



# Boletín Informativo PAI

## Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Vol. XXIV, Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNÁNDOLOS

Agosto 2002

### Hacia la erradicación del sarampión en las Américas: el paso final?

En 1994, los países de la Región de las Américas establecieron la meta de interrumpir la transmisión autóctona del sarampión para fines de 2000, usando una estrategia de vacunación elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desde entonces, grandes avances se han logrado hacia dicha meta. En 2001, el número total de casos confirmados de sarampión en la Región llegó al bajo histórico de 541 casos, lo que supone una reducción de 99% frente a 1990 (figura 1). En 2001, la República Dominicana y Haití interrumpieron con éxito la transmisión del sarampión, concluyendo eficazmente la transmisión autóctona conocida del genotipo d6 del virus del sarampión en la Región. Este genotipo había circulado ampliamente en la Región desde 1995 al menos, causando brotes nacionales en Brasil, Argentina, Bolivia, la República Dominicana y Haití entre 1997 y 2001.

Un nuevo genotipo del virus del sarampión (d9) fue introducido en la Región, en agosto de 2001, por un turista venezolano que regresaba de Europa. Desde entonces hasta el 7 de septiembre de 2002, se ha confirmado un total de 2,491 casos en Venezuela y 125 en la vecina Colombia.

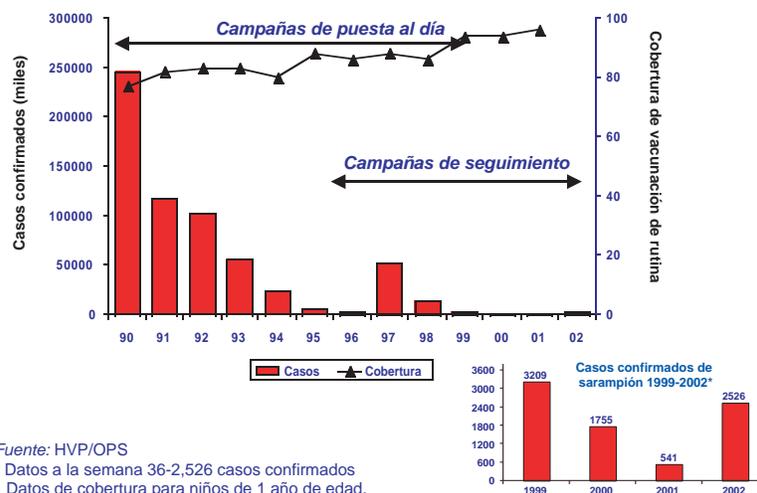
#### El sarampión en la Región

La cobertura de vacunación de rutina en la Región ha aumentado de 80% en 1994 a 94% en 2000 y a 96% en 2001. La cobertura de vacunación antisarampionosa en 2000, por país, osciló entre 75% y 99%. Las tasas más bajas de cobertura comunicadas fueron las de Colombia (75%), Haití (80%), Belice (82%), Venezuela y Costa Rica (84%), Guyana (86%), Jamaica y la República Dominicana (88%). En 2001 osciló, por país, entre 53% y 99%. La tasa más baja de cobertura fue la de Haití (53%), todos los demás países comunicaron una cobertura superior a 80%.

En la Región de las Américas, de 1990 a 1996, los casos de sarampión descendieron de aproximadamente 250.000 a 2.109 casos confirmados.

En 1997 se produjo un resurgimiento de la circulación del virus del sarampión, con 53.683 casos confirmados notificados, 52.284 (97%) de estos en Brasil. El brote se propagó a Argentina y Bolivia, donde se dio el mayor número de casos de sarampión de la Región en 1998 y 1999, respectivamente. En 1998 hubo 14.332 casos confirmados en 17 (41%) de los 41 países que notifican a la OPS. El mayor número de casos (10.229) se

Figura 1. Cobertura de vacunación y casos notificados de sarampión, Las Américas, 1999-2002\*#



Fuente: HVP/OPS  
\* Datos a la semana 36-2,526 casos confirmados  
# Datos de cobertura para niños de 1 año de edad.

#### En esta edición:

Hacia la erradicación del sarampión en las Américas: el paso final? . . . . . 1  
Lecciones aprendidas: dos primeros años de vigilancia regional de la rubéola . . . . . 3

Reunión examina progresos de programas de inmunización del Cono Sur y Brasil . . . . . 6  
Metas de vacunación en la agenda mundial de desarrollo sostenible y reducción de la pobreza . . . . . 8

dio en Argentina, seguida por Brasil (2.781 casos). De 1999 a 2000, 28 (68%) de 41 los países que notifican a la OPS no comunicaron ningún caso de sarampión. Figuran entre ellos Cuba, los países del Caribe de habla inglesa y la mayor parte de América Central y del Sur. En 1999 hubo 3.209 casos confirmados en 11 países, lo que representa 78% menos casos que en 1998 y 94% menos que en 1997 (figura 1). En 1999 se produjo transmisión autóctona en cuatro países: Bolivia (1.441 casos), Brasil (908), Argentina (313) y la República Dominicana (274). Asimismo en 1999, Canadá, Chile, Costa Rica, México, Perú, Uruguay y los Estados Unidos notificaron importaciones de sarampión, pero la transmisión secundaria fue limitada como resultado de la elevada cobertura de vacunación antisarampionosa. El mayor brote relacionado con importación de sarampión ocurrió en Canadá, con 165 casos confirmados vinculados a una importación de Bolivia.

