

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXIII, Número 3

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Junio 2001

Casos importados de sarampión en El Salvador

Descripción del brote

El 9 de mayo 2001 tras cinco años de haber reportado el último caso autóctono (1996), un médico particular notificó al Ministerio de Salud la presencia de dos posibles casos sospechosos de sarampión en dos hermanos de 23 y 22 años de edad, quienes iniciaron sintomatología el 22 de abril de 2001, 8 días después de haber regresado a El Salvador después de un viaje de turismo por Europa.

Salieron de El Salvador junto con sus padres y 1 hermano de 8 años, el día 8 de abril vía Houston-París (en tránsito) por vía aérea hacia Suiza, donde permanecieron del 9 al 14 (6 días). El 14 parten por tren hacia Madrid, España, atravesando Francia, en un recorrido que duró 24 horas. Permanecieron en Madrid del 15 al 21 de abril (7 días) partiendo vía aérea hacia El Salvador vía París, haciendo escala de 24 horas en Houston. Regresaron a El Salvador el día 22 de abril.

En Suiza permanecieron con familiares quienes confirmaron por teléfono no haber tenido ni sabido de ningún caso similar. En los otros países estuvieron en hoteles y visitaron muchos lugares turísticos, pero aseguran no haber estado en contacto con ninguna persona con fiebre y erupción.

Sin embargo, durante el viaje por tren de Suiza hacia Madrid, recuerdan que en el coche-cama a la par del que viajaban ellos viajó también haciendo el mismo trayecto, una persona que parecía sumamente enferma: tosía constantemente en el pasillo del vagón, pero no están seguros si esta persona presentaba alguna erupción.

La notificación de los casos fue hecha al Centro Nacional de Biológicos el día 9 de mayo a las 2.00 p.m. y ese mismo día a las 4.00 p.m. se inicia la investigación.

El primer caso, de 23 años de edad, comenzó fiebre el 30 de abril (8 días después de su regreso de Europa), 2 días después presenta exantema maculopapular en cara que se extiende luego hacia el resto del cuerpo, acompañado de tos,

conjuntivitis y coriza. Asimismo postración y mal estado general que amerita su hospitalización. Al momento de la investigación el paciente estaba clínicamente recuperado, presentando una descamación fina sobretodo en cara y cuello.

El segundo caso, de 22 años de edad, comenzó con fiebre el 2 de mayo (3 días después de su hermano). Cuatro días mas tarde presenta exantema maculopapular y cuadro clínico de evolución similar al de su hermano.

Los 2 casos estuvieron ingresados en un hospital privado del 7 al 14 de mayo.

No tuvieron conocimiento de otros casos similares en el medio familiar, amigos próximos, vecindario, ambientes de estudio o trabajo en el país.

Ambos casos fueron vacunados por médico pediatra privado, con una sola dosis de anti-sarampionosa el 1 de agosto de 1980, lo que plantea la hipótesis de una probable falla en la cadena de frío. El hermano de 8 años fue vacunado y no desarrolló sintomatología. La madre padeció el sarampión y probablemente también el padre.

Muestras de suero para determinación de IgM para sarampión y orina para cultivo viral fueron tomadas el día 9 de mayo de 2001, en los dos casos. La serología realizada el día 10 de mayo fue IgM positiva para sarampión.

Ambos estudian en la misma Universidad, uno de ellos trabaja también ahí y el otro lo hace en un lugar diferente. La novia de uno de ellos quien esta vacunada estudia en una universidad diferente.

Tanto la familia como los dos casos se desplazaron desde su regreso al país hasta su ingreso al hospital, a sus centros de estudio y trabajo y a muchos lugares entre los cuales fueron listados 20 que destacaron por ser sumamente concurridos (restaurantes, cines, bancos, supermercados). Igualmente asistieron a un bautizo colectivo donde fueron bautizados 43 niños.

En este número:

Casos importados de sarampión en El Salvador	1
Actualización: brote de poliomielitis por virus vacunal derivado en La Española	3

Avances del plan acelerado de control de la rubéola y el SRC en Costa Rica	4
Coberturas de Vacunación: DPT-3, VOP-3, Sarampión, BCG Región de las Américas, 1999 y 2000	7

Respuesta inicial al brote

La primera medida para el control del brote fue el aislamiento intrahospitalario de los casos. La hospitalización se prolongó hasta 5 días después del inicio de la erupción, por lo que se consideró que a su egreso los casos ya no eran contagiosos. La misma noche del 9 de mayo sin esperar la confirmación del laboratorio se inició la vacunación del personal de salud del hospital donde los casos estaban hospitalizados. El 10 de mayo en la mañana inmediatamente después de la confirmación de sarampión por laboratorio, el MSPAS ofrece una conferencia de prensa donde se anuncia la presencia de los 2 casos importados de sarampión y se anuncian las medidas que serán realizadas.

