

# Boletín Informativo PAI

## Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXI, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 1999

### ¡Bolivia: lucha total contra el sarampión!

Desde mayo de 1998 hay un brote de sarampión en Bolivia que comenzó en la municipalidad de Yacuiba, departamento de Tarija (véase el *Boletín del PAI* de agosto de 1999). Bolivia notificó 1.004 casos confirmados en 1998, y durante las primeras 40 semanas de 1999 se confirmaron 1.218. Del total de casos de sarampión notificados en 1999 en la Región, 51% corresponde a Bolivia.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud de Bolivia ha preparado un plan especial de acción, y el 26 de octubre emitió una resolución ministerial con el propósito de parar el brote e interrumpir la transmisión del virus. El objetivo es vacunar por lo menos al 95% de todos los niños de 6 meses a 4 años (1.071.723 niños) durante una campaña nacional de vacunación contra el sarampión que se realizará del 28 de noviembre al 17 de diciembre en cada municipalidad. Esta decisión del Ministerio de Salud indica el alto grado de compromiso de las autoridades nacionales con la salud de la población y es un ejemplo excelente del panamericanismo en acción.

#### RESOLUCION MINISTERIAL

##### Considerando:

Que, el Gobierno Boliviano, juntamente con los otros Gobiernos de América, se ha comprometido a erradicar el sarampión del continente para el año 2000.

Que, la epidemia de sarampión que comenzó en Brasil en 1997 se ha extendido a nuestro territorio.

Que, es necesario que el Ministerio de Salud y Previsión Social tome las medidas necesarias para proteger la salud y la vida de sus habitantes, en particular de la niñez.

Por lo tanto:

##### Resuelve:

**Artículo primero.**- Se declara de prioridad nacional la ejecución de la Campaña Nacional antisarampionosa a cumplirse del 28 de noviembre al 17 de diciembre del presente año, en la cual debe vacunarse cuando menos al 95 % de los niños de 6 meses a menores de 5 años para interrumpir la transmisión de esta enfermedad.

**Artículo segundo.**- Se instruye a la Dirección General de Epidemiología realizar la conducción técnica, movilización y asignación a los SEDES de vacunas, jeringas, material de registro, recursos financieros nacionales y de cooperación externa, así como el seguimiento y evaluación de la campaña.

**Artículo tercero.**- Se responsabiliza a los Servicios Departamentales de Salud de la adecuada programación local, promoción, ejecución y cumplimiento del 95 % de cobertura antisarampionosa a nivel departamental. Para este efecto se deberá otorgar la máxima prioridad y asignar los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para cumplir exitosamente con la Campaña.

**Artículo cuarto.**- Los Servicios Departamentales de Salud convocarán a las Cajas de Salud, ONG y servicios de salud de la Iglesia para que se incorporen a esta tarea nacional. Los SEDES proporcionarán vacunas, jeringas y material de registro.

**Artículo quinto.**- Durante la preparación y ejecución de la Campaña, se suspenden todas aquellas actividades que pongan en peligro la implementación de la misma, por otra parte se suspenden también vacaciones y permisos del personal directivo u operativo involucrado en la Campaña.

**Artículo sexto.**- Los SEDES que no alcancen la meta del 95% de vacunación antisarampionosa en niños de 6 meses a menores de 5 años, serán pasibles a sanciones previstas en los compromisos de Gestión.

Quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución los Directores de los Servicios Departamentales de Salud y la Dirección General de Epidemiología.

ARCHIVASE, HAGASE SABER Y REGISTRESE

#### En este número:

¡Bolivia: lucha total contra el sarampión! .....	1	Panamá inicia una "Campaña por la vida" .....	6
El sarampión en Estados Unidos .....	2	Vigilancia de la poliomielitis .....	6
El sarampión en Canadá .....	3	Casos notificados de ciertas enfermedades .....	7
Primeras Damas se reúnen en Canadá .....	4	Premio OPS 1999 a la inmunización .....	8
Vacunas de calidad asegurada .....	5		

# El sarampión en Estados Unidos

Tras la epidemia de sarampión que se propagó por las Américas de 1989 a 1991, se ha acelerado la vacunación antisarampionosa en Estados Unidos, lo cual ha disminuido la incidencia a un nivel sin precedentes en los últimos seis años. La aceleración de la vacunación en otros países miembros de la OPS también ha contribuido considerablemente a la reducción de la incidencia del sarampión en Estados Unidos, que comparte la meta adoptada por la OPS de eliminar el sarampión para el año 2000. Estados Unidos se ha fijado la meta de eliminar el sarampión como enfermedad autóctona (o sea, cortar la cadena continua de transmisión autóctona del sarampión). Se prevé la persistencia de una transmisión autóctona limitada como consecuencia de los casos importados.

