

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXII, Número 2

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Abril 2000

Últimas noticias del brote de sarampión: República Dominicana

En noviembre de 1998, la República Dominicana fue afectada por un brote de sarampión que comenzó en la provincia de Altagracia como consecuencia de una importación de Sudamérica. Ese mismo mes se llevó a cabo en el país una campaña de vacunación de *seguimiento*, que ya estaba planeada, dirigida a los niños de 9 meses a 4 años de edad. La cobertura alcanzada, del 69% en promedio, no fue suficiente para detener el brote, que se propagó por todo el país en 1999, con 274 casos confirmados de sarampión. Más de 50% de los casos (141/274) fueron notificados en la zona metropolitana de Santo Domingo, donde la existencia de focos de niños sin vacunar, el hacinamiento y las bajas tasas de cobertura de las campañas de vacunación de *seguimiento* anteriores facilitaron la propagación de la enfermedad. Tal como han mostrado los datos epidemiológicos de otros brotes de la Región, el grupo más afectado fue el de los niños menores de 1 año. Las tasas específicas según la edad en 1999 fueron las siguientes: menores de 1 año, 18,3 casos por 100.000; niños de 1 a 4 años, 10,2 casos por 100.000; niños de 5 a 14 años, 3,2 casos por 100.000; mayores de 15 años, 1,6 casos por 100.000. Las tasas según la edad para el año 2000 hasta la semana epidemiológica 18 inclusive son las siguientes: menores de 1 año, 7,3 casos por 100.000; niños de 1 a 4 años, 2,1 casos por 100.000; niños de 5 a 14 años, 0,9 casos por 100.000; adolescentes de 15 a 19 años, 0,4 casos por 100.000; adultos jóvenes de 20 a 29 años, 1,9 casos por 100.000; mayores de 29 años, 0,5 casos por 100.000 (figura 1).

Al analizar los casos según la edad se observa que 14 de

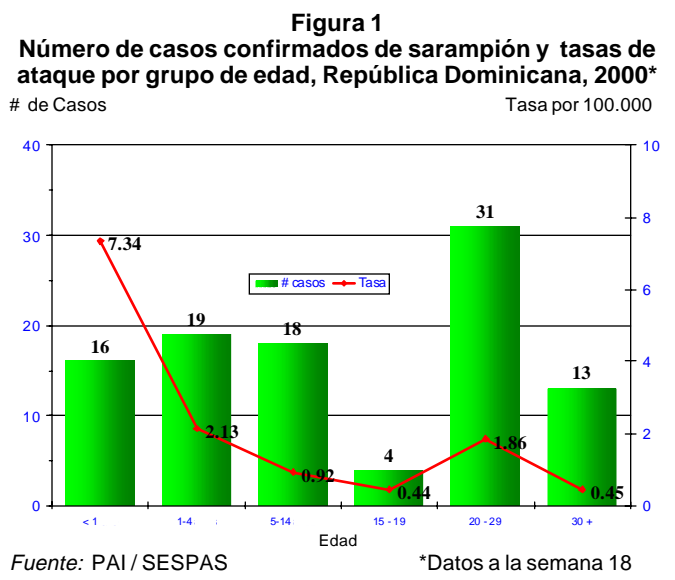
los 16 casos de menores de 1 año tenían menos de 9 meses y 12 tenían entre 6 y 9 meses. Además, la incidencia de sarampión ha aumentado en el grupo de 20 a 29 años.

Al 6 de mayo se habían notificado 101 casos de sarampión confirmados en laboratorio. Durante el mismo período en 1999 se notificaron 108 casos (véase la figura 2). Durante este período se obtuvieron 1.048 muestras de sangre. Muchos de estos casos se detectaron durante las búsquedas activas que se realizaron en enero y febrero de 2000. A continuación se describen las medidas que se tomaron para controlar este brote.

Vacunación y búsqueda activa

En marzo de 1999 se llevó a cabo en todo el país una campaña de vacunación casa por casa de niños de 6 meses a 14 años con el propósito de interrumpir el brote. Sin embargo, los resultados no fueron suficientes para interrumpir la circulación del virus del sarampión. A fin de controlar el brote, en diciembre de 1999 se realizó una campaña de vacunación indiscriminada. En las actividades de vacunación participaron 19 provincias, que fueron seleccionadas según los siguientes criterios:

- casos recientes de sarampión confirmados
- baja cobertura de los niños menores de 5 años con la vacuna antisarampionosa
- indicadores de vigilancia deficientes
- provincias que limitaran con Haití
- zonas urbanas con habitantes de bajos ingresos y hacinamiento.



