



# Boletín Informativo PAI

## Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXI, Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Junio 1999

### Los CDC se unen a la OPS para erradicar el sarampión

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) se han unido a la Organización Panamericana de la Salud para erradicar el sarampión de las Américas para el año 2000. El 30 de abril 1999, en la sede de la OPS, en Washington, D.C., el Dr. George Alleyne, Director de la OPS, y el Dr. Jeffrey Koplan, Director de los CDC, firmaron un convenio de colaboración entre ambas instituciones. Esta colaboración facilitará la consecución de la meta de erradicar el sarampión y desempeñará un papel decisivo al complementar las actividades nacionales de control y erradicación de otras enfermedades inmunoprevenibles. El Dr. Koplan anunció también que los CDC proporcionarán US\$ 8 millones a la OPS para esta tarea.

El Dr. Koplan declaró: “Los CDC están muy interesados en intensificar la colaboración con la OPS en todos los campos, y específicamente con el propósito de erradicar el sarampión para fines del año 2000. Esta iniciativa es buena para Estados Unidos y para los CDC, es buena para todos los países de las Américas y para la OPS. Lo más importante de todo es que es buena para los niños de esta Región. Los CDC se han comprometido a poner fin a la morbilidad y mortalidad causadas por el sarampión, que pueden prevenirse con una vacuna económica que ha estado disponible durante más de 35 años. Ya no podemos aceptar que el sarampión continúe cobrando víctimas entre los miembros más vulnerables de nuestra sociedad. Espero regresar el año próximo para nuestra reunión de celebración aquí, en la OPS”.



El Dr. George Alleyne, director de la OPS (izquierda) y el Dr. Jeffrey Koplan, director de los CDC (derecha) durante la ceremonia en la sede de la OPS. Fuente: A. Waak/OPS

El Dr. Alleyne reafirmó las ventajas de esta alianza, señalando: “Tenemos la convicción, la firme convicción, de que el continente americano puede hacer grandes cosas cuando los países trabajan en forma conjunta. Ningún país está solo”.

La experiencia de las Américas ha demostrado claramente que se puede erradicar el sarampión de la Región utilizando las vacunas actuales de virus vivo atenuado y una estrategia de vacunación apropiada. La alianza de la OPS y los CDC se concentrará en el fortalecimiento de la vigilancia del sarampión

en las Américas y velará para que los países apliquen *plenamente* la estrategia de vacunación recomendada por la OPS para erradicar la enfermedad. Esta alianza también será fundamental para avanzar hacia la adopción y consecución de la meta de la erradicación mundial del sarampión.

La colaboración entre la OPS y los CDC se realizará en el marco de la *Iniciativa Regional de Vacunas* de

la OPS, apoyada por todos los jefes de Estado de las Américas en 1998, que promueve las alianzas entre los países de la Región y organizaciones internacionales en el campo de la investigación, el desarrollo y la producción de vacunas, la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y el diagnóstico de laboratorio.

#### Se colaborará en los siguientes campos:

- Establecimiento de un sistema de vigilancia capaz de detectar la circulación del sarampión, y fortalecimiento

#### En este número:

Los CDC se unen a la OPS para erradicar el sarampión .....	1
XIII Reunión del Grupo Técnico Asesor .....	2
Novedades de la página Web de HVP .....	6

Casos notificados de ciertas enfermedades .....	7
En el umbral de la erradicación mundial de la poliomielitis .....	8

de la colaboración con el sistema de vigilancia mundial para detectar y contener brotes de enfermedades infecciosas

- Fortalecimiento de los recursos nacionales para prevenir e investigar debidamente los brotes de enfermedades inmunoprevenibles y responder a ellos
- Fortalecimiento de los programas nacionales de vacunación anual de rutina contra el sarampión a nivel de distrito, y plena aplicación de la estrategia de vacunación reco-

mendada por la OPS para erradicar el sarampión

- Fortalecimiento de los recursos regionales y nacionales para recopilar, analizar e interpretar datos epidemiológicos y utilizarlos en la formulación de una política de salud pública apropiada
- Fortalecimiento y ampliación de los recursos de los laboratorios nacionales para el diagnóstico y el aislamiento de virus

---

## XIII Reunión del Grupo Técnico Asesor

*Del 12 a 16 de abril de 1999, se realizó en Ottawa, Canadá la XIII Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. A continuación se presentan algunas de las conclusiones y recomendaciones principales del Grupo.*

### **Impacto de la Decentralización y de la Reforma del Sector Salud en los programas de inmunización**

Varios países que están pasando por el proceso de descentralización y de reforma del sector salud muestran un deterioro en sus indicadores de proceso de los programas de inmunización, tales como cobertura y vigilancia. Esto puede tener serias implicaciones para los programas de inmunización, tanto a nivel nacional como internacional, especialmente en lo que respecta a la erradicación del sarampión. Los gobiernos deberían hacer esfuerzos especiales para mantener la calidad y efectividad de los programas nacionales de inmunización, de manera que ningún área se convierta en reservorio y disemine infecciones a otras comunidades y países.