La estrategia de Estados Unidos para eliminar el sarampión tiene cuatro componentes: 1) aumentar al máximo la inmunidad de la población administrando la primera dosis de vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola oportunamente (entre los 12 y los 15 meses de edad) y la segunda cuando los niños ingresan a la escuela, 2) garantizar una vigilancia adecuada, 3) responder a los brotes con rapidez y 4) colaborar con otros países para mejorar el control del sarampión.

Desde 1996, la cobertura de los niños de 2 años con la primera dosis de vacuna antisarampionosa ha sido del 90%. La cobertura de los escolares con la primera dosis excede del 97% debido a que en las escuelas se exige la vacunación desde hace tiempo. Los requisitos escolares en los distintos estados se han modificado gradualmente a fin de incluir la obligatoriedad de dos dosis de vacuna contra el sarampión. En el año escolar 1998-1999, la obligatoriedad de recibir dos dosis de vacuna antisarampionosa se aplicó al 57% de los escolares de Estados Unidos (se recomiendan dos dosis para todos los escolares).

La sensibilidad del sistema de vigilancia del sarampión en Estados Unidos se manifiesta en su capacidad para detectar constantemente casos de sarampión importados de otros países. Además de la rápida detección de casos y la prevención de su propagación, el sistema de vigilancia vincula casos a virus importados de otros países. Los casos importados de otros países, los casos vinculados epidemiológicamente a casos importados y los casos de virus importados (casos de una cadena de transmisión de los cuales se aísla una cepa de virus de sarampión pero en los cuales no se detecta un vínculo con un caso importado de otro país) son considerados como casos asociados a importaciones. De los 100 casos notificados en 1998, la cifra más baja hasta el momento, 26

fueron importados de otros países, 45 estuvieron asociados a importaciones y 29 no estuvieron asociados a importaciones. La proporción de casos no asociados a importaciones ha disminuido del 85% en 1995 al 72% en 1996, al 41% en 1997 y al 29% en 1998.

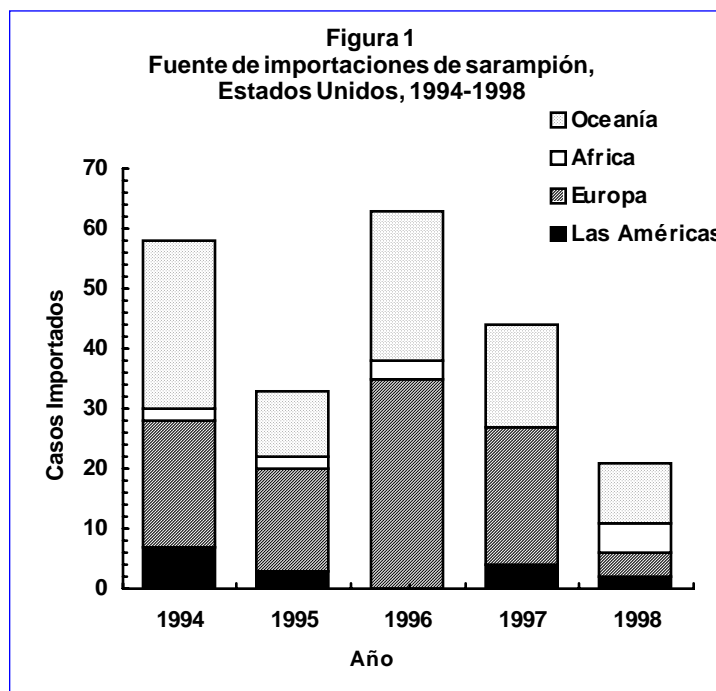
Los 26 casos importados de otros países notificados en 1998 representan la cantidad más baja de casos importados desde que se comenzó a llevar un registro en 1983. Los casos importados de las Américas siguieron siendo pocos: uno de Argentina y otro de Canadá. Los casos importados de Europa y Asia disminuyeron en comparación con los cuatro años anteriores (figura 1). De los 26 casos, 14 correspondieron a visitantes de otros países y 12 a residentes de Estados Unidos expuestos al sarampión durante viajes al exterior.

La determinación de la secuencia del genoma de muestras virales en 1998 permitió clasificar el genotipo de las cepas del virus de sarampión de siete cadenas de transmisión. Las cepas de virus aislados de casos de Nueva York, Vermont, California, Massachusetts y Washington coincidían con los genotipos virales de los países con los cuales existía un vínculo epidemiológico (Alemania, Chipre, Japón, China y Croacia, respectivamente). Se aisló un virus de sarampión de un brote en Indiana, pero no se disponía de información sobre el

genotipo del virus de Zimbabwe, país de origen del caso importado. El virus de sarampión aislado del brote de Alaska era idéntico al que estaba circulando en Japón, país de origen del caso importado que se produjo cuatro semanas antes del brote, pero no se descubrió un vínculo epidemiológico definitivo entre el caso importado y el brote.

