



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXV, Número 5

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Octubre 2003

Mantener los programas de inmunización: eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita

Antecedentes

En los 25 últimos años se han alcanzado logros importantes en la lucha contra las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación. El impacto comprobado de los programas de vacunación en las Américas ha colocado a la inmunización en un lugar preponderante en el programa mundial para el crecimiento económico sostenible y la reducción de la pobreza. Desde noviembre de 2002, no ha ocurrido en la Región ningún caso de transmisión autóctona del sarampión. Se han notificado avances para alcanzar coberturas uniformes de inmunización en todos los municipios.

Al mismo tiempo, las fluctuaciones en la asignación de recursos como resultado de los cambios económicos desfavorables, así como la gestión desigual de la reforma sanitaria y los procesos de descentralización están amenazando la ejecución de los programas nacionales de vacunación, lo que posiblemente conducirá al aumento de costos en caso de un brote de una enfermedad prevenible por vacunación. Otra de las principales dificultades que habrá de superarse es la sensación de falsa seguridad que muestran algunos Estados Miembros debido a que han dejado de circular algunas enfermedades prevenibles por vacunación.

Resolución de la OPS CD44.R1

El 44.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud tuvo lugar en Washington, D.C., los días 22 al 26 de septiembre de 2003. El Consejo Directivo adoptó la siguiente Resolución:

EL 44.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo estudiado el informe de la Directora sobre la sostenibilidad de los programas de vacunación (documento CD44/11);

Reconociendo los grandes logros en la lucha contra las enfermedades prevenibles por vacunación para proteger a los niños de la Región, que pudieron alcanzarse mediante la estrecha colaboración entre los Estados Miembros y la comunidad internacional de desarrollo;

Observando con gran orgullo los persistentes esfuerzos

colectivos de los Estados Miembros por alcanzar la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión en el continente americano;

Considerando los grandes progresos y la experiencia adquirida por los Estados Miembros en el control acelerado de la rubéola y las iniciativas de prevención del síndrome de rubéola congénita (SRC), que busca lograr una disminución más rápida del número de casos de rubéola y de niños que nacen con SRC;

Tomando nota del gran espíritu de solidaridad y panamericanismo en la ejecución de la primera *Semana de Vacunación* en las Américas, que hizo llegar los servicios de vacunación a zonas de alto riesgo y subatendidas;

Preocupado por las fluctuaciones que se observan en la asignación de recursos para estas actividades en los presupuestos públicos a nivel nacional, debido principalmente al deterioro de la situación económica, y

Consciente de las posibles repercusiones negativas de ciertas reformas del sector de la salud y de algunos procesos de descentralización sobre la ejecución de los programas nacionales de vacunación, incluidas las actividades de vigilancia de enfermedades,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) promuevan la creación de una partida específica para vacunaciones en el presupuesto nacional, así como la asignación oportuna de recursos financieros para vacunas, insumos y costos operativos;
 - b) presenten a los ministros de hacienda y a las altas instancias presupuestarias las ventajas del mantenimiento de los programas de vacunación, y el riesgo que constituyen los focos de baja cobertura de vacunación;
 - c) velen por que la reforma y la descentralización de políticas y programas del sector de la salud mantengan los logros conseguidos en materia de vacunación;
 - d) apoyen la celebración anual de la *Semana de Vacunación* en todo el continente, que tendrá lugar en abril e irá dirigida a los

En esta edición:

Mantener los programas de inmunización: eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita	1
Reuniones subregionales Andina y del Cono Sur sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, 1 al 3 de septiembre de 2003	2

Reunión mundial para la reducción sostenible de la mortalidad por sarampión y el fortalecimiento de los sistemas de vacunación	6
Transporte de vacunas en neveras portátiles y termos	7
Declaración de Ciudad del Cabo sobre el sarampión, 17 de octubre 2003.	8

- grupos de población de alto riesgo y las zonas subatendidas;
- e) mantengan a la Región libre de la transmisión autóctona de sarampión mediante la cobertura elevada ($\geq 95\%$) de la vacunación antisarampionosa ordinaria por municipio o distrito, campañas de *vacunación de seguimiento* por lo menos cada cuatro años, vigilancia oportuna e investigación y control de los brotes epidémicos;
 - f) mantengan una cobertura alta ($\geq 95\%$) y homogénea de vacunación con todos los antígenos por municipios o distritos;
 - g) eliminen de sus países la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) para el año 2010; objetivo para el cual se pide que elaboren, en el plazo de un año, los planes nacionales de acción pertinentes.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) elabore un plan de acción regional y movilice recursos en apoyo

- al objetivo de la eliminación de la rubéola y el SRC para 2010;
- b) siga abogando por una movilización activa de los recursos nacionales e internacionales para mantener y ampliar las inversiones hechas en los programas de vacunación por los Estados Miembros;
- c) fomente las posibilidades de una actuación conjunta del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo con los Estados Miembros, en concreto los ministerios de salud y de hacienda, al objeto de establecer, dentro de los presupuestos públicos, disposiciones que aseguren la asignación ininterrumpida de fondos a los programas nacionales de vacunación;
- d) promueva la Semana anual de Vacunación en todo el continente para mejorar la equidad en materia de inmunización.

