

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XX, Número 2

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 1998

Participación del sector privado en el PAI

El 19 y 20 de agosto se celebró en Honduras la primera reunión oficial de países centroamericanos con el propósito de promover y fortalecer la participación del sector privado en programas de vacunación y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles. Asistieron de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá los directores de programas de vacunación, miembros de asociaciones de pediatría, neurólogos que habían participado en la campaña de erradicación de la poliomielitis, así como personal nacional y regional de la OPS.

Propósitos de la reunión:

- analizar la experiencia de los países de América Central con la incorporación de la medicina privada en las actividades de vacunación y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles
- examinar las metas regionales y mundiales en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles, las exigencias para la cadena de frío y asuntos relativos a la introducción de vacunas nuevas en el plan de vacunación de rutina
- llegar a acuerdos que faciliten la inserción del sector privado en las actividades de vacunación y vigilancia en América Central

La experiencia de los países

Estas son algunas observaciones sobre la experiencia de los países con la incorporación del sector privado en actividades nacionales de vacunación:

Honduras

La incorporación del sector privado comenzó en 1987, como parte de la campaña de erradicación de la poliomielitis. En 1992, quince pediatras de la zona metropolitana se sumaron a las actividades de vacunación. Esta experiencia se extendió a tres otras regiones de salud. En 1998 se inició un proyecto piloto en la zona metropolitana que comprende en el suministro de productos biológicos, la participación de médicos gene-

rales del sector privado, y su incorporación en actividades de vigilancia. Actualmente, 88% de los pediatras y 80% de los médicos de consultorios y hospitales privados de la región metropolitana participan en este proyecto. En 1997, la contribución del sector privado a la cobertura de vacunación en la región metropolitana ascendía al 1,6%, aproximadamente. Honduras también ha establecido un Consejo Consultivo Nacional mixto para el PAI.

Nicaragua

Desde 1987 existe un precedente de participación del sector privado en programas nacionales de vacunación, especialmente en la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) y, ahora, en las medidas para detectar importaciones del poliovirus salvaje. Con el apoyo de la Sociedad de Pediatría, en 1994 los médicos del sector privado se sumaron a las actividades de vigilancia de enfermedades febriles y eruptivas, y posteriormente al sistema de vigilancia de casos sospechosos de sarampión, primero en la capital, Managua, y después en cinco SILAIS (sistemas locales de atención integral a la salud). Hasta la fecha, 75 clínicas privadas, que atienden al 49% de la población del país, se han incorporado a las actividades nacionales de vacunación. Al sector privado corresponde alrededor del 5% de la cobertura de vacunación nacional. Cabe destacar en particular su participación en el establecimiento de una comité nacional de prácticas de inmunización, la difusión de información sobre el PAI mediante la publicación de artículos en los medios de comunicación y el patrocinio de actividades académicas y de investigación.

Panamá

El sector privado participa en 10 de las 13 regiones de salud del país, principalmente en actividades de vacunación, con el 15% de la cobertura nacional de vacunación de menores de 1 año. En un estudio reciente se observó que en 9 de las regiones de salud la colaboración se ha dado por medio del suministro de vacunas del sector público a 102 pediatras

En este número:

Participación del sector privado en el PAI	1
Últimas noticias sobre el sarampión	3
No hay ninguna justificación científica para suspender la vacunación contra la hepatitis B	4
La vacuna contra la rubéola y estrategias de vacunación	5

Vigilancia de la poliomielitis	6
Notas regionales	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
En memoria de: Dra. Mary Lou Clements-Mann	8

de 40 clínicas privadas y el intercambio de información sobre la población vacunada. De estos solamente 91 pediatras han notificado actividades de vacunación y 68 cumplen con las normas adecuadas para la cadena de frío.

Belice

En Belice, el sector privado ha colaborado extraoficialmente en distintos campos del PAI desde 1978, entre ellos vigilancia epidemiológica, participación de la Comisión Técnica Nacional del PAI, vacunación y introducción de la vacuna contra la hepatitis B. La participación del sector privado contribuyó en gran medida a la certificación de la erradicación de la poliomielitis y al progreso que se está realizando en la erradicación del sarampión. El Ministro de Salud sigue a cargo de la cobertura de vacunación del país, pero la participación del sector privado y su contribución a la cobertura nacional de vacunación están aumentando.

