

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XX, Número 4

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Agosto 1998

Últimas noticias sobre el sarampión

Campaña de *seguimiento* en Venezuela

En Venezuela se llevó a cabo una campaña nacional de vacunación de *seguimiento* contra el sarampión, que comprendió los 23 estados del país, dirigida a los niños de 1 a 4 años (población objeto: 2.223.210). La campaña se inició el 19 de mayo y concluyó a mediados de junio. Se administró la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (triple viral) en guarderías, orfanatos y puestos de salud. En las zonas rurales, la vacunación se realizó casa por casa. La coordinación general y la adquisición de vacunas para la campaña estuvieron a cargo del Ministerio de Salud. Las autoridades centrales y estatales financiaron conjuntamente los servicios de vacunación.

En 1992 hubo una gran epidemia de sarampión en Venezuela, con 22.321 casos confirmados y 77 muertes, que duró hasta principios de 1994, año en el cual se produjeron 16.561 casos y 47 muertes. En 1994 se llevó a cabo en el país una campaña de *puesta al día* con la vacunación dirigida a todos los niños de 9 meses a 14 años, alcanzándose una cobertura del 98%. Entre 1994 y 1996, la cobertura de los servicios de vacunación de rutina ha sido del 75% en promedio. Desde la campaña de *puesta al día* con la vacunación se ha observado una disminución constante de los casos confirmados, de 172 en 1995 a 89 en 1996 y 27 en 1997. Hasta el 18 de julio (semana epidemiológica 28), Venezuela había notificado 452 casos sospechosos de sarampión, pero ninguno ha sido

confirmado. Sin embargo, debido a la cantidad creciente de niños susceptibles, el Ministerio de Salud decidió realizar una campaña de vacunación de *seguimiento*.

Brotos de sarampión en Argentina y Bolivia

En Bolivia hay un brote de sarampión en la zona de la frontera con Argentina, que comenzó el 21 de mayo. Ha afectado al municipio de Yacuiba, departamento de Tarija, principalmente las áreas de salud de Yacuiba y Pocitos que lindan con la provincia argentina de Salta. Esta zona es muy transitada por personas que van de Argentina a Bolivia de compras. Hasta el 24 de julio se habían producido 49 casos sospechosos: 22 en Pocitos, 24 en Yacuiba y 3 en El Palmar. Se obtuvieron muestras de suero de 28 de los 49 casos, y 18 dieron positivo. El grupo más afectado durante la primera etapa del brote fue el de niños de 1 a 4 años. Del 1 al 21 de junio se llevó a cabo una campaña de vacunación de *seguimiento* dirigida a todos los menores de 6 años, aunque ya estuvieran vacunados, en la localidad argentina de Salvador Masa, así como en Pocitos



Las campañas de *seguimiento* son fundamentales para la consecución exitosa de la meta de erradicación del sarampión.

y Yacuiba (Bolivia). Hasta el 10 de agosto, se habían notificado 1.874 casos confirmados de sarampión, con 11 defunciones, seis de ellas en niños menores de 1 año. Los primeros casos aparecieron en agosto de 1997, en la provincia de Misiones, que limita con Paraguay y Brasil, y después se propagaron a Buenos Aires y sus alrededores. Se presentará información detallada sobre estos brotes en el siguiente número del **Boletín Informativo PAI**.

En este número:

Últimas noticias sobre el sarampión	1
La carga de la rubéola y el SRC para la salud pública	2
La vacunación contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	3
La descentralización de los sistemas de información	5

Vigilancia de la poliomielitis	6
Casos notificados de ciertas enfermedades	7
Alcaldes en Bolivia juegan papel decisivo en la inmunización	8

Las campañas de *seguimiento* son decisivas

A fin de alcanzar la meta de la erradicación del sarampión para el año 2000 será necesario aplicar plenamente la estrategia de vacunación recomendada por la OPS en todos los países de la Región. El objetivo de la estrategia es prevenir brotes, ya que es mucho más eficiente y menos costoso prevenir un brote que verse obligado a tratar de controlarlo. Además de alcanzar un alto grado de cobertura de vacunación de los niños de 12 meses por medio de los servicios de vacunación corrientes, todos los países deben realizar campañas de vacunación de *seguimiento* dirigidas a todos los niños de 1 a 4 años, aunque ya estén vacunados o hayan tenido la enfermedad, *por lo menos* cada cuatro años a fin de alcanzar el máximo grado posible de inmunidad en la población. Las autoridades

sanitarias de la Región deben cerciorarse de que se asignen suficientes recursos para las campañas de vacunación de *seguimiento* y fortalecer la vigilancia del sarampión a fin de alcanzar la meta de la erradicación.

