

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXI, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 1999

Año 2000: ¿Cero sarampión?

Hasta el 11 de diciembre de 1999 se había notificado un total de 39.941 casos sospechosos de sarampión en los países de las Américas, de los cuales 2.803 (7%) han sido confirmados, 28.769 (72%) han sido descartados y 8.369 (21%) siguen en estudio. Del total de casos confirmados, en 2.227 (79%) la infección se confirmó en laboratorio o se encontró un vínculo epidemiológico con un caso confirmado en laboratorio, y en 576 (21%) el sarampión se confirmó clínicamente. El país más afectado por el sarampión en 1999 fue Bolivia, con 51% de todos los casos notificados en la Región (1.420 casos confirmados). Otros países donde el virus circuló intensamente fueron Brasil (689 casos confirmados), Argentina (253 casos confirmados) y República Dominicana (206 casos confirmados). Los otros 235 casos, notificados por Estados Unidos, Uruguay, Colombia, Chile, Perú, Costa Rica y Canadá, eran en su mayoría casos secundarios que afectaron a grupos sin vacunar tras la importación del virus.

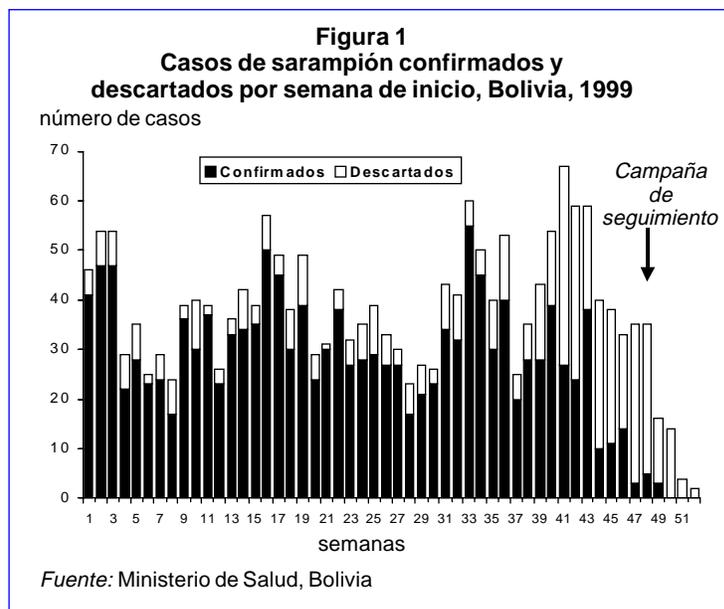
Bolivia continúa sufriendo grandes brotes en zonas urbanas debido a la existencia de grandes focos de gente no vacunada, a pesar de la intensificación de las actividades de vacunación desde noviembre de 1998 hasta fines de marzo de 1999. El brote actual, que comenzó en mayo de 1998, produjo 1.004 casos confirmados de sarampión en 1998 y parecía estar disminuyendo a fines de 1999 (figura 1). Los focos principales de transmisión del virus del sarampión durante 1999 fueron los departamentos de La Paz (453 casos), Santa Cruz (345 casos), Cochabamba (291 casos) y Beni (149 casos). Beni, región selvática de Bolivia con una población

muy dispersa, notificó la mayor tasa de incidencia (42/100.000). Los otros tres departamentos notificaron una tasa de incidencia de 19-20/100.000. Del total de casos confirmados en 1999, 755 (54%) correspondieron a niños menores de 5 años, grupo que presentó la mayor tasa de incidencia. De los demás casos, 336 (25%) fueron notificados en escolares (de 5 a 19 años) y 225 (17%) en adultos jóvenes (de 20 a 29 años). Para controlar este brote de sarampión, el gobierno de Bolivia, con asistencia técnica de la OPS y asistencia financiera del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo,

el Unicef y ONG locales, preparó un plan de emergencia en virtud del cual se formó un equipo internacional de siete expertos para trabajar con las autoridades sanitarias de Bolivia. El Ministerio de Salud emitió una resolución ministerial de apoyo a una campaña nacional integral en diciembre de 1999. En las zonas donde se realizaron actividades de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión se ha observado una disminución drástica de los casos de sarampión.

En la República Dominicana se produjo una situación similar a la de Bolivia du-

rante 1999. El brote se inició como consecuencia de una importación de Argentina en 1997 en la zona turística de Altagracia. A pesar de las dos campañas de vacunación que se realizaron en 1998, el virus continuó circulando y después se propagó por todo el país en 1999. Más de 50% de los casos fueron notificados en la zona metropolitana de Santo Domingo, donde los focos de niños sin vacunar, el hacinamiento y la baja tasa de cobertura alcanzada con campañas anteriores de



En este número:

Año 2000: ¿Cero sarampión?	1
Campaña contra la rubéola en Chile	3
Colección y manejo de las muestras de laboratorio para la erradicación del sarampión y el control de la rubéola	5

Erradicación mundial de la poliomielitis	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Impacto de la vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B en Colombia	8

vacunación de *seguimiento* propiciaron la propagación de la enfermedad. Igual que en Bolivia, la mayoría de los casos correspondieron a niños pequeños. El Ministerio de Salud, con la cooperación técnica de la OPS, organizó un grupo de trabajo para controlar eficazmente la transmisión del virus del sarampión en el país. Asimismo, un equipo internacional está trabajando con las autoridades sanitarias nacionales a fin de elevar la tasa de cobertura en una campaña de vacunación casa por casa dirigida a los niños de 6 meses a 4 años.