#### **Recomendaciones:**

##### ***Funciones Esenciales en Salud Pública de los Gobiernos Nacionales***

- Los gobiernos nacionales deben mantener su autoridad en las siguientes funciones claves: adquisición y distribución de vacunas y jeringas, lineamientos programáticos, metas y estrategias nacionales, seguimiento y evaluación del desempeño del programa a nivel estatal y garantía de la calidad de las vacunas usadas en el programa nacional de inmunización.

##### ***Financiamiento***

- Los programas de vacunación y de vigilancia epidemiológica deben ser considerados bienes públicos básicos y deben estar financiados con fondos públicos. Los gobiernos deben mantener el control sobre el uso de recursos externos destinados a apoyar los programas nacionales de vacunación.
- Se deben establecer leyes nacionales que apoyen la creación de una línea presupuestaria directa para financiar costos recurrentes asociados con los programas de vacunación.
- Los países deben reconocer la presencia de nuevos socios, tales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, fundaciones, organizaciones comunitarias locales y organizaciones del sector privado. Se debe propiciar su participación en los Comités Nacionales de Coordinación Interagencial, en discusiones sobre mecanismos de financiación y cualquier otro tipo de apoyo para los programas nacionales de inmunización.
- En el marco de la descentralización se están utilizando cada vez más los compromisos de gestión para la asignación de recursos. Los gobiernos deberían garantizar que se

incluyan indicadores de inmunización en estos compromisos de gestión con el nivel local.

##### ***Entrega de Servicios de Inmunización***

- Las autoridades de salud deben garantizar que exista la capacidad técnica y gerencial a nivel local para llevar a cabo actividades de vigilancia y de vacunación. Estos pasos son críticos para garantizar que los servicios de inmunización permanezcan como prioridad y que sean entregados de forma equitativa.
- Las autoridades nacionales deben desarrollar mecanismos para acreditar a los establecimientos de salud públicos y privados previo para que estos ofrezcan servicios de vacunación. Las autoridades de salud también tienen la responsabilidad de supervisar periódicamente estos centros de salud.

##### ***Erradicación del Sarampión***

Se han hecho grandes progresos hacia la interrupción de la transmisión del sarampión en la mayoría de los países de las Américas. Sin embargo, el virus del sarampión continúa circulando en varias áreas de la Región. Quedan solamente 21 meses hasta la fecha designada para alcanzar la meta de la erradicación hemisférica del sarampión.

#### **Recomendaciones:**

##### ***Estrategias de vacunación***

- Es necesario poner en marcha en su totalidad la estrategia de vacunación recomendada por la OPS en todos los países de la Región para asegurar la erradicación del sarampión en las Américas.
- La vacunación de rutina de los lactantes (vacunación de *mantenimiento*) es un componente crítico de la estrategia de vacunación recomendada por la OPS para la erradicación del sarampión. Se requieren esfuerzos para vacunar anualmente a  $\geq 95\%$  de los lactantes lo antes posible después del primer año de edad en cada distrito de cada país y en forma anual.
- La cobertura vacunal debe ser monitoreada a nivel de distrito o su equivalente geográfico usando denominadores apropiados para la población objeto. Se requiere vacunación suplementaria (*barrido*) en los distritos en los cuales no se alcance una cobertura del 95%. Estas actividades podrían incluir la vacunación casa a casa.
- Se deben realizar campañas de vacunación de *seguimiento* cuando el número estimado de niños susceptibles de 1 a 4 años de edad se aproxime al número de niños en una cohorte de recién nacidos. En la mayoría de los países, se deben realizar estas campañas por lo menos cada cuatro años, pero antes si es necesario (basado en las coberturas obtenidas a través de programas de rutina y información epidemiológica adicional).

- En países con programas de control de rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) se deberán usar vacunas que contengan los antígenos de sarampión y rubéola para la vacunación rutinaria de los lactantes, en las campañas de *seguimiento* y las actividades de respuesta a brotes.
- El personal de salud corre un riesgo mayor de exposición al virus del sarampión y de ser una fuente de transmisión del virus en establecimientos de salud. Personas que trabajen en establecimientos de salud y que tengan contacto con niños y personas con enfermedades infecciosas deberán ser vacunadas contra el sarampión, sin tomar en cuenta su historia vacunal o si han tenido la enfermedad. Aquí también es preferible usar la vacuna que contenga rubéola.

