



Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXIX, NÚMERO 1 ► FEBRERO DE 2007

- 1 Actualización sobre brotes de sarampión
- 1 Actualización sobre la vacunación contra la influenza
- 3 Hospitalización de niños por neumonía en Uruguay
- 5 Semana de Vacunación en las Américas
- 5 Precios de las vacunas del Fondo Rotatorio, 2007
- 6 Eliminación de la rubéola en las Américas
- 7 Indicadores de PFA y sarampión/rubéola, 2006

Actualización sobre brotes de sarampión en las Américas

La transmisión endémica del virus del sarampión autóctono fue interrumpida en las Américas en noviembre de 2002. Sin embargo, siguen ocurriendo casos esporádicos y brotes asociados con importaciones. [1] En este artículo, describimos brotes de sarampión recientes en la era posterior a la eliminación en Brasil y Venezuela.

Brasil, de agosto a noviembre de 2006

Brasil interrumpió la transmisión del sarampión autóctono en 2000. Entre 2001 y 2004, se notificaron sólo 4 casos de sarampión, todos ellos importados de Europa y Japón. En 2005, un brote de seis casos ocurrió después de una importación de las islas Maldivas. [2]

En noviembre de 2006, el estado de Bahía notificó un brote de sarampión de 55 casos confirmados. Los primeros casos presentaron erupción cutánea a finales de agosto (semana epidemiológica 35) y el último caso ocurrió en la semana epidemiológica 49, 2006 (figura 1). Los casos ocurrieron en cinco municipios rurales: João Dourado (18 casos), Filadélfia (33), Irecê (1), Senhor do Bonfim (2) y Pindobaçu (1). João Dourado e Irecê son municipios contiguos, como también Filadélfia y Senhor do Bonfim. João Dourado y Filadélfia tuvieron 93% de los casos. La mayoría de los casos eran hombres: 55% en João Dourado y 79% en Filadélfia. La edad de los casos osciló entre 7 meses y 37 años (figura 2). Ninguno de ellos había sido vacunado. Siete casos fueron hospitalizados. No se notificaron defunciones. El genotipo del virus del sarampión identificado en João Dourado fue el D4, el cual está relacionado genéticamente con el virus del sarampión que se importó a Canadá en 2006. El D4 ha sido aislado en Europa, África y Asia.

Los brotes de João Dourado/Irecê y de Filadélfia/Señor do Bonfim tuvieron lugar simultáneamente. Los casos de

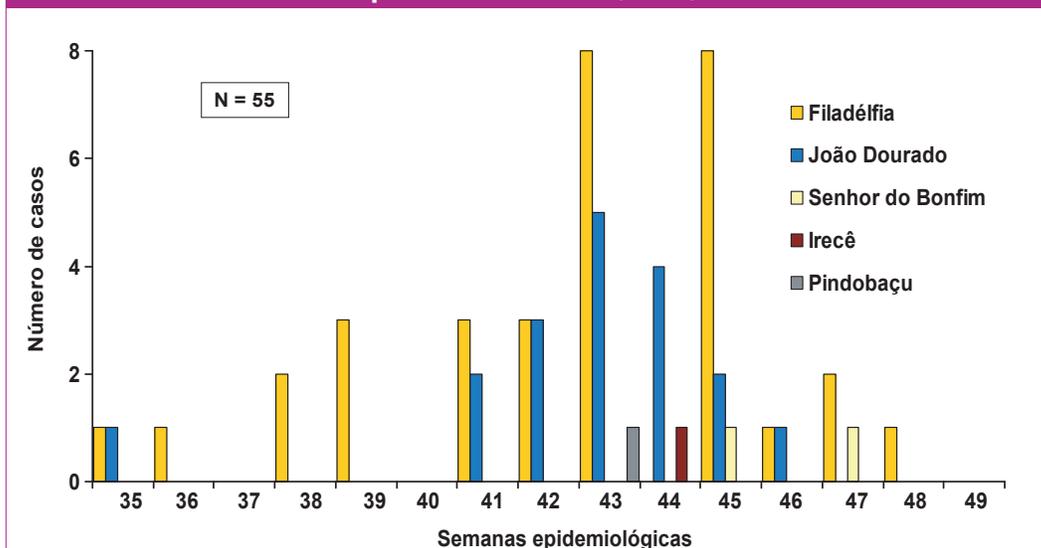
Actualización sobre la vacunación contra la influenza en la Región de las Américas

La influenza es una enfermedad viral que aqueja a millones de personas en todo el mundo y causa aproximadamente un millón de defunciones cada año. Sin embargo, muchos de estos casos y defunciones pueden evitarse mediante el uso de vacunas seguras y sumamente eficaces. La 56.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2003, instó a los Estados Miembros a aumentar la cobertura de vacunación contra la influenza en todos los grupos de alto riesgo, y a lograr una cobertura de 50% en las personas mayores de 65 años para 2005, y una cobertura de 75% en esta población para 2010. En 2006, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó la vacunación contra la influenza estacional para los niños de 6 a 23 meses de edad, trabajadores de salud, personas que padecen enfermedades crónicas y ancianos. Además, recomendó fortalecer la vigilancia epidemiológica, generar datos de cobertura y documentar las lecciones aprendidas, que serán útiles en caso de una pandemia.

Para determinar el estado actual de la vacunación contra la influenza en la Región, la OPS pidió a los directores de los programas de inmunización en las Américas que respondieran a dos encuestas –una elaborada por la OPS y otra por la Organización Mundial de la Salud (OMS)– sobre la vacunación contra la influenza estacional y los planes futuros en caso de una pandemia.

Cuarenta y cinco países y territorios respondieron a una de las encuestas o

Figura 1. Casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema. Municipios del Estado de Bahía, Brasil, 2006.