Guatemala

No hay experiencia oficial documentada de participación del sector privado, aunque ha colaborado en la erradicación de la poliomielitis en el país y en su certificación. La Asociación de Pediatría colabora con la Comisión Asesora del Programa Nacional de Inmunización en la revisión del esquema nacional de vacunación.

El Salvador

Aunque no se ha documentado la colaboración entre ambos sectores, la medicina privada también participó activamente en la erradicación de la poliomielitis y en su certificación. Se calcula que entre el 5% y el 10% de la población es atendida por el sector privado, por ende su contribución a la cobertura nacional de vacunación es de consideración.

Costa Rica

La Caja Costarricense del Seguro Social garantiza el financiamiento de las vacunas básicas del PAI y gradualmente está haciéndose cargo de todos los aspectos del Programa. El Ministerio de Salud desempeña actualmente un papel regulatorio.

La participación del sector privado en la ejecución de programas de vacunación, que se limita al 1% ó 2% de las vacunas administradas, se da principalmente por medio de pediatras que trabajan como voluntarios, reciben las vacunas gratuitamente y las administran sin cargo alguno a sus pacientes. En cuanto a la vigilancia epidemiológica, hay cierta participación en la notificación de enfermedades inmunoprevenibles. La Asociación de Pediatría participa en la Comisión Nacional de Inmunización desde 1994. En 1997 la Asociación creó un Comité de Vacunación, que ahora asesora al Ministerio de Salud en este campo.

Acuerdos

Los ministerios de salud y las sociedades o asociaciones de pediatría de los países participantes formularon objetivos concretos para la promoción y el fortalecimiento de la participación del sector privado en los programas nacionales de inmunización:

Vigilancia epidemiológica

Los ministerios de salud prepararán una guía simplificada para la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles y

establecerán un sistema de notificación oficial junto con el sector de la medicina privada. Los médicos, a su vez, presentarán informes negativos semanales y notificarán con prontitud a las autoridades de salud pública si encuentran casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles. Se documentarán debidamente los casos, especialmente los de PFA y sarampión. Asimismo, se obtendrán las muestras correspondientes y se enviarán a los laboratorios nacionales de referencia para su análisis según las normas vigentes en el país.

Los ministerios de salud comunicarán los resultados de las pruebas de laboratorio a los médicos particulares y les harán llegar informes periódicos de la situación epidemiológica nacional de las enfermedades inmunoprevenibles. Los ministerios establecerán sistemas de vigilancia de reacciones adversas a la vacunación, así como los mecanismos necesarios de notificación e investigación que se realicen en el ámbito privado.

Esquema de vacunación básico

El sector de la medicina privada, por medio de sus Sociedades de Pediatría, coordinará con los programas nacionales de vacunación la adopción del esquema de vacunación básico en cada país. Las Sociedades de Pediatría se comprometen a promover el uso de un carnet de vacunación universal. Los programas nacionales proveerán formularios simplificados y estandarizados a los médicos particulares para que indiquen el número de dosis administradas de cada producto biológico.

Vacunas de buena calidad

Las vacunas y otros insumos utilizados por los sectores público y privado deberán ceñirse a las normas establecidas y registradas por la Autoridad Nacional de Calidad de Biológicos y certificados por la OPS/OMS.

Cadena de frío

Considerando que la cadena de frío es un componente fundamental para garantizar la calidad de las vacunas, los ministerios de salud deberán preparar una guía simplificada sobre la cadena de frío, proporcionar asesoría técnica y el seguimiento necesario para salvaguardar su calidad. El sector privado deberá cumplir estas normas y contar con el equipo de refrigeración necesario y con otros insumos de calidad comprobada.

Comités nacionales de prácticas de vacunación

Las Sociedades de Pediatría se comprometen a participar con las autoridades nacionales y con los programas de inmunización en un grupo asesor mixto para el PAI. Los objetivos de este grupo serán apoyar la calidad y la aceptación, así como la confianza en el Programa, propiciar la participación conjunta de los sectores público y privado, y servir de foro para el debate y para la formulación de recomendaciones nacionales sobre distintos aspectos del Programa.

Planes de trabajo anual

Las Sociedades de Pediatría y los programas nacionales de vacunación deberán preparar un plan de trabajo anual que incorpore al sector privado en las actividades del PAI, en el cual se señalen las responsabilidades de cada sector y plazos para la ejecución de las actividades convenidas.

