



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXV, Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto 2003

Primera Semana de Vacunación en las Américas: resultados y conclusiones

La primera Semana de Vacunación en las Américas (SVA) se llevó a cabo en junio de 2003. Esta fue una propuesta de los Ministros de Salud de la Región Andina y la respaldaron los Ministros de Salud de Sudamérica y Centroamérica, México y varios países de habla inglesa del Caribe. Los principios fundamentales de la iniciativa fueron la reducción de las inequidades mediante la provisión de inmunización y el fomento del panamericanismo. Durante la SVA, los países se dirigieron a las poblaciones de alto riesgo y las zonas fronterizas. La aplicación de esta estrategia ayudó a fortalecer los programas regulares de vacunación al alcanzar a los grupos de población tradicionalmente excluidos. Otros objetivos incluían mantener la erradicación del sarampión y mantener la inmunización en alto en la agenda política de los países.

Diecinueve países participaron en la iniciativa: Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela. La meta fue vacunar a 14.085.451 niños menores de 5 años de edad con diferentes antígenos (según las necesidades de cada país) y a 3.000.000 mujeres en edad fértil (MEF) con Td. Algunos países incluían a poblaciones masculinas y femeninas en edad fértil, y al mismo tiempo administraban la vacuna de Td, ácido fólico y suplementos de vitamina A. Unos cuantos países incluyeron a niños menores de 5 años de edad.

Resultados

Para evaluar el desempeño, se utilizaron los siguientes indicadores:

- El número de municipios que lograron una cobertura de 95% respecto a la vacunación antisarampionosa;
- El porcentaje de visitas de supervisión y de monitoreos rápidos de cobertura (MRC) realizados comparado con el número de visitas planificadas;
- El número de hogares visitados durante la búsqueda activa;
- El número de casos sospechosos de sarampión registrados que se pasaron por alto en el sistema de vigilancia; y
- La proporción de las zonas donde el 80% o más de las madres entrevistadas había oído hablar de la semana de vacunación.



Entre los niños menores de 5 años de edad, 13.583.888 se vacunaron (97% de la meta). El Perú intensificó su vacunación rutinaria en toda la nación y priorizó 815 de sus 1.828 distritos al administrar todos los antígenos en estos distritos de alto riesgo. Venezuela siguió la misma estrategia, centrándose en 108 de sus 365 municipios. El Brasil se dirigió a 86 municipios que lindaban con 7 países. Además de la SVA, Colombia celebró una segunda ronda de vacunación rutinaria con todos los antígenos durante el mes de junio. Países como Uruguay y Chile aprovecharon la SVA como una oportunidad de buscar a las personas que no habían recibido cobertura en el programa regular. Bolivia y Para-

En esta edición:

Primera Semana de Vacunación en las Américas: resultados y conclusiones.....	1	Tasas de cobertura: Región de las Américas, 2002.....	7
Resumen de la evaluación del PAI en Belice, mayo de 2003	3	En memoria del Dr. Frederick C. Robbins, laureado con el premio Nobel de 1954.....	8
Fiebre amarilla selvática: estado actual de los brotes en la Región de las Américas.....	6		

Estrategias usadas

Comunicación social

Con el apoyo técnico de la Unidad de Información Pública de la OPS (PIN) en Washington, D.C., se diseñó una estrategia de comunicación regional con el lema "Vacunación: un gesto de amor". Esta estrategia incluyó la preparación de posters, spots televisivos y cuñas radiales, con la participación de artistas internacionales como "campeones de la salud de las Américas". El material se distribuyó a los países en diferentes idiomas y se adaptó a las condiciones locales. A la coordinación entre las áreas técnicas y los medios de comunicación durante la campaña de difusión se le dio alta prioridad, en la sede de la OPS y en los países.

La campaña de comunicación se evaluó mediante una encuesta de las madres y los adultos responsables en las zonas objeto de la intervención. Aproximadamente 80% de los miembros de la comunidad entrevistados en zonas remotas y urbanas-marginales tenían un alto conocimiento acerca de la SVA.

Coordinación interfronteriza

Se utilizaron diversas estrategias de vacunación en las zonas fronterizas, por ejemplo, puestos fijos; brigadas móviles para las zonas de difícil acceso; actividades generalizadas regionales y locales de comunicación; y uso de profesionales de la salud y voluntarios para la vacunación, el monitoreo y la supervisión.

