-Ene	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Cristóbal/Nieves	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Lucía	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Suriname	2-Ene	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	2-Ene	0	0	0	1	0	0	...	2	...	0	...	0	...	0
Turcas y Caicos	2-Ene	0	0	0	0	0	0	...	1	...	0	...	0	...	0
Estados Unidos	2-Ene	89	—	89	138	0	0	34	41	...	...	1	5	5.799	5.411
Uruguay	2-Ene	2	0	2	2	0	0	...	0	...	0	...	0	...	10
Venezuela	2-Ene	0	4	4	27	0	0	15	18	2	6	0	0	241	393
TOTAL		10.039	717	10.756	53.683	0	0	319	441	81	142	32	64	10.776	10.843

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

Vacunación contra la hepatitis B: Francia

En la siguiente carta se detalla la posición oficial del Ministerio de Salud de Francia con respecto a la vacunación contra la hepatitis B (HB) en el país. El Ministerio decidió publicar esta carta en vista de las interpretaciones erróneas de los medios de comunicación, que han sembrado la confusión en el público.

En octubre de 1998, (ver postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la edición de octubre, 1998 del **Boletín Informativo PAI**) el Ministerio de Salud de Francia anunció que suspendería la vacunación de rutina de los adolescentes de las escuelas francesas contra la hepatitis B, mientras que continuaría la vacunación de lactantes y adultos de alto riesgo. Esta decisión, tomada a raíz de la preocupación por la posibilidad de que la vacuna contra la hepatitis B esté relacionada con la aparición o exacerbación de enfermedades desmielinizadoras tales como esclerosis múltiples, a pesar de que no hay pruebas científicas que establezcan una relación causal, es producto de la enorme presión de grupos que se oponen a la vacuna.

La OMS, con la ayuda de expertos externos en neurología, epidemiología, inmunología y salud pública, ha examinado con cuidado las pruebas científicas relacionadas con la posibilidad de que la vacuna contra la hepatitis B cause enfermedades desmielinizadoras tales como esclerosis múltiple. La OMS concluyó que los datos científicos disponibles no muestran una relación de causa entre las vacunas contra la hepatitis B y ciertas enfermedades del sistema nervioso central, entre ellas la esclerosis múltiple.

Desde 1981 se han usado más de mil millones de dosis de vacuna contra la hepatitis B (HB), con resultados excelentes en cuanto a su inocuidad y eficacia. La vacuna es 95% eficaz para prevenir la presentación del estado de portador crónico de hepatitis B. La vacuna HB es la primera contra un tipo

importante de cáncer humano, ya que los portadores crónicos de hepatitis B corren el riesgo muy grande de morir de cirrosis y cáncer del hígado.

Texto de la posición oficial de Francia

El 1 de octubre de 1998, después de una reunión de expertos durante la cual se examinaron todos los estudios realizados en Francia de trastornos patológicos que se presentaron tras la administración de la vacuna contra la hepatitis B, el Secretario de Estado de Salud y Bienestar Social decidió lo siguiente:

- Mantener vigente la recomendación de vacunar a los niños contra la hepatitis B
- Mantener vigente la recomendación de que los adolescentes reciban una dosis de vacuna contra la hepatitis B si no fueron vacunados anteriormente
- Mantener vigente la recomendación de vacunar contra la hepatitis B a los adultos en riesgo, de conformidad con la opinión emitida en julio de 1998 por el Comité Técnico sobre Vacunación
- Mantener vigente la obligación de los profesionales de salud de vacunarse contra la hepatitis B.

El único cambio anunciado se relaciona con la estrategia para los adolescentes. Se decidió suspender temporalmente la campaña de vacunación en las escuelas secundarias porque, en las condiciones en que se realizan, no se pueden proporcionar suficientes explicaciones (los padres no están presentes durante la vacunación escolar), especialmente en vista de la publicidad que recibieron los efectos adversos hipotéticos de la vacunación, que ha socavado la confianza de la población en la vacuna contra la hepatitis B.

Fuente: Director General para la Salud, Ministerio de Trabajo y Solidaridad, Francia, enero 29, 1999.

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