

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXII, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 2000

Brote de poliomielitis en la República Dominicana y Haití

La baja cobertura con la vacuna oral contra la poliomielitis permite circulación del virus derivado de la vacuna Sabin

En octubre del 2000 se detectó en la República Dominicana un brote de poliomielitis causado por un poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna Sabin. En el primer caso confirmado, que se produjo en el distrito de Bonaó, provincia Monseñor Nouel (1), la parálisis se inició el 18 de julio 2000. Este caso se debió a un virus tipo 1 fuera de lo común, derivado de la vacuna oral contra la poliomielitis (Sabin). Hasta mediados de diciembre se habían confirmado cinco casos de poliomielitis causados por el poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna: tres en el distrito de Constanza, uno en el distrito de La Vega (ambos son distritos de la provincia de La Vega) y uno en la capital, Santo Domingo (figura 1).

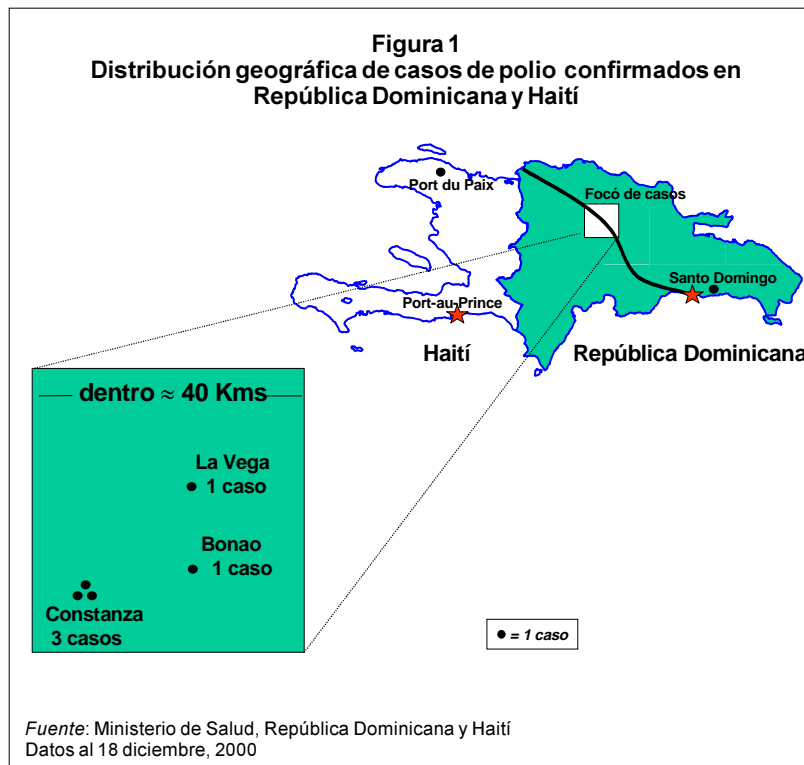
En Haití, hasta la fecha se ha notificado un solo caso confirmado en laboratorio de poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna, en Nan Citron (figura 1), en el cual la parálisis se inició el 30 de agosto de 2000. Tras una búsqueda intensiva de casos realizada en Haití entre octubre - diciembre, se realizaron estudios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio de 14 casos sospechosos. En seis de ellos no se encontraron poliovirus. Ocho todavía están pendientes de los resultados de laboratorio.

El virus detectado fue aislado en el Laboratorio de Poliovirus de la OPS, situado en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), y posteriormente fue descrito en el Laboratorio de Poliovirus de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Es un virus fuera de lo común porque, a pesar de que deriva del virus original de la

vacuna Sabin, presenta una diferencia del 3% respecto de la cepa original de la VOP (normalmente, los virus derivados de la VOP presentan una similitud genética del 99,5%) y parece haber adoptado las características del poliovirus salvaje tipo 1 en lo que atañe a la neurovirulencia y la transmisibilidad. La diferencia en la secuencia de nucleótidos indica que el virus ha estado replicándose durante mucho tiempo en una persona inmunodeficiente o ha estado circulando durante dos años en una zona con cobertura de vacunación muy baja, lo cual ha causado cambios genéticos continuos en el virus original de la vacuna Sabin que le han

conferido las propiedades del poliovirus salvaje.

La circulación prolongada de poliovirus derivados de la VOP en lugares con una cobertura muy baja con la VOP se



En este número:

Brote de poliomielitis en la República Dominicana y Haití	1
Progreso hacia la erradicación mundial de la poliomielitis	2
Campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis en la República Dominicana	3
España renueva su apoyo a la erradicación del sarampión	3

Avances hacia la erradicación del sarampión en Brasil, 1999-2000	4
Taller sobre vacunación en el XII Congreso Latinoamericano de Pediatría	6
Resumen anual de los indicadores de polio y sarampión	7
Precios de las vacunas adquiridas por el Fondo Rotatorio - 2001	8

ha documentado sólo en otro lugar: se calcula que un virus tipo 2 derivado de la VOP, que circuló en Egipto durante unos 10 años (de 1983 a 1993), estuvo asociado a más de 30 casos notificados. En este caso, la cobertura de vacunación en las zonas afectadas era muy baja, y la circulación del poliovirus derivado de la vacuna cesó rápidamente cuando se amplió la cobertura con la VOP.