Los convenios interfronterizos se firmaron para facilitar la coordinación de las actividades. El convenio entre Colombia y Venezuela se firmó el 11 de abril y el convenio entre Brasil, Bolivia y Perú se firmó el 1 de junio. El último convenio estipuló la ejecución permanente de las actividades de vacunación en localidades fronterizas y el logro de la erradicación del sarampión en las Américas, así como un compromiso para la ejecución integrada de las actividades de salud en la zona. Las autoridades estuvieron de acuerdo en vigilar conjuntamente las tareas programadas. Los convenios fronterizos existentes se reactivaron en varios países

guay ejecutaron campañas antisarampionosas de seguimiento y coordinaron la última semana de la campaña de seguimiento de modo que coincidiera con la SVA. En Centroamérica, la semana de vacunación sirvió para mejorar la cobertura con todos los antígenos y ejecutar otras actividades como la administración de suplementos de vitamina A y aplicación de parasiticidas. En Honduras, los hombres se vacunaron como parte de un plan de eliminación de la rubéola.

Los países aprovecharon la oportunidad de poner al día su esquema de vacunación en un gran número de distritos y municipios de alto riesgo. Los distritos de alto riesgo se definieron por la presencia de poblaciones indígenas, tasas de cobertura bajas, sectores pobres en las zonas periurbanas y rurales, zonas con migración alta y comunidades fronterizas. Además, los países priorizaron las zonas en cuanto a riesgo epidemiológico según sus condiciones de vida, acceso limitado a los servicios de salud y ambiente ecológico. Algunos países también introdujeron actividades encaminadas a reducir la aparición de casos de poliomielitis derivados de la vacuna y a impulsar la iniciativa de eliminación del tétanos neonatal. Los recursos se movilizaron a nivel internacional (de la OPS, el UNICEF, los CDC) y a nivel de país, mediante los Comités de Coordinación Interinstitucional y fondos de diferentes ministerios de salud.

Iniciativa de 2004

La segunda actividad regional de vacunación se realizará durante la semana del 24 al 30 de abril de 2004. Los Estados Unidos (con apoyo de los CDC) y España participarán en la semana de vacunación en 2004, con lo cual se celebra la primera Semana Iberoamericana de Vacunación.

A continuación figuran algunas lecciones aprendidas que se pueden tener en cuenta para la organización de la próxima semana de vacunación:

- Mantener la prioridad de la SVA como una manera de apoyar el programa de vacunación de rutina, así como para fortalecer las Jornadas Nacionales de Vacunación a fin de interrumpir la transmisión del sarampión y la rubéola, según lo previsto por los países;

- Elaborar una metodología específica para evaluar los resultados y orientar las actividades de rutina;
- Definir costos exactos de las actividades ejecutadas y lograr que los ministerios incorporen esos costos en sus presupuestos;
- Incluir la programación de la SVA en los planes de acción de los países, como parte de la estrategia para priorizar y fortalecer el Programa Ampliado de Inmunización (PAI);
- Programar las rondas adicionales necesarias para lograr que los esquemas de vacunación se completen en los grupos de población excluidos puesto que la semana de vacunación debe servir de punto de partida para la puesta al día de la vacunación en clientes vacunados por primera vez;
- Registrar e intercambiar información, especialmente en las zonas fronterizas;
- Incluir a equipos de vigilancia y de inmunización en las actividades de la semana de inmunización para incorporar las búsquedas activas.

Conclusiones

La SVA constituye un instrumento regional que permite la asignación de prioridades de inmunización dentro de la agenda política de todos los países, promueve el panamericanismo, revitaliza las actividades en las zonas fronterizas, fortalece la red de atención primaria en las zonas de alto riesgo y refuerza la meta de la reducción de inequidades al beneficiar a los grupos de población tradicionalmente excluidos de los servicios de vacunación.

El compromiso político y la asignación de recursos por los países, la coordinación interinstitucional, la movilización social y la estrategia general de comunicación fueron fundamentales para el éxito de la SVA. El apoyo técnico y económico de la OPS, el UNICEF, los CDC, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el Organismo Andino en Salud (ORAS), lograron que la primera SVA fuese un éxito regional.

Resumen de la evaluación del PAI en Belice, mayo de 2003

Finalidad

La finalidad de la evaluación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) fue mejorar el desempeño del programa, proporcionar información fidedigna para la toma de decisiones y hacer que el compromiso y la planificación financieros mantengan lo que el PAI ha logrado hasta ahora y la introducción futura de vacunas nuevas. También se definieron las fortalezas y debilidades y los factores que facilitan y obstaculizan el logro de los objetivos del programa. Además, la evaluación determinó la satisfacción de los usuarios. Los datos recopilados también se usarán para elaborar un plan de acción quinquenal para fortalecer el programa.

Antecedentes

Belice, el único país de habla inglesa ubicado en Centroamérica, tiene una población total de 249.800 habitantes (censo de 2000). El país tiene seis distritos administrativos y de salud: Ciudad de Belice, los distritos de Toledo, Cayo, Corozal, Orange Walk y Stann Creek.