En Brasil se observó una gran disminución de los casos de sarampión en comparación con 1998 (en 1998 se notificaron 2.930 casos confirmados, en comparación con 689 casos confirmados en 1999 hasta la semana epidemiológica 47). No obstante, más de 50% de los casos (365) fueron confirmados clínicamente, lo cual indica que el sistema de vigilancia no realizó una investigación epidemiológica completa. En el nordeste del país se notificaron 250 casos (36% del total), de los cuales 145 (21%) fueron notificados en Pernambuco, donde hubo brotes en tres municipalidades. Rio de Janeiro y São Paulo notificaron 117 y 126 casos, respectivamente. Se notificó también un brote reciente en un batallón del ejército en el estado de Mato Grosso do Sul. Los grupos más afectados fueron los niños menores de 1 año (incidencia de 3,48/100.000) y los de 1 a 4 años (0,73/100.000).

Argentina, que en 1998 notificó la mayoría de los casos, había notificado sólo 245 casos en diciembre de 1999, principalmente en las provincias de Tucumán, Chaco, San Juan y Buenos Aires. Los grupos más afectados fueron los niños menores de 1 año (7,5/100.000), seguidos de los niños de 1 año (4,72/100.000) y los de 2 a 5 años (0,75/100.000). En 1999 se elaboró un plan de acción de emergencia y se contrató a cuatro epidemiólogos nacionales para que colaboraran con las autoridades sanitarias argentinas en la tarea de erradicación. Desde mediados de septiembre se han notificado sólo cuatro casos confirmados, lo cual indica una drástica reducción de la transmisión del virus.

En Colombia se realizó una búsqueda activa en las ocho ciudades más grandes para determinar si estaba circulando el virus del sarampión tras los casos aislados confirmados en laboratorio que se produjeron en 1998 y 1999 cuya fuente no se conocía. Los funcionarios de la OPS y el Ministerio de Salud examinaron todos los casos conocidos, así como los datos de vigilancia correspondientes a ambos años, y determinaron que solamente en un departamento había un grupo de casos de sarampión, especialmente en una zona urbana, indicativo de la circulación del virus del sarampión. Un examen de casos y datos de laboratorio de los demás casos esporádicos confirmados en laboratorio sin fuente conocida indicó que la mayoría de los casos estaban asociados a la vacuna. Lo más importante es que, debido a los procesos en curso de reforma y descentralización de los servicios de salud, no se sabe cuán buena es la vigilancia del sarampión, que en el mejor de los casos no es confiable, porque muchos de los proveedores nuevos de servicios de salud no forman parte del sistema nacional de vigilancia. Para determinar con rapidez si el virus del sarampión seguía circulando, el Ministerio de Salud aceptó la recomendación de la OPS de realizar una búsqueda activa en los ocho centros urbanos más grandes. Esta búsqueda se efectuó en noviembre y diciembre de 1999, pero no se encontraron más casos de sarampión confirmados en laboratorio.

Costa Rica notificó tres casos importados de sarampión atribuidos a un residente de Costa Rica que estuvo expuesto al virus mientras visitaba Perú y lo transmitió a dos familiares. Cabe destacar que este adulto era el único integrante del grupo de turistas que viajaron a Perú que no se había vacunado contra el sarampión, y los dos familiares tampoco estaban vacunados. Se realizó una búsqueda activa en el hospital donde se atendieron los casos y en los alrededores, pero el virus no se había propagado. La alta cobertura de vacunación contra el sarampión en el país fue una barrera fundamental para prevenir la propagación del virus.

Nota de la Redacción: El milenio terminó con buenas perspectivas con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles: en 1979 se erradicó la viruela de todo el mundo, en 1991 se erradicó la poliomielitis de las Américas, y esta región está a punto de erradicar la transmisión autóctona del virus del sarampión. Desde 1997, los casos confirmados de sarampión en las Américas han bajado el 95%, pasando de 53.661 casos en 1997 a 2.803 casos confirmados en 1999. Para llegar a las últimas personas que quedan sin vacunar y romper las cadenas de transmisión se necesitará la máxima dedicación posible a la estrategia de erradicación, a fin de alcanzar este hito para fines del año 2000. La vacunación de personas susceptibles es la clave del éxito. A fin de erradicar el sarampión, todos los países de las Américas deberían utilizar los mismos métodos. Estos incluyen:

- Realizar campañas *oportunas* de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión cuando el grupo de susceptibles se aproxime a la cantidad de niños de una cohorte media de nacimientos
- Alcanzar la meta de una cobertura de vacunación del $\geq 95\%$ en todas las municipalidades
- Garantizar la disponibilidad de las vacunas necesarias en los niveles central, regional y local en todo momento
- No perder oportunidades de vacunación: cada vez que un niño tenga contacto con el personal de salud, hay que aprovechar la oportunidad para vacunarlos, si corresponde.
- Identificar grupos difíciles de vacunar y realizar actividades de movilización social que los impulsen a cumplir los planes de vacunación
- Alertar al personal de salud sobre la iniciativa de erradicación regional y subrayar la importancia de su cooperación para alcanzar esta meta
- El personal de salud que esté en contacto con niños o con pacientes que tengan enfermedades infecciosas deben vacunarse contra el sarampión independientemente de sus antecedentes de vacunación.
- Realizar una investigación epidemiológica completa de todos los casos sospechosos de sarampión. Por caso sospechoso de sarampión se entiende "todo paciente que un proveedor de servicios de salud sospeche que tiene sarampión".
- Cerciorarse de que en todas las actividades de vacunación se desechen e incineren todas las jeringas y agujas sin crear riesgos

Campaña contra la rubéola en Chile

Antecedentes

Chile comenzó a vacunar a los niños de 1 año contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (vacuna SPR) en 1990, iniciando en 1993 la administración de una dosis de refuerzo a los niños de 6 años. Entre 1992 y 1996 se observó una disminución de la incidencia de la rubéola, pero en 1997 y 1998 varios servicios de salud del país notificaron brotes (figura 1) que muestran un cambio en la edad de los grupos afectados por la rubéola, observándose un mayor número de casos de adolescentes y adultos jóvenes, con un aumento de la incidencia a partir de la edad de 10 y 11 años. A fin de prevenir los casos de síndrome de rubéola congénita (SRC), en 1999 el Ministerio de Salud de Chile trazó una estrategia de tres componentes: una campaña de vacunación masiva dirigida a las mujeres de 10 a 29 años, el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico de laboratorio de la rubéola y el establecimiento de un sistema de vigilancia del síndrome de rubéola congénita.

Campaña masiva de vacunación

La campaña nacional de vacunación masiva se realizó entre agosto y septiembre de 1999 en todo Chile, con la participación de los 28 servicios de salud del país, instituciones privadas de salud y las fuerzas armadas.

La población objetivo de la campaña de 30 días era las mujeres de 10 a 29 años que no estuvieran embarazadas (94%). Autoridades de salud en Chile decidieron focalizar la vacunación en este grupo de edad dado los datos disponibles que indicaban que los brotes de rubéola estaban afectando principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. En los brotes de 1997 y 1998, se observó que más del 70% de los casos correspondían a personas entre los 10 y 29 años (74% en 1997 y 78% en 1998), la mitad de estos eran mujeres. Por lo tanto este grupo presentaba mayor riesgo de infección por rubéola que puede resultar en SRC en un niño recién nacido. La campaña buscó controlar de inmediato el problema de SRC, reduciendo drásticamente la cantidad de mujeres en edad fértil que pudieran contraer la infección. Las cohortes de mujeres más jóvenes ya habían sido vacunadas al cumplir 1 año y las de mayor edad gozaban de inmunidad natural, lo cual se reflejaba en las bajas tasas de incidencia observadas en estas cohortes y en la cantidad pequeña de mujeres susceptibles de esta edad.

La campaña se dividió en dos fases. Se agregó la segunda fase a fin de alcanzar a aquellas mujeres dentro del grupo objetivo (6%) que estaba embarazadas cuando se realizó la campaña masiva. Este grupo fue vacunado durante el puerperio, y la fase aún se encuentra en marcha.

El laboratorio nacional de referencia realizó el diagnóstico diferencial de rubéola de los demás casos de exantema notificados. A mediados de septiembre de 1999 comenzó a funcionar un sistema de vigilancia del SRC en hospitales y centros de referencia, que fue evaluado a fines de 1999.

En la campaña se usó la vacuna monovalente contra la rubéola (RA 27/3). Participaron aproximadamente 6.000 vacunadores, que trabajaron en 4.000 puestos de vacunación, puestos privados y puestos organizados por las fuerzas armadas. Dos semanas antes de la vacunación se realizó una campaña intensa de comunicación por radio, televisión y la prensa.