En las Américas, el poliovirus salvaje no circula desde 1991. El último caso de poliomielitis en la República Dominicana fue notificado en 1985. La interrupción de la transmisión de poliovirus, que originalmente estaba prevista para fines del año 2000 en el plan mundial, se alcanzará dentro de los próximos 12 a 24 meses, en tanto que la meta para la certificación de la erradicación de la poliomielitis se ha fijado para el año 2005 (véase el recuadro).

Los ministerios de salud de la República Dominicana y Haití, con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), están investigando estos brotes a fin de determinar su alcance y sus causas. Como parte de la investigación se está realizando un muestreo ambiental, cuyos resultados se conocerán dentro de los próximos seis meses. De inmediato se puso en marcha un plan intensivo de medidas de control. En ese marco, el 15 de diciembre las autoridades sanitarias llevaron a cabo una campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis (véase la página 3)

en la República Dominicana, dirigida a 1,1 millones de niños menores de 5 años. En Haití se planea realizar tres rondas nacionales de vacunación con la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) en 2001.

Las medidas para controlar la circulación de virus derivados de la VOP son idénticas a las medidas para controlar la circulación de poliovirus salvajes: alcanzar y mantener una cobertura de vacunación elevada. En zonas con una cobertura de vacunación elevada nunca se han encontrado indicios de circulación de virus derivados de la VOP. Por lo tanto, es indispensable mantener una cobertura elevada con la VOP a fin de proteger contra poliovirus salvajes importados y prevenir la transmisión de una persona a otra de virus derivados de la VOP. Los brotes actuales ponen de relieve la pertinencia del mensaje de la OPS a nivel nacional, que recomienda mantener una cobertura elevada con vacuna antipoliomielítica, incluso en las zonas que están libres de poliomielitis. También es importante que todos los países mantengan una buena vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) y los poliovirus.

Según la OPS, las personas que viajen a la República Dominicana y Haití y que no estén debidamente vacunadas corren el riesgo de contraer poliomielitis, de modo que deben vacunarse de conformidad con las normas nacionales. Los países donde se usa la VOP para la vacunación de rutina recomiendan como mínimo una serie de tres dosis para la vacunación primaria.

Progreso hacia la erradicación mundial de la poliomielitis

La 52ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud hizo un llamamiento a la aceleración de la iniciativa para erradicar la poliomielitis, a fin de alcanzar la meta de interrumpir la transmisión de poliovirus salvajes en todo el mundo para fines del 2000. Casi todos los Estados Miembros donde la poliomielitis es endémica han acelerado intensamente tales actividades. En la mayoría de los países se han duplicado las jornadas nacionales de vacunación y se está empleando la estrategia de la vacunación casa por casa en las zonas de alto riesgo. La rapidez de esta aceleración y la escala de las actividades superó la oferta mundial de vacuna antipoliomielítica oral, déficit que continuará causando preocupación en 2001.

Como consecuencia de esta aceleración, a fines de 1999 la poliomielitis seguía siendo endémica sólo en 30 países, en comparación con 50 en 1998. En cambio, se tardó diez años en reducir de 125 a 50 los países donde la poliomielitis es endémica. En octubre de 2000 se certificó que la región del Pacífico Occidental está libre de poliomielitis. El último caso de poliomielitis causado por un virus autóctono se había producido en Camboya en marzo de 1997. Para fines del año 2000, la transmisión de poliovirus continuará en unos 20 países. Habrá que prestar especial atención en Angola, Chad, la República Democrática del Congo, Etiopía, Nigeria, Somalia y Sudán en África, así como en Afganistán, el norte de la India y Pakistán en Asia.

El 27 de septiembre de 2000, el Secretario General de las Naciones Unidas, junto con la Directora General de la OMS y los jefes de las demás organizaciones que colaboran en la erradicación de la poliomielitis, anunció el plan estratégico para 2001-2005 en la cumbre mundial de organizaciones colaboradoras en la lucha contra la poliomielitis que tuvo lugar en Nueva York. En el plan se presentan las estrategias para interrumpir la transmisión de poliovirus en todo el mundo dentro de los próximos 12 a 24 meses, a fin de que en el año 2005 se pueda certificar que el mundo está libre de poliomielitis, meta recomendada por la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis.