Desde la notificación de los casos, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) desarrolló diferentes actividades orientadas a la búsqueda activa de nuevos casos y medidas de control y prevención:

- Coordinación inter-sectorial: Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Sector Privado.
- Confirmación del diagnóstico y manejo de los casos.
- Campaña informativa a través de los medios de comunicación.
- Jornadas de capacitación a los niveles departamentales y operativos
- Participación y movilización social.
- Coordinación con el CDC para la determinación del Genoma Viral.
- Análisis diario de la situación del brote con el Comité Técnico Nacional .
- Análisis periódico de la situación del brote con el Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones (CAPI).

Resultados

El periodo máximo de incubación (21 días) para los contactos directos (155 personas listadas) antes de la hospitalización de los casos terminó el 26 de mayo. Las actividades realizadas fueron visitas domiciliarias, contacto telefónico cada 24 horas e investigación de todos los casos sospechosos. Los barridos de vacunación realizados en los sitios visitados por ambos casos (universidades, colegios, empresas, instituciones bancarias, centros comerciales, iglesias, lugar de residencia de los casos) dieron como resultado un total de 18.618 personas vacunadas.

La búsqueda activa de casos sospechosos realizada por el Grupo de Control de Brotes incluyó la investigación y seguimiento diario de los contactos directos. Esta búsqueda se extendió a todo el nivel nacional y no demostró ningún caso secundario. El periodo máximo de incubación para los contactos durante la hospitalización de los casos (7 al 14 de mayo) terminó el 3 de junio.

Un total de 91 pacientes fueron listados gracias a la colaboración del hospital privado y de los médicos tratantes quienes también fueron incorporados en la vigilancia epidemiológica al solicitárseles en una reunión realizada con ellos, notificar cualquier caso sospechoso.

Dichos pacientes fueron inicialmente visitados e informados sobre la situación. Un seguimiento diario por vía

telefónica de dichos pacientes fue realizado estrictamente desde esa primera visita hasta el 3 de junio. Esta búsqueda incluyó a los familiares, empleados y amigos contactos de éstos. Ninguno de todos estos contactos (pacientes hospitalizados durante el mismo periodo, médicos tratantes y personal hospitalario) presentaron cuadro sospechoso de sarampión, ni tampoco en su entorno familiar, de trabajo o estudio.

El estudio de 83 casos sospechosos de sarampión reportados posterior al diagnóstico de los casos, demostró que el 100% de las muestras fueron IgM negativas para sarampión, 7% (6) fueron IgM positiva para rubéola y 4% (3) fueron positivas para dengue.

Las acciones realizadas en torno a los casos demandaron la inversión de ¢277.293 (US\$ 31.690,63) al Ministerio de Salud.

La situación del sarampión en los tres países europeos visitados

En España durante el año 2001 se ha detectado 1 caso en Barcelona en enero cuya fuente de infección fue localizada en Bali y otro caso en Madrid durante el mes de abril en una persona que llegaba de Guinea Ecuatorial. No está circulando el genotipo D7.

En Suiza en 1999 y 2000 fueron confirmados clínicamente 35 y 24 casos de sarampión respectivamente. No se conoce cual es el genotipo que esta circulando.

En Francia se conoce que existe sarampión pero no se dispone de datos precisos sobre la situación de esta enfermedad.

Análisis de los resultados

- La ausencia de casos secundarios a los casos importados, es debido en parte a la inmunidad producida por las epidemias del pasado (última epidemia 1989), pero sobre todo es el producto de los grandes esfuerzos que el país ha realizado para lograr coberturas superiores al 95%.
- La exitosa campaña de *seguimiento* para la erradicación del sarampión, llevada a cabo en el primer trimestre del año, y en la cual se alcanzó el 98% de cobertura nacional en niños menores de 5 años fue vital para evitar la aparición de nuevos casos, al reducir significativamente el número de niños y niñas susceptibles a esta enfermedad.
- El apoyo de las autoridades y el trabajo desarrollado por los equipos técnicos de los diferentes niveles, fue determinante en el manejo y control de la enfermedad.
- La participación activa del Departamento de Virología del Laboratorio Central Max Bloch, fue decisiva en el manejo del brote.
- La información y participación activa de ambos casos y de su familia permitió el desarrollo de acciones orientadas y oportunas.
- La apertura y participación de la comunidad fue determinante para el logro de las acciones propuestas.

Conclusiones

En base a la investigación epidemiológica y al resultado del estudio del genoma viral (D7) se puede concluir que el

brote de sarampión se trata de dos casos importados de sarampión, que fue controlado sin haber tenido ningún solo caso secundario.

