

Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXIII, Número 6

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Diciembre 2001

Fortalecimiento de la vigilancia de la poliomielitis y el sarampión en Haití

Antecedentes

Durante los años 2000-2001, Haití se vio afectada por brotes de sarampión y poliomielitis. A fines del 2001, se realizaron esfuerzos importantes de vacunación, los cuales han reducido la incidencia de casos por debajo del nivel de detección de la vigilancia de rutina. El último caso de sarampión confirmado por laboratorio se reportó en el municipio de Carrefour, con fecha de inicio del exantema el 26 de septiembre de 2001. La campaña nacional de inmunización contra el sarampión (que fue también la segunda campaña nacional antipoliomielítica) culminó en noviembre del 2001. El último caso de sarampión fue notificado por el sistema de vigilancia de rutina. Este caso reunía los requisitos para el pago de una recompensa de E.U.A. \$100 establecida por la OPS para la notificación de casos de sarampión confirmados por laboratorio. No se ha reportado ningún caso adicional desde entonces. En cuanto a la poliomielitis, el último caso confirmado por laboratorio de poliomielitis paralítica causado por un virus derivado de la vacuna Sabin-1, se notificó el 12 de julio de 2001, en Thomazeau, antes de una campaña de vacunación programada durante la cual se administró la primera dosis adicional de la vacuna antipoliomielítica.

En la actualidad, la vigilancia debe mejorarse en cuatro áreas:

- Aumentar la cobertura de todos los establecimientos de salud para la **notificación de rutina** de las enfermedades de notificación obligatoria.
- Establecer un sistema **fortalecido de vigilancia** que comprenda ciertos servicios de salud, las cuales enviarán los informes semanales aunque no se reporten casos (notificación negativa).
- Llevar a cabo en forma sistemática la **búsqueda activa de casos** en todo el país.
- Continuar con los **muestras ambientales** de rutina para el poliovirus en el área metropolitana y donde se han detectado los casos más recientes.



El Director del PAI, Dr. Patrick Delorme (izquierda), presenta una recompensa por E.U.A. \$100 a la Sra. Marie Yvette Leandre, enfermera de un hospital, en reconocimiento a su notificación del primer caso sospechoso de sarampión con inicio del exantema el 26 de septiembre, 2001, tras una campaña de sarampión. El caso fue posteriormente confirmado por laboratorio. No se han confirmado casos desde entonces.

Actividades

Notificación de rutina: se ha fortalecido la notificación de enfermedades de notificación obligatoria en Haití, a través del desarrollo de un manual nuevo de información y requerimientos, producido por el Ministerio de Salud de Haití con el apoyo

de la OPS. Este manual se distribuirá a los trabajadores en todos los establecimientos de salud en el país. La poliomielitis, el sarampión y el tétanos neonatal son parte de las 16 enfermedades notificables en Haití.

Los talleres se realizarán en todo el país para capacitar al personal de atención de salud en los requerimientos y procedimientos de informes de notificación descritos en el nuevo manual. Los primeros talleres para el personal operativo al nivel departamental se celebraron en noviembre de 2001.

En este número:

Fortalecimiento de la vigilancia de la poliomielitis y el sarampión en Haití	1
Asociaciones para la inmunización	2
Clasificación de casos de sarampión: segunda parte	3
Uso de los datos de vigilancia en la gerencia de programas de inmunización	5

FLASOG participará en la implementación de estrategias para el control de la rubéola y la prevención del SRC en las Américas	6
Resumen anual de los indicadores de vigilancia de la poliomielitis y el sarampión	7
Incidencia de difteria y cobertura en las Américas	8

Además de estos cambios, la OPS sigue patrocinando una recompensa de E.U.A. \$100 para la primera notificación de casos de poliomielitis o sarampión en cualquier municipio.

Vigilancia mejorada: a partir de enero 2002, se pondrá en marcha una vigilancia fortalecida para los casos de parálisis flácida aguda (PFA), sarampión y tétanos neonatal. Este programa establecerá una red de 50-100 establecimientos de salud por toda la nación que enviará informes semanales por teléfono, telefax, o mensajero al Ministerio de Salud y la OPS. Lo que es más importante, aún en la ausencia de casos, los establecimientos de salud notificarán semanalmente (notificación negativa).

Se incluirá el tétanos neonatal al sistema de vigilancia dado que es una enfermedad de alta prioridad, y por consiguiente se usará como un indicador del desempeño del sistema de vigilancia. Además, la OPS proporcionará apoyo al Ministerio de Salud en 2002, en el fortalecimiento de la vacunación de las mujeres en edad fértil, a fin de prevenir la presencia de casos de tétanos neonatal. El sistema de vigilancia por consiguiente podrá seguir el éxito de esta campaña, así como los de la poliomielitis y el sarampión.

Búsqueda activa de casos: se continuará con la búsqueda activa de casos de PFA, sarampión y tétanos neonatal en todo el país. Se visitarán regularmente todos los grandes establecimientos de salud y del nivel intermedio en cada

departamento (aproximadamente 100 establecimientos), y todos los casos sospechosos serán investigados de inmediato.

