

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXI, Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto 1999

Últimas noticias del brote de sarampión en Bolivia

Antecedentes

Tras el establecimiento del Programa Ampliado de Inmunización en Bolivia en 1979, la cobertura con la vacuna antisarampionosa aumentó gradualmente, llegando al 80% en 1993. En 1994 el país se sumó a la meta regional de erradicar el sarampión para el año 2000 y realizó una campaña de *puesta al día* con la vacunación contra el sarampión, que abarcó a todos los niños de 9 meses a 14 años. La campaña de 1994 tuvo una cobertura del 94% a nivel nacional. Los departamentos que no alcanzaron una cobertura del 80% fueron Potosí (78%), La Paz (66%) y Pando (77%).

En 1995, la cobertura de vacunación contra el sarampión en Bolivia bajó al 80%, pero subió al 98% en 1996 y 1997. Debido en parte a la falta de vacunas y jeringas, la cobertura volvió a bajar al 85%, en 1998. Los departamentos con la cobertura más baja son los de Beni, Pando, Cochabamba, La Paz y Santa Cruz. Cabe destacar que alrededor del 70% de la población del país vive en los departamentos de Cochabamba, La Paz y Santa Cruz, que tienen también la mayor concentración de población urbana.

Debido a la acumulación de niños susceptibles desde la campaña de 1994, se planeó una campaña de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión para mayo de 1998, dirigida a los niños de 1 a 4 años. Sin embargo, fue postergada cinco meses debido a la falta de vacunas y jeringas. Los resultados fueron moderados (85%), principalmente porque la campaña no contó con suficiente preparación.

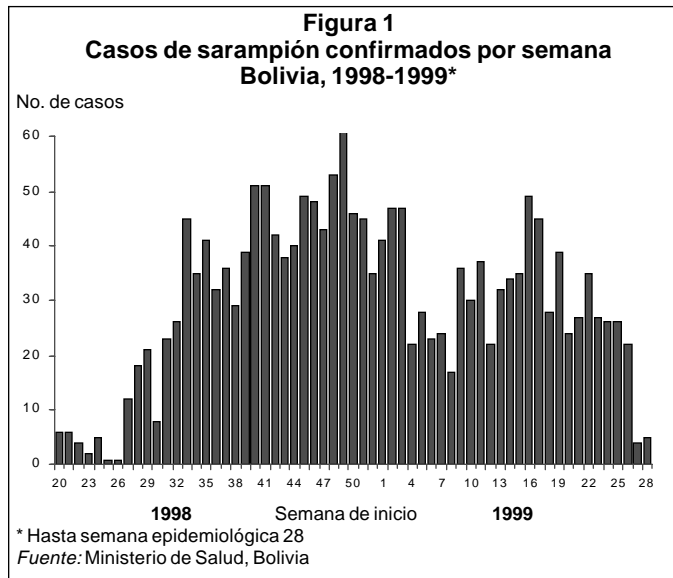
El brote de sarampión

El brote de sarampión de 1998 que se produjo en Bolivia comenzó el 21 de mayo (semana epidemiológica 20), tras un período de más de 19 semanas sin casos confirmados. Inicialmente, la epidemia afectó a la municipalidad de Yacuiba, en el departamento de Tarija. Esta municipalidad, y especialmente las localidades de Pocitos y Yacuiba, limitan con la provincia argentina de Salta. Por esta zona pasa mucha gente que va de Argentina a Bolivia para hacer compras. En el momento del brote, en Argentina había un brote importante de sarampión (10.229 casos confirmados en 1998). De Yacuiba, el brote se propagó primero a la ciudad de Santa Cruz, en el departamento de Santa Cruz, y después a zonas rurales de este departamento, así como a los de Cochabamba y Oruro. Posteriormente llegó a siete de los nueve departamentos del país, afectando a 66 de 311 municipalidades. A la larga llegó a todos los departamentos excepto el de Pando.

El grupo más afectado en las etapas iniciales fue el de los niños pequeños: 57% de las personas afectadas eran menores de 5 años. Del 1 al 21 de junio de 1998 se realizó una campaña de vacunación de barrido, dirigida a todos los menores de 5 años, aunque estuvieran vacunados, en las localidades de Salvador Masa, en Argentina, y de Pocitos y Yacuiba, en Bolivia.