Recomendaciones

- Alcanzar, mantener y garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% en los 262 municipios del país.
- Todos los países deberían realizar sus campañas de seguimiento contra el sarampión utilizando la estrategia de vacunación casa por casa y obtener coberturas superiores al 95% en cada municipio.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica del sarampión a nivel del municipio de San Salvador durante las próximas 12 semanas epidemiológicas.

- Mantener la vigilancia de los casos sospechosos de sarampión a nivel nacional.
- Llevar a cabo la vacunación con SR (MR) de los grupos considerados a riesgo (profesores escolares y universitarios, operarios de grandes fábricas, estudiantes universitarios, sector turismo, personal de salud, personal de aduanas y aeropuerto)
- Participación de la comunidad en las acciones de vacunación y búsqueda activa de nuevos casos.

Fuente: Dr. Rolando Hernández, Dr. Carlos Rosales, Dra. Ana Elena Chévez, Lic. Concepción de Orellana, Dra. Genoveva Morales, Dra. Evangelina de Ventura, Dra. Orbelina de Palma, Dr. Julio Armero, Ministerio de Salud, El Salvador; y Dr. Salvador García, OPS/OMS.

Actualización: brote de poliomielitis por virus vacunal derivado en La Española

Antecedentes

Desde el 18 de julio del 2000, se han confirmado por laboratorio un total de 20 casos por virus derivado de la vacuna oral contra la poliomielitis en la isla de La Española, que comprende los países de la República Dominicana y Haití. De estos, 14 casos fueron notificados en la República Dominicana y 6 en Haití. Ninguno de estos casos tenía la serie completa de vacunación con la vacuna oral contra la polio (VOP). Todos los casos, o no estaban vacunados adecuadamente (15) o su estado de vacunación era desconocido (5). Las edades oscilan entre los 9 meses y los 14 años de edad. La mediana de la edad de los casos es 3 años. Las coberturas de vacunación contra la polio en las áreas donde ocurrieron los casos han fluctuado entre el 20 y el 30%.

República Dominicana: Desde el primer caso confirmado, se ha identificado un total de 95 casos de parálisis flácida aguda (PFA) mediante la intensificación de la vigilancia y una búsqueda activa de casos a nivel nacional. De estos, a 94 (99%) se les tomó una muestra de heces. Catorce de los 94 han sido confirmados como casos de polio derivados de la vacuna oral. El grupo de edad más afectado es de 1-4 años de edad. En el año 2000, la tasa de PFA fue de 2,2 por 100.000 menores de 15 años; en 2001 la tasa proyectada de PFA es de 2,8. Desde diciembre 2000, se han puesto en marcha un total de tres campañas nacionales de vacunación: en diciembre 2000, febrero y mayo, 2001. Durante cada una de estas tres campañas, se vacunaron más de 1,1 millones de niños entre las edades de 0-4 años, lográndose una cobertura mayor del 95% en cada campaña. El último caso confirmado en la República Dominicana proviene de Santo Domingo, tuvo inicio de parálisis el 25 de enero del 2001. A pesar de la intensificación de la notificación y la búsqueda de casos a nivel nacional, no se han identificado casos adicionales.

Haití: Desde el comienzo del brote en agosto del año 2000, se intensificó de inmediato la vigilancia y se puso en marcha la búsqueda de casos en todos los Departamentos del país. Un total de 29 casos de PFA fueron identificados, de los

cuales 6 han sido confirmados como casos derivados de la vacuna oral, 17 han sido descartados, 4 permanecen bajo investigación y 2 carecen de una muestra adecuada y han sido clasificados como compatibles. El primer caso confirmado fue una niña de 2 años de edad no vacunada de Danse a l'Ombre, en el departamento de nor-oeste, cuyo inicio de parálisis fue agosto 30, 2000. Todos los otros casos tuvieron inicio de parálisis en el 2001. El último caso, es un niño no vacunado de 2 años de edad de Delmas, en el área metropolitana de Puerto Príncipe, tuvo inicio de parálisis el 26 de abril del 2000. A diferencia de la República Dominicana, donde la mayoría de los casos confirmados estaban ligados epidemiológica y geográficamente a brotes claramente definidos, ninguno de los casos confirmados en Haití se le ha identificado un nexo epidemiológico. Esto, sumado a la diversidad genética mostrada por los virus de Haití, indica que hay una circulación mas extensa de los poliovirus derivados de la vacuna en Haití.