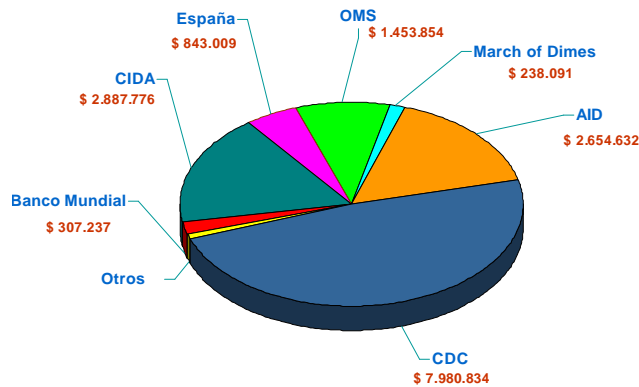
Además, cada visita servirá como una oportunidad de capacitación del personal de salud local, tanto en la importancia como en los métodos de notificación de enfermedades, y para indagar acerca del funcionamiento de la cadena de frío y la disponibilidad de vacunas.

Muestreo ambiental: se continuará con muestreos ambientales dentro de la zona metropolitana de Puerto Príncipe, y en otras áreas donde se han identificado casos sospechosos de PFA. Se establecieron ocho puntos de muestreo en Puerto Príncipe, dos de los cuales han sido positivos en el pasado para el virus derivado de la vacuna Sabin-1. El muestreo se llevará a cabo cada 4 meses en estos puntos. Además, se obtendrán muestras en otras zonas con casos confirmados de poliomielitis atribuidos al virus derivado de la vacuna Sabin-1, así como en zonas sin casos confirmados, en las cuales no se pudo obtener muestras de heces.

Nota editorial: Los acciones implementadas por Haití deberían confirmar la ausencia de ambas enfermedades en el país. ¡Junto con el fortalecimiento de la vacunación de rutina y la realización continua de encuestas para encontrar focos de niños no vacunados, estos esfuerzos asegurarán que Haití siga libre de la poliomielitis y el sarampión!

Asociaciones para la inmunización

Fuente de fondos externos, División de Vacunas e Inmunización, OPS, Las Américas, 2001-2001



Existe hoy en día consenso sobre la importancia de la salud para asegurar el crecimiento económico sostenible y la reducción de la pobreza, y la necesidad de garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales, tales como la inmunización, en particular a la población más pobre. Dado el papel de la inmunización dentro del sector salud como una intervención de salud prioritaria, el establecimiento y fortalecimiento de las instituciones que apoyan la entrega eficaz de programas de inmunización, así como de la vigilancia de enfermedades prevenibles por la vacunación, han llegado a ser temas claves en el diálogo entre los países y la comunidad internacional.

Con esta nota, la División de Vacunas e Inmunización de la OPS reconoce el apoyo de todos los socios que han contribuido a la realización de las metas de los programas nacionales de inmunización en las Américas durante los años de 2000-2001. ¡Gracias a este apoyo sostenido, los programas nacionales de inmunización han alcanzado logros notables,

en particular en la reducción de los casos de sarampión a 509 en el 2001, en toda la Región! Durante ese año igualmente, la transmisión endémica se reportó solamente en tres países, la República Dominicana, Haití y Venezuela. El último caso confirmado de sarampión en la República Dominicana ocurrió en junio, 2001, y el último caso de Haití se notificó en septiembre 2001.

Se han desarrollado instrumentos de supervisión para fortalecer la rendición de cuentas de las coberturas de vacunación, así como de la vigilancia de rutina al nivel local. Estos instrumentos se han convertido ahora en herramientas de supervisión de rutina en varios países, a fin de proporcionar mayor autoridad y responsabilidad al nivel local en la gerencia del programa. Durante el último año los esfuerzos de la División se han dirigidos hacia la estandarización de estas herramientas de supervisión para el monitoreo de coberturas de vacunación, la investigación de brotes de sarampión, y la validación de la vigilancia de rutina.

Las Región Américas continúa siendo pionera en la generación de conocimiento valioso y experiencia de estrategias de erradicación de enfermedades prevenibles por la vacunación, las cuales están beneficiando iniciativas mundiales de inmunización. Durante el período 2000-2001, la OPS contó con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, la Fundación March of Dimes, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y el Gobierno de España. Estas asociaciones son críticas a fin de que los países de las Américas mantengan sus logros en la lucha contra las enfermedades prevenibles por la vacunación.

Clasificación de casos de sarampión: segunda parte

Dilemas frecuentes que se suscitan en la práctica: el manejo de casos sospechosos IgM-positivos que se cree no son de sarampión

En la edición de octubre 2001 del *Boletín Informativo PAI* se publicó un análisis de la interpretación de los resultados positivos de la prueba de IgM en lugares donde la transmisión de la enfermedad ha disminuido. Como se señaló en dicho artículo, **a efectos de la erradicación del sarampión todos los casos sospechosos IgM-positivos deben considerarse como casos confirmados en laboratorio hasta que se compruebe lo contrario.** En el artículo se señala también que se podrían realizar pruebas con muestras de anticuerpos IgG contra el sarampión para determinar si un resultado IgM-positivo obtenido por laboratorio es falso. El número de muestras de suero que verdaderamente den un resultado falso-positivo deberían ser muy pocas. Sin embargo, el procedimiento para descartar casos sospechosos IgM falso-positivos exige una metodología normalizada a fin de garantizar la clasificación correcta y uniforme de casos en toda la Región. Asimismo, se presentaron criterios para la clasificación de casos sospechosos IgM-positivos como exantema asociado a la vacuna. En el presente artículo continuamos el análisis del manejo de los casos sospechosos de sarampión IgM-positivos en los casos en que las autoridades nacionales no están convencidas de que se trate verdaderamente de sarampión.