El gobierno se encarga de prestar atención de salud a toda la población, generalmente sin costo alguno para el usuario. Hay 76 establecimientos de salud pública en Belice (39 centros de salud y 37 puestos rurales de salud) y estos establecimientos prestan servicios de atención primaria de salud, incluida atención de salud materno infantil (SMI), inmunizaciones y control de vectores. La mayoría de los centros también proporciona servicios de extensión, los cuales representan aproximadamente 40% de la prestación de servicios de los centros.

El PAI en Belice comenzó en 1977. La cobertura de vacunación con BCG, VOP, DTP y con la vacuna antisarampionosa y la triple SPR (contra sarampión, parotiditis y rubéola) ha aumentado continuamente en el transcurso de los años. La cobertura con la VOP ha aumentado de 44% en 1980 a 86% en 1993 y a 93% en 2002. De manera análoga, la cobertura relativa al sarampión aumentó de 43% en 1982 a 83% en 1993; en 2002, la cobertura con la vacuna SPR fue de 89%.

Metodología

El equipo de evaluación estuvo integrado por expertos internacionales, Directores del PAI y personal de salud del Ministerio de Salud, Belice. Estos miembros se dividieron en cuatro equipos de evaluación. Cada equipo se asignó a 1 ó 2 distritos de salud. Los equipos visitaron los centros de salud, el hospital de distrito y a los médicos particulares en sus distritos asignados para evaluar las actividades de inmunización y vigilancia.

Se prepararon siete cuestionarios para recopilar información sobre cuestiones de operación y gestión. Uno de ellos se preparó para los usuarios del servicio. Las preguntas sobre cuestiones de operación y gestión se dirigieron a los encargados de adoptar decisiones y a los trabajadores de salud de los sectores público y privado. El formato de cuestionario consistió en preguntas que podían responderse de forma afirmativa o negativa y se agruparon por componente del programa. Las preguntas se categorizaron y se usaron para obtener un indicador de desempeño general respecto a cada área del programa.

Los usuarios del programa de vacunación se entrevistaron para determinar sus conocimientos y puntos de vista acerca del programa. La evaluación se realizó durante 18 días, y los cinco primeros días se dedicaron a preparativos. Aproximadamente 70% del tiempo de la evaluación se dedicó al trabajo sobre el terreno.

Análisis de datos

Se utilizó un programa de computación de censos del gobierno (IMPS4.1) para la entrada y el análisis de datos. Se crearon análisis de frecuencias, tabulaciones múltiples y gráficos de apoyo. El análisis cualitativo se hizo donde era necesario y se creó una matriz de logros, problemas y recomendaciones.

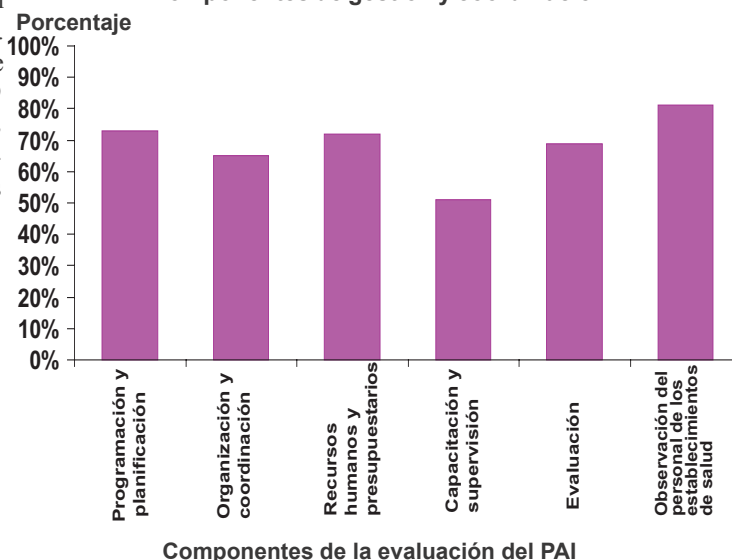
Resultados generales

Las visitas de campo se efectuaron en los 6 distritos de salud y se realizaron encuestas en 37 establecimientos de salud públicos y 7 privados. Se llevó a cabo un total de 296 entrevistas en todos los niveles. Entre los entrevistados estaban miembros del personal del Ministerio de Salud y un grupo representativo de funcionarios públicos y privados, y representantes de organizaciones no gubernamentales.

Se entrevistó a 221 usuarios de los servicios de SMI/PAI. Veintinueve por ciento de los usuarios se entrevistaron en los centros de salud. Ninguno de los miembros del personal ni de los usuarios se negó a participar en la entrevista.

El PAI en Belice es un programa bien coordinado y bien ejecutado, y tiene un plan nacional de trabajo anual y evaluaciones mensuales. Los establecimientos son adecuados y su ubicación y horarios de vacunación son convenientes. Los miembros del personal de los establecimientos son dedicados y están capacitados. La evaluación reveló un suministro adecuado de vacunas. La cadena de frío se mantiene eficazmente. La recopilación y la notificación de datos son excelentes. Existe una fuente fidedigna de datos para determinar la población

Figura 1. Evaluación del PAI de Belice
Componentes de gestión y coordinación



destinataria. Se encontraron normas escritas para el programa de SMI/PAI en los sitios visitados. Existe una buena conexión de telecomunicación entre los establecimientos de salud.

