

# Boletín Informativo PAI

## Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXII, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 2000

### Últimas noticias: brote de sarampión en Haití

En 1994 concluyó en Haití una campaña nacional de *puesta al día* con la vacunación contra el sarampión, en la cual se calcula que se alcanzó una cobertura de más del 95% de los niños de 9 meses a 14 años. Tras esta campaña, Haití permaneció libre de sarampión durante seis años, pero durante ese período la cobertura de la vacunación de rutina fue baja. En consecuencia, se acumuló más de un millón de menores de 5 años susceptibles, con lo cual Haití corría el riesgo de sufrir otra epidemia de sarampión. En 1999 se realizó una campaña de vacunación de *seguimiento*, que no logró llegar a la mayoría de los niños de la población objetivo.

#### El brote

El 8 de marzo de 2000 comenzó una epidemia en la ciudad provincial de Gonaïves, departamento de Artibonite. De allí, la epidemia se propagó a 22 de las 133 comunas de Haití, incluidas las cinco que componen la zona metropolitana de la capital, Puerto Príncipe. Para el 28 de octubre de 2000, el sistema de vigilancia pasiva había notificado 596 casos sospechosos, de los cuales 467 han sido confirmados como sarampión (454 en laboratorio y 13 clínicamente). En las últimas cuatro semanas se notificaron casos en 10 comunas (8%), mientras que 14 comunas (11%) notificaron casos en las últimas 12 semanas.

Ahora la epidemia se concentra en Puerto Príncipe, donde se encuentran 82 (92%) de los 89 casos confirmados que fueron notificados en el país en las últimas cuatro semanas. Los índices de ataque según la edad han sido

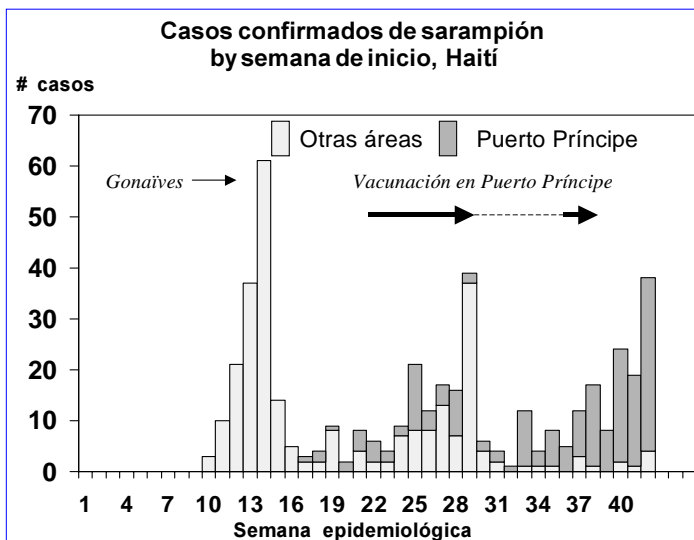
mayores en los niños de 1 a 4 años (31 por 100.000) y los lactantes de 6 a 12 meses (29 por 100.000). Los índices correspondientes a los niños de estas edades son más del doble del índice de los niños de 5 a 9 años (13 por 100.000), grupo comprendido en la campaña anterior de *puesta al día* con la vacunación. El índice de ataque para los niños de 10 a 14 años fue de 3 por 100.000. De los 196 casos confirmados de sarampión de Puerto Príncipe, se saben los antecedentes de vacunación de 81 (31%). De ellos, 21 (25%) dijeron que habían sido vacunados contra el sarampión.

#### Respuesta inicial a la epidemia

El 2 de abril se inició en Gonaïves una campaña de vacunación contra el sarampión casa por casa, dirigida a todos los niños de 6 meses a 14 años, que concluyó el 24 de abril. La cobertura fue superior al 95%. En otras ciudades del departamento de Artibonite también se realizaron campañas de vacunación similares, casa por casa. Dentro de las dos semanas siguientes a estas

campañas se acabó la epidemia. A pesar de la búsqueda activa de casos en las ciudades principales de Artibonite, no se han notificado más casos desde el 18 de agosto de 2000.

Sin embargo, en la zona metropolitana de Puerto Príncipe la campaña de vacunación contra el sarampión fue más prolongada. Comenzó a fines de mayo, con la vacunación de niños en las escuelas, y siguió hasta fines de julio casa por casa. Tras una interrupción causada por barreras administrativas, la vacunación se reanudó en las cuatro



Fuente: Ministerio de Salud, Haití  
(Fechas de inicio hasta 21 de octubre, 2000)

#### En este número:

Últimas noticias: brote de sarampión en Haití .....	1
Brote de sarampión en Venezuela .....	2
XIV Reunión del Grupo Técnico Asesor .....	3

Casos notificados de ciertas enfermedades .....	7
Hacia la Erradicación Mundial del Sarampión .....	8

comunas a fines de agosto, y para principios de septiembre la campaña había pasado por todos los barrios de la ciudad, pero había llegado solamente a un 82% de la población objetivo de 1,2 millones de niños. Continuaron notificándose casos en las cinco comunas de la ciudad en septiembre y octubre, especialmente en lugares donde la cobertura de vacunación era baja.