En el plan estratégico se recalca que todos los Estados Miembros, tanto aquellos donde la poliomielitis todavía es endémica como aquellos donde el virus ya no circula, desempeñan un papel decisivo en las últimas etapas de la erradicación mundial de la poliomielitis. Los países donde la poliomielitis es endémica deben intensificar las jornadas nacionales de vacunación y las campañas de barrido. A fin de que la certificación mundial en 2005 sea posible, es necesario que todos los países hayan cumplido las normas relativas a la vigilancia de la poliomielitis requeridas para la certificación por lo menos durante tres años y que se logre la contención de las reservas de poliovirus salvaje en los laboratorios.

En el plan estratégico se señalan tres tareas fundamentales: 1) vacunar a todos los niños con VOP, especialmente en las zonas en conflicto; 2) asegurar que se disponga de suficientes recursos financieros para resolver el déficit de financiamiento de US\$ 450 millones para el plan mundial para el período de 2001 a 2005, de los cuales US\$ 263 millones se necesitan para actividades en 2001 y 2002 (por cada año que se retrase la erradicación de la poliomielitis, por motivos financieros o de otro tipo, el costo global de la iniciativa aumentará por lo menos US\$ 100 millones); y 3) lograr un compromiso político de alto nivel a pesar de que la enfermedad está desapareciendo y de la existencia de otras prioridades en el campo de la salud.

Fuente: documento del Consejo Ejecutivo, 107ª Reunión, Organización Mundial de la Salud, noviembre de 2000.

Campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis en la República Dominicana

El Ministerio de Salud de la República Dominicana llevó a cabo una campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis del 15 al 17 de diciembre de 2000 a fin de detener la transmisión de un poliovirus derivado de la vacuna Sabin en el país. La campaña fue inaugurada oficialmente por Hipólito Mejía, presidente de la República Dominicana, su esposa, Rosa Gómez de Mejía, y el Ministro de Salud, Dr. José Rodríguez Soldevila.

El presidente Mejía fue a uno de los 2.000 puestos de vacunación instalados por el Ministerio de Salud para llegar a la población objetivo de alrededor de 1,1 millones de niños menores de 5 años. En las zonas más alejadas, la vacunación se realizó casa por casa. Según los datos disponibles, durante la campaña de diciembre se vacunó a 1,2 millones de niños. Una evaluación rápida de la cobertura de vacunación al final de la campaña confirmó que se había alcanzado una cobertura de casi el 100%. Estos resultados fueron producto de la labor conjunta de diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, asociaciones profesionales, grupos organizados y organismos internacionales, así como de una campaña de concientización del público sobre la importancia de vacunar a los niños contra esta enfermedad.

La Organización Panamericana de la Salud proporcionó asistencia técnica en todas las etapas de la campaña de vacunación, desde la planificación hasta la evaluación. Para febrero, abril y agosto de 2001 se planean tres campañas nacionales de vacunación contra la poliomielitis y otras enfermedades inmunoprevenibles.



El presidente Hipólito Mejía y el Dr. José Rodríguez Soldevila administran una dosis de VOP durante la campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis que se realizó el 15 de diciembre de 2000 en Santo Domingo, República Dominicana.

Fuente: El Nacional

España renueva su apoyo a la erradicación del sarampión

El gobierno de España, por medio de su Agencia de Cooperación Internacional y el Ministerio de Salud, ha renovado su compromiso de apoyar la meta de la erradicación del sarampión de las Américas.

Con una donación española de US\$ 292.500 continuará la tarea de fortalecimiento de las actividades de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles en la Región, especialmente la búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión. En la búsqueda activa tienen prioridad las zonas de alto riesgo, como los centros urbanos superpoblados con baja cobertura de vacunación, los lugares de difícil acceso y los lugares con una gran cantidad de migrantes. Esta donación complementará los recursos nacionales para garantizar la disponibilidad de estuches de diagnóstico y otros materiales de laboratorio que son indispensables para la investigación oportuna y adecuada de casos sospechosos de sarampión. Los recursos se usarán también para viajes del personal de salud a distintas localidades y para el transporte oportuno de muestras a los laboratorios.

La capacitación seguirá siendo un componente importante de la nueva donación, especialmente en los campos de la vigilancia, el uso de sistemas de información para facilitar las tareas de vigilancia epidemiológica, la planificación eficaz de campañas de vacunación a fin de aprovechar al máximo los recursos y la investigación adecuada de todos los casos sospechosos.

La transmisión del sarampión parece haberse interrumpido en la mayoría de los países de la Región. En el año 2000 se notificaron sólo 1.500 casos, la cifra más baja notificada en las Américas. En los países donde se ha aplicado plenamente la estrategia de vacunación para erradicar el sarampión recomendada por la OPS se ha logrado interrumpir la transmisión. Algunos ejemplos son Perú, Chile, Costa Rica, Uruguay, Canadá, México y Estados Unidos, donde hubo importaciones durante los dos últimos años sin que se reanudara la transmisión autóctona del sarampión.

