



Boletín Informativo PAI

Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXV, Número 1

PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS

Febrero 2003

19 semanas sin notificación de transmisión del virus del sarampión d9 en el continente americano!

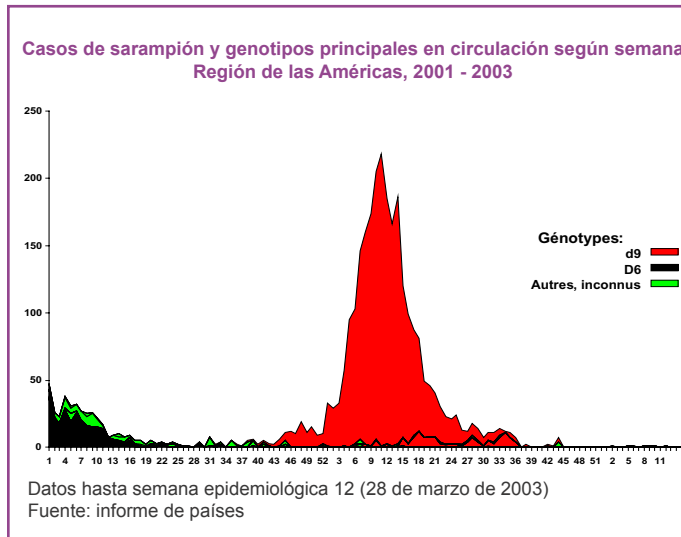
En 1994, la Región de las Américas adoptó la meta de la erradicación del sarampión. El plan regional de acción para alcanzar esta meta se aprobó por unanimidad en 1995. El 28 de marzo de 2003 se han cumplido 19 semanas sin circulación del virus del sarampión d9 en el continente americano, lapso sin precedentes, certificadas mediante intensa vigilancia epidemiológica.

La estrategia de vacunación que recomienda la OPS consiste en: 1) una campaña nacional dirigida a los niños de edades comprendidas entre 1 y 14 años; 2) la vacunación de rutina de los niños de 1 año; 3) campañas nacionales de *seguimiento* cada 4 años, como máximo, dirigidas a los niños de edades comprendidas entre 1 y 4 años. Otros componentes claves de la estrategia son el monitoreo rápido de casa en casa de los esfuerzos de vacunación a nivel local y una activa vigilancia epidemiológica y virológica.

Entre 1997 y 2001, los casos confirmados de sarampión notificados en el continente americano se redujeron de 53.683 a 541, lo que constituye un récord. En septiembre de 2001, se interrumpió la circulación del virus autóctono del sarampión D6, que circulaba en la Región desde 1995 al menos y causó grandes brotes en Brasil, Argentina, Bolivia, la República Dominicana y Haití. Ese mismo mes se introdujo en Venezuela un nuevo genotipo de sarampión (d9), por un turista de Europa, el que se propagó a la vecina Colombia en enero de 2002. Al contrario de lo ocurrido en Venezuela, Colombia no tenía un grupo grande de niños susceptibles, y por ello el brote fue más fácil de controlar. Luego de intensas campañas de vacunación en ambos países,

quedó asimismo interrumpida la transmisión del virus d9 del sarampión. El último caso tuvo lugar en Carabobo, Venezuela, el 16 de noviembre de 2002. El número total de casos durante el brote fue de 2.501 en Venezuela y 140 en Colombia.

Al 28 de marzo de 2003, no se ha notificado ningún otro caso confirmado del virus del sarampión d9 en todo el continente americano, por 19 semanas, a pesar de los esfuerzos de vigilancia intensivos que incluyeron la notificación de 1,173 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 191 (16,3%) están aún siendo investigados, y 7 (0,6%) han sido confirmados. Se han notificado casos confirmados esporádicos de Canadá (4) y de los Estados Unidos (3).



Este logro sin precedentes es resultado del alto compromiso político mantenido por los países en la implementación de las estrategias contra el sarampión recomendadas por la OPS. Este hecho demuestra que la erradicación mundial del sarampión es una meta asequible. No obstante, quedan retos importantes. El sarampión sigue siendo endémico en otras regiones del mundo, y siguen dándose casos esporádicos en el continente

americano, fruto de importaciones. La mayoría de los países todavía no ha logrado la cobertura de vacunación antisarampionosa de rutina de 95% en todos los municipios. Vecindarios pobres y subatendidos de las grandes ciudades que atraen a migrantes de origen rural corren un riesgo especial de brotes de sarampión en caso de reintroducción del virus. Por ello, los países de las Américas están comenzando intervenciones de vacunación dirigidas especialmente a los residentes de estas zonas.