En 1998, 28 estados y el Distrito de Columbia no notificaron ningún caso confirmado de sarampión, en comparación con 21 estados en 1997. En ocho estados se concentraron 82% de los casos: Alaska (33), Arizona (11), Michigan (10), California (9), Nueva Jersey (8), Nueva York (4), Pensilvania (4) e Indiana (3). En los 14 estados restantes se notificaron dos casos como máximo. Durante 35 semanas, incluidas 21 semanas consecutivas (semanas 24 a 44), todos los casos notificados estuvieron asociados a importaciones (figura 2).

La distribución según la edad y los antecedentes de vacunación de los estadounidenses que contrajeron sarampión eran diferentes de los de los visitantes de otros países. La mayoría de los residentes de Estados Unidos con sarampión (53%) habían recibido una o más dosis de vacuna anti-sarampionosa, en comparación con 14% de los visitantes de otros países.



En 1998 se notificaron seis brotes de sarampión ( $\geq 3$  casos vinculados), la cantidad más baja notificada hasta ahora a los CDC. Los 65 casos de sarampión notificados de estos seis brotes representaron el 65% de todos los casos notificados en 1998. El brote más grande desde 1996 se produjo en una escuela secundaria de Anchorage (Alaska), donde no se exigía que los alumnos recibieran dos dosis de vacuna antisarampionosa (30 de los 33 casos habían recibido una dosis). El brote duró 15 semanas. Cuando comenzó, se exigió a todos los estudiantes de Alaska que recibieran dos dosis de vacuna contra el sarampión. Tres brotes (Arizona, Indiana y Pensilvania) estaban vinculados epidemiológicamente a un caso de sarampión, y dos brotes (Michigan y Nueva Jersey) no estuvieron asociados a importaciones.

Los datos provisionales para 1999 muestran 73 casos confirmados de sarampión notificados por 15 estados a la semana 41 (16 de octubre), en comparación con 76 casos durante el mismo período en 1998. De estos casos notificados provisionalmente, 23 (32%) eran casos importados de otros países, 20 (27%) estaban asociados a importaciones y 30 (41%) no estaban asociados a importaciones. Actualmente se están investigando 10 casos. De los nueve brotes notificados hasta la fecha para 1999, seis tenían una fuente internacional. El brote más grande se produjo en Virginia, con un total provisional de nueve casos.

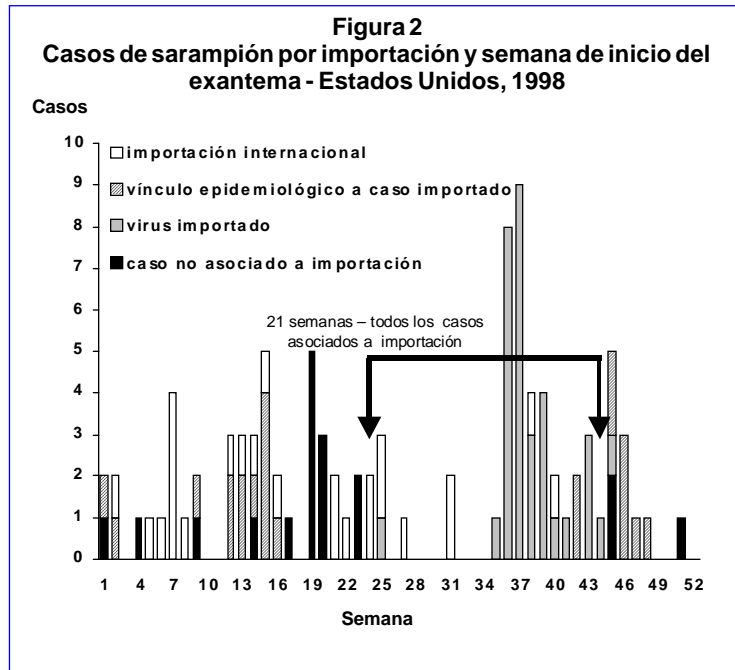
**Nota de la Redacción:** Los datos epidemiológicos para 1998 indican que el sarampión ya no es una enfermedad

autóctona en Estados Unidos. La mayoría de los casos notificados en 1998 estuvieron asociados a importaciones, entre ellos las cadenas cortas de transmisión autóctona de sarampión que se produjeron tras la importación de sarampión de otros países.

Los casos que no estaban asociados a importaciones no fueron suficientes como para constituir una cadena autóctona continua de transmisión del sarampión. Algunos casos podrían propagarse a partir de casos importados que no se detectan. La detección de casos importados es difícil, ya que a veces los visitantes extranjeros que tienen sarampión se van antes de la aparición del exantema o antes de ir al médico. Incluso cuando se detecta un caso importado, es difícil detectar todos los casos de la cadena de transmisión, como se vio en el brote de Alaska. Eso subraya la necesidad de obtener muestras virales de cada cadena de transmisión a fin de complementar la información epidemiológica. Estados Unidos parece haber eliminado el sarampión como enfermedad autóctona. La alta cobertura de vacunación y la firme vigilancia siguen siendo fundamentales para prevenir

que los casos importados de otros países causen un resurgimiento del sarampión en Estados Unidos.