Avances hacia la erradicación del sarampión in Brasil, 1999-2000

Antecedentes

En 1992, Brasil adoptó la meta de la erradicación del sarampión para fines del año 2000, y con ese fin elaboró el Plan Nacional de Eliminación del Sarampión. Como parte de este plan se realizó la primera campaña nacional de *puesta al día* con la vacunación, cuyo objetivo era vacunar contra el sarampión a todos los niños de 9 meses a 14 años. Se vacunó a más de 48 millones de niños, alcanzándose una cobertura del 96%. De los 4.510 municipios que existían ese año, 68% tenían una cobertura superior al 95%. Los casos notificados de sarampión bajaron de 42.532 en 1991 a 2.396 en 1993.

En 1995 se realizó en Brasil la primera campaña nacional de *seguimiento* contra el sarampión, dirigida a los niños de 1 a 3 años, con la cual se alcanzó una cobertura del 77%. El año siguiente, tras cuatro años de control del sarampión, se produjo en Brasil un resurgimiento del sarampión, con brotes iniciales en los estados de Santa Catarina y São Paulo. En 1997 el brote se propagó por todo el país, con 53.335 casos confirmados y 61 muertes. Entre las estrategias adoptadas para controlar el brote cabe señalar las siguientes:

- intensificación de la vigilancia;
- tras la notificación de casos sospechosos, vacunación de contactos de 6 meses a 40 años que no tuvieran comprobante de vacunación contra el sarampión;
- vacunación en escuelas, tras la localización de niños de hasta 11 años que no estuvieran vacunados contra el sarampión;
- otra campaña nacional de vacunación de *seguimiento* dirigida a los niños de 6 meses a 4 años, alcanzándose una cobertura del 66%.

Estrategias actuales

Vacunación

Desde 1985, el esquema de vacunación contra el sarampión ha consistido en una dosis de vacuna monovalente administrada entre los 9 y 11 meses de edad. En 1992 se introdujo otra dosis de vacuna antisarampionosa en el esquema de rutina por medio de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR), que se administra a partir de los 12 meses. La SPR fue introducida gradualmente en Brasil entre 1992 y 2000, estado por estado, comenzando por São Paulo en 1992. Para junio de 2000, en todos los estados del

país se había introducido la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR) o la SPR en el plan de vacunación infantil de rutina.

A partir de 1999 se intensificó la vacunación de rutina, a fin de alcanzar una cobertura $\geq 95\%$ en cada municipio. Se realizan actividades comunitarias tales como la búsqueda de niños sin vacunar casa por casa, con la asistencia de agentes de salud comunitarios, la localización de niños en los

vecindarios, la vacunación en las escuelas y una mayor insistencia del personal de salud pública en la necesidad de alcanzar una cobertura de vacunación uniformemente elevada. Para septiembre de 2000, 51% de los municipios de Brasil habían alcanzado una cobertura del 95% (cuadro 1).

Cuadro 1
Cobertura de los niños menores de 1 año con vacuna antisarampionosa y municipios con una cobertura de vacunación de más del 95%, Brasil, 1995-2000

Año	Total Municipi- dades	Cobertura de vacunación $\geq 95\%$		Cobertura <1 año	Población <1 año
		municipi- dades			
		#	%		
1995	4.982	1.131	37	90	3.363.340
1996	4.998	1.034	24	80	3.432.229
1997	5.507	2.485	51	100	3.161.042
1998	5.507	2.150	39	96	3.206.080
1999	5.507	2.341	43	98	3.251.279
2000*	5.507	2.808	51	100	3.296.663

Fuente: COPNI/CENEPI/FUNASA/MS

* Datos preliminares hasta septiembre de 2000

El 17 de junio de 2000 se realizó en Brasil la tercera campaña nacional de vacunación masiva de *seguimiento*, dirigida a los niños de 9 meses a 4 años, y se introdujo la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR) en nueve estados. La campaña duró alrededor de dos semanas. La cobertura antisarampionosa fue del 100% de los niños menores de 1 año y el 94% de los niños de 1 a 11 años. En cuanto a los municipios, 60% alcanzaron una cobertura $\geq 95\%$.

Vigilancia

El sarampión es una enfermedad de notificación obligatoria desde 1968. Con la puesta en marcha del Plan para la Eliminación del Sarampión en 1992, se inició la notificación inmediata, con la meta de investigar todos los casos en el plazo de 48 horas. La investigación abarca la obtención de muestras de sangre para detectar anticuerpos IgM contra el sarampión, la vacunación de contactos en la zona y la búsqueda activa de casos secundarios.