Los epidemiólogos del programa deben estar en condiciones de manejar los casos sospechosos de sarampión sin antecedentes de vacunación reciente en quienes la prueba ELISA haya dado un resultado IgM-positivo cuando los gerentes nacionales no crean que se trata de sarampión. Eso podría ocurrir si las autoridades creen que el caso no es clínicamente compatible con el sarampión o si piensan que el resultado de la prueba de laboratorio es una reacción cruzada (por ejemplo, a una infección por dengue o parvovirus). Surgen dos preguntas: 1) ¿se puede dar al caso una clasificación definitiva basada en los datos clínicos, o sea clasificarlo como caso descartado? y 2) ¿hay otras pruebas de laboratorio que se puedan realizar para descartar un resultado falso-positivo obtenido en el laboratorio?

a) ¿Cómo pueden utilizarse los datos clínicos de vigilancia para descartar un caso sospechoso de sarampión?

A efectos del programa regional de erradicación del sarampión, un caso sospechoso, independientemente del resultado de la prueba de IgM, no debe descartarse únicamente sobre la base de los datos clínicos o, más específicamente, debido a la *ausencia* de un cuadro clínico característico del sarampión. En general, el sarampión es una infección que causa fiebre, una erupción y síntomas respiratorios tales como tos, conjuntivitis y coriza. Aun así, la ausencia de estos síntomas no debería llevar a descartar la posibilidad de una infección aguda por sarampión. Una infección leve podría producir un cuadro clínico atípico del sarampión clásico. Como se muestra en el cuadro 1 con datos nacionales de la base de datos regional MESS correspondientes a casos sospechosos de sarampión con inicio de la erupción en 2000, los casos de sarampión confirmados por laboratorio (n=1.039) tendían más que los casos IgM-negativos descartados (n=11.485) a ceñirse a ocho definiciones clínicas de caso, o sea combinaciones de síntomas clínicos, según los datos de

vigilancia. Cabe destacar que, aun así, una proporción importante de casos de sarampión confirmados en laboratorio *no* se ciñó a las definiciones clínicas de caso. Por ejemplo, mientras que los casos de sarampión confirmados en laboratorio tendían cuatro veces más que los casos descartados a presentar tos, conjuntivitis y coriza, 48% de los casos de sarampión no tenían antecedentes de los tres síntomas, por lo menos en el momento en que fueron examinados por una persona del programa. Por consiguiente, los gerentes de programas no deberían desechar un resultado de laboratorio debido a la *ausencia* de compatibilidad clínica.

Aun así, frente a un caso sospechoso IgM-positivo que se cree que no es de sarampión, se podría intensificar la búsqueda de otro diagnóstico, como la presencia de un exantema vesicular indicativo de varicela. Si no se efectúa de forma concluyente otro diagnóstico confirmado en laboratorio, el caso debe confirmarse como caso de sarampión, y viceversa: si se considera que un caso es clínicamente compatible con sarampión pero da IgM-negativo, hay que tratar de determinar si la muestra fue obtenida correctamente, si hay otros casos en la zona, etc.

b) ¿Qué pruebas de laboratorio se pueden realizar para confirmar que un resultado IgM-positivo constituye una infección aguda por sarampión?

Si se obtiene un resultado IgM-positivo que se cree que podría ser falso-positivo y si en un estudio exhaustivo del caso no se encuentran otros casos, entre ellos el caso índice, se podrían realizar otras pruebas en un laboratorio de referencia, como la titulación de anticuerpos IgG contra el sarampión (figura 1).

Los títulos de IgG deben determinarse con dos muestras de sangre obtenidas a intervalos apropiados y cronometrados, mediante una prueba que permita determinar los títulos de IgG contra el sarampión, como inhibición de la hemaglutinación (IH) o PRN. Para que se considere que las muestras han sido obtenidas a intervalos apropiados, la primera debe obtenerse dentro de los siete días siguientes al inicio de la erupción, y la segunda, entre tres y cuatro semanas después del inicio de la erupción, o sea dos o tres semanas después de la primera muestra.

Como se observa en la figura 1, si en el suero de la primera muestra se encuentran anticuerpos IgG y si la segunda muestra no presenta ningún cambio en los títulos de IgG en comparación con la primera muestra, el caso no se consideraría como sarampión y podría descartarse. El resultado IgM-positivo de la prueba se consideraría como falso-positivo. En cambio, si en la segunda muestra se observa una cuadruplicación de los títulos de anticuerpos IgG en comparación con la primera muestra, debe considerarse como una infección aguda por sarampión y confirmarse. Si la segunda muestra presenta un aumento de los títulos de IgG de menos del cuádruplo con respecto a la primera muestra, no se podría determinar si se trata o no de una infección aguda, y se debería confirmar el caso tomando como base el resultado IgM-positivo de la prueba.