Situación actual

Al 10 de julio de 1999 se habían notificado 2.254 casos sospechosos en Bolivia (desde el comienzo del brote), de los



En este número:

Últimas noticias del brote de sarampión en Bolivia	1
Brote de rubéola en Costa Rica	4
Respuesta de Brasil al brote de poliomielitis en Angola	4
Jornada nacional de vacunación en Ecuador	6

Actividades regionales	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
México introduce vacuna pentavalente	8

cuales 1.871 (83%) fueron notificados en el sector público y 383 (13%) en el sector privado. El 4% restante provino de otras fuentes. Entre ellos se encuentran 26 casos localizados con una búsqueda activa realizada durante las campañas de vacunación de Cochabamba, Sucre y El Alto. De los casos sospechosos, 1.836 (81%) fueron confirmados, 385 fueron descartados y 42 todavía están en estudio. De los casos confirmados, 1.827 (99%) fueron confirmados por laboratorio. De los 1.836 casos confirmados, 1.004 (56%) se produjeron en 1998 y 832 durante las primeras 29 semanas de 1999 (figura 1).

Del total de casos confirmados en 1999, 319 (38%) eran niños de 1 a 4 años y 150 (18%) eran niños de 6 a 11 meses. Se produjo un total de 151 casos (18%) de adultos jóvenes de 20 a 29 años (figura 2). La mayor incidencia se observó en niños de 6 a 11 meses, seguidos por niños de 12 a 23 meses, niños de 2 a 4 años y adultos de 20 a 29 años (figura 2). De los 469 casos confirmados de niños de 6 meses a 4 años, 408 (87%) no estaban vacunados o no tenían comprobante de vacunación contra el sarampión, lo cual indica que la causa de este brote fue la falta de vacunación, y no que la vacuna no fuese eficaz.

Del total de casos confirmados, 270 (32%) se produjeron en el departamento de Santa Cruz, 268 (32%) en Cochabamba y 200 (24%) en La Paz. El 12% restante correspondió a los departamentos de Oruro, Potosí, Beni, Chuquisaca y Tarija. Del total de casos confirmados, 607 (73%) se produjeron en zonas urbanas. En las últimas cuatro semanas, la mayoría de los casos se produjeron en las ciudades de La Paz y El Alto. Aunque la información sobre el origen y la ocupación de los casos de adultos todavía está incompleta, muchos de ellos habían migrado poco antes de zonas rurales a zonas urbanas o eran vendedores que tenían puestos en mercados. El brote afectó también a integrantes del personal de salud, estudiantes y personal militar de cuarteles.

Medidas de control

La campaña nacional de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión planeada para abril de 1998 fue postergada debido a la falta de vacunas y jeringas. La campaña dirigida a los niños de 1 a 4 años comenzó en octubre de 1998, cinco meses después del inicio del brote, y alcanzó una cobertura del 85%. Sin embargo, estas medidas no bastaron para parar la epidemia. A pesar de que se inició otra campaña de vacunación en marzo de 1999, con todas las vacunas, la epidemia ha seguido en 1999. Entre junio y agosto de 1999 se llevaron a cabo más campañas de vacunación contra el sarampión, dirigidas a todos los niños de 6 meses a 4 años, en las zonas urbanas de Cochabamba, Sucre, Beni y El Alto, así como en algunas zonas rurales, entre ellas El Chapare y, en el departamento de Santa Cruz, El Pailón y Warnes. Estas

campañas se combinaron con la búsqueda activa de casos de sarampión, que llevó a la localización de 26 casos sospechosos. Debido a la falta de datos oficiales confiables, la cobertura de vacunación de estas últimas campañas fue validada mediante encuestas de conglomerados realizadas el mismo día que las campañas de vacunación. Con estas últimas campañas, la cobertura llegó a más del 90% en Cochabamba, Beni y Sucre. En los lugares donde la cobertura de vacunación fue alta durante la campaña, los casos disminuyeron drásticamente. No obstante, la cobertura de la campaña fue baja en El Alto, donde continúan produciéndose casos, igual que en La Paz, que está al lado de El Alto. En El Alto se ha reanudado una campaña de vacunación de barrido. Actualmente se está llevando a cabo una campaña de vacunación de los niños de 6 meses a 4 años en La Paz, con la colaboración de organizaciones de la comunidad internacional, el gobierno y organizaciones no gubernamentales.

Nota de la Redacción: El brote de Bolivia ha afectado principalmente a niños de 6 meses a 4 años que viven en zonas urbanas. Es indispensable detectar la circulación del virus del sarampión en *todas* las zonas del país, a fin de iniciar rápidamente actividades de control que lleven a la disminución de la transmisión del virus. En este sentido, es alentador ver la participación creciente del sector privado de Bolivia en la notificación de casos sospechosos de sarampión.