En 1999, como parte de las medidas para reforzar la vigilancia, se creó en Brasil el Grupo de Trabajo para la Erradicación del Sarampión. Se asignó un técnico en vigilancia a cada estado para que ayudara a la secretaría estatal de salud. El objetivo del Grupo era alcanzar la meta de la erradicación, poniendo de relieve el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, por medio de las siguientes estrategias:

- notificación semanal negativa: cada municipio debe informar semanalmente sobre la presencia o ausencia de casos sospechosos;

- investigación oportuna y completa de casos y brotes, con la rápida adopción de medidas de control;
- búsqueda activa de casos;
- asistencia y orientación para las actividades de vacunación, incluidas la detección y vacunación de grupos de alto riesgo;
- análisis de los datos sobre vigilancia, con retroalimentación a los niveles técnicos y políticos; y
- fortalecimiento de la cooperación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Epidemiología del sarampión, 1999-2000

En 1999, la red nacional de notificación abarcaba alrededor de 8.000 unidades informantes, de las cuales sólo 50% presentaban informes semanalmente. De los 10.007 casos sospechosos de sarampión notificados durante 1999, 890 (8,9%) fueron confirmados, 378 (42%) en laboratorio o sobre la base de vínculos epidemiológicos. Los 890 casos confirmados estaban distribuidos en 24 (89%) de las 27 unidades federales (26 estados y el Distrito Federal). En general, 235 (26%) eran niños menores de 1 año y 437 (49%) eran niños de 1 a 14 años. Los casos se concentraban en el nordeste del país, donde se notificaron 371 casos (42%), de los cuales 240 (65%) correspondían al estado de Pernambuco. En ese estado se logró controlar el sarampión con las siguientes medidas (Figura 1):

- intensificación de la vacunación de rutina;
- vacunación indiscriminada de niños de hasta 15 años; y
- vacunación de grupos de alto riesgo (personal de salud y del sector del turismo y trabajadores agrícolas migrantes).

El último caso de Pernambuco se produjo en diciembre de 1999.

En el 2000, la red de notificación se extendió a 9.213 unidades notificantes, de las cuales 81% están presentando informes semanalmente. De 8.560 casos sospechosos de sarampión notificados al 30 de diciembre, 37 (0,4%) fueron confirmados, 33 (89%) en laboratorio o sobre la base de vínculos epidemiológicos y cuatro clínicamente. Los 37 casos estaban distribuidos en ocho estados y 23 municipios. Sólo en uno de ellos se notificó un caso en las últimas 12 semanas (municipio activo). De los casos confirmados, 16 (43%) correspondían a niños menores de 1 año y 13 (35%) a niños de 1 a 14 años. La mayor proporción de casos se notificó en Acre (41%), seguido de São Paulo (35%). En el estado de Rio de Janeiro se notificaron dos casos, en tanto que se notificó un solo caso en los estados de Santa Catarina, Goiás y Mato Grosso do Sul (Figura 1).

El último brote de sarampión se produjo en el estado de Acre en febrero de 2000, con un total de 15 casos notificados (uno de los cuales era un paciente que vivía en el estado de Amazonas pero que durante el período de incubación había estado en Acre, donde fue hospitalizado). El brote afectó principalmente a niños no vacunados: 13 (87%) de los casos no estaban vacunados, y nueve (60%) tenían de 1 a 14 años. De los casos restantes, cuatro (27%) eran menores de 1 año y dos (13%) tenían de 15 a 29 años. El brote se controló por medio de la vacunación casa por casa en las zonas afectadas, dirigida a personas de 6 meses a 39 años, la búsqueda activa de casos en los vecindarios y la movilización de profesionales de la salud para reforzar la vigilancia y la vacunación.

De los 13 casos notificados hasta la fecha en São Paulo, 10 (77%) son niños menores de 1 año, de los cuales nueve (90%) habían recibido una dosis de vacuna antisarampión monovalente el mes anterior. Los otros tres casos confirmados son niños de 15 a 26 años.

Se realizaron extensas investigaciones en relación con todos los casos confirmados, que abarcaron la búsqueda activa de casos en centros de salud, escuelas y guarderías. Sin embargo, no se encontraron casos secundarios.