En 2000, el número de casos confirmados de sarampión en el continente se redujo a 1.755 (figura 1). Siguió habiendo transmisión autóctona en Argentina, Brasil, Bolivia, la República Dominicana y Haití. Sólo 16 (<1%) de los 12.010 municipios informantes de la Región notificaron casos confirmados de sarampión en este período.

En 2001 se notificaron 541 casos confirmados de sarampión en las Américas. Se notificó transmisión autóctona sólo en tres países, Haití y la República Dominicana (isla de La Española) y Venezuela. El último caso confirmado en la República Dominicana ocurrió en junio de 2001, y el último de Haití se notificó en septiembre de 2001. En agosto de 2001 empezó en Venezuela un brote de sarampión, con un virus del sarampión de un nuevo genotipo (d9) que fue introducido por un viajero que regresaba de Europa. Entre agosto y diciembre de 2001, se notificaron en Venezuela 109 casos de sarampión después de dicha importación. El brote se propagó a Colombia en enero de 2002. Desde entonces, Venezuela y Colombia son los únicos países del continente con transmisión autóctona conocida.

## Venezuela

De 1997 a 2000, la cobertura de vacunación antisarampionosa de rutina osciló entre 65% y 93%. En septiembre de 2001 se calculó que la cobertura había disminuido a 58%, y era inferior en los estados fronterizos con Colombia (por ejemplo, Falcón, 44%; Zulia, 34%). El caso inicial fue un hombre, de 39 años de edad, que presentó exantema el 29 de agosto de 2001, un día antes de regresar a Falcón de un viaje a Europa. Había estado en Suiza, Alemania y España del 4 al 30 de agosto. El primer caso notificado fue su hermano, de 35 años, cuyo exantema comenzó el 23 de septiembre. Desde el comienzo del brote hasta el 7 de septiembre de 2002, Venezuela notificó 7,007 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 2,491 fueron confirmados por laboratorio o epidemiológicamente. El brote alcanzó un máximo en la undécima semana de 2002 y ha afectado a 17 (71%) de los 24 Estados

de Venezuela. Hubo un total de 2,098 casos (84%) en Zulia, 202 (8%) en Falcón, y 191(8%) en los otros 14 estados. A escala nacional, los grupos de edad más afectados fueron los niños de <1 año de edad (120 casos por 100.000 habitantes), seguidos de los niños de 1 a 4 años (26 por 100.000) y los adultos jóvenes, de 20 a 29 años (12 por 100.000).

Se recogieron muestras de virus del sarampión de los casos de Zulia de noviembre de 2001 a enero de 2002. La secuenciación genética indicó que el virus no era similar a los encontrados anteriormente en la Región ni a las cepas del genotipo de referencia disponibles en la base de datos. Pudo identificarse una gran similitud con muestras víricas tomadas de casos importados a Australia desde Indonesia en 1999, para los que se había propuesto la denominación de genotipo d9.

Entre noviembre de 2001 y enero de 2002 se llevó a cabo una campaña de vacunación antisarampionosa de *seguimiento* dirigida a 2.216.001 niños de 1 a 4 años de edad. Los informes reportaron una cobertura al 100% en 16 de 24 estados. Aun así, el brote prosiguió; aparecían casos en todos los grupos de edad. El monitoreo casa-a-casa de la vacunación puso de relieve que había focos de niños no vacunados. Desde marzo de 2002 se está llevando a cabo una campaña de vacunación dirigida a 5.865.687 niños de edades comprendidas entre 6 meses y 14 años en todo el país y a unos 5.511.153 adultos de alto riesgo en zonas urbanas, periurbanas y rurales (trabajadores de salud, turistas, obreros de fábricas, reclutas, estudiantes universitarios, así como población desplazada y población migratoria). Desde entonces, la circulación del sarampión ha disminuido significativamente. Los estados más afectados, Zulia y Falcón, no han comunicado ningún caso desde la semana 31 y 20, respectivamente, y el número promedio de casos por semana durante las 4 últimas semanas ha descendido a 2.