#### **Respuesta a brotes**

- Las experiencias de brotes recientes en América Latina ha demostrado que ciertos grupos de adultos pueden estar en mayor riesgo de contraer sarampión durante un brote. Estos grupos también han sido responsables del mantenimiento de los brotes y de la transmisión del sarampión a personas susceptibles de otras edades. Como la situación epidemiológica varía entre países, no es posible hacer recomendaciones uniformes acerca de que grupos de adultos vacunar en todos los países. Cuando se sospeche la circulación del virus del sarampión, se debería considerar el vacunar rápidamente a personas de los siguientes grupos: maestros, estudiantes universitarios, personal militar y personas que vivan o trabajen en instituciones como cárceles, fábricas, campos de trabajo e institutos médicos para pacientes crónicos.
- Se debe llevar a cabo investigaciones y análisis apropiados de todos los brotes para obtener información que pueda servir para prevenir y controlar futuros brotes epidémicos de sarampión. Asimismo, es necesario determinar las fuentes de introducción del virus, patrones de transmisión y factores de riesgo específicos para adquirir el sarampión.
- Una vez que la circulación del virus sea confirmada por serologías IgM anti-sarampionosa positivas en varios pacientes no es necesario obtener rutinariamente especímenes serológicos de cada caso sospechoso. Muchos casos sospechosos pueden ser confirmados por nexo epidemiológico con un caso confirmado por el laboratorio.

#### **Reserva de vacunas**

- La OPS debe asegurar que una reserva de vacunas que incluya el componente anti-sarampionoso esté fácilmente disponible para enfrentar situaciones de emergencia. Como muchos países de las Américas están estableciendo metas para el control o la eliminación de la rubéola, se debería considerar tener una reserva de vacunas contra la rubéola y el sarampión.

#### **Vigilancia y laboratorios**

- La vigilancia del sarampión es crítica para medir el progreso hacia la meta de la erradicación del sarampión en las Américas y para detectar áreas problemáticas. Se requieren urgentemente esfuerzos para mejorar la calidad de la vigilancia del sarampión en toda la Región.
- A fin de dar seguimiento al progreso hacia la erradicación del sarampión en las Américas, todos los países deben presentar datos semanalmente al sistema regional de vigilancia de la erradicación del sarampión (MESS).
- Cada país debería tener una evaluación objetiva y periódica de su sistema de vigilancia del sarampión usando el

protocolo estandarizado desarrollado por la OPS para este fin. Los países deberían trabajar constantemente para mejorar la calidad del sistema de notificación.

- La vigilancia virológica y la epidemiología molecular pueden ofrecer información importante a un programa de erradicación. Se deberán obtener especímenes clínicos apropiados para aislamiento viral de cada cadena de transmisión del sarampión. Se deberá obtener orina, el espécimen más fácil de obtener para el aislamiento del virus del sarampión, dentro de los siete días siguientes al inicio de la erupción y enviarla a un laboratorio de referencia capacitado para realizar esta determinación.

#### **Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita**

El virus de la rubéola continúa circulando libremente en la mayoría de los países de la Región. Después de ser investigados completamente muchos casos sospechosos de sarampión resultan ser casos de rubéola. Además, se han encontrado casos del síndrome de rubéola congénita (SRC) en todos los países de la Región que han establecido sistemas de vigilancia del SRC. Esto sugiere que el SRC es un problema mayor de salud pública en todos los países de las Américas.

#### **Recomendaciones:**

##### **Estrategias de vacunación**

- Todos los países deben incorporar la vacuna con componente anti-rubéola en los programas de vacunación infantil, como parte de la vacunación de rutina a los 12 meses así como en las campañas de vacunación de *seguimiento*. Además, se deben hacer esfuerzos dirigidos a reducir el número de mujeres en edad fértil (MEF) susceptibles a la rubéola. Para proteger a estas mujeres se pueden utilizar estrategias como: vacunación en el post-parto, vacunación en las clínicas de planificación familiar, en las escuelas y en los centros de trabajo.
- Se dispone de datos contundentes que documentan la seguridad de la vacuna contra la rubéola durante el embarazo. Sin embargo, la mujer embarazada no se vacuna generalmente. Esto es para evitar el riesgo de que sea implicada la vacuna en el caso de que se produjeran eventos adversos en el producto del embarazo no relacionados con la vacuna. Para aquellas mujeres que fueran vacunadas y posteriormente se hallaran embarazadas, no se recomienda el aborto. Finalmente, no es necesario aconsejar a las mujeres de evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación contra la rubéola ya que no se ha establecido riesgo alguno de efecto adverso para el feto.