Evaluación de los componentes del PAI

Los principales componentes del programa examinados fueron: 1) organización, coordinación y programación; 2) productos biológicos, cadena de frío y logística; 3) capacitación y supervisión; 4) sistema de vigilancia; y 5) sistema de información. La figura 1 muestra la puntuación porcentual de cada componente evaluado pertinente al manejo y la coordinación, y la figura 2 muestra la puntuación de los componentes técnicos. La puntuación porcentual representa la proporción de todas las preguntas relativas a un componente que se respondieron afirmativamente. Esto da a los directores información sencilla pero útil para determinar rápidamente cuáles recursos de gestión se pueden requerir para mejorar el desempeño en un componente particular. Dado que el indicador relativo a cada componente evaluado se basa en una serie de preguntas, el análisis adicional de las respuestas a cada pregunta puede dar a un director información adicional para comprender las causas del rendimiento bajo.

La capacitación y la supervisión y la vigilancia epidemiológica fueron los componentes que tuvieron el desempeño más bajo. No había ningún manual de procedimientos para la supervisión ni instrumentos estandarizados de supervisión. Se programaban visitas de supervisión pero a menudo estas se veían limitadas debido a falta de transporte, personal insuficiente o la necesidad de que el supervisor participara en la prestación de servicios en el centro de salud. Se elaboraban planes de capacitación a nivel nacional y también a nivel distrital, pero no siempre se ponían en práctica. La mayoría del personal sanitario no había recibido capacitación acerca del PAI o de vigilancia integral en los cinco últimos años. Se llevaban a cabo actualizaciones en algunas reuniones y se celebró una sesión de capacitación de un día (principalmente en vigilancia). De los trabajadores de salud que se capacitaron, algunos compartieron la información con otros proveedores de atención, pero esto no se hizo sistemáticamente. Los proveedores de atención de salud declararon que en los establecimientos de salud existían manuales y normas escritas para la vigilancia epidemiológica, pero estos no se pudieron encontrar para verlos. Los formularios de investigación de casos que se encontraron en los centros de salud en general eran para sarampión/rubéola. No se encontraron formularios de investigación de casos para la parálisis flácida aguda (PFA), el tétanos neonatal (TNN) y otro tipo de enfermedades del PAI.

No había ningún informe anual sobre la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación. La búsqueda activa de casos no se lleva a cabo generalmente, pero, si se hace, la búsqueda de casos de sarampión/rubéola se efectúa principalmente en escuelas y guarderías infantiles. Los indicadores de vigilancia de los últimos cinco años han sido de más de 85%. Sin embargo, el

porcentaje de muestras que llegaron al laboratorio regional antes de que transcurrieran 5 días desde el momento en que se habían tomado fue de 24% en 2002. Este indicador se aplicó en 2000 y, desde entonces, ha oscilado entre 13% y 24%.

Los servicios de salud infantil de salud pública los prestan enfermeras. Más de 95% de los entrevistados eran enfermeras o tenían formación de enfermería. Más de 80% de las enfermeras entrevistadas conocían la definición de casos de sarampión/rubéola y PFA. Sin embargo, más de 50% del personal entrevistado desconocía la definición de casos de TNN. Más de 50% del personal conocía las medidas de control que deben adoptarse para un caso presunto de sarampión/rubéola. Más de 60% del personal desconocía los indicadores de vigilancia de sarampión/rubéola.

En los centros donde se tomaban muestras de sangre, casi todo el personal informó que había contenedores y portadores suficientes para las muestras. Aproximadamente 30% de las enfermeras de salud rural habían recibido capacitación para tomar muestras de sangre; sin embargo, en la mayoría de los centros de salud los pacientes se enviaban al hospital de distrito para que se les tomaran muestras de sangre.

Se efectuó una validación sencilla del sistema de vigilancia en el Hospital Karl Huesner Memorial, que es el hospital de referencia en Belice de los sectores público y privado. Los evaluadores examinaron los registros de los casos que se presentaron en el Departamento de Accidentes y Urgencias desde mayo de 2002 hasta mayo de 2003; y los ingresos a los pabellones

desde septiembre de 2002 hasta mayo de 2003. La encuesta de validación reveló que 4 casos presuntos de fiebre y erupción cutánea se pasaron por alto en 2002. En 2003 no se ha pasado por alto ningún caso de fiebre y erupción cutánea. No se pasó por alto ningún caso de PFA ni de otras enfermedades prevenibles por vacunación, con la excepción de varicela (6 casos), hepatitis B y tuberculosis pulmonar. Los registros de ingreso y de alta de los hospitales de distrito, incluidos los consultorios de atención ambulatoria, también se examinaron para validar el sistema de vigilancia epidemiológica. Había buena correlación entre estos registros y los datos proporcionados.