## Colombia

Tras haberse logrado una alta cobertura de vacunación (93%) en 1996, la cobertura del sarampión descendió a alrededor de 75% entre 1997 y 2000, volviendo a aumentar a 91% en 2001. El primer caso confirmado fue una niña de 7 años de la costa atlántica, que presentó exantema el 20 de enero de 2002 habiendo estado en contacto con un caso confirmado de sarampión en Zulia (Venezuela). Al 7 de septiembre (semana epidemiológica 36), se han notificado en Colombia 3,122 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 125 se han confirmado.

Presentan casos confirmados 24 municipios de once departamentos (33%) del país. Al 7 de septiembre de 2002, el promedio de casos semanales confirmados durante las cuatro últimas semanas es de 6.5. Las mayores tasas de ataque se dan en el grupo de edad de menores de 5 años (0,99 casos por 100.000); en segundo lugar el grupo de 5 a 9 años (0,25 por 100.000) y luego el de 25 a 29 (0,2 por 100.000).

Las actividades de control realizadas son: a) una cam-

paña de vacunación antisarampionosa casa-a-casa en los municipios de alto riesgo, como parte de una campaña de vacunación nacional dirigida a unos 3,8 millones de niños entre 6 meses y 5 años y a otros grupos de alto riesgo (trabajadores de salud y viajeros); b) vacunación casa-a-casa y monitoreo de la cobertura en las zonas de alto riesgo; c) refuerzo de la vigilancia epidemiológica en todo el país; y d) capacitación de los trabajadores de salud sobre la investigación de casos y la contención de los brotes en todo el país. Al 15 de agosto, se había vacunado a 3.362,281 niños (80%) del grupo objeto.

Durante estos brotes, se ha incrementado la vigilancia del sarampión, mediante la búsqueda activa de casos en ambos países. Se han detectado 3,122 casos sospechosos (7,1 por 100.000 habitantes) en Colombia y 6.380 (26,5 por 100.000) en Venezuela. Organizaciones internacionales, como la OPS, los CDC y el UNICEF, han proporcionado recursos técnicos y financieros, lo que ha contribuido al éxito de los esfuerzos de vacunación.

---

**Nota de la redacción:** El éxito en interrumpir la transmisión del genotipo d6 del virus del sarampión demuestra que el compromiso de una Región entera con la erradicación del sarampión puede hacer que se alcance la meta. La reintroducción del sarampión, su posterior transmisión en Venezuela y la exportación a Colombia nos recuerdan que, hasta que se logre la erradicación del sarampión a escala mundial, los países del continente son vulnerables a las importaciones. Sin embargo, estas importaciones no deben dar lugar a la transmisión sostenida del sarampión si se mantiene la cobertura de vacunación a niveles elevados (>95%) en todos los municipios y si se llevan a cabo a su debido tiempo las campañas de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión.

No obstante, el actual brote en Venezuela y Colombia ilustra los peligros que acechan si no se logra mantener una elevada cobertura de vacunación ordinaria, o no se procede

a ejecutar eficazmente cada cuatro años la campaña de vacunación antisarampionosa de *seguimiento* que recomienda la OPS y a mantener la vigilancia oportuna. Además, la experiencia adquirida en las Américas a lo largo de los cuatro últimos años ilustra la necesidad de validar el esfuerzo de vacunación antisarampionosa al nivel geográfico más bajo, mediante el monitoreo casa-a-casa, y la de identificar las localidades con cobertura de vacunación persistentemente baja en los países que notifican un nivel general de cobertura adecuado. Basándose en los resultados de las investigaciones de brotes en el continente, la OPS preconiza durante los brotes, vacunar a los grupos de población considerados a alto riesgo de mantener la transmisión del sarampión y de transmitirlo a personas susceptibles de otros grupos.

Para alcanzar, mantener y evaluar la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, los países de la Región de las Américas deben seguir todas las recomendaciones de la OPS, a saber: a) poner en práctica las pautas recomendadas de vacunación (*puesta al día, mantenimiento y seguimiento*) y alcanzando la cobertura de 95% en cada municipio; b) monitorear casa a casa la cobertura al nivel local durante las supervisiones, las campañas de vacunación y las de barrido, y tomar medidas correctoras inmediatas si el esfuerzo de vacunación ha sido insuficiente; c) investigar todos los casos y brotes antes de transcurridas 48 horas desde su notificación, siguiendo las normas de la OPS; d) proceder a la vigilancia de rutina del sarampión, validar el cumplimiento semanal usando los indicadores de la OPS, y proceder regularmente a la búsqueda activa de casos para validar la vigilancia; y e) aplicar medidas eficaces de control de infecciones en los centros asistenciales, para evitar casos secundarios una vez introducida la enfermedad. El pleno cumplimiento de estas recomendaciones contribuirá a que los países de la Región alcancen y mantengan la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión en tanto se logra la erradicación mundial.