Si en la primera muestra no se encuentran anticuerpos IgG y en la segunda tampoco, no se consideraría como caso de sarampión y podría descartarse. En cambio, si la segunda muestra es IgG-positiva para sarampión, se confirmaría como infección aguda por sarampión.

Otra situación que podría plantearse es que no haya más suero de la primera muestra a fin de realizar una prueba para la detección de anticuerpos IgG. En este caso habría que obtener otra muestra. Si en esta muestra no se encuentra IgG, el caso podría descartarse. En cambio, si la segunda muestra es IgG-positiva, no se podría confirmar ni descartar el caso sobre la base de los títulos de IgG. Como no sería posible determinar si el resultado IgG-positivo indica una infección aguda o pasada, habría que confirmar el caso sobre la base del resultado de la prueba de IgM. Independientemente de la situación o los resultados de las pruebas, si existen dudas el caso debe confirmarse sobre la base del resultado IgM-positivo de la prueba.

Nota de la Redacción: Todos los casos sospechosos de sarampión que den resultado IgM-positivo en la prueba deben considerarse como casos de sarampión salvo que se demuestre lo contrario. Es importante tomar medidas de control de inmediato y no postergarlas hasta que se obtenga una confirmación basada en pruebas de anticuerpos IgG, la repetición de la prueba de IgM, etc. Debido a la extrema contagiosidad del sarampión, es necesario tomar medidas de control de inmediato. Esperar hasta que se confirme el resultado de la prueba de IgM podría tener resultados desastrosos y llevar a la transmisión generalizada del virus. Además, la posibilidad de que se obtengan resultados falso-positivos con la prueba de IgM subraya la necesidad de obtener muestras para aislar el virus. Son pocos los casos de la Región de los cuales se obtienen muestras con el propósito de aislar el virus. El aislamiento del virus del sarampión confirma el diagnóstico. Todos los países de la Región deben intensificar en gran medida sus esfuerzos para obtener muestras a fin de aislar el virus. Si el intento de cultivo fracasa, la muestra obtenida con el propósito de aislar el virus también puede examinarse en un laboratorio especializado mediante la reacción en cadena de la polimerasa (RCP) a fin de determinar la presencia del virus del sarampión.

Aunque se debe proceder con cautela al usar datos clínicos para la clasificación definitiva, el cuadro clínico podría llevar a la sospecha de que un caso sea o no de sarampión y, en consecuencia, a la adopción de medidas ulteriores para confirmar o refutar un resultado de un laboratorio de referencia. Sin embargo, hay que tener la precaución de no sobreinterpretar datos clínicos de vigilancia, los cuales, a diferencia de los estudios clínicos, suelen reflejar solamente un examen. El cuadro clínico podría cambiar el día siguiente al examen.

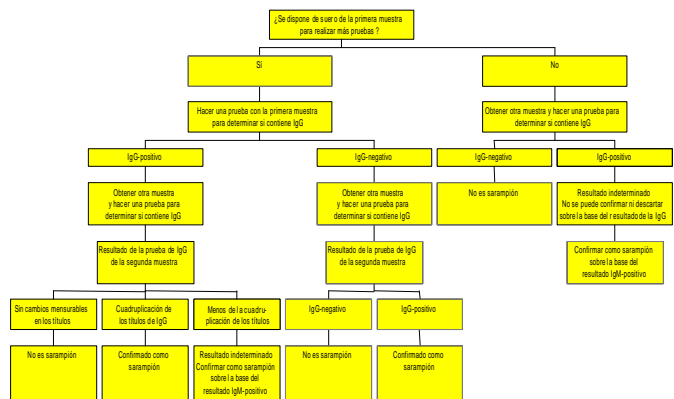
El esquema de la figura 1 para las pruebas de muestras a fin de determinar la presencia de IgG, que se realizan en el laboratorio regional de referencia, no implica que todas las muestras IgM-positivas deban someterse a una prueba de detección de la IgG. Por el contrario, este algoritmo debe aplicarse **solamente** en casos aislados y esporádicos en que exista la clara sospecha de que el resultado de la prueba de IgM no sea exacto y en que el caso ya haya sido clasificado como confirmado y se hayan tomado medidas de control

Cuadro 1. Proporción de casos de sarampión confirmados por laboratorio y descartados por laboratorio que se ciñen a ocho definiciones clínicas de caso. Base de datos regional de la OPS sobre el sarampión (MESS), 2000*.

Definición de caso (CD)***	Casos de sarampión** Porcentaje que se ciñe CD		Casos que no son de sarampión** Porcentaje que se ciñe CD		Razón de riesgos (RR)	IC 95%
	Si	No	Si	No		
DC #1	62,5	37,5	36,3	63,7	2,8	2,3 3,6
DC #2	63,3	36,7	25,0	75,0	4,9	3,9, 6,2
DC #3	52,0	48,0	24,5	75,5	3,2	2,6, 4,0
DC #4	51,6	48,4	18,7	81,3	4,4	3,5, 5,5
DC #5	62,5	37,5	35,4	64,6	3,0	2,3, 3,7
DC #6	63,3	36,7	24,3	75,7	5,1	4,0, 6,4
DC #7	52,0	48,0	23,7	76,3	3,4	2,7, 4,2
DC #8	51,6	48,4	18,3	81,7	4,5	3,6, 5,7