Como se señaló anteriormente, hay varios países donde ya se debería haber realizado una campaña de vacunación de *seguimiento* o donde se debe hacer una en 1998. Los primeros corren un riesgo mayor de brotes de sarampión y deben realizar las campañas antes. Estos países son Cuba, Ecuador, Haití y la República Dominicana. Los países donde corresponde realizar una campaña de vacunación de *seguimiento* en 1998 son Bolivia, Guatemala, Paraguay y Uruguay.

La carga de la rubéola y el SRC para la salud pública

Este artículo es el primero de una serie sobre la importancia de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) para la salud pública en las Américas y en el resto del mundo. En abril, la Comunidad del Caribe estableció la meta de eliminar la rubéola para el año 2000 (véase el número de junio del Boletín Informativo PAI). Otros artículos abordarán las características de la vacuna contra la rubéola y SRC, así como estrategias adecuadas de vacunación para eliminar estas enfermedades.

La historia conocida de la rubéola se remonta a mediados del siglo XVIII, cuando fue descrita por primera vez por autores alemanes que la llamaron *Rötheln*. Hasta principios del siglo XIX, la rubéola todavía se conocía como la “tercera enfermedad”, una variante o combinación de sarampión y fiebre escarlatina. En 1814, el Dr. George Maton estudió con más detenimiento una enfermedad exantemática diagnosticada como “escarlatina” y llegó a la conclusión de que no se encuadraba en la descripción de ninguna enfermedad conocida. En 1866, el Dr. Henry Veale, cirujano de la Artillería Real Inglesa, acuñó el nombre “rubéola”. Según él, era un término corto y descriptivo de la enfermedad, y sonaba bien.

Aunque fue reconocida oficialmente como enfermedad en 1881 en el Congreso Internacional de Medicina de Londres, la rubéola, plural de la palabra latina *rubellus* o “rojo”, continuó recibiendo con frecuencia el nombre de “sarampión alemán” hasta la segunda mitad del siglo XX, tal vez porque había sido identificada por alemanes o porque tenía la connotación de “muy parecida a”, ya que se consideraba que era una enfermedad similar al sarampión. Sin embargo, la rubéola adquirida es más leve que el sarampión. Suele causar fiebre moderada, un exantema que dura tres días y se propaga de la cabeza a los pies, y linfadenopatía. Comúnmente causa artralgia y artritis en las mujeres adultas.

Tras una grave epidemia de rubéola que azotó a Australia en 1940, el Dr. Norman McAlister Gregg, cirujano oftalmológico, identificó el síndrome de rubéola congénita (SRC). En 1941, el Dr. Gregg notó que había una cantidad desacomodada de bebés con cataratas congénitas entre sus pacientes y, tras consultar con sus colegas, se enteró de que lo mismo ocurría en toda Australia. En su informe, titulado “Las cataratas congénitas tras un episodio de sarampión alemán en la madre”, señala que los bebés en general eran “pequeños, malnutridos y difíciles de alimentar”, tenían defectos cardíacos

congénitos y presentaban un estado eczematoso o fiebre alta. Recientemente se descubrió que las manifestaciones clínicas del SRC pueden clasificarse en tres grupos: 1) problemas transitorios que se presentan en el nacimiento (como peso bajo), 2) manifestaciones estructurales permanentes que pueden presentarse en el nacimiento o durante el primer año de vida (por ejemplo, cataratas) y 3) trastornos de aparición tardía (entre ellos la diabetes mellitus).

Tras una extensa investigación, el Dr. Gregg llegó a la conclusión de que las cataratas que había observado en todo el país eran “el resultado de algún trastorno general de índole tóxica o infecciosa”. Después de algunos cálculos, se dio cuenta de que los primeros meses del embarazo habían coincidido con el apogeo de la epidemia de “sarampión alemán”. Tras una investigación minuciosa, el Dr. Gregg llegó a dos conclusiones correctas: 1) la rubéola había inhibido el desarrollo del feto y 2) cuanto más temprano en el embarazo se contrae la infección, peor es el daño. También observó que el grupo más afectado era el de madres jóvenes, porque las mujeres de mayor edad tenían mayores probabilidades de haber adquirido inmunidad natural.

Sin embargo, el Dr. Gregg comentó en su pronóstico que “en esta etapa no podemos estar seguros de que no haya otros defectos que no son evidentes ahora pero que puedan manifestarse a medida que continúe el desarrollo”. Planteó una pregunta que despertó el interés en la rubéola y el SRC: “¿Qué se puede hacer para evitar una repetición de la tragedia en otra epidemia?” También señaló algo que ha resistido la prueba del tiempo y continúa vigente en la actualidad: “Debemos reconocer y enseñar los posibles peligros de una epidemia de ese tipo”. Lamentablemente, la observación del Dr. Gregg no recibió de inmediato la atención que merecía.

