

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXX, NÚMERO 2 ► ABRIL DE 2008

- 1 Sexta SVA
- 1 Alianza OPS-CIII
- 2 Certificación de la erradicación de la poliomielitis
- 3 Nuevo algoritmo para las pruebas de identificación de poliovirus
- 4 Vigilancia de la neumonía y la meningitis bacterianas
- 5 Esfuerzos hacia la erradicación mundial de la polio
- 6 Vacunas e Inmunización en las Américas: Hitos 1977-2007
- 7 Indicadores de PFA y sarampión/rubéola, 2007
- 8 Fondo Rotatorio: Precios de las jeringas para 2008

Sexta Semana de Vacunación en las Américas: del 19 al 26 de abril de 2008

Este año, la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) celebra su sexta edición. La iniciativa regional pretende revitalizar el compromiso político en materia de inmunización y promover la cultura de la prevención. La SVA sigue centrándose en llegar a las comunidades más vulnerables y de difícil acceso, a menudo dejadas de lado por los servicios regulares, tales como las ubicadas en zonas rurales, periurbanas y fronterizas, además de los municipios con baja cobertura y las comunidades indígenas. Como afirma la Directora General de la OMS, la doctora Margaret Chan, el objetivo fundamental de la semana es "promover la equidad y el acceso a la vacunación", objetivo que constituye uno de los temas centrales que aborda la Organización Mundial de la Salud.

Con ocasión de la SVA, se programaron múltiples actividades festivas en zonas fronterizas entre los Estados Unidos y México, en Centroamérica y en Panamá. Estas actividades recalcan la importancia de la vacunación, promueven el panamericanismo y subrayan la necesidad de la cooperación internacional en materia de salud pública. En otras subregiones, los países han planificado sus propias actividades locales, en conformidad con sus necesidades y metas de salud pública. En total, 44 países y territorios del continente americano llevaron a cabo campañas de vacunación contra enfermedades tales como el sarampión, la rubéola, la poliomielitis, el tétanos, la difteria, la fiebre amarilla, la influenza, la infección por rotavirus, la hepatitis B y la tos ferina.

El éxito de la SVA la ha convertido en un modelo para otras Regiones de la Organización Mundial de la Salud. Este año, se celebra en Europa la tercera edición de la Semana Europea de Inmunización, de forma simultánea a la de las Américas. Con la mirada puesta en el futuro, el éxito creciente de estas iniciativas Regionales y el apoyo de la Organización Mundial de la Salud allanan el camino hacia una Semana Mundial de Vacunación con una clara estrategia en mente: la de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La alianza OPS-CIII: apoyo a la inmunización en Haití

La Iniciativa Canadiense para la Vacunación Internacional (CIII, por sus siglas en inglés) es una alianza de la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA, por sus siglas en inglés) con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Iniciativa Mundial de Investigación en Salud (GHRI, por sus siglas en inglés). Su objetivo es promover la colaboración entre los expertos canadienses y las organizaciones de todo el mundo para fortalecer los programas de inmunización de los países de bajos y medianos ingresos, y apoyar las iniciativas globales dirigidas a la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y el control de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación.

La CIII se halla actualmente en su segunda fase (2003-2008). Desde su inicio en 1998, CIII ha elaborado una base de datos de profesionales altamente capacitados en materia de inmunización. La CPHA administra la asistencia técnica de la CIII, ideada para responder rápidamente a las solicitudes de los socios de los países en desarrollo para el despliegue de consultores canadienses con pericia específica en el campo de la vacunación. El gobierno de Canadá, por medio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, ha financiado las dos fases de la iniciativa.

La alianza entre la OPS y la CIII se estableció en 2004 coincidiendo con el inicio de la segunda fase. La alianza ha prosperado significativamente, ya