Reuniones subregionales Andina y del Cono Sur sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, 1 al 3 de septiembre de 2003

La XIII Reunión de los países de la Región Andina y la XVII Reunión de los países del Cono Sur sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación se realizaron conjuntamente en Lima, Perú, los días 1 al 3 de septiembre de 2003. A lo largo de 20 años, la OPS ha venido promoviendo estas reuniones subregionales para evaluar el progreso alcanzado en el control de las enfermedades prevenibles por vacunación. En este artículo, se resumen el informe y las recomendaciones finales sobre los siguientes temas: eliminación del sarampión, indicadores de laboratorio para el diagnóstico del sarampión, vacunación segura, eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita y vigilancia de la parálisis flácida aguda.

El sarampión en las Américas

Actualmente, la transmisión autóctona del sarampión está interrumpida en todos los países de las Américas. En 2002, hubo 2.583 casos confirmados en la Región; la mayoría de ellos provenían de un brote en Venezuela (número de casos = 2.392) y en Colombia (número de casos = 139). El último caso confirmado de este brote ocurrió en Venezuela durante la semana 47 de 2002. La cepa vírica aislada en este brote fue la D9, una importación de Alemania. Desde entonces, no ha ocurrido ninguna circulación autóctona del sarampión en la Región. En 2003, hasta la semana epidemiológica 34, cuatro países de la Región notificaron casos confirmados de sarampión, a saber: México (40), los Estados Unidos (34), Canadá (12) y Chile (1), todos ellos debido a importaciones.

Vacunación antisarampionosa en las subregiones andina y del Cono Sur

Todos los países de las subregiones andina y del Cono Sur utilizan actualmente la vacuna triple MMR (sarampión, parotiditis y rubéola/SPR) en sus programas ordinarios de vacunación. En 2002, todos los países andinos y del Cono Sur alcanzaron una cobertura de más de 90% con una vacuna que contenía el antígeno del sarampión (MCV), excepto Paraguay, Ecuador y Venezuela (cuadro 1). En el primer semestre de 2003, Venezuela logró una cobertura de 100%.

En 2002, fue motivo de preocupación el porcentaje de municipios de cada país con cobertura de MCV $\leq 95\%$ en niños de 1 año de edad. Osciló de un 19% en el Ecuador a 64% en Bolivia;

el Uruguay logró cobertura de 94% (cuadro 2). La cobertura baja entraña un grave riesgo de transmisión generalizada si ocurre un caso importado.

Mediante la utilización del cálculo del número de personas susceptibles, la mayoría de los países han programado adecuadamente sus campañas de mantenimiento para 2005 y 2006 (cuadro 3). El Brasil ha programado su próxima campaña de mantenimiento para 2004.

Todos los países efectuaron el monitoreo rápido de cobertura (MRC) durante la Semana de Vacunación de las Américas (SVA), realizada en junio. Sin embargo, la mayoría de los países todavía no han tomado las medidas pertinentes para que ésta sea una actividad corriente de supervisión.

Vigilancia epidemiológica

Los países andinos y del Cono Sur han integrado la vigilancia del sarampión y rubéola. Se hace hincapié en lograr la investigación rápida y adecuada de casos sospechosos, así como en realizar la búsqueda activa de casos. Sin embargo, se ha observado una disminución en el número de casos sospechosos notificados de sarampión.

Los indicadores de vigilancia revelan que todos los países han alcanzado la meta en cuanto a la proporción de casos con muestra adecuada. Todos los países, con excepción de Venezuela, han alcanzado la meta para la proporción de muestras con resultados en ≤ 4 días (cuadro 4). Sin embargo, varios países no lograron la meta de 80% para los siguientes tres indicadores: 1) proporción de unidades que notifican semanalmente (Uruguay y Bolivia); 2) proporción de casos sospechosos investigados en ≤ 48 horas (Argentina, Chile, Paraguay, Colombia y Ecuador); y 3) proporción de casos con muestras que llegan al laboratorio en ≤ 5 días (Brasil, Paraguay, Colombia, Perú y Venezuela).

Recomendaciones

El último caso confirmado de sarampión autóctono ocurrió aproximadamente hace un año. Sin embargo, la posibilidad de que ocurra la importación sigue siendo una amenaza constante, ya que la circulación del virus todavía no se ha interrumpido en otros continentes. Por lo tanto, las siguientes actividades son fundamentales para prevenir su reintroducción o la reanudación

Tabla 1. Coberturas de vacunación en las subregiones andina y del Cono Sur - 2002

PAÍS	VOP3	DTP3	SARAMPIÓN	BCG
ARGENTINA	93,7	92,5	95	100
BRASIL*	97	96	93,2	100
CHILE	95,8	95,4	95,6	94,2
PARAGUAY	87	87	86	83
URUGUAY	93	93	93	99
BOLIVIA	100	98	100	100
COLOMBIA	82,8	80,4	93,3	87,2
ECUADOR	90	89	80	100
PERÚ	94,5	94,8	95,2	92,1
VENEZUELA	77	63	78	90

En Brasil, cobertura FA=98,4%, Hib=90,1% y HepB=88,8%

de la circulación autóctona en la Región:

- Los países deberán mantener niveles altos y homogéneos de cobertura de vacunación rutinaria ($\geq 95\%$) en los servicios de salud.
- Deberán efectuarse campañas nacionales de seguimiento oportunas basadas en un análisis del número de personas susceptibles.
- Deberá mejorarse la vigilancia epidemiológica local mediante el fortalecimiento de las actividades de búsqueda activa de casos para permitir la identificación oportuna y la investigación de casos sospechosos.
- Los países deberán identificar los municipios de alto riesgo, mediante la consideración de ciertos parámetros como coberturas $<95\%$, la presencia de poblaciones indígenas y migratorias, las zonas fronterizas, las zonas de difícil acceso y las que tienen una elevada densidad de población o turismo intenso.
- El MRC deberá convertirse en una actividad regular de supervisión, haciendo hincapié en los municipios epidemiológicamente silenciosos y de alto riesgo.
- Deberán mejorarse, a todos los niveles, los sistemas de información y la calidad de los datos.
- Las poblaciones en riesgo deberán vacunarse, entre otros los trabajadores de salud, las personas empleadas en el turismo, los profesores, el personal militar en los presidiarios y los reos.
- Los países deberán garantizar que se administren de forma regular y oportuna las vacunas y otros suministros que harán posibles las actividades de vacunación en forma permanente.
- Deberán fortalecerse a todos los niveles la supervisión y el monitoreo, asignándoles una alta prioridad a los municipios de alto riesgo.
- Los países deberán poner en práctica una estrategia constante de información, educación y comunicación (IEC) para fortalecer las actividades regulares del PAI.
- Los países deberán promover mayor coordinación de las actividades fronterizas.
- El personal de operaciones deberá estar informado acerca de la vigilancia, las normas y los procedimientos de vacunación.
- Los países deberán mantener la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola.

Tabla 2. Número y porcentaje de municipios por nivel de cobertura con MCV en niños de un año - 2002

PAÍS	Cobertura $<95\%$		Cobertura $\geq 95\%$	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
ARGENTINA	273	49	282	51
BRASIL	3057	55	2503	45
CHILE	158	46,3	183	53,7
PARAGUAY	167	72	63	28
URUGUAY	16	6	253	94
BOLIVIA	113	36	201	64
COLOMBIA	732	65,7	383	34,3
ECUADOR	135	81	32	19
PERÚ	944	51,6	884	48,4
VENEZUELA	209	57,3	156	42,7

Indicadores de laboratorio para el diagnóstico del sarampión

En 2003 (hasta la semana epidemiológica 33), todos los países de la Región tenían proporciones mayores de casos sospechosos con muestra adecuada y respuesta oportuna de laboratorio, en comparación con el mismo período de 2002. Las dos excepciones fueron Colombia y Venezuela, donde en 2003 se notificaron valores algo inferiores.

Un problema recurrente en toda América del Sur es la proporción baja de muestras que llegan al laboratorio durante los 5 días después de recogida la muestra, que varió de 56% (Perú) a 100% (Uruguay) durante las semanas 1-33 de 2003 (cuadro 4). De los diez países de las subregiones andina y del Cono Sur, 5 lograron $\geq 80\%$ para este indicador.

Recomendaciones

- El indicador de llegada de la muestra al laboratorio deberá adoptarse como una medida para vigilar la calidad del sistema de vigilancia en cada país ya que está directamente relacionado con la eficiencia del sistema de vigilancia y no con el desempeño del laboratorio.
- Los laboratorios deberán seguir participando en los programas de control de calidad externo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta; se propone que una vez al año se envíe un grupo de 5 muestras a cada laboratorio. Se analizarán los resultados del control de calidad externo para asignar prioridades a la capacitación y la supervisión que se necesitan en los laboratorios.
- Los países deberán seguir recogiendo muestras para aislamiento del virus (orina, hisopo nasofaríngeo) en todos los brotes de enfermedades eruptivas febriles, de cada caso clínico altamente sospechoso de sarampión y/o rubéola y de los casos positivos en la prueba de IgM.
- En los casos que se determine que las pruebas son IgM-positivas para el sarampión, deberá realizarse una investigación epidemiológica minuciosa; en los casos en que el diagnóstico sea incierto, deberá recogerse una segunda muestra sérica de dos a tres semanas después de la primera. Estas muestras (primera y segunda) se analizarán para detectar los anticuerpos del sarampión en IgM y en IgG. También pueden analizarse en los laboratorios de la red para detectar otras infecciones víricas. Todos los casos deberán estar documentados y presentarse en la próxima reunión del Grupo Consultivo Técnico (GCT).

Tabla 3. Campañas de seguimiento

PAÍS	Año de la última campaña masiva	Cobertura (%)	Próxima campaña
ARGENTINA	2002	87	2005
BRASIL	2000	100	2004
CHILE	2001	100	2005
PARAGUAY	2003	93	2006
URUGUAY	2003	95	2007
BOLIVIA	2003	95	2007
COLOMBIA	2002	94,5	2006
ECUADOR	2002	100	2006
PERÚ	2001	97	2005
VENEZUELA	2001	98	2005

- Los países deben promover la formación de grupos *ad hoc* para documentar los casos que resulten IgM-positivos para el sarampión; la documentación será recabada por el sistema de vigilancia de cada país para luego presentarla a la reunión del GCT.
- La OPS deberá seguir suministrando a la red regional de laboratorios estuches de reactivos para detectar sarampión y rubéola.
- La red de laboratorios deberá recopilar y difundir la información científica pertinente acerca de la posibilidad de obtener otra prueba de laboratorio para detectar sarampión en IgM, con miras a optimizar el diagnóstico de laboratorio de casos esporádicos positivos a la prueba de IgM.
- Al acreditar a los laboratorios de sarampión, deberá realizarse una evaluación inicial de las condiciones en los laboratorios para identificar las necesidades de apoyo y capacitación.