No fue sino hasta los años sesenta, con la pandemia de rubéola de 1962 a 1965, que el mundo tomó plena conciencia del daño que podía ocasionar la rubéola. Las tasas de morbilidad y mortalidad en Estados Unidos eran sorprendentes. En 1964 y 1965 se produjeron alrededor de doce millones y medio de casos de rubéola adquirida. En cuanto a las consecuencias de la infección durante el embarazo, se notificaron más de 11.000 abortos (espontáneos y quirúrgicos) y nacieron aproximadamente 20.000 niños con SRC, de los cuales 2.100 murieron durante el período neonatal. De los niños con SRC, casi 12.000 tenían sordera, 3.580 eran ciegos y 1.800

presentaban retraso mental. Un ejemplo de una ciudad que sufrió mucho fue Nueva York, donde 1% de los niños nacidos en la ciudad fueron afectados por la rubéola. Eso tal vez se haya debido a la gran densidad de población y la inmigración. La epidemia también tuvo repercusiones económicas en el país, y se calcula que costó más de EUA\$800 millones.

El resultado de todo eso fue el reconocimiento de la importancia del SRC. En 1966, la rubéola y el SRC fueron declarados enfermedades de notificación obligatoria a nivel nacional en Estados Unidos. Se observó que afecta principalmente a niños pequeños, con la máxima incidencia en niños de 5 a 9 años. La mayor cantidad de casos de rubéola notificados en un año fue 57.686 en 1969. En las décadas siguientes, los vecindarios continuaron sufriendo las secuelas de la epidemia. En 1980 se inscribieron en programas especiales de todo Estados Unidos más de 6.000 alumnos con deficiencias auditivas causadas por el SRC.

En cuanto al costo actual, en los países angloparlantes del Caribe se calcula que el gasto de atención y rehabilitación de los 1.500 casos de SRC que se prevé que se producirán en los próximos 15 años ascenderá a unos EUA\$60 millones. Se calcula que el costo de tratar un paciente con SRC durante toda su vida asciende a más de EUA\$200.000 en Estados Unidos, donde en 1985 se calculaba que el costo nacional directo de la atención de personas con múltiples defectos debidos a la rubéola ascendía a EUA\$90 millones al año.

Las cifras registradas y documentadas no son muy exactas debido al problema de la subnotificación. Los factores que contribuyen a la subnotificación son: 1) entre el 30% y el 50% de las infecciones por rubéola son subclínicas; 2) cuando los síntomas son leves, los enfermos no van al médico; y 3) los síntomas no son muy específicos y los médicos frecuentemente pasan por alto casos esporádicos.

La susceptibilidad es un indicador de la probabilidad de un brote. Las observaciones epidemiológicas indican que pueden producirse brotes cuando las tasas son superiores al 10%. Durante los años ochenta se notificaron en algunos

países latinoamericanos tasas de susceptibilidad relativamente altas (30-60%) en mujeres en edad fértil. En México, donde la rubéola no está comprendida en el Programa de Vacunación Universal de la Secretaría de Salud, los resultados de los estudios de la susceptibilidad respaldan la hipótesis de que las mujeres que viven en zonas rurales y de nivel socioeconómico bajo tienden menos a estar inmunizadas que las mujeres que viven en zonas urbanas. Eso se debe a que los habitantes de zonas con baja densidad de población están expuestos al virus con menor frecuencia. Estos estudios indican que se subestima el SRC como problema de salud pública y es necesario mejorar la vigilancia.

En el Caribe se produjeron epidemias de rubéola todos los años desde 1989 hasta 1991. De 1991 a 1995 la incidencia disminuyó, hasta que se produjo un resurgimiento en 1995. En algunos países de la subregión, la susceptibilidad se sitúa entre el 40% y el 45%. Aunque la rubéola es una enfermedad de notificación obligatoria en toda la subregión, el SRC no lo es. En 1997 se detectaron 20 casos de SRC en el Caribe. Sin embargo, se estima que pueden haber alrededor de 20.000 o más casos de bebés que nacen con SRC en América Latina y el Caribe. Una fuente de datos sobre la rubéola es el sistema de vigilancia del sarampión. A fin de mejorar la notificación se han simplificado los criterios para el diagnóstico clínico. Frente a un paciente con una enfermedad febril y exantemática, el personal de salud debe sospechar que se trata de sarampión o rubéola y obtener una muestra de sangre para un examen de detección de anticuerpos IgM contra la rubéola y el sarampión.

De la información precedente resulta claro que la rubéola y el SRC constituyen un grave problema de salud pública en todo el mundo. Desde el descubrimiento del Dr. Gregg en 1941, se ha avanzado mucho hacia la prevención de estas enfermedades. Desde que fue autorizada la vacuna en 1969, la incidencia de la rubéola ha bajado mucho en los países donde se usa la vacuna. Sabemos ahora que existe un medio para eliminar la rubéola y el SRC. Es importante continuar y mejorar la vigilancia y la vacunación a fin de librar al mundo de la amenaza de la rubéola y el SRC.

La vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo b

En el marco de la salud pública, para controlar la meningitis y otras infecciones causadas por Hib se necesita la vacunación activa de lactantes y niños. Se recomienda y se justifica usar regularmente vacunas contra Hib por las siguientes razones:

- complicaciones graves y discapacitantes en los sobrevivientes a Hib
- aumento de la resistencia a los antibióticos
- disponibilidad de vacunas eficaces e inocuas

Al principio se usaba una vacuna de polisacáridos (PRP) contra Hib, pero igual que con otras vacunas de ese tipo, la respuesta inmune dependía de la edad, y la inmunogenicidad era especialmente reducida en niños menores de 2 años. Se obtuvo una vacuna más eficaz mediante la conjugación del polisacárido de Hib con proteínas portadoras. Las vacunas nuevas producen inmunidad en niños pequeños y parecen

inducir memoria inmunitaria. Desde 1990 se han obtenido varias vacunas conjugadas que ya se pueden usar.

Inocuidad, inmunogenicidad y eficacia

En extensos ensayos sobre el terreno en Finlandia, Estados Unidos y el Reino Unido, así como con su uso en los programas de vacunación de rutina de los países desarrollados, se ha comprobado la inocuidad de las vacunas conjugadas contra Hib. T. La concentración mínima de anticuerpos que confiere protección es 0,15µg/ml y se necesita una concentración de 1,0µg/ml para conferir protección a largo plazo. Sin embargo, no hay una correlación estricta entre la concentración de anticuerpos y la eficacia protectora. Además de los anticuerpos bactericidas contra el antígeno PRP, la inmunidad celular es importante para conferir una protección eficaz. La eficacia de la vacuna excede el 95% en los lactantes vacunados con el esquema completo de vacunación contra Hib, a partir de los 2 meses.

Recomendaciones

Todos los lactantes, incluso los nacidos prematuramente, deben recibir una serie primaria de vacuna conjugada contra Hib a partir de los 2 meses de edad o cuanto antes después de cumplir 2 meses. La vacunación puede iniciarse ya a las 6 semanas de edad. El intervalo mínimo entre dosis es un mes. En los casos en que se disponga de datos sobre inocuidad e inmunogenicidad, la vacuna contra Hib se puede administrar junto con otras o combinada con DTP.

Características de las vacunas contra Hib

Vacuna	Proteína	Composición	Presentación	Conservante	Combinación
PRP-D	Toxoides diftérico	25µg PRP 18µg DT	Líquida Una sola dosis	Merthiolate	DTP
PRP-CRM197	CRM197*	10µg PRP 25µg CRM197	Líquida Una sola dosis 10 dosis	Merthiolate	DTP
PRP-OMP	OMP** de <i>N. meningitidis</i> grupo B	15µg PRP 250µg OMP	Liofilizada Una sola dosis	NO	Hep-B
PRP-T	Toxoides tetánico	10µg PRP 20-40µg TT	Liofilizada Una sola dosis o 10 dosis	NO	Reconstitución con DTP, DTP-Hep B

* CRM197 = proteína de material con reacción cruzada 197, toxina diftérica mutante que no es tóxica

** OMP = proteínas de la membrana externa

Esquema de vacunación

Lactantes de 2 a 6 meses:

- PRP-OMP: dos dosis con intervalos de dos meses, seguidas de una dosis de refuerzo entre los 12 y los 15 meses
- PRP-T o PRP-CRM197: tres dosis con intervalos de por lo menos un mes
- Los datos disponibles indican que las vacunas son intercambiables, de modo que cualquier combinación de tres dosis de vacuna conjugada constituye una serie primaria.

Lactantes de 7 a 11 meses sin vacunar:

- 2 dosis con un intervalo de por lo menos un mes

Niños mayores de 12 meses sin vacunar:

- 1 dosis
- Los niños sanos mayores de 5 años no necesitan la vacuna contra Hib. Se recomienda que las personas que corren un gran riesgo (por ejemplo, inmunodeficiencia, esplenectomía) reciban una dosis de vacuna Hib y, si es necesario, vuelvan a ser vacunadas en cualquier momento.

Los resultados obtenidos en el Reino Unido y Chile indican que se puede eliminar la dosis de refuerzo en el esquema de vacunación.

La PRP-D se recomienda solamente como dosis de refuerzo.

Vacunación simultánea

Todas las vacunas conjugadas contra Hib se elaboran a partir de microorganismos de Hib inactivados y pueden administrarse de forma simultánea o concurrente (al mismo tiempo o en la misma consulta) con otras vacunas de la infancia en distintos lugares del cuerpo: DT, DTP (de células enteras y acelular), VOP, SPR, hepatitis B, varicela, neumocócica, meningocócica y fiebre amarilla.