---

## Lecciones aprendidas: dos primeros años de vigilancia regional de la rubéola

### Análisis de los datos nacionales de la rubéola

Durante los dos últimos años, los programas nacionales de vacunación han ampliado el sistema de vigilancia del sarampión a casos de posible rubéola y, muchas veces, a todas las enfermedades eruptivas febriles. La base regional de datos del sarampión, el MESS (Measles Eradication Surveillance System, sistema de vigilancia y erradicación del sarampión elaborado por la OPS), también se amplió para reflejar los cambios de las actividades de vigilancia. Se añadieron variables para reflejar aspectos importantes de la infección rubeólica, por ejemplo el embarazo, y se modificaron los códigos de clasificación para poder pasar de un caso sospechoso a un caso confirmado de rubéola. Se

presenta aquí un análisis de los dos primeros años de datos regionales de vigilancia de la rubéola enviados a la Sede de Washington, mediante transmisión semanal de los datos de vigilancia de las bases nacionales de datos del MESS. Para este análisis, sólo se han considerado los casos confirmados por laboratorio.

En los dos últimos años se notificaron en la Región 7.696 casos de rubéola confirmados por laboratorio, a partir de las bases nacionales de datos del MESS; 5.122 casos en 2000 y 2.574 casos en 2001. En ambos años, el mayor número de casos confirmados se observaron en octubre (figura 1). En 2000, 75% de todos los casos confirmados por

laboratorio se notificaron en 4 países. Perú notificó 2.126 casos (42% del total), lo que representa una tasa anual de notificación de 8,3 por 100.000. La República Dominicana notificó 799 casos (16% del total), es decir, una tasa anual de notificación de 9,4 por 100.000. Ecuador notificó 486 casos (9% del total y una tasa de notificación de 3,8 por 100.000) y Bolivia notificó 420 casos (8% del total y una tasa de notificación de 5,0 por 100.000). Debe observarse que estos países son los que han integrado la vigilancia del sarampión y de la rubéola. En 2001, 87% de todos los casos confirmados fueron notificados por tres de estos países (Perú 1.319 casos, Bolivia 558 casos y Ecuador 372 casos). La tasa regional de notificación por 100.000 habitantes fue de 1,6 en 2000 y de 0,8 en 2001.

En ambos años, 54% de todos los casos fueron mujeres, y se notificaron casos en todos los grupos de edad. La mayoría de los casos tenían entre 1 y 14 años de edad; 73% en 2000 y 83% en 2001. Sin embargo, los niños de 5 a 9 años de edad representaron la mayor proporción de casos en cualquier grupo de edad estudiado: 39% en 2000 y 47% en 2001. Los niños de 1 a 4 años de edad representaron 16% de casos en 2000 y 18% en 2001, mientras las personas de 20 a 39 años de edad representaron 15% de casos en 2000 y 9% en 2001.

Entre los niños de 5 a 9 años se dio la tasa más alta de notificación de la rubéola confirmada por laboratorio, a saber, 6,7 por 100.000 en 2000 y 4,1 en 2001. Entre los de 1 a 4 años y de 10 a 14 años hubo tasas similares de notificación ambos años, aproximadamente 2,6 en 2000 y 1,5 en 2001.

Según la información proporcionada por las bases nacionales de datos del MESS, 72% de casos confirmados por laboratorio en 2000 y 78% de casos en 2001 no habían sido vacunados. Además, 26% de casos en 2000 y 19% en 2001 no disponían de ninguna información sobre su estado de vacunación.

El análisis de la base de datos del MESS muestra que, en muchos países, gran número de mujeres en edad fértil tenía rubéola confirmada por laboratorio. Lamentablemente, no se recogió o, al menos, no se comunicó uniformemente información

sobre si estaban embarazadas. En el 2000, de 703 mujeres de 15 a 39 años de edad con rubéola confirmada, no había información sobre un posible embarazo en 249 (35%). Se comunicó que 39 (6%) de las 703 mujeres estaban embarazadas, y que las otras 415 (59%) no lo estaban. En 2001, de las 1.394 mujeres