Sobre la base de la información disponible se puede

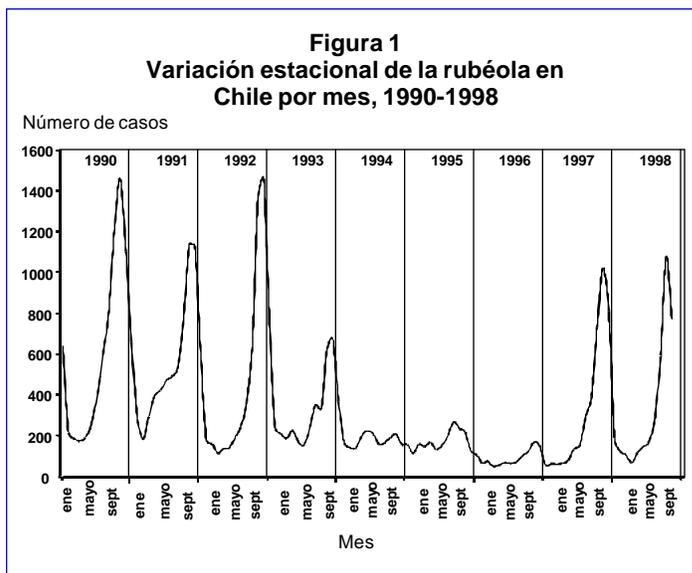
afirmar que la vacuna contra la rubéola es segura durante el embarazo y no presenta riesgo de SRC para el feto. Sin embargo, la campaña contra la rubéola en Chile optó por seguir las recomendaciones internacionales y decidió no vacunar a las embarazadas (véase en el *Boletín Informativo PAI* de junio de 1999, pág. 3, para las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por la Vacunación en relación con la vacunación contra la rubéola durante el embarazo).

Resultados

La población objetivo estimada de la campaña en conjunto consistía en 2.507.448 mujeres de 10 a 29 años. Para la segunda fase, la población objetivo es 153.173 mujeres, que serán vacunadas durante los nueve meses siguientes a la campaña de vacunación en masa. Los resultados obtenidos se basan en datos recibidos del Departamento de Epidemiología de Chile sobre las mujeres vacunadas hasta el 17 de septiembre. La campaña de vacunación en masa concluyó el 10 de septiembre en la mayoría de los distritos de salud, excepto dos donde se tardó una semana más debido al mal tiempo.

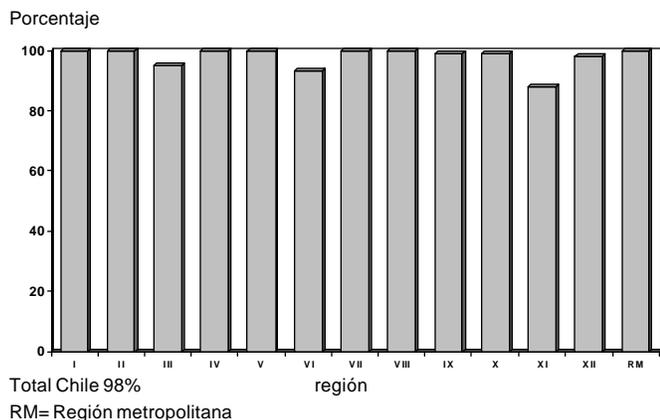
A nivel nacional, la cobertura de vacunación llegó al 98%, situándose entre el 88 y el 100% según la región (figura 2). El éxito alcanzado puede atribuirse en parte al alto grado de conciencia de las mujeres con respecto a su propia salud y la de su familia, y también a la eficiencia, la eficacia y el compromiso de los equipos de salud que participaron en la campaña, los mensajes claros y precisos difundidos por los medios de comunicación y la credibilidad del sector de la salud en el país.

El total de mujeres vacunadas fue 2.467.495. De acuerdo a grupo etáreo, las cifras son las siguientes: entre 10 a 14 años, 701.605 (102%); entre 15 y 19 años 601.853 (97%); entre 20 a 24 años, 547.479 (92%); entre 25 y 29 años 616.987 (102%). El grupo de mujeres de 20 a 24 años es el que



presenta la cobertura de vacunación más baja a nivel nacional (92%). Este grupo presenta la tasa de natalidad más alta, por lo tanto, debe haber presentado un mayor porcentaje de embarazadas durante la primera etapa. Esto significa que una mayor proporción de mujeres vacunadas en la segunda fase debería corresponder a este grupo.

Figura 2
Cobertura de vacunación de la campaña masiva de rubéola, 1999, Chile (Fase 1)