Combinación de vacunas conjugadas contra Hib

Una vacuna combinada puede contener múltiples antígenos activos para prevenir más de una enfermedad infecciosa (DTP, SPR) o puede consistir en una combinación de componentes activos para la prevención de enfermedades causadas por múltiples serotipos o cepas de una sola especie patógena (VOP, vacuna neumocócica). La vacuna puede venir ya combinada o para ser combinada por el proveedor de servicios de salud antes de administrarla.

Como se recomienda administrar la vacuna contra Hib con un esquema similar al de la DTP, algunos fabricantes de vacunas la incluyen en combinación con la DTP. Un fabricante tiene una vacuna combinada Hib-DTP que se mezcla durante el proceso de elaboración, mientras que otros recomiendan mezclar la vacuna antes de dar la inyección. Es importante comprender que no todas las combinaciones son posibles. La vacuna Hib se puede mezclar con otras vacunas de la infancia en una jeringa *solamente si*:

- se ha comprobado que los distintos antígenos son compatibles
- en ensayos de inmunogenicidad se ha comprobado que no existe una interferencia clínicamente importante en la respuesta inmunitaria a los distintos antígenos
- se ha comprobado su inocuidad

Reacciones adversas y efectos colaterales comunes

Por lo general, las reacciones adversas a las vacunas conjugadas contra Hib son raras. Se han notificado reacciones tales como hinchazón, enrojecimiento y dolor en 5% a 30% de las personas vacunadas, que generalmente se resuelven en el plazo de 12 a 24 horas. Las reacciones sistémicas, como fiebre e irritabilidad, son poco comunes; tras la administración simultánea o concurrente de la vacuna Hib con otras vacunas de la infancia, son similares a las que causa cada vacuna por separado

Contraindicaciones

La administración de una vacuna conjugada específica contra Hib está contraindicada para las personas con antecedentes de anafilaxia tras una dosis anterior de esa vacuna. La vacunación se debe postergar en los niños solamente si tienen una enfermedad grave o moderadamente grave. Las enfermedades leves (como infecciones leves de las vías respiratorias superiores o enfermedad diarreica leve), estén o no acompañadas de fiebre, no constituyen contraindicaciones para la vacunación.

Otros factores que *no* constituyen contraindicaciones para la vacuna conjugada contra Hib:

- tratamiento antimicrobiano actual o convalecencia de una enfermedad
- prematuridad
- embarazo de la madre o de un contacto familiar
- exposición reciente a una enfermedad infecciosa
- lactancia natural
- antecedentes de alergias inespecíficas o parientes con alergia
- antecedentes familiares de convulsiones
- malnutrición
- reacción a una dosis anterior de DTP

La descentralización de los sistemas de información

En el Boletín Informativo PAI se publicarán periódicamente artículos sobre la experiencia de los países con el uso de sistemas de información en el establecimiento y la gerencia de sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles.

Los sistemas de información permiten recopilar datos de forma organizada para facilitar su análisis y uso posterior en las decisiones de carácter técnico y normativo. La utilidad y el éxito de estos depende de su grado de integración en las actividades cotidianas, de la medida en que proporcionan la información que el país necesita, de los usos finales de la información, y de los mecanismos de retroalimentación incorporados en todo el sistema. En el campo de las enfermedades inmunoprevenibles, los sistemas de información son un componente decisivo para orientar los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica.

Justificación de un sistema regional

Las iniciativas regionales y nacionales para controlar y erradicar las enfermedades inmunoprevenibles generan gran cantidad de datos de vigilancia epidemiológica. Estos datos deben analizarse de forma oportuna y exacta, desde el nivel local hasta los niveles central y regional.

Un sistema regional de información eficaz para el control y la erradicación de una enfermedad inmunoprevenible debe:

- funcionar en todos los niveles: local, estatal o departamental, nacional y regional
- velar por el cumplimiento de las normas establecidas en todos los niveles y regiones
- garantizar la compatibilidad de los datos recopilados y los análisis en todos los niveles y regiones
- llevar un registro histórico
- servir de medio o referencia para la certificación de la erradicación de una enfermedad inmunoprevenible

Cuando un país pone en marcha una iniciativa de erradicación, la mejor manera de cumplir los requisitos antedichos es usar un solo sistema que tenga aceptación como parte de la campaña en conjunto. En la OPS se creó en 1996 el Sistema Regional de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión (MESS), con el propósito de apoyar la iniciativa de erradicación del sarampión adoptada por todos los países en 1995. El MESS ayuda a los países en sus esfuerzos para generar información confiable y oportuna sobre casos sospechosos de sarampión en cada país. A través del MESS, los países participantes pueden recopilar información estandarizada sobre los casos no sólo para determinar la prevalencia del sarampión, sino también para evaluar la calidad de la vigilancia y el desempeño de los laboratorios en cada país.

Integración de los laboratorios

Basándose en la experiencia con el uso de sistemas de información durante la exitosa campaña de erradicación de la poliomielitis de 1985 a 1991, ahora se está poniendo énfasis en la integración de los datos de laboratorio y epidemiología a través del MESS. En este sentido, la necesidad de que haya

un solo sistema para todos los niveles abarca todos los laboratorios, tanto de diagnóstico como de referencia.