En este número:

Últimas noticias del brote de sarampión: República Dominicana	1
Municipios activos	2
Sarampión en Haití	3
Integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola en las Américas ..	4

Paraguay apoya la erradicación del sarampión	5
Reuniones sobre vigilancia de las meningitis y neumonías bacterianas ..	6
Mejora la vigilancia de la PFA en las Américas	6
Cobertura de Vacunación, 1998 y 1999	7
El Dr. Ciro de Quadros recibe la medalla de oro Albert B. Sabin	8

Todas las provincias cooperaron en la campaña, pero debido a las fiestas no fue posible concluir las actividades de vacunación en varias zonas y fue preciso reanudarlas en enero. La cobertura global de menores de 5 años llegó al 89%.

A fin de interrumpir la transmisión del sarampión, en enero de 2000 se inició una búsqueda activa de casos sospechosos. Se dio prioridad a zonas de “alto riesgo” tales como barrios urbanos superpoblados donde se alcanzó una cobertura baja en la campaña de diciembre, las provincias que limitan con Haití y las zonas donde se habían notificado casos confirmados de sarampión durante las cuatro semanas precedentes. Más de 20 profesionales de la salud recibieron capacitación sobre la metodología para realizar búsquedas activas con material preparado por consultores y personal de la OPS. Las búsquedas activas fueron realizadas semanalmente por equipos integrados por dos personas que habían recibido capacitación

y un chofer. La búsqueda activa abarca un examen de los expedientes de hospitales públicos y privados, reuniones con el director provincial, el epidemiólogo y el coordinador del programa de vacunación, grupos focales formados por líderes y habitantes de los vecindarios, y búsquedas activas casa por casa en las zonas de alto riesgo. Hasta febrero se había llevado a cabo una búsqueda activa en todas las provincias del país, en el curso de la cual se examinaron 225.287 expedientes y se descubrieron 385 casos sospechosos, de los cuales se obtuvieron 320 muestras de suero. De los 385 casos sospechosos detectados en la búsqueda activa, 112 (29%) ya habían sido notificados en el sistema de vigilancia. Se comprobó que, pese al esfuerzo realizado, todavía quedaban

niños sin vacunar y el virus seguía circulando en el país. Junto con los directores provinciales de salud se señalaron las zonas que necesitaban intervenciones ulteriores, o sea aquellas donde había niños que no habían sido vacunados en campañas anteriores.

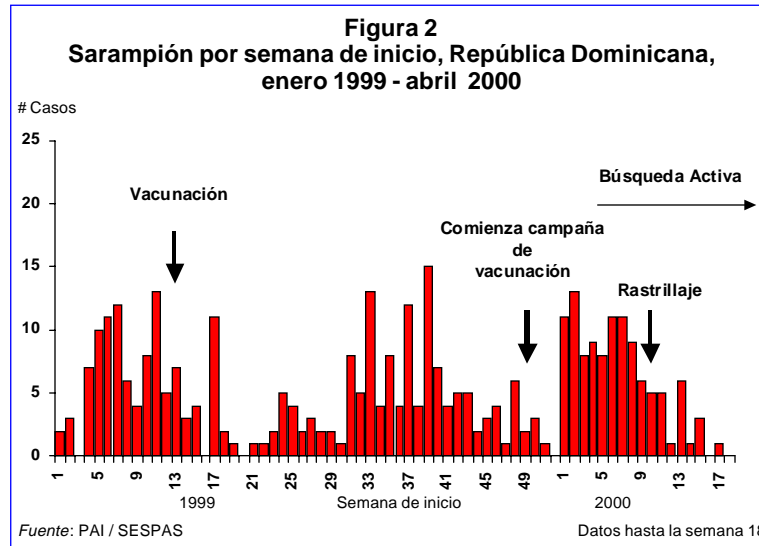
Un componente importante de la estrategia de la OPS para erradicar la transmisión del sarampión consiste en actividades intensivas de barrido sanitario en las zonas donde

circula el virus. En la República Dominicana se hizo una campaña de ese tipo del 10 de marzo al 15 de abril con las siguientes metas: 1) en todos los municipios con casos confirmados de sarampión, vacunar al 100% de los niños de 6 meses a 4 años de edad que no habían sido vacunados (véase el recuadro); 2) en los municipios donde la cobertura de vacunación era inferior al 95%, vacunar a todos niños de 9 meses a 4 años de edad que no habían sido vacunados; y 3) en los

municipios con una cobertura inferior al 95%, vacunar al 100% de los niños de 1 a 4 años que habían sido vacunados contra el sarampión antes de cumplir 1 año. Participaron 26 provincias y varios vecindarios de Santo Domingo. Se vacunó casa por casa, utilizando mapas, con la estrecha supervisión de los equipos de vacunación.

Ahora se está evaluando la cobertura de vacunación en cada municipio. Se están examinando los informes de la campaña y se está dando seguimiento a la cobertura en las zonas de alto riesgo.

Fuente: Zacarías Garib, Linda Venczel, Cristina Pedreira, Jorge Medrano, Katie Alcántara y Escarle Peña.