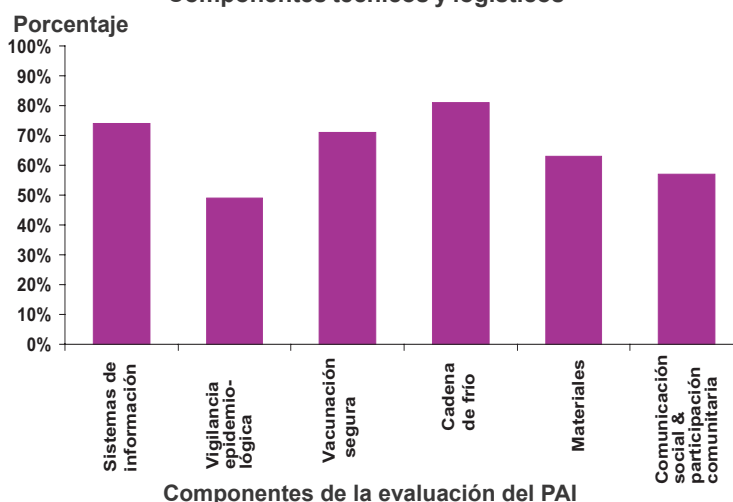
Los problemas principales y las recomendaciones relativas a componentes seleccionados del PAI se resumen en el cuadro 1.

Cuando se examinaron los componentes de evaluación a nivel distrital, los distritos del sur, que son predominantemente rurales, presentaron el desempeño más bajo respecto a todos los componentes, excepto en cuanto a inocuidad de vacunas, movilización social y participación comunitaria.

Entrevistas de los usuarios

De los 221 usuarios entrevistados, 3% recibieron servicios de vacunación en el sector privado y el resto en centros de salud del gobierno. Noventa y ocho por ciento de los entrevistados declararon que las vacunas son buenas y muy importantes para

Figura 2. Evaluación del PAI de Belice
Componentes técnicos y logísticos



la salud y protección de los niños. Estuvo claro que los usuarios conocían la importancia de las vacunas.

Más de 96% de los usuarios declararon que estaban satisfechos con la asistencia y la atención recibidas. Los usuarios opinaron en general que el período de espera no era largo. Contrariamente a lo que se observó en cuanto a otros aspectos del PAI, los usuarios de las comunidades rurales estaban más satisfechos con la atención prestada. Los usuarios de los distritos que tenían más comunidades rurales eran los que estaban más satisfechos con la atención.

Conclusiones

En los últimos años, el progreso en Belice ha sido considerable. La cobertura respecto a todos los antígenos administrados ha sido superior a 80% en los diez últimos años. La vacuna contra la hepatitis B se introdujo en el programa en 1999, la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en una combinación de DTP/Hib en 2001, y posteriormente se cambió a la combinación pentavalente de DTP/HepB/Hib en 2002.

Existen algunas deficiencias en el monitoreo de programas, la gestión de vacunas, la cadena de frío y la supervisión. Hay fallos importantes en el área de la vigilancia epidemiológica. Estas deficiencias pueden subsanarse mediante intervenciones dirigidas. Cabe señalar que las deficiencias fueron más notables en los establecimientos rurales y en los distritos de la región del sur.

Los examinadores calcularon que los costos para el fortalecimiento del PAI durante cinco años eran de US\$ 2,1 millones. El Ministro de Salud declaró su compromiso con la provisión de los fondos necesarios para esa meta. Además, el Gobierno de Belice se ha comprometido a mantener los logros que el programa ha obtenido hasta ahora y seguirá usando la vacuna pentavalente (DTP/HepB/Hib).

Los resultados y las recomendaciones de la evaluación del PAI deben dar lugar a mejoras significativas y sostenibles en el programa de vacunación en Belice.

Cuadro 1. Evaluación del PAI de Belice
Observaciones y recomendaciones principales por componente