Ver OPS-CIII página 2

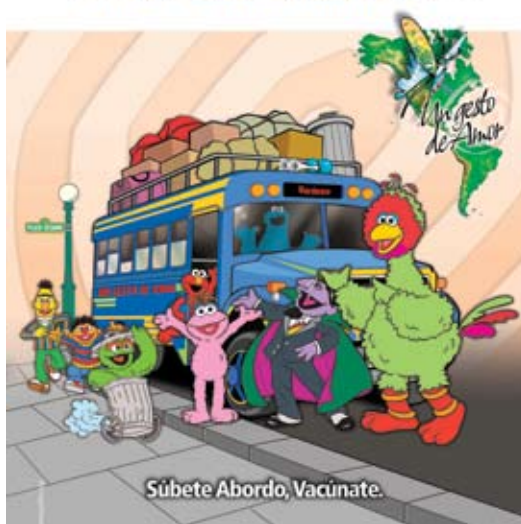
Vacunación

Semana de vacunación en las Américas 2008



Vacunación

Semana de vacunación en las Américas 2008



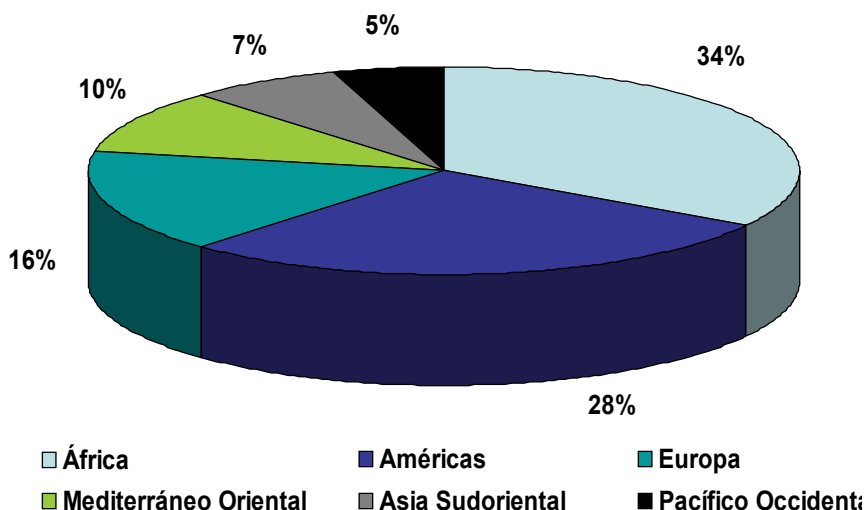
OPS-CIII cont. página 1

que la CIII ha proporcionado apoyo técnico especializado por medio del programa STOP (Detener la Transmisión de la Poliomielitis). Además, los consultores canadienses han participado como voluntarios en misiones de tres meses para apoyar las iniciativas dirigidas a la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión en el continente americano, donde se han llevado a cabo el 28% de las misiones de asistencia técnica de la CIII en las distintas regiones de la OMS (figura 1).

En los cuatro últimos años, la CIII ha financiado 25 misiones de asistencia técnica en el continente americano. Un total de 16 misiones (86%) se llevaron a cabo en Haití y se centraron en el fortalecimiento del Programa Nacional de Inmunización. Con apoyo de la CPHA y otros socios, se han obtenido diversos resultados significativos, a pesar del elevado grado de inestabilidad política y la falta de recursos de todo tipo. Entre los logros alcanzados en Haití figuran los siguientes:

- la elaboración de módulos de capacitación en las normas y los procedimientos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), y en la vigilancia epidemiológica, dirigidos a los proveedores de los servicios;
- el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica que engloba todas las enfermedades de notificación obligatoria en Haití, incluidas las que son objeto del PAI;
- la rubéola y el síndrome de rubéola congénita se han agregado a la lista de las enfermedades de notificación obligatoria en Haití;
- se ha impartido o renovado la capacitación de todos los epidemiólogos departamentales y del personal del PAI en materia de gestión y vigilancia del PAI. En este momento, ellos están en condiciones de supervisar e impartir capacitación al personal que, bajo su autoridad, está a

Figura 1. Distribución geográfica de las misiones técnicas de la fase 2 de CIII entre las Regiones de la OMS



Fuente: Asociación Canadiense de Salud Pública.

- cargo de las instituciones;
 - la capacitación del equipo nacional del PAI en materia de vigilancia y estadística epidemiológicas ha hecho posible el seguimiento del programa (dos veces al año), con la consiguiente mejora de las actividades del PAI y de la vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria; y
 - la campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis, el sarampión y la rubéola, que también proporciona suplementos de vitamina A y medicamentos antiparasitarios en las escuelas.
- La alianza OPS-CIII ha resultado muy provechosa hasta la fecha. Se prevé que con el financiamiento sostenido de la CIII, el principal objetivo de las mi-

siones futuras seguirá siendo la reducción de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de las enfermedades. La CIII va a renovar el contrato a tres consultores actualmente destinados en Haití que apoyan las actividades de supervisión y vigilancia durante la campaña de vacunación antirrubéolica en curso. La CIII desearía que se mantuviera la colaboración de los consultores canadienses en Haití y se extendiera a otros países de la Región de las Américas. La alianza entre la OPS y la CIII ha resultado muy gratificante para los consultores canadienses, ya que han podido compartir su pericia en materia de inmunización y a su vez aprender. ■

Certificación de la erradicación de la poliomielitis en el continente americano

En febrero de 2004, la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció la Comisión Regional Americana para la Certificación de la Contención de los Poliovirus en el Laboratorio y la Verificación del Estado Libre de Poliomielitis (AMR RCC) con objeto de confirmar de manera independiente que se satisfacen los requisitos de contención del poliovirus salvaje en el laboratorio y verificar que sigue inalterada la condición libre de poliomielitis en la Región. En su primera reunión, en marzo de 2004, la AMR RCC estableció las atribuciones y las normas regionales en conformidad con la fase I del Plan de Acción Mundial de la OMS para la contención en el laboratorio de los polio-

virus salvajes (2003).¹ Esta iniciativa ayudará a los gobiernos nacionales a llevar a cabo extensas encuestas de laboratorio de alta calidad, y a verificar las observaciones de sus comités nacionales de certificación (CNC).

La segunda reunión de la AMR RCC se convocó en Brasilia los días 28 y 29 de febrero de 2008. En ella participaron miembros de la Comisión de Argentina, Brasil, Estados Unidos, Guyana y Haití. La finalidad de la reunión fue analizar el progreso

¹ WHO Global Plan for laboratory containment of wild poliovirus (2.ª edición), WHO/V&B/03.11, se puede consultar en www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF03/www729.pdf.

regional desde 2004 y acelerar la finalización de la fase I en la Región para fines de 2008.