Municipios activos

Los municipios activos son aquellos con casos confirmados de sarampión iniciados en el curso de las últimas 12 semanas. La OPS está dando seguimiento semanalmente a la transmisión del sarampión en estos municipios en el **Boletín Semanal de Sarampión**, <http://www.paho.org>

Es indispensable realizar las siguientes tareas en todos los municipios activos:

- Visitas regulares (semanales si es necesario) para verificar la presencia de casos adicionales mediante la búsqueda activa y la investigación minuciosa de casos y contactos. La investigación de casos debe incluir una visita de la vivienda o el lugar de trabajo, o ambos, para determinar quiénes han presentado síntomas de sarampión, obtener las muestras de sangre y orina que sean necesarias y determinar dónde han estado los casos: a) dentro de los 7 a 18 días anteriores al inicio del exantema (fuente de la infección) y b) desde el inicio de los primeros síntomas (tos, coriza y/o conjuntivitis) hasta los cuatro días siguientes al inicio del exantema (lugares donde los casos podrían haber propagado la infección). Estos lugares también deben investigarse.
- Seguimiento de la cobertura de vacunación contra el sarampión de los niños de 6 meses a 4 años en dos o más cuadras definidas por los epidemiólogos como de alto riesgo (de difícil acceso, con una gran cantidad de migrantes o con casos recientes).
- Si la cobertura de vacunación en un municipio es inferior al 95%, se debe vacunar casa por casa a todos los niños de 6 meses a 4 años de todo el municipio.
- Si se detectan otros grupos de riesgo con la investigación de casos o debido a conocimientos epidemiológicos anteriores, hay que vacunar también a esos grupos.

Sarampión en Haití

Brote inicial de Gonaïves

Tras cuatro años sin notificar casos de sarampión, Haití detectó el primer caso conocido de sarampión el 15 de marzo de 2000. En este caso, que fue confirmado en laboratorio, el exantema apareció el 8 de marzo de 2000. El caso fue detectado en el Hospital Pediátrico de Gonaïves. Ese mismo día el caso fue notificado al departamento de salud de Gonaïves, que lo notificó al nivel central el 22 de marzo. La investigación del caso, realizada el 23 de marzo, estuvo a cargo de un equipo integrado por funcionarios del Ministerio de Salud y la OPS.

La ciudad de Gonaïves está a 180 kilómetros al norte de Puerto Príncipe, sobre la carretera principal que conecta las ciudades de Puerto Príncipe, St-Marc y Cape-Haitian, en el departamento de Artibonite. Gonaïves tiene alrededor de 132.786 habitantes, de los cuales 20.501 son menores de 5 años. Durante la última campaña nacional de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión, realizada en noviembre de 1999, solamente 12.482 niños menores de 5 años (61%) fueron vacunados contra el sarampión en esta ciudad.

Durante la investigación inicial, el equipo encontró siete casos en la fase aguda de la enfermedad. El Hospital Pediátrico notificó 13 casos más, con los cuales el total llegó a 20. El análisis de 15 muestras de sangre dio positivo para marcadores de la IgM contra el sarampión. Se enviaron muestras de orina de casos a CAREC para el aislamiento del virus.

El caso índice fue un niño de 4 años que no había sido vacunado contra el sarampión. El niño no había viajado ni había estado en contacto con nadie fuera de Gonaïves durante las dos semanas anteriores al inicio del exantema. Fue difícil detectar la fuente de la infección de este caso.

Al 1 de marzo se había vacunado de puerta en puerta a todos los niños (alrededor de 60.000) de 6 meses a 15 años de toda la ciudad de Gonaïves. Se formaron diez equipos, cada uno con 10 vacunadores y un supervisor. Se vacunó a más de 68.000 niños en 10 días y se aprovechó la oportunidad para distribuir suplementos de vitamina A a niños de 6 meses a 7 años.

Durante la evaluación reciente del Programa Nacional de Vacunación de Haití (realizada del 27 de marzo al 6 de abril de 2000) se notificaron 21 casos al hospital de Gonaïves. Al 30 de abril se habían notificado 84 casos confirmados de sarampión en Gonaïves. Todos eran niños menores de 10 años, distribuidos en la mayoría de los vecindarios de la ciudad. Ninguno había sido vacunado contra el sarampión. Los índices de ataque más altos se encontraron en los niños de 3 a 5 años.

Durante la evaluación se visitaron hospitales de cinco departamentos, pero no se detectaron más casos sospechosos. Sin embargo, fue necesario realizar una búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión para determinar si se estaba transmitiendo el virus del sarampión en otras zonas.

Además de la estrategia de vacunar de puerta en puerta, se recomendó lo siguiente:

- vacunación de todo el personal médico y paramédico de instituciones de salud que estén en contacto con niños

- vacunación de todos los niños que tengan contacto con el Hospital Pediátrico y de los niños hospitalizados en dicha institución
- vacunación de todos los choferes y cobradores de medios de transporte públicos y de los niños menores de 10 años que viajen en autobús de Gonaïves a otras ciudades del país.