En esta edición:

19 semanas sin notificación de transmisión del virus del sarampión d9 en el continente americano!.....	1	actividades de salud infantil: el caso de Nicaragua.....	5
La importancia de asegurar datos de calidad y fehacientes en los programas de vacunación	2	Vigilancia del sarampión en las Américas: Datos finales de vigilancia del sarampión, 2002.....	7
Colaboración entre el programa ampliado de inmunización y las		Haití lanza iniciativa para eliminar el tétanos materno y neonatal.....	8

La importancia de asegurar datos de calidad y fehacientes en los programas de vacunación

El año pasado, HVP/OPS publicó en el Boletín Informativo PAI varios artículos sobre la calidad de los datos. Su objetivo era destacar la importancia de que la información recopilada y empleada en el PAI sea de la máxima calidad. En el presente artículo ampliamos el debate sobre la calidad de los datos a aspectos relacionados con el cálculo de la cobertura. Aun así, y dado el nuevo énfasis de la OPS en la evaluación de la calidad de los datos, los gestores nacionales han de velar porque los datos usados para calcular la cobertura sean de la máxima calidad. Por último, este artículo se centra en cuestiones relativas a la gestión y ulterior utilización de los datos para calcular la cobertura. No aborda temas o actividades relacionadas con el propio aumento de la cobertura.

Lograr elevados niveles de cobertura de vacunación, superiores a 95% por vacuna, es fundamental para alcanzar las metas regionales de erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación. En consecuencia, la capacidad de medir con exactitud y luego vigilar los niveles de cobertura de vacunación es crucial para asegurar y documentar que se alcanzan dichas metas, lo que quiere decir que las prácticas locales de registro de los niveles deben ser eficaces y exactas. Además, los datos usados para evaluar los niveles de cobertura deben ser de buena calidad y la metodología empleada para calcular la cobertura debe ser viable y apropiada para la situación.

En general, los países de la Región comunican cada año a la OPS los niveles nacionales de cobertura basándose en el denominado Método Administrativo (dosis administradas), que la OPS sigue recomendando para calcular los niveles de cobertura y que, durante muchos años, ha brindado cálculos nacionales oficiales de cobertura que han sido cruciales para seguir el progreso del PAI a escala nacional y regional. El método consiste en dividir el numerador, es decir, el número de dosis de vacuna administradas, por un denominador igual a la población que debería haber recibido esta dosis de vacuna. Esto se recomienda para garantizar la uniformidad de la notificación y promover la colaboración entre los niveles de supervisión y de gestión. A partir de las cifras de población regionales, la OPS calcula los niveles regionales de cobertura para todas las vacunas del PAI.

Además, en estos últimos años, la OPS viene solicitando que los programas nacionales vigilen la cobertura mediante otras dos mediciones: 1) la proporción de municipios con un nivel de cobertura dado, por ejemplo, 95%; y 2) la proporción de niños de un grupo de edad determinado que viven en un municipio que tiene, al menos, ese nivel de cobertura. Esto refleja las metas regionales de los niveles locales de cobertura $\geq 95\%$. Por ejemplo, para la eliminación del sarampión, los países deben vigilar la proporción de municipios que alcanzan una cobertura $\geq 95\%$ y la proporción de niños de edades comprendidas entre 12 y 23 meses que viven en un municipio que tiene, al menos, una cobertura contra el sarampión de 95%. En condiciones ideales, estas tres mediciones de la cobertura deben coincidir. Lamentablemente, este no siempre es el caso.

La cobertura nacional notificada por país para la vacuna antisarampionosa en el año 2001 es elevada: 95% de los niños de edades comprendidas entre 12 y 23 meses en toda la Región. Sin embargo, esta cifra está en desfase con la proporción de municipios que alcanzan una cobertura antisarampionosa elevada (57%) y con la proporción de niños que viven en un municipio que tiene una cobertura contra el sarampión igual o superior al 95% (61%). Algunos países con cobertura antisarampionosa igual o superior al 90% tienen una proporción baja tanto de niños como de municipios con cobertura elevada. En realidad, aunque se calcula que la cobertura regional fue de 95% en el año 2001, sólo 7.525 (57%) de 13.302 municipios de 17 países notificantes alcanzaron la cobertura de $\geq 95\%$. Además, sólo 5.419.388 (61%) de 8.917.765 niños de un año de edad viven en municipios con una cobertura de $\geq 95\%$.