*Fuente:* Fernando Laender, James Dobbins, Jean André, Salvador García, Arthur Marx, Linda Venczel.

**Nota de la Redacción:** A fin de parar la epidemia se ha planeado la vacunación indiscriminada de todos los niños, aunque ya estén vacunados, en las zonas de alto riesgo (con casos confirmados recientemente o baja cobertura de vacunación comprobada durante el seguimiento casa por casa) de Puerto Príncipe. Es indispensable mejorar la *calidad* de la campaña de vacunación en estas zonas, proporcionando una buena capacitación a los supervisores, vacunadores y coordinadores, a fin de lograr una cobertura del 95% como mínimo.

La OPS recomienda las siguientes medidas para garantizar la buena calidad de la vacunación:

- Capacitación de todos los vacunadores, supervisores primarios y secundarios y coordinadores de zona, dedicando medio día al examen de formularios, el marcado de viviendas, la bioseguridad y técnicas, seguido de dos

días completos dedicados al tema de la vacunación en el terreno, el seguimiento de la cobertura y la corrección de errores.

- Uso de un supervisor primario por cada cinco vacunadores, un supervisor secundario por cada tres o cuatro supervisores primarios y un coordinador para cada municipio.
- El propósito principal de cada nivel de supervisión es validar la cobertura mediante el seguimiento diario, pasando vacunadores a otras zonas sólo cuando se alcance una cobertura del 95% como mínimo, y cerciorarse de que se mantenga el suministro continuo de productos biológicos y otros materiales necesarios.

La mejora de la *movilización social* a nivel nacional y local, la intensificación de la vigilancia activa de casos nuevos y la investigación oportuna y completa de los casos sospechosos también serán fundamentales para controlar este brote. Además de una mayor participación de la OPS y otros organismos internacionales, es necesario asignar más personal nacional *exclusivamente* a la campaña.

La máxima prioridad nacional es concluir la vacunación de por lo menos 95% de los niños de Puerto Príncipe, donde se encuentra casi un tercio de la población objetivo y donde se han encontrado casi todos los casos nuevos de sarampión. La plena aplicación de estas estrategias llevará a la eliminación de la transmisión del sarampión en Haití.

## Brote de sarampión en Venezuela

Se han producido cuatro brotes de sarampión en una región del noroeste de Venezuela que limita con La Guajira colombiana. Al 2 de noviembre, el total de casos confirmados era 17, de los cuales 16 fueron confirmados en laboratorio y uno sobre la base de sus vínculos epidemiológicos. Con la búsqueda activa de casos, tanto en Venezuela como en ciudades cercanas de Colombia, todavía no se ha logrado detectar la fuente de la infección. A continuación se presentan informes preliminares resumidos de los brotes. Hasta la fecha de este informe no se había encontrado vínculos epidemiológicos entre los cuatro brotes.

### • Ciudad de Maracaibo

**Brote 1:** Se notificaron seis casos en una familia del distrito de Cacique Mara. Los casos tienen de 10 meses a 2 años de edad. Uno solo estaba vacunado. Estos niños pasaban la mayor parte del día en la casa de la abuela. Uno de ellos vive en el distrito de Raúl

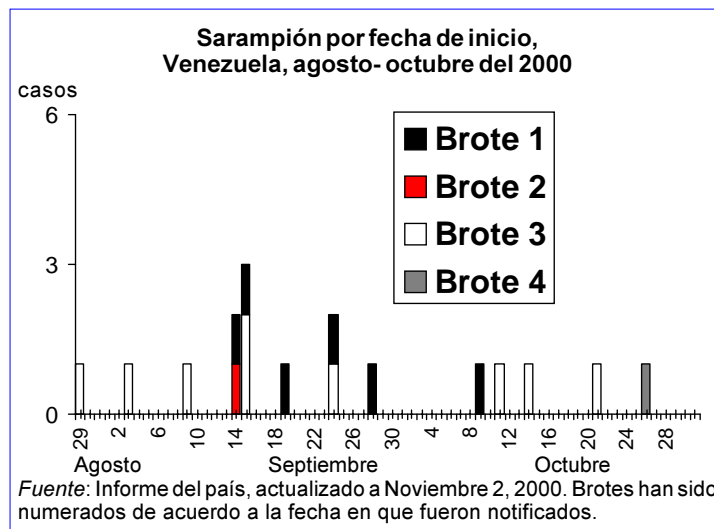
Leoni, pero tiene contacto frecuente con los otros. El inicio del exantema en el último caso se produjo el 9 de octubre y el 14 y 15 de septiembre en los tres primeros, lo cual indica una fuente de infección común a esos tres casos. Todavía no se ha encontrado un caso índice.

**Brote 2:** Se notificó un solo caso, correspondiente a un niño de 10 meses, sin vacunar, del distrito de Manuel Dagnino. En este paciente, el exantema se inició el 13 de septiembre. Tampoco se ha encontrado un caso índice.