- * Los datos incluyen los casos sospechosos de sarampión notificados a nivel nacional durante 2000 en la base de datos MESS. El análisis abarca 12.524 casos, de los cuales 1.039 eran casos de sarampión confirmados en laboratorio. Los casos clasificados como exantema asociado a la vacuna fueron excluidos del análisis. Los casos en los cuales no se disponía de información sobre una determinada definición de caso fueron excluidos del análisis.
- ** Los casos de sarampión se consideran confirmados por laboratorio cuando dan un resultado IgM-positivo; los casos que no son de sarampión son aquellos en que la prueba ELISA da resultado negativo para la IgM.
- ***Definiciones de caso: DC 1=tos y coriza, DC 2=tos y conjuntivitis, DC 3=coriza y conjuntivitis, DC 4=tos, coriza y conjuntivitis, DC 5=tos, coriza y fiebre, DC 6=tos, conjuntivitis, fiebre, DC 7=coriza, conjuntivitis, fiebre, DC 8=coriza, tos, conjuntivitis, fiebre

Figura 1. Algoritmo para las pruebas de casos sospechosos de sarampión con resultado IgM-positivo cuando se sospecha que se trata de un resultado positivo falso



apropiadas. Es fundamental que las autoridades nacionales comprendan que esta secuencia de pruebas debe llevarse a cabo **después** de la clasificación definitiva y la adopción de medidas de control, entre ellas un estudio exhaustivo del caso y la búsqueda activa en la localidad y en los centros de salud locales para descartar la presencia de casos adicionales. Si se encuentran más casos IgM-positivos en un municipio, no es necesario realizar la prueba de IgG. También es necesario examinar la cobertura y cerciorarse de que sea por lo menos del 95%. Además, a fin de no recargar los recursos y fondos regionales con pedidos de estuches para pruebas de IgM, antes de iniciar el algoritmo los gerentes nacionales deberían conversar sobre el caso con personal del PAI/OPS a fin de llegar a un acuerdo en el sentido de que sería aconsejable realizar dichas pruebas. En esa oportunidad se debería consultar también con la sede de la OPS en Washington con respecto a

Uso de los datos de vigilancia en la gerencia de programas de inmunización

En este artículo analizamos un indicador regional y la forma en que puede usarse para mejorar el desempeño de los programas nacionales de erradicación del sarampión.

Un indicador importante del programa de erradicación del sarampión es la proporción de muestras de sangre de casos sospechosos de sarampión que llegan al laboratorio en el plazo de cinco días para las pruebas. De hecho, este indicador se publica semanalmente en el *Boletín Semanal de Sarampión* de la OPS y se analiza minuciosamente. Para que la clasificación definitiva de los casos sospechosos de sarampión pueda realizarse oportunamente, las muestras deben llegar al laboratorio a tiempo. Si no llegan al laboratorio con rapidez, no sólo se demora la clasificación definitiva y la adopción de medidas de control, sino que también se podría menoscabar la calidad de la muestra. Las muestras que se demoran en tránsito podrían perderse o deteriorarse, según las condiciones de almacenamiento. Lo ideal es que la presencia de indicadores deficientes o bajos desencadene la adopción de medidas correctivas, pero desafortunadamente eso no siempre ocurre.

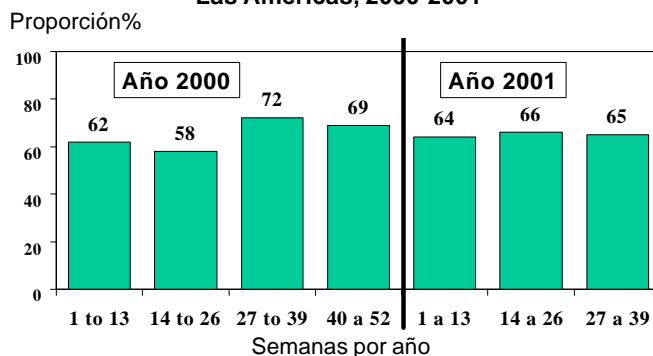
Según los datos de la base de datos regional del Sistema de Vigilancia para la Erradicación del Sarampión (MESS), hasta la semana 44 sólo 53% de las muestras habían llegado a tiempo durante 2001 en la Región, cifra muy inferior a la meta de 80%. Además, un análisis por trimestre muestra que, desde enero de 2000, ha habido poca o ninguna mejora en el indicador. Eso significa que los países posiblemente no estén tomando medidas correctivas apropiadas. Como se observa en la figura 1, entre 60% y 70% de las muestras, aproximadamente, han llegado a tiempo, o sea dentro de los cinco días siguientes a su obtención.

Un análisis por país revela que cinco países de la Región (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití y México) informaron que durante los últimos siete trimestres, alrededor de 80% de las muestras llegaron en el plazo de cinco días. Solamente Honduras, Haití y Chile presentan una mejora constante en los últimos siete trimestres en la proporción de muestras que llegaron a tiempo. Sin embargo, los datos de cinco países (Bolivia, Colombia, Guatemala, Nicaragua y Paraguay) revelan poco cambio en el indicador durante el período evaluado (figura 2). Por último, cinco países (Argentina, República Dominicana, Panamá, Perú y Venezuela) muestran una tendencia descendente en el desempeño del programa durante el período comprendido en la evaluación (figura 3).