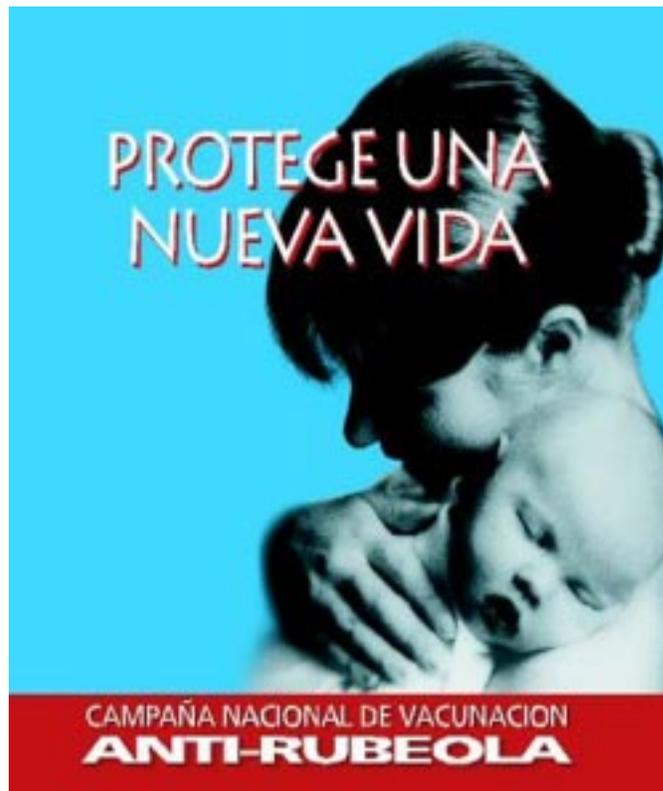


El Ministerio de Salud ha instituido un sistema de vigilancia con los siguientes objetivos: 1) proporcionar información sobre la efectividad de los programas y políticas de intervención, así como conocer las tendencias a largo plazo; 2) colaborar en la identificación de grupos o áreas geográficas donde se necesitan implementar esfuerzos de control adicionales para reducir la incidencia de la enfermedad; y 3) evaluar la eficacia de la vacuna, la duración de la inmunidad inducida por vacuna y otros aspectos relacionados con la eficacia y la inocuidad de la misma.

Fuente: Resumen del informe *Estrategia de prevención del síndrome de rubéola congénita en Chile*. Si desea el informe completo, diríjase a X. Aguilera; A. Guerrero; C. González; M. Concha; A. Olea; M. Chiu; V. Sotomayor; D. Ulloa; H. Giorgi; V. Child; Ministerio de Salud de Chile, Mac-Iver 541, Santiago, Chile.

Nota de la Redacción: La OPS felicita al Ministerio de Salud de Chile por la alta cobertura de vacunación alcanzada en su campaña reciente de vacunación masiva contra la rubéola y se suma al Ministerio en sus elogios de la gran dedicación, esfuerzo y tesón del personal de salud de Chile para alcanzar esta elevada cobertura. La OPS, así como otros Estados Miembros de la Región, dará seguimiento con sumo interés al impacto de esta campaña en la reducción de la circulación del virus de la rubéola en Chile y en el SRC.

La OPS recomienda a los países que deseen prevenir y controlar la rubéola y el SRC con rapidez que consideren la posibilidad de usar una vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola. El uso de una vacuna antisarampionosa servirá también para alcanzar la meta de erradicación del sarampión en las Américas (véase el informe final de la Duodécima Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, realizada en Guatemala en 1997).



Novedades de la página Web de inmunización

Instrumentos de Evaluación de Programas Nacionales de Inmunización en la Américas - Busque on **Productos de Información**. Esta sección contiene la metodología desarrollada por la División de Vacunas e Inmunización de la Organización Pan Americana de la Salud en 1980 para llevar a cabo evaluaciones de los programas nacionales de inmunización. La metodología ha sido actualizada y recientemente implementada en Brasil, Bolivia, Ecuador, la República Dominicana, México, Paraguay, Perú y Venezuela. Colombia fue el primer país en las Américas en poner en práctica una evaluación de su programa, en noviembre de 1980.

Estas evaluaciones examinan los puntos fuertes y las debilidades de los programas de inmunización, su eficiencia y eficacia, su impacto en la carga de enfermedad, así como su capacidad para adaptarse a requerimientos nuevos. Bajo la coordinación de las autoridades nacionales de salud, se conforma un equipo multidisciplinario el cual cuenta generalmente con la participación de un equipo de expertos internacionales. Luego de cada evaluación, el equipo presenta sus resultados y recomendaciones y un plan de acción quinquenal a las autoridades de salud. En 1999, se presentaron también los resultados de evaluaciones a los congresos nacionales, y los Ministerios de Planificación y Finanzas.

http://www.paho.org/spanish/hvp/hvp_home.htm

Colección y manejo de las muestras de laboratorio para la erradicación del sarampión y el control de la rubéola

Las muestras de sangre de los casos sospechosos:

- En situaciones de brote de sarampión o rubéola, muestras de sangre deben tomarse de los primeros casos sospechosos del brote y de todos los otros casos que no ocurran en el mismo municipio o distrito. También se pueden tomar muestras de cualquier caso “atípico” o inusual. No se necesitan muestras de los casos epidemiológicamente vinculados a otros casos ya confirmados.
- Cuando ocurren casos sospechosos esporádicos de sarampión o rubéola (dispersos geográficamente y/o en tiempo), deben tomarse muestras de sangre de todos los casos.
- Todas las muestras de sangre de casos sospechosos de rubéola que sean IgM negativas para rubéola deben ser analizadas para sarampión, idealmente en un plazo de 24 horas*, y viceversa.
- Al menos 10% de las muestras de sangre de casos sospechosos de dengue con exantema que sean IgM negativas para dengue deben ser analizadas regularmente para sarampión*.