Dada la severidad de la situación y tomando en consideración las dificultades logísticas que existen en Haití, el Ministerio de Salud decidió lanzar en el 20 de mayo del 2001, una estrategia de control agresiva que incluye dos rondas escalonadas casa por casa a nivel nacional de vacunación con la VOP dirigida a todos los niños de 0 a 9 años, cada una precedida por una campaña escolar nacional dirigida a niños hasta los 9 años de edad. Para esta intervención, el Ministerio de Salud estableció un Grupo de Tarea integrado por los representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el sector privado, asociaciones médicas incluyendo sociedades pediátricas, y el apoyo técnico y financiero de la OPS, UNICEF, el Banco Mundial, el gobierno de Canadá y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Se ha finalizado la primera fase de la primera ronda que se llevó a cabo en los recintos escolares durante mayo 21-junio 1, 2001. Esta ha sido seguida por una campaña escalonada casa por casa en todo el país, que comenzó en tres departamentos del norte y en el área metropolitana de Puerto Príncipe (junio 4-15), y la que continuará en los tres departamentos centrales entre junio

18-29. Esta se finalizará julio 2-13 en los departamentos del sur del país. A pesar que para junio 14, no había datos disponibles del 32% de las escuelas registradas y que la mayoría de los departamentos aún no habían comenzado su campaña casa por casa, los resultados preliminares indican que 898.704 (101%) de los 889.197 niños de escuelas registradas y 557.070 (42%) de 1.372.569 de los niños que no asisten a escuelas ya habían sido vacunados durante esta campaña.

Nota Editorial: No se ha encontrado evidencia de circulación de poliovirus derivados de la vacuna en países o áreas con coberturas altas de VOP. Sin embargo hay evidencia documentada sobre la circulación de poliovirus derivados de la vacuna en áreas con coberturas de vacunación bajas: (1) poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna que circuló en Egipto en áreas con coberturas bajas durante aproximadamente 12 años (1982-1993) y que estuvo asociado con >30 casos reportados; y (2) poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna recombinante que circuló en China durante 1991-1993. La circulación de los poliovirus derivados de la vacuna cesó rápidamente cuando se aumentó la cobertura con VOP. Sin ningún caso adicional confirmado desde enero 2001 y una cobertura de vacunación elevada en las tres rondas de la campaña, la experiencia de República Dominicana demuestra una vez más que el factor crítico para controlar la circulación

del virus derivado de la vacuna VOP es lograr y mantener una cobertura elevada de VOP. Si se mantiene una cobertura elevada en todas las municipalidades durante las dos últimas rondas de vacunación en Haití, se podrá detener pronto la circulación del virus derivado de la OPV en toda La Española. Desde 1991, no se ha detectado ningún caso de polio que haya sido atribuido al poliovirus salvaje en el hemisferio occidental. El brote actual pone de relieve la necesidad de que las áreas que estén libre de polio mantengan coberturas elevadas con la VOP hasta que se logre la erradicación global de esta enfermedad. La vacuna VOP es una vacuna segura y efectiva y es la vacuna recomendada para la erradicación de la polio. Todos los países deben mantener una vigilancia de alta calidad de la parálisis flácida aguda y del poliovirus, así como acelerar las actividades actuales dirigidas a la culminación de la meta global de erradicación de poliovirus salvajes. Los proveedores de servicios de salud en la Región de las Américas deben seguir incluyendo la poliomiелitis en el diagnóstico diferencial de los casos de PFA, especialmente aquellos con evidencia de viaje reciente a La Española. Estos casos sospechosos deben ser investigados en forma adecuada y exhaustiva, e incluir la recolección de muestras de heces. Asimismo, se debe notificar de inmediato cualquier caso sospechoso a las autoridades de salud del país, del estado y las locales.

Avances del plan acelerado de control de la rubéola y el SRC en Costa Rica

Como resultado del análisis de la situación epidemiológica de la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) en Costa Rica, se evidenció el riesgo de tener una población de adultos jóvenes susceptible a la rubéola. El Ministerio de Salud, como rector del sector, y mediante negociación y coordinación estrecha con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), responsable de brindar atención integral universal a la población del país, tomaron la decisión de realizar la Jornada Nacional de Vacunación contra la rubéola y el sarampión dirigido a hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad independiente de su estado vacunal, formulando para tal fin un plan de acción nacional que incluye actividades de vacunación y de vigilancia epidemiológica (*Boletín Informativo PAI*, Febrero 2001).