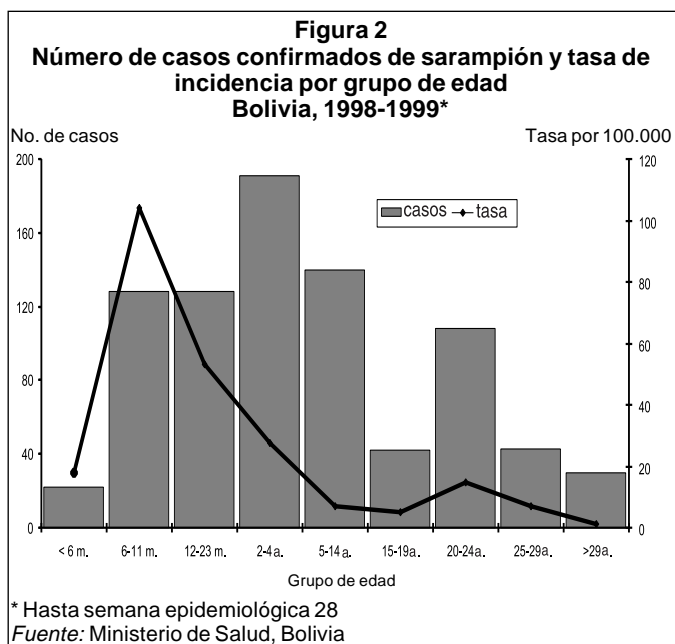
Los principales factores que contribuyen a la transmisión persistente del virus del sarampión en el país son: 1.) la falta de suficiente vacuna antisarampionosa en forma continua; 2.) la falta de una campaña de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión a tiempo; y 3.) la cobertura baja de los servicios de vacunación de rutina.

La situación de Bolivia muestra claramente las dificultades de controlar un brote, especialmente en zonas densamente pobladas. Para prevenir una situación de este tipo, la cobertura de vacunación de los servicios de rutina debería llegar por lo menos al 95% en todas las municipalidades.

La experiencia de Bolivia pone de relieve también la importancia de la planificación adecuada de las campañas de vacunación:

La experiencia de Bolivia pone de relieve también la importancia de la planificación adecuada de las campañas de vacunación:

- Hay que dar suficiente tiempo para permitir la plena participación de las localidades y distribuir debidamente los recursos humanos y financieros.
- Hay que prestar especial atención a la descentralización de actividades, a fin de que los distritos de salud asuman plenamente la responsabilidad de su ejecución.



Campañas de vacunación contra el sarampión

Región	País/Territorio	Campaña 1-14 años (Puesta al día)		Promedio de cobertura en programas de rutina 1994-1998	Campaña 1-14 años Campaña de (Seguimiento)		Año de Próxima Campaña de (Seguimiento)
		Año	Cobertura (%)		Año	Cobertura (%)	
Andina	Bolivia	1994	98	92	1998	85	2002
	Colombia	1993	96	85	1995	90	1999
	Ecuador	1994	100	74	1998	96	2002
	Perú	1992	75	89	1997	97	2001
	Venezuela	1994	100	77	1998	93	2002
Brasil	Brasil	1992	96	87	1997	77	2000
Centroamérica	Belize	1993	82	86	1995	85	1999
	Costa Rica	1993	75	92	1998	87	2002
	El Salvador	1993	96	92	1996	82	2000
	Guatemala	1993	85	75	1996	60	1999
	Honduras	1993	96	92	1996	85	2000
	Nicaragua	1993	94	88	1996	97	2000
	Panamá	1993	88	89	1996	94	2000
Caribe Inglés y Suriname	Anguilla	1991	99	96	1996	100	2000
	Antigua y Barbuda	1991	96	97	1996	92	2000
	Bahamas*	1991	87	92	1997	96	2001
	Barbados	1991	96	96	1996	91	2000
	Islas Vírgenes Británicas	1991	88	100	1996	90	2000
	Cayman Islands	1991	85	93	-	-	-
	Dominica	1991	95	100	1996	100	2000
	Grenada	1991	98	93	1996	81	2000
	Guyana	1991	94	87	1996	90	2000
	Jamaica	1991	71	90	1995/6	95	1999
	Montserrat	1991	100	100	1996	100	2000
	S. Cristóbal y Nieves	1991	98	99	1996	100	2000
	S. Lucía	1991	97	91	1996	85	2000
	S. Vicente y Grenadines	1991	97	100	1995	84	1999
	Suriname	1991	89	80	1997	100	2002
	Trinidad & Tobago	1991	90	88	1997	96	2001
Turcas & Caicos	1991	81	99	1996	95	2000	
Caribe Latino	Cuba	1987	98	100	1993	99	
	República Dominicana	1993	77	85	1999	99	2004
	Haití	1994	94	29	1999	...	**
México	México	1993	88	92	1998	96	2002
Cono Sur	Argentina	1993	97	80	1998	98	2002
	Chile	1992	99	94	1996	100	2000
	Paraguay	1995	70	74	1998	99	2002
	Uruguay	1994	95	88	1998	95	2002

...sin datos - no hubo campaña

**Campaña de *seguimiento* en progreso

Datos al 30 de julio, 1999

* Bahamas= grupo de edad en Bahamas fue de 4-40 años = 67%, pero cobertura para grupo de edad 4-14años fue 96%

- Hay que llevar a cabo la vacunación en el horario más conveniente para la población objeto.