- **Localidad de Mara** (distrito de La Sierrita, aproximadamente a 40 kilómetros al oeste de Maracaibo, en las proximidades de la región colombiana de La Guajira)

**Brote 3:** Se han notificado nueve casos, de 11 meses a 21 años, en una familia y sus contactos. Seis de ellos no habían sido vacunados, dos estaban vacunados y no se sabe si el otro estaba vacunado. El exantema se inició el 14 de octubre en el último caso y el 29 de agosto y el 3 de septiembre en los dos primeros. No se ha encontrado un caso índice.

**Brote 4:** Se ha notificado un solo caso, de un niño de 2 años, vacunado, cuya madre tiene un negocio. El exantema se inició el 26 de octubre. No se ha encontrado un caso índice.



# XIV Reunión del Grupo Técnico Asesor

La decimocuarta reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Vacunas Prevenibles por Vacunación (GTA) se realizó en Foz do Iguacu, Brasil, octubre 2-5, 2000. El GTA se reúne cada año y representa el foro principal en las Américas para el debate y promoción de iniciativas regionales dirigidas al control y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación. A continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones del Informe Final.

## • Erradicación del sarampión

El GTA reconoció los esfuerzos de los países de las Américas en reducir significativamente la carga de la enfermedad del sarampión en la Región. La mayoría de los países han interrumpido la transmisión del virus como resultado de su utilización de la estrategia recomendada por la OPS para erradicar el sarampión. En estos momentos, el número de casos confirmados de la enfermedad es muy bajo y actualmente afecta solamente 53 de aproximadamente 12.000 municipios. El GTA también reconoció el progreso llevado a cabo a nivel global en el control acelerado del sarampión. Estos esfuerzos complementarán y facilitarán el trabajo llevado a cabo en las Américas.

Haití y República Dominicana son de especial preocupación. A pesar de los esfuerzos repetidos de vacunación, ambos países han tenido problemas para detener la transmisión del virus. Estos problemas incluyen: fallas en la ejecución de la estrategia de erradicación en su totalidad, insuficiente supervisión de las campañas de vacunación, monitoreo inadecuado y tardío de las coberturas de vacunación y severos obstáculos logísticos. Como resultado, muchos municipios fallaron en alcanzar la meta de  $\geq 95\%$  de cobertura con la vacuna antisarampionosa, permitiendo así el acumulo de susceptibles en la población. Las tasas de ataque más altas fueron niños menores de 5 años. La mayoría de los casos han ocurrido en niños no vacunados que residen en áreas ya

vacunadas y con una cobertura reportada de  $\geq 95\%$ . Un monitoreo casa a casa de las áreas vacunadas con inadecuada supervisión revelaron coberturas de vacunación insuficientes.

## Recomendaciones

### Estrategias de Vacunación

1. Luego de la ejecución de campañas de vacunación masivas para niños entre los 1-14 años (*puesta al día*), el GTA reafirmó la aplicación de los otros componentes de la estrategia para alcanzar, mantener y monitorear la interrupción de la transmisión endémica del sarampión en la Región: (a) inmunización de rutina de niños de 1 año de edad (*mantenimiento*); y (b) campañas complementarias de vacunación dirigidas a todos los niños de 1-4 años, independientemente de su historia vacunal, y al menos cada cuatro años (*seguimiento*).
2. Es necesario alcanzar y verificar un  $\geq 95\%$  de cobertura con vacuna antisarampionosa en todos los municipios.
  - Las coberturas de vacunación de rutina deben ser validadas periódicamente ya sea por monitoreo casa a casa, o por la comparación con el número de dosis administradas de DPT1 o BCG. La regularidad de esta actividad es crítica en áreas densamente pobladas.
  - Actividades complementarias de vacunación (barrido) deben ser realizadas en municipios que no alcancen el 95% de cobertura de vacunación. Estas actividades deben incluir la vacunación casa a casa.
  - Los países deben asegurar que todas las campañas sean bien planificadas y con una adecuada supervisión.
  - Las coberturas de vacunación durante todas las actividades extramurales deben ser monitoreadas a través de visitas casa a casa.

## Temas importantes

*Las coberturas nacionales y/o coberturas sobrestimadas han dado una falsa sensación de seguridad en muchos países.*

Las coberturas de vacunación contra el sarampión estimadas en muchos municipios a través de monitoreos de casa a casa o con otros métodos, son siempre sustancialmente por debajo de las coberturas reportadas oficialmente. Además, algunos países se basan solamente en la información obtenida a través de los niveles de coberturas nacionales, fallando así en la identificación de problemas locales de áreas con bajas coberturas.

Las áreas urbanas densamente pobladas presentan problemas especiales ya que son lugares ideales para la transmisión prolongada del sarampión, debido a la rápida acumulación de niños susceptibles y la presencia de trabajadores migrantes procedentes de áreas rurales. Estos grupos poblacionales merecen una atención especial.