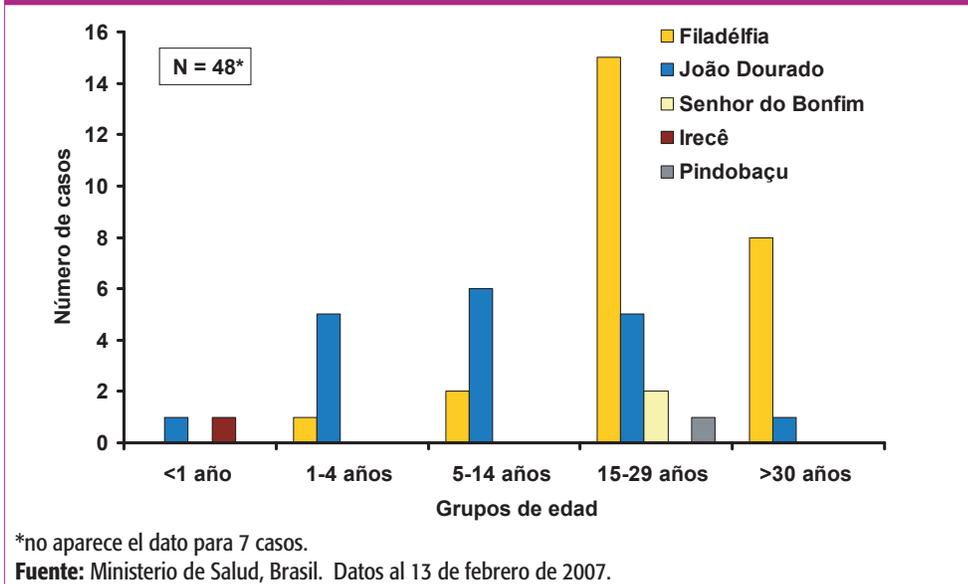
Fuente: Ministerio de Salud, Brasil. Datos al 13 de febrero de 2007.

Filadelfia y Senhor do Bonfim se identificaron y se notificaron tardíamente. En João Dourado e Irecê, los casos ocurrieron entre personas que vivían en la misma calle y la mayoría de los casos fueron personas menores de 15 años (figura 2). En cambio, en Filadelfia y Senhor do Bonfim la mayoría de los casos fueron hombres mayores de 15 años. La fuente del virus y la relación epidemiológica entre los casos de João Dourado/Irecê y de Filadelfia/Senhor do Bonfim todavía no se ha identificado. En las zonas afectadas en Bahía se viaja mucho dado el amplio comercio de productos agropecuarios y la migración de trabajadores agropecuarios y mineros.

Todos los casos sospechosos se investigaron mediante visitas a domicilio, seguimiento exhaustivo de contactos y toma de muestras de sangre para pruebas serológicas y toma de muestras nasofaríngeas, para aislamiento del virus. Las dificultades en la toma oportuna de muestras y el agotamiento de las existencias de kits de laboratorio hicieron que se retrasara la confirmación de laboratorio de algunos de los casos e impidieron el aislamiento del virus en los casos de Filadelfia. Una campaña de vacunación extensa se dirigió a las personas susceptibles que vivían en el lugar del brote y se fortaleció la vacunación de rutina. Se efectuaron búsquedas activas de casos en establecimientos de asistencia sanitaria y en la comunidad, como escuelas, negocios y zonas comerciales. Se vacunó a aproximadamente 30.000 personas. Un alerta de sarampión e información técnica se difundieron por toda la nación.

Dada la mayor demanda de vacunas después de este brote, y de brotes de rubéola en Minas Gerais y Río de Janeiro, Brasil ha comprado 1 millón de dosis de la vacuna triple viral contra sarampión, parotiditis y rubéola (SPR) y 4,2 millones de dosis de la vacuna doble viral contra sarampión y rubéola (SR) mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. El país ha solicitado otros cinco millones de dosis de la

Figura 2. Casos confirmados de sarampión por grupo de edad. Municipios del Estado de Bahía, Brasil, 2006.



vacuna SR y de la vacuna SPR al Fondo Rotatorio, dado que está planificando llevar a cabo campañas de vacunación contra el sarampión y la rubéola para grupos susceptibles en 2007.

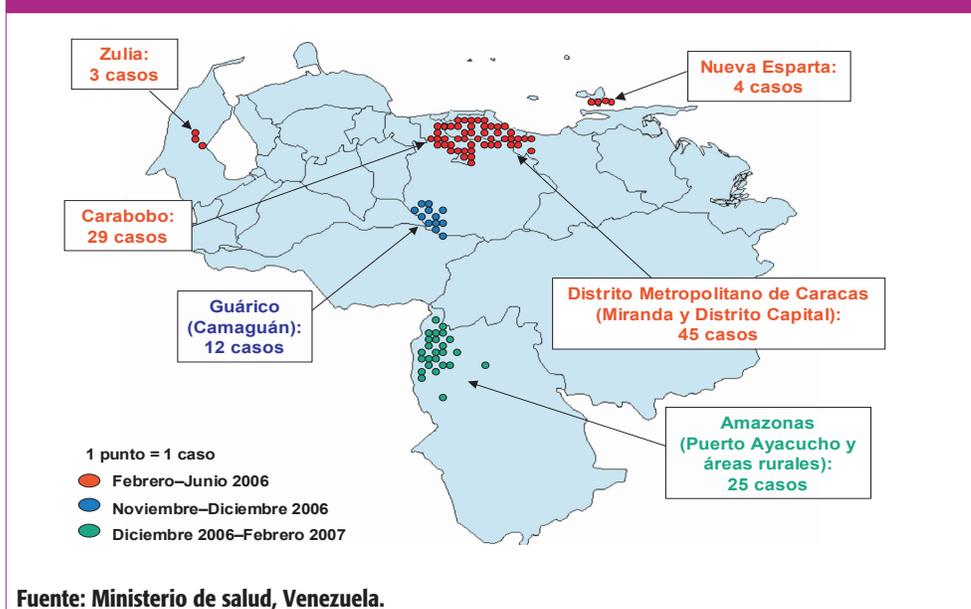
Venezuela, de noviembre de 2006 a febrero de 2007