Muchos países de la Región de las Américas ya iniciaron las actividades de la fase I entre 2001 y 2003. Con objeto de satisfacer las normas mundiales en materia de encuestas y notificaciones, la Región debe afrontar ciertas dificultades tales como los retrasos no previstos en la erradicación a escala mundial, las fallas en la consumación de la fase I y el tiempo transcurrido desde el último aislamiento de poliovirus en la Región. Muchos funcionarios a cargo de polio se han jubilado u ocupan otras posiciones importantes en el ámbito de la salud. Algunos CNC han permanecido inactivos y otros han modificado su composición. Algunas de las encuestas nacionales recibidas inicialmente por la Comisión Regional resultaron inadecuadas. Casi todos los países de la Región deben vencer alguna dificultad para poder culminar la fase I en 2008. No

obstante, la Comisión está convencida de que los países pueden aprovechar la experiencia previa y, mediante iniciativas concertadas a escalas nacional

y regional, satisfacer los objetivos previstos para el 2008.

Nota: Los informes de las reuniones de la AMR RCC se pueden consultar en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/poliomyelitis.htm>

Segunda Reunión de la AMR RCC: conclusiones y decisiones

La AMR RCC llegó a la conclusión de que los países podían dividirse en dos grupos generales con base en la evaluación de la información disponible y el cumplimiento de los requisitos de la fase I:

- El grupo A incluye a los países que han finalizado o casi han finalizado la encuesta: Bolivia, Canadá, los países del Caribe, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Haití, Honduras, México, Nicaragua y la República Dominicana.
- El grupo B incluye a los países donde queda mucho por hacer: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Las decisiones adoptadas por la AMR RCC en su segunda reunión son las siguientes:

- Los países del grupo A deben preparar un informe final, usando la plantilla modelo, para su presentación a la OPS antes del 31 de julio de 2008.
- Los países del grupo B deben preparar un informe sobre los progresos realizados, usando la plantilla modelo, para su presentación a la OPS antes del 31 de julio de 2008. El informe debe abordar las conclusiones del RCC específicas de cada país, proporcionar una actualización del trabajo ya finalizado y describir los planes para finalizar la encuesta y el inventario antes del 31 de diciembre de 2008.
- La Secretaría debe hacer lo siguiente
 - preparar un plan de acción, incluidas las asignaciones de recursos, para culminar la fase I en

- la Región para fines de 2008, con un análisis de los informes finales por parte de la RCC programado para el mes de marzo de 2009;
- clarificar, en colaboración con la Región de Europa de la OMS (EURO), los canales de notificación para las islas del Caribe vinculadas en temas de salud con los países europeos;
- estudiar la incorporación de una persona o varias para apoyar el proceso de contención regional;
- llevar a cabo un taller sobre la fase I en mayo de 2008 dirigido a los países pertinentes del grupo B; y
- programar la tercera reunión de la AMR RCC para la segunda semana de octubre de 2008. ■

Nuevo algoritmo para las pruebas de identificación de poliovirus

En 1991, se logró la erradicación de la poliomielitis en el continente americano y en 1994 se certificó que la Región estaba libre de la circulación del poliovirus salvaje autóctono. A pesar de que se han hecho notables avances para lograr la erradicación de la poliomielitis a escala mundial, aún no se ha podido interrumpir la transmisión endémica de los poliovirus salvajes 1 y 3 en cuatro países: Afganistán, India, Nigeria y Pakistán [1].

En 2007, se aislaron poliovirus salvajes en 1 308 pacientes afectados de poliomielitis parálisis en 13 países. La transmisión es endémica en 4 de esos 13 países. Se aislaron poliovirus derivados de la vacuna (PDV) en 72 pacientes de dos países [2]. Más del 60% de los casos de poliomielitis notificados a escala mundial en los últimos años se deben a poliovirus importados a zonas libres de poliomielitis. La detección de la importación de poliovirus salvajes desde las zonas endémicas a países previamente libres de poliomielitis y los brotes ocasionados por PDV subrayan los riesgos existentes en los países que no logran mantener una alta cobertura de vacunación antipoliomielítica.

En 2005, para acelerar y garantizar la interrupción de la transmisión de los poliovirus salvajes y de los PDV en todo el mundo, la Segunda Reunión del Comité Consultivo sobre la Erradicación de la Poliomielitis (ACPE, por sus siglas en inglés) recomendó como una prioridad estratégica la reducción del

tiempo necesario para la confirmación de laboratorio de los casos de poliomielitis. El ACPE apoyó el establecimiento del Grupo de Trabajo sobre la Aceleración de la Confirmación de Laboratorio del Poliovirus con objeto de introducir y perfeccionar un algoritmo abreviado para el procesamiento de las muestras y la identificación del virus [3].

El plazo necesario para la confirmación puede verse afectado por las condiciones del terreno, el transporte y el funcionamiento del laboratorio. El transporte de las muestras es un factor que influye decisivamente en el plazo de obtención de los resultados. Por consiguiente, se ha intentado reducir el tiempo necesario para el transporte, aunque con escasos frutos. Es importante la detección temprana en el laboratorio del poliovirus en las muestras de heces de los pacientes con parálisis flácida aguda, ya que ello permite que las intervenciones de salud pública detengan las cadenas de transmisión de poliovirus salvajes y de PDV. Con la finalidad de reducir el tiempo entre el inicio de la parálisis en los pacientes y la confirmación de la infección por poliovirus en el laboratorio, el Grupo de Trabajo sobre la Aceleración de la Confirmación de Laboratorio del Poliovirus propuso que el actual algoritmo de detección se redujera en dos fases: 1) el tiempo de observación del cultivo celular inoculado con muestras de heces, y 2) la neutralización utilizada para la serotipificación del virus.