*Problemas en la investigación epidemiológica de casos de sarampión*

En algunos países se realiza la investigación de casos en forma deficiente, lo que impide obtener información crítica relacionada con la fuente del brote y retrasa la puesta en marcha de medidas de control. Asimismo, no se hace

seguimiento a las investigaciones, que incluye la identificación de casos adicionales relacionados entre sí. La comunicación rápida entre municipios o jurisdicciones locales, así como entre países no se lleva a cabo en forma regular.

*Grupos especiales de riesgo para adquirir y transmitir sarampión*

La experiencia demuestra que ciertos grupos pueden ser identificados como de alto riesgo. Estos pueden incluir: trabajadores de la salud, personal militar, personas con objeciones filosóficas y culturales a la vacunación, maestros, estudiantes universitarios, trabajadores de la industria del turismo, personas viviendo o trabajando en instituciones tales como prisiones, grandes fábricas, así como adultos jóvenes migrantes del áreas rurales. En bases a un análisis epidemiológico local, se deben establecer planes especiales dirigidos a estos grupos con el fin de reducir el riesgo de transmisión del sarampión.

*Calidad de la vigilancia*

La vigilancia del sarampión necesita ser reforzada en muchos países para asegurar la interrupción de la transmisión del virus. Los países deben tomar medidas correctivas cuando sus indicadores no estén en los niveles adecuados.

3. Asegurar la colaboración, ejecución y monitoría regular de la legislación que requiere la vacunación obligatoria de los niños cuando ingresan a la educación preescolar y escolar.
4. En todos los países se debe utilizar vacunas que contengan sarampión y rubéola (SRP/SR), en la vacunación infantil de rutina. En países con programas de control de la rubéola/SCR, se debe utilizar las vacunas antisarampionosa y contra la rubéola en campañas y actividades de control de brotes.
5. Los países deben llevar a cabo evaluaciones periódicas de sus programas de inmunización, así como de sus sistemas de vigilancia epidemiológica, utilizando las metodologías recomendadas por la OPS.

### **Disponibilidad de la vacuna**

La OPS debe asegurar una cantidad adecuada de vacuna que contenga sarampión (preferiblemente SRP/SR) a ser utilizada en situaciones de emergencia, particularmente dado la demanda creciente de vacunas en el mercado internacional.

### **Vigilancia e investigación de brotes**

1. Se debe disponer de un sistema de vigilancia confiable que sea validado regularmente mediante una búsqueda activa de casos, particularmente en áreas de alto riesgo. Se debe aprovechar cada oportunidad para buscar casos, esto incluye en la vacunación casa por casa, visitas de rutina por el personal de salud, escuelas y a través de estudios epidemiológicos especiales.
2. Los países deben integrar la vigilancia de sarampión y rubéola.
3. Se debe llevar a cabo la investigación adecuada de todos los brotes. Esto incluye la rápida investigación de todos los casos y contactos, identificación de la fuente de infección de todos los casos incluyendo los nexos epidemiológicos, asociados, factores de riesgo y la colecta y procesamiento oportunos de las muestras.
4. Se requiere una gran coordinación entre las unidades de laboratorio y epidemiología en todos los países para asegurar que:
  - Las muestras de suero se obtengan en el primer contacto con el paciente. En un brote en el que se ha confirmado sarampión, no es necesario coleccionar muestras adicionales de suero.
  - Las muestras apropiadas para aislamiento viral (orina y nasofaríngea) se obtengan de cada cadena de transmisión y sean posteriormente referidas a un laboratorio de referencia con capacidad para el aislamiento viral y de ser necesario, para determinar los genotipos virales.
5. Los países deben asegurar que todos los casos pendientes de sarampión tengan una clasificación final dentro de los 30 días.
6. Todos los países deben proveer cada semana los datos que alimentan el Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión (MESS), para monitorear el progreso hacia la meta de erradicación.

### **Criterios para la Interrupción de la transmisión del virus autóctono del sarampión:**

El método principal para asegurar la interrupción de la

transmisión del sarampión es demostrar que el virus ya no está circulando en un país a través de un sistema de vigilancia sensible, así como documentar una alta cobertura de vacunación. La vigilancia virológica con determinación genotípica debe estar disponible. Además, si el virus de sarampión es importado, la transmisión debe ser contenida por acciones de control rápidas y apropiadas.

### **• Rubéola y síndrome de rubéola congénita**

Aunque el síndrome de rubéola congénita (SRC) es ya un problema de salud pública prevenible, el virus de la rubéola continúa circulando libremente en la mayoría de los países de la Región. En la ausencia de planes específicos para controlar la rubéola, es probable que continúen los brotes de esta enfermedad, resultando en casos de SRC que agreguen gran peso a la carga de esta enfermedad en los países.

De los 47 países de las Américas, 42 ya han introducido la vacuna triple viral, mientras que en cinco la introducción se llevará a cabo en el 2001. En 1999, 41 países reportaron alrededor de 60,000 casos de rubéola; cuatro países, México, Venezuela, Argentina y Brasil, sumaron el 86% de los casos. Durante el 2000, los sistemas de vigilancia para el sarampión se ampliaron para incluir rubéola.