Entre febrero y junio de 2006, Venezuela notificó un brote de sarampión de 81 casos confirmados (45 en la capital, Caracas, 29 en el Estado Carabobo, 4 en el Estado Nueva Esparta y 3 en el Estado Zulia) (figura 3). El caso índice viajó a España durante el período de exposición. El virus aislado de este brote fue el B3, el mismo genotipo que circula en España. Venezuela no había notificado casos desde 2002. [3]

Luego de un silencio epidemiológico, el país notificó otro conglomerado de 12 casos confirmados en noviembre de 2006. Todos los casos eran de personas residentes en el municipio Camaguán en el Estado Guárico. Todavía no se conocen los resultados de la genotipificación.

En diciembre de 2006, el país notificó otro brote de sarampión en Puerto Ayacucho, en el Estado Amazonas. Un total de 25 casos fueron confirmados. El inicio del exantema del último caso ocurrió el 15 de febrero de 2007. Veintitrés de los casos confirmados son niños de 5 años o menos de edad; 14 casos son lactantes de 1 año o menos de edad. Los niveles de cobertura en el Estado Amazonas han sido históricamente bajos. Se están llevando a cabo búsquedas activas de casos de sarampión en Puerto Ayacucho y se extenderán al resto del país. Del total de 118 casos confirmados notificados desde febrero de 2006, sólo 4 se habían vacunado.

Figura 3. Distribución geográfica de casos confirmados de sarampión. Venezuela, 2006-2007



Conclusión

Las mejores prácticas en respuesta a brotes incluyen la intensificación de la vigilancia epidemiológica, investigaciones de casos de calidad y seguimiento de los contactos. Las actividades de vacunación tienen como meta adelantarse a la transmisión del virus. Éstas deben enfocarse en contactos, en personas en lugares de posible transmisión y/o posible exposición y en lugares frecuentados por el caso. ■

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Importaciones del virus del sarampión: Una amenaza constante. *Boletín de Inmunización* 2006;28(3).
- de Barros FR, Danovaro-Holliday MC, Toscano C, Segatto TC, Vicari A, Luna E. Measles transmission during commercial air travel in Brazil. *J Clin Virol.* 2006 Jul; 36(3):235-6.
- Organización Panamericana de la Salud. Notificación de un brote de sarampión en Venezuela. *Boletín de Inmunización* 2006;28(2).

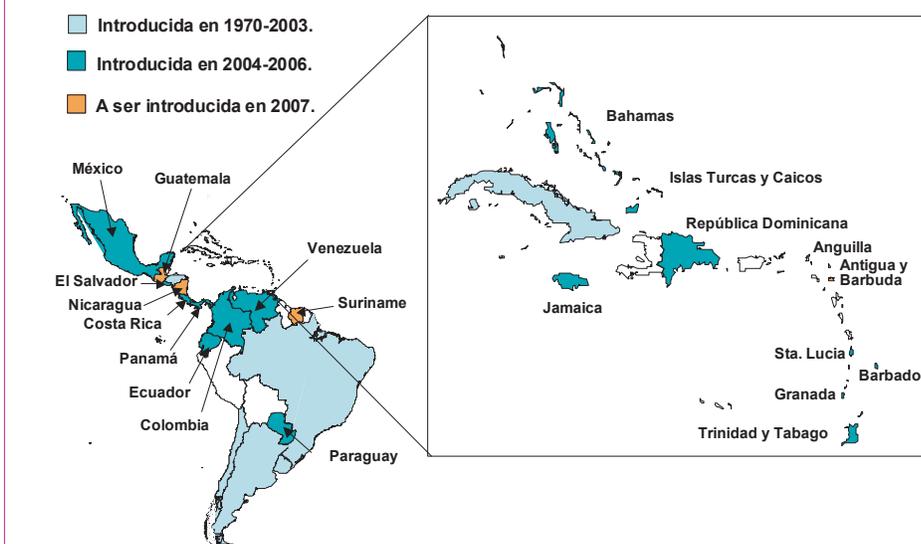
INFLUENZA cont. página 1

a ambas: 19 de América Latina, 22 del Caribe de habla no hispana, Canadá y Estados Unidos. Hasta 2006, la vacunación contra la influenza se había introducido en el sector público en 30 (67%) de los 45 países o territorios. Nueve de los 30 países introdujeron la vacuna en 2006. Otros cuatro países están planificando la introducción en 2007 (figura 1). Dos países (Haití y Perú) están planificando la introducción en 2008. Sólo nueve países o territorios (22%) no tienen planes inmediatos para la introducción de la vacuna en el sector público.

La formulación utilizada y la época del año en que se administra la vacuna varían según la ubicación geográfica del país. Quince de los 30 países (50%) que han introducido la vacuna contra la influenza en el sector público están planificando extender la vacunación a otros grupos o incluir la vacuna contra la influenza en sus esquemas de vacunación. Los grupos destinatarios varían de un país a otro; sin embargo, la mayoría de los países se concentran en los niños de corta edad y los ancianos. Diez países o territorios de los que tienen vacunación en el sector público (33%) actualmente vacunan o prevén vacunar a las poblaciones que tienen estrecho contacto con aves. Brasil también ha incluido la vacunación de otros grupos en riesgo, incluidas las poblaciones indígenas y los reclusos en cárceles. Veintisiete países (90%) vacunan a los trabajadores de salud contra la influenza. Entre los países encuestados con el cuestionario de la OPS (39), 33 (85%) tienen sistemas de vigilancia basados en centros centinela para la influenza. La mayoría de los países o territorios demuestran un mejoramiento en la vigilancia desde que se llevó a cabo la encuesta anterior (2004). Sin embargo, sigue existiendo una brecha por falta de información en las zonas tropicales.