Vacunación segura

Muchos países de las subregiones andina y del Cono Sur han aumentado los niveles de cobertura de vacunación a $\geq 90\%$ con antígenos diferentes, especialmente con la vacuna triple SPR y algunos están introduciendo las vacunas nuevas en sus programas. Si bien es cierto que todos los programas han tenido muy buena aceptación, siempre hay riesgo de que se pierda esta confianza bien merecida si un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) se maneja mal. Como resultado, además de consolidar la cobertura de vacunación, los programas deberán esforzarse por mejorar la gestión y diseñar sistemas para vigilar los ESAVI. El monitoreo de la ejecución e integración de las actividades para lograr la vacunación segura y vigilar los posibles ESAVI es una responsabilidad compartida por el programa de vacunación, las instancias normativas, el laboratorio de control de calidad y todos los trabajadores de salud. Para lograr la coordinación eficaz, los profesionales del país deberán recibir capacitación en gestión, así como en los aspectos técnicos, para que puedan realizar investigaciones rápidas, exhaustivas e informativas para el público interesado. También deberán desarrollarse las aptitudes de abogacía para ayudarles a alcanzar el apoyo político necesario para lograr la seguridad vacunal.

Recomendaciones

- Los esfuerzos de abogacía deberán seguir fomentando la vacunación segura en los países.
- Cada país deberá elaborar y ejecutar un plan de acción para

Tabla 4. Indicadores de vigilancia del sarampión – 2003*

CRITERIOS	ARG	BRA	CHI	PAR	URU	BOL	COL	ECU	PER	VEN
% de unidades que notifican semanalmente	94	83	95	88	17	S/D	88	85	99	80
% de casos sospechosos investigados ≤ 48 horas	40	81	63	61	100	100	51	42	100	96
% de casos con una muestra adecuada	94	80	100	100	100	100	95	99	98	99
% de casos con muestra llegando al laboratorio ≤ 5 días	80	65	86	79	100	80	69	89	56	60
% de muestras con resultado ≤ 4 días	82	82	98	100	100	80	80	91	88	70

* Hasta la SE 35 - S/D: sin dato
Nota: porcentaje aceptable = $\geq 80\%$ para cada indicador

- promover la vacunación segura, asignando los recursos suficientes para garantizar un suministro adecuado de vacunas, jeringas, cajas de seguridad y del equipo apropiado para el desecho final de los materiales usados en la vacunación.
- El progreso de la vacunación segura deberá monitorearse por medio de los siguientes indicadores:
 - % de casos de ESAVI investigados en las 24 primeras horas (meta: $\geq 80\%$);
 - % de investigaciones concluidas (meta: $\geq 80\%$);
 - Tasas de ESAVI notificados durante las campañas (para decidir cuáles son los eventos que se vigilarán);
 - % de casos de ESAVI notificados como resultado de la vigilancia en hospitales;
 - % de casos de ESAVI clasificados como errores programáticos.
- Todos los países deberán diseñar e implantar sistemas para monitorear los ESAVI, finalizar la investigación de eventos graves y los conglomerados y compartir la información con los países de la Región.
- Todos los programas deberán tener actividades de capacitación destinadas a todos los trabajadores de salud. La capacitación deberá incluir el desarrollo y la difusión de los materiales a todos los niveles del sistema de salud para lograr el conocimiento uniforme de las normas para prevenir, detectar y evaluar los ESAVI.
- Deberá impartirse capacitación para promover métodos seguros de vacunación en particular, para modificar comportamientos como volver a tapar las agujas usadas.
- Deberán continuar las iniciativas para forjar alianzas con los medios de comunicación y tener un plan en funcionamiento para manejar los ESAVI.
- Las evaluaciones del programa de vacunación deberán incluir un componente sobre vacunación segura.

Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita

Desde la introducción de la vacuna contra la rubéola en la Región y la aplicación de la estrategia para el control acelerado de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita (SRC), ha disminuido la circulación de virus de la rubéola. Cuarenta y dos de los 44 países y territorios del continente americano actualmente incluyen la vacuna contra la rubéola en su esquema

nacional de vacunación. Cada país de las subregiones andina y del Cono Sur incluye la vacuna triple SPR en su esquema nacional y la vacuna SR en las campañas de seguimiento para mantener la eliminación del sarampión.

La razón principal de la adopción de la estrategia acelerada de vacunación contra la rubéola es reducir el tiempo requerido para interrumpir la circulación de la rubéola y prevenir el SRC. Con la introducción de la vacuna contra la rubéola solamente, harían falta más de 20 años para lograr lo que ya se ha logrado en países como el Uruguay. Según los datos enviados por los países, grandes cohortes de mujeres en edad fértil son susceptibles al virus de la rubéola.

Las actividades de vacunación destinadas a los adultos están aportando información que es fundamental para diseñar estrategias de vacunación exitosas y sostenibles para este grupo de edad que ayudarán a que los niveles de cobertura lleguen hasta $\geq 90\%$. Brasil y Chile han realizado campañas de vacunación masiva destinadas a mujeres adultas para acelerar la prevención del SRC. Asimismo, el Ecuador ha empezado la primera fase de su estrategia, la vacunación de niños de ambos sexos de < 15 años.