Nota de la Redacción: Los datos de vigilancia recopilados durante el estudio de casos deben ser objeto de un seguimiento y una evaluación minuciosos. Los indicadores bajos deberían desencadenar un análisis de la situación y la adopción de medidas correctivas. En lo que concierne al envío de muestras a los laboratorios, los gerentes de programas deben usar los datos para tomar decisiones: ¿Por qué no llegan a tiempo las muestras? ¿No se dispone de suficientes fondos para pagar los gastos de transporte al laboratorio? En ese caso se deberían asignar más fondos en los planes de acción nacionales. ¿Están las oficinas de epidemiología esperando hasta que se obtiene una cantidad mínima de muestras para enviarlas? En ese caso, es necesario reforzar la capacitación y supervisión.

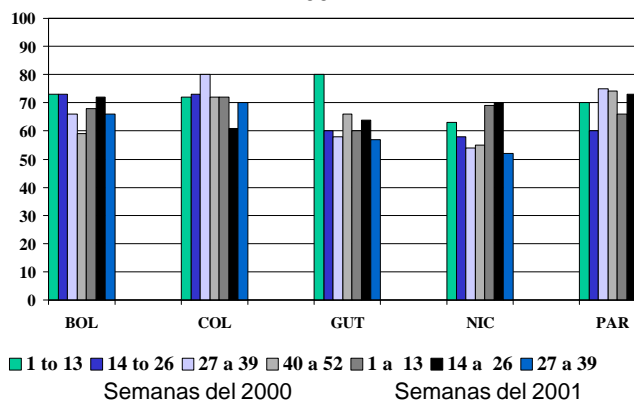
La proporción de muestras que llegan dentro del plazo recomendado generalmente es el indicador con respecto al cual los resultados nacionales son más deficientes. Sin embargo, es también uno de los indicadores en los cuales los gerentes nacionales podrían influir en relativamente poco tiempo.

Figura 1.
Proporción de muestras de sangre que llegan al laboratorio ≤ 5 días, por semestre, Las Américas, 2000-2001*



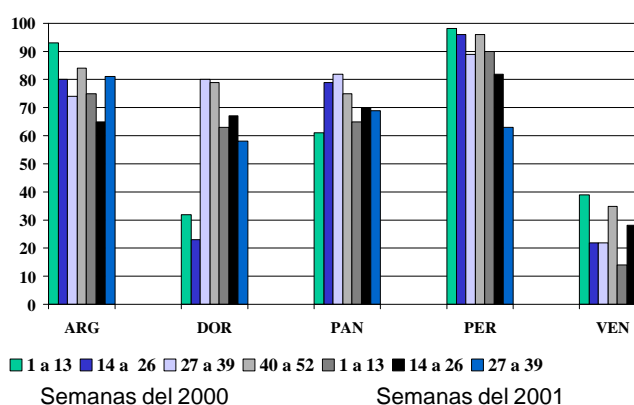
*Base de datos regional MESS

Figura 2.
Proporción de muestras que llegan al laboratorio ≤ 5 días, por semestre (en semanas), países seleccionados, 2000-2001*



*Base de datos regional MESS

Figura 3.
Proporción de muestras que llegan al laboratorio ≤ 5 días, por semestre (en semanas), países seleccionados, 2000-2001*



*Base de datos regional MESS

FLASOG participará en la implementación de estrategias para el control de la rubéola y la prevención del SRC en las Américas

En las últimas reuniones del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por la vacunación e inmunización de la OPS, se han demostrado datos de vigilancia de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita (SRC) que muestran que cada año nacen en las Américas más de 20.000 lactantes con SRC. Según estos datos, y ante la existencia de vacunas inocuas y eficaces de bajo costo, el GTA recomendó la puesta en marcha de una iniciativa regional dirigida a fortalecer el control de la rubéola y la prevención del SRC.

El 23 de agosto del 2001 se reunieron en Caracas, Venezuela el Presidente de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y los presidentes de cada una de las respectivas sociedades de los países de Latinoamérica, para discutir la participación de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología en la puesta en marcha de estas estrategias.

La iniciativa tiene tres objetivos:

- Asegurar la reducción del número de mujeres en edad fértil susceptibles, a través de la vacunación contra la rubéola.
- Apoyar a los países en sus esfuerzos para desarrollar sistemas integrados de vigilancia para sarampión y rubéola.
- Desarrollar un sistema de vigilancia para SRC.

En 1998 los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) establecieron la meta para eliminar la rubéola y el SRC en los países del Caribe de habla inglesa. En septiembre de 1999, Chile puso en marcha una campaña masiva de vacunación contra la rubéola dirigida a mujeres entre las edades de 10 a 29 años y en mayo del 2001 Costa Rica realizó a nivel nacional, una campaña de vacunación masiva contra la rubéola dirigida a hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad. También, Brasil llevó a cabo una campaña de rubéola en noviembre del 2001, dirigida a mujeres entre 15-19 años de edad.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) acordó recomendar:

- Cada Sociedad de Obstetricia y Ginecología debe buscar en su país el compromiso político y los recursos de cada gobierno para el control acelerado de la rubéola y la prevención del SRC.
- Reiterar la recomendación del GTA de la OPS para los países que quieran prevenir y controlar rápidamente el SRC, así como para los países que quieran prevenir y controlar rápidamente tanto la rubéola como el SRC.
- Las lecciones aprendidas y la experiencia ganada en las campañas de este tipo que se vienen implementando en cada uno de los países de la Región han demostrado la importancia de una estrategia de comunicación social, la participación de sociedades científicas y médicas, el monitoreo de eventos post-vacunales e investigación inmediata durante la jornada, y la coordinación con los Bancos de Sangre.