Búsqueda activa y detección de casos en Marchand Dessalines

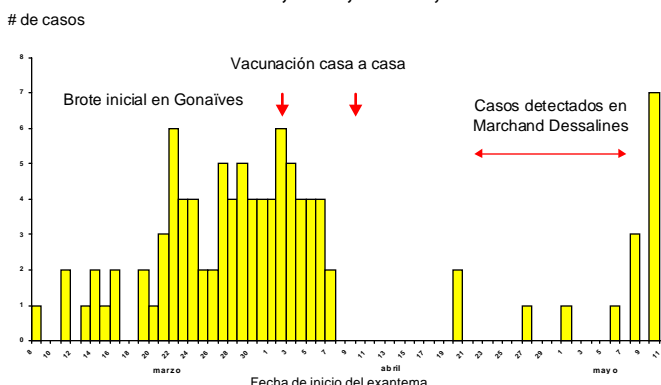
Los integrantes del departamento de epidemiología, con la asistencia de consultores de la OPS, están realizando una búsqueda activa en los principales establecimientos de salud y en los vecindarios del departamento de Artibonite, la zona metropolitana de Puerto Príncipe y otras ciudades importantes conectadas por la carretera a Gonaïves. Como en Marchand Dessalines (ciudad situada a unos 40 kilómetros de Gonaïves, en el departamento de Artibonite) se notificó un caso confirmado en laboratorio, se realizó una búsqueda activa en esta zona. Posteriormente se confirmaron 14 casos más, de ellos seis en laboratorio y los ocho restantes mediante su vínculo epidemiológico con estos casos (figura 1). Los casos tenían entre 1 y 14 años. Se inició rápidamente la vacunación casa por casa, con la participación del equipo que supervisó las actividades de vacunación en Gonaïves. Hasta la fecha no se ha encontrado ningún caso en la zona metropolitana de Puerto Príncipe.

Actividades para detener la transmisión del sarampión en Haití:

- Vacunación casa por casa de todos los niños de 9 meses a 15 años de los grandes centros urbanos del país y de todas las ciudades que limitan con la República Dominicana
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales y demás centros centinela del resto del país
- Recorrido de todos los hospitales de Puerto Príncipe para detectar rápidamente la circulación del virus del sarampión y la presencia de posibles casos
- Conclusión de la búsqueda activa en todo el país e investigación completa de todos los casos sospechosos en un plazo de 48 horas

Fuente: Salvador García, Fernando Laender, Leyla Peek y Linda Venczel.

Figura 1
Casos confirmados de sarampión por inicio del exantema, Haití, 2000* ; n=99

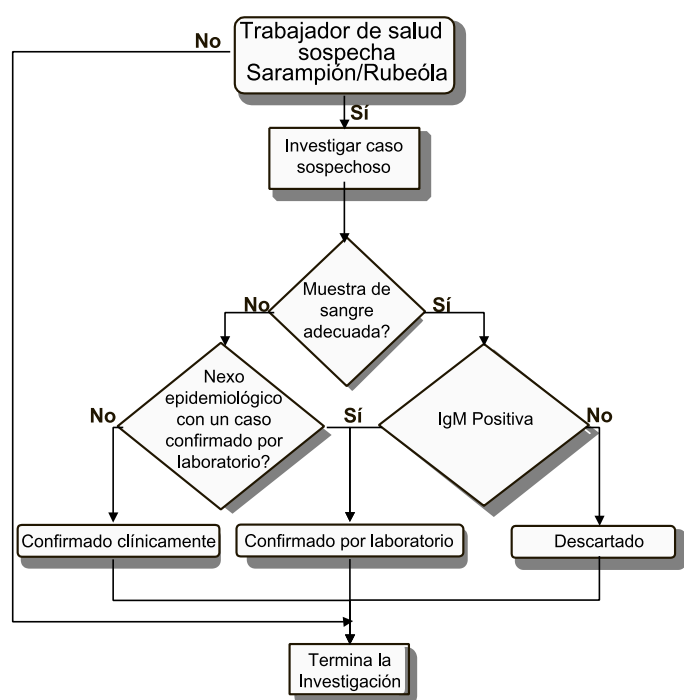


Integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola en las Américas

La meta de la erradicación del sarampión en las Américas y el desarrollo del Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión (MESS) ha llevado a una mejora e intensificación de la vigilancia epidemiológica en la Región. Con el MESS es evidente que el virus de la rubéola tiene amplia circulación en varios países de las Américas, con marcados aumentos cada año. Se calcula que cada uno de los años en que no se producen epidemias nacen alrededor de 20.000 niños con síndrome de rubéola congénita (SRC). En vista de esta situación epidemiológica, la rubéola y el SRC constituyen graves problemas de salud pública en la Región.