El SRC ahora se reconoce como un grave problema de salud pública. Sin embargo, la información limitada que se obtiene mediante la vigilancia epidemiológica aporta solamente una comprensión parcial de la carga real de la enfermedad y del éxito de las iniciativas para combatirla. El Perú ha realizado estudios que indican que el SRC es un problema de salud pública y que 12,8% de las embarazadas son susceptibles; este año, el país inició la vacunación con la vacuna triple SPR.

Son pocos los casos clínicos de la rubéola que se confirman por laboratorio y se envían escasas muestras víricas para la tipificación molecular. Esto puede deberse en parte a la coordinación y comunicación inadecuadas entre los clínicos, los epidemiólogos y los trabajadores de laboratorio. No obstante, es fundamental aislar el virus para identificar los genotipos y evaluar la estrategia para la fase posterior a la eliminación.

Además, los datos presentados indican que es necesario intensificar las actividades que se realizan para vigilar a las embarazadas que han contraído la rubéola.

Recomendaciones

- Establecida la meta de eliminación de la rubéola y el SRC, cada país deberá formular un plan de acción para la eliminación y si la ejecución total del plan no fuese factible de inmediato, deberá hacerse por etapas, pero vacunando siempre a hombres y mujeres.
- Los programas deberán elaborar sus planes cuidadosamente a fin de contar con un suministro oportuno de las vacunas necesarias para las campañas de vacunación de adultos.
- Los países deberán proseguir con las iniciativas para poner en práctica las estrategias de vacunación, a objeto de reducir el número de personas susceptibles de contraer la rubéola y mejorar la vigilancia, en preparación para las dificultades considerables que plantea la eliminación de la rubéola y el SRC, entre ellas:
 1. La vigilancia de la rubéola deberá integrarse plenamente con la vigilancia del sarampión; esto permitirá a los países que apenas están empezando a aplicar la estrategia de eliminación, saber dónde está circulando el virus y a los países que ya la han puesto en práctica, detectar y confirmar cada caso.

Si ocurre un brote, los cinco primeros casos en cada cadena de transmisión deberán ser confirmados por laboratorio.

2. Deberán seguirse poniendo en práctica las estrategias de vacunación para prevenir la circulación del virus de la rubéola. Esto llevará a una disminución del SRC mediante una única campaña masiva en la que se vacunan tanto hombres como mujeres. El Ecuador deberá concluir la segunda etapa de esta estrategia.
 3. Los grupos de edad que se van a vacunar estarán determinados por la epidemiología de la rubéola en cada país. No obstante, los grupos blanco deberán incluir a niños y niñas que no se han vacunado como parte del programa regulares decir, niños de > 5 años de edad y adultos de ambos sexos. El límite de edad superior deberá basarse en modelos documentados de fecundidad y en la susceptibilidad prevista.
 4. Los países deberán investigar y hacer seguimiento a todas las mujeres infectadas por la rubéola durante el embarazo, y presentar evaluaciones periódicas detalladas de sus recién nacidos.
- Los gerentes de programa deberán velar por que todas las muestras séricas de casos sospechosos de sarampión cuyos resultados a la prueba IgM son negativos para los anticuerpos de sarampión se sometan a las pruebas de IgM para detectar anticuerpos de rubéola y viceversa.
 - Deberá asignarse más importancia al desarrollo de la logística para asegurar que las muestras para el aislamiento del virus se recojan y luego se despachen adecuadamente.
 - La vigilancia del SRC deberá mejorarse en todos los países de la Región, identificando los hospitales que han venido utilizando el Sistema de Información Perinatal (SIP 2000) del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y el Estudio Colaborativo Latinoamericano sobre las Malformaciones Congénitas (ECLAMC) para facilitar la ejecución.

Vigilancia de la parálisis flácida aguda

El continente americano, que fue certificado como libre de la poliomiélitis en 1994 y cuyo último caso causado por el poliovirus salvaje ocurrió en 1991, ahora tiene que hacer frente a la amenaza de las importaciones de poliovirus salvaje desde otras partes del mundo y a los brotes causados por el virus derivado de la vacuna Sabin, como los que ocurrieron en la República Dominicana y Haití en 2000 y 2001.

Para afrontar estas amenazas, la Región ha seguido cumpliendo con las metas para los indicadores de vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA). En 2002, la Región logró una tasa de PFA de 1,29 por 100.000 niños de < 15 años de edad y se obtuvieron muestras adecuadas de heces a partir de 79% de casos notificados de PFA; la cobertura de vacunación con tres dosis de VOP en niños de < 1 años de edad fue de 87% en 2002. Si bien estas cifras son aceptables a nivel regional, es necesario mejorar varios aspectos como:

- a. Cada año, nacen casi 6 millones de niños en aquellos municipios latinoamericanos que han logrado un $< 95\%$ de cobertura con tres dosis de VOP de niños de < 1 año de edad.
- b. Aproximadamente 20% de los casos de PFA se descartan sin recoger la muestra adecuada de heces.
- c. Los casos compatibles con las características de la poliomiélitis llegan a sólo 1-3% de todos los casos descartados sin muestra adecuada.

d. Para las 52 últimas semanas (entre las semanas 34 de 2002 y la 33 de 2003), Brasil, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay no han logrado la tasa de PFA de por lo menos 1 caso por 100.000 niños <15 años; además, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay y Uruguay recogieron muestras adecuadas de heces menos de 80% de las veces cuando debían hacerlo.