La falta de concordancia de estas cifras es preocupante. Estas discrepancias quizá se deban sencillamente a las diferencias inherentes al cálculo de las mediciones pero algunas de ellas pueden representar verdaderos errores debidos a deficientes prácticas de registro, que pueden, por sí mismos, ser reflejo del manejo deficiente de los servicios de vacunación. Estos problemas podrían conllevar errores de los cálculos de las dosis administradas. Ya que este es el método preferido para calcular la cobertura para vigilar nuestros objetivos de vacunación, es imperativo emprender esfuerzos para mejorar todos los aspectos del manejo de datos, empezando por el registro y siguiendo, lo que es muy importante, por su análisis y ulterior utilización a nivel local para que se opere el necesario cambio. Así se garantizan datos exactos y, en último término, que los niños reciban las vacunas que necesitan. Para alentar a los gerentes nacionales a que hagan más hincapié en las cuestiones de la calidad de los datos del PAI, presentamos aquí elementos de debate sobre los posibles sesgos y errores en la notificación y el cálculo de la cobertura, sobre lo que puede hacerse para remediar un problema que se presente, sobre lo que la OPS está actualmente haciendo para ayudar a los gerentes a mejorar las prácticas locales y validar la calidad de sus datos, y sobre los criterios que pueden aplicar con vistas a seleccionar el método apropiado para calcular la cobertura que mejor se adapte a su propia situación.

A. Posibles riesgos (referirse al recuadro sombreado)

B. Posibles soluciones

Los gerentes locales deben velar por las buenas prácticas de registro en todos los centros de salud. Para ello son cruciales las buenas prácticas de gestión y la supervisión capacitante en forma frecuente. Hay que hacer todo tipo de esfuerzos para garantizar la exactitud de los datos de vacunación a nivel local. En las visitas de supervisión se procederá a revisar los datos de las dosis administradas y a corregir las prácticas que condujeron a errores. Hay que esforzarse por evaluar y mejorar la exactitud tanto del numerador (las dosis administradas) como del denominador (la población). Los actuales esfuerzos de supervisión en Bolivia

Discrepancia entre las tres medidas de cobertura de vacunación

Como ya hemos dicho, la discrepancia puede atribuirse en parte a las diferencias inherentes al cálculo de las tres mediciones distintas de la cobertura.

1. La proporción de municipios con cobertura elevada

Este cálculo puede resultar problemático si se da el mismo peso en los cálculos a municipios con distinta densidad de población. Puede ocurrir que un país tenga muchos municipios de pocos habitantes con una cobertura entre baja y moderada, y sólo unos pocos municipios de muchos habitantes con cobertura muy elevada. En tal caso, la cobertura nacional, promedio de todos los municipios, podría ser elevada, si bien la mayoría de los municipios tendría cobertura baja. Este suele ser el caso de los países con poblaciones dispersas, de difícil acceso.

2. La proporción de niños que vive en municipios con cobertura elevada

Un problema para el cálculo de esta medición de la cobertura es que los niños que viven en un municipio pueden vacunarse en otro municipio cercano. Puede darse así, que un país tenga en realidad una cobertura muy elevada y la gran mayoría de sus niños vacunados, pero que sólo unos pocos municipios notifiquen cobertura elevada en razón de las prácticas de registro; es decir, el municipio de residencia no tendría conocimiento de que sus niños se habían vacunado. En tales situaciones, la cobertura notificada por el municipio estaría subestimada a pesar de la elevada cobertura nacional. Además, algunos niños se vacunan en el sector privado, lo cual desconocen los gerentes nacionales y por consiguiente no queda incluido en los cálculos de cobertura.

3. Datos sobre las dosis administradas

En primer lugar, los datos sobre las dosis administradas (el numerador) pueden ser inexactos por varias razones. El registro inadecuado, es decir, no registrar las dosis administradas, puede ocasionar que se infravalore la cobertura. Las dosis administradas pueden estar artificialmente hipervaloradas por diversas razones. Asimismo, los niños pueden vacunarse sin que se registre la dosis, durante una campaña o cuando un niño acude al consultorio sin su tarjeta de vacunación y se le considera no vacunado, por lo cual se le vuelve a vacunar.

En segundo lugar, las cifras de población (el denominador) suelen no estar actualizadas o ser poco realistas, pues muchos países no realizan censos con regularidad. Además, debido a los cambios políticos y sociales en la Región, en muchos países ha habido migración interna. La migración de las zonas rurales a las urbanas conduce a que se hipervaloren las cifras de población de las zonas rurales, es decir, a un denominador exagerado que hace que se subestime la cobertura en dichas zonas, como también conlleva una cifra subestimada de la población urbana, es decir, un denominador inferior a la realidad que da por resultado una sobreestimación de la cobertura urbana.