Muestras para el aislamiento de virus de los casos sospechosos de sarampión:

- En situaciones de brote, muestras de orina deben tomarse de los primeros casos del brote (5-10 muestras). Si los intentos de aislar el virus no son exitosos, muestras adicionales de orina deben tomarse de nuevos casos según sean detectados. Muestras de orina deben también tomarse de todos los casos que no ocurran en el mismo municipio o distrito. También pueden tomarse muestras de cualquier caso “atípico” o inusual.
- Cuando ocurren casos esporádicos (dispersos geográficamente y/o en tiempo), las muestras de orina deben tomarse de todos los casos a la primera oportunidad.
- Cuando no puedan tomarse muestras de orina (por ejemplo en niños pequeños), debe usarse un hisopo estéril (hisopo nasofaríngeo) para frotar con él el interior de la nariz y garganta y así obtener una muestra nasofaríngea.
- Idealmente, las muestras para el aislamiento de sarampión deben tomarse en los primeros 1-3 días después de la aparición de la erupción cutánea, y no más de 5 días después de la aparición de la erupción. Sin embargo, para los casos esporádicos, dado que las oportunidades para tomar las muestras suelen ser limitadas, éstas pueden tomarse hasta 7 días después del inicio de la erupción cutánea.
- Las muestras para el aislamiento viral deben ser despachadas al laboratorio indicado en su país lo más pronto posible.
- El laboratorio nacional responsable del manejo de las muestras de sarampión analizará (o enviará para el análisis a un laboratorio de referencia) las muestras de aquellos casos con resultados de IgM positivos para sarampión.
- Idealmente, sólo la mitad de cada muestra debe usarse para el aislamiento de virus. La otra mitad debe almacenarse

a -40 o -70 C° como reserva en caso de contaminación u otro problema técnico de la muestra analizada.

Muestras para el aislamiento de virus de los casos sospechosos de rubéola:

- En situaciones de brote, muestras de hisopado nasofaríngeo deben tomarse de los primeros casos del brote (5-10 muestras). Si los intentos de aislar el virus no son exitosos, muestras adicionales deben tomarse de nuevos casos según sean detectados. Para la toma de muestra se debe usar dos hisopos estériles para frotar la mucosa de las fosas nasales y garganta (recordar que el virus está estrechamente asociado a las células, por lo tanto se debe frotar de manera a obtener algunas células de la mucosa). Una vez tomada la muestra, se colocan ambos hisopos en un tubo que contenga 0.5-2 ml de medio de transporte viral.

Almacenamiento y transporte de muestras para el aislamiento de virus

- 50-100 ml (1.5 a 3 onzas) de orina deben tomarse en un frasco estéril. De no haber un frasco estéril, usar un frasco limpio hervido.
- La muestra debe refrigerarse a $4-8$ C° hasta que pueda centrifugarse.
- Idealmente, la muestra de orina debe estar fría para ser centrifugada.
- Idealmente, la orina debe centrifugarse el mismo día en que se tomó la muestra. Se lo hace a 1500 RPM (cerca de $500 \times g$) durante 5 minutos. ***Una centrifugadora refrigerada no es un requisito.***
- El sedimento obtenido debe resuspenderse de inmediato en 0,5-2 ml de medio de transporte viral (MTV) **.
- En el terreno, la orina centrifugada y los especímenes nasofaríngeos pueden refrigerarse a $4-8$ C° por hasta cinco días hasta que puedan almacenarse en un congelador de -70 o -40 C°.
- La muestra debe ser enviada cuanto antes a un laboratorio equipado con congelador de -70 o -40 C°. ***Debido al riesgo de dañar los virus, las muestras nunca deben mantenerse a -20 C°.***
- Cuando las muestras estén preparadas para enviarlas al laboratorio nacional, deben ser despachadas en termos con paquetes refrigerantes (ice packs).
- En el caso de muestras que hayan estado congeladas a -70 o -40 C°, éstas deben ser despachadas al laboratorio nacional con hielo seco.
- Si por cualquier motivo la centrifugación no es posible, ***la orina todavía puede ser despachada de inmediato al laboratorio nacional en termos con paquetes refrigerantes.*** Esta muestra podría aún ser viable para el aislamiento viral si llega al laboratorio hasta cinco días después de la toma de muestra.
- En el caso de hisopos nasofaríngeo, éstos no se deben centrifugar. Deben colocarse directamente en un tubo estéril con 0,5-2 ml de MTV.

Datos de la muestra

- La información a enviarse con la muestra debe incluir lo siguiente:
 - número identificador único (número de MESS donde disponible)
 - dirección y número de teléfono completo al cual deben ser enviados los resultados
 - edad del paciente
 - fecha de la aparición de la erupción cutánea
 - fecha de colección de la muestra
 - fecha de la última vacunación con una vacuna que contenga sarampión
 - fecha de la última vacunación con una vacuna que contenga rubéola
 - si es un caso esporádico o parte de un brote.
- Los documentos enviados con la muestra deben estar

protegidos bien del hielo en una bolsa plástica bien sellada o similar.