Componentes	Observaciones	Recomendaciones
Organización, coordinación y programación	No se ha elaborado ningún plan de trabajo anual o trimestral en la mayoría de los distritos ni a nivel de centros de salud.	Elaborar un plan de trabajo anual con un calendario trimestral para cada distrito de salud.
	El plan de operación de SMI/PAI no siempre se conoce a nivel de campo.	La oficina regional y los directores distritales deben hacer que el personal esté más al tanto del plan de operaciones de SMI/PAI. Impartir capacitación para el monitoreo de coberturas de vacunación.
Productos biológicos, cadena de frío y logística	No existe ningún plan de urgencia para la cadena de frío en caso de corte de electricidad.	Redactar un plan de urgencia para la cadena de frío en caso de corte de electricidad para estar preparados a responder lo más rápido posible.
	No existe un plan de mantenimiento de inventario, reemplazo y medidas preventivas para la cadena de frío.	Establecer un inventario y preparar un plan de operaciones de mantenimiento de reemplazo y medidas preventivas.
	Muchos centros de salud no tienen un libro de registro de entrada de vacunas.	Elaborar y mantener un sistema computadorizado para vacunas y logística.
	Muchos centros de salud no tienen normas escritas para la eliminación de desechos de productos biológicos peligrosos.	Elaborar y ejecutar políticas y normas para la eliminación adecuada de desechos de productos biológicos peligrosos.
Capacitación y supervisión	No ha habido capacitación integral en PAI y/o vigilancia en los 5 últimos años.	Elaborar planes de capacitación para llevar a cabo seminarios acerca del PAI y conceptos de vigilancia y procedimientos para todos los niveles.
	No hay normas ni instrumentos estandarizados para las visitas de supervisión.	Elaborar un paquete escrito de orientación del PAI para los trabajadores de salud.
		Crear un instrumento estandarizado para la supervisión.
Sistema de vigilancia	Los conocimientos del personal relativos a conceptos de vigilancia y definiciones de casos son mínimos.	Elaborar y ejecutar materiales para aumentar los conocimientos relativos a productos y conceptos de vigilancia para todos los trabajadores de salud. Usar supervisión de apoyo para informar a los trabajadores de salud sobre las normas de vigilancia.
	40% de los centros de salud no tenían registros para documentar efectos adversos de vacunas ni medicamentos apropiados para el manejo de la anafilaxia.	Adiestrar al personal sanitario en vigilancia y documentación de efectos adversos y hacer todo lo posible para que todos los centros de salud tengan medicamentos apropiados para el manejo de la anafilaxia.
Sistema de información	El sistema de información sanitaria se computariza inadecuadamente.	El MS debe definir los requisitos del sistema de información sanitaria y establecer un presupuesto para mejorar y ampliar el equipo necesario de computadoras para todos los niveles.
	No hay ningún manual relativo a información sanitaria.	Elaborar un manual para el sistema de información.
	El registro de inmunización no está estandarizado y se elabora manualmente.	Elaborar y diseminar registros impresos y estandarizados.

Fiebre amarilla selvática: estado actual de los brotes en la Región de las Américas

Desde el 1 de enero hasta el 22 de septiembre de 2003, se ha notificado a la Organización Panamericana de la Salud un total de 198 casos confirmados de fiebre amarilla selvática que tuvieron como resultado 91 defunciones (cuadro 1). Este número representa casi el doble del número de casos notificados anualmente en cada uno de los dos años anteriores (figura 1).

De los 198 casos confirmados, 171 (86%) se identificaron en dos brotes grandes, uno en el Brasil y otro en la frontera entre Colombia y Venezuela. El Ministerio de Salud del Brasil notificó el primer brote en el período de enero a abril de 2003, en el Estado de Minas Gerais, ubicado en la región sudoeste del país. En este brote, hubo 62 casos que tuvieron como resultado 23 defunciones. El brote se controló gracias a una campaña de vacunación masiva de todos los residentes de los condados afectados y vecinos.

Tabla 1. Casos de fiebre amarilla selvática y defunciones notificados por país en la Región de las Américas hasta el 22 de septiembre de 2003

País	Casos	Defunciones
Bolivia	6	4
Brasil	62	23
Colombia	89*	40
Perú	21	12
Venezuela	20	12
Total	198	91

* 9 casos se notificaron in Venezulea

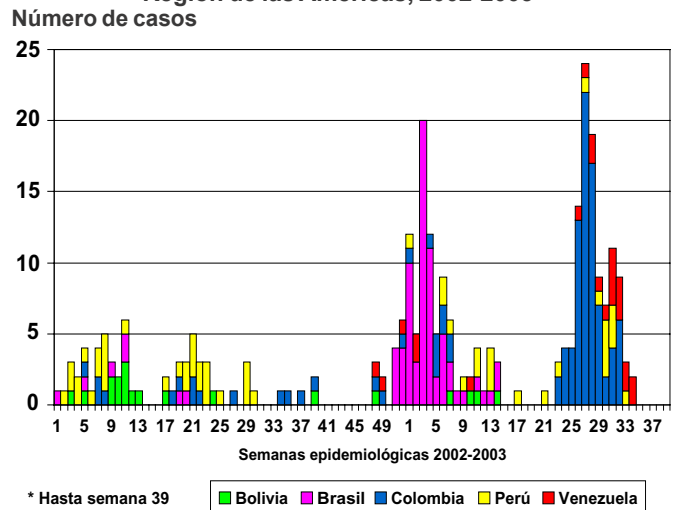
El segundo brote en la frontera entre Colombia y Venezuela sigue activo. Comenzó en enero de 2003 con 3 casos en Venezuela y 5 casos en Colombia. Tan pronto como se detectaron estos 8 casos iniciales, se intensificaron las actividades de vacunación en las zonas afectadas. Después de 18 semanas sin casos detectados, hubo un resurgimiento de casos notificados de fiebre amarilla selvática que comenzó en la semana epidemiológica 23 de 2003. Hasta la fecha, Colombia ha notificado 89 casos y 40 defunciones ocurridos en los departamentos del Norte de Santander y del Cesar en la región nordeste del país. Venezuela ha notificado 20 casos y 12 defunciones distribuidos entre los estados de Zulia y Táchira. En Colombia, el brote se atribuye a una migración intensa de personas empleadas en la cosecha de un cultivo ilegal en la zona afectada.