Se evaluó el nuevo algoritmo en tres laboratorios de la India y Pakistán, y en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta (Estados Unidos). Las pruebas indicaron que era posible reducir los tiempos de notificación y mantener una sensibilidad equivalente o mayor en comparación con el protocolo de análisis actual [4].

En 2005, el tiempo promedio necesario para realizar los procedimientos de laboratorio mediante el algoritmo tradicional en las zonas donde la poliomielitis es endémica era de 45 días en la Región de África de la OMS, de 25 días en la Región del Mediterráneo Oriental y de 30 días en la Región del Asia Sudoriental. En la Región de las Américas, el tiempo promedio necesario para llevar a cabo los procedimientos de laboratorio era de 42 días. El nuevo algoritmo permite una reducción general del 50% (de los 42 días actuales a 21) del tiempo previsto para el análisis de laboratorio.

La aplicación del nuevo algoritmo debe producirse en tres fases, según las prioridades geográficas y epidemiológicas para la erradicación de la poliomielitis a escala mundial, y la disponibilidad de infraestructura para realizar los análisis [4].

Aunque el continente americano está libre de poliovirus salvaje, la red de laboratorios de poliomielitis sigue funcionando plenamente y proporciona resultados imprescindibles para la vigilancia y verificación de la circulación del virus en la Región. Considerando que el nuevo algoritmo se ideó para reducir el tiempo de obtención de los resultados de laboratorio y aumentar la sensibilidad de detección del poliovirus, surgió cierta inquietud

con relación a una posible pérdida de sensibilidad para el aislamiento de enterovirus no poliomiélticos (EVNP). Por consiguiente, a fines de 2006, se estudió el nuevo algoritmo de forma preliminar en el continente americano con objeto de evaluar si era adecuado para el estado actual de la Región, donde la tasa de aislamiento de poliovirus es inferior a la de EVNP.

Durante la Reunión Regional de Laboratorios de Poliomiéltis, en mayo de 2007, se presentaron los resultados de la primera evaluación. La red de laboratorios del continente americano llegó a la conclusión de que el nuevo algoritmo mejoraba la sensibilidad para la detección de poliovirus y re-

quería menos tiempo, sin que por ello se perdiera sensibilidad para la detección de EVNP. Sin embargo, se observó un aumento del volumen de trabajo en reactivos. El tiempo medio para la obtención de resultados fue de 12 días para los poliovirus y varió entre 18 y 27 días para los EVNP.

El nuevo algoritmo se está aplicando en la red de laboratorios y el tiempo actual previsto de notificación pasará a ser de 14 días o menos para un 80% o más de los resultados negativos o positivos para poliovirus y de 21 días o menos para un 80% o más de los resultados de diferenciación intratípica o de EVNP. ■

Bibliografía:

1. World Health Organization. Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 27-28 November 2007. Wkly Epidemiol Rec, No. 3, 2008, 83:25-36.
2. World Health Organization. Wild Poliovirus Weekly Update. Se puede consultar en la página web de la Available from the Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiéltis en <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>.
3. World Health Organization. Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Polio Eradication. Geneva 11-12 October 2005. Se puede consultar en http://www.polioeradication.org/content/meetings/FinalReport_ACPE_12Oct05Meeting.pdf
4. World Health Organization. Summary and recommendations of the 12th informal consultation of the WHO Global Polio Laboratory Network, June 2006. Wkly Epidemiol Rec, No. 44, 2006, 81:417-424.

Vigilancia de la neumonía y la meningitis bacterianas en el continente americano

La neumonía constituye una de las principales causas de hospitalización y muerte en niños menores de 5 años en la Región. En los países en desarrollo, la causa de la neumonía es generalmente bacteriana. Según los cálculos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2005 se registraron 1,6 millones de defunciones causadas por neumonías, y entre 700 000 y 1 000 000 de estas se produjeron en niños menores de 5 años. Por otra parte, la meningitis bacteriana, aunque no tan frecuente, siempre es una enfermedad grave dados el riesgo de secuelas y su alta mortalidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de PneumoADIP y otros socios, promueve la implementación o el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de neumonías y meningitis bacterianas a escala nacional en los niños menores de 5 años. El análisis de los datos obtenidos de la vigilancia apoyará la toma de decisiones para la inclusión de las nuevas vacunas en los esquemas nacionales de inmunización, ayudará a evaluar el impacto de la vacuna y servirá de guía para el uso racional de agentes antimicrobianos.

Método

Se recomienda la vigilancia centinela hospitalaria seleccionando los hospitales de los países según criterios tales como la disponibilidad de un servicio de radiología, laboratorios de bacteriología que realicen análisis de muestras, y recursos humanos y logísticos suficientes para las actividades de vigilancia.

Las definiciones de caso para la neumonía y la meningitis bacterianas son las siguientes:

- **Caso de neumonía:** Cualquier niño menor de 5 años hospitalizado con sospecha clínica de neumonía confirmada mediante una radiografía de tórax compatible.
- **Caso de meningitis:** Cualquier niño menor de

5 años hospitalizado con sospecha clínica de meningitis confirmada mediante un examen del líquido cefalorraquídeo compatible con el diagnóstico de meningitis bacteriana, es decir, turbio; con aumento de leucocitos ($>100/\text{mm}^3$); o leucocitos entre 10 y $100/\text{mm}^3$ y aumento de las proteínas ($>100 \text{ mg}^3$) o disminución de la glucosa ($<40 \text{ mg}^3$).