Independientemente del sesgo comentado, una implicación importante de cualquier error es que los gerentes locales quizá no estén examinando y luego usando sus propios datos para dirigir sus programas. De modo similar, los gerentes de nivel más alto, provincial o nacional, quizá no estén revisando adecuadamente la información recibida del nivel local ni realizando un análisis de la situación en diferentes ámbitos de su responsabilidad.

consisten en comparar las diversas fuentes de información sobre el número de dosis administradas en un consultorio: por ejemplo, el número registrado en las tarjetas de vacunación con el número notificado por el consultorio y con el número notificado por el nivel administrativo superior. Si la proporción de error es inferior a 10%, es decir, si hay concordancia de al menos 90%, la cifra se considera adecuada para las necesidades programáticas. En todos los casos, se identifican y se corrigen los problemas y el centro vuelve a visitarse con regularidad hasta que la situación mejora. Del mismo modo, en algunos estados del sur de México, los gerentes locales evalúan la exactitud de los datos de población comparando las cifras locales de los datos del censo, si existen, con los datos de cobertura de DTP1 y BCG, y con las cifras de población de otras fuentes como el programa contra la malaria, el programa prenatal, etc. La cifra de población se considera fiable si hay concordancia de al menos 90% entre todas las fuentes. En Brasil, la comparación de los niveles de tasa de abandono con los de cobertura brinda valiosos controles “reales” sobre la posible exactitud de los datos de cobertura local. Su énfasis en fomentar

el análisis de datos a nivel local ayuda a extender el proceso de descentralización y fortalecer el aumento de la capacidad local.

Además, la existencia de municipios con cobertura superior a 100% debe alertar sobre la probabilidad de errores en el cálculo de la cobertura. Hay que ver con escepticismo tales niveles de cobertura, que deben evaluarse críticamente. Hay que comparar las tasas de abandono (entre DTP1 y antisarampionosa) con los niveles de cobertura. Las elevadas tasas de abandono (>5%) no pueden ser paralelas a una elevada cobertura.

Más difícil es corregir los sesgos (ver recuadro) de los cálculos de la cobertura por municipio y de la proporción de niños que viven en municipios con cobertura elevada. En municipios grandes o muy poblados quizá sea prudente vigilar la cobertura a escala de la comunidad o la localidad. La coordinación y la comunicación intermunicipales son el primer paso y deben aumentarse. Algunas autoridades locales de Brasil han propuesto que los municipios vecinos que vacunen a los niños del otro municipio combinen su información y notifiquen los niveles intermunicipales de cober-

tura. La clave para llegar a una solución es que los municipios creen microplanes de acción para hacer frente a la baja cobertura. Por último, los gerentes deben coordinarse con el sector privado para que los niños vacunados fuera del sector público se incluyan en los cálculos oficiales de cobertura en su zona.

C. Planes a futuro

Actualmente la OPS está preparando una herramienta para uso sobre el terreno, durante las visitas de supervisión para evaluar la calidad de los datos locales. Esta herramienta se basa en el trabajo realizado en Bolivia y en México para validar la información sobre vacunación que se emplea en los cálculos de la cobertura. Consiste, básicamente, en que un supervisor y un gerente de centro colaboren en la comparación de la información sobre las dosis administradas procedente del registro del centro de salud con la de diversas fuentes, para verificar la coherencia de los informes. Asimismo, se comparan diferentes fuentes de datos sobre la población local, como datos del censo, de registros de nacimiento o de los programas de malaria y de nutrición, para validar el denominador empleado en los cálculos de la cobertura. De modo análogo, se estudian los datos sobre las dosis administradas de BCG y de DPT1, así como las tasas de incumplimiento, para ver si las cifras locales de población son razonables. Estas actividades dan indicaciones sobre la exactitud de los datos y su fiabilidad para su utilización en los cálculos de la cobertura.

Nota editorial: Alcanzar elevados niveles de cobertura es un objetivo fundamental de la OPS y de los programas nacionales del PAI. Se necesitan métodos para vigilar el progreso hacia el logro de una cobertura elevada, que queda definida por las tres mediciones actualmente empleadas en la Región. Es muy importante interpretar estas medidas de cobertura juntas y no aisladamente. Las incongruencias en los cálculos de cobertura exigen evaluar detalladamente la situación. Los gerentes deben entender que los datos nacionales representan un promedio y pueden ocultar grandes variaciones locales. Por lo tanto, el principal foco de interés de las actividades será el monitoreo local de la cobertura.

El presente artículo resalta los ámbitos posiblemente problemáticos en el manejo local de los datos que, si no se corrigen, podrían conllevar cálculos inexactos de la cobertura y, en último término, acciones de vacunación inapropiadas o inadecuadas. La evaluación regular de las prácticas de registro y de la calidad de los datos a nivel local debe convertirse en un componente integral de las prácticas de gestión y formar parte de todas las visitas de supervisión. Esperamos que la herramienta que la OPS está poniendo a punto sirva de orientación sobre cómo evaluar rápidamente la calidad de los datos y sobre si se necesitan actividades para mejorarla.