Recomendaciones

- Los países deberán seguir la recomendación del GCT del PAI formulada el año pasado (diciembre de 2002) en Washington, D.C.:

El GCT señala que se está descartando un número alto de casos de PFA sin haber hecho una evaluación adecuada o sin análisis de las heces. Los países de la Región deben seguir usando el sistema recomendado para la clasificación de casos

de PFA y establecer un grupo o comisión nacional de expertos. Esta comisión debe escrutar detenidamente esos casos sin una muestra adecuada de heces, con la finalidad de determinar la causa de la parálisis.

- Cada país deberá realizar un análisis de riesgos para la circulación del poliovirus derivado de la vacuna o del poliovirus salvaje importado. Esto requerirá un estudio por país de las zonas que no alcancen las metas fijadas para los indicadores de vigilancia de la PFA y que tengan una proporción alta de niños que no se hayan vacunado contra la poliomielitis.
- Los planes de acción de los países deberán incluir los recursos necesarios para mantener la calidad de las investigaciones, la notificación y el seguimiento para los casos de PFA. También deberán incluir recursos para el trabajo de los laboratorios de diagnóstico.

Reunión mundial para la reducción sostenible de la mortalidad por sarampión y el fortalecimiento de los sistemas de vacunación 15-17 de octubre de 2003, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Los líderes internacionales de la salud se reunieron en Ciudad del Cabo este mes bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para comprometerse a reducir las muertes debidas al sarampión y describir las estrategias comprobadas para mantener la prevención de estas defunciones.

A pesar de que desde hace más de 40 años se cuenta con una vacuna inocua, sumamente eficaz y de costo relativamente bajo, el sarampión cobra la vida de unos 745.000 niños cada año—más de la mitad de ellos en África. De todas las enfermedades prevenibles por vacunación, el sarampión sigue siendo una causa de muerte muy importante de niños y ocasiona graves complicaciones, como ceguera, encefalitis, y neumonía. Es la principal causa de defunciones prevenibles por vacunación entre niños y la quinta principal causa general de muerte entre niños de <5 años de edad.

El aumento de la vacunación antisarampionosa es un factor fundamental para lograr la meta fijada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los niños (UNGASS), celebrado en 2002, para reducir, a finales de 2005, las defunciones debidas al sarampión al 50% de las registradas en 1999. Es también un indicador fundamental de uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que consiste en reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños de <5 años de edad en 2015. Con el lanzamiento de la *Declaración de Ciudad del Cabo sobre el sarampión* (ver página 8), los líderes mundiales de la salud están afirmando su compromiso de alcanzar esta meta tangible de salud pública.

Estrategia de inmunización

En mayo de 2003, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sin precedentes solicitando a los países que contribuyeran activamente para lograr de inmediato la meta del UNGASS y los ODM. La resolución instaba a los Estados Miembros a que pusieran en práctica plenamente la estrategia de inmunización

recomendada por la OMS/UNICEF para la reducción sostenible de la mortalidad por sarampión y a que se adoptara este enfoque como una herramienta para revitalizar los programas nacionales de vacunación.

La estrategia consiste en una alta cobertura de vacunación sistemática combinada con campañas masivas y ha demostrado ser sumamente eficaz. Se efectúan campañas de vacunación anti-sarampionosa para vacunar a todos los niños de <15 años de edad. Las campañas de mantenimiento se realizan de tres a cuatro años después de las campañas masivas iniciales y se dirigen a todos los niños de <5 años de edad nacidos después de la última campaña masiva. Otros los componentes esenciales de la estrategia son la creación de redes de laboratorio y el mejoramiento de la vigilancia del sarampión para detectar y responder a los brotes.