Información, educación y promoción

Las Sociedades de Pediatría promoverán y patrocinarán actividades académicas y científicas relacionadas con los distintos aspectos del PAI en sus diversas reuniones, como congresos, cursos y jornadas científicas nacionales y regionales, con el apoyo de los ministerios de salud y la OPS.

Los programas nacionales de vacunación y la OPS facilitarán el establecimiento de una red de comunicación, la cual proveerá información técnica actualizada sobre distintos aspectos del PAI.

Cooperación técnica

La OPS, por medio de su Programa Especial para Vacunas e Inmunización (SVI) y de las Representaciones en los países participantes, proporcionará cooperación técnica en apoyo a la implementación, gerencia y sostenibilidad de la incorporación del sector privado en los programas nacionales de inmunización.

Seguimiento

Los participantes acordaron la necesidad de realizar una reunión de seguimiento dentro del plazo de un año para evaluar el progreso realizado de los compromisos adquiridos.

Últimas noticias sobre el sarampión

Argentina

Hasta el 9 de octubre de 1998 se habían notificado 6.257 casos confirmados de sarampión en Argentina. Del total de casos notificados, 5.588 (89,3%) se produjeron en la zona metropolitana de Buenos Aires y 4.175 (66,7%) corresponden a lactantes y niños menores de cinco años. Aunque todavía no se dispone de cifras exactas, la mayoría de los niños de 1 a 4 años que contrajeron sarampión no estaban vacunados. Hasta la fecha se han notificado 30 muertes por sarampión, en su mayoría de lactantes y niños menores de 2 años.

Entre los casos notificados en el Gran Buenos Aires, el grupo con la incidencia más alta es el de los niños menores de 1 año (906 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de niños de 1 a 4 años (194 casos por 100.000), niños y adolescentes de 5 a 19 años (29 casos por 100.000) y mayores de 20 años (13 casos por 100.000).

Entre las medidas que se han tomado para controlar el brote se encuentran la disminución de la edad para la vacunación contra el sarampión en las zonas afectadas a 6 meses de edad, la vacunación de contactos susceptibles de casos sospechosos de sarampión y la conclusión de la campaña de vacunación de *seguimiento* iniciada en mayo de 1998 para los niños de 2 a 5 años.

Nota de la Redacción: Mientras que las autoridades sanitarias argentinas continúan la investigación del brote, los datos preliminares indican que, aunque la cobertura de los lactantes con la vacunación de rutina contra el sarampión había superado el 95% desde la campaña de *puesta al día* con la vacunación de 1993, la gran cantidad de casos que se produjeron en preescolares sin vacunar indica claramente que había grandes focos de niños que no habían recibido la vacuna.

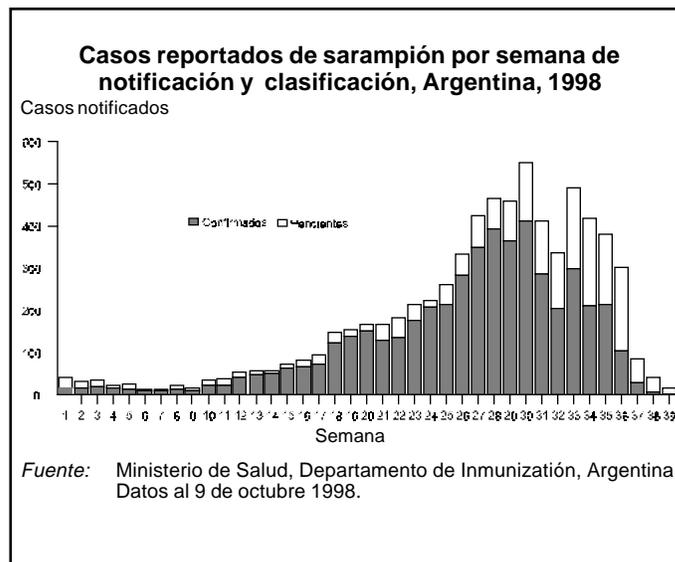
Todavía no se ha determinado la fuente del brote, pero se sospecha que el virus fue importado del sur de Brasil, donde se produjo un gran brote de sarampión a fines de 1997. En los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, situado en Atlanta (Estados Unidos), se realizarán análisis genéticos del virus del sarampión aislado del brote de Argentina. La información que se obtenga con estos análisis será útil para determinar la posible fuente geográfica del virus causante de este brote.