En 1998 se notificaron 135.947 casos de rubéola en 41 países. Argentina, México y Venezuela representaron el 92% de los casos. Según la información sobre la rubéola obtenida por medio del MESS en 1999, se confirmó la presencia de rubéola en 26% (8.657) de 33.633 muestras de casos sospechosos de sarampión analizadas en laboratorio. Ecuador, Brasil, Nicaragua, la República Dominicana y Guatemala notificaron el 80% de esos casos.

Figura 1
Investigación y clasificación de un caso sospechoso de sarampión o rubéola



Para responder a la amenaza de una epidemia de rubéola, la carga resultante de SRC y el actual curso endémico de la enfermedad, en la XIII Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, de la Organización Panamericana de la Salud, se recomendó la ejecución de una iniciativa regional para integrar la vigilancia

de la rubéola y el sarampión, así como el fortalecimiento de las medidas actuales de prevención del SRC.

Los objetivos de la vigilancia de la rubéola son determinar dónde está circulando el virus, detectar casos con prontitud para tomar medidas de control de brotes y prevención del SRC, ayudar a cuantificar la magnitud del problema y evaluar el impacto de las intervenciones.

Tras un sistema integrado de vigilancia, todo paciente que un trabajador de salud sospeche que tiene sarampión o rubéola es considerado como caso *sospechoso* de sarampión o rubéola. Estos pacientes generalmente tienen fiebre y un exantema maculopapular generalizado (figura 1).

Este cambio aparentemente simple ha tenido importantes repercusiones en el Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión, especialmente en el sistema de clasificación, los datos clínicos y la forma en que se analizan los datos.

Para vigilar ambas enfermedades al mismo tiempo y mantener la posibilidad de analizarlas por separado se introdujo el concepto de *Diagnóstico inicial* y *final*, que permite clasificar cada caso y segregar o agrupar casos según el diagnóstico inicial o el diagnóstico definitivo.

La clasificación de casos sigue abarcando las tres opciones del sistema anterior: casos Sospechosos, Descartados y Confirmados. Sin embargo, ahora hay que ser más específico y designar el tipo de sospecha (*sarampión* o *rubéola*). Asimismo, al confirmar un caso hay que especificar si se trata de un caso confirmado de *sarampión* o de *rubéola*. Cuando un caso es *descartado*, hay que indicar también el diagnóstico definitivo, que puede ser *Dengue*, *Reacción vacunal*, *Otro* o *Desconocido* (cuadro 1).

Cuadro 1

Clasificación	Diagnóstico Inicial	Diagnóstico Final
A – Sospechoso	A – Sarampión	N/C
	B – Rubéola	I – Dengue
B – Descartado	N/C	V – Reacción vacunal
		Y – Otro
		Z – Desconocido
C – Confirmado	N/C	A – Sarampión
		B – Rubéola

Cabe destacar la diferencia entre las opciones *Otro* y *Desconocido* para el diagnóstico definitivo. Generalmente, cuando se indica como diagnóstico definitivo *Otro*, significa que se sabe que no es dengue y que también se tiene certeza con respecto al otro diagnóstico. Para estos casos hay un espacio en blanco donde se puede proporcionar una descripción específica. En cambio, si para el diagnóstico definitivo se indica *Desconocido*, quiere decir que el caso no es de

sarampión, rubéola o dengue y que no se dispone de suficiente información para efectuar una determinación definitiva.

Otra área en la cual influyó la integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola fue la sección de datos clínicos, a la cual se agregaron campos para indicar la presencia de artralgia, si el caso es de una embarazada (y, en ese caso, las semanas de embarazo y el lugar donde probablemente tenga lugar el parto) y si el caso tuvo contacto con una embarazada. Estos datos ofrecen una oportunidad anticipada para tomar medidas de prevención o control del SRC.

Es importante recordar que en el sistema ahora se incluyen casos sospechosos tanto de sarampión como de rubéola, lo cual influye mucho en la preparación e interpretación de informes, listas, cuadros (como los de indicadores).

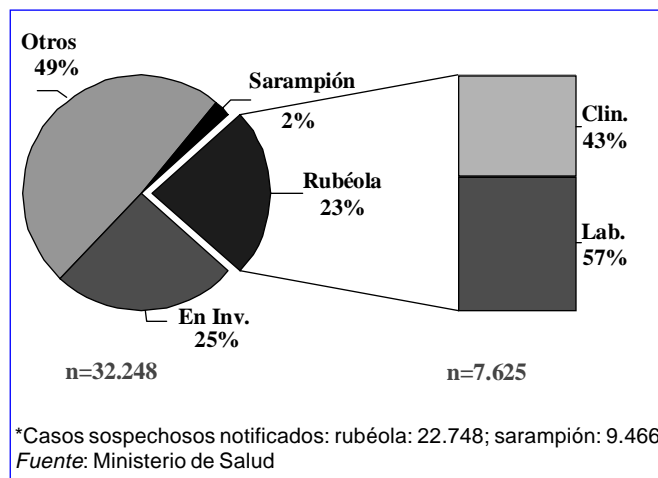
Para la preparación de informes, en los casos en que corresponda, existe la opción de especificar qué casos deben incluirse en el análisis según distintos criterios tales como clasificación y diagnóstico inicial y final, entre otros. De esta forma se puede analizar el conjunto deseado de casos.