##### **Vigilancia y laboratorio**

- La vigilancia de la rubéola debería integrarse con la del sarampión. El propósito de la vigilancia de la rubéola es la detección de la circulación del virus, y no la detección de todo caso de rubéola. Un sistema de vigilancia de la rubéola separado no es necesario. Toda muestra de suero de casos sospechosos de sarampión que resulten negativos por anticuerpos IgM anti-sarampión deberá ser analizada por IgM anti-rubéola y viceversa.
- Se debe iniciar la vigilancia del SRC a través de las Américas. El propósito de la vigilancia del SRC es la detección de casos nuevos o incidentes en lactantes; no se deben realizar esfuerzos rutinarios para confirmar casos de SRC en niños de edades mayores.
- Al igual que la vigilancia de sarampión/rubéola, la

confirmación por laboratorio es crucial para el diagnóstico del SRC. Se debería obtener una muestra de sangre de cada lactante con sospecha de SRC. Para efectos de vigilancia, una muestra única de suero por lo general es suficiente para confirmar o descartar SRC. Sin embargo, si la primera muestra resulta negativa por anticuerpos IgM anti-rubéola y/o existe fuerte sospecha clínica o epidemiológica de SRC, se puede solicitar un espécimen de suero adicional para confirmar SRC.

- Se dispone de poca información acerca de la epidemiología molecular de la rubéola en las Américas. Al igual que para la vigilancia del virus del sarampión, la vigilancia del virus de la rubéola podría proporcionar información importante sobre los subtipos del virus que circulan en la Región. Se deben realizar esfuerzos para obtener varias muestras clínicas apropiadas para el aislamiento de virus de cada brote documentado de rubéola. Los aspirados nasofaríngeos son las muestras preferidas para el aislamiento del virus de la rubéola. Las muestras deberían obtenerse dentro de los cuatro días siguientes al inicio del exantema y enviadas al laboratorio de referencia apropiado.

### Tétanos Neonatal

Aunque ha habido una disminución gradual en el número de distritos repetidores, se siguen reportando casos. Se deben realizar esfuerzos adicionales dirigidos a incrementar el nivel de protección entre las mujeres en edad fértil (MEF) que vivan en áreas de alto riesgo. Datos provisionales muestran que una mayoría de casos de TNN ocurren en recién nacidos de mujeres multíparas, lo que realza la necesidad de eliminar las oportunidades perdidas para la vacunación.

#### Recomendaciones:

- Td es la vacuna a usar en las MEF para la prevención del TNN.
- En los distritos de alto riesgo se requieren esfuerzos intensivos (fase de ataque) para alcanzar el 90% de cobertura con Td2 entre las MEF. Además, se requieren esfuerzos continuos para asegurar la vacunación de las MEF con Td2 en por lo menos el 90% de las nuevas cohortes.
- Las oportunidades perdidas para la vacunación pueden ser reducidas de manera importante administrando Td a

## Poliomielitis

Datos nacionales notificados por los países continúan mostrando un deterioro de la vigilancia de la PFA en algunos de ellos. Es crítico que el sistema de vigilancia de la PFA se mantenga funcionando completamente para detectar rápidamente el poliovirus salvaje, si este fuera reintroducido en toda la Región.

#### Recomendaciones:

- Los países necesitan mantener coberturas de vacunación de 95% con la vacuna oral de la poliomyelitis (VOP) en 80% de los distritos o áreas geopolíticas equivalentes. Los países que no alcancen estos niveles de cobertura deberían realizar por lo menos dos Jornadas Nacionales de Vacunación (JNVs). Las campañas de *seguimiento* contra el sarampión deben ser utilizadas como una oportunidad para administrar VOP.
- La cobertura de vacunación debe ser seguida al nivel geopolítico más bajo. En áreas donde haya discrepancias en cuanto a la población objeto, debería verificarse la información usando otras fuentes, tales como el número de dosis de BCG aplicadas, el número de dosis de DPT1 aplicadas, el resultado de operaciones de *barrido*, el censo de viviendas usado por programas antipalúdicos o encuestas rápidas de evaluación.
- Todos los países deben reforzar los indicadores clave de la vigilancia de PFA: la vigilancia de la PFA debe continuar reportando por lo menos un caso anual por cada 100,000 niños <15 años de edad, así como en por lo menos de 80% de los casos de PFA se debe obtener una muestra de heces dentro de los 15 días del inicio de la parálisis.
- La vacuna oral contra la poliomyelitis (VOP) sigue siendo la vacuna preferida para la fase final de la erradicación global de la poliomyelitis. La VOP es la vacuna recomendada para la erradicación porque es más fácil de administrar, tiene un costo bajo y ofrece una mejor inmunidad intestinal, lo que constituye una barrera

importante para prevenir la mayor diseminación del poliovirus salvaje.