Fuente: Dr. Mark Papania, Jefe Interino, Sección de Sarampión, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y *Epidemiology of Measles – United States*, 1998, MMWR, 3 de septiembre de 1999, Vol. 48, No. 34, páginas 749-753.



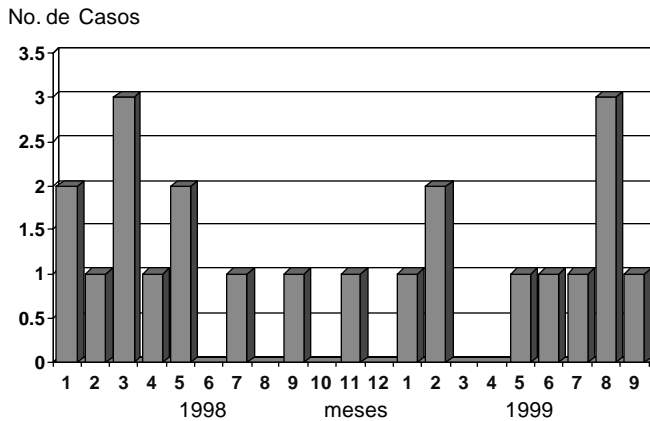
## El sarampión en Canadá

El Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades (LCDC), del Ministerio de Salud de Canadá, en colaboración con las autoridades de salud pública provinciales y territoriales, ha introducido un sistema reforzado de vigilancia para detectar el sarampión con mayor rapidez, a fin de alcanzar la meta de su eliminación. Todos los casos de sarampión, confirmados o clínicos (según la definición estándar de casos), son notificados electrónicamente por los departamentos de salud provinciales y territoriales al LCDC semanalmente. Se hace todo lo posible para investigar más a fondo todos los casos usando un protocolo elaborado por el Grupo Nacional para la Eliminación del Sarampión en Canadá (WGMEC). La figura 1 muestra los casos notificados de sarampión en Canadá, por mes, para 1998 y 1999 (hasta septiembre).

En 1998 se notificó un total de 12 casos esporádicos confirmados en laboratorio, la cifra anual más baja registrada en Canadá, en comparación con 581 casos notificados en

1997 y con los 300.000 a 400.000 casos que se producían anualmente antes que se descubriera la vacuna. En los 12 casos notificados se confirmó en laboratorio la presencia de anticuerpos IgM contra el sarampión, lo cual fue verificado por el WGMEC. Los enfermos tenían de 9 meses a 33 años de edad, con una mediana de 5 años. Dos casos fueron hospitalizados. Se conocían los antecedentes de vacunación de nueve de los casos: siete habían recibido por lo menos una dosis de vacuna antisarampionosa, y dos no habían recibido ninguna (uno debido a una contraindicación médica y el otro debido a una oportunidad perdida por vacunación). De los siete casos vacunados, dos habían sido vacunados *antes de cumplir 1 año* (mientras vivían fuera de Canadá), cuatro habían recibido una dosis y uno había recibido dos dosis. Cinco (42%) de los casos confirmados habían estado expuestos al sarampión fuera de Canadá (en las Bahamas, Pakistán, Uganda y Estados Unidos).

**Figura 1**  
**Casos notificados por mes**  
**Canadá, 1998-1999 (hasta septiembre)**



En 1999, hasta el 1 de octubre, se había notificado un total *provisional* de 10 casos confirmados: 7 confirmados en laboratorio y 3 vinculados epidemiológicamente a un caso confirmado en laboratorio en Canadá. Nueve casos eran residentes de Canadá, y uno (el caso índice) era un visitante de 20 años, proveniente de los Países Bajos, que no había sido vacunado. Este caso, vinculado epidemiológicamente a un brote en los Países Bajos en junio de 1999, se produjo mientras visitaba parientes en Canadá. En la familia anfitriona se notificaron tres casos secundarios (una hermana de 21 años del caso índice y sus dos niños, de 23 meses y 11 meses). Ninguno de ellos había sido vacunado, y todos pertenecían a una comunidad que se niega a vacunarse por motivos religiosos. Siete de los 10 casos habían estado expuestos al sarampión fuera de Canadá (India, Indonesia, Japón, Países Bajos, Pakistán y Filipinas). Cinco eran lactantes de menos de 1 año que todavía no podían ser vacunados contra el sarampión en Canadá.