Los países compran las vacunas contra la influenza

Figura 1. Introducción de la vacuna contra la influenza estacional en América Latina y el Caribe, 1970-2007



Fuente: Encuesta de los jefes del PAI, 2004-2006; Encuesta de la OMS sobre influenza, 2006. No se incluye Guayana Francesa.

de diferentes proveedores. En 2006, 22 países (73%) que tienen vacunación contra la influenza en el sector público compraron este tipo de vacunas mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. La demanda de vacuna contra la influenza aumenta a medida que los países la introducen en sus esquemas de vacunación, y al registrarse una escasez de vacuna, especialmente en los países que usan la formulación del hemisferio norte. Brasil y México tienen acuerdos de transferencia de tecnología para fabricar vacuna contra la influenza en la Región.

Antes de 2004, la vacuna contra la influenza se introdujo gradualmente en la Región. Desde 2004, su introducción se ha acelerado considerablemente, tal como lo apoyaban las recomendaciones del GTA de la OPS de 2004. Será importante seguir es-

tableciendo políticas públicas para la introducción de vacunas en el sector público a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por la influenza en los grupos de alto riesgo. Es de esperar que el aumento de la demanda genere un incremento en la producción de vacunas. La vigilancia de alta calidad es fundamental para determinar la formulación y el momento oportuno para la administración de la vacuna en cada subregión, especialmente en las zonas tropicales donde se necesita más información para comprender las tendencias de la transmisión viral. Actualmente, la OPS está colaborando con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos con miras a fortalecer la vigilancia en América Latina. ■

Hospitalización de niños por neumonía en el Uruguay y vacunación contra la influenza y el neumococo

Antecedentes

La vacunación es una de las intervenciones más eficaces para luchar contra la mortalidad en la niñez. No obstante, se siguen desaprovechando las oportunidades de vacunar a los niños y todavía no se utilizan suficientemente las vacunas que salvan vidas. Este artículo presenta datos sobre los casos de neumonía en niños uruguayos y aborda las recomendaciones actuales sobre vacunación.

Metodología

Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, se llevó a cabo un estudio poblacional sobre la neumonía en el Uruguay entre los niños de

0 a 14 años de edad internados en hospitales públicos en los departamentos occidentales de Paysandú y Salto, y en el hospital nacional de referencia para niños de Montevideo durante el período de junio de 2001 a mayo de 2004.[1] Se analizó un total de 5.346 hospitalizaciones por neumonía.

Resultados

De los 2.651 niños de 0 a 14 años de edad hospitalizados en Paysandú y Salto, 40,5% tenían entre 6 y 23 meses. En Paysandú y Salto, 32,6% de los pacientes mayores de 23 meses presentaban comorbilidad y 38,2% habían sido hospitalizados anteriormente.

En el hospital nacional de referencia de Montevideo, fueron hospitalizados 1.489 niños mayores de 23 meses. Se aisló *Streptococcus pneumoniae* de la sangre o del líquido pleural de 259 de ellos.

Discusión

Desde 2004, el Uruguay ha ofrecido vacunación gratuita contra la influenza para los niños de 6 a 23 meses de edad (además de vacunar a las personas de edad). Sin embargo, las tasas de cobertura no fueron suficientes durante el primer año (15%), y aún menos durante el segundo año, cuando el número de dosis de vacuna administradas se redujo en 127.494. [2] En el estudio, los niños de 6 a 23 meses de edad representaron la proporción más alta de niños hospitalizados a causa de neumonía. Dado que este grupo de edad reunía los requisitos para recibir la vacuna contra la influenza, una proporción de esos casos de neumonía podría haberse evitado con la vacunación contra la influenza. La

vacunación de niños (2 dosis) debe efectuarse antes de la temporada de influenza. En el Uruguay, la circulación del virus empieza a fines de abril o a comienzos de mayo, según los datos del Centro de Referencia Nacional para la Influenza.

El Uruguay todavía no ha introducido una vacuna antineumocócica conjugada. Sin embargo, la vacuna compuesta de 23 polisacáridos puede ofrecerse a las personas mayores de 2 años en grupos de riesgo. Gracias a los 12 años de vigilancia de la enfermedad neumocócica invasiva, el Uruguay ha documentado la ausencia de cambios significativos en los serotipos invasivos más prevalentes que circulan entre niños y adultos, lo cual apoya la pertinencia de la formulación de la vacuna polisacárida. [3] La elevada proporción de niños que presentaban comorbilidad que fueron hospitalizados durante el período de estudio vuelve a poner de relieve la importancia de considerar la vacunación antineumocócica en este grupo de alto riesgo en el Uruguay.