#### Laboratorios

- Las muestras de heces deben ser recibidas en los laboratorios dentro de los 14 días después de su colecta. Una vez que una muestra ha llegado al laboratorio, los resultados deberían estar disponibles dentro de los 28 días.
- Todos los laboratorios deberían implementar el uso de las líneas continuas de células RD y L20B.
- Se necesita urgentemente hacer esfuerzos para mejorar la comunicación entre los laboratorios de polio y las unidades de epidemiología.
- Todos los gobiernos deben asegurar el cumplimiento de los “Lineamientos de la OMS para Implementar la Fase I del Plan de Acción Mundial para la Contingencia del poliovirus salvajes”.

#### Indicadores de vigilancia de PFA, 1999\*

Pais	80% de las unidades presentan informes semanalmente	80% de los casos se investigan dentro de las 48 horas	Se obtiene 1 muestra adecuada de heces de 80% de los casos	Tasa de PFA ≥ 1:100 000 menores de 15 años
Ecuador				
Chile				
Honduras				
Nicaragua				
Panamá				
Brasil				
CAREC				
Colombia				
El Salvador				
Perú				
Bolivia				
República Dominicana				
Haití				
Venezuela				
Argentina				
Costa Rica				
Cuba				
Guatemala				
México				
Paraguay				
Uruguay				

\* Datos al 22 de mayo de 1999  
Fuente: HVP/OPS (PESS)

todas las madres que acudan a los servicios de salud por cualquier razón. Se debe revisar la historia vacunal a toda mujer que acuda a los servicios de atención prenatal, y vacunarla cuando no hayan recibido al menos dos dosis de Td.

- Muchos casos de TNN han ocurrido en recién nacidos de madres que habían anteriormente dado a luz a uno o más nacidos vivos. La vacunación post-parto con Td en los establecimientos de salud puede ser usada como una oportunidad más para prevenir el TNN.
- Todos los casos de TNN deben ser investigados completamente. La investigación debería proporcionar información sobre la edad de la madre, su antecedente de vacunación y migración reciente. El antecedente de migración de la madre puede ayudar a identificar distritos adicionales de alto riesgo para TNN.
- Se deberían notificar e investigar los casos de tétanos que se presenten en otros grupos de edades; esta información ayudará a identificar grupos de riesgo específicos.
- El personal de salud y la población en general deberían ser informados acerca de la importancia de que las MEF mantengan una buena documentación de su antecedente vacunal (p. ej. tarjetas de vacunación).

### **Fiebre Amarilla**

La gravedad del problema de la fiebre amarilla en la Región requiere de los países en riesgo el compromiso de implementar estrategias apropiadas de vacunación y de vigilancia para controlar y prevenir la re-urbanización de la enfermedad. La vacuna contra la fiebre amarilla es muy eficaz, segura y económica. Una sola dosis confiere inmunidad a por lo menos 95% de las personas vacunadas, protegiéndolas por lo menos durante diez años.

### **Recomendaciones:**

- Los países endémicos de fiebre amarilla deben lograr una cobertura de vacunación del 100% en las zonas donde la fiebre amarilla es enzoótica, así como en zonas adyacentes infestadas con *A. aegypti*. Estas medidas ofrecen protección a las personas expuestas al ciclo selvático y previenen la introducción de la enfermedad a medios urbanos.
- Dado lo difícil que es predecir los cambios demográficos, los países con altos movimientos migratorios de áreas no enzoóticas a áreas enzoóticas se debe considerar campañas nacionales masivas de vacunación para inmunizar a toda la población. Brasil está planeando llevar a cabo una campaña como esta.
- Se recomienda también la vacunación contra la fiebre amarilla para todos los viajeros que entren en áreas enzoóticas.
- A fin de mantener un alto nivel de inmunidad contra la fiebre amarilla en la población, los países en riesgo deben incorporar la vacuna anti-amarilíca en los esquemas de vacunación infantil de rutina. La vacuna anti-amarilíca debería ser administrada al mismo tiempo que la vacuna contra el sarampión, en jeringuillas separadas.
- La vigilancia de la fiebre amarilla debe ser fortalecida. La vigilancia oportuna de la fiebre amarilla permitirá la rápida implementación de actividades de control cuando se detecte un brote. Se deben investigar todos los casos sospechosos que cumplan con la definición de caso de la

OMS y aquellos con síndrome icterico, en los cuales han sido descartadas otras etiologías.