Las ventajas de la integración no se limitan al uso compartido y la consolidación de los datos. El MESS constituye un canal permanente que facilita la comunicación entre los laboratorios y los programas de vacunación en los distintos niveles. La coordinación y el análisis conjunto de los datos de casos (incluidos los datos de laboratorio) por los centros de vacunación y los laboratorios conduce a un manejo más ágil y eficiente de los casos, desde la investigación hasta la clasificación definitiva. Otras actividades de vigilancia, como la investigación activa de casos y las medidas de control, se realizan con prontitud y eficacia como consecuencia de la intensificación de la comunicación y la coordinación.

Descentralización de los sistemas de vigilancia epidemiológica

Como parte del proceso de descentralización de los servicios de salud se están trasladando a los niveles locales las funciones de recopilación de datos, seguimiento y decisiones de los sistemas nacionales de vigilancia. Esta tendencia debería conducir al desarrollo o el fortalecimiento de sistemas epidemiológicos locales que reflejen más fielmente las necesidades locales y respondan a ellas de forma más oportuna.

En este contexto, el MESS puede considerarse como un instrumento para la descentralización: proporciona al nivel local los mismos instrumentos que están disponibles para manejar y analizar datos en el nivel central. De esta forma, se traslada al nivel local la responsabilidad de todas las actividades relacionadas con la vigilancia epidemiológica del sarampión. El nivel local puede entonces, de forma independiente, calcular y vigilar indicadores que le ayuden a orientar sus actividades. Las autoridades sanitarias del nivel central se encargan de la orientación, supervisión, y el apoyo general. Sus funciones son, entre otras, evaluar las estrategias que se usen para erradicar el sarampión, apoyar su implementación a nivel local y proporcionar la retroalimentación oportuna del componente de vigilancia de la iniciativa.

Durante los dos últimos años se han realizado varios esfuerzos para descentralizar el Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión. Algunos se han centrado en la integración de laboratorios en el MESS, mientras que otros han puesto de relieve el traslado del MESS al nivel local. Los países que estén listos para descentralizar su sistema de vigilancia deben tener en cuenta cinco aspectos principales: el equipo de informática necesario, el software correspondiente, infraestructura básica de comunicaciones, capacitación y seguimiento.

El equipo de informática que se necesita consiste en una computadora moderna que pueda funcionar en DOS o Windows, con módem e impresora láser. La disponibilidad de una línea telefónica es muy importante para la transferencia de datos y los servicios de apoyo. Se debe ofrecer capacitación sobre configuración, introducción de datos, análisis, transmisión de datos y mantenimiento de sistemas. Será indispensable enseñar al personal a usar el sistema de forma eficiente como instrumento epidemiológico para proporcionar retroalimentación regular y detectar problemas.

Aunque en la Región a menudo escasean los recursos para hardware, software y comunicaciones, el principal desafío subsiste en los campos de la capacitación y los recursos humanos. Los aspectos mecánicos de la configuración del sistema, la introducción de datos y la impresión de informes son bastante sencillos y se pueden dominar con demostraciones y prácticas. La transmisión de datos es igualmente sencilla. No obstante, los cuellos de botella que generalmente obstaculizan la integración del sistema de información en las actividades de vigilancia suelen encontrarse en el manejo de la información. Este campo requiere mucho apoyo y supervisión del nivel central. Hay que capacitar a los funcionarios de salud del nivel local a fin de que consideren el MESS como un instrumento útil que acelera la recopilación y el análisis de los datos. Por lo tanto, en los cursos de capacitación es necesario poner de relieve que un sistema de información como el MESS ayuda al personal de salud a detectar los campos que requieren atención inmediata y aquellos que requieren seguimiento. El MESS también ofrecerá medios para difundir regularmente a colegas y personal de salud de otros niveles informes de la situación que sean estándar y fáciles de comprender.

La experiencia de los países

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), de Trinidad y Tobago, fue el primero en integrar los datos de laboratorio con los datos de los programas nacionales de vacunación. La proximidad física entre el PAI de CAREC y el laboratorio local facilitó el proceso; lo más difícil fue coordinar el trabajo de ambos grupos e instalar el sistema en red. Los resultados han sido sobresalientes, y actualmente no hay ninguna demora para obtener resultados de laboratorio. La tarea de introducción de datos está distribuida y los servicios participantes comparten la misma base de datos para la notificación y el análisis.

En Colombia, todos los estados participaron en la primera medida de descentralización del MESS. Cada estado recibió un "diskette" para instalar el sistema MESS, así como software de telecomunicaciones e instrucciones para su instalación.