En ambos casos, la confirmación definitiva debe realizarse mediante estudios de laboratorio (identificación o cultivo de las bacterias en sangre o en líquido cefalorraquídeo).

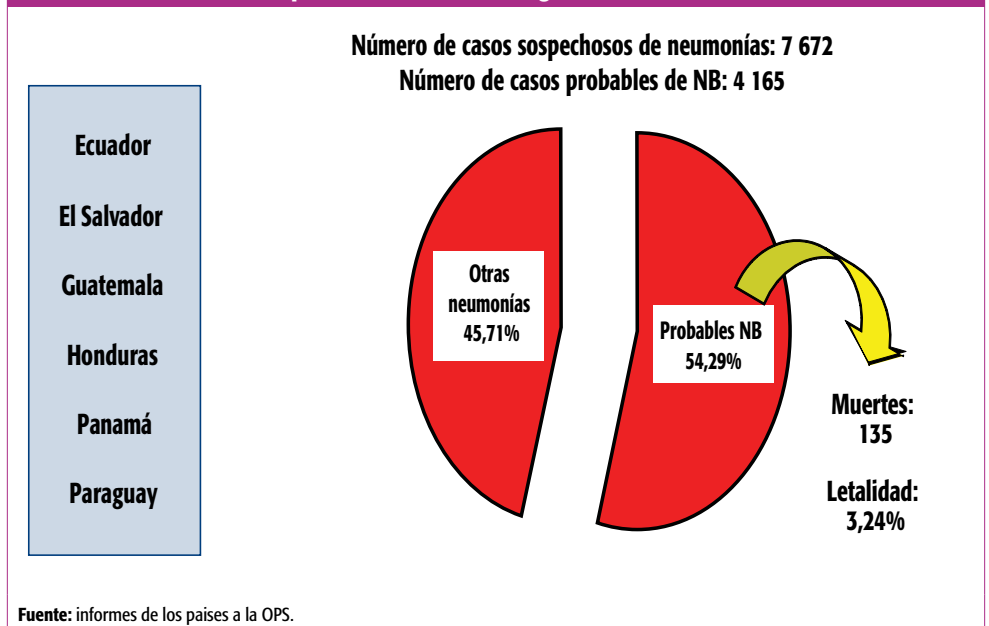
Actividades

La OPS ha elaborado una guía práctica regional

para la ejecución sistemática de la vigilancia hospitalaria centinela de neumonías y meningitis bacterianas. También ha celebrado diversas reuniones dedicadas a la vigilancia de las enfermedades para las que se dispone de nuevas vacunas. Se organizaron varias reuniones subregionales sobre la introducción de las nuevas vacunas en 2007 (en Costa Rica y Chile) y 2008 (en Colombia y Venezuela). Está prevista la celebración de otra reunión en noviembre de 2008 en el Caribe de habla inglesa. También se celebraron dos reuniones nacionales en Brasil y Perú. Las reuniones se organizaron con el apoyo del Sabin Vaccine Institute, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y el PneumoADIP, y reunieron a representantes de los ministerios de salud y profesionales de los hospitales centinela de toda América Latina.

Los funcionarios de la OPS han visitado los países participantes para prestar apoyo y establecer re-

Figura 1. Vigilancia centinela hospitalaria de neumonías bacterianas (NB) en niños menores de 5 años, países seleccionados, Región de las Américas, 2007



des nacionales de vigilancia centinela, con objeto de ayudar a adaptar los lineamientos regionales al contexto nacional para estandarizar la recopilación de datos y establecer la frecuencia de la notificación, y fortalecer la integración de la vigilancia epidemiológica nacional y la vigilancia de laboratorio (SIREVA II).

A fines de 2007, 12 Estados Miembros habían expresado su compromiso de implementar los sistemas de vigilancia y ya han adaptado los lineamientos regionales. Seis países de la Región han iniciado la notificación sistemática mensual de los datos de vigilancia. Además, Pro-Vac, otra iniciativa de la OPS para mejorar la capacidad nacional de adoptar decisiones basadas en evidencia, proporcionará apoyo técnico a los países con objeto de fortalecer la notificación de los datos epidemiológicos. Estos datos se utilizarán para realizar estudios de costo-

efectividad que permitan apoyar la introducción de nuevas vacunas.

Resultados

Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay han notificado datos de vigilancia durante 2007. Los hospitales centinelas notificaron un total de 49 143 hospitalizaciones de niños menores de 5 años, de las cuales 15,6% (7672) fueron casos sospechosos de neumonía. De los casos sospechosos, 54,3% (4165) se clasificaron como casos probables de neumonía bacteriana, y la mortalidad notificada por neumonías bacterianas fue de 3,2% (figura 1). Sólo 6,4% (267) de las neumonías bacterianas se confirmaron mediante un aislamiento positivo. De los casos confirmados, 20,6% (55) correspondieron a cepas de *Streptococcus pneumoniae*.