- Los países deberían elaborar pautas de emergencia a ser usadas en caso de brotes de fiebre amarilla.
- La planificación adecuada del abastecimiento de vacunas es crítica, tanto para la vacunación de rutina como para el control de brotes. Una reserva de vacunas para situaciones de emergencia debe estar disponible en todo momento.
- La implementación de un programa integral de control y vigilancia de vectores mantendrá baja la densidad de *A. aegypti* en medios urbanos. Esta medida también ayudará en la prevención de brotes de dengue.

### **Haemophilus Influenzae tipo B**

Se ha realizado un progreso notable con la introducción de la vacuna contra Hib. La OPS calcula que para diciembre de 1999 un 81% de los recién nacidos en las Américas dispondrá de la vacuna Hib en el esquema de vacunación de rutina.

### **Recomendaciones:**

- Se debe incluir la vacuna contra Hib en los programas de vacunación regular de la Región una vez garantizada su sostenibilidad.
- Países que estén introduciendo esta vacuna deben monitorear e informar las coberturas de vacunación.
- La compra de vacuna contra Hib o de vacunas combinadas que incluyan la vacuna contra Hib debe hacerse por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas a fin de obtener precios más bajos con las compras de mayor volumen.
- Los países deben contar con un sistema de vigilancia de las enfermedades causadas por Hib y determinar el impacto del uso de la vacuna. Todos los países en la Región deben implementar un sistema centinela en hospitales para la vigilancia de meningitis y neumonías causadas por Hib y *Streptococcus pneumoniae*. La vigilancia debe ser fortalecida e integrada con los sistemas ya existentes. Se debe organizar en cada país una red formada por hospitales centinelas, laboratorios de salud pública y unidades nacionales de epidemiología.
- La OPS debe proveer el apoyo técnico para asegurar la implementación y coordinación de este sistema de vigilancia.

### **Vacunas combinadas**

- Los países que incluyen en sus programas regulares de inmunización vacunas DTP, Hib y Hepatitis B deben considerar introducir vacunas que estén compuestas de cuatro o cinco antígenos combinados.

### **Vacunas de Calidad**

La utilización de vacunas de calidad comprobada es indispensable para los programas de inmunización. Aunque la responsabilidad primordial de la calidad de las vacunas recae sobre el productor, todos los países deben tener una autoridad nacional que cumpla con las seis funciones regulatorias básicas: registro, evaluación clínica, inspecciones de Buenas Prácticas de Producción, liberación de lote, pruebas de laboratorio y vigilancia pos-mercado. La OPS ha colaborado en el fortalecimiento de los sistemas de control de calidad de las vacunas en la Región, mediante el establecimiento de una red de laboratorios nacionales de

control certificados responsables del control de la calidad de vacunas, y también a través de la armonización de procedimientos regulatorios de las Autoridades Reguladoras nacionales en todos los países.

#### Recomendaciones:

- Es esencial que los programas de inmunización usen vacunas de calidad de acuerdo a las normas internacionales de seguridad, potencia, eficacia y estabilidad. Se espera que todos los países cumplan con esta meta para el año 2000.
- Los productores locales de vacunas deben establecer sistemas de calidad que garanticen la producción regular de las vacunas, en cumplimiento con las Buenas Prácticas de Producción, regulaciones nacionales, y requerimientos de la OMS para la calidad y producción de vacunas.
- El cumplimiento con normas internacionales de calidad debe ser un factor esencial a ser considerado en los estudios de factibilidad económico y técnico de la producción de vacunas.
- Los gobiernos de la Región, por medio de sus entidades reguladoras nacionales, deben cerciorarse de tener control efectivo de la calidad de las vacunas utilizadas en el país: todas las vacunas deben estar registradas y cada lote debe ser liberado. En los países donde hay producción local de vacunas, la Autoridad Reguladora Nacional debe cumplir con las pruebas de laboratorio, inspecciones de Buenas Prácticas de Producción y vigilancia pos-mercado.
- Los laboratorios nacionales de control deben participar en el programa de certificación a fin de garantizar la calidad de los resultados y proporcionar apoyo analítico a las autoridades reguladoras nacionales y la OPS.