Nota editorial

La neumonía neumocócica y la influenza se encuentran entre las principales causas de hospitalización y defunción de niños en todo el mundo. Se calcula que la enfermedad neumocócica causa alrededor de 1,6 millones de defunciones al año, de las cuales 800.000 ocurren en niños menores de 5 años de edad. Con respecto a la influenza, la literatura de los Estados Unidos indica que 30% de los niños se infectan cada año con el virus de la influenza. La duración de la enfermedad y la excreción del virus son más prolongadas en los niños, lo cual hace que éstos sean la fuente principal de transmisión viral en la comunidad. [4] El exceso de hospitalización promedio asociada con la influenza oscila entre 40 por 100.000 en los niños en edad escolar y 1.000 por 100.000 en los lactantes menores de 6 meses. Además, la infección por influenza puede favorecer la aparición de neumonía neumocócica grave. [5]

La vacuna contra la influenza que se usa con mayor frecuencia es una vacuna trivalente, de virus inactivados, que contiene los dos subtipos A, H3N2 y H1N1, y un virus de tipo B. La vacuna contra la influenza no debe administrarse a niños menores de 6 meses, y los niños de 6 a 36 meses de edad deben recibir la mitad de la dosis de vacuna para

adultos. Para dar protección, deben administrarse dos inyecciones, por lo menos con un mes de intervalo, a los niños menores de 9 años que no han recibido la vacuna anteriormente. La vacunación se recomienda anualmente, dado que la vacuna se reformula cada año de conformidad con los datos sobre las cepas del virus de la influenza circulantes. La finalidad principal de la vacunación contra la influenza estacional es evitar formas graves de la infección y sus complicaciones.

El Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS recomienda la vacunación contra la influenza para los niños de 6 a 23 meses de edad, y para los trabajadores de salud, las personas que padecen enfermedades crónicas y los ancianos. [6] Para fines de 2006, 13 países y territorios de las Américas habían recomendado la vacunación de los niños de 6 a 23 meses de edad. Otros tres países estaban vacunando a los niños menores de 5 años de edad con alto riesgo. Sin embargo, cuando se efectúa el monitoreo, se observa que los niveles de cobertura son significativamente inferiores en comparación con otras vacunas de administración rutinaria a niños.

Las vacunas antineumocócicas conjugadas (de polisacáridos y proteínas) son eficaces en los niños menores de 2 años, cuando las tasas de enfermedad neumocócica invasiva son mayores. Los datos de SIREVA, la red de vigilancia regional de la OPS, indican que el serotipo 14 es el que se aísla con mayor frecuencia en la mayoría de los países. La vacuna heptavalente existente cubriría 65% de los serotipos, la nonavalente 77% y la endecavalente 83%. Las vacunas antineumocócicas conjugadas pueden integrarse fácilmente en los esquemas rutinarios de vacunación. La vacunación de rutina con estas vacunas debe iniciarse antes de los 6 meses de edad y puede comenzar ya a las 6 semanas de edad. Las vacunas antineumocócicas conjugadas pueden administrarse al mismo tiempo, aunque en sitios anatómicos diferentes, con otras vacunas en los programas de inmunización infantil (DTP, Hib, hepatitis B, poliomielititis). Los costos elevados de las vacunas antineumocócicas conjugadas, junto con la escasez de datos locales acerca de los serotipos circulantes, han limitado la introducción de estas vacunas en las Américas. La vacuna antineumocócica 23 polisacárida, que contiene polisacáridos capsulares purificados de 23 de los serotipos

neumocócicos más comunes, puede administrarse en cualquier época del año a personas mayores de 2 años de edad. La vacunación se prescribe generalmente a las personas con factores de riesgo de enfermedad neumocócica y a las de 65 o más años de edad. La revacunación después de cinco años sólo está indicada para las personas en alto riesgo.

La OMS considera que la inclusión de la vacuna antineumocócica conjugada es una prioridad en los programas nacionales de inmunización y anima a los países a que lleven a cabo la vigilancia de la enfermedad neumocócica invasiva. En 2006, las recomendaciones del GTA se centraron en el fortalecimiento de la vigilancia neumocócica estandarizada en toda la Región de las Américas. [6] La vigilancia de la neumonía y la meningitis en los niños menores de 5 años de edad permitirá la evaluación de la carga de enfermedad y de sus características en la población, y la evaluación de los resultados de la vacunación una vez que la vacuna se introduce en un país. ■

Contribuido por: Dra. María Hortal y Dra. Inés Iraola. Programa Nacional de Salud de la Niñez, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Referencias

- Hortal M, Estevan M, Iraola I, De Mucio B. A population-based assessment of the disease burden of consolidated pneumonia in hospitalized children under five years of age. *Int J Infect Dis.* 2006 Sep 22; [Epub ahead of print]
- De Mucio B, Iraola I, Laurani H, Goñi N, Hortal M. Primera experiencia nacional de vacunación anti-influenza en población infantil. 2006; 77:13-17.
- Camou T, Palacio R, Di Fabio JL, Hortal M. Invasive pneumococcal diseases in Uruguayan children: comparison between serotype distribution and conjugate vaccine formulations. *Vaccine.* 2003 16;21(17-18):2093-6.
- Heikkinen T. Influenza in children. *Acta Paediatr.* 2006; 95(7):778-84. Review.
- O'Brien KL, Walters MI, Sellman J, Quinlisk P, Regnery H, Schwartz B, Dowell SF. Severe pneumococcal pneumonia in previously healthy children: the role of preceding influenza infection. *Clin Infect Dis.* 2000;30(5):784-9.
- Organización Panamericana de la Salud. Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Informe final. 2006.



Ilustración:
Bola Oyeleye / OPS

La SVA y la Copa Mundial de Críquet se unen en la labor de prevención de enfermedades

La SVA de 2007 tendrá lugar durante la semana de clausura de la Copa Mundial de Críquet de 2007, y la OPS invita a los visitantes a que celebren el fin de la SVA durante el último partido de la Copa Mundial el 28 de abril. Esta copa se celebrará en nueve territorios y países del Caribe, a partir de marzo. La OPS reconoce la importancia de este acontecimiento para los países organizadores y participantes dado que muchos jugadores y aficionados de otras regiones viajarán al Caribe, con lo cual aumenta el riesgo de importación de enfermedades. Por consiguiente, como parte de la SVA, la Organización apoya plenamente la labor de los países del Caribe, antes de la Copa Mundial y durante ésta, para prevenir tales importaciones mediante la concientización acerca de la prevención y la vigilancia de enfermedades. Las actividades incluirán una mayor vigilancia epidemiológica antes, durante y después de la Copa, y la intensificación de la labor de vacunación en las poblaciones vulnerables y que corren alto riesgo.