Conclusiones

Es esencial que los países que han establecido sistemas de vigilancia sigan mejorando la calidad de sus datos. Los países que aún no han establecido un sistema de vigilancia deberían hacerlo al menos en un hospital centinela. La vigilancia es fundamental para conocer el perfil epidemiológico de las neumonías y meningitis bacterianas, hacer un seguimiento de los patrones de resistencia a los antimicrobianos, aportar datos para estudios económicos y ayudar a determinar el impacto de las intervenciones.

Bibliografía:

1. Boletín de Inmunización. Hacia la introducción de la vacuna anti-neumocócica. Vol. XXX (1).
2. Boletín de Inmunización. La iniciativa Pro-Vac de la OPS. Vol. XXIX (6).
3. Guías prácticas de la OPS. Se pueden consultar en http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/FieldGuide_Index.htm.

Esfuerzos regionales conjuntos hacia la erradicación mundial de la polio

En febrero de 2007, la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó una reunión urgente de todos los donantes e interesados directos involucrados en las iniciativas mundiales de erradicación de la poliomielitis. El objetivo de la reunión fue proporcionar un foro para discutir cómo se podía fortalecer la capacidad administrativa y de gestión de la OMS para asegurar el logro de la meta de erradicación de la poliomielitis. Al mismo tiempo, la Dra. Chan solicitó a las Regiones libres de polio que prestaran apoyo a los países y las Regiones donde todavía está circulando el virus (figura 1).

En respuesta a la solicitud de la Dra. Chan, la Dra. Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas, inició un proceso para movilizar recursos en nuestro continente con el objetivo primario de apoyar las actividades de erradicación de la poliomielitis en África. La cooperación entre la OMS y sus Oficinas Regionales en África (AFRO) y las Américas ha producido los siguientes logros:

- Miembros del personal de la OPS participaron en dos reuniones conjuntas de OMS/AFRO en Brazzaville, Congo, para examinar el proceso de manejo de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis.
- Cuba envió a 21 profesionales a Angola durante un período de seis meses para prestar apoyo. Dado el sobresaliente apoyo recibido, Angola y AFRO han solicitado que éste se extendiera por dos meses adicionales.
- Una profesional de El Salvador prestó apoyo a Nigeria durante tres meses al comienzo de 2008.

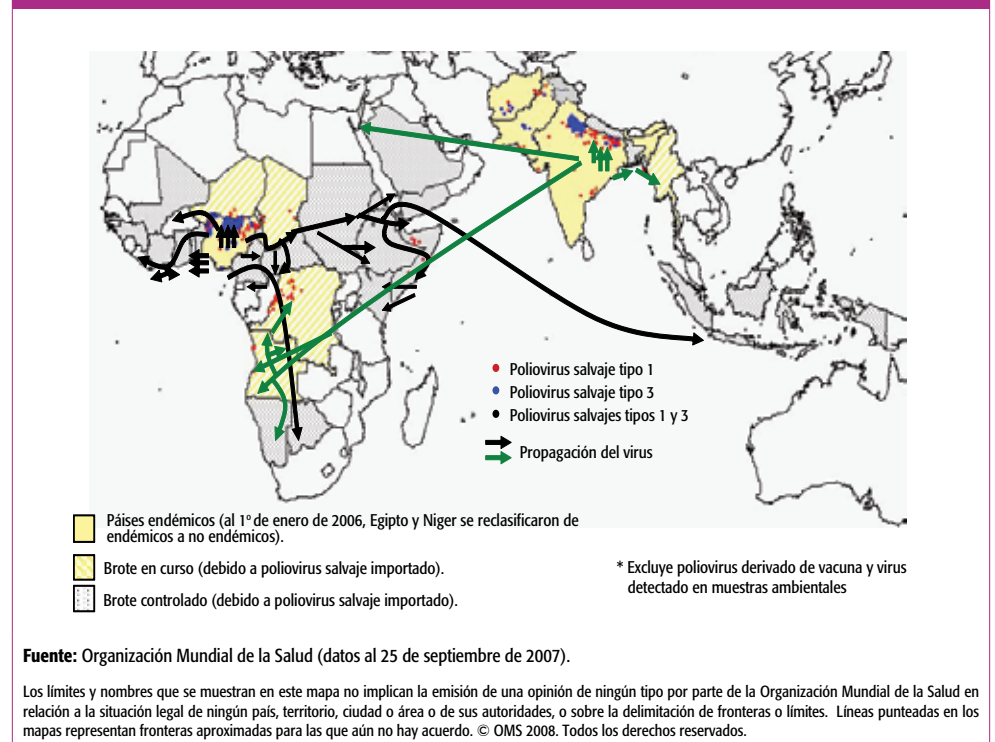
Actualmente Nigeria y AFRO están ultimando los pasos administrativos para otorgarle un contrato de dos años.

- La Fundación de las Naciones Unidas y la OMS han efectuado visitas conjuntas a misiones diplomáticas latinoamericanas en Ginebra y Washington, en busca de apoyo político y financiero.

- Las negociaciones están en marcha para incluir el tema de la erradicación mundial de la poliomielitis en el programa de la reunión de los Países no Alineados en Ginebra en mayo de 2008 y en la Cumbre Iberoamericana en El Salvador en octubre de 2008.