**Editorial:** En 1995, el Comité Asesor Nacional sobre

Inmunización reafirmó su compromiso con la meta de la eliminación del sarampión, compartida por todos los países de las Américas. Posteriormente, el Ministerio de Salud de Canadá, en colaboración con los gobiernos provinciales y territoriales, promovió una campaña masiva de puesta al día con la vacunación, seguida de la administración de rutina de dos dosis. Eso se hizo en 1996 y 1997. La campaña estaba dirigida al 90% de los escolares (5 millones) de Canadá, y alrededor de 4 millones de niños han recibido la segunda dosis.

La experiencia de Canadá con el sarampión durante los dos últimos años indica que el programa de vacunación de todos los niños con dos dosis y el programa de puesta al día con la vacunación introducido en 1996 y 1997 influyeron mucho en la disminución de la incidencia del sarampión y en la interrupción de la transmisión del virus en la población canadiense. La mayoría de los casos notificados en Canadá desde 1998 han sido importados o relacionados con importaciones.

No cabe duda de que este logro se debe al esfuerzo constante, la vigilancia y el compromiso de los responsables de los servicios de salud y de la salud pública de Canadá de aumentar la cobertura de vacunación de los niños. Además, la tarea de eliminación del sarampión cuenta con el apoyo de un sistema reforzado de vigilancia, el seguimiento epidemiológico activo de casos y contactos y servicios de laboratorio, entre ellos no sólo la confirmación del diagnóstico, sino también, en la medida de lo posible, la caracterización molecular de los aislamientos de virus.

La proporción de la población canadiense que no se vacuna por motivos religiosos, médicos o filosóficos es muy pequeña (1%).

*Fuente:* Dr. Paul Varughese, División de Inmunización, Sección de Enfermedades Infecciosas, Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades (LCDC), Ministerio de Salud de Canadá.

## Primeras Damas se reúnen en Canadá

Las esposas de jefes de Estado y de gobierno de las Américas, acompañadas de delegaciones gubernamentales, se reunieron en Ottawa del 29 de septiembre al 1 de octubre de 1999 en la Novena Conferencia de Primeras Damas de las Américas, cuyo lema fue *Mujeres de las Américas: agentes del progreso*. Estas conferencias se iniciaron en 1980, con una reunión de primeras damas de América Central para intercambiar experiencias y establecer mecanismos de acción y cooperación. Para 1991, en Venezuela, las conferencias ya eran un encuentro anual, y en 1994 se convirtieron en una reunión continental con la participación de Canadá y Estados Unidos.

En la Declaración de Ottawa, las primeras damas reafirmaron su voluntad y determinación de contribuir al bienestar de los pueblos de las Américas. Señalaron que, en vista del consenso mundial y hemisférico sobre las metas de desarrollo social, el momento era propicio para perseguir y afianzar estas metas, dando prioridad a los grupos humanos que más apoyo necesitan y a los problemas y servicios sociales que requieren más atención.

En el octavo párrafo de la Declaración, las primeras damas hacen referencia a la iniciativa regional para erradicar la transmisión autóctona del virus del sarampión para el año 2000: "Continuamos esforzándonos para promover una mejor salud, a través de medidas preventivas, la reducción de la violencia, y una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud. Elogiamos el logro de aquellos países que han eliminado con éxito el sarampión y otras enfermedades prevenibles dentro de sus fronteras, y alentamos los esfuerzos continuos de los demás para alcanzar nuestra meta final de erradicar el sarampión en las Américas para el año 2000".

*Declaración de Ottawa - 29 de septiembre a 1 de octubre de 1999, Ottawa.*

# Vacunas de calidad asegurada

Una de las prioridades de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS es apoyar la creación y el fortalecimiento de autoridades regulatorias nacionales en toda la Región.

Todos los países deberían tener una autoridad regulatoria nacional que pueda a) ocuparse del registro y la licencia de todos los productos biológicos importados y nacionales, b) realizar la vigilancia post-registro, c) encargarse del control y la liberación de cada lote de vacuna utilizado en el país, incluidos los que se usen en los programas nacionales de vacunación, d) tener acceso a un laboratorio de control certificado en los casos que requieran una evaluación analítica, e) inspeccionar los laboratorios productores de vacunas y los distribuidores de vacunas importadas, y f) evaluar y dar seguimiento a la preparación y ejecución de estudios clínicos. Estas funciones son fundamentales ya que en una sola jornada nacional de vacunación se puede administrar el mismo lote de vacunas a varios cientos de miles de niños. La experiencia en las Américas ha mostrado también que el desempeño adecuado de las funciones de las autoridades regulatorias nacionales está estrechamente relacionado con la existencia de leyes que apoyen sus actividades y con la aplicación de dichas leyes a los laboratorios productores de vacunas y los distribuidores.