Tras el gran brote de sarampión que se produjo el año pasado en São Paulo (Brasil), este brote muestra una vez más la extrema infectividad del virus y la importancia de alcanzar y mantener una cobertura elevada de vacunación contra el sarampión con los servicios de rutina y de realizar campañas oportunas de *seguimiento* con una alta cobertura. Asimismo, estos brotes muestran una vez más que las ciudades grandes con gran densidad de población corren un gran riesgo de importación del virus y de brotes de sarampión. Es necesario intensificar las medidas para garantizar un alto grado de

inmunidad de los lactantes y preescolares, especialmente en las zonas urbanas.

Haití

Haití está llevando a cabo una campaña de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión dirigida a unos 1.200.000 niños de 1 a 5 años, que se inició a principios de julio en una provincia del sur. El 20 de septiembre se llevó a cabo la primera de dos campañas en la zona metropolitana de Puerto Príncipe. A pesar de los estragos causados por el huracán Georges a fines de septiembre, las actividades de vacunación se retrasaron solamente dos semanas, y la segunda parte de la campaña se realizó el 11 y el 18 de octubre. Para fines de octubre habrá concluido la campaña de vacunación en todas



las zonas urbanas. En esta campaña se está administrando también la vacuna antipoliomielítica, la DTP y suplementos de vitamina A. También se está vacunando contra el tétanos a mujeres en edad fértil.

El último caso confirmado de sarampión en Haití se produjo en 1994, año en que se llevó a cabo una campaña de vacunación de *puesta al día*. Desde entonces se han acumulado muchas personas susceptibles al sarampión debido a la baja cobertura de los servicios de vacunación de rutina. El Ministerio de Salud ha trazado una doble estrategia para vacunar a las personas susceptibles durante la campaña actual y aumentar la cobertura de los servicios de vacunación de rutina. Entre los colaboradores y donantes de la campaña se encuentran la AID, el gobierno de Japón y UNICEF. La OPS/SVI ha proporcionado asesoría técnica para la campaña.

Paraguay

La campaña nacional de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión fue inaugurada el 15 de octubre por el

presidente de Paraguay, Raúl Cubas Grau, la primera dama, Mirta Gusinky de Cubas, y la Ministra de Salud, Dra. Carmen Frutos de Almada, entre otros funcionarios del gobierno y del sector salud. El Ministerio de Salud y Educación firmó un convenio para promover la campaña y difundir información en las escuelas de todo el país.

La campaña de *seguimiento* se realizará del 19 de octubre al 30 de noviembre, dirigida a los niños de 6 meses a 14 años de todo el país. La campaña se iniciará en zonas urbanas densamente pobladas y de allí se extenderá al resto del país. Se vacunará a un total de 2.137.274 niños, que representan el 40% de la población (50% de la población blanco viven en zonas urbanas). La primera fase de la campaña se concentrará en escolares y preescolares, así como en niños internados en orfanatos y centros correccionales de menores. Del 1 al 30 de noviembre, el Ministerio planea realizar una operación de barrido de puerta en puerta en las zonas donde no se haya alcanzado una cobertura de vacunación del 100% en la etapa inicial de la campaña.

No hay ninguna justificación científica para suspender la vacunación contra la hepatitis B

El 1 de octubre de 1998, el Ministerio de Salud de Francia anunció que se suspendería la vacunación de rutina de los adolescentes de las escuelas francesas contra la hepatitis B, mientras que continuaría la vacunación de lactantes y adultos de alto riesgo. Esta decisión, tomada a raíz de la preocupación por la posibilidad de que la vacuna contra la hepatitis B esté relacionada con la aparición o exacerbación de enfermedades desmielinizadoras tales como esclerosis múltiple, a pesar de que no hay pruebas científicas que establezcan una relación causal, es producto de la enorme presión de grupos que se oponen a la vacuna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con la ayuda de expertos externos en neurología, epidemiología, inmunología y salud pública, ha examinado con cuidado las pruebas científicas relacionadas con la posibilidad de que la vacuna contra la hepatitis cause enfermedades desmielinizadoras tales como esclerosis múltiple. La OMS cree que los datos científicos disponibles no muestran una relación de causa entre la vacunación contra la hepatitis B y ciertas enfermedades del sistema nervioso central, entre ellas la esclerosis múltiple.

Desde 1981 se han usado más de mil millones de dosis de vacuna contra la hepatitis B (HB), con resultados excelentes en cuanto a su inocuidad y eficacia. La vacuna es 95% eficaz para prevenir la presentación del estado de portador crónico de hepatitis B. La vacuna HB es la primera contra un tipo importante de cáncer humano, ya que los portadores crónicos de hepatitis B corren un riesgo muy grande de morir de cirrosis y cáncer del hígado.