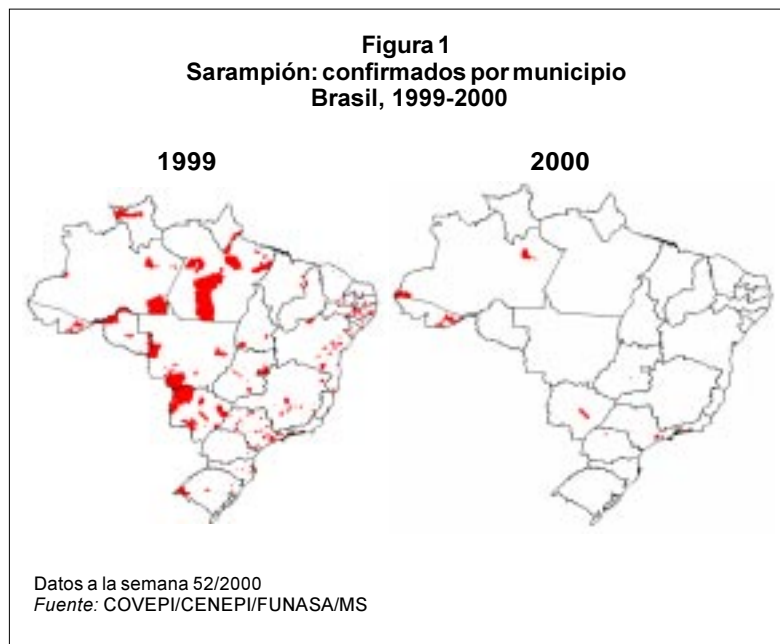
Conclusiones

La circulación del virus del sarampión parece haberse interrumpido en Brasil desde marzo de 2000. A pesar de un aumento de la sensibilidad del sistema de vigilancia, con la investigación más

completa de los casos, los casos de sarampión disminuyeron en 95% entre 1999 y 2000. Durante este período, la uniformidad de la cobertura de menores de 1 año con la vacuna antisarampión por municipio aumentó del 43% al 51%, y la cobertura general de la campaña reciente de vacunación de *seguimiento* de niños de 1 a 11 llegó al 95%. El compromiso político de las secretarías de salud de los estados y municipios ha sido un factor importante en el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y vacunación necesarias para interrumpir la transmisión del sarampión en Brasil. Ha sido decisivo también el compromiso de los coordinadores estatales de la vigilancia, los coordinadores estatales de la vacunación, los asesores estatales del Grupo de Trabajo para la Erradicación del Sarampión, los laboratorios estatales de salud pública y el personal técnico de los servicios municipales de salud.

Recomendaciones

A fin de mantener interrumpida la circulación del virus autóctono del sarampión en Brasil se debe continuar con una vigilancia sensible y oportuna y alcanzar una cobertura uniformemente elevada (de más del 95% en cada municipio)



con la vacunación de rutina contra el sarampión. Con ese propósito se han hecho las siguientes recomendaciones a las secretarías municipales y estatales de salud de todo Brasil a fin de integrar la labor de los equipos de vigilancia, vacunación y laboratorio:

- Sensibilizar a los profesionales de la salud con respecto a la notificación inmediata de casos sospechosos de sarampión y rubéola;
- garantizar la investigación oportuna de casos sospechosos, con la vacunación de contactos y la obtención de muestras de sangre dentro de las 48 horas siguientes a la notificación;
- asegurar la obtención de muestras de orina y secreciones nasofaríngeas de casos sospechosos a fin de aislar los virus;
- vacunar en cada municipio por lo menos al 95% de los

niños menores de 1 año con una dosis de vacuna antisarampionosa;

- vacunar por lo menos al 95% de los niños de 12 a 23 meses de cada municipio con la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR) o la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR);
- garantizar la vacunación de los grupos de alto riesgo;
- asegurar la digitación oportuna y completa de datos en el sistema nacional de información a fin de usar eficazmente los datos de vigilancia; y
- analizar y evaluar constantemente los datos sobre la vigilancia del sarampión y la rubéola.

Fuente: Maria Salet Parise, Rebecca Prevots, Teresa Cristina Segatto, Maria Carolina Q. C. Perreira, Marcia Mesquita, Fundación Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Brasil.

Taller sobre vacunación en el XII Congreso Latinoamericano de Pediatría

El 29 de noviembre de 2000, durante el XII Congreso Latinoamericano de Pediatría, que tuvo lugar en Montevideo, Uruguay, la Organización Panamericana de la Salud organizó un taller sobre los principales aspectos de la vacunación en las Américas. Los miembros participantes de la Asociación Internacional de Pediatría se comprometieron a apoyar la meta de la erradicación del sarampión en las Américas y anunciaron su participación activa en la adopción de medidas eficaces de control del sarampión en todo el mundo.