Semana de Vacunación en las Américas: quinto aniversario

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) de 2007 tendrá lugar entre el 21 y el 28 de abril. Este año, los países de la Región de las Américas celebrarán el quinto aniversario de esta iniciativa que respaldaron todos los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud en 2003. Desde 2003, la SVA ha beneficiado a un total de aproximadamente 147 millones de niños, mujeres, hombres y personas de edad, centrandose su atención en las poblaciones de difícil acceso, las comunidades fronterizas aisladas y otras regiones con bajas coberturas de vacunación.

A medida que las Américas se preparan para la campaña de este año, el estado de vacunación en la Región ha cambiado considerablemente durante los cinco últimos años. La rubéola está cercana a ser eliminada, y se están introduciendo nuevas vacunas, como las vacunas contra el rotavirus, el neumococo y el virus del papiloma humano. No obstante, las inequidades siguen siendo una realidad, y las Américas afrontan el reto de llegar a todos los que han quedado atrás. Por consiguiente, la SVA de 2007 mantendrá los principios de equidad, acceso y panamericanismo. Los objetivos de este año son los siguientes:

- Aumentar y fortalecer la cobertura vacunal de rutina;

- Mejorar la cobertura en las poblaciones aisladas y vulnerables;



- Seguir promoviendo la atención básica de salud mediante actividades integradas;

- Mantener la vacunación en los programas políticos de los Estados Miembros e invitar a éstos a participar en una celebración de la salud que pone de relieve la solidaridad;
 - Mejorar la conciencia de la población general acerca de las enfermedades y las vacunas, incluidas las nuevas vacunas en el mercado; y
 - Enfocarse en el riesgo de importación de enfermedades prevenibles mediante vacunación como el sarampión, la rubéola y la poliomielitis.
- Además de la cooperación técnica prestada por la Unidad de Inmunización de la OPS, el apoyo de comunicación social ha sido crucial para el éxito de la SVA en años anteriores. La oficina de Información Pública de la OPS ha diseñado un logotipo y carteles especiales que celebran el quinto aniversario. Dentro de poco podrán descargarse en una página en la web dedicada a las actividades en la Región.¹ Se están elaborando anuncios de utilidad pública y para radio, que hacen hincapié especialmente en los países del Caribe y los países clave de las Américas.

Aprovechando el ejemplo de las Américas, los países europeos también realizarán su primera Semana de Vacunación en abril, una semana antes que en las Américas. En vista del interés creciente de las otras regiones en sostener los logros de la vacunación, mejorar la cobertura de las poblaciones subatendidas y mantener la vacunación en el programa político, la SVA puede convertirse algún día en una iniciativa mundial. ■

¹ http://www.paho.org/spanish/dd/pin/sv_2007.htm

Precios de las vacunas y jeringas del Fondo Rotatorio de la OPS para 2007

En el cuadro 1 se presentan los precios para 2007 de las vacunas que se ofrecen mediante el Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas. En resumen, el promedio ponderado del aumento de precios para 2007, comparado con 2006, fue de 2,5%. En algunos casos ha disminuido el precio promedio de las vacunas, como por ejemplo la vacuna contra la hepatitis B para niños (-9%) y la pentavalente (-2%). Esto se logró gracias a nuevos proveedores y relaciones de trabajo más eficientes entre los Estados Miembros, la OPS y los proveedores para gestionar los cambios del pronóstico de la demanda y los procesos de producción en 2006. Sin embargo, también hubo aumentos de

precios en 2007, particularmente respecto a la DPT 10 (+32%), la vacuna contra la influenza (+11%) y la SPR (+8%), como consecuencia de los suministros limitados, la poca exactitud del pronóstico de la demanda y el comportamiento del mercado.

En general, el número de presentaciones de las vacunas seguirá aumentando en 2007 con la inclusión de la vacuna antipoliomielítica oral y pentavalente líquida en frasco de vidrio. La vacuna contra la influenza del hemisferio norte para adultos y para niños no figura en el cuadro 1. Se prevé que los proveedores estarán en mejores condiciones de cumplir con los requisitos de la OPS relativos a la presentación pediátrica de la vacuna contra la in-

fluenza estacional más adelante este año. Además, se prevé que el suministro inicial de la vacuna contra el rotavirus se distribuya en junio de 2007 tras la precalificación por la OMS en enero del 2007.

Atendiendo a la posible escasez de suministro en 2007 de las vacunas triple viral, antipoliomielítica, contra la influenza y pentavalente, el Fondo Rotatorio seguirá fortaleciendo sus relaciones de trabajo con los países y proveedores para gestionar las modificaciones de la oferta y la demanda, y lograr un flujo fácil y constante de vacunas y evitar agotamientos de las existencias.

Por último, los precios de las jeringas para 2007 se pueden consultar en el siguiente sitio: <https://intranet.paho.org/AM/PRO/PRO.asp>. Es importante señalar que, en 2006, la OPS inició un plan de control de la calidad de las jeringas en colaboración con los Estados Miembros y la OMS.