El brote de Bolivia, así como los que se produjeron en otros países de las Américas (Argentina, Brasil y Estados Unidos) que habían estado libres de sarampión durante períodos prolongados, muestran la inevitabilidad de la reintroducción del sarampión mientras el virus circule en otras regiones del mundo. Estos brotes duran poco en los

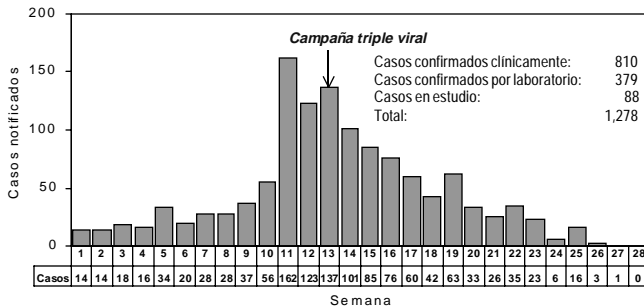
países donde la cobertura de los servicios de vacunación de rutina es alta y se realizan campañas de vacunación de *seguimiento* oportunamente. Sin embargo, en los países donde la cobertura de los servicios de vacunación de rutina es baja y las campañas de vacunación de *seguimiento* no se hacen a tiempo y no obtienen una cobertura suficiente, la reintroducción del sarampión puede tener graves consecuencias.

Brote de rubéola en Costa Rica

Al 3 de julio de 1999 (semana epidemiológica 26), el total provisional de casos confirmados de rubéola notificados en Costa Rica era 1.189. De estos, 379 eran casos confirmados en laboratorio y 810 eran casos confirmados clínicamente. Es el primer brote que se produce en Costa Rica desde 1987, año en que se notificaron 1.105 casos.

El brote de rubéola alcanzó máxima intensidad entre las semanas 10 y 14 (figura 1). El grupo más afectado por este brote fue el de adultos de 25 a 34 años. De los casos cuya edad se sabía, 480 (44%) correspondían a este grupo. Los grupos de 20 a 24 años, con 133 casos (12%), y de 35 a 44 años, con 186 casos (17%), también fueron alcanzados por el brote. De los casos infantiles, 96 (9%) tenían de <1 a 4 años, y 85 (8%), de 5 a 14 años. En general, las mujeres representaron un porcentaje ligeramente mayor (56%) de los casos notificados.

Figura 1
Número de casos de rubéola notificados por semana Costa Rica, 1999*

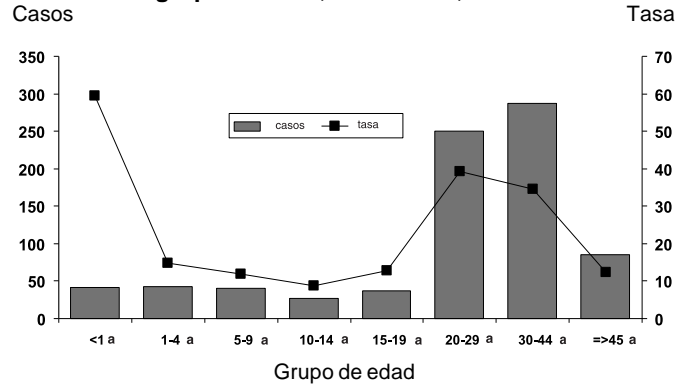


* datos a la semana epidemiológica 28 (julio 17)
Fuente: Ministerio de Salud, Costa Rica

Los índices de ataque de los niños de <1 - 4 años y de 5 a 14 años fueron mucho más bajos que en el grupo de 15 a 50 años (figura 2). Una posible razón de esta distribución es el uso de la vacuna SPR desde 1972, en el esquema de vacunación de rutina y en las campañas de *seguimiento* contra el sarampión. El grupo de 25 a 34 años presentó el índice de ataque más alto que no estaban vacunados adecuadamente. Personas

mayores de 44 años presentaron el índice de ataque menor, lo cual puede ser debido a que estas personas contrajeron la infección durante la infancia y adquirieron inmunidad natural contra la rubéola.

Figura 2
Distribución de casos de rubéola y tasa de ataque por grupo de edad, Costa Rica, 1999*



*datos al 3 de julio
Fuente: Ministerio de Salud, Costa Rica

Al 5 de junio, según la distribución de casos por región, en la región central de Costa Rica se notificó el 83% del total de casos del país, con 701 casos (51%) en la región centro sur y 385 (28%) en la región centro norte. Muchos casos se produjeron en zonas densamente pobladas, especialmente entre obreros de fábricas y vendedores de mercados.