Se han programado también actividades a mediano plazo, entre ellas la búsqueda de recursos financieros, la movilización de países latinoamericanos adicionales para prestar apoyo a países africanos de habla francesa y visitas en el terreno a Angola y Nigeria. ■

Figura 1. Propagación de los poliovirus salvajes, 2003-2007*



Vacunas e Inmunización en las Américas: Hitos 1977-2007

- 1977** • Resolución del Consejo Directivo de la OPS establece el PAI en las Américas.
- Resolución establece el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS.
- 1978** • Todos los países nombran un Gerente del Programa Nacional de Inmunización.
- La OPS inicia cursos de capacitación para gerentes del PAI.
- 1979** • La Conferencia Sanitaria Panamericana autoriza la capitalización del Fondo Rotatorio.
- Se adquieren vacunas por el monto de US\$ 2,5 millones a través del Fondo Rotatorio.
 - Se publica el primer número del *Boletín Informativo del PAI*.
- 1980** • La OPS desarrolla una metodología para la evaluación multidisciplinaria de los programas nacionales de inmunización.
- Se realiza la primera evaluación multidisciplinaria en Bolivia.
- 1981** • Publicación científica de la OPS sobre *Inmunización y Salud Primaria: Problemas y Soluciones* la que da pauta para la cooperación técnica con el PAI.
- Primera reunión sub-regional de gerentes del PAI y primer curso sobre la cadena de frío en Ecuador.
 - La OPS publica un documento sobre la entrega de servicios de inmunización, resumiendo el papel de la combinación de enfoques verticales y horizontales en los programas de inmunización.
- 1983** • Los países comienzan a usar planes como una herramienta para mejorar el desempeño de los programas de inmunización, conocidos luego como los Planes Nacionales de Acción.
- 1984** • Las Américas son la primera Región en desarrollar y hacer uso de los *Días de Tranquilidad* para llevar a cabo las campañas de inmunización en áreas de conflicto en Centro América – un concepto ahora utilizado mundialmente.
- 1985** • La OPS declara la meta de erradicación de la polio en el Hemisferio Occidental para el año 1990.
- El Grupo Técnico Asesor del PAI (GTA) es nombrado por el Director de la OPS.
 - Se establece el Comité de Coordinación Inter-Agencial (CCI) de la OPS, con la participación de USAID, UNICEF, el BID y Rotary Internacional, así como representantes a nivel de país.
 - Se obtienen US \$110 millones de los miembros del CCI.
- 1986** • Se acelera el control del tétanos neonatal.
- 1987** • Conforme a la recomendación de la OPS, Cuba lanza la primera campaña de eliminación del sarampión de la Región.
- 1991** • Último caso autóctono de polio es reportado en Perú.
- Se obtienen US \$60 millones de los miembros del CCI.
- 1994** • La Región de las Américas es certificada libre de polio y la OPS establece la meta de eliminación del sarampión.
- 1996** • Se acelera la introducción de nuevas vacunas (SRP, HepB, Hib)
- Se obtienen US \$32 millones de los miembros del CCI
- 1999** • Se adquieren US \$85 millones en vacunas a través del Fondo Rotatorio.
- Nuevos socios: los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el Banco Mundial y March of Dimes.
- 2001** • Se adquieren más de US \$110 millones en vacunas a través del Fondo Rotatorio.
- Conforme a resoluciones de la OPS, los países inician el control acelerado de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita (SRC).
- 2002** • Se obtienen US \$7,6 millones.
- La capitalización del Fondo Rotatorio alcanza US \$23 millones.
 - Resolución de la OPS pone énfasis en la rendición de cuentas y sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización.
 - Conferencia sobre Vacunas, Prevención y Salud Pública: una Visión para el Futuro.
- 2003** • Primera Semana de Vacunación en las Américas: 19 países participan y se vacunan 16 825 888 personas.
- Resolución de la OPS establece la meta de eliminación de la rubéola y SRC para el año 2010.
- 2004** • Declaración de México sobre la prevención del rotavirus.
- Efectividad de la prevención: Análisis de decisión y evaluación económica. Curso introductorio para personas que realizan estudios de efectividad.
 - Segunda Semana de Vacunación en las Américas: 35 países participan y se vacunan 43 749 720 personas.
 - Se obtienen US \$20,8 millones.
- 2005** • Se publican guías de campo (sarampión, polio, tétanos neonatal, fiebre amarilla y enfermedades cubiertas por la vacuna pentavalente).
- Se publica el primer folleto *Inmunización en las Américas*.
 - Las tablas del PAI convergen con el formulario conjunto de la OMS/ UNICEF para la notificación.
 - El *Boletín PAI* se transforma en el *Boletín de Inmunización*.
 - Se constituye una alianza para la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano.
 - La capitalización del Fondo Rotatorio alcanza US \$35 millones.
- 2006** • El GTA se enfoca en la transición de la vacunación del niño a la de la familia.
- La OPS introduce la iniciativa Pro-Vac: un plan quinquenal, integral y estratégico para fortalecer la capacidad nacional para la toma de decisiones basadas en evidencia para la introducción de vacunas nuevas y subutilizadas.
 - Resolución de la OPS insta a los países a que amplíen el marco legal y fiscal y determinen nuevas fuentes de ingresos para financiar de forma sostenida los programas de inmunización e introducir nuevas vacunas.
 - Se publica *Avances recientes en Inmunización* (2.ª ed.), una referencia para todos los profesionales de la salud.
 - EURO se une a los esfuerzos de PAHO: Primera Semana de Inmunización Europea.
 - Sólo quedan 11 países por realizar campañas masivas contra la rubéola para lograr la eliminación de esta enfermedad.
- 2007** • Se ofrece la vacuna antirrotavírica a través del Fondo Rotatorio.
- La capitalización del Fondo Rotatorio alcanza US \$45 millones y se adquieren US \$211 millones en vacunas.
 - Resolución de la OPS reconoce el apoyo de los socios en los esfuerzos de eliminación de la rubéola y el SRC e insta a los países a que establezcan comisiones nacionales para documentar la eliminación.
 - Se obtienen US \$23 millones.
 - Hacia el final del año, 8 países han introducido la vacuna antirrotavírica.