Además de reflexionar sobre la calidad de los datos, cabe preguntarse cómo calcular la cobertura, es decir, ¿qué métodos emplear? La respuesta depende de cuál sea en realidad la información que se necesita. Si se requiere un nivel real de cobertura, los gerentes tienen dos opciones: servirse de los datos de las dosis administradas o realizar una encuesta. Como ya se ha dicho, la OPS recomienda recurrir a los datos de las dosis administradas. En general, las encuestas son lentas y costosas, y sus resultados suelen llegar tarde para brindar información útil, especialmente a nivel local. Sin embargo, a veces están indicadas, por ejemplo,

si no hay ninguna fuente para calcular la cobertura, o si los ministerios de salud tienen que confirmar la cobertura notificada, combinarla con encuestas sobre otras cuestiones sanitarias o responder a las solicitudes de donantes respecto a cálculos de la encuesta, etc. En cambio, si los gerentes quieren sencillamente saber si la cobertura es aceptable, por ejemplo, si es superior al 90%, el muestreo para verificación de la calidad de los lotes es un método excelente para determinar rápidamente y, en general, a bajo costo, si la cobertura es adecuada. Esta metodología indica la probabilidad de que la cobertura de una zona esté por encima o por debajo de un nivel predeterminado, pero no permite determinar el nivel real de cobertura.

Si los gerentes tienen que vigilar el progreso a lo largo del tiempo, lo más conveniente son los datos de las dosis administradas. Si se precisa evaluar rápidamente si las actividades locales de vacunación están realizándose adecuadamente, o la necesidad de vacunar o de orientar las actividades de vacunación durante una campaña o bien en los servicios habituales, la herramienta de monitoreo rápido creada por la OPS es una solución excelente. Aunque no proporciona un cálculo de la cobertura, es decir, no puede calcularla, es sumamente útil ya que puede brindar información sobre si los niños están realmente vacunados y, a través de los padres, sobre por qué no lo están; además se recoge la opinión de los padres sobre la calidad de los servicios de vacunación.

Cada uno de estos métodos tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Los gerentes deben tener claro lo que se necesita y las limitaciones de cada método. Para alcanzar los objetivos de cobertura del PAI, los datos de las dosis administradas junto con la evaluación del monitoreo rápido en las visitas de supervisión y adiestramiento proporcionarán la información necesaria. Los datos exactos de las dosis administradas junto con los datos del denominador sobre la población pueden arrojar la información necesaria para medir eficazmente y vigilar la cobertura. La herramienta de monitoreo rápido informa sobre la presencia de niños sin vacunar en la comunidad y las posibles razones de que no estén vacunados. Esta información es de gran utilidad a escala local porque indica si se necesitan actividades de vacunación y si las actividades anteriores han tenido éxito, por lo que es una excelente herramienta de supervisión tanto de las campañas como de las actividades corrientes.

En resumen, para calcular eficazmente la cobertura local, los programas nacionales del PAI deben asegurar primero la exactitud de los datos y las buenas prácticas de su gestión. La información debe usarse y analizarse para identificar los municipios de alto riesgo, es decir, aquellos con cobertura subóptima o con prácticas inadecuadas de gestión de datos. No obstante, también pueden usarse otros métodos para determinar las comunidades de alto riesgo mediante indicadores socioeconómicos, o zonas subatendidas como las periferias de las ciudades grandes, que atraen a los migrantes. Una vez identificados estos municipios, deben elaborarse y ponerse en práctica microplanes de acción para ellos. La evaluación local de la calidad de los datos debe formar parte de la supervisión, como también deben hacerlo el monitoreo rápido de la cobertura, de casa en casa, y las actividades de búsqueda activa de casos, en centros de salud y en la comunidad

Colaboración entre el programa ampliado de inmunización y las actividades de salud infantil: el caso de Nicaragua

Nicaragua tiene una amplia experiencia y tradición en la realización de actividades intensivas de vacunación, a través de las llamadas Jornadas Nacionales de Salud, que se han desarrollado desde los inicios de los años 80. Gracias a estas acciones masivas, se logró eliminar la poliomielitis desde 1981, los últimos casos de difteria y sarampión se presentaron en 1987 y 1994 respectivamente y el resto de las enfermedades prevenibles por vacunación se encuentran en niveles de control en los últimos 10 años. El programa nacional de inmunización de Nicaragua tiene dos estrategias principales: la vacunación rutinaria dentro del sistema de servicios de salud y las Jornadas Nacionales de Salud, con el objetivo de administrar simultáneamente todos los antígenos que hacen parte del esquema de vacunación del país dentro de un período de 3-4 semanas.

El Ministerio de Salud de Nicaragua a aprovechado la amplia movilización social y de recursos del sector para ampliar el ámbito de acción de las Jornadas, incluyendo acciones concretas de alto impacto como la suplementación de Vitamina A, la administración de antiparasitarios y actividades de promoción de la salud y control específico, de acuerdo con las prioridades y situación epidemiológica del país, por ejemplo el control del cólera en los años 90 y, recientemente, acciones de saneamiento básico y control de vectores en apoyo a la lucha contra el dengue.