Frente a este brote, el Ministerio de Salud llevó a cabo una campaña de vacunación con la vacuna SPR entre fines de marzo y principios de abril (semana 13). Se trató de una campaña selectiva dirigida a los adultos, dando prioridad a las mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Como resultado de la campaña, el número de casos notificados disminuyó (figura 1).

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud, Costa Rica

Respuesta de Brasil al brote de poliomielitis en Angola

Las primeras noticias de un gran brote de poliomielitis en Angola aparecieron en la prensa médica internacional a fines de abril y principios de mayo de 1999. Se notificaron más de 882 casos de poliomielitis, principalmente en niños sin vacunar (más del 85%) y menores de 5 años (más del 90%). El gobierno de Brasil formó un equipo para elaborar una respuesta nacional al brote, a fin de evitar el riesgo de importación del poliovirus salvaje de Angola en Brasil. El equipo estaba integrado por representantes de las unidades de vacunación y vigilancia de la Fundación Nacional de la Salud, dependiente del Ministerio de Salud, y personal de la oficina de la Organización Panamericana de la Salud en Brasil.

El último caso autóctono de poliomielitis confirmado en laboratorio fue notificado en marzo de 1989 en Paraíba, estado del norte del país. El programa brasileño de erradicación de la poliomielitis se inició en 1980 con dos campañas nacionales de vacunación durante las cuales se administró una dosis de vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) a los

menores de 5 años. Estas campañas nacionales prosiguen hasta la fecha. La cobertura nacional de vacunación se ha situado alrededor del 90% en los menores de 5 años (aproximadamente de 17 millones) en los últimos 19 años.

Medidas preventivas

Debido al bajo índice de notificación de casos de parálisis flácida aguda (PFA) durante los primeros seis meses de 1999, el equipo recomendó la mejora de la vigilancia de la PFA en los hospitales de las grandes ciudades, como Recife, Salvador, Vitoria, Rio de Janeiro y São Paulo, que tenían más probabilidades de recibir visitantes de Angola. Se prestó especial atención a Rio de Janeiro y São Paulo debido a su gran cantidad de habitantes y a que son los principales puertos de entrada para los visitantes de Brasil. A ambas ciudades llegan dos vuelos directos por semana de Angola. Los visitantes angoleños generalmente se quedan en Rio de Janeiro unos días, viajan a São Paulo por autobús y vuelven a Rio de Janeiro para emprender el regreso a Angola. La OPS

está proporcionando asistencia técnica y financiera para la búsqueda de casos de PFA en los hospitales de ambas ciudades. Se han notificado casos de PFA, pero la mayoría eran clínicamente compatibles con el síndrome de Guillain-Barré. Hasta la fecha no se ha detectado en Brasil ningún caso clínicamente compatible con la infección aguda por el poliovirus salvaje.

CARITAS, organización no gubernamental que ayuda a los angoleños recién inmigrados, colaboró en localizar las zonas de Rio de Janeiro donde tienden a concentrarse los angoleños. Se pidió a las familias de esas zonas que se fijaran si los menores de 5 años estaban vacunados y que les dieran una dosis de VOP. Esta recomendación abarcó también a todos los niños brasileños menores de 5 años, aunque estuvieran vacunados. Se administraron más de 11.000 dosis de VOP en la zona metropolitana de Rio de Janeiro en mayo y junio. Se obtuvieron muestras de heces de menores de 5 años y se enviaron al departamento de virología del Instituto Oswaldo Cruz para determinar si presentaban signos de poliovirus salvaje.

El Comité Asesor Nacional sobre Inmunización examinó el brote de Angola y formuló recomendaciones concretas sobre la vacunación de personas que viajaran de Brasil a Angola y a otras zonas donde la poliomielitis es endémica. El Comité recomendó que se verifique que todos los viajeros hayan recibido todas las vacunas del plan nacional antes de salir del país, especialmente los menores de 5 años. Eso incluye la vacunación con tres dosis de VOP como mínimo. El Comité señaló que, si eso no es posible, todas las personas deberían recibir por lo menos una dosis de VOP antes de viajar. Estas recomendaciones fueron presentadas al Ministerio de Relaciones Exteriores y a otras organizaciones que con frecuencia envían a expatriados a viajar a Angola.

La Fundación Nacional de Salud envió una carta a todas las oficinas regionales de registro de médicos para pedirles que digan a todos los médicos inscritos que sigan ciertas recomendaciones, entre ellas la notificación inmediata de cualquier caso de PFA, independientemente de la hipótesis clínica, el estudio completo (obtención de muestras adecuadas de heces para el diagnóstico en laboratorio) y directrices para la vacunación de viajeros.