### **Recomendaciones**

#### ***Estrategias de Vacunación***

1. Todos los países deben incorporar una vacuna que contenga rubéola (de preferencia SPR/SR) en los programas de vacunación infantil, tanto como parte de la vacunación regular a los 12 meses de edad, como en las campañas de *seguimiento* del sarampión. Además, es necesario realizar esfuerzos dirigidos a reducir el número de mujeres susceptibles en edad fértil. Se pueden usar estrategias como la vacunación en el postparto, vacunación en clínicas de planificación familiar, en escuelas y centro laborales, para proteger a estas mujeres.
2. Los países que deseen prevenir y controlar tanto la rubéola como el SRC deben conducir a corto plazo una campaña masiva única para vacunar tanto a hombres como mujeres de 5 a 39 años de edad con vacuna conteniendo sarampión y rubéola.
3. Se dispone de datos contundentes que documentan la ausencia de cualquier riesgo de la vacuna contra rubéola durante el embarazo. Para las mujeres que hayan sido vacunadas y posteriormente se diagnostique que estaban embarazadas durante la vacunación, no se recomienda el aborto. No es necesario aconsejar a las mujeres que eviten el embarazo después de recibir la vacuna contra la rubéola ya que no hay riesgo conocido de resultados adversos en el feto.

### **Vigilancia y laboratorio**

1. La vigilancia de la rubéola debe ser integrada totalmente con la vigilancia del sarampión. Todos los sueros de casos sospechosos de sarampión con resultados negativos de anticuerpos IgM deben ser procesados contra anticuerpos IgM de rubéola y visceversa.
2. La vigilancia de SRC debe iniciarse en todos los países de las Américas, con el objetivo de detectar casos de SRC en niños menores de un año de edad. Los países deben utilizar la definición de caso para la vigilancia del SRC,



recomendadas por el GTA en la reunión de 1999. No es necesaria la confirmación rutinaria del SRC en niños mayores.

3. Por lo general, una muestra única de suero se considera adecuada para confirmar o descartar el SRC.
4. Los países deben coleccionar muestras para aislamiento del virus en situaciones de brotes. Los aspirados o escobillados nasofaríngeos son las muestras preferidas para el aislamiento del virus de la rubéola y deben ser coleccionadas dentro de los primeros cuatro días del inicio del exantema. Esto proporcionará información importante respecto a los subtipos del virus y cuales están circulando actualmente en la Región.
5. Los programas nacionales deben promover en forma activa la colaboración con el sector médico (en especial con obstétricas, neonatólogos y pediatras) para fortalecer la vigilancia de rubéola / SRC y la vacunación.

#### • **Tétanos Neonatal**

Se ha logrado avanzar en forma significativa en la eliminación del tétanos neonatal (TNN) como problema de

salud pública. En 1987 se notificaron 1.495 casos, en 1999 fueron 160 y en los primeros seis meses del año 2000 se han reportado 75 casos. A la fecha, la enfermedad se encuentra circunscrita a menos del 1% de los distritos del continente.

#### **Recomendaciones**

1. Todo caso de tétanos neonatal debe ser considerado como una falla en la atención de los servicios de salud de un país y como un indicador de la falta de equidad en la prestación de los servicios.
2. Las áreas con indicadores de pobreza semejantes a aquellas donde se encuentren usualmente casos de tétanos neonatal deberán ser objeto una búsqueda activa de casos, así como de actividades de vacunación.
3. Realizar acciones prioritarias de carácter intensivo en todo distrito cuya tasa de TNN sea 1 por 1,000 nacidos vivos. En estos se deberán llevar a cabo esfuerzos especiales para identificar a las mujeres de mayor riesgo.
4. Las oportunidades perdidas de vacunación pueden ser reducidas sustancialmente, aprovechando todo contacto con las mujeres en edad fértil (controles prenatales, controles infantiles, post-parto, clubes de madres, etc.) para vacunarlas con toxoide tetánico y diftérico (Td).

#### • **Fiebre Amarilla**

La amplia diseminación del mosquito *A. aegypti* en las Américas hace que la reurbanización sea una creciente preocupación. Una sola dosis de la vacuna confiere inmunidad en al menos el 95% de los vacunados y probablemente proporciona protección por toda la vida.

#### **Recomendaciones**

1. Los países endémicos de fiebre amarilla deben lograr una cobertura de vacunación del 100% en las zonas enzoóticas. Es necesaria también la vacunación contra la fiebre amarilla de todos los viajeros que entren a las áreas enzoóticas.
2. La vigilancia de la fiebre amarilla debe ser fortalecida. La vigilancia oportuna permitirá la rápida puesta en marcha de actividades de control cuando se detecte un brote.
3. Los países deben elaborar guías de emergencia para una rápida respuesta a ser usadas en caso de brotes de fiebre amarilla.
4. Es crítico planificar adecuadamente el abastecimiento de la vacuna tanto para programas de rutina como para el control de brotes. La vacuna debe estar disponible todo el tiempo a fin de enfrentar emergencias.
5. La implementación de un programa integral de control y vigilancia vectorial mantendrá baja la densidad de *A. aegypti* en medios urbanos. Esta medida también ayudará en la prevención de brotes de dengue.