Reconociendo la gran utilidad de la vacuna contra la hepatitis B, la Asamblea Mundial de la Salud recomendó en 1992 que todos los países la incorporen en sus programas de vacunación de rutina. Hasta la fecha, 100 países la han agregado a sus programas de vacunación nacionales, y muchos países industrializados han iniciado programas para vacunar también a los adolescentes.

Aunque en Francia se continuará vacunando a los lactantes y a los adultos de alto riesgo, la decisión de octubre 1, causó preocupación en la OMS por la posibilidad de que el público pierda la confianza en esta vacuna y que otros países decidan suspender o demorar su introducción. Hay más de 350 millones de portadores crónicos de hepatitis B que corren un gran riesgo de sufrir cirrosis y cáncer del hígado. Si se interrumpe la vacunación, esa cantidad podría aumentar.

Con otras vacunas, entre ellas la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), también surgió el problema de hipótesis infundadas e información contraria a las vacunas que llevaron a la pérdida de la confianza del público y a la disminución de la cobertura. Tras la reducción del uso de la DTP se produjeron millones de casos de tos ferina y cientos de muertes en varios países.

La OMS recomienda enfáticamente que todos los países que ya estén administrando de forma rutinaria la vacuna contra la hepatitis B como parte del programa de vacunación nacional continúen haciéndolo y que los países que todavía no estén usando la vacuna lo hagan cuanto antes.

Fuente: Comunicado de prensa de la OMS, 2 de octubre de 1998, WHO/67.

La vacuna contra la rubéola y estrategias de vacunación

A raíz de la pandemia devastadora de rubéola que se produjo en Europa occidental y en Estados Unidos en 1964 y 1965 se realizaron extensas investigaciones y se avanzó hacia la obtención de una vacuna eficaz. Tras el aislamiento del virus de la rubéola en 1962 por Parkman, Beuscher y Arenstein en Washington, D.C., y Weller y Neva en Boston, en 1969 se autorizaron en Estados Unidos tres cepas para la vacuna contra la rubéola, que poco después fueron reemplazadas con la vacuna que ahora se usa en todo el mundo: la RA 27/3. Esta vacuna fue obtenida por el Dr. Stanley A. Plotkin entre 1965 y 1967 en el Instituto Wistar de Estados Unidos. La vacuna RA 27/3 fue autorizada en Estados Unidos en enero de 1979.

Esta vacuna se elabora con virus vivo atenuado de rubéola e induce inmunidad al imitar la infección natural por el virus de la rubéola. El virus se atenúa pasándolo entre 25 y 30 veces por cultivo tisular. La viremia y la excreción faríngea resultantes son de una magnitud mucho menor que las ocasionadas por la infección natural y no son transmisibles. La vacuna contra la rubéola induce respuestas de anticuerpos IgM e IgG. La presencia prolongada de anticuerpos IgG elimina la posibilidad de una viremia tras la exposición subsiguiente al virus de la rubéola en circulación. Al inducir la secreción de IgA para bloquear la replicación en la mucosa nasofaríngea, la vacuna protege al organismo contra la reinfección.

La vacuna contra la rubéola es inocua. El virus de la vacuna por lo general no es transmisible, aunque se puede transmitir de madre a hijo durante la lactancia. Sin embargo, la infección del lactante es subclínica. Las reacciones adversas a la vacuna rara vez son graves y generalmente se resuelven espontáneamente. La RA 27/3 se administra principalmente combinada con la vacuna contra el sarampión y la parotiditis (SPR). Las reacciones adversas más comunes al componente de la vacuna contra la rubéola son síntomas de las articulaciones. Entre las mujeres susceptibles, alrededor de 25% pueden presentar artralgia, y un 10%, síntomas similares a los de la artritis aguda.

Debido a su inocuidad y a su inmunogenicidad uniforme, se prefiere la cepa RA 27/3 en vez de las vacunas contra la rubéola autorizadas anteriormente. Más del 95% de las personas vacunadas presentan seroconversión. La vacuna induce títulos de anticuerpos más altos e induce una respuesta inmunitaria que se parece más a la infección natural. Es muy eficaz, y se cree que confiere inmunidad de por vida.