Experiencia en las Américas

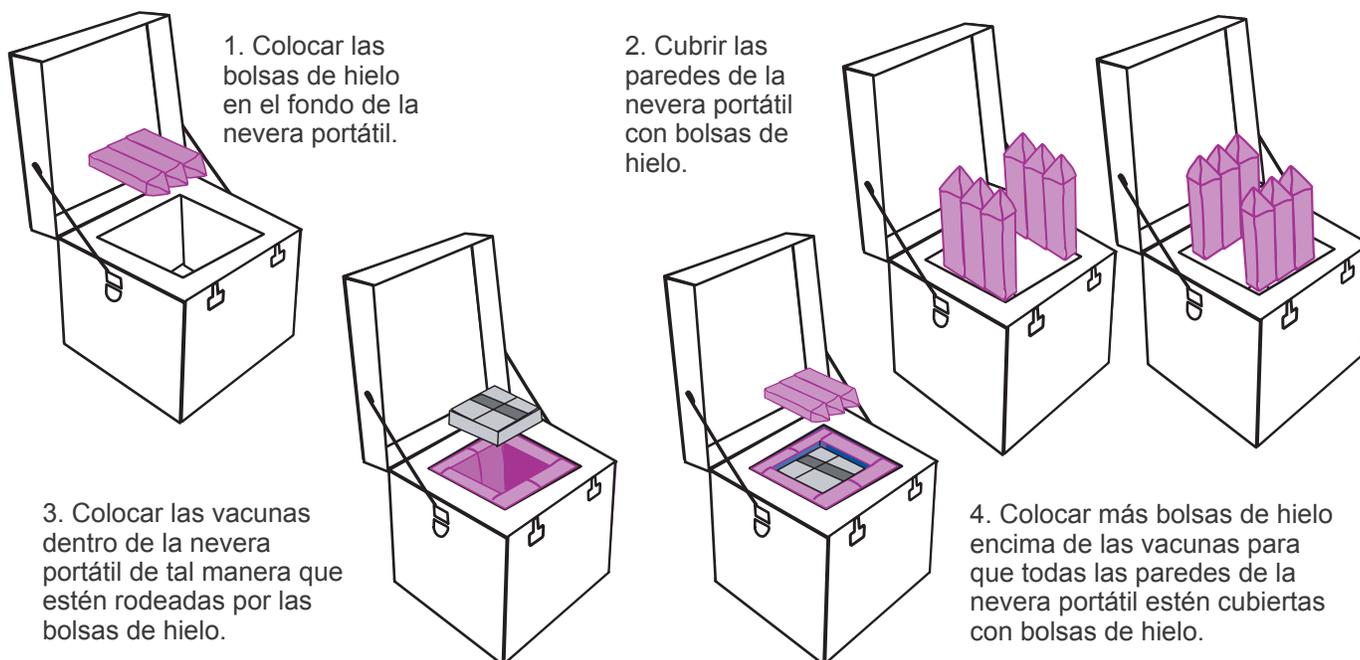
La vacunación sistemática, las actividades complementarias periódicas y la vigilancia mejorada han resultado muy exitosas en América Latina. El número de defunciones debidas al sarampión se redujo para ajustarse a cero después de las campañas de vacunación realizadas durante los años noventa. No ha habido ningún nuevo caso de sarampión autóctono durante casi un año (el último caso ocurrió en noviembre de 2002) y todos los casos posteriores tenían relación con importación. A partir del gran éxito de esta estrategia en la Región de las Américas, el complemento de la vacunación antisarampionosa ordinaria con campañas masivas ahora forma parte de la estrategia recomendada por la OMS y el UNICEF para todos los países en desarrollo.

En la reunión mundial, los representantes de Haití, México y la Unidad de Inmunización de la OPS expusieron los logros de las Américas en la reducción de la mortalidad por sarampión. África está aplicando actualmente lo aprendido en las Américas para reducir la mortalidad por sarampión.



Transporte de vacunas en neveras portátiles y termos

Cuando es necesario llevar vacunas al campo, las paredes de las neveras portátiles y de los termos deben cubrirse totalmente con bolsas de hielo. Véanse las ilustraciones que se dan a continuación:



OBSERVE: Deberá tenerse especial cuidado para evitar la congelación accidental durante el transporte de vacunas sensibles a la congelación, ya que los paquetes que se acaban de sacar del congelador pueden estar muy fríos (de -5°C a -30°C). El procedimiento será el siguiente:

- Dejar los paquetes fríos a temperatura ambiente durante unos pocos minutos hasta que aparezcan unas gotas de agua, o de "sudor", en la superficie de los paquetes. Ahora están a 0°C .
- Colocar los paquetes fríos que están "sudando" en la nevera portátil.
- Ahora las vacunas podrán colocarse con seguridad dentro de la nevera portátil.

Vacunas víricas en comparación con las bacterianas:

- Las vacunas víricas como SR, vacuna triple SPR, antipoliomielítica, antiamparilica y cualquier vacuna liofilizada pueden congelarse o mantenerse a temperaturas entre $+2^{\circ}\text{C}$. y $+8^{\circ}\text{C}$.
- Las vacunas bacterianas como DPT, Hep. B (líquida), Hib (líquida) y DT siempre deberán mantenerse a temperaturas entre $+2^{\circ}\text{C}$. y $+8^{\circ}\text{C}$.

Instrucciones para el empaqueo:

1. Colocar dentro la nevera portátil un formulario donde figure la temperatura de las vacunas, fecha y hora del empaqueo, número de cajas, número de bolsas de hielo usadas y la firma de la persona responsable del empaque.
2. Colocar afuera de la nevera portátil una etiqueta con el nombre y el número de teléfono de la persona que va recibir la remesa (como contacto en caso de emergencia), la fecha y la hora del empaque y el plazo para la entrega.

Precauciones básicas durante el transporte:

1. Evitar colocar la nevera portátil bajo la luz solar directa.

Si es necesario, podrá colocarse una tela húmeda sobre la nevera para mantenerla fresca.

2. Verificar periódicamente la temperatura de la vacuna si el viaje va ser prolongado. Si fuese necesario, se reemplazarán las bolsas de hielo con otras nuevas.
3. No deje caer la nevera portátil para evitar daño a las paredes y al contenido del envase.
4. Durante los viajes aéreos, deberán tomarse precauciones especiales si se transportan vacunas bacterianas: ver la nota anterior.

Otros aspectos esenciales que deben recordarse:

1. Es indispensable saber durante cuántas horas el envase mantendrá la temperatura adecuada después de haberlo preparado de manera correcta.
2. En los climas tropicales cálidos, quizá sea necesario utilizar neveras portátiles especiales que mantienen las vacunas durante 4-5 días para lograr que las vacunas lleguen a su destino a la temperatura adecuada.