Resumen anual de los indicadores de vigilancia de las PFA y de sarampión/rubéola, 2007*

Indicadores de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) (período entre las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2007)

País	Número de casos	Tasa de PFA por 100 000 <15 años de edad	% de casos investigados <48 horas	% con 1 muestra tomada dentro de 14 días del inicio	% de sitios notificando
Argentina	133	1,30	86	83	93
Bolivia	22	0,60	91	82	78
Brasil	636	1,16	98	76	93
Canadá	33	0,59	...	...	...
CAREC	42	2,08	83	43	100
Chile	165	4,17	82	73	99
Colombia	149	1,17	70	77	88
Costa Rica	33	2,68	91	67	0
Cuba	21	0,96	100	90	100
Ecuador	39	0,91	95	79	63
El Salvador	44	1,88	98	89	75
EUA	...	...	...	...	...
Guatemala	85	1,87	87	78	0
Haití	13	0,32	92	77	83
Honduras	54	1,80	93	94	94
México	485	1,54	96	82	96
Nicaragua	27	1,32	96	89	100
Panamá	11	1,10	64	82	91
Paraguay	20	1,00	90	65	91
Perú	91	1,08	97	65	0
República Dominicana	16	0,50	63	81	82
Uruguay	12	1,47	33	50	65
Venezuela	51	0,61	90	80	77
Total[§]	2 182	1,27	91	78	90

... no disponible [§] excluyendo Canadá y EUA

Indicadores de la vigilancia del sarampión/rubéola (período entre las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2007)

País	% de sitios notificando semanalmente	% de casos con investigación adecuada	% de casos con muestra adecuada	% de muestras que llegan al lab. ≤ 5 días	% de resultados de lab. notificados ≤ 4 días	% de casos descartados por laboratorios
Argentina	89	24	89	65	82	99
Bolivia	78	98	99	77	75	100
Brasil	78	61	73	44	71	95
Canadá	...	...	...	...	...	...
CAREC	99	74	97	25	95	98
Chile	98	29	71	73	97	98
Colombia	87	66	97	80	90	98
Costa Rica	...	56	92	80	75	***
Cuba	98	100	100	95	100	100
Ecuador	66	61	99	88	81	98
El Salvador	81	51	80	91	80	98
EUA	...	...	...	...	...	...
Guadalupe	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	96	97	76	84	96
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...
Haití	82	97	100	29	35	94
Honduras	92	95	95	83	95	99
Martinica	...	...	...	...	...	...
México	93	99	98	86	80	98
Nicaragua	100	77	99	78	88	99
Panamá	91	77	98	66	94	99
Paraguay	91	59	100	88	100	99
Perú	100	96	98	94	18	97
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	82	68	99	50	69	100
Uruguay	56	24	71	95	74	90
Venezuela	76	87	98	66	77	100
Promedio	87	67	80	55	72	96

[§] se incluye información sobre búsqueda activa de casos. ... no disponible

Fuente: PESS, MESS y informes de los países, Unidad de Inmunización, OPS.

* datos al 5 de mayo de 2008

Fondo Rotatorio de la OPS: precios de las jeringas para 2008

Los precios de las vacunas del Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas y jeringas se publicaron en nuestro número de febrero de 2008.¹ El cuadro 1 a la derecha muestra los precios de las jeringas que se ofrecen en 2008. ■

Cuadro 1. Precios de las jeringas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2008 (Precios en dólares americanos)

Jeringas desechables, plásticas con aguja		
Tamaño	Empacado por caja	Costo por unidad
1cc 22G x 1-1/4"	100	\$0,0430
1cc 22G x 1-1/2"	100	\$0,0385
1cc 23G x 1" *	100	\$0,0375
		\$0,0313
1cc 25G x 5/8"	100	\$0,0365
	150	\$0,0510
1cc 26G x 3/8"	100	\$0,0450
1cc 27G x 3/8"	100	\$0,0490
5cc 22G x 1-1/2"	100	\$0,0525

Jeringas autodesactivables, plásticas con aguja		
Tamaño	Empacado por caja	Costo por unidad
0,5cc 23G x 1" *	100	\$0,0540
		\$0,0415
0,5cc 23G x 1"	200	\$0,0540
0,5cc 25G x 5/8"	100	\$0,0540
	200	\$0,0580
0,1cc 27G x 3/8"	100	\$0,0728

¹ Boletín de Inmunización. Precios de las vacunas del Fondo Rotatorio de la OPS para 2008. Vol.XXX (1).

* Se ofrecen las jeringas de dos proveedores diferentes.

El *Boletín de Inmunización* 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.

ISSN 1814-6252

Volumen XXX, Número 2 • Abril de 2008

Editor: Jon Andrus

Editores adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/inmunización>