Con el apoyo de las Autoridades de Vigilancia Sanitaria, que son unidades médicas situadas en puertos y aeropuertos, todos los pasajeros provenientes de Angola que llegan en los dos vuelos directos a Rio de Janeiro pasan por un control en el aeropuerto. Se averigua si los menores de 5 años están vacunados y se administra una dosis de VOP a todos los recién llegados, aunque estén vacunados. Los menores de 5 años que no hayan recibido todas las vacunas del plan o que no tengan tarjeta de vacunación son enviados a un puesto de salud para que los vacunen de inmediato.

Otras medidas

Durante la última reunión nacional de gerentes de programas de inmunización de 27 estados, se examinó detenidamente la situación nacional e internacional con respecto a la poliomielitis. Se llegó a un acuerdo en el sentido de que todos los estados examinen los datos de cobertura por municipalidad, a fin de detectar zonas o grupos de riesgo con una cobertura con la vacuna VOP inferior al promedio estatal o nacional. Estos grupos recibieron atención especial durante

la campaña nacional de vacunación programada para el 14 de agosto.

Estas actividades han renovado la atención a la poliomielitis en Brasil. Tras su erradicación del país se observó que es necesario recordar al personal de salud que, hasta que no circulen más poliovirus en el mundo, la poliomielitis continúa representando una amenaza para las Américas.

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Fundación Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Brasil, y Oficina de la OPS en Brasilia.

Nota de la Redacción: En una declaración reciente, la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, dijo que el brote de Angola muestra "las trágicas consecuencias de no vacunar a todos los niños". Este brote ya ha cobrado más de 1.000 víctimas.

Aunque la Región de las Américas se ha mantenido libre de poliomielitis durante los últimos ocho años, el riesgo de importación subsiste. Se necesita una cobertura elevada de vacunación para evitar que el poliovirus vuelva a arraigarse si es reintroducido desde otros países por viajeros internacionales, migrantes o grupos que no aceptan la vacunación de rutina.

La OPS recomienda que los países de las Américas mantengan una cobertura de vacunación con VOP del 95% en el 80% de los distritos. Los países que no puedan alcanzar esta cobertura deberían realizar por lo menos dos jornadas nacionales de vacunación. Es necesario vigilar la cobertura de vacunación a partir de las divisiones geopolíticas más pequeñas. Para detectar el poliovirus con rapidez, es indispensable que los sistemas de vigilancia de la PFA funcionen plenamente. Todos los países deberían fortalecer los principales indicadores de la vigilancia de la PFA. Los sistemas nacionales de vigilancia deberían detectar por lo menos un caso anual de PFA por 100.000 menores de 15 años, y por lo menos en el 80% de los casos de PFA se debería obtener una muestra adecuada de heces dentro de los 15 días siguientes al inicio de la parálisis.

Indicadores de vigilancia de PFA, 1999*

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 ≥ 1:100.000 menores de 15 años
Chile				
Ecuador				
Honduras				
Nicaragua				
Perú				
Colombia				
Panamá				
Venezuela				
Argentina				
CAREC				
Cuba				
República Dominicana				
El Salvador				
Guatemala				
México				
Bolivia				
Brasil				
Costa Rica				
Haití				
Paraguay				
Uruguay				

* Datos al 17 de julio, 1999

Fuente: HVP/OPS (PESS)

Jornada nacional de vacunación en Ecuador

Del 2 al 13 de agosto se realizó en Ecuador una jornada nacional de vacunación contra diez enfermedades inmunoprevenibles. El Programa de Nutrición del Ministerio de Salud colaboró en la distribución de suplementos de vitamina A a los niños de 6 a 36 meses, puesto que 18% de los menores de 5 años presentan una carencia moderada de vitamina A. La corrección de este problema llevará a una disminución de la morbilidad y mortalidad por sarampión, diarrea y neumonía, especialmente en el grupo de menores de 3 años, y eliminará la ceguera asociado a esta deficiencia.

Siguiendo las recomendaciones de la XIII Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre enfermedades inmunoprevenibles, que se celebró en abril de 1999 en Canadá, la campaña tuvo las siguientes metas:

- Vacunación indiscriminada (dosis adicional o de esquema) de todos los menores de 5 años con la vacuna oral contra la poliomielitis, a fin de prevenir la reintroducción del poliovirus salvaje en el país
- Introducción nacional de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola para todos los niños de 12 a 23 meses, a fin de contribuir a la meta de la erradicación del sarampión, el control de la rubéola y la reducción de la

incidencia de las parotiditis

- Introducción de la vacuna contra la hepatitis b para todos los menores de 1 año en las provincias del Oriente, para iniciar actividades de control contra la hepatitis b y d en áreas de alto riesgo de la Amazonía
- Vacunación con dT de 60% de las mujeres en edad fértil (embarazadas o no) de 71 zonas con riesgo de tétanos neonatal, y vacunación nacional con dT de todas las embarazadas, a fin de acelerar la eliminación del tétanos neonatal
- Vacunación de todos los niños de 1 a 14 años contra la fiebre amarilla en las provincias orientales de la cuenca amazónica y de todos los adultos de 15 a 49 años de las provincias de Sucumbíos, Napo y Orellana, así como de Mumullacta, en Pastanza, con el propósito de reforzar las medidas de control en las localidades de alto riesgo del este del país

Estas campañas se aprovecharon también para recuperar la cobertura de vacunación del grupo de menores de 5 años con todos los antígenos. La difícil situación económica en Ecuador ha llevado a una reducción de los servicios de salud preventiva que se ofrecen a la población.

Actividades regionales

- Del 26 de julio al 4 de agosto se realizó en La Paz la primera misión de supervisión del proyecto de reforma del sector salud financiado por el Banco Mundial. HVP/OPS está colaborando con el gobierno de Bolivia y el Banco Mundial en el fortalecimiento del programa nacional de inmunización, a fin de aumentar la cobertura con las vacunas del programa nacional de inmunización e introducir vacunas nuevas y otras vacunas importantes para la salud pública en el plan de vacunación de rutina. Como parte de la misión de julio se realizó un taller sobre la ejecución del proyecto y se examinó el progreso realizado en el proyecto en general desde enero. Asimismo, se proporcionó apoyo para la elaboración de los planes de ejecución del año próximo y para la transferencia gradual a Bolivia de las funciones de supervisión y diálogo de política.
- El Ministerio de Salud y la OPS evaluarán el programa nacional de inmunización en la República Dominicana del 2 al 13 de agosto, en Perú del 9 al 20 de agosto y en Jamaica del 21 de septiembre al 8 de octubre. Se examinarán los puntos fuertes y las fallas de los programas, su eficiencia y eficacia, su impacto en las enfermedades y su capacidad para adaptarse a necesidades nuevas, como las que surgen de la reforma y descentralización del sector salud y la necesidad de que la población tenga acceso a las vacunas nuevas.
- El programa de reuniones subregionales anuales de gerentes de programas nacionales de inmunización convocadas por HVP/OPS para 1999 es el siguiente: América Central (incluidos los países latinos del Caribe y México), del 6 al 8 de octubre; región andina, del 11 al 13 de octubre; países del Caribe, del 15 al 19 de noviembre; Cono Sur y Brasil, 8 y 9 de diciembre. Las deliberaciones se centrarán en el progreso y los obstáculos de los programas nacionales de vigilancia y vacunación, prestando especial atención a la meta de erradicar el sarampión para el año 2000.
- Se ofrecerá un curso de epidemiología del sarampión del 30 de agosto al 3 de septiembre en Buenos Aires, Argentina y en Brasil, y del 20 al 25 de septiembre en Bolivia. Este curso, dirigido a epidemiólogos nacionales y regionales, abarca temas tales como vigilancia del sarampión, aspectos clínicos, vacunas contra el sarampión, estrategias para la erradicación y confirmación de la infección en laboratorio.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 1999 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1998 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1999			Confir- mados 1998	1999	1998	No Neonatal		Neonatal		1999	1998	1999	1998
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1999	1998	1999	1998				
Anguilla	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	3-Julio	186	...	186	584	0	0	2	12	1	0	0	0	270	295
Bahamas	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermuda	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	3-Julio	754	7	761	25	0	0	1	5	1	7	1	5	6	30
Brasil	3-Julio	57	82	139	843	0	0	84	296	11	44	64	...	690	...
Islas Vírgenes Británicas	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	3-Julio	4	0	4	10	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Caimán	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Chile	3-Julio	27	0	27	0	0	0	10	8	1	0	0	0	1.157	874
Colombia	3-Julio	9	13	22	46	0	0	6	5	14	13	0	2	211	191
Costa Rica	3-Julio	0	55	55	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Cuba	3-Julio	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Dominica	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	3-Julio	90	0	90	2	0	0	17	5	1	0	12	10	13	13
Ecuador	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4
El Salvador	3-Julio	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	4
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	3-Julio	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	3-Julio	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	26	40
Guyana	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Haití	3-Julio	0	0	0	3	0	0	...	...	11	11	4	0	18	4
Honduras	3-Julio	0	0	0	0	0	0	2	...	0	...	0	0	8	...
Jamaica	3-Julio	0	0	0	1	0	0	4	5	0	1	0	0	6	0
Martinique	...	...	...	...	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	3-Julio	0	0	0	0	0	0	48	98	5	14	...	...	20	163
Montserrat	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	3-Julio	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	11	0
Panamá	3-Julio	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0	172	101
Paraguay	3-Julio	0	0	0	3	0	0	3	12	4	10	0	0	10	15
Perú	3-Julio	0	0	0	0	0	0	27	31	8	8	4	2	530	492
Puerto Rico	3-Julio	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	3-Julio	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Cristóbal/Nieves	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Turcas y Caicos	3-Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	3-Julio	41	—	41	37	0	0	11	14	...	...	0	1	2.539	2.448
Uruguay	3-Julio	34	0	34	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	3-Julio	0	0	0	4	0	0	10	14	0	2	0	0	197	473
TOTAL		1.203	157	1.360	1.559	0	0	234	512	58	113	85	20	5.891	5.148