Por ejemplo, si se necesita un informe con el indicador de la investigación de casos (casos sospechosos de sarampión solamente) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación, hay que especificar "Sarampión" como diagnóstico inicial.

Las iniciativas para la integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola ya están contribuyendo a aumentar la sensibilidad de la vigilancia del sarampión, permitiendo la detección de todos los casos sospechosos de sarampión que pudiera haber. Eso es fundamental en esta etapa de la tarea de erradicación.

En países como Brasil, que tienen un sistema de vigilancia integrado, la vigilancia del sarampión presenta mayor sensibilidad. En 1999 Brasil notificó 32.248 casos sospechosos de sarampión y rubéola (aproximadamente 23.000 de rubéola y 9.000 de sarampión), 23% de los cuales fueron confirmados como casos de rubéola. De los casos notificados como sospechosos de rubéola, 154 fueron confirmados como casos de sarampión, y de los casos notificados como sospechosos de sarampión, 246 fueron confirmados como casos de rubéola (figura 2).

Figura 2
Vigilancia integrada,
casos sospechosos notificados
de sarampión y rubéola
Brasil, 1999*



Fuente: Carlos Castillo, Fernando Vargas y Héctor Izurieta.

Paraguay apoya la erradicación del sarampión

Del 24 de abril al 31 de mayo, Paraguay realizó una campaña nacional de vacunación para alcanzar la meta de la erradicación del sarampión. En esta campaña se aprovechó también para administrar a más de 500.000 menores de 5 años la vacuna oral contra la poliomielitis y completar los planes de vacunación o iniciar la vacunación con otros productos biológicos. Se está realizando también una búsqueda activa casa por casa de casos de sarampión.

La primera dama de Paraguay, Susana Galli de González Macchi, ha participado activamente en la organización de la campaña en calidad de presidenta honoraria del Comité Organizador Nacional, encabezado por el Ministro de Salud, Dr. Martín Antonio Chiola. La OPS proporciona apoyo técnico y financiero para la campaña. Participan también el UNICEF, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, Plan Internacional, el Ministerio de Educación, la Cruz Roja, las fuerzas armadas, la entidad de previsión social y la Secretaría de la Mujer. La mayoría de los gobiernos locales han aportado recursos.



La primera dama de Paraguay, Susana Galli de González Macchi, inaugura la campaña nacional de vacunación con el Dr. Martín Antonio Chiola, Ministro de Salud, y Diego Victoria, representante de la OPS en Paraguay.

Reuniones sobre vigilancia de las meningitis y neumonías bacterianas

Basándose en el éxito y las enseñanzas del estudio de seis años de *S. pneumoniae* realizado en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay, la OPS propuso en 1998 la implantación de un sistema de vigilancia de la meningitis y la neumonía causadas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *N. meningitidis* que podría extenderse a todos los países de las Américas.

Se elaboró una propuesta para el sistema de vigilancia que fue examinada en una reunión de países centroamericanos realizada en Managua en 1998, en la cual participaron representantes de laboratorios de salud pública, epidemiólogos y médicos clínicos. Las conversaciones se centraron en las definiciones de casos, los criterios para la inclusión y exclusión, y algoritmos e indicadores de la vigilancia para evaluar el sistema. Se decidió basar el sistema en una red de hospitales centinela, laboratorios de salud pública y unidades de epidemiología de los ministerios de salud. La propuesta fue presentada y aprobada en la reunión de 1999 del Consejo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Inmunoprevenibles.

Al mismo tiempo, desde 1997 se vienen realizando talleres subregionales y nacionales con el propósito de normalizar los métodos empleados en los laboratorios para el aislamiento, la descripción, la determinación del serotipo y las pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos de *S. pneumoniae* y *H. influenzae*. Los laboratorios participantes han transferido estos métodos a los hospitales. Se prevé que la mayoría de los laboratorios centrales estarán en condiciones de determinar el serotipo y realizar pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos empleando los mismos métodos que los demás países.