#### • ***Haemophilus influenzae* tipo b**

Se han realizado considerables progresos con la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en la Región. Más del 80% de los países han incluido la vacuna en los programas de inmunización de rutina. Los países que han introducido la vacuna Hib han obtenido altos niveles de cobertura y una significativa reducción de la incidencia de la enfermedad.

#### **Recomendaciones**

1. Países que no están usando la vacuna de Hib deben hacer

#### **Poliomielitis**

A pesar de los nueve años de estar libre de poliomyelitis, la Región de las Américas permanece en constante riesgo de importación de polio desde aquellos países donde aún circula ampliamente el virus salvaje. En el mundo, el número de casos de polio también ha sido reducido significativamente, como resultado de la iniciativa global de erradicación. Sin embargo, en grandes áreas de África y el Sur de Asia, la polio es todavía endémica y podría propagarse a las Américas.

El GTA reconoce la necesidad de asegurar la contención de las cepas de poliovirus salvaje existentes en los laboratorios alrededor del mundo. A pesar de esto también reconoce que dada la amplitud y el método de ejecución recomendados en el Plan de Acción Global para la Iniciativa de Contención Laboratorial (GAPLC) se requerirá de instrucciones claras, especialmente en países industrializados que cuentan con un gran número de laboratorios e investigadores.

#### **Recomendaciones**

1. Los países necesitan mantener 95% como cobertura de vacunación con OPV, la vacuna de elección en todos los municipios o áreas geopolíticas equivalentes.
2. Todos los países necesitan fortalecer el cumplimiento de los indicadores claves de vigilancia, incluyendo por lo menos un caso de PFA por 100,000 menores de 15 años cada año, y por lo menos el 80% de los casos de PFA con una muestra adecuada de heces coleccionada dentro de los primeros 15 días a partir del inicio de la parálisis.
3. Dada la complejidad que podría acompañar la ejecución de la iniciativa GAPLC para los laboratorios con reservas de poliovirus salvaje, el GTA recomienda que los países de las Américas inicien estudios basados en la experiencia de otras regiones que ya han iniciado estudios similares, a fin de determinar la factibilidad y metodología de dicho Plan. La OPS debería invitar a estas regiones a la próxima reunión del GTA para que presenten los hallazgos de sus estudios.

un esfuerzo para introducirla en sus programas de inmunización de rutina.

2. Países que ya están usando la vacuna Hib deben monitorear y reportar la cobertura de vacuna y casos de Hib para medir el impacto de la vacunación.
3. El GTA recomienda establecer mecanismos financieros sostenibles para mantener la vacunación contra Hib. La compra de esta vacuna como antígeno solo o en combinación con DTP o DTP/HepB (reduciendo así el número de visitas y aumentando el cumplimiento), a través del Fondo Rotatorio de OPS puede resultar en un ahorro significativo en los costos.
4. La disponibilidad y uso de vacunas combinadas con DTP simplificará la administración de antígenos contra las principales enfermedades de la niñez.

#### • **Hepatitis B**

En las Américas, la hepatitis B continúa siendo un problema mayor de salud pública con casi 400,000 infecciones nuevas cada año. La transmisión de la infección puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero principalmente durante el período perinatal o en la niñez.

La vacuna contra hepatitis B es altamente efectiva en prevenir la infección aguda de hepatitis incluyendo la transmisión perinatal y el cáncer hepatocelular en adultos. La mayoría de países de la Región han introducido la vacuna contra Hepatitis B en los programas de inmunización de rutina.

#### **Recomendaciones**

1. La inmunización universal de rutina debe ser la primera estrategia de prevención de la transmisión de HBV.
2. Los trabajadores de salud en riesgo de exposición a sangre u otros fluidos corporales deben ser vacunados rutinariamente.
3. La cobertura de vacunación debe ser monitoreada regularmente y el impacto de la vacunación contra hepatitis B debe ser medido a través de la vigilancia. Los niveles de cobertura de HepB3 deben ser iguales a los de DTP3 para el año 2003.
4. Los países que han introducido la vacuna de hepatitis B (HepB) deben considerar el uso de vacunas combinadas tetravalentes (DTP+HepB) o la vacuna pentavalente (DTP/HepB+Hib). Estas vacunas tienen costos similares al de sus componentes monovalentes comprados separadamente y son de más fácil administración.

#### • **Nuevas y Futuras Vacunas**

Progresos en el desarrollo de vacunas para la prevención de una larga y creciente lista de enfermedades infecciosas están procediendo rápidamente. Varias nuevas vacunas están disponibles actualmente y pueden ser usadas en la Región de las Américas. Además, se esperan avances rápidos en varias otras vacunas de gran potencial para la Región:

#### **Recomendaciones**

1. Todos los países de la Región deben desarrollar la capacidad de vigilar enfermedades que suministre información sobre la epidemiología de estas infecciones, ayudar en estimar la carga de enfermedad y proveer mecanismos de intervención en salud pública. El GTA identifica a la influenza, la enfermedad neumocócica, la

enfermedad meningocócica, infecciones por rotavirus, la hepatitis A y el virus de varicela-zoster como candidatos importantes para consideración futura.