- FLASOG se compromete a participar en forma activa en la implementación de las estrategias para el control de la rubéola y la prevención del SRC en cada uno de los países de la Región. Los programas nacionales de inmunización harán las coordinaciones respectivas con las Sociedades de Obstetricia y Ginecología en cada uno de los países.
- Los especialistas en la consulta de rutina ginecológica deben asegurar que todas las mujeres en edad fértil estén vacunadas con la vacuna contra la rubéola y la difteria y el toxoide tetánico.
- Reiteran que la evidencia científica indica la seguridad de la vacuna contra la rubéola durante el embarazo, sin embargo, la mujer embarazada no se vacuna generalmente. Esto es para evitar el riesgo de que sea implicada la vacuna en el caso que se produjeran eventos adversos en el producto del embarazo no relacionado con la vacuna. Para aquellas mujeres que fueran vacunadas y posteriormente se hallaran embarazadas, no se recomienda el aborto. Finalmente, no es necesario aconsejar a las mujeres evitar el embarazo luego de la vacunación contra la rubéola, ya que no se ha establecido riesgo alguno de efecto adverso para el feto.
- Reitera que aquellos países que no implementen campañas para el control rápido de la rubéola y SRC deben hacer esfuerzos dirigidos a reducir el número de mujeres en edad fértil (MEF) susceptibles a la rubéola. Para proteger a estas mujeres se recomienda utilizar estrategias como: vacunación en el post-parto, vacunación en las clínicas de planificación familiar, en las escuelas y en los centros de trabajo.
- Convoca a sus miembros a participar activamente y a fortalecer la vigilancia de la rubéola y SRC, cuyo propósito es la detección de la circulación del virus. Así como, a reportar y hacer seguimiento de las mujeres embarazadas que han contraído la enfermedad de rubéola.
- Considera al Sistema de Información Perinatal (SIP 2000) como una buena herramienta apropiada para sugerir y alertar la ocurrencia de casos de SRC. El SIP Incluye información del estado vacunal de la madre, el diagnóstico de rubéola confirmado por laboratorio o clínica durante el embarazo de la madre, o si ha estado expuesta a dicha enfermedad, así como información sobre malformaciones congénitas, hepato-esplenomegalia y púrpura en el recién nacido.
- Considera que como parte de la vigilancia, la confirmación por laboratorio es crítica para el diagnóstico de rubéola y el SRC.
- Se debe introducir el tema de vacunación en las mujeres en edad fértil y en el embarazo en los congresos de Obstetricia y Ginecología Nacionales e Internacionales.
- La OPS debe actualizar y divulgar ampliamente toda la información disponible sobre la vacunación en el embarazo.
- Asegurar la participación de las sociedades de Obstetricia y Ginecología en los Consejos Nacionales de Vacunación en cada país respectivo.

Resumen anual de los indicadores de vigilancia de la poliomielitis y el sarampión

Indicadores de vigilancia de polio para el período entre la semanas 01 a 52, 2001

Lugar	Total 2000		Ultimas 52 semanas (2001/01-2001/52)				
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	% inv. <48 hrs.	%1 muestra+	% sitios notificaron
Argentina	133	1.30	134	0.90	100	70	100
Bolivia	25	0.77	42	1.27	88	76	96
Brasil	529	1.01	585	1.12	93	61	94
Canadá	59	1.01	NR	...	...	...	...
CAREC	14	0.63	13	0.46	85	54	97
Chile	94	2.20	81	1.35	86	90	94
Colombia	161	1.18	143	0.85	85	85	84
Costa Rica	22	1.59	16	0.99	94	63	...
Cuba	27	1.10	14	0.31	100	100	98
Republica Dominicana	67	2.11	74	2.16	99	77	...
Ecuador	45	1.06	27	0.53	93	96	89
El Salvador	79	3.57	70	2.79	81	89	72
Guatemala	87	1.78	86	1.89	91	79	46
Haití	15	0.59	27	0.90	85	48	...
Honduras	47	1.87	57	2.30	91	93	88
México	386	1.16	347	0.87	94	77	83
Nicaragua	32	1.45	24	1.18	100	100	100
Panamá	10	1.12	9	0.58	78	78	82
Paraguay	19	0.89	18	1.23	78	56	89
Perú	102	1.19	91	0.89	99	99	93
Uruguay	9	0.69	18	1.29	78	72	48
E.E.U.U.	NR	...	NR	...	...	...	...
Venezuela	114	1.39	100	1.06	97	97	93
Total♦	2076	1.21	1976	1.04	92	76	89

+ Tomados dentro de los 14 días del inicio de parálisis
♦ Excluye Canadá y los Estados Unidos

NR o ... - No reportado

Indicadores de vigilancia del sarampión para el período entre las semanas 01 a 52, 2001