En el sistema de vigilancia de *S. pneumoniae* participaban inicialmente sólo seis países miembros. Los sistemas de

control de calidad estaban en el Centro Nacional de Estreptococos de Alberta, Canadá, que se ocupaba de controlar la calidad y la validez de los resultados obtenidos en los países. Con ese fin se enviaba una serie de aislamientos desconocidos a los laboratorios para su descripción y subsiguiente evaluación, y los países enviaban un porcentaje de sus aislamientos para confirmar los resultados iniciales. A medida que fueron incorporándose más países, las funciones de control de calidad pasaron a tres centros subregionales, que mantienen la misma relación inicial de trabajo con Canadá pero se ocuparán de la implantación del sistema en los países que les han asignado. Los tres centros son:

- el Instituto Nacional de Salud Pública de México, que trabaja con Cuba, la República Dominicana, Guatemala, Haití, Honduras, El Salvador y Costa Rica;
- el Instituto Nacional de Salud de Colombia, que trabaja con Nicaragua, Panamá, Ecuador, Perú, Bolivia y los países angloparlantes del Caribe (por medio del Centro de Epidemiología del Caribe); y
- el Instituto Adolfo Lutz de Brasil, que trabaja con Venezuela, Paraguay, Chile, Argentina y Uruguay.

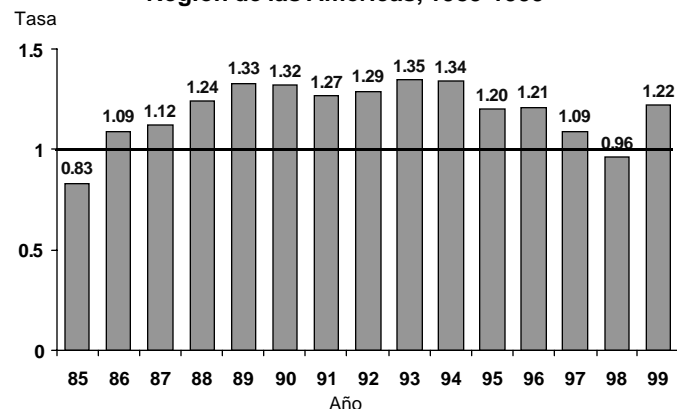
Los países participantes se reúnen con sus respectivos centros de control de calidad a fin de presentar información actualizada sobre la situación epidemiológica nacional de las meningitis y las neumonías bacterianas, examinar el sistema actual de vigilancia de estas enfermedades, presentar propuestas de sistemas de vigilancia, analizar la compatibilidad del sistema propuesto con los sistemas de vigilancia actuales o su creación en los países que todavía no tienen un sistema de ese tipo, presentar la base de datos para la vigilancia, abordar los sistemas de control y calidad, y determinar los campos en los cuales se necesita el apoyo de la OPS.

Mejora la vigilancia de la PFA en las Américas

Después de ocho años sin poliomielitis, la Región de las Américas continúa manteniendo tasas de cobertura de vacunación superiores al 85% y mejorando su labor para mantener un sistema sensible de vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda. Los resultados de los esfuerzos realizados por los países para fortalecer la vigilancia de la PFA se presentan en la figura 1, en la cual se compara la tasa anual de casos de PFA investigados en la Región en 1998 y 1999. Se observa que la tasa regional de PFA aumentó de 0,96 a 1,22 casos anuales por 100.000 menores de 15 años. Con estas mejoras, la mayoría de los países cumplen este importante indicador de la frecuencia con que se detectan casos de PFA y se incorporan en el sistema de vigilancia.

Con la próxima finalización de la iniciativa de erradicación mundial, las Américas deben cumplir los indicadores de la vigilancia de la PFA y preparar el terreno para la contención de los poliovirus salvajes que todavía quedan en algunos laboratorios.

Figura 1
Tasa de PFA por 100,000 niños
menores de 15 años de edad
Región de las Américas, 1985-1999