2. Todos los programas de la Región deben establecer comités científicos asesores que asistan en la toma de decisiones referente a las prioridades para la introducción de vacunas teniendo en cuenta los riesgos y beneficios. Además, estos comités deben considerar asuntos relacionados con la implementación de estas recomendaciones. Por ejemplo, las vacunas de influenza son usadas en los ancianos y grupos de alto riesgo que no están considerados por la infraestructura existente para la entrega de vacunas de la niñez.
3. Una vez introducida una nueva vacuna, el GTA enfatiza el compromiso para mantener suministros de vacunas, así como actividades de vigilancia que permitan el monitoreo de su impacto.

#### • **Calidad de las Vacunas**

El uso de vacunas de calidad comprobada es fundamental para los programas de vacunación. Aunque los productores tienen la responsabilidad primaria de asegurar la calidad de las vacunas, debe haber una Autoridad Nacional Reguladora (ANR) en cada país, que realice las funciones reguladoras básicas: registro, evaluación clínica, inspección de buenas prácticas de manufactura (BPM), liberación de lotes, pruebas de laboratorio y vigilancia postmercado.

#### **Recomendaciones**

1. Es esencial que los programas de inmunización utilicen vacunas de calidad reconocida, de acuerdo a los estándares internacionales de seguridad, potencia, eficacia y estabilidad. Los gobiernos de la Región, a través de sus ANR, deben asegurar que exista un control efectivo de la calidad de las vacunas utilizadas en sus países.
2. Los productores de vacunas deben implementar sistemas de calidad que garanticen una producción consistente de vacunas de acuerdo con las Buenas Prácticas de Manufactura, regulaciones nacionales, requerimientos de la OMS para la calidad de vacunas y producción, a través de procesos de certificación internacional.
3. El cumplimiento de los estándares de calidad internacional debe ser un factor esencial a ser considerado en los estudios de factibilidad técnica y económica de la producción de vacunas.

#### • **Inmunización Segura**

Es necesario mantener la confianza en los programas nacionales de inmunizaciones. Aunque las vacunas son extremadamente seguras y efectivas, ninguna está exenta de riesgos. El monitoreo regular de la seguridad en inmunización proveerá un respaldo técnico y científico en la seguridad de las vacunas utilizadas.

#### **Recomendaciones**

1. Todos los trabajadores de salud y los gerentes de programa deben estar capacitados y bien informados en asuntos relacionados con la inmunización segura.
2. Los eventos adversos posiblemente atribuibles a la vacunación deben ser reportados inmediatamente y cuidadosamente investigados, y la información debe ser compartida entre los gerentes de programa y trabajadores de la salud de toda la Región.

# Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 2000 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1999 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 2000			Confir- mados* 1999	2000	1999	No Neonatal		Neonatal		2000	1999	2000	1999
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				2000	1999	2000	1999				
Anguilla	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	30-Sep	6	0	6	308	0	0	9	8	0	1	0	0	323	433
Bahamas	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belice	30-Sep	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Bermuda	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Bolivia	30-Sep	60	61	121	1.248	0	0	2	2	3	1	1	0	2	14
Brasil	30-Sep	47	2	49	661	0	0	215	450	27	53	27	38	484	923
Islas Virgenes Británicas	30-Sep	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	30-Sep	128	—	128	9	0	0	...	...	...	...	0	0	...	...
Islas Caimán	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Chile	30-Sep	0	0	0	29	0	0	5	10	0	1	0	0	1.453	1.409
Colombia	30-Sep	0	0	0	43	0	0	21	5	10	20	8	0	372	253
Costa Rica	30-Sep	0	1	1	23	0	0	0	1	0	0	0	0	11	1
Cuba	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Dominica	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	30-Sep	156	6	162	214	0	0	19	28	1	2	40	19	28	16
Ecuador	30-Sep	0	0	0	0	0	0	6	0	4	0	0	0	273	0
El Salvador	30-Sep	0	0	0	0	0	0	13	3	3	2	0	0	4	4
Guayana Francesa	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grenada	30-Sep	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guatemala	30-Sep	0	0	0	0	0	0	...	1	...	0	...	0	...	26
Guyana	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	30-Sep	353	10	363	0	0	0	...	...	...	11	...	4	...	18
Honduras	30-Sep	0	0	0	0	0	0	39	6	0	0	0	0	134	43
Jamaica	30-Sep	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	8	6
Martinique	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
México	30-Sep	28	0	28	0	0	0	53	48	4	5	...	...	24	20
Montserrat	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	30-Sep	0	0	0	0	0	0	8	4	0	0	0	0	26	17
Panamá	30-Sep	0	0	0	13	0	0	2	4	1	0	0	0	172	66
Paraguay	30-Sep	0	0	0	0	0	0	11	12	6	7	0	0	20	22
Perú	30-Sep	1	0	1	5	0	0	56	59	8	15	0	4	1.686	1.122
Puerto Rico	30-Sep	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	0	0	...	...
S. Vicente/Granadinas	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Cristóbal/Nieves	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	30-Sep	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	30-Sep	0	0	0	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0
Turcas y Caicos	30-Sep	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	30-Sep	72	—	72	79	0	0	19	27	...	...	1	4	4.565	4.647
Uruguay	30-Sep	0	0	0	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Venezuela	30-Sep	0	0	0	0	0	0	35	32	1	3	0	0	325	401
<b>TOTAL</b>		<b>851</b>	<b>80</b>	<b>931</b>	<b>2.666</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>520</b>	<b>714</b>	<b>68</b>	<b>121</b>	<b>77</b>	<b>69</b>	<b>9.911</b>	<b>9.450</b>