El método preferido para administrar la vacuna contra la rubéola es la vacuna SPR o la SR (sarampión y rubéola). Los niños deben recibir la vacuna SPR entre los 12 y los 15 meses de edad. Además, la vacuna SPR se puede usar en las campañas de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión. La vacunación del adulto está indicada para viajeros internacionales, personas en instituciones de enseñanza superior, personal de salud y mujeres en edad fértil que no tengan pruebas aceptables de inmunidad.

La principal contraindicación para la vacuna es el embarazo. Aunque no hay indicios de que la vacuna contra la rubéola cause el síndrome congénito de rubéola (SCR), durante el embarazo conviene evitar la vacuna contra la rubéola y cualquier

otra de virus vivo. Otra contraindicación es las deficiencias inmunitarias. Por lo tanto, las personas infectadas por el VIH y las que presenten signos de inmunosupresión grave no deben vacunarse. Otras contraindicaciones son enfermedades febriles moderadas o graves e inyecciones recientes de inmunoglobulinas.

Estrategias para combatir la rubéola

Durante los últimos 30 años se han aplicado dos estrategias principales para combatir la rubéola. Con ambas estrategias, que se basan en la vacunación, se han obtenido resultados moderadamente positivos. En el Reino Unido se inició en 1970 un programa nacional de vacunación contra la rubéola. La población objeto inicial de esta estrategia eran las niñas prepubescentes de 11 a 14 años. El objetivo era alcanzar un alto grado de inmunidad contra la rubéola en las mujeres. En 1976 se extendió la estrategia de vacunación a todas las mujeres susceptibles en edad fértil. Esta estrategia resultó parcialmente eficaz. Aunque el número de casos de SCR bajó considerablemente, quedaron bastantes personas susceptibles y el virus continuó circulando.

La estrategia adoptada inicialmente en Estados Unidos en 1969 estaba dirigida al grupo en el cual la transmisión es mayor — escolares de corta edad de ambos sexos. Esta estrategia se basaba en el supuesto de que la disminución de la transmisión del virus de la rubéola entre los niños protegería a las mujeres susceptibles en edad fértil. Posteriormente se inició la vacunación de rutina de todos los niños de 12 a 15 meses. Sin embargo, se comprobó que, aunque la transmisión de la rubéola entre los niños había disminuido, la cantidad de mujeres susceptibles en edad fértil había permanecido relativamente invariable.

En Estados Unidos se produjeron brotes de rubéola recientemente en Carolina del Sur, Nueva York, California y Tejas. La mayoría de los casos de los brotes recientes han sido adultos jóvenes de origen hispano. De hecho, más de 80% de los casos de rubéola notificados a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) durante 1997 correspondieron a hispanos. Estos datos indican que el virus de la rubéola se está importando de América Latina a Estados Unidos.

La vacuna contra la rubéola se introdujo hace poco en América Latina. Aunque la incidencia de rubéola ha bajado mucho en Estados Unidos, sigue siendo endémica en América Latina y el Caribe. Por lo tanto, las personas nacidas en países que no tienen programas de vacunación contra la rubéola corren mayor riesgo.

Aunque todavía no se ha adoptado la meta de eliminar la rubéola y el SCR en las Américas, se pueden tomar medidas para mejorar el control de la rubéola y disminuir la incidencia del SCR. De lo que antecede se infiere que se necesita mucho trabajo para controlar y a la larga eliminar la rubéola. Con una estrategia de vacunación que combine las estrategias aplicadas en el Reino Unido y en Estados Unidos probablemente se logre interrumpir la circulación del virus de la rubéola. El programa de vacunación combinaría la

protección individual de las mujeres en edad fértil y la vacunación de todos los niños a fin de interrumpir la transmisión.

En la reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por la Vacunación que se realizó en 1997 se formularon las siguientes recomendaciones para los países de las Américas:

- Incorporar la vacuna contra la rubéola (en forma de SR o SPR) en los programas de vacunación de rutina contra enfermedades de la infancia en todos los países de la Región
 - Iniciar la vigilancia del SCR antes de iniciar el programa de vacunación contra la rubéola o al mismo tiempo
- Como cada país se encuentra en una situación diferente y

avanza a un ritmo distinto hacia la mejora del control de la rubéola y el SCR, hay recomendaciones que se aplican a ciertos países:

- Los países que deseen prevenir y controlar el SCR con prontitud deben llevar a cabo una campaña de vacunación masiva de todas las mujeres de 5 a 39 años.
- Los países que deseen prevenir y controlar la rubéola y el SCR con prontitud deben llevar a cabo una campaña de vacunación masiva de las personas de 5 a 39 años de ambos sexos.
- Los países que no puedan tomar una de las dos medidas antedichas, además de la vacunación de rutina de los lactantes deberán vacunar contra la rubéola a las mujeres en edad fértil.