#### Hepatitis

Se estima que ocurren hasta 400,000 casos nuevos de infección con el virus de la hepatitis B (HBV). En las regiones de alta endemicidad la transmisión se da principalmente en la edad perinatal o niñez temprana. En regiones de endemicidad intermedia la infección ocurre en todas las edades. En regiones de baja endemicidad la infección ocurre principalmente en adultos que pertenecen a grupos clasificados de alto riesgo. Además, debido al hecho de que el desarrollo de infección crónica está relacionado con la edad en que se adquiere la infección, los niños son los que más contribuyen a la prevalencia de la infección crónica. La infección crónica es la responsable de la mayor carga de morbilidad y mortalidad asociada con HBV.

#### Recomendaciones:

- La estrategia primaria para prevenir la transmisión de HBV debe ser la inmunización universal de rutina.
- En áreas de alta endemicidad (HbsAg >7%), se deberá llevar a cabo una campaña de vacunación en toda el área.
- Se deben vacunar a trabajadores de salud expuestos al manejo de sangre u otras secreciones corporales.
- Las coberturas de vacunación deben ser examinadas de manera regular.
- Se debe explorar la factibilidad de establecer un sistema de vigilancia integrado del síndrome icterico-febril. El propósito de este sistema de vigilancia será detectar los casos de hepatitis B, fiebre amarilla y otras enfermedades tropicales, como leptospirosis y malaria.

- Los países que han iniciado la vacunación contra hepatitis B deben evaluar el uso de la vacuna combinada tetravalente (DPT+HBV) o pentavalente (DPT/HBV+Hib). Estas vacunas combinadas tienen un costo semejante al de las compradas por separado y son fáciles de administrar, por ende permiten reducir el número de inyecciones aplicadas y de visitas necesarias para completar el esquema.

#### Prácticas de inyecciones seguras

El uso de inyecciones no estériles continúa siendo un problema en algunas áreas. Uno de los factores principales parece ser el suministro insuficiente de jeringuillas y agujas. Las prácticas de inyección no seguras pueden resultar en el contagio con patógenos de transmisión hematogena de persona a persona.

#### Recomendaciones:

- La única manera para asegurar que el equipo de inyección no sea reutilizado, es mediante el uso único de jeringas auto-destructibles.
- Todos los trabajadores de salud deben estar informados del peligro que representa el volver a tapar las agujas.
- Todos los países que usen o introduzcan jeringuillas desechables de uso único para la administración de vacunas deben procurar fondos para: la compra de suficientes jeringuillas y cajas para agujas desechables, supervisión para documentar el desecho seguro de jeringas, y para la recolección/incineración apropiada del equipo usado.
- La OPS debería apoyar estudios de desarrollo de equipos de inyección sin aguja.

#### Novedades de la página Web de HVP

- Sobre la **XIII Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA)**:
  - Obtenga el **Informe Final** de la Reunión que contiene las conclusiones y recomendaciones sobre vacunas y enfermedades inmunoprevenibles.
  - Lea el **Libro de Resúmenes**, que contiene reseñas de ponencias presentadas en la reunión del GTA.
- Información sobre ***Haemophilus influenzae* tipo b**, como sus características clínicas y epidemiológicas, la vacuna y su uso en la Región de las Américas. También hay una ficha descriptiva de la introducción de la vacuna contra Hib en las Américas.
- **Fichas descriptivas nuevas:** Obtenga o imprima fichas descriptivas sobre los siguientes temas:
  - **El sarampión en las Américas - De cara al año 2000**
  - **Introducción de la vacuna contra Hib en las Américas**
  - **Alianzas de HVP:**
    - con los CDC
    - con la USAID
    - con el Banco Mundial

[http://www.paho.org/spanish/hvp/hvp\\_home.htm](http://www.paho.org/spanish/hvp/hvp_home.htm)

# Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 1999 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1998 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión			Confir- mados 1998	Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total		1999	1998	No Neonatal		Neonatal		1999	1998	1999	1998
								1999	1998	1999	1998				
Anguilla	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	1-Mayo	97	...	97	431	0	0	2	8	0	0	0	1	222	186
Bahamas	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermuda	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	1-Mayo	513	6	519	0	0	0	0	4	1	6	0	5	4	21
Brasil	1-Mayo	20	36	56	624	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes Británicas	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	1-Mayo	3	0	3	11	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Caimán	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Chile	1-Mayo	25	0	25	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	1-Mayo	6	3	9	29	0	0	5	21	10	22	0	2	107	311
Costa Rica	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Cuba	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Dominica	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	1-Mayo	39	0	39	2	0	0	9	3	0	0	8	6	10	9
Ecuador	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	2	0	4	9	1	16	67	113
El Salvador	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	1-Mayo	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	26	40
Guyana	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Haití	1-Mayo	0	0	0	3	0	0	...	...	11	11	4	0	18	4
Honduras	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	2	...	0	...	0	...	8	...
Jamaica	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	4	0
Martinique	...	...	...	...	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	23	...	2	...	...	...	12	...
Montserrat	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	10	0
Panamá	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	69
Paraguay	1-Mayo	0	0	0	3	0	0	3	...	3	...	0	...	8	...
Perú	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	27	31	8	8	4	2	530	492
Puerto Rico	1-Mayo	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Cristóbal/Nieves	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Turcas y Caicos	1-Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	1-Mayo	27	—	27	13	0	0	5	5	...	...	0	0	1.708	1.388
Uruguay	1-Mayo	34	0	34	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Venezuela	1-Mayo	0	0	0	3	0	0	10	14	0	2	0	0	197	473
<b>TOTAL</b>		<b>764</b>	<b>45</b>	<b>809</b>	<b>1.120</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>96</b>	<b>95</b>	<b>39</b>	<b>60</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>2.953</b>	<b>3.107</b>

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

\* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

# En el umbral de la erradicación mundial de la poliomielitis

A tan sólo 18 meses del año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha iniciado la arremetida final a fin de alcanzar la meta de la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000. El total de casos en 1998 fue 5.673, cifra que representa una disminución del 85% respecto de los más de 35.000 casos notificados hace apenas 10 años. La Región del Pacífico Occidental, que abarca 30 países, entre ellos China, ya lleva dos años libre de poliomielitis. El último caso notificado en dicha región fue el de una niña de 15 meses en Camboya, el 19 de marzo de 1997.

En la Región de África, que todavía se enfrenta con obstáculos para la erradicación de la poliomielitis, Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, negoció con facciones beligerantes de la República Democrática del Congo para que cesaran las hostilidades y permitieran que se llevara a cabo una campaña de vacunación contra la poliomielitis. Esta campaña se realizará en tres rondas de julio a septiembre, y se prevé que abarcará a 10 millones de niños menores de 5 años. El Congo es uno de solamente dos países

africanos donde todavía no se han realizado jornadas nacionales de vacunación (JNV). El otro es Sierra Leona, donde debido al conflicto civil se han realizado solamente JNV parciales.

Asimismo, se intensificó la vacunación contra la poliomielitis en Angola, donde un brote había cobrado alrededor de 800 víctimas al 25 de mayo de 1999, principalmente en la capital, Luanda. La OMS y el UNICEF colaboraron con el Ministerio de Salud en la vacunación de 700.000 niños para controlar el brote, y se planea una JNV para vacunar a 3 millones de niños durante el tercer trimestre del año.

La Región de Asia Sudoriental es el foco más grande de poliomielitis que queda. Con la mejora de la vigilancia en esta región, también han aumentado los casos notificados. En 1998 se llevaron a cabo tres JNV en la India, que abarcaron a más de 130 millones de niños menores de 5 años en un solo día. Sin embargo, la persistencia de la transmisión después de tres años de JNV indica que el nivel de inmunidad de la población en riesgo todavía no es suficientemente alto como para interrumpir la transmisión del poliovirus. Uno de los principales problemas sigue siendo la falta de servicios de vacunación de rutina en varios estados muy grandes de la India, lo cual dificulta la interrupción de la transmisión con JNV. La India planea realizar JNV intensificadas, concentrándose en zonas de alto riesgo donde hay niños que posiblemente no hayan sido vacunados durante la campaña. Asimismo, la India planea llevar a cabo campañas de vacunación adicionales después de las JNV en las zonas donde la cobertura de la vacunación de rutina es baja.



La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, pone en marcha una jornada nacional de vacunación en Côte d'Ivoire dirigida a 3,2 millones de niños. Fuente: OMS

Durante la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1999, los países representados se comprometieron a realizar las actividades necesarias para erradicar la poliomielitis. La Asociación Rotaria Internacional, la principal organización del sector privado que participa en este esfuerzo, ofreció sus 1,4 millones de voluntarios para la campaña. Los beneficios de la erradicación de la poliomielitis en función del costo son sustanciales y mensurables. Se necesitarán US\$ 370 millones más para alcanzar esta meta, que podría llevar a un ahorro mundial de US\$ 1.500 millones al año en gastos de vacunación. Las ventajas en cuanto a los costos humanos.

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/spanish/hvp/hvp\\_home.htm](http://www.paho.org/spanish/hvp/hvp_home.htm)

Editor:                   Ciro de Quadros  
Editor Adjunto:       Mónica Brana

ISSN 0251-4729