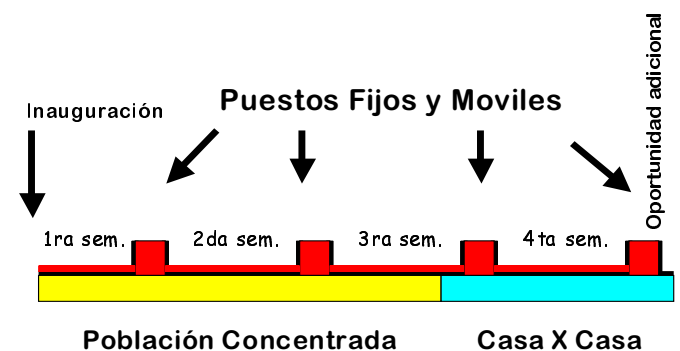
La magnitud de personas a vacunar, un 42% (1.606.329) del total de la población del país, y su heterogeneidad, al incluir hombres y mujeres, adolescentes y adultos jóvenes de 15 hasta los 39 años, puso a prueba la red de servicios de salud, su capacidad para movilizar y sensibilizar a la población y permitió adquirir experiencias útiles para la implementación de estrategias de vacunación para el control acelerado de la rubéola y prevención del SRC.

Dinámica de la jornada

A partir del Plan Nacional de Acción y de la definición de lineamientos nacionales contenidos en un manual operativo, se elaboró planes de acción locales y regionales, los que contenían las actividades preparatorias, de capacitación, supervisión, monitoreo y evaluación. En los diferentes planes locales las áreas de salud y establecimientos

identificaron la población a vacunar durante la jornada, calculada con la población adscrita de su área de influencia, más la población que a pesar de no residir en el área, se encontraba en centros laborales y de estudio. Además, se determinó la población por cantón o municipio con base en el Censo de población del 2000 para la estimación de coberturas.

Figura 1
Modalidades de vacunación en zonas urbanas



A partir de la población meta a vacunar, a criterios de programación establecidos y de la experiencia particular, en cada plan se definió las modalidades de vacunación (Figura 1), las necesidades de recursos humanos, materiales, de transporte y financieros, así como la ubicación y número de equipos vacunadores y puestos de vacunación, tanto fijos como móviles. El equipo de vacunación por lo general estuvo compuesto por un mínimo de tres elementos: un vacunador, un registrador y un supervisor por cada 10 vacunadores o

puestos de vacunación. En los puestos de gran demanda, se ubicaron dos o más equipos, es decirse aumentó el número de vacunadores o registradores.

Aunque la definición de las estrategias de vacunación se basó en la situación particular de la población a vacunar, el acceso a los servicios existentes, los recursos disponibles, la experiencia previa en actividades similares, entre otros, se planteó su desarrollo de manera que se brindara diferentes oportunidades y momentos de vacunación a la población.

- En zonas urbanas se vacunó a poblaciones concentradas en centros laborales y de estudio en las dos primeras semanas.
- En zonas rurales con población dispersa, se inició en las zonas de difícil acceso y luego en los centros urbanos. Para la captación de esta población dispersa, se utilizaron algunas tácticas especiales como puestos móviles, convocatoria y concentración de la población en lugares estratégicos, brigadas de penetración, vacunación casa por casa, inicio de la vacunación antes del período establecido para la jornada y la flexibilidad de horarios de trabajo.
- Durante todo el mes, incluidos los fines de semana, se vacunó en puestos fijos y móviles identificados. Para la distribución y ubicación de los puestos de vacunación, se dio atención especial a las áreas más densamente pobladas, medios y vías de transporte, la periferia de las ciudades y asentamientos humanos irregulares así como otros puntos de flujo y convergencia de las personas, para facilitar su captación. Entre otros: esta-blecimientos de salud públicos y privados, supermercados, centros comerciales, iglesias, centros educativos, terminales de transportes y ferias agropecuarias.
- Un tercer momento lo constituyó la vacunación casa por casa utilizando croquis o mapas para asegurar que toda la población del área fuera vacunada e identificar los bolsiones de no vacunados (Figura 1). Esta actividad se realizó preferiblemente después de la 4 p.m. y fines de semana en zonas urbanas, por ser población adolescente y adulta joven que se desplaza durante el día por motivos laborales o de estudio. En algunas áreas esta actividad fue de “rastrillaje” o “barrido”.
- El último fin de semana se dio una oportunidad adicional a la población para vacunarse implementando un mayor número de puestos de vacunación en sitios de

concentración de población, acompañado de un refuerzo de la campaña de comunicación social.

La movilización social fue determinante para el éxito de la jornada, tanto en actividades de participación social como de comunicación social. El lema general: **“Su salud está en sus manos...La vacuna contra la rubéola hace la diferencia”**, se complementó con un lema específico para los adolescentes: **“Decide tu futuro hoy...La vacuna contra la rubéola hace la diferencia”**. De igual manera, la divulgación por todos los medios posibles, de la ubicación y

horario de funcionamiento de los puestos de vacunación y las visitas a las localidades e instituciones, fue un factor positivo.