Vigilancia de la poliomielitis

A siete años del último caso de poliomielitis en las Américas y a cuatro años de la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas, la tasa de parálisis flácida aguda (PFA) continúa bajando (0,70 casos de PFA por 100.000 menores de 15 años). La meta para fin de año consiste en alcanzar la tasa de 1 caso de PFA por 100.000 menores de 15 años. Sobre esta base se calculó la cantidad de casos de PFA que deberían notificar los países. El cuadro que figura a continuación muestra que, en la semana 40, no se notificaron los casos de PFA que se preveía que ocurrieran en ese período.

Gráfica 1

País	Casos notificados 1997	Casos notificados hasta la semana 40/1998	Casos que se preveía que se notificarían hasta la semana 40 de 1998
Argentina	49	0	141
Brasil	430	195	637
CAREC	14	10	26
Costa Rica	11	0	14
República Dominicana	22	11	31
Haití	0	2	26
Paraguay	10	7	21

Gráfica 2
Indicadores de la vigilancia de la PFA

País	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 \geq 1:100.000 en menores de 15 años
Chile				
Colombia				
Cuba				
Honduras				
México				
Nicaragua				
Bolivia				
Ecuador				
El Salvador				
Panamá				
Peru				
Venezuela				
República Dominicana				
Paraguay				
Brasil				
Guatemala				
Haití				
Uruguay				
Argentina				
Costa Rica				

* Datos a la semana 40, hasta octubre 10, 1998
Fuente: SVI/OPS (PESS).

Notas regionales

VII Reunión de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno: En la declaración final de la VIII Reunión de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, que se celebró en Chile los días 28 y 29 de septiembre de 1998, las primeras damas de las Américas señalaron lo siguiente: “Reiteramos la necesidad de garantizar la continuidad de los esfuerzos orientados a erradicar el sarampión de las Américas para el año 2000. Asimismo, apoyamos otras iniciativas tendientes a implementar estrategias innovadoras para promover la salud mental y física”.

Fiebre amarilla: Al 20 de octubre de 1998 se había notificado un total provisional de 254 casos de fiebre amarilla y 103 muertes en países donde esta enfermedad es endémica: Bolivia, Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Perú y Venezuela.

En Brasil, los dos estados más afectados por el brote son Pará y Roraima. Desde 1996, Brasil ha incluido la vacuna contra la fiebre amarilla en los programas de vacunación de rutina para los niños de zonas donde la enfermedad es endémica. El Ministerio de Salud planea vacunar en 1999 a 110 millones de personas que viven en zonas enzoóticas y en regiones contiguas infestadas por *A. aegypti*.

Se está investigando otro brote en la región amazónica de Venezuela, a lo largo de la frontera oriental con Brasil.

La OPS está colaborando con los países de la Región donde la fiebre amarilla es endémica a fin de aplicar una estrategia que impida la reurbanización de la enfermedad. Según esta estrategia, que fue presentada en la 8ª Reunión de Gerentes del PAI de la Región Andina (mayo de 1998) y en la reunión de expertos sobre estrategias de prevención y control de la fiebre amarilla (mayo de 1998), en la cual se trató el tema del riesgo de la urbanización en las Américas, se recomienda que: 1) los países vacunen contra la fiebre amarilla a toda la población cuanto antes, por lo menos en las zonas donde la enfermedad es endémica; 2) que incorporen esta vacuna en el plan de vacunación básico para los niños menores de 1 año y que la administren junto con la vacuna antisarampionosa.

Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina notificados del 1º de enero de 1998 hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 1997 por país.