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

México introduce vacuna pentavalente

Las vacunas combinadas consisten en la mezcla de dos o más antígenos en una preparación. La combinación puede ser hecha por el fabricante, en cuyo caso cada componente se elabora por separado y se mezcla con los demás antígenos antes de llenar los frascos o las jeringas, o por el personal de salud antes de administrar la vacuna, mezclando el contenido de frascos separados o reconstituyendo una vacuna con otra. Los antígenos de las vacunas combinadas pueden clasificarse en dos categorías: 1) varios tipos antigénicos de un solo agente patógeno, como la vacuna antineumocócica compuesta por 23 polisacáridos, y 2) antígenos de distintos agentes patógenos que causan enfermedades diferentes, como las vacunas DPT y SPR. La vacuna pentavalente, correspondiente a la segunda categoría, es el producto de la reconstitución externa de la vacuna liofilizada contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) con una vacuna DPT y contra la hepatitis B en suspensión. La vacuna pentavalente confiere protección contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la hepatitis B, así como contra enfermedades invasivas causadas por Hib.

La vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) fue introducida en el programa nacional de vacunación de México en 1998, a fin de reemplazar la vacuna antisarampionosa (primaria y de refuerzo). Se amplió el plan de vacunación para la cohorte de niños nacidos en 1999 con la inclusión de las vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la hepatitis B a los 2, 4 y 6 meses de edad. En una época de dificultades económicas, los siguientes factores dieron ímpetu a la voluntad política de introducir dos vacunas nuevas:

- la disponibilidad de una vacuna combinada contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b (DTP-HB/Hib), y
- la posibilidad de sumarse a otros países de las Américas en la compra de una gran cantidad de vacunas a costo reducido, por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas.

Durante el primer trimestre, la cobertura de vacunación de los menores de 1 año con el plan completo llegó al 88%, y

con DTP, al 87%. Ya se han administrado más de 800.000 dosis de vacuna pentavalente. La información preliminar de 32 programas estatales de vacunación y de un sistema de vigilancia pasiva de sucesos adversos asociados con la vacunación indica que la vacuna pentavalente tiene buena aceptación entre los padres y el personal de salud. Asimismo, la reactividad de la vacuna combinada es similar a la observada con la DTP sola.

La disponibilidad de la vacuna pentavalente ha facilitado la rápida incorporación de dos vacunas importantes en el programa de vacunación universal de México sin cambiar el plan de vacunación ni aumentar la cantidad de inyecciones. Se está realizando un estudio de campo a fin de evaluar el efecto de la introducción de la vacuna contra Hib en la carga de enfermedades invasivas causadas por este microorganismo. Con la incorporación de la vacuna SPR en 1998 y de la pentavalente en 1999, México tiene uno de los programas de vacunación más completos de América Latina.

Fuente: Dr. José Santos, Consejo Nacional de Vacunación y Programa de Salud Infantil, México

Nota de la Redacción: Uruguay, Perú, Bolivia y Nicaragua también han introducido la vacuna pentavalente en sus programas de vacunación de rutina. La disponibilidad y el uso de vacunas combinadas, como DTP+Hib, DTP+HB y DTP/HB+Hib, presentan varias ventajas. Al disminuir el número de inyecciones, las consultas con proveedores de servicios y las molestias para los niños y los padres, se simplifica la administración de una cantidad creciente de antígenos contra las principales enfermedades de la infancia como parte del plan de vacunación de rutina. Se ha comprobado que los costos indirectos de la vacunación completa de un niño son mucho mayores que el costo de las vacunas en sí. El uso de vacunas combinadas disminuye los gastos de logística de los servicios de vacunación y vigilancia que acarrearán el uso de vacunas diferentes. Estas ventajas llevarán a un mejor cumplimiento y, por consiguiente, a un aumento de la cobertura de vacunación.

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por la División de Vacunas e Inmunización (HVP) 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

División de Vacunas e Inmunización

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

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729