Fuente: PESS/OPS

Coberturas de Vacunación: DPT-3, OPV-3, Sarampión y BCG

Región de las Américas, 1998 y 1999

Región/País	DPT		OPV		Sarampión		BCG	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Anguilla	99	96	99	99	96	99	99	99
Antigua & Barbuda	99	99	99	99	99	99	n/a	n/a
Argentina	83	88	88	91	99	97	99	99
Bahamas	89	...	88	...	92	...	n/a	...
Barbados	93	87	93	86	97	86	n/a	n/a
Belize	87	87	87	84	84	82	93	96
Bermuda
Bolivia	76	96	75	89	80	99	85	95
Brasil	94	83	96	84	96	90	99	99
Islas Vírgenes Británicas	99	90	99	92	99	92	95	99
Canadá	97	...	90	...	96	...	n/a	n/a
Islas Caimán	93	94	93	94	94	90	91	92
Chile	92	89	92	89	93	86	96	86
Colombia	70	81	72	75	75	76	82	79
Costa Rica	85	93	85	93	86	92	87	83
Cuba	99	94	97	96	99	99	99	99
Dominica	99	99	99	99	98	99	99	99
República Dominicana	74	83	73	84	95	94	86	90
Ecuador	85	80	83	70	88	74	98	99
El Salvador	99	94	99	93	98	75	99	72
Grenada	97	88	95	87	97	94	n/a	n/a
Guatemala	89	86	91	86	81	93	88	91
Guyana	90	83	90	83	93	87	92	91
Haití	40	59	39	58	49	85	52	58
Honduras	96	95	96	95	97	98	96	93
Jamaica	85	81	85	80	85	82	87	85
México	96	96	96	96	96	94	99	99
Montserrat	99	99	99	99	99	99	99	99
Nicaragua	86	83	91	93	99	97	91	99
Panamá	98	92	99	96	95	90	99	99
Paraguay	84	77	84	74	78	70	83	87
Perú	98	98	96	96	93	92	96	73
S. Cristóbal/Nieves	98	99	98	99	99	99	99	99
S. Lucía	88	89	88	89	90	95	85	99
S. Vicente/Granadinas	99	95	99	99	99	87	99	99
Suriname	90	...	90	...	82	...	n/a	...
Trinidad y Tabago	91	90	91	90	90	88	n/a	n/a
Turcas y Caicos	99	...	99	...	99	...	99	...
Uruguay	87	91	87	85	86	89	99	99
Venezuela	39	79	64	82	93	79	81	96
TOTAL*	86	93	89	86	86	89	99	96

* Datos preliminares, informes de país (no incluye Canadá)

n/a - Datos no aplicables

... Datos no disponibles

Fecha actualización: 8 Mayo, 2000

El Dr. Ciro de Quadros recibe la medalla Albert B. Sabin

El Dr. Ciro de Quadros, Director de la División de Vacunas e Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud, recibió la prestigiosa medalla de oro Albert B. Sabin el 30 de abril de 2000. Esta medalla es adjudicada por la Fundación Albert B. Sabin, creada en 1994 para continuar la obra del Dr. Albert B. Sabin, conocido por su descubrimiento de la vacuna oral contra la poliomielitis. Esta medalla fue la octava adjudicada por la Fundación y la primera que recibe una persona que no es estadounidense. La medalla de oro Sabin se entrega a personas que realizan contribuciones ejemplares en el campo de la vacunología y la prevención de enfermedades.

El Dr. de Quadros ha dedicado toda su carrera a la prevención de enfermedades y la salud pública. Después de recibir los títulos de médico y licenciado en salud pública, colaboró en la organización del primer Centro Nacional de Epidemiología de Brasil, donde trabajó en la formulación de estrategias de vigilancia y contención para erradicar la viruela del estado brasileño de Paraná. En 1970, el Dr. de Quadros fue nombrado epidemiólogo principal del Programa de Erradicación de la Viruela en Etiopía por la Organización Mundial de la Salud. Tras la erradicación mundial de la viruela, el Dr. de Quadros se incorporó a la Organización Panamericana de la Salud para poner en marcha el Programa Ampliado de Inmunización en la Región de las Américas, y encabezó el equipo de la OPS en la erradicación de la poliomielitis de la Región en 1991.



El Sr. H.R. Shepherd (primero a la izquierda) Presidente de la Junta, Fundación Albert B. Sabin, anuncia el premio para el Dr. Ciro de Quadros, en la presencia de la Sra. Heloisa Sabin y el Sr. Paulo Roberto de Almeida, Ministro Consejero, Embajada de Brasil.

En su discurso de aceptación del premio, el Dr. de Quadros destacó la disparidad creciente entre la cantidad de vacunas nuevas que se usan en los países industrializados y en los países en desarrollo. “Las desigualdades están aumentando, y seguirán aumentando si no buscamos una

solución apropiada para este problema. Podemos pensar ingenuamente que el problema radica en el costo de las vacunas nuevas, que necesariamente costarán más que las vacunas que usábamos hace unos años.”

También advirtió que proveer vacunas gratuitas a los países más pobres no es la solución. Recalcó, en cambio, que es necesario asignar suficientes recursos para fortalecer la infraestructura de salud. En este contexto, el Dr. de Quadros subrayó el importante papel de los programas de vacunación. “Sé

por mi experiencia con la erradicación de la viruela de Brasil y el Cuerno de África, con la erradicación de la poliomielitis y, ahora, con la iniciativa de erradicación del sarampión de las Américas, que los programas de vacunación bien gerenciados ayudan a fortalecer la infraestructura de salud en los países donde se ejecutan adecuadamente.”

El Dr. de Quadros concluyó diciendo que, durante toda su carrera profesional, se ha sentido honrado de tener la oportunidad de colaborar con tantas personas altamente dedicadas a la salud en las Américas. “Esos son los héroes y hoy recibo humildemente este galardón como representante de todos ellos.”

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por la División de Vacunas e Inmunización (HVP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana

Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud

División de Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.

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

<http://www.paho.org>

Editor Invitado: Gina Tambini

Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729