A continuación se presenta una lista de actividades recientes coordinadas por la OPS en la Región:

- **Primer Curso Internacional para el Registro y liberación de vacunas en Países no Productores**, 3 a 7 de mayo, La Habana.
- **Primer Curso Internacional de Buenas Prácticas de Manufactura para Países no Productores de Vacunas**, 10 a 15 de mayo, La Habana.
- **Registro y liberación de lotes de vacunas:** se creó un software llamado LIBLOTES y se distribuyó a los países de la Región para facilitar el registro de datos de cada lote de vacunas utilizado en la Región y mejorar el intercambio de información entre países.
- **Armonización de actividades regulatorias:** se está trabajando para recopilar información sobre actividades regulatorias en toda la Región, a fin de elaborar un resumen de requisitos y procedimientos que facilite la armonización de los requisitos y las funciones regulatorias.

## Laboratorios Nacionales de Control

Una de las metas de la Red Regional de Laboratorios de Control de Calidad de Vacunas es garantizar la calidad de las vacunas que se usan en los programas nacionales de vacunación. Con ese fin, la Red lleva a cabo las siguientes actividades, entre otras:

- **Programa para el establecimiento y la distribución de patrones regionales para las vacunas:** a fin de determinar la potencia de una vacuna y la validez de las pruebas, en cuanto a garantía de calidad, es importante que todos los

laboratorios de control de calidad cuenten con vacunas de referencia. Uno de los principales objetivos de la Red es establecer e implantar patrones de referencia para la vacuna contra la tos ferina, la cepa patrón de prueba de *Bordetella pertussis*, la antitoxina tetánica, la antitoxina diftérica, la vacuna BCG, la vacuna recombinante contra la hepatitis B, la vacuna antipoliomielítica y la vacuna contra la rabia, entre otras. Estos patrones están disponibles para los laboratorios nacionales de control de calidad y los laboratorios productores de vacunas. Los laboratorios productores deben enviar sus pedidos por medio de las entidades regulatorias nacionales. Dentro de poco estarán disponibles los patrones para las vacunas contra el sarampión y la fiebre amarilla, en cuanto concluyan los estudios en colaboración en curso.

- **Acreditación de Laboratorios Nacionales de Control de Calidad de Vacunas:** garantiza la disponibilidad de laboratorios de referencia en la Región que pueda realizar pruebas de control de calidad, que son fundamentales cuando hay problemas en la cadena de frío, por ejemplo. Por medio de esta iniciativa se pueden determinar la capacidad de un laboratorio de conformidad con los requisitos internacionales. Los Laboratorios Nacionales de Control o los laboratorios designados pueden solicitar a la OPS su acreditación tras la aprobación de sus respectivas autoridades regulatorias nacionales. En la evaluación, un grupo de expertos analiza todos los aspectos relacionados con el control de calidad de las vacunas, abarcando la organización y estructura del laboratorio, sus instalaciones y equipo, documentos técnicos, el personal y otros aspectos relacionados con el sistema de control de calidad.
- **Aplicación de técnicas *in vitro* en el control de calidad de las vacunas:** los métodos tradicionales de análisis de vacunas hacen uso intensivo de animales de laboratorio. Estos métodos tienen varias desventajas, entre ellas la variabilidad biológica, que influye en los resultados, así como el tiempo y el costo de los análisis y la preocupación que suscitan en los grupos de protección de los animales a nivel local e internacional y en la población en general. El desarrollo y la aplicación de técnicas *in vitro* mediante la utilización de cultivos celulares o ensayos inmunoquímicos ofrecen una alternativa. En abril se realizó un taller sobre técnicas *in vitro* para determinar la potencia de vacunas contra la difteria y el tétanos y sus combinaciones en los Laboratorios de Salud Pública de los Países Bajos (RIVM), con la participación de Brasil, Chile, Cuba, México y Venezuela. De este taller surgió un estudio en colaboración que concluirá en diciembre y que podría proporcionar los datos necesarios a fin de utilizar técnicas *in vitro* para pruebas de control de rutina de la vacuna antitetánica, DT y sus combinaciones con la vacuna contra la tos ferina (DTP) u otros antígenos.

# Panamá inicia una “Campaña por la Vida”



El 9 de octubre de 1999 se realizó en Panamá una campaña nacional de vacunación, y se harán dos más, una en diciembre de 1999 y otra en febrero de 2000. Estas campañas, cuyo lema es *Immunización: campaña por la vida*, están dirigidas a los niños menores de 5 años (y población blanco: 80,000 niños) a las mujeres en edad fértil de todos los distritos que notifican una cobertura de vacunación inferior al 95%. La campaña de octubre fue inaugurada por Mireya Moscoso, Presidenta de Panamá (sentada en el centro); Juan Jované, Director General de la Caja de Seguro Social (sentado a su izquierda); el Dr. Ciro de Quadros, Director de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS (sentado a su derecha); y el Dr. José Manuel Terán, Ministro de Salud (con el micrófono).