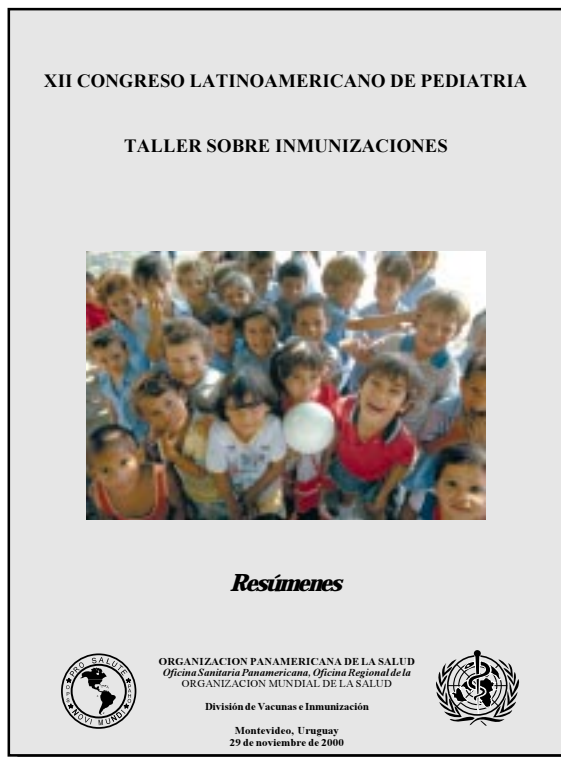
En la sesión de apertura se presentaron pautas para mantener el papel de liderazgo de la inmunización en la reducción de la carga de morbilidad y mortalidad en la Región. Se mencionó la consecución de las metas de la erradicación mundial de la poliomielitis y la erradicación del sarampión en las Américas y la necesidad de hacer frente a nuevos desafíos para continuar mejorando la salud de los niños. Estos nuevos desafíos exigirán la calidad técnica por la cual los programas de vacunación de las Américas son muy conocidos en todo el mundo, pero también se necesitará una mayor labor de abogacía a nivel político y una buena comunicación con el público.

Entre los temas que se abordaron se encuentran el progreso realizado con respecto a la iniciativa mundial para erradicar la poliomielitis y la meta de erradicar el sarampión de las Américas, así como la labor que se realiza en los países donde la fiebre amarilla es endémica para prevenir y controlar esta enfermedad. Se examinaron los avances y los problemas en el campo de la investigación y

obtención de vacunas, especialmente las nuevas técnicas para la obtención de vacunas, las enseñanzas extraídas de la introducción de vacunas conjugadas contra meningococos C y B en Gran Bretaña, las posibilidades de usar la vacuna contra rotavirus y el progreso en el establecimiento de una infraestructura para la vigilancia de las meningitis bacterianas y las neumonías. Se prestó atención también a la experiencia de los programas nacionales de vacunación con la introducción de vacunas nuevas o subutilizadas, incluidos los aspectos fundamentales que es necesario tener en cuenta al introducir vacunas, los efectos de la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B en Chile y México, las enseñanzas de la introducción de la vacuna contra la varicela en Uruguay y la vacuna contra la influenza en Brasil, así como los aspectos técnicos y financieros del posible uso de una vacuna contra la hepatitis A. En el taller se abordaron también temas relacionados con la inocuidad de las vacunas, especialmente en el caso de las personas inmunocomprometidas y las infectadas por el VIH, el registro de vacunas y la autorización de lotes, el papel de los

programas nacionales de vacunación en la vigilancia del uso de métodos sin riesgos para aplicar inyecciones y el papel de la ética en el campo de las vacunas y la vacunación.

Si desea un ejemplar del documento sobre el taller de vacunación, diríjase a la División de Vacunas e Inmunización de la OPS en Washington, D.C., Estados Unidos.



Resumen anual de los indicadores de polio y sarampión

INDICADORES DE POLIO PARA EL PERIODO ENTRE LAS SEMANAS 01 A 52, 2000

Sitio	TOTAL 1999		Últimas 52 semanas (2000/01-2000/52)				
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	% Inv. < 48 hrs.	%1 Muestra	% Sitios notificando
Argentina	104	1.01	136	1.32	90	73	100
Bolivia	31	0.96	25	0.77	92	72	93
Brazil	438	0.79	373	0.67	85	55	84
Canadá	NR	...	NR	...	...	...	...
CAREC	20	0.90	13	0.59	62	62	94
Chile	89	2.08	88	2.06	86	81	92
Colombia	189	1.39	162	1.19	86	82	86
Costa Rica	31	2.25	21	1.52	95	0	84
Cuba	29	1.18	26	1.06	100	62	91
República Dominicana	10	0.31	29	0.91	88	59	87
Ecuador	49	1.15	44	1.03	89	95	95
El Salvador	77	3.48	71	3.21	48	87	65
Guatemala	59	1.21	84	1.72	92	73	94
Haití	3	0.12	9	0.35	0	0	42
Honduras	45	1.79	47	1.87	100	89	89
México	398	1.20	369	1.11	97	80	88
Nicaragua	29	1.32	30	1.36	100	100	100
Panamá	8	0.90	10	1.12	80	100	86
Paraguay	36	1.68	19	0.89	79	63	76
Perú	117	1.37	60	0.70	97	93	85
Uruguay	5	0.39	2	0.16	0	0	...
Estado Unidos	NR	...	NR	...	...	...	...
Venezuela	94	1.15	112	1.37	96	91	88
TOTAL ♦	1861	1.10	1.730	1.02	89	74	87