País	% sitios notificando semanalmente	% casos con visita domiciliaria oportuna	% casos con muestra de sangre adecuada	% de muestras recibidas <= 5 días	% resultados de laboratorio <= 4 días	% casos descartados por laboratorio	número de municipios activos
Argentina	100	27	97	78	85	98	0
Bolivia	96	98	99	70	78	99	0
Brasil	78	56	65	52	73	98	0
Canada	...	...	...	...	...	...	...
CAREC	99	99	62	15	89	75	0
Chile	95	77	97	73	92	100	0
Colombia	83	60	97	66	78	98	0
Costa Rica	...	100	0	...	...	6	0
Cuba	98	100	100	...	0	0	0
Republica Dominicana	0	100	94	65	88	98	0
Ecuador	93	65	98	86	90	98	0
El Salvador	64	36	98	88	92	99	0
French Guiana	...	...	...	...	...	...	0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	0
Guatemala	48	99	100	61	84	100	0
Haití	...	4	96	84	72	73	0
Honduras	88	92	98	54	94	100	0
Martinique	...	...	...	...	...	...	0
México	...	83	83	18	9	100	0
Nicaragua	100	81	97	64	79	100	0
Panamá	82	54	94	70	77	99	0
Paraguay	87	84	95	72	95	100	0
Perú	93	95	97	72	85	97	0
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...	0
Uruguay	44	30	85	90	75	100	0
E.E.U.U.	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	93	97	96	34	85	99	8
Total y Promedio	86	61	71	54	74	95	8

NR o ... - No reportado

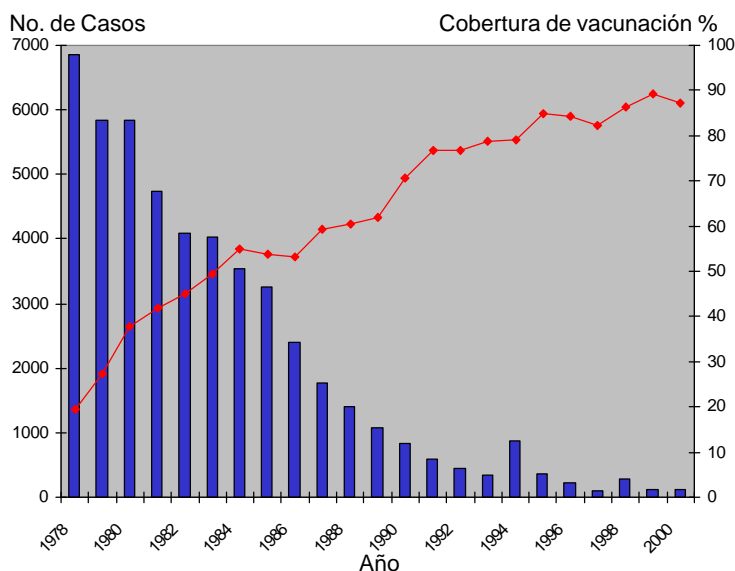
Incidencia de difteria y cobertura en las Américas

El número de casos de difteria permanece bajo con una tendencia descendente significativa que comenzó en 1978. La cobertura de vacunación con la tercera dosis de DPT en niños bajo 1 año de edad era del 20% en 1978. La cobertura de vacunación recomendada para DPT ha sido de $\geq 95\%$.

Como resultado del incremento de las coberturas de vacunación, el número de casos reportados de difteria ha disminuido de 5.857 en 1978, a 113 casos en el año 2000. Sin embargo, la falta en mantener niveles altos de coberturas de DPT3 puede resultar en su resurgimiento, como ocurrió en las repúblicas que formaban parte de la Unión Soviética, cuando bajó la cobertura. Recientemente han ocurrido brotes en las Américas: en Ecuador, entre 1994 y 1995, se reportaron un total de 724 casos, y más recientemente en Colombia en el 2000, se notificaron 8 casos.

El grupo más afectado en el brote de Colombia fueron adultos < 20 años de edad. Sesenta y dos por ciento de estos casos tenían un esquema de vacunación incompleto. Los ocho casos confirmados provenían de sectores marginados.

Figura 1
Cobertura de vacunación con DPT3 en niños < 1 año de edad & número de casos notificados de difteria, por año Las Américas, 1978-2000



Fuente: Informes de país

Continuación de la pg. 4

la coordinación del envío de muestras al laboratorio regional de referencia para la realización de pruebas apropiadas, como la prueba de neutralización. Cabe señalar que, en estos casos, no conviene realizar la prueba ELISA a fin de determinar la presencia de IgG porque habría que realizar titulaciones diferenciales entre muestras.

Por último, los gerentes de programas nacionales deben comprender que la presencia de casos IgM-positivos aislados

y esporádicos clasificados como casos confirmados de sarampión no representa una falla del programa nacional de erradicación. Cabe prever que se produzcan casos esporádicos; por ejemplo, una importación, aunque no se pueda demostrar que se trata de un caso importado. La presencia de un caso confirmado esporádico que no lleve a una transmisión ulterior de la enfermedad debe considerarse como un indicador del éxito del programa. De hecho, a la larga será el único indicador de éxito.

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>

Editor: Ciro de Quadros
Editor Adjunto: Mónica Brana

ISSN 0251-4729