Las zonas urbanas cercanas al lugar del brote están infestadas con el vector de fiebre amarilla urbana *Aedes aegypti*, lo cual pone de relieve el riesgo de reurbanización de la enfermedad en las Américas. Se está llevando a cabo la búsqueda activa de casos de fiebre e ictericia con púrpura hemorrágica o sin ella en todas las zonas afectadas. El objetivo de estas búsquedas activas es la detección temprana de la circulación de la fiebre amarilla selvática para que las medidas de control de brotes puedan ejecutarse en el momento adecuado. Los dos países están realizando actividades intensivas de vacunación masiva. La meta de la campaña es inmunizar a todos los residentes de los departamentos de Norte de Santander y del Cesar en Colombia, así como de los estados de Zulia y Táchira en Venezuela. Las autoridades de salud pública de ambos países han intensificado las actividades fronterizas

conjuntas para controlar el brote y manejar las dificultades de la vacunación en zonas con poblaciones desplazadas y conflicto armado en curso.

Además, el Perú ha notificado 21 casos de fiebre amarilla selvática que tuvieron como resultado 12 defunciones en 2003. Todos estos casos ocurrieron en departamentos que son enzooticos respecto a la fiebre amarilla selvática (6 casos en Cuzco, 2 casos en Madre de Dios, 1 caso en Puno y 12 casos en San Martín). De los 12 casos en San Martín, 11 casos que tuvieron como resultado 5 defunciones ocurrieron durante las semanas epidemiológicas 27-33. Los 10 casos restantes del Perú ocurrieron esporádicamente.

Figura 1. Número de casos de fiebre amarilla selvática por semanas Región de las Américas, 2002-2003*



Recomendaciones

1. Los países endémicos de fiebre amarilla deben lograr una cobertura de vacunación de 100% en las zonas enzooticas. La vacunación contra la fiebre amarilla es necesaria para todos los viajeros que entran en las zonas enzooticas.
2. La vigilancia de la fiebre amarilla debe fortalecerse. La vigilancia oportuna permitirá la ejecución rápida de actividades de control cuando se detectan brotes.
3. Los países deben preparar normas de respuesta rápida de emergencia para aplicarlas en caso de brote de fiebre amarilla.
4. La planificación adecuada del suministro de vacunas para la vacunación ordinaria y el control de brotes es fundamental. La vacuna debe estar disponible en todo momento para responder a las emergencias.
5. La ejecución de un programa integral de control de vectores y de vigilancia mantendrá la densidad de *Aedes aegypti* baja en medios urbanos. Esta estrategia también ayudará a prevenir los brotes de dengue.