+ dentro de los 14 días de inicio de parálisis

♦ Excepto Canadá y Estados Unidos

NR o ... no se recibió información

INDICADORES DE VIGILANCIA DEL SARAPIÓN PARA EL PERIODO ENTRE LAS SEMANAS 01 A 52, 2000

País	% de sitios Notificando Semanalmente	% Casos con Invest. Adecuada	% Casos con Muestra Adecuada	% Resultados de Lab. reportados <=5 días	% Resultados de Lab. notificando <=4 días	# de Municipios Activos
Argentina	8	32	91	14	77	0
Bolivia	92	56	90	69	73	0
Brazil	75	47	74	52	68	1
Canadá	...	...	...	...	...	0
CAREC	100	57	83	36	95	0
Chile	95	72	100	60	88	0
Colombia	87	46	97	72	79	0
Costa Rica	...	...	...	...	...	0
Cuba	99	100	100	99	0	0
República Dominicana	46	59	97	51	36	6
Ecuador	95	45	98	81	77	0
El Salvador	48	4	95	89	79	0
French Guiana	...	...	...	...	...	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	0
Guatemala	94	52	99	67	72	0
Haití	...	...	20	76	50	13
Honduras	88	94	99	53	82	0
Martinique	...	...	...	...	...	0
México	91	67	91	71	18	0
Nicaragua	100	67	97	59	57	0
Panamá	87	44	91	77	71	0
Paraguay	84	53	91	72	57	0
Perú	87	49	96	90	74	0
Puerto Rico	...	...	...	...	...	0
Uruguay	...	...	...	...	...	0
Estado Unidos	...	...	...	...	...	0
Venezuela	88	88	94	34	90	2
Total y Promedio	81	57	90	64	65	16

Fuente: PESSyMESS, OPS

Precios de las vacunas adquiridas por el Fondo Rotatorio - 2001

El cuadro siguiente contiene los precios de las vacunas para los países de las Américas adquiridas en 2001 por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas. El Fondo fue creado por la OPS en 1979 para la compra de vacunas, jeringas, agujas y equipo de cadena de frío para los países de América Latina y el Caribe.

Como se observa en el cuadro, ha subido el precio de casi todas las vacunas, con la notable excepción de la vacuna contra la hepatitis B (recombinante), cuyo precio ha bajado. El precio de la vacuna pentavalente (DTP+ Hep B, Hib) no ha aumentado, y el de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B, tanto en la forma farmacéutica líquida como en la liofilizada, ha bajado. La vacuna contra la fiebre amarilla ha sido incluida en el contrato para el año 2001. Las fluctuaciones en los precios reflejan los ajustes por la inflación, así como los costos de instalación y expansión de equipos por parte de la industria farmacéutica. Sin embargo, el panorama mundial actual apunta a una situación en la cual la demanda parece estar superando la oferta.

En un estudio independiente realizado hace poco por Abt Associates Inc., titulado *Analysis of International Mechanisms Supporting Immunization Programs: The Pan American Health Organization Revolving Fund* ("Análisis de los mecanismos internacionales de apoyo a los programas de vacunación: el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud"), se llega a la conclusión de que el sistema de compras a granel de la OPS constituye una fuente continua y fiable de fondos para la compra de vacunas más ventajosa que las donaciones o los préstamos. En el informe se señala que la consolidación de las compras facilita la competencia entre proveedores y conduce a precios y gastos administrativos menores.

Con los años, organismos tales como el UNICEF, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Asociación Rotaria Internacional han usado el Fondo como parte de sus operaciones y su cooperación técnica para proporcionar vacunas y suministros a los países que reciben asistencia.

Vacunas	Dosis x frasco	Precio x dosis US\$ / 2000	Precio x dosis US\$ / 2001
BCG	10	0.093	0.0984
DPT	10	0.073	0.0822
	20	0.0575	0.0740
DT (Adulto)	10	0.042	0.0431
	20	0.032	0.0343
DT (Pediátrica)	10	0.045	0.0463
Polio (Frasco vidrio)	10	0.080	0.0888
	20	0.072	0.0766
Polio (Frasco plástico)	10	0.081	0.0943
	20	0.072	0.0821
	25	0.072	0.0960
TT	10	0.0345	0.0330
HEP B DNA 20 MCG Recombinante	10	0.580	0.3480
	1	0.900	0.7480
HIB - Líquida	10	3.11	2.5000
HIB - Liofilizada	1	3.00	2.6500
DTP+Hep B, Hib (Pentavalente)	1	3.50	3.5000
Sarampión (Edmonston)	1	0.68	0.6800
	10	0.102	0.1040
SPR (URABE cepa de parotiditis)	1	0.92	1.1900
SPR (RIT4385 cepa de parotiditis)	1	2.00	n/a
SPR (URABE cepa de parotiditis)	10	0.69	0.7955
SPR (RIT4385 cepa de parotiditis)	10	1.30	1.5000
Fiebre Amarilla	20	n/a	0.6500

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> (Buscar:Boletín Informativo PAI)

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729