- El laboratorio que recibe las muestras debe registrar la condición de cada una a la llegada (¿se regó el contenido del envase?; ¿estaban los paquetes refrigerantes todavía fríos?; ¿se mantuvo el contenido frío?). Esta información debe compartirse con el remitente para que los errores cometidos puedan corregirse en el futuro.
- * En caso de brotes confirmados de rubéola o dengue, el número de muestras negativas para rubéola o dengue puede ser excesivo. En este caso, el equipo a cargo de vigilancia, de acuerdo con el laboratorio, decidirá cuántas y cuáles de esas muestras negativas serán analizadas para sarampión.
- ** MTV debe ser proporcionado a los centros de salud por el laboratorio nacional de cada país. MTV contiene generalmente fosfato estéril tamponado salino (PBS) o solución "isotónica" apropiada tal como la Solución Tamponada de Sales de Hanks (Hank's BSS), conteniendo antibióticos (100 unidades/ml de penicilina, o 100mg/ml de estreptomina) y sea 2% de suero bovino fetal o 0,5% de gelatina en tubos de centrifuga plásticos de tapa de rosca. El MTV debe ser conservado congelado o refrigerado hasta ser utilizado.

Erradicación mundial de la poliomielitis

El mundo está por presenciar otro triunfo de la salud pública con la erradicación mundial de la poliomielitis para fines del año 2000. Desde que se lanzó la campaña mundial de erradicación de la poliomielitis en la Asamblea Mundial de la Salud en 1988, los países han continuado progresando en la interrupción de la circulación del poliovirus salvaje. Los casos de poliomielitis han disminuido de alrededor de 350.000 en 1988 a unos 5.200 casos notificados en 1999. El porcentaje de niños del mundo que viven en zonas donde hay poliomielitis ha bajado del 90% a menos del 50%. Esta enfermedad ya se ha erradicado de Europa, el Pacífico occidental, grandes partes del Medio Oriente, y el norte y el sur de África. En 1991, la Región de las Américas se convirtió en la primera en erradicar la poliomielitis.

A esta altura, la conclusión de la iniciativa de erradicación mundial depende de la labor realizada por 30 países de África al sur del Sahara y el sur de Asia. India, en particular, donde se encuentran 70% de los casos de poliomielitis que quedan en el mundo, es la clave del éxito de la erradicación mundial. La OMS planea acelerar sus actividades de erradicación y vigilancia en los países donde la poliomielitis es endémica.

Hace poco, los directores de la OMS y el Unicef hicieron un llamamiento conjunto a los líderes de estos 30 países para que promuevan actividades adicionales de vacunación. Cuanto más persista la transmisión intensa de poliovirus en África al sur del Sahara y en el sur de Asia, mayor será el riesgo de reinfección en zonas que actualmente están libres de la enfermedad. Los grandes brotes que se produjeron en Angola e Iraq en 1999 muestran la precariedad del progreso realizado. Además, una demora en la consecución oportuna de la meta aumentaría el costo total de la erradicación en US\$ 100 millones por año. También causa preocupación la dificultad de mantener el nivel actual de financiamiento durante más de 24 a 36 meses, especialmente en los países que están libres de poliomielitis y que deberían continuar realizando jornadas nacionales de vacunación para protegerse de importaciones.

La comunidad internacional ha respondido al pedido de recursos financieros adicionales para hacer frente al desafío de la erradicación. Se están tomando medidas también con el propósito de mejorar la capacidad del sistema de las Naciones Unidas para responder a las exigencias de un programa acelerado mediante una mejora de la planificación y la coordinación con fabricantes de vacunas y gobiernos donantes, a fin de evitar toda perturbación de las jornadas de vacunación programadas. Se calcula que, cuando se certifique que todos los países están libres de poliomielitis, se ahorrarán alrededor de US\$ 1.500 millones en tratamiento por año. **La mejor forma en que la Región de las Américas puede apoyar la labor mundial es mantener sus indicadores de vigilancia de la parálisis flácida aguda y coberturas de vacunación altas!**

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Indicadores de la vigilancia de la PFA, 1999*

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 menores de 15 años
Chile				
Colombia				
Honduras				
México				
Nicaragua				
Cuba				
Ecuador				
Argentina				
El Salvador				
Guatemala				
Panamá				
Perú				
Venezuela				
Bolivia				
Brasil				
CAREC				
República Dominicana				
Paraguay				
Uruguay				
Costa Rica				
Haití				

* Datos al 4 de Diciembre 1999

Fuente: HVP/OPS (PESS)