Tabla 1. Precios de las vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2007 (precios en dólares americanos)

| Vacuna | | Dosis por frasco | Costo promedio | Vacuna | | Dosis por frasco | Costo promedio |
|---|-------------|------------------|----------------|---|-------------------------|------------------|----------------|
| BCG | | 10 | \$0,1036 | Polio | vidrio | 20 | \$0,1478 |
| DPT | | 10 | \$0,1580 | | plástico | 20 | \$0,1500 |
| dT (adulta) | | 10 | \$0,0750 | Polio (plástico) | | 25 | \$0,1550 |
| DT (pediátrica) | | 10 | \$0,0891 | Polio inactivada (con jeringa) | | 1 | \$3,3000 |
| DTaP triple acelular | | 1 | \$8,1250 | Antirrábica humana/cultura de células inactivadas purificadas | origen Francés | 1 | \$10,5000 |
| DPT-Hib | | 1 | \$3,4000 | | origen Alemán | 1 | \$11,5000 |
| DPT-Hepatitis B-Hib | liofilizada | 1 | \$3,9200 | TT | | 10 | \$0,0645 |
| | líquida | 1 | \$3,9500 | Fiebre amarilla | | 5 | \$0,6500 |
| Hib | liofilizada | 1 | \$3,1500 | Influenza adulta Hemisferio Sur | con jeringa pre-llenada | 1 | \$3,6500 |
| | líquida | 1 | \$3,2500 | | con jeringa | 1 | \$3,6500 |
| Hepatitis B recombinante pediátrica | | 1 | \$0,2343 | Influenza adulta Hemisferio Sur | | 10 | \$2,6600 |
| Hepatitis B recombinante adulta | | 1 | \$0,4270 | Influenza pediátrica Hemisferio Sur (con jeringa) | | 1 | \$3,2000 |
| | | 10 | \$0,2300 | Influenza pediátrica Hemisferio Sur | | 20 | \$1,3300 |
| Sarampión-Rubéola | | 10 | \$0,4688 | Antineumocócica 23 polisacárida (con jeringa) | | 1 | \$9,2000 |
| Sarampión /Parotiditis (cepa Leningrad)/Rubéola | | 1 | \$1,5000 | Hepatitis A pediátrica | con jeringa pre-llenada | 1 | \$7,9500 |
| | | 10 | \$0,9000 | | con jeringa | 1 | \$7,6000 |
| Sarampión/Parotiditis (cepa Urabe)/Rubéola | | 1 | \$2,5000 | Hepatitis A pediátrica | | 1 | \$7,9500 |
| | | 10 | \$1,4000 | Varicela | | 1 | \$10,4000 |
| Polio | vidrio | 10 | \$0,1600 | Meningococo A+C | | 1 | \$2,2750 |
| | plástico | 10 | \$0,1700 | | | | |

Eliminación de la rubéola en las Américas: últimos países que realizan campañas de vacunación

La Región ha demostrado un progreso notable en la aplicación de estrategias para la interrupción eficaz de la transmisión de la rubéola endémica mediante la vacunación de poblaciones de adolescentes y adultos. En 2007, seis países finalizarán las campañas masivas de alta calidad para la eliminación de la rubéola: Cuba, Bolivia (segunda etapa), Guatemala, Haití, México (segunda etapa) y Venezuela (segunda etapa). Además, El Salvador y el Uruguay llevarán a cabo campañas de seguimiento para reducir las poblaciones de personas susceptibles al sarampión y la rubéola en sus países respectivos (cuadro 1 en la página 8).

Las campañas de alta calidad son fundamentales. Los factores importantes que deben considerarse son los siguientes:

1. El grupo de edad a ser vacunado debe ser determinado en base a la epidemiología de la rubéola en el país, una evaluación de la población susceptible, el año de introducción de la vacuna contra la rubéola, campañas de vacunación posteriores contra la rubéola y la necesidad de proteger a mujeres en edad fértil.
2. Se debe hacer hincapié en la comunicación social durante la planificación de la campaña.

3. Las campañas de calidad requieren la vacunación de mujeres y hombres, incluyendo a adultos susceptibles, y que se alcancen niveles de cobertura cercanos al 100% de la población objetivo.
4. Se debe garantizar una alta participación y compromiso político.
5. Se requiere de una intensa movilización social y micro-planificación local para asegurar la completa participación de la población, de las sociedades científicas, de los sectores sociales y de los medios de comunicación.
6. El sistema de información debe ser práctico y útil.
7. Se debe contar con la capacidad de detectar y dar una respuesta rápida a las inquietudes sobre seguridad y otros temas que surjan durante las campañas.

Resumen anual de los indicadores de vigilancia de las PFA y de sarampión/rubéola, 2006*

Indicadores de la vigilancia de las PFA (Parálisis Flácida Aguda) Período entre las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2006

| País | Número de casos | Tasa de PFA por 100.000 <15 años de edad | % de casos investigados <48 horas | % con 1 muestra tomada dentro de 14 días del inicio | % de sitios notificando |
|----------------------|-----------------|---|--------------------------------------|--|-------------------------|
| Argentina | 143 | 1,40 | 87 | 78 | 74 |
| Bolivia | 40 | 1,10 | 95 | 78 | 52 |
| Brasil | 369 | 0,68 | 97 | 72 | 90 |
| Canadá | 30 | 0,53 | ... | ... | ... |
| CAREC | 17 | 0,89 | 96 | 57 | 100 |
| Chile | 76 | 1,77 | 83 | 84 | 96 |
| Colombia | 220 | 1,73 | 57 | 81 | 91 |
| Costa Rica | 7 | 0,57 | 86 | 29 | ... |
| Cuba | 25 | 1,15 | 100 | 96 | 100 |
| Ecuador | 32 | 0,75 | 97 | 75 | 73 |
| El Salvador | 79 | 3,38 | 95 | 87 | 90 |
| EUA | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guatemala | 97 | 2,13 | 91 | 74 | ... |
| Haití | 15 | 0,37 | 93 | 27 | 73 |
| Honduras | 76 | 2,57 | 96 | 93 | 93 |
| México | 447 | 1,42 | 98 | 81 | 96 |
| Nicaragua | 27 | 1,26 | 100 | 93 | 100 |
| Panamá | 9 | 0,92 | 78 | 78 | 93 |
| Paraguay | 14 | 0,70 | 93 | 86 | 92 |
| Perú | 77 | 0,91 | 92 | 60 | 100 |
| República Dominicana | 17 | 0,54 | 59 | 94 | 82 |
| Uruguay | 8 | 0,98 | 100 | 88 | 75 |
| Venezuela | 68 | 0,82 | 94 | 85 | 85 |
| Total * | 1893 | 1,10 | 90 | 78 | 89 |