País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión			Confir- mados* 1997	Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1998		Total		1998	1997	No Neonatal		Neonatal		1998	1997	1998	1997
		Labo- ratorio	Clinica- mente					1998	1997	1998	1997				
Anguilla	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...	0
Antigua & Barbuda	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Argentina	3-Oct	6.257	...	6.257	19	0	0	9	18	0	3	1	0	29	321
Bahamas	3-Oct	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Belice	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	2	...	1	...	0	...	0
Bermuda	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Bolivia	3-Oct	242	0	242	2	0	0	11	2	7	7	6	1	32	77
Brasil	3-Oct	1.292	71	1.363	9.051	0	0	...	58	...	13	...	32	...	101
Islas Virgenes Británicas	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Canadá	3-Oct	8	3	11	577	0	0	...	2	...	...	...	1	772	2.415
Islas Caimán	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Chile	3-Oct	0	0	0	41	0	0	5	4	1	0	0	0	561	321
Colombia	3-Oct	2	12	14	55	0	0	0	18	3	17	2	2	81	15
Costa Rica	3-Oct	0	0	0	7	0	0	...	2	...	0	...	176	...	10
Cuba	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Dominica	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
República Dominicana	3-Oct	0	0	0	1	0	0	5	17	0	0	3	4	7	1
Ecuador	3-Oct	0	0	0	0	0	0	10	42	14	19	17	17	136	148
El Salvador	3-Oct	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	2
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Guadeloupe	3-Oct	1	0	1	72	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	3-Oct	0	1	1	8	0	0	...	5	4	6	0	0	377	92
Guyana	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Haití	3-Oct	...	...	...	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Honduras	3-Oct	1	0	1	5	0	0	5	5	1	1	0	0	23	121
Jamaica	3-Oct	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Martinique	...	...	...	...	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	3-Oct	0	0	0	0	0	0	105	104	17	20	0	0	132	292
Montserrat	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	3-Oct	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	41
Panamá	3-Oct	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	120	85
Paraguay	3-Oct	2	0	2	76	0	0	9	24	8	11	0	0	10	24
Perú	3-Oct	0	0	0	56	0	0	18	42	4	26	1	1	229	608
Puerto Rico	3-Oct	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Cristóbal/Nieves	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
S. Lucía	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Suriname	3-Oct	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	3-Oct	0	0	0	1	0	0	...	2	...	0	...	0	...	0
Turcas y Caicos	3-Oct	0	0	0	0	0	0	...	1	...	0	...	0	...	0
Estados Unidos	3-Oct	62	—	62	110	0	0	32	32	...	...	1	5	4.200	3.779
Uruguay	3-Oct	1	0	1	2	0	0	...	0	...	0	...	0	...	10
Venezuela	3-Oct	0	4	4	22	0	0	15	18	2	6	0	0	241	393
TOTAL		7.869	91	7.960	10.106	0	0	227	414	61	133	31	239	6.950	8.857

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

En memoria de: Dra. Mary Lou Clements-Mann

El Programa Especial para Vacunas e Inmunización desea rendir un homenaje especial a la Dra. Mary Lou Clements-Mann, que falleció trágicamente en el avión de Swissair que cayó frente a la costa de Nueva Escocia (Canadá) el 2 de septiembre.

La Dra. Clements-Mann se distinguió como experta en obtención de vacunas y como promotora mundial del papel de las vacunas en la salud en todo el mundo. Se graduó de la Universidad Tecnológica de Tejas tras cursar estudios de química y posteriormente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tejas (Sudoeste), en Dallas. También recibió títulos de estudios avanzados de la Universidad de Londres y de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins.

La Dra. Clements-Mann comenzó su carrera en salud pública como practicante de medicina en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Se sumó a la campaña mundial para erradicar la viruela y puso en marcha un programa de vacunación en uno de los estados más grandes de la India. Posteriormente fundó el Centro de

Investigaciones sobre Inmunización en la Universidad Johns Hopkins y fue su primera directora. Allí trabajó en la obtención de vacunas contra la malaria, el dengue, la influenza, rotavirus y otros virus respiratorios. La Dra. Clements-Mann también realizó una importante contribución a la obtención de una vacuna contra el SIDA. Propugnaba la realización de ensayos clínicos ampliados de posibles vacunas contra el SIDA, y cuando falleció era la investigadora principal en un estudio que se llevaba a cabo en Johns Hopkins con una vacuna de *Salmonella*.

La Dra. Clements-Mann falleció junto con su esposo, el Dr. Jonathan Mann, renombrado investigador en el campo del SIDA con una brillante carrera en el campo de la salud pública como director del Programa Mundial sobre el SIDA, de la Organización Mundial de la Salud, y del Centro Internacional del SIDA, que forma parte del Instituto del SIDA de la Universidad de Harvard.



Fuente: Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y *USA Today*, 4 de septiembre de 1998.

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Especial para Vacunas e Inmunización (SVI) 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

Programa Especial para Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
<http://www.paho.org/spanish/svi/svihome.htm>

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729