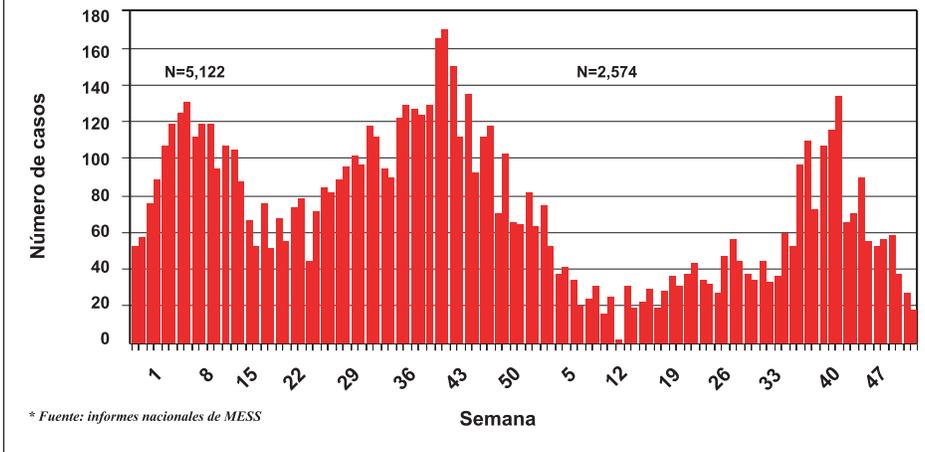
con rubéola, 223 tenían entre 15 y 39 años de edad. De ellas, 19 (9%) no sabían si estaban embarazadas, 11 (5%) dijeron estarlo y 193 (87%) dijeron no estar embarazadas. Es decir, en los dos años de estudio, 268 mujeres en edad fértil tenían rubéola confirmada por laboratorio y no sabían si estaban embarazadas. Estas mujeres provenían de 10

países en 2000 (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana) y de 5 países en 2001 (Argentina, Colombia, Ecuador, El Salvador y Guatemala). Por lo tanto, 5 países notificaron casos de rubéola confirmada por laboratorio en mujeres en edad fértil, sin información sobre su posible embarazo, en ambos años del estudio.

Al parecer 50 mujeres estaban embarazadas cuando padecieron la infección de rubéola. Estos datos proceden de 9 países (Bolivia 1, CAREC 2, Colombia 6, República Dominicana 4, Ecuador 9, Honduras 1, México 10, Nicaragua 3 y Perú 14). De estas 50 embarazadas con rubéola, 36 (72%) se encontraban entre las semanas 1 y 20 de embarazo en el momento de la infección (figura 2). Estas 36 mujeres procedían de Colombia (3), República Dominicana (1), Honduras (1), Ecuador (9), México (8), Perú (10), Nicaragua (2) y del Caribe (2). No se disponía de información sobre la semana gestacional de 6 de las 50 mujeres.

Por último, el número de casos de rubéola confirmados (tanto por laboratorio como por nexo epidemiológico) se comparó con el número de casos notificados a la Sede de la OPS en las tablas de indicadores del PAI. Se observaron discrepancias en muchos países. En algunos casos, los Tablas de Indicadores PAI, (elaboradas por la OPS para obtener datos de inmunización de los países dos veces por año) tenían un número de casos notificados mayor del que aparecía en el MESS. En otros casos, el MESS tenía más casos que los notificados por el PAI.

**Figura 1. Distribución de casos de rubéola confirmados por laboratorio por semana de inicio Las Américas, 2000-2001\***



\* Fuente: informes nacionales de MESS

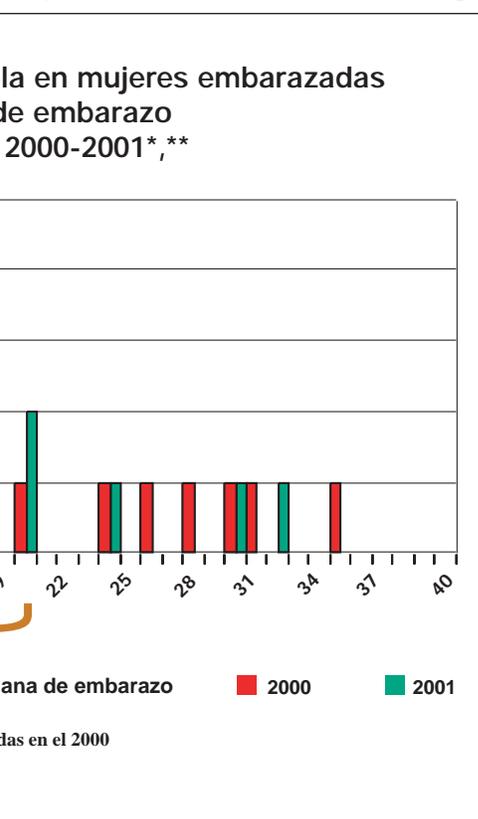
**Nota de la redacción:** Este análisis sólo ha tenido en cuenta la información sobre la rubéola enviada a la Sede de la OPS mediante la transmisión semanal de las bases nacionales de datos del MESS. No se han incluido en él los datos de los países que envían a la OPS sólo cifras globales de casos por medios distintos del MESS (por ejemplo, Brasil). Al interpretar estos datos, hay que recordar que los países han empezado a incluir la rubéola en el MESS en diferentes momentos. En realidad, en algunos países, los casos notificados como "sospechosos" habían sido sospechados sólo de sarampión, es decir, el diagnóstico inicial es siempre el sarampión. Además es posible que, a medida que los países amplían la vigilancia, se introduzca en el MESS sólo una muestra y no todos los casos de rubéola. Por lo tanto, en lugar de considerar estos datos como datos resumidos finales de la Región, hay que verlos como datos provisionales para establecer puntos iniciales de comparación. Sin embargo, aun con estas limitaciones, pueden extraerse de ellos enseñanzas importantes, en particular acerca del manejo y la investigación de los casos de rubéola en la Región.