Las autoridades sanitarias incluyeron dentro de sus prioridades a las enfermedades carenciales, así lo demuestran los esfuerzos realizados para conocer la situación de deficiencia de vitamina A en la población infantil, dado el impacto y secuelas de esta alteración

en la población. La primera encuesta a gran escala se realizó en 1966, con apoyo del Instituto de Nutrición de América central y Panamá (INCAP) de la OPS, en la que se encontró una prevalencia de hipovitaminosis A (niveles de retinol sérico $< 20\mu\text{g}/\text{dl}$) de 22%

en áreas rurales, 18,0% en los niños de 1 a 4 años y 10,8 en la ciudad de Managua; el 75% de las familias del área rural consumía menos del 50% de las recomendaciones dietéticas diarias de vitamina A. Un estudio realizado en 1989 en la Región IV demostró que el 17% de mujeres embarazadas tenía niveles séricos menores a $20\mu\text{g}/\text{dl}$. En 1993 se realizó la primera Encuesta Nacional de Micronutrientes, la que demostró que el 7,9% de la población de 12 a 59 meses de edad tenía deficiencia severa de vitamina A (retinol sérico $< 10\mu\text{g}/\text{dl}$) y el 23,4% presentaba deficiencia moderada. La prevalencia total de retinol sérico en valores menores a $20\mu\text{g}/\text{dl}$ (indicador de deficiencia subclínica de vitamina A) fue de 31,3%.

Estos resultados permitieron tomar la determinación de incluir la suplementación de

vitamina A como una actividad adicional y obligatoria en las Jornadas Nacionales de Salud (JNS). A partir de la primera JNS de 1994, se inicia su administración y recientemente se agrega su administración a mujeres postparto.

A partir de 1999 se ha iniciado la suplementación de vitamina A en las unidades de salud como parte de las acciones rutinarias de los servicios. Sin embargo, la proporción de dosis administradas con esta estrategia en el grupo de 6 a 59 meses representa menos del 2% del total global de las dosis administradas. Por el contrario, el porcentaje de dosis suplementarias durante el puer-

Suplementación con vitamina A en los contactos de vacunación y de otros servicios de salud a los niños de 6 a 59 meses de edad y las madres hasta 6 semanas después del parto

Guía para personal de salud



SEGUNDA EDICIÓN 2001

PAHO/HPN/HVP/01.2
Original: Inglés
Distribución: General



DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN Y
DIVISIÓN DE VACUNAS E INMUNIZACIÓN DE LA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

perio es considerablemente mayor en las actividades rutinarias, representando entre el 52 y 81% de las dosis administradas a este grupo. Basado en el ENDESA del 2001, el 65,3% de niños de 6-59 meses habían recibido dosis de vitamina A durante los últimos seis meses, mientras tanto el 26,7% de madres habían recibido una dosis postparto.

En el año 2000 se realizó la segunda Encuesta Nacional de Micronutrientes. En esta ocasión se encontró que la proporción de niños de 1 a 4 años que presentaban niveles inferiores a < 20µg/dl de retinol fue de 8,8, mientras que el 10,9% de las madres

de niños lactantes presentaban niveles inferiores a 30µg/dl. Estos valores representan una reducción del 71,8% en la deficiencia de vitamina A en niños de 1 a 4 años respecto a la primera Encuesta Nacional de Micronutrientes.

Fuente: Dr. Juan José Amador (Departamento de Salud Ambiental y Epidemiología, Ministerio de Salud/MS, Nicaragua), Dr. Omar Malespín (Departamento de Vacunación, MS, Nicaragua), Dr. Antonio Largaespada (Departamento de Nutrición, MS, Nicaragua), Miguel Mejía y Teresa Guerrero (Departamento de Estadísticas, MS, Nicaragua), Dra. Gloria Elena Navas (Nutrición, OPS/Nicaragua) y Dr. Raúl Montesano (Inmunización, OPS/Nicaragua).

Países de sudamérica ponen en marcha una semana de vacunación conjunta en junio - Grupo objeto: población de alto riesgo

Hasta el 28 de marzo de 2003 (consultar el artículo de la página 1, *Boletín Informativo del PAI*, febrero de 2003), no se ha notificado ningún caso confirmado de sarampión en las Américas, lo que constituye un lapso histórico de 19 semanas. Este éxito se debe en gran parte a la ejecución de actividades complementarias de vacunación en toda la Región, así como al fortalecimiento de los niveles de cobertura sistemática. Con la finalidad de mantener los logros de los programas nacionales de vacunación en América del Sur, y en respuesta a los brotes de sarampión ocurridos en Venezuela y Colombia en 2002, los ministros de salud de la Región Andina y de Chile, firmaron un convenio, el *Convenio de Sucre*, el 23 de abril de 2002. El Convenio estipula una serie de medidas concretas para prevenir la regionalización del brote de sarampión que estaba afectando a Venezuela y a Colombia en ese momento, y además para fortalecer los programas nacionales de vacunación. Una recomendación puntual del *Convenio de Sucre* era la ejecución simultánea, a partir de 2003, de una semana anual de vacunación nacional; en esta semana se haría hincapié en llegar a los grupos de población de alto riesgo dentro de cada país.