En algunos estados se pudo usar de inmediato, mientras que en otros fue necesario esperar la llegada de un funcionario del nivel central. Actualmente, el MESS funciona en nueve de los 33 departamentos. A estos nueve departamentos corresponden 92% de todos los casos de sarampión notificados en Colombia en 1997, y en lo que va de 1998 han notificado 84% de los casos. Ahora se está fortaleciendo el nivel nacional para analizar y difundir datos periódicamente y promover la participación de los laboratorios locales.

En Venezuela se inició la descentralización de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión en 1998, con la instalación del MESS en el estado de Zulia, al cual correspondieron 40% de todos los casos de sarampión notificados durante 1997 y 33% en lo que va de 1998. El Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, donde funciona el laboratorio de nivel central, ha sido integrado con la unidad de epidemiología del programa nacional de vacunación, y se intercambia información semanalmente. Se planea instalar el MESS en los estados de Carabobo y Lara en 1998.

Cabe destacar también la experiencia de Chile. El programa de vacunación y el Instituto de Salud Pública, sede del laboratorio nacional, han establecido un sistema sumamente coordinado de intercambio de datos y numeración de casos, que ha mejorado en gran medida la capacidad para clasificar más casos con mayor rapidez en el país. Nicaragua también ha dado el primer paso hacia la descentralización de los sistemas de vigilancia. A principios de este año se instaló MESS en el laboratorio nacional y en un sistema local de atención integral a la salud (SILAIS) de Managua.

En todos los países que se menciona, el sistema MESS ha tenido un efecto positivo en impulsar a los funcionarios de salud del nivel local a vigilar la calidad de los datos y los indicadores de vigilancia. El esfuerzo que se requiere para instalar el sistema, capacitar al personal de salud y motivarlos constantemente para que usen y mantengan el sistema tiene beneficios que van más allá de la meta inmediata de la erradicación del sarampión, ya que refuerzan el sistema epidemiológico en su totalidad.

Vigilancia de la poliomielitis

Hasta la semana epidemiológica 28 de 1998, los países continuaban cumpliendo satisfactoriamente sólo dos de los cuatro indicadores para la certificación de la erradicación de la poliomielitis en las Américas. Los indicadores con respecto a los cuales continúan observándose deficiencias son la tasa de parálisis flácida aguda (PFA) en los menores de 15 años (sólo cinco países cumplen actualmente este indicador) y el porcentaje de casos de los cuales se obtiene una muestra adecuada dentro de los 15 días siguientes al inicio de la parálisis (sólo 9 de los 21 países que integran el sistema de vigilancia cumplen este indicador). Si estos indicadores permanecen en estos niveles tan bajos, en caso de que se produzca una importación los países de la Región no podrán detectarla oportunamente y responder de forma apropiada. Los países que deben tomar medidas adicionales para mejorar el cumplimiento de estos indicadores son: Argentina, Brasil, Costa Rica, Haití Panamá y Paraguay.

Indicadores de la vigilancia de la PFA

País	80% de las unidades presentan informes semanalmente	80% los casos se investigan dentro de las 48 horas	Se obtiene 1 muestra adecuada de heces de 80% de los casos	Tasa de PFA \geq 1:100,000 en menores de 15 años
Colombia				
Nicaragua				
Bolivia				
Cuba				
Ecuador				
El Salvador				
Honduras				
Paraguay				
Perú				
Venezuela				
Chile				
República Dominicana				
Guatemala				
Haití				
México				
Brasil				
Panamá				
Uruguay				
Argentina				

■ Cumplen el criterio

*Datos a la semana 28, que concluyó el 18 de julio de 1998

Fuente: SVI/OPS (PESS)