En primer lugar, la rubéola es común en el continente, está difundida y afecta a ambos sexos y a todas las edades. Esto confirma lo que se conocía o se había sospechado por muchos años. Aunque la infección se da en todos los grupos de edad, el grupo más afectado es el de 5 a 9 años. El de 10 a 14 años presenta tantos casos como el de 1 a 4. Esto debe considerarse al planificar las campañas de vacunación de seguimiento con SR o SPR. Las actividades encaminadas a reducir la circulación vírica para reducir el riesgo del síndrome de rubéola congénita (SRC) deben ampliar el grupo de edad a vacunar más allá de los 4 años.

Un resultado importante de estos análisis es que no todas las mujeres en edad fértil con rubéola saben si están embarazadas. Hay que corregir esta situación alarmante, que representa un error programático que parece estar ocurrien-

do en diversos países. El hecho de que la proporción de mujeres que desconocen si están embarazadas haya disminuido de 35% en 2000 a 9% en 2001 indica que están mejorando las investigaciones de casos. Aun así, los responsables deben recordar que la meta de la vacunación contra la rubéola es prevenir el SRC y no necesariamente la infección por rubéola. Dejar de investigar correctamente un único caso de mujer en edad fecunda con rubéola representa un fracaso significativo del programa. Hay que recordar que los países no sólo deben acelerar la integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola, sino que los trabajadores de salud tienen que proceder al estrecho seguimiento de todas las mujeres con rubéola.

Podría alegrarse que las mujeres que no saben si están embarazadas son mujeres diagnosticadas inicialmente de sarampión u otra enfermedad eruptiva distinta, que acabó confirmándose como rubéola. No obstante, una vez diagnosticada la rubéola, hay que verificar si estas mujeres están embarazadas. Si lo están, hay que proceder a un seguimiento todavía más minucioso para determinar si acabarán dando a luz un niño con SRC. Los datos presentados aquí indican que, en el período de dos años considerado, tal vez se hayan dado muchos casos de SRC en diversos países. Los datos del MESS no indican si ha habido un seguimiento y una investigación adecuada de los niños nacidos de madres que tuvieron rubéola durante el embarazo.



Por último, cuando se comparan los datos del MESS con la información nacional enviada a la OPS por el PAI, se observan muchas discrepancias. Las autoridades nacionales deben velar por que todos los casos de rubéola notificados en los sistemas nacionales de vigilancia se comuniquen también a las oficinas nacionales del PAI y se investiguen. Todos deben asimismo introducirse como casos sospechosos en las bases nacionales de datos del MESS.

# Reunión examina progresos de programas de inmunización del Cono Sur y Brasil

Los días 29 y 30 de agosto de 2002 tuvo lugar en Buenos Aires (Argentina) la XVI reunión regional del Cono Sur y Brasil sobre enfermedades prevenibles por vacunación. Los responsables de los programas nacionales de vacunación de seis países se reunieron y debatieron los adelantos, los problemas y los planes futuros para sus países. Asistieron a la reunión delegaciones de Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay, Brasil y Bolivia, así como personal de la Sede de Washington, y un representante de UNICEF en las Américas. También participaron 24 jefes provinciales del programa nacional de vacunación de Argentina.

El objetivo de la reunión era hacer un análisis crítico de la situación epidemiológica actual en cada país en materia de erradicación y control del sarampión, la rubéola, la poliomielitis y el tétanos neonatal. Asimismo se debatió con detenimiento los temas de vacunación segura, el cálculo de los niveles nacionales de cobertura, el desarrollo de planes nacionales de acción y el estado actual del brote de difteria en Paraguay. Como en anteriores reuniones, participaron los directores nacionales de los laboratorios de diagnóstico del sarampión y la rubéola.

Los países comunicaron adelantos sustanciales en sus programas. La mayor parte de ellos han alcanzado niveles nacionales de cobertura de, al menos, 90% de vacunación DPT3, OPV3 y antisarampionosa, con la excepción de Argentina, donde la cobertura se sitúa entre 85% y 90%. Sólo Brasil notificó un caso confirmado de sarampión en 2001/2002, que era una importación de Japón.

Los países presentaron 733 casos confirmados de rubéola en 2002. Paraguay está iniciando estrategias de control de la rubéola, y ha incorporado recientemente la vacunación contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola a su calendario de vacunación de rutina. También Argentina está iniciando un plan de actividades de control de la rubéola. Chile y Brasil han llevado a cabo actividades aceleradas de control de la rubéola.