... no disponible

* excluyendo Canadá y los EUA

Indicadores de la vigilancia del sarampión/rubéola Período entre las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2006

| País | % de sitios notificando semanalmente | % de casos con investigación adecuada | % de casos con muestra adecuada | % de muestras que llegan al lab. ≤5 días | % de resultados de lab. notificados ≤4 días | % de casos descartados por laboratorios |
|----------------------|---|--|------------------------------------|---|--|--|
| Argentina | 85 | 11 | 92 | 74 | 82 | 99 |
| Bolivia | 52 | 96 | 99 | 82 | 77 | 99 |
| Brasil | 86 | 75 ^a | 77 | 44 | 82 | 97 |
| Canadá | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| CAREC | 99 | 81 | 97 | 28 | 91 | 99 |
| Chile | 96 | 26 | 91 | 79 | 93 | 97 |
| Colombia | 92 | 60 | 96 | 79 | 84 | 97 |
| Costa Rica | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cuba | 95 | 96 ^a | 100 | 65 | 100 | 96 |
| Ecuador | 67 | 60 | 99 | 87 | 81 | 99 |
| El Salvador | 88 | 80 | 99 | 96 | 93 | 99 |
| EUA | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guadalupe | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guatemala | 49 | 91 | 96 | 77 | 92 | 98 |
| Guayana Francesa | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Haití | 73 | 88 | 83 | 21 | 32 | 90 |
| Honduras | 94 | 94 | 98 | 81 | 89 | 97 |
| Martinica | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| México | 92 | 99 | 97 | 89 | 76 | 99 |
| Nicaragua | 100 | 82 | 99 | 57 | 94 | 99 |
| Panamá | 93 | 73 | 99 | 68 | 95 | 97 |
| Paraguay | 92 | 70 | 99 | 87 | 100 | 100 |
| Perú | 98 | 81 | 88 | 74 | 54 | 89 |
| Puerto Rico | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Dominicana | 81 | 72 | 98 | 59 | 64 | 97 |
| Uruguay | 59 | 20 | 80 | 100 | 44 | 100 |
| Venezuela | 72 | 87 | 98 | 66 | 79 | 99 |
| Total/Promedio | 86 | 78 | 85 | 59 | 80 | 97 |

^a Se incluye información sobre búsqueda activa de casos. ... no disponible

Fuente: PESS, MESS e informes de los países, Unidad de Inmunización, OPS.

* datos al 28 de febrero de 2007.

RUBÉOLA cont. página 6

Cuadro 1. Países de la Región de las Américas que realizan campañas de vacunación contra la rubéola en 2007

| País | Población destinataria | Grupo de edad | Fecha de ejecución | Observaciones |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------|---|
| Cuba * | 2,1 millones hombres y mujeres | 12 a 24 años | febrero–mayo de 2007 | La vacunación se basa en un estudio de susceptibilidad y respuesta a un brote de parotiditis. |
| Guatemala | 7,8 millones hombres y mujeres | 9 a 39 años | 13 de abril de 2007 | Una alianza de socios ha movilizad los recursos para la labor de la campaña. |
| Haití | 4,7 millones hombres y mujeres | 1 a 19 años | octubre de 2007 | La vacuna triple viral SPR se introducirá en el programa regular para los niños de 1 año de edad. |
| Bolivia (2.ª etapa) | 3,5 millones niños | 1 a 15 años | septiembre de 2007 | Se incluye una campaña de seguimiento para fortalecer la labor para la eliminación del sarampión y la rubéola. |
| Venezuela (2.ª etapa) | 9,6 millones hombres y mujeres | 18 a 39 años | octubre de 2007 | La segunda etapa finalizará la labor de eliminación de la rubéola y el sarampión. |
| México ** (2.ª etapa) | 20,3 millones hombres y mujeres | 17 a 29 años | noviembre de 2007 | La vacunación antirrubéolica se efectuará en los 34 estados restantes. |
| El Salvador | 800.000 niños | 1 a 4 años | junio de 2007 | Se incluye una campaña de seguimiento para fortalecer la eliminación de la rubéola y el sarampión. |
| Uruguay | 200.000 niños | 1 a 4 años y población susceptible | octubre de 2007 | Se incluye una campaña de seguimiento para fortalecer la eliminación de la rubéola y el sarampión. Una campaña para poblaciones de adolescentes y adultos dependerá de cohortes susceptibles. |

* usa la vacuna triple viral SPR. ** por confirmar.

Nota: Argentina, Brasil y Chile están determinando cohortes de adolescentes y adultos susceptibles para completar su campaña para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y el fortalecimiento de la eliminación del sarampión.

Fuente: Unidad de Inmunización, OPS.

El *Boletín de Inmunización* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización 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.

ISSN 1814-6252

Volumen XXIX, Número 1 • Febrero de 2007

Editor: Jon Andrus

Editores adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.

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

<http://www.paho.org/inmunización>