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

\* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

# Hacia la erradicación mundial del sarampión

*En vista de la carga significativa que representa el sarampión, el GTA recomendó que todos los socios, especialmente la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, apoyen el control acelerado global del sarampión por medio de compromisos explícitos y recursos financieros. El siguiente informe fue presentado por el Departamento de Vacunas y Productos Biológicos de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.*

El sarampión sigue siendo la causa principal de muerte inmunoprevenible de la niñez en todo el mundo. Aunque los programas nacionales de vacunación previenen más de 80 millones de casos de sarampión y 4,5 millones de muertes al año, se calcula que se producen anualmente más de 30 millones de casos y 880.000 muertes. Esto representa el 40% de los 2 millones de muertes que se producen al año debido a enfermedades inmunoprevenibles de la niñez. Esta enfermedad representa el 10% de todas las causas de mortalidad de menores de cinco años.

En mayo de 1989, la Asamblea Mundial de la Salud estableció la meta del control mundial del sarampión. En 1990, en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, los líderes del mundo apoyaron la meta de una reducción, para 1995, del 95% en las muertes por sarampión y del 90% en los casos de sarampión en comparación con la situación que existía antes de la vacuna, como paso importante para más adelante erradicar el sarampión de todo el mundo. Se han establecido metas regionales con respecto a la erradicación para la Región de las Américas (AMR) para el 2000, la Región de Europa (EUR) para 2007 y la Región del Mediterráneo Oriental (EMR) para 2010.

La transmisión se ha interrumpido en la mayoría de los países de la Región de las Américas. A nivel mundial, en 1998 la cantidad de casos y muertes había disminuido el 63% y el 83%, respectivamente, en comparación con lo que ocurría antes de la vacuna.

Entre 1990 y 1998, la cobertura de vacunación de rutina de los niños de 1 año con una dosis de vacuna antisarampionosa se mantuvo entre el 70% y el 80% en todo el mundo. En

1998, 15 países notificaron una cobertura de vacunación contra el sarampión inferior al 50%. Diez de ellos eran de la Región de África, uno de las Américas, dos del Mediterráneo Oriental y uno de la Región de Asia Sudoriental (SEAR).

La falta de administración de por lo menos una dosis de vacuna antisarampionosa a todos los lactantes sigue siendo la razón principal de las altas tasas de morbilidad y mortalidad por sarampión. Las prioridades para los próximos cinco años son velar por la reducción de la mortalidad por sarampión y realizar un progreso importante hacia la interrupción de la transmisión en regiones y países que se han fijado la meta de eliminar esta enfermedad.

Se recomiendan cinco estrategias para reducir la mortalidad por sarampión o eliminarlo: 1) reforzar la vacunación de rutina, 2) garantizar que todos los niños tengan una segunda oportunidad para recibir la vacuna antisarampionosa, 3) realizar una labor de vigilancia, integrando la información epidemiológica y de laboratorios, 4) administrar suplementos de vitamina A por medio de los servicios de vacunación en los casos en que corresponda y 5) garantizar el manejo adecuado de cada caso de sarampión.

El propósito de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización es que 80% de los países en desarrollo ofrezcan vacunación de rutina por lo menos en el 80% de todos los distritos para 2005, lo cual constituye un primer paso esencial para reducir la carga del sarampión. Sin embargo, cabe destacar que, con una cobertura del 80%, la carga restante de la enfermedad es grande. Se deben tomar medidas especiales para garantizar la inocuidad de las vacunas y detectar y vacunar a los niños que nunca han recibido la vacuna antisarampionosa (niños con cero dosis).

Se debe reforzar la vigilancia del sarampión tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo a fin de dar seguimiento al progreso de los programas. En los países con problemas de carencia de vitamina A se deben administrar suplementos de vitamina A junto con la vacunación contra el sarampión (de rutina y complementaria). Para el manejo de casos es necesario administrar suplementos de vitamina A y un tratamiento adecuado.

---

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>

Editor:                   Ciro de Quadros  
Editor Adjunto:       Mónica Brana

ISSN 0251-4729