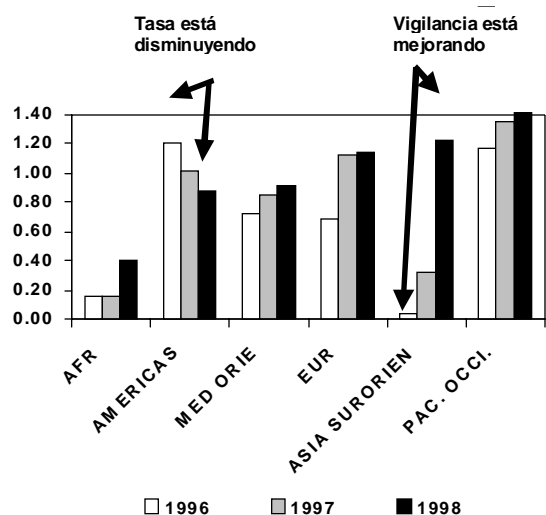
## Vigilancia de la poliomielitis

Del 29 de septiembre al 4 de octubre se celebró la reunión mundial de laboratorios de poliomielitis en la Organización Mundial de la Salud, en Suiza. Entre los temas tratados se encuentran el progreso en la erradicación de la poliomielitis en el mundo, así como la necesidad de identificar y destruir todos los poliovirus salvajes almacenados en laboratorios de países donde el virus ha dejado de circular. Durante las deliberaciones se señaló también que, aunque la vigilancia de la parálisis flácida aguda estaba mejorando en casi todas las regiones del mundo (véase la figura 1), los indicadores en las

Américas, y especialmente la tasa de PFA por 100.000 niños menores de 15 años, estaban deteriorándose.

En vista de que se necesita un sistema de vigilancia capaz de detectar importaciones de poliovirus salvajes y de que se acerca la fecha de la certificación mundial de la erradicación de la poliomielitis, se hace un llamamiento a todos los responsables de la vigilancia para que tomen las medidas necesarias a fin de garantizar el cumplimiento de todos los indicadores de la vigilancia de la PFA.

**Figura 1**  
Tasa de PFA por Región, 1996-1998



**Indicadores de la vigilancia de la 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 $\geq$ 1:100,000 menores de 15 años
Chile				
Honduras				
Nicaragua				
Perú				
Colombia				
Cuba				
Ecuador				
Panamá				
Venezuela				
Argentina				
CAREC				
El Salvador				
Guatemala				
México				
Bolivia				
Brasil				
Costa Rica				
República Dominicana				
Paraguay				
Uruguay				
Haití				

\* Datos al 9 de Octubre 1999  
Fuente: HVP/OPS (PESS)

# 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 1998		Confir- mados* 1998		No Neonatal		Neonatal		1999	1998	1999	1998		
		Labo- ratorio	Clinica- mente			1999	1998	1999	1998						
Anguilla	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Antigua & Barbuda	4-Sep	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		
Argentina	4-Sep	186	...	186	4.396	0	0	6	17	1	0	0	2	395	549
Bahamas	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belice	4-Sep	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Bermuda	4-Sep	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Bolivia	4-Sep	879	7	886	254	0	0	1	5	1	7	1	5	6	30
Brasil	4-Sep	174	285	459	1.324	0	0	...	...	...	...	117	139	644	1.030
Islas Virgenes Británicas	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	4-Sep	9	0	9	11	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Caimán	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Chile	4-Sep	29	0	29	6	0	0	14	15	1	0	0	0	1.781	2.482
Colombia	4-Sep	10	25	35	50	0	0	6	5	14	13	0	2	211	191
Costa Rica	4-Sep	0	61	61	0	0	0	1	0	0	0	0	0	18	1
Cuba	4-Sep	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Dominica	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	4-Sep	111	2	113	2	0	0	17	5	1	0	12	10	13	13
Ecuador	4-Sep	0	0	0	0	0	0	25	15	6	18	2	19	150	174
El Salvador	4-Sep	0	0	0	0	0	0	5	12	1	0	0	0	4	4
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0
Guadeloupe	4-Sep	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	4-Sep	0	0	0	1	0	0	6	1	1	5	0	0	200	64
Guyana	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	4-Sep	0	0	0	3	0	0	...	...	11	11	4	0	18	4
Honduras	4-Sep	0	0	0	0	0	0	6	11	0	3	0	0	19	35
Jamaica	4-Sep	0	0	0	1	0	0	5	6	0	1	0	0	8	0
Martinique	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	4-Sep	0	0	0	0	0	0	82	123	6	21	...	...	45	182
Montserrat	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	4-Sep	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	11	0
Panamá	4-Sep	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	0	0	119	69
Paraguay	4-Sep	0	0	0	22	0	0	11	13	6	11	0	0	16	21
Perú	4-Sep	0	2	2	2	0	0	53	71	12	14	3	2	963	1.772
Puerto Rico	4-Sep	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	4-Sep	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Cristóbal/Nieves	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	4-Sep	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0	0	1
Turcas y Caicos	4-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	4-Sep	56	—	56	47	0	0	20	28	...	...	2	2	3.537	3.892
Uruguay	4-Sep	34	0	34	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Venezuela	4-Sep	0	0	0	4	0	0	10	14	0	2	0	0	197	473
<b>TOTAL</b>		<b>1.488</b>	<b>382</b>	<b>1.870</b>	<b>6.124</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>285</b>	<b>356</b>	<b>62</b>	<b>106</b>	<b>141</b>	<b>181</b>	<b>8.367</b>	<b>10.988</b>