Adaptado de: Boletín del PAI de la OPS 1993; XV(1):6 and (2):5; FUNASA. Manual de Redes de Frío, Junio 2001:33-37.

Alianzas

A largo plazo, la planificación de la vacunación es esencial para lograr las metas de inmunización. Esto incluye velar para que las actividades relacionadas con el sarampión se integren plenamente con otras metas nacionales de salud, establecer una vigilancia de alta calidad, movilizar los recursos necesarios, tanto humanos como financieros, y la planificar para la sostenibilidad financiera de las actividades de reducción de la mortalidad por sarampión.

Una de las finalidades de la reunión fue consolidar las alianzas actuales y lograr la participación de posibles socios nuevos para reducir la mortalidad por sarampión. La reducción de las muertes por sarampión de una manera sostenible es el objetivo de la Alianza en pro de la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión, una alianza de amplia base formada por la Cruz Roja Americana, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Fundación de las Naciones Unidas, el UNICEF, la OMS, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), gobiernos, la sociedad civil y el sector privado. En 2001 y 2002, la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión aplicó la vacuna antisarampionosa a más de 70 millones de niños en 16 países africanos. Muchos otros socios estaban presentes en la reunión de Ciudad del Cabo. Su compromiso continuo será fundamental para lograr el éxito de las iniciativas internacionales con miras a reducir en el año 2005 la mortalidad por el sarampión a la mitad con respecto a los niveles de 1999.

Conclusión

La Reunión mundial sobre el sarampión de la OMS/UNICEF celebrada en Ciudad del Cabo fue una reunión sin precedentes a objeto de consolidar el compromiso de los líderes mundiales para prevenir uno de los principales asesinos de los niños en todo el mundo. Los expertos sanitarios internacionales instaron a los países y a los socios a que tomaran medidas inmediatas y que prestaran apoyo político y financiero a la iniciativa mundial. Tal compromiso será bien recibido en la Región de las Américas cuyos países han hecho grandes avances en el control del sarampión y conocen muy bien el riesgo de la reimportación del sarampión a la Región cuando no se ha interrumpido la circulación del virus en otras regiones del mundo.

Declaración de Ciudad del Cabo sobre el sarampión

17 de octubre de 2003

ALARMADOS DE que solo en el año 1999 alrededor de 875.000 lactantes y niños murieron debido al sarampión y de que esta enfermedad continúa ocasionando cientos de miles de defunciones infantiles cada año, principalmente en los países en desarrollo;

RECALCANDO la importancia de alcanzar las metas adoptadas en el año 2002 durante el período extraordinario de sesiones sobre la infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas y por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003, para que a finales del 2005 se reduzcan en 50% los niveles de mortalidad del año 1999, así como de lograr los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas para que en el 2005 se reduzca en dos terceras partes la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años con respecto al año 1990;

RECONOCIENDO que las muertes por sarampión se deben principalmente a la falta de inmunización con las vacunas antisarampionosas actuales, que son inocuas, eficaces y de bajo costo, así como a la ejecución incompleta de las estrategias comprobadas.

OBSERVANDO la importancia fundamental de seguir fortaleciendo los servicios de vacunación sistemática, que abarcan una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión, como base de una estrategia integral para reducir en forma sostenida las muertes debidas al sarampión, y de la función esencial de la vigilancia para el monitoreo y la canalización de las iniciativas de control del sarampión;

DESTACANDO la importancia de elaborar planes de inmunización para varios años, de integrar plenamente las actividades para reducir la mortalidad por el sarampión con otras metas nacionales de salud y de movilizar los recursos humanos y financieros para la reducción sostenible de la mortalidad por sarampión;

RECIBIENDO CON BENEPLÁCITO los avances notables que ha logrado la Región de las Américas en la interrupción de la circulación del virus del sarampión y las iniciativas que están en curso en África, con el apoyo decidido de la Iniciativa del Sarampión, para reducir las defunciones ocasionadas por esta enfermedad;

Nosotros, los aquí presentes en la Reunión Mundial para la Reducción Sostenible de la Mortalidad por Sarampión y el Fortalecimiento de los Sistemas de Inmunización declaramos nuestro propósito de:

APOYAR el Plan Estratégico Mundial de la OMS/UNICEF para la Reducción de la Mortalidad por Sarampión y la Eliminación Regional, 2001-2005 con atención especial al aumento de hasta 90% en la cobertura ordinaria de vacunación antisarampionosa de cada país, combinado con el suministro de una segunda oportunidad para la inmunización antisarampionosa de todos los niños, ya sea mediante el esquema ordinario de vacunación o mediante las actividades periódicas de inmunización complementaria;

COLABORAR en la identificación de los recursos humanos y financieros necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de inmunización y de salud, así como para la reducción en todo el mundo de las muertes por sarampión;

DEFENDER LA CAUSA del fortalecimiento de los sistemas de inmunización y de la disminución de la mortalidad por sarampión, de acuerdo a las capacidades de cada socio.

El *Boletín Informativo PAI* 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



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana

Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud

ISSN 0251-4729.

Editor: Jon Andrus
Editores Adjuntos: Béatrice Carpano y Kathryn Kohler

Unidad de Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.

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

<http://www.paho.org>