Por lo que respecta a la poliomielitis, sólo Bolivia, Chile y Uruguay comunicaron tasas de parálisis flácida aguda (PFA) de

>1,0 por 100.000 en personas menores de 15 años. Paraguay, cuya cobertura de DTP3 era aproximadamente de 80% en el último decenio, notificó 41 casos confirmados de difteria en 2002.

## Recomendaciones claves de la reunión

- Mantener la vigilancia intensa de la fiebre y el exantema, y niveles elevados de cobertura de vacunación, usando las estrategias de la OPS para la erradicación del sarampión, en particular el seguimiento rápido de la cobertura local.
- Vacunar a los adultos de grupos de alto riesgo, como los trabajadores de salud.
- Determinar los municipios con cobertura <95% y elaborar planes locales de acción para mejorarla.
- Acelerar la integración de la vigilancia de la rubéola con la del sarampión y proceder a la vigilancia del síndrome de rubéola congénita.
- En todas las campañas antisarampionosas debería incluirse la vacunación contra la rubéola. Recurrir a la vacuna con sólo el antígeno antisarampionoso es desaprovechar una oportunidad de combatir la rubéola.
- Mantener o reforzar, según sea necesario, la vigilancia de la PFA y velar por la cobertura elevada con VOP.
- Cada país debe crear un Comité Nacional de Contención del poliovirus salvaje.
- Cada país que notifique casos de tétanos neonatal debe elaborar planes de acción para afrontar el problema.
- La vacunación segura debe convertirse en una prioridad en cada país.
- Cada programa nacional debe preparar y distribuir material sobre vacunación segura e incluir actividades al respecto en los planes nacionales de acción.
- Los países deben mantener o revitalizar, según los casos, los comités de coordinación inter-agencial, para mejorar la coordinación entre organismos y a aprovechar las experiencias y los conocimientos especializados de cada organismo.

### Indicadores de vigilancia del sarampión – 2002

Indicadores	ARG	BOL	BRA	CHI	PAR	URU
% de unidades que notifican semanalmente	99	0	89	90	84	57
% de casos sospechosos investigados <48 horas	70	100	60	67	81	100
% de casos con muestra adecuada	96	97	63	90	100	100
% de casos con muestra que llega al laboratorio < 5 días	76	78	53	76	57	100
% de muestras con resultados < 4 días	76	83	81	94	100	100

### Indicadores de vigilancia de la parálisis flácida aguda 2001-2002\*

Indicadores	ARG	BOL	BRA	CHI	PAR	URU
% de unidades que notifican semanalmente	99	0	91	90	86	55
% de casos investigados <48 hours	97	95	98	90	67	100
% de casos con muestras de heces adecuadas	66	74	74	77	62	100
Tasa PFA en personas < 15 años	0.99	1.27	0.72	1.3	0.90	1.38

\* Últimas 52 semanas (35/2001 a 34/2002)

# Casos notificados de ciertas enfermedades

Número de casos de sarampión, poliomielitis, tétanos y tos ferina del 1 enero 2002, hasta la fecha del último informe, y para el mismo período epidemiológico de 2001, por país