Casos notificados de ciertas enfermedades

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

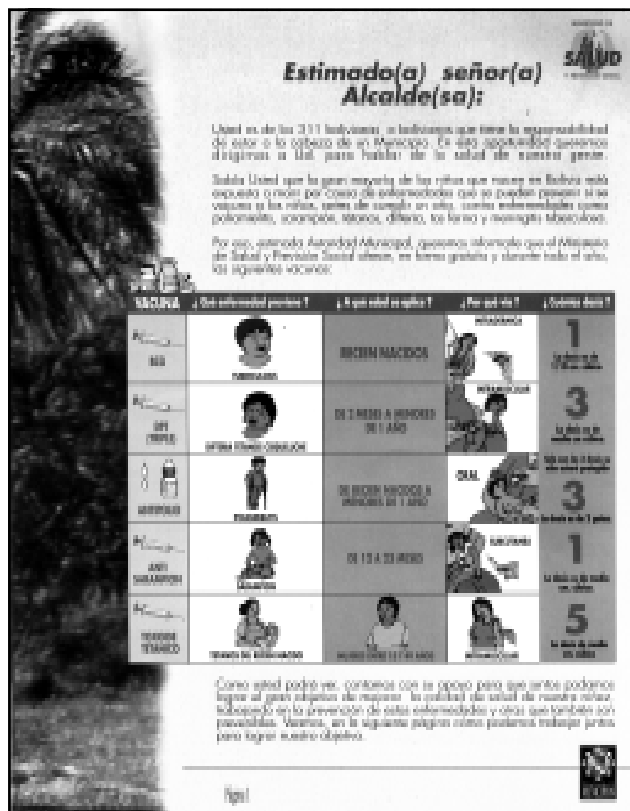
País/Territorio	Fecha del último informe	Sarampión				Poliomielitis		Tétanos				Difteria		Tos Ferina	
		Confirmados 1998			Confir- mados*	1998	1997	No Neonatal		Neonatal		1998	1997	1998	1997
		Labo- ratorio	Clínica- mente	Total				1998	1997	1998	1997				
Anguilla	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	...	0	0	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	4 julio	577	7	584	11	0	0	9	11	0	2	1	0	29	161
Bahamas	4 julio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Belice	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Bermuda	4 julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	4 julio	11	0	11	0	0	0	1	0	1	3	5	0	18	22
Brasil	4 julio	798	45	843	1.352	0	0	...	58	...	13	...	32	...	101
Islas Vírgenes Británicas	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	4 julio	7	—	7	560	0	0	...	...	...	...	...	...	772	1.448
Islas Caimán	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Chile	4 julio	0	0	0	0	0	0	5	3	1	0	0	0	561	199
Colombia	4 julio	1	4	5	39	0	0	0	1	3	9	2	1	81	173
Costa Rica	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	2	...	0	...	176	...	8
Cuba	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	...	0	...	0	...	0
Dominica	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	4 julio	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	3	4	7	0
Ecuador	4 julio	0	0	0	0	0	0	10	21	9	11	16	12	115	83
El Salvador	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	3	...	2	...	0	...	2
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenada	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	4 julio	1	0	1	72	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	4 julio	0	1	1	6	0	0	0	4	1	5	0	0	377	89
Guyana	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	...	0	0	0	0	0	0
Haití	4 julio	...	...	...	0	0	0	...	0	12	1	0	0	...	0
Honduras	4 julio	1	0	1	4	0	0	4	3	2	1	0	0	18	100
Jamaica	4 julio	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1
Martinica	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
México	4 julio	0	0	0	12	0	0	37	66	8	11	0	0	52	8
Montserrat	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	4 julio	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	25	28
Panamá	4 julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	94	21
Paraguay	4 julio	2	0	2	7	0	0	9	9	8	9	0	...	10	9
Perú	4 julio	0	0	0	29	0	0	18	33	4	20	1	1	229	559
Puerto Rico	4 julio	0	—	0	0	0	0	...	...	...	...	...	...	...	...
S. Vicente/Granadinas	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
S. Cristóbal/Nieves	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
S. Lucía	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	4 julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trinidad y Tobago	4 julio	0	0	0	1	0	0	...	0	0	0	0	0	0	0
Turcas y Caicos	4 julio	0	0	0	0	0	0	...	1	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos	4 julio	37	—	37	70	0	0	14	20	...	...	1	5	2.135	2.645
Uruguay	4 julio	0	0	0	2	0	0	...	0	...	0	...	0	...	4
Venezuela	4 julio	0	3	3	19	0	0	15	10	2	5	0	0	241	225
TOTAL		1.436	60	1.496	2.185	0	0	131	256	51	92	29	231	4.764	5.887

... No se dispone de datos.

— No notifican casos clínicamente confirmados

* Incluye casos clínicamente confirmados y casos confirmados por laboratorio

Alcaldes en Bolivia juegan papel decisivo en la inmunización



Nota de la redacción: Los volantes publicados por la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud de Bolivia son un ejemplo del papel creciente de los alcaldes de la Región en las decisiones sobre vacunación. Como parte del proceso de descentralización y reforma del sector salud, los alcaldes desempeñan un papel fundamental para garantizar que la vacunación siga teniendo prioridad en los municipios, y que se alcancen las metas establecidas. De esta forma, se está desarrollando un canal de comunicación directa entre el nivel central y los gobiernos locales, así como entre las autoridades locales y las comunidades, que servirá de foro para abordar conjuntamente los problemas de salud urgentes y promover una respuesta unificada.

Tal como indica el volante, para que un programa de inmunización dé resultado se necesitan tres colaboradores: ministerios de salud que garanticen la disponibilidad de vacunas y otros servicios preventivos para la población, gobiernos municipales que garanticen la ejecución de programas de vacunación y otras iniciativas de prevención, y padres que lleven a sus hijos para que los vacunen y les hagan exámenes periódicos.

El *Boletín Informativo PAI* se publica cada dos meses, en español e inglés por el Programa Especial para Vacunas e Inmunización (SVI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.



Organización Panamericana de la Salud
 Oficina Sanitaria Panamericana
 Oficina Regional de la
 Organización Mundial de la Salud

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

Editor: Ciro de Quadros
 Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729