En participación social, la acción intersectorial y la creación de alianzas fueron elementos esenciales de este trabajo conjunto. En él participaron instituciones de salud y de otros sectores, tanto gubernamentales como no gubernamentales, la empresa privada, organizaciones comunales, asociaciones profesionales y agencias internacionales de cooperación técnica y financiera. Esta estrategia permitió movilizar recursos de diversos tipos y fuentes, así como articular estas iniciativas para un objetivo común. Las actividades se realizaron tanto en el nivel nacional como regional y local.

La información oportuna y de calidad de los vacunados permitió realizar medidas correctivas durante la jornada para el alcance de las metas propuestas. El sistema de información utilizó formatos específicos para la jornada de

vacunación, tanto para el registro diario, como para los consolidados de las dosis aplicadas. Además se diseñó un programa de cómputo para la consolidación regional y nacional. Se obtuvo así información por grupo de edad, sexo, cantón y establecimiento, que permitió obtener la cobertura de vacunación alcanzada por cantón o municipio.

Los equipos locales y regionales realizaron cortes semanales, para el análisis de los avances y la toma de decisiones cuando fuera necesario. Los datos se validaron por monitoreo rápido de coberturas y se presentaron gráficamente mediante el uso de “vacunómetros” y mapas o croquis para el monitoreo y evaluación local y nacional.

Otro componente fundamental en el desarrollo de la jornada fue la supervisión en los diferentes niveles, se creó la figura de “padrinos o madrinas” para facilitar tanto la comunicación y coordinación entre los equipos de los



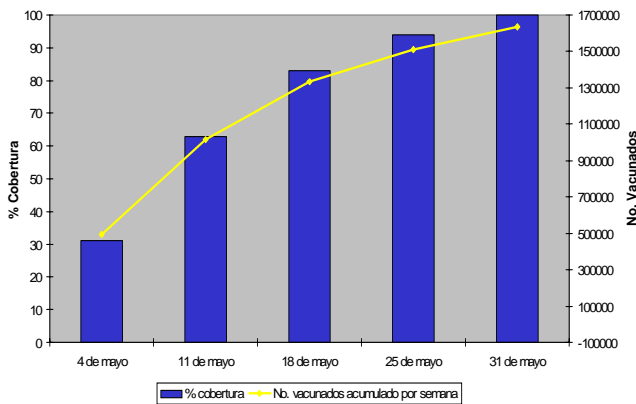
diferentes niveles, como la asesoría permanentes desde la planificación hasta la evaluación.

Resultados

La jornada de vacunación se inició oficialmente el 2 de mayo, aunque algunas áreas de salud fueron autorizadas a iniciar una semana antes, debido a las dificultades de acceso o climáticos propios de esas zonas durante esta época del año. La conclusión de la jornada se programó para el 31 de ese mismo mes, pero se extendió hasta el 3 de junio para aprovechar el fin de semana en algunos cantones que aún tenían población para vacunar (Figura 2).

Los datos preliminares al concluir la jornada, reportan una cobertura a nivel nacional mayor al 95%, incluido un 7% de extranjeros, hombres y mujeres se vacunaron en similares proporciones, con una cobertura levemente mayor para los primeros.

Figura 2
Avance relativo de la vacunación según corte por semana
Jornada Nacional Vacunación, Costa Rica, mayo 2001



Fuente: Centro de operaciones de la Jornada Nacional de Vacunación
* Datos preliminares

Por grupos de edad, los grupos de 15 a 19 y de 35 a 39 años lograron una cobertura preliminar de más del 100%, explicado porque no sólo se vacunaron las personas con edad en años cumplidos, sino también aquellas que cumplían 15 años durante el transcurso del año 2001. Además, es probable que se vacunaran y registraran personas con edades fuera de los rangos definidos para la jornada. Los restantes grupos de edad alcanzaron coberturas mayores al 95%, con excepción del grupo de 30 a 34 años con un 90%.

Por la modalidad de vacunación y por haberse iniciado antes de la fecha establecida en algunas áreas de salud, al finalizar la primera semana el país había logrado un 31% de cobertura, a pesar de que oficialmente sólo habían transcurrido 3 días desde el inicio formal de la jornada, cifra que se eleva a 63% y 83% al concluir la segunda y tercera semana respectivamente. A partir de esta etapa, al haber captado muchas de las poblaciones cautivas y reducirse el número de personas sin vacunar, el avance en las coberturas y número de vacunados fue disminuyendo como se observa en la figura 2.