La semana de vacunación en América del Sur

- **Fecha:** primera semana de junio de 2003
- **Países participantes:** Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Objetivo

- Vacunación con varios antígenos, de niños y de mujeres en edad fértil que viven en zonas de alto riesgo, en especial los que residen en zonas urbanas marginales, en zonas fronterizas entre países y en comunidades indígenas.

Población objeto

- Aproximadamente, 4,3 millones de niños menores de 5 años de edad y 1,1 millones de mujeres en edad fértil que viven en zonas de alto riesgo.

Organización

- Cada país participante ha formado un comité coordinador nacional y un comité operativo para dirigir la campaña, con el apoyo de la OPS.
- Los países definirán las actividades que se realizarán durante esa semana, de acuerdo a sus prioridades nacionales y a las zonas expuestas al riesgo de brotes.
- Cada país está designando coordinadores para las zonas fronterizas, a objeto de acelerar el intercambio de la información de cobertura y determinar cuáles son las unidades territoriales que se están abarcando con la Semana de Vacunación.

Supervisión

- La supervisión sobre el terreno será una actividad prioritaria e incluirá el monitoreo rápido de casa en casa en todas las comunidades objeto, para evaluar la eficacia de las campañas de vacunación. También se llevará a cabo la búsqueda activa de los casos de sarampión.

Indicadores estándar de desempeño durante la Semana de Vacunación en América del Sur

1. Cobertura administrativa lograda: meta de 95%.
2. Proporción realizada de la evaluación planificada de monitoreo rápido: meta de 90%.
3. Proporción de zonas con evaluación de monitoreo rápido que mostraron 95% de niños vacunados: meta de 95%.
4. Proporción realizada de la evaluación planificada de monitoreo rápido de la campaña de información: meta de 90%.

Evaluación

- La evaluación final de la Semana de Vacunación tendrá lugar durante la reunión subregional para los gerentes de los programas nacionales de vacunación de países sudamericanos programada para la primera semana de septiembre de 2003.

Vigilancia del sarampión en las Américas

Datos finales de vigilancia del sarampión, 2002

País	Datos finales 2002					Total casos confirmados 2001
	Total de casos sospechosos notificados	Descartados	Casos confirmados			
			Clinica	Por laborat. y nexos epidemiológico	Total	
Bolivia	906	906	0	0	0	0
Colombia	4914	4882	17	123	140***	1
Ecuador	766	766	0	0	0	2
Perú	1705	1705	0	0	0	0
Venezuela	7525	5133	0	2392	2392	115
Brasil	23950	21712	0	1	1**	1**
Belice	38	38	0	0	0	0
Costa Rica	16	16	0	0	0	0
El Salvador	296	296	0	0	0	2**
Guatemala	447	447	0	0	0	0
Honduras	430	430	0	0	0	0
Nicaragua	409	409	0	0	0	0
Panamá	530	530	0	0	0	0
Anguila	7	7	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	0	0	0	0	0	0
Bahamas	4	4	0	0	0	0
Barbados	17	17	0	0	0	0
Islas Caimán	0	0	0	0	0	0
Dominica	0	0	0	0	0	0
Granada	18	18	0	0	0	0
Guyana	45	45	0	0	0	0
Jamaica	262	262	0	0	0	0
Montserrat	0	0	0	0	0	0
Antillas Holandesas	...	...	...	...	...	0
Saint Kitts y Nevis	2	2	0	0	0	0
Santa Lucía	0	0	0	0	0	0
San Vicente y las Grana.	2	2	0	0	0	0
Suriname	19	19	0	0	0	0
Trinidad y Tobago	38	38	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	3	3	0	0	0	0
Islas Vírgenes Británicas	6	6	0	0	0	0
I. Vírgenes de los EE-UU	...	...	...	...	...	0
Cuba	919	741	0	0	0	0
República Dominicana	739	739	0	0	0	113
Guayana francesa	...	...	...	...	...	...
Guadalupe	...	...	...	...	...	...
Haití	54	54	0	0	0	159
Martinica	...	...	...	...	...	...
Puerto Rico	...	...	...	...	...	0
México	1633	1633	0	0	0	3**
Bermuda	...	...	...	...	...	0
Canadá	6	0	0	6**	6**	34**
Estados Unidos	49	13	0	42*	42*	109**
Argentina	492	492	0	0	0	0
Chile	109	109	0	0	0	0
Paraguay	276	276	0	0	0	0
Uruguay	11	11	0	0	0	0
Total	46,643	41,761	17	2,564	2,581	539