Tasas de cobertura: DTP-3, VOP-3, sarampión, BCG Región de las Américas, 2002

País	DTP		VOP		Sarampión		BCG	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Anguila	99	99	99	91	92	99	99	99
Antigua y Barbuda	97	98	99	93	96	99	N/A	N/A
Argentina	84	93	85	94	90	95	99	99
Bahamas	98	94	98	93	92	94	N/A	N/A
Barbados	90	87	93	86	93	91	N/A	N/A
Belice	96	89	96	93	93	89	98	97
Bermuda	64	71	34	71	...	75	64	N/A
Bolivia	90	93	90	93	99	99	95	99
Brasil	95	96	99	97	99	95	99	99
Islas Vírgenes Británicas	99	98	99	99	99	99	99	80
Canadá*	...	93	...	93	...	95	N/A	N/A
Islas Caimán	92	93	92	93	87	91	93	92
Chile	99	99	99	99	99	99	99	94
Colombia	80	80	83	82	90	93	87	87
Costa Rica	91	94	92	94	85	94	87	92
Cuba	99	99	99	99	99	93	96	99
Dominica	99	98	99	98	99	99	99	99
República Dominicana	72	73	87	76	98	89	96	96
Ecuador	90	87	92	88	99	82	99	99
El Salvador	92	81	94	81	82	93	92	92
Granada	96	98	96	98	99	96	N/A	N/A
Guatemala	93	95	93	95	91	92	94	96
Guyana	85	91	90	93	93	93	95	91
Haití	49	39	53	41	53	34	49	45
Honduras	95	95	99	95	98	97	93	94
Jamaica	89	86	91	86	85	86	96	90
México	89	91	90	92	95	96	99	92
Montserrat	98	92	98	94	89	99	90	99
Nicaragua	92	85	92	85	99	98	98	93
Panamá	99	89	95	85	88	88	99	92
Paraguay	89	87	90	87	90	87	86	84
Perú	90	95	90	95	99	95	87	92
Saint Kitt y Nevis	99	97	99	97	94	99	95	99
Santa Lucía	95	88	96	90	89	98	99	95
San Vicente y las Granadinas	99	99	99	99	98	99	99	91
Suriname	68	73	65	73	82	73	N/A	N/A
Trinidad y Tabago	91	96	91	96	91	87	N/A	N/A
Islas Turcas y Caicos	99	93	97	93	99	86	98	92
Uruguay	90	95	90	95	94	95	99	99
EUA	94	...	89	...	91	...	N/A	N/A
Venezuela	63	63	79	77	98	78	85	90

* Canadá utiliza la vacuna Pentacel (DTaP-IPV-Hib)

N/A Datos no se aplican

... Datos no disponibles

Puesta al día: 16 de septiembre de 2003

En memoria del Dr. Frederick C. Robbins, laureado con el premio Nobel de 1954

El Dr. Frederick C. Robbins, afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad Case Western Reserve por más de 50 años, falleció el 4 de agosto en Cleveland, Ohio, a los 86 años de edad. Fue Decano Emérito de la facultad de medicina y Profesor Emérito universitario. El Dr. Robbins compartió el premio Nobel de 1954 en Fisiología o Medicina con John F. Enders, Ph.D. y Thomas H. Weller, M.D., por descubrir un método de cultivo del poliovirus en un tubo de ensayo. Anteriormente, el virus tenía que estudiarse en monos, los cuales eran difíciles de manejar y de uso costoso. Este logro dio lugar a la elaboración de vacunas eficaces contra la poliomielitis y también preparó las condiciones para la elaboración fructífera de vacunas contra el sarampión y la rubéola, otras infecciones mortales para los niños.

El Dr. Robbins nació en Auburn, Alabama, el 25 de agosto de 1916. Recibió los títulos de A.B. y B.S. en la Universidad de Missouri en 1936 y 1938, respectivamente, y obtuvo el título de médico en la Escuela de Medicina de Harvard en 1940. La Segunda Guerra Mundial interrumpió su residencia en bacteriología en el Centro Médico del Hospital Infantil en Boston. Recibió la Estrella de Bronce por Servicio Distinguido y fue cesado en 1946. Poco tiempo después finalizó su residencia.

El Dr. Robbins ocupó cargos en la Facultad de Medicina de Harvard y varios hospitales de Boston antes de ir a Cleveland en 1952 para formar parte del cuerpo docente de la Universidad Case Western Reserve y fue nombrado Director del Departamento de

Pediatría y Enfermedades Contagiosas. En 1966, fue nombrado Decano de la Facultad de Medicina; desempeñó este cargo hasta 1980, cuando se le dieron los títulos de Decano Emérito y Profesor Emérito Universitario.

Desde 1980 hasta 1985, el Dr. Robbins desempeñó el cargo de presidente del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en Washington, D.C., organización privada que promueve y difunde el conocimiento científico para mejorar la salud humana y asesora al gobierno federal. Desde 1981 hasta 1985, tuvo el título de Profesor Distinguido en el Departamento de Pediatría de la Universidad de Georgetown, Washington, D.C.

El Dr. Robbins fue galardonado con numerosos grados honorarios y premios de varias instituciones y organizaciones. Entre los honores relacionados con la Universidad Case Western Reserve figuran: el Premio Especial de la Junta Directiva de la Asociación de Ex alumnos de la Facultad de Medicina en 1993, un doctorado honorario de grado científico en 1992 y el primer Premio Frank y Dorothy Humel Hovorka en 1994, otorgado por logros excepcionales en

enseñanza, investigación y servicio.

El Dr. Robbins desempeñó el cargo de Presidente de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis de la OPS en las Américas. Su dedicación y liderazgo fueron fundamentales para el logro de la meta de erradicación de la poliomielitis y su certificación posterior en las Américas. La OPS, así como el resto del mundo de la salud pública, ha perdido a un gran amigo y partidario.



El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización 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

ISSN 0251-4729.

Editor: Jon Andrus
Editores Adjuntos: Béatrice Carpano y Kathryn Kohler

Unidad de Inmunización
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
<http://www.paho.org>