En todas las Regiones las coberturas fueron superiores al 95% y algunas sobrepasaron el 100%. De los primeros análisis se ha determinado que los equipos del Área metropolitana aplicaron la mayor cantidad de vacunas, incluido un 18% más de personas que residen en otras

regiones del país y el 96% de la población residente en sus cantones adscritos. El 83% de la población de la Región Central Sur fue captada por sus equipos de vacunación, por lo que una proporción importante de su población meta fue vacunada fuera de su área de influencia. La Región Central Norte vacunó al 93% de su propia población. Las Regiones Chorotega, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Brunca y Pacífico Central vacunaron por sí mismas, más del 92% de su propia población meta residente. El Área metropolitana, las Regiones Centrales, la Chorotega y la Huetar Norte mostraron los valores más altos.

Los niveles regionales con su organización por componentes, apoyaron a los niveles locales en la definición de estrategias al inicio de la jornada y en la adecuación de estrategias durante el proceso cuando fue necesario. Fue importante la atención continua por parte del nivel regional hacia las áreas de salud, para el reconocimiento de nuevas concentraciones poblacionales, barreras de acceso geográfico y otros factores que dificultaran la vacunación, así como para dar seguimiento a las situaciones hasta su resolución.

El avance hacia el logro de la meta fue variable para los diferentes establecimientos, áreas de salud y de las regiones, pues las estrategias de captación se definieron según las condiciones de ruralidad, acceso geográfico y características socio-culturales propias de las zonas. Es así como las regiones, de acuerdo a sus particularidades tuvieron avances diferentes, pero todas, al concluir la jornada, sobrepasaron la meta propuesta, el 75% de los cantones alcanzaron coberturas preliminares de 95% o más.

Lecciones aprendidas

Muchas enseñanzas surgen de esta jornada, no sólo de la satisfacción de haber logrado las metas de coberturas de vacunación, sino también de las experiencias compartidas por los equipos de trabajo en todos los niveles de gestión.

1. La información epidemiológica sustentó la decisión y, junto con elementos técnico-gerenciales, políticos y análisis de costo efectividad, facilitó el involucramiento de miles de funcionarios, la movilización social y la respuesta de la población.
2. El compromiso y motivación de miles de funcionarios en todo el país y el apoyo político del más alto nivel dentro del sector salud y de la Presidencia de la República y del Consejo de Gobierno, al declarar de interés nacional la jornada mediante decreto ejecutivo, facilitó la coordinación intersectorial de las instituciones, tanto públicas como privadas.
3. Es indispensable contar con una organización claramente definida en todos los niveles de gestión, pero también se requiere de gran flexibilidad durante el proceso. La participación proactiva de los gerentes a todo nivel de gestión es imprescindible.
4. Aprendizajes importantes de esta jornada se relacionan con la complejidad de vacunar en forma masiva a la población de adultos:
 - La identificación de la población del área de influencia y la población a vacunar incluida la cautiva en sitios de trabajo y estudio es básica para la planificación y programación.

(continua en la página 8)

Coberturas de Vacunación: DPT-3, VOP-3, Sarampión, BCG Región de las Américas, 1999 y 2000

Región/País	DPT		VOP		Sarampión		BCG	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Anguilla	96	92	99	94	99	103	99	99
Antigua & Barbuda	99	95	99	96	99	90	n/a	n/a
Argentina	88	80	91	85	97	91	99	99
Bahamas	...	99	...	91	...	93	...	...
Barbados	87	94	86	86	86	94	n/a	n/a
Belize	87	87	84	84	82	82	96	96
Bermuda	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia	96	89	89	89	99	124	95	95
Brasil	83	98	84	99	90	99	99	99
Islas Virgenes Británicas	90	99	92	99	92	99	99	99
Canadá	...	...	...	...	...	...	n/a	n/a
Cayman Islands	94	93	94	92	90	89	92	90
Chile	89	97	89	89	86	97	86	99
Colombia	81	74	75	78	76	75	79	86
Costa Rica	93	88	93	79	92	84	83	92
Cuba	94	99	96	99	99	96	99	99
Dominica	99	99	99	99	99	99	99	99
República Dominicana	83	78	84	67	94	88	90	90
Ecuador	80	89	70	83	74	89	99	119
El Salvador	94	99	93	98	75	97	72	99
Grenada	88	97	87	97	94	92	n/a	n/a
Guatemala	86	95	86	94	93	88	91	97
Guyana	83	88	83	78	87	86	91	93
Haití	59	59	58	58	85	80	58	57
Honduras	95	94	95	91	98	98	93	99
Jamaica	81	86	80	86	82	88	85	94
Mexico	96	89	96	89	94	96	99	99
Montserrat	99	85	99	85	99	99	99	99
Nicaragua	83	97	93	94	97	99	99	99
Panamá	92	98	96	99	90	97	99	99
Paraguay	77	80	74	73	70	92	87	79
Perú	98	98	96	93	92	97	73	93
St. Cristóbal/Nieves	99	99	99	99	99	99	99	99
St. Lucía	89	70	89	70	95	89	99	91
St. Vicente/Granadines	95	99	99	99	87	96	99	99
Suriname	...	...	...	...	...	0	...	...
Trinidad & Tabago	90	90	90	90	88	90	n/a	n/a
Turcas & Caicos	...	99	...	99	...	99	...	99
Uruguay	91	91	85	85	89	89	99	99
Venezuela	79	77	82	86	79	84	96	99