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				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1999			Confir- mados 1998	1999	1998	No Neonatal		Neonatal		1999	1998	1999	1998
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1999	1998	1999	1998				
Anguilla	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua & Barbuda	13-Nov	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	13-Nov	238	...	238	7.054	0	0	15	20	2	0	0	2	525	740
Bahamas	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	13-Nov	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Bermuda	13-Nov	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Bolivia	13-Nov	1.203	124	1.327	661	0	0	1	6	2	9	2	6	14	43
Brasil	13-Nov	280	339	619	2.006	0	0	...	...	...	...	170	139	1.163	1.030
Islas Virgenes Británicas	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	13-Nov	20	0	20	11	0	0	0	1	...	...	1	0	4.528	5.887
Islas Caimán	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Chile	13-Nov	29	0	29	0	0	0	14	15	1	0	0	0	1.781	2.482
Colombia	13-Nov	10	25	35	64	0	0	6	5	14	13	0	2	211	191
Costa Rica	13-Nov	27	3	30	2	0	0	1	0	0	0	0	0	18	1
Cuba	13-Nov	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Dominica	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	13-Nov	202	4	206	8	0	0	17	5	1	0	12	10	13	13
Ecuador	13-Nov	0	0	0	0	0	0	25	15	6	18	2	19	150	174
El Salvador	13-Nov	0	0	0	0	0	0	7	12	3	0	0	0	3	4
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0
Guadeloupe	13-Nov	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	13-Nov	0	0	0	1	0	0	7	3	2	6	0	0	301	66
Guyana	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	13-Nov	0	0	0	3	0	0	...	...	11	11	4	0	18	4
Honduras	13-Nov	0	0	0	0	0	0	6	11	0	3	0	0	19	35
Jamaica	13-Nov	0	0	0	1	0	0	6	8	0	1	0	0	14	0
Martinique	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	13-Nov	0	0	0	0	0	0	93	125	7	25	0	0	51	148
Montserrat	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	13-Nov	0	0	0	0	0	0	5	7	0	0	0	0	18	1
Panamá	13-Nov	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	0	0	212	140
Paraguay	13-Nov	0	0	0	70	0	0	17	18	8	12	0	0	25	35
Perú	13-Nov	0	2	2	7	0	0	65	81	15	14	4	2	1.435	2.268
Puerto Rico	13-Nov	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	16	6
S. Vicente/Granadinas	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Cristóbal/Nieves	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	13-Nov	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0	0	1
Turcas y Caicos	13-Nov	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	13-Nov	79	—	79	79	0	0	30	34	...	...	2	1	4.829	5.754
Uruguay	13-Nov	34	0	34	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
Venezuela	13-Nov	0	0	0	4	0	0	36	38	4	6	0	0	455	528
TOTAL		2.122	497	2.619	9.972	0	0	367	414	77	118	197	181	15.811	19.554

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

Impacto de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B en Colombia

En 1994, el Grupo de Microbiología del Instituto Nacional de Salud de Bogotá organizó una red de laboratorios para dar seguimiento a algunos agentes etiológicos de la meningitis bacteriana aguda (MBA), como *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*. Los objetivos del programa eran normalizar los procedimientos de laboratorio para el diagnóstico bacteriológico y garantizar su calidad, vigilar los serotipos y la susceptibilidad antimicrobiana y proporcionar información confiable y oportuna. En esta iniciativa participaron 14 laboratorios de salud pública del país.

Siguiendo las recomendaciones de la OPS, en mayo de 1998 el Ministerio de Salud comenzó a usar una vacuna conjugada contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) con los niños menores de 1 año. En diciembre del mismo año, la cobertura de vacunación llegó al 50%. A fin de evaluar el impacto de esta intervención, se realizó un análisis de las tendencias de la enfermedad, utilizando datos de la red de laboratorios para la MBA. Con ese fin se analizó el número de casos de MBA causados por Hib (confirmados en laboratorio) en niños menores de 1 año que se produjeron entre junio de 1994 y mayo de 1999. Se evaluó la calidad del sistema de vigilancia comparando los casos de MBA causados por Hib con los causados por *S. pneumoniae* en niños menores de 5 años en el mismo período.

Entre junio de 1994 y mayo de 1999, el Grupo de Microbiología confirmó un total de 1.166 aislamientos bacterianos: 505 (43,3%) de *H. influenzae*; 361 (31%) de *S. pneumoniae* y 300 (25,7%) de *Neisseria meningitidis*. De los

464 aislamientos de *H. influenzae* en los cuales se sabía la edad del paciente, 286 (62%) correspondían a niños menores de 1 año, y de ellos 99% eran de *H. influenzae* tipo b.

Entre junio de 1994 y mayo de 1999, la distribución anual de aislamientos de Hib fue la siguiente: 45, 37, 61, 64 y 31. Sobre la base del análisis de las tendencias de la enfermedad, el número previsto de casos de niños menores de 1 año para este último período era 52. Sin embargo, se observaron solamente 31 casos ($p = 0,0005$). En los mismos períodos se observaron 25, 18, 33, 37 y 25 casos de MBA por *S. pneumoniae* en niños menores de 1 año, y 32, 26, 43, 48 y 42 casos en niños menores de 5 años. Según el análisis de las tendencias de la enfermedad en el último período, se preveían 28 casos en el grupo de menores de 1 año, pero se produjeron 25 ($p = 0,74$). En el grupo de menores de 5 años se preveían 37 casos y se produjeron 42 ($p = 0,22$).

Los resultados de este análisis muestran una disminución del 40% de los casos de MBA causados por *H. influenzae* tipo b en el grupo de menores de 1 año en el período estudiado. Esta reducción no se puede atribuir a cambios en el sistema de vigilancia, como muestran los aislamientos de *S. pneumoniae*, en los cuales se observó una leve diferencia entre las cifras previstas y las observadas. Se llegó a la conclusión de que la introducción de la vacuna conjugada posiblemente ya haya influido en la disminución de los casos de MBA causados por *Haemophilus influenzae* tipo b.

Fuente: Si desea más información, comuníquese con Clara Inés Agudelo y Fernando de la Hoz, del Instituto Nacional de Salud de Bogotá.

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