... Sin información

* Datos provisionales

** Debido a una importación (caso de Brasil debido a una importación del Japón)

*** 53 casos importados

Fuente: MESS/HVP excepto para Brasil, Canadá, Cuba y los EUA

Puesto al día: 3 de abril de 2003

Haití lanza iniciativa para eliminar el tétanos materno y neonatal

En Haití, cuya población es de unos 8 millones de habitantes, ocurrieron casi 50% de los casos de tétanos materno y neonatal que se notificaron en América Latina (población total calculada: 355 millones) en los últimos tres años (figura 1). La mayoría de estos casos están ocurriendo en madres multíparas, que no han recibido atención prenatal, que dan a luz en casa y que no estaban vacunadas contra el tétanos. Las encuestas anteriores revelaban una subnotificación generalizada, por lo que el número real de casos podría ser 10 veces mayor que los notificados. Además de las condiciones socioeconómicas y de vigilancia epidemiológica difíciles, así como del desarrollo limitado del sistema de salud del país, parte del problema proviene de que el programa de vacunación regular abarca solamente una proporción pequeña de mujeres en edad fértil. Una encuesta llevada a cabo en 2000 reveló que sólo 25% de las embarazadas habían recibido dos dosis de toxoide tetánico (TT).

En respuesta, el Ministerio de Salud estableció la meta de la eliminación del tétanos materno y neonatal en 2005, y adoptó la meta mundial del FNUAP, el UNICEF y la OMS. Para alcanzar esa meta, adaptará las estrategias mundiales a las condiciones locales, con la finalidad de vacunar a todas las mujeres en edad fértil, promover los partos en condiciones higiénicas adecuadas, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica. Al principio, estas iniciativas se destinarán a 1,4 millones de mujeres en edad fértil que viven en 59 distritos de alto riesgo

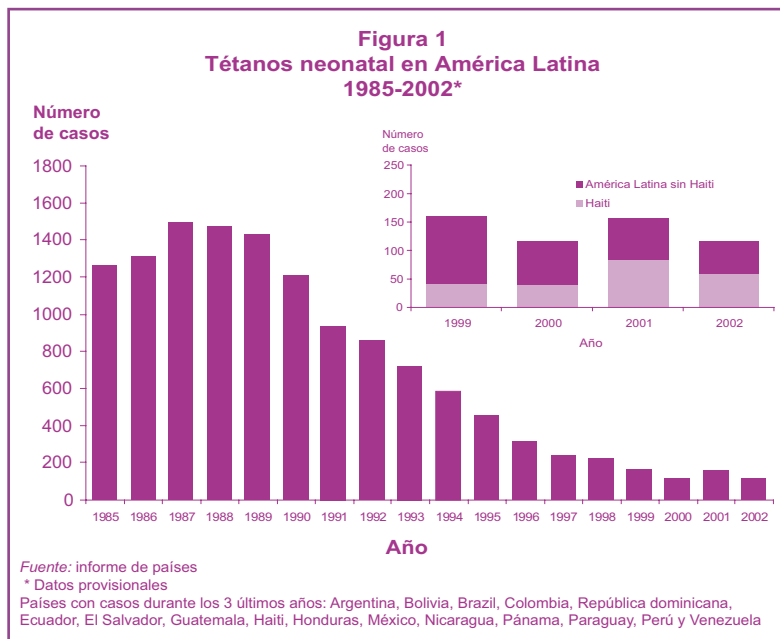
(el país tiene 133 distritos y un total de 2,1 millones de mujeres en edad fértil).

Ya ha empezado el trabajo sobre el terreno y las actividades de vacunación actualmente se dirigen a 50.000 mujeres en edad fértil. Además de la vacunación, los esfuerzos de la primera fase se están centrando en seleccionar las estrategias que permitirán llegar hasta un número mayor de mujeres y en un análisis de las

condiciones que facilitan u obstaculizan la vacunación en las zonas urbanas densamente pobladas, así como en las zonas periurbanas y rurales. Durante esta primera fase, se probarán sobre el terreno los materiales para capacitación, comunicación de masas, supervisión, además de recopilación y análisis de datos.

Antes del inicio de la segunda fase (de septiembre a noviembre de 2003), que está dirigida a 200.000 mujeres en edad fértil, las actividades de seguimiento determinarán que se alcanzó una cobertura de $\geq 90\%$ en la población destinataria. También se ha previsto un análisis

de las estrategias más eficaces y de sus costos. Las autoridades sanitarias están procurando incorporar rápidamente lo que se aprendió y la experiencia adquirida en el uso de herramientas, a la ejecución de la segunda fase. La iniciativa para eliminar el tétanos materno y neonatal cuenta con el respaldo del Comité Coordinador Interinstitucional (AIQC) del Programa de Vacunación de Haití.



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: Gina Tambini
Editor Adjunto: Monica Brana

ISSN 0251-4729