* Datos provisionales de informes de país

n/a - Data no aplicables

... Datos no disponibles

Datos a junio 12, 2001

- La programación de biológicos, insumos y materiales debe considerar la proporción de población que se programa como residente en un área de salud y como cautiva en otras y el número de equipos vacunadores.
 - El empleo de estrategias diferenciadas para zonas rurales y urbanas, adaptadas a cada situación particular y a diferentes momentos de la ejecución demostró ser efectivo. En zonas rurales de difícil acceso, iniciar en la periferia y luego avanzar hacia los centros más poblados. En zonas urbanas, iniciar en los sitios de trabajo y educativos con población cautiva, para terminar con barridos casa a casa
 - La implementación de adecuadas estrategias de movilización social, tanto de participación como de comunicación son vitales y deben dirigirse al personal de salud y a la población; estos esfuerzos nunca son excesivos. Diversas experiencias innovadoras surgieron durante la jornada: el involucramiento de los hospitales y su proyección hacia la comunidad, la participación del sector educativo y la empresa privada, la creatividad de los funcionarios para poner en práctica nuevas formas de educación y movilización de la población para ser vacunada, son sólo algunos de los ejemplos. El asegurar la participación de sociedades médicas y de otras profesiones y la participación activa de los trabajadores de salud fueron de gran utilidad.
 - Contar con instrumentos sencillos que permitan registrar los vacunados por grupo de edad, sexo y cantón de residencia; al igual que la definición y monitoreo de indicadores, el monitoreo de avance de coberturas tanto de la población adscrita, como de la población total a vacunar, que incluía la población que estudia o trabaja en la zona, ayudó al replanteamiento de estrategias y al logro de la meta. Para ello, es necesario la disponibilidad con prontitud de informes parciales de avance para su análisis.
 - La necesidad de atender situaciones particulares como: la organización de los bancos de sangre dado que se vacuna a la población de donantes en un período corto de tiempo, la vacunación de grupos de riesgo como las personas con VIH/SIDA, enfermedades y tratamientos crónicos; el monitoreo de eventos post-vacunales y la investigación inmediata durante la jornada de aquellos que lo ameriten, son todos elementos a tener en cuenta.
- Para el monitoreo y evaluación utilizar croquis y mapas, gráficos de cobertura y el monitoreo rápido de coberturas en muestras no probabilísticas de viviendas y sitios de trabajo complementa el registro oficial, pues facilita la identificación de grupos y personas no vacunadas y aporta información cualitativa de gran valor.
5. Esta experiencia demuestra que es factible implementar estrategias y recomendaciones de organismos de salud internacionales para el control acelerado de la rubéola y prevención del SRC.
- El éxito de esta jornada, que logró coberturas de vacunación superiores al 95%, tanto en hombres como en mujeres, no hubiera sido posible sin la participación de la población costarricense, que una vez más reflejó su compromiso con su salud, tanto individual como colectiva, su conciencia social y su elevado espíritu de colaboración. Lo mismo es aplicable al personal del sector salud que labora en todo el país en los diferentes niveles de gestión. Sin su entusiasmo, compromiso, iniciativa y arduo trabajo no hubiera sido posible culminar con éxito esta jornada nacional de vacunación.
- Las autoridades de salud agradecen el apoyo a la Presidencia de la República, al Consejo de Gobierno, la Oficina de la Primera Dama, la empresa privada, los medios de comunicación, la Organización Panamericana de la Salud, los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos y todas aquellas personas e instancias que colaboraron en este esfuerzo.
- Fuente:* Dra. Xinia Carvajal, Viceministra, Ministerio de Salud; Dr. Guillermo Santiesteban, Sub-Gerente Médico de la Caja Costarricense de la Seguridad Social y Dr. Mario León, Coordinador Ejecutivo de la Jornada, CCSS.

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

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



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

División de Vacunas e Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.
 Washington, D.C. 20037, E.U.A.
http://www.paho.org/spanish/hvp/hvp_home.htm

Editor: Ciro de Quadros
 Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729