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

\* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

# Premio OPS 1999 a la inmunización

El Dr. Miguel Ángel Galindo Sardiñas, jefe del Programa Nacional de Inmunización del Ministerio de Salud de Cuba desde 1981, es la cuarta persona galardonada con el Premio OPS a la inmunización, que se entrega en homenaje a las contribuciones técnicas sobresalientes a un programa nacional de inmunización y a los esfuerzos de un país para controlar y eliminar enfermedades inmunoprevenibles. El premio consiste en un certificado y US\$2.000. Se recibieron candidaturas de cinco países.

El Premio OPS a la inmunización fue creado en 1993, tras la adjudicación del Premio Príncipe Mahidol al Dr. Ciro de Quadros, Director de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS, por su contribución a la erradicación de la poliomielitis de las Américas en 1991, la primera región del mundo en alcanzar esta meta. La OPS aportó fondos de contrapartida de una parte del componente monetario del Premio Príncipe Mahidol a fin de crear un premio anual a la inmunización. El Dr. Galindo fue seleccionado por un comité formado por el Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por la Vacunación.

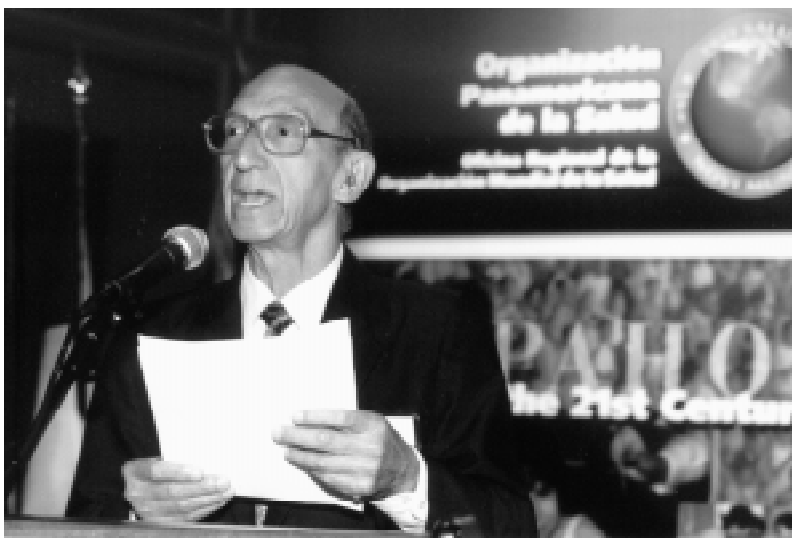
El Dr. Galindo ha dedicado 37 años de su carrera profesional al desarrollo de programas de vacunación en Cuba. Durante ese período dirigió la ejecución de 48 campañas nacionales de vacunación. El Dr. Galindo desarrolló el programa de Cuba para erradicar el sarampión, la rubéola y la

parotiditis en 1988, meta que se alcanzó en sólo siete años. Cuba es el único país del mundo que ha logrado semejante triunfo. Para 1989, Cuba ya había eliminado dos complicaciones graves: el síndrome de rubéola congénita de rubéola y la meningoencefalitis, en tanto que el tétanos y la tos ferina, otras dos enfermedades inmunoprevenibles, han llegado a

un nivel en el cual han dejado de constituir problemas de salud pública. Bajo su liderazgo, la morbilidad y mortalidad por meningitis meningocócica tipo B se han reducido al 94% y 98%, respectivamente, y la morbilidad por hepatitis B ha disminuido el 97% en los menores de 15 años. Actualmente, más de 95% de los niños cubanos menores de 2 años están protegidos contra 12 enfermedades prevenibles con la vacunación. El Dr. Galindo está trabajando con las autoridades de salud provinciales en la ejecución

de un plan de su autoría de lucha contra *Haemophilus influenzae* tipo B.

El Dr. Galindo forma parte del Grupo de Expertos en Vacunas de Cuba, y el Ministerio lo designó para que encabece el Grupo Técnico Asesor del país sobre prácticas de vacunación. Durante su distinguida carrera en el campo de la salud pública, el Dr. Galindo ha recibido numerosos premios, entre ellos el premio anual de 1998 a la excelencia en el campo de la salud y un premio de la Sociedad Cubana de Higiene y Epidemiología.



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