Región	País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Polio		Tétanos				Difteria		Pertusis	
			Confirmado 2002			Confir- mado 2001*	2002	2001	No Neonatal		Neonatal		2002	2001	2002	2001
			Laboratorio	Clinica- mente	Total				2002	2001	2002	2001				
AND	Bolivia	29-Jun	0	0	0	0	0	0	17	12	1	3	4	2	48	27
AND	Colombia	29-Jun	72	4	76***	1	0	0	...	...	...	...	...	0	...	...
AND	Ecuador	29-Jun	0	0	0	2	0	0	0	1	6	5	2	1	237	211
AND	Perú	29-Jun	0	0	0	0	0	0	3	19	0	5	0	0	0	4
AND	Venezuela	29-Jun	2306	0	2306	8	0	0	1	1	0	0	0	0	5	4
BRA	Brasil	29-Jun	0	0	0	1***	0	0	...	129	...	17	...	10	...	657
CAP	Costa Rica	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...	...
CAP	El Salvador	29-Jun	0	0	0	2***	0	0	...	...	...	...	...	0	...	...
CAP	Guatemala	29-Jun	0	0	0	0	0	0	3	7	2	5	0	0	26	154
CAP	Honduras	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...	...
CAP	Nicaragua	29-Jun	0	0	0	0	0	0	2	9	1	1	0	0	46	35
CAP	Panamá	29-Jun	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	49	0
CAR	Anguilla	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Antigua & Barbuda	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Bahamas	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Barbados	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Belize	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Bermuda	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Islas Virgenes Inglesas	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Islas Caimán	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Dominica	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Guyana Francesa	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
CAR	Grenada	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Guadalupe	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
CAR	Guyana	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
CAR	Jamaica	29-Jun	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0
CAR	Martinica	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
CAR	Montserrat	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
CAR	Antillas Holandesas	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
CAR	St Vincent/Grenadines	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	St. Kitts/Nevis	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	St. Lucia	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
CAR	Suriname	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1
CAR	Trinidad & Tobago	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAR	Turks & Caicos	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAC	Cuba	29-Jun	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
LAC	República Dominicana	29-Jun	0	0	0	113	0	0	28	14	0	0	8	28	3	18
LAC	Haití	29-Jun	0	0	0	102	0	0	...	...	32	33	6	4	15	14
MEX	México	29-Jun	0	0	0	3***	0	0	...	...	...	...	...	0	...	...
NOA	Canadá	29-Jun	5	0	5***	24***	0	0	...	3	...	0	...	1	...	1056
NOA	Puerto Rico	29-Jun	9	0	9***	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
NOA	Estados Unidos	29-Jun	0	0	0	79***	0	0	6	22	...	...	0	1	2.884	2506
SOC	Argentina	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	5	...	0	...	0	...	73
SOC	Chile	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	5	...	0	...	0	...	709
SOC	Paraguay	29-Jun	0	0	0	0	0	0	7	11	4	6	28	0	10	21
SOC	Uruguay	29-Jun	0	0	0	0	0	0	...	1	...	0	...	0	...	6
	<b>TOTAL</b>		<b>2.392</b>	<b>4</b>	<b>2.396</b>	<b>335</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>70</b>	<b>245</b>	<b>49</b>	<b>76</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>3.326</b>	<b>5.496</b>

... Datos no disponibles

\_\_\_ Confirmados clínicamente no son notificados

\* Casos confirmados clínicamente y por laboratorio

\*\* Poliovirus derivado de la vacuna Tipo 1

\*\*\* Debido a la importación

na - no aplica

Actualizado Septiembre 18, 2002

# Metas de vacunación en la agenda mundial de desarrollo sostenible y reducción de la pobreza

En la cumbre del milenio celebrada en el año 2000, los estados de las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso con el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, estableciendo ocho metas y objetivos cuantificables. El objetivo número 4, de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015, tiene tres indicadores, uno de los cuales es la proporción niños de 1 año vacunados contra el sarampión. El Departamento de la Tesorería de los Estados Unidos anunció el 25 de julio del 2002, que evaluaría la eficacia de la ayuda internacional observando los avances en cuanto a los niños que completan la escolaridad, las tasas de vacunación antisarampionosa y lo invertido para iniciar un negocio. La meta sanitaria es aumentar la cobertura de vacunación antisarampionosa en los países que reúnen los requisitos para la asistencia a través de la Asociación Internacional de Fomento (AIF), así como el aumento del número de países con cobertura de vacunación de 80%. (<http://www.who.int/mdg/goals/en> y <http://www.ustreas.gov/press/releases/po3288.htm> )

El consenso sobre la función clave que desempeña la inmunización brinda una oportunidad única de mantener y ampliar el alcance de los programas de vacunación en las Américas y, como tal, para que la vacunación siga siendo un componente fundamental de las iniciativas en pro de la supervivencia infantil. Requiere, sin embargo, el mantenimiento o el refuerzo de las instituciones que han trabajado por que haya programas eficaces de vacunación y de vigilancia, así como la función rectora eficaz de las autoridades sanitarias nacionales para garantizar el desempeño óptimo de los programas de vacunación a todos los niveles del sistema de salud de un país.

En el contexto de la función crucial que ahora desempeña la salud para lograr la reducción de la pobreza y los objetivos del crecimiento sostenible, la equidad en materia de

vacunación se ha convertido en un tema fundamental del programa de cooperación técnica de la OPS en esta área. La equidad consiste en lograr una cobertura de vacunación de calidad uniforme en todos los municipios de los países, así como en ofrecer un entorno político y técnico en el continente que permita beneficiarse de vacunas adicionales, nuevas o infrautilizadas, de importancia para la salud pública. Como tal, la meta de la OPS es apoyar a los países a plasmar el concepto de equidad en intervenciones factibles y cuantificables que reduzcan eficazmente las disparidades en un nuevo ambiente político, y garantizar que los niños y las mujeres en edad fértil estén protegidos frente a otras enfermedades prevenibles mediante la vacunación de calidad.

## Objetivos de desarrollo del milenio

- Objetivo 1:** Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2:** Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3:** Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4:** Reducir la mortalidad en la niñez
- Objetivo 5:** Mejorar la salud materna
- Objetivo 6:** Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8:** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

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> (Buscar: EPI Newsletter)

Editor:                      Ciro de Quadros  
Editor Adjunto:        Mónica Brana

ISSN 0251-4729