

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXVII, NÚMERO 4 ► AGOSTO DE 2005

- 1 XVIII Reunión de la Región Centroamericana
- 1 Enfermedades diarreicas en Centroamérica
- 2 Eliminación de la rubéola y el SRC: contribuyendo a la renovación de la APS
- 4 Esquemas de vacunación 2005: el Caribe, Canadá y los EUA
- 7 Datos de vigilancia del sarampión/rubéola, 2004

XVIII Reunión de la Región Centroamericana, México y el Caribe Latino sobre enfermedades prevenibles por vacunación

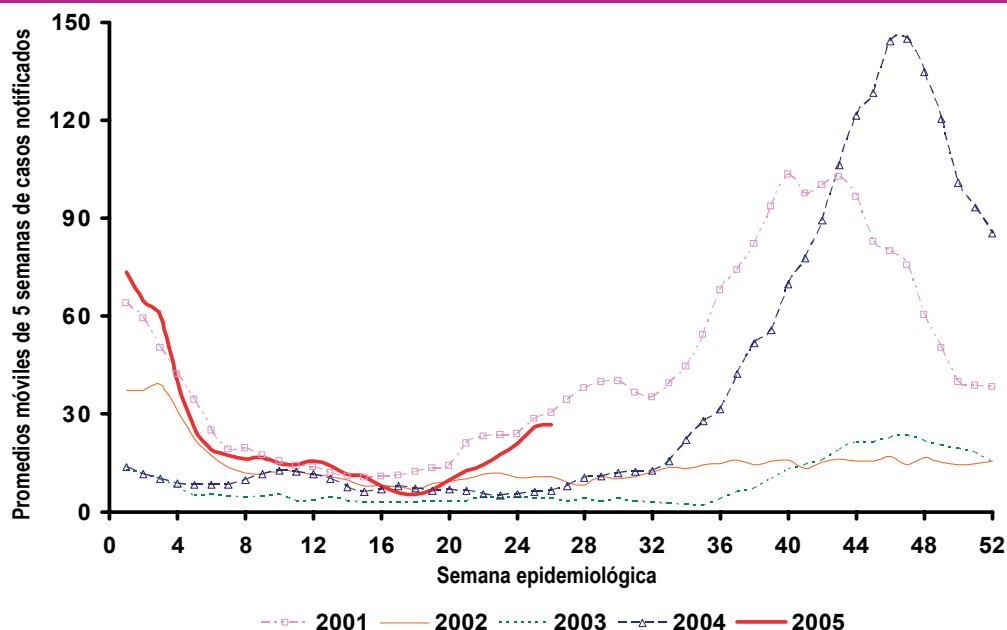
La XVIII Reunión sobre enfermedades prevenibles por vacunación de la Región Centroamericana, México y el Caribe Latino se llevó a cabo en Antigua Guatemala, Guatemala, los días 6 y 7 de junio de 2005. Los principales objetivos de esta reunión fueron:

- Revisar la situación actual y el progreso de los países hacia la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC);
- Discutir la situación de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA), tos ferina, difteria, y del tétanos neonatal (TNN); y
- Analizar la situación y perspectivas de la introducción de la vacuna contra influenza y las nuevas vacunas.

Sarampión, rubéola y SRC

En 2003 y 2004 se notificaron aproximadamente 100 casos de sarampión cada año en las Américas, la mayor parte de estos casos se vincularon directa o indirectamente a virus importados de otras Regiones del mundo. La reciente experiencia de México con transmisión de virus del sarampión debe servir como un incentivo para que todos los países en la Sub-región mejoren sus coberturas de vacunación y su vigilancia como la mejor herramienta para protegerse de infecciones importadas. Altas coberturas con vacunas contra el sarampión, detección fiable, y un seguimiento exhaustivo de los casos sospechosos limitarán las consecuencias de importaciones del virus del sarampión.

Figura 1. Casos de rubéola en países seleccionados sin campaña de vacunación contra rubéola en adultos, América del Sur, 2001-2005*



* Incluye casos ingresados al Sistema de Vigilancia para la Eliminación del Sarampión (MESS) hasta la semana 31 de 2005. Países seleccionados son ARG, BOL, COL, PER y VEN.

Fuente: informes de los países

Enfermedades diarreicas en Centroamérica (enero a marzo de 2005)

Entre enero y marzo de 2005, los informes de epidemias de diarrea asociadas con defunciones de niños en varios países centroamericanos impulsaron a evaluar las tendencias de estas enfermedades en la subregión y llamaron la atención de los medios de comunicación. Se examinó el número de consultas semanales por diarrea en niños menores de 5 años de edad en cinco países centroamericanos (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua). Para determinar el agente causal, se analizaron muestras fecales de niños enfermos y, por último, se caracterizó el agente patógeno en el laboratorio de referencia regional de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Durante el primer trimestre de 2005, se observó un aumento en el número de consultas semanales por diarrea en niños de varios países centroamericanos (figura 1, página 6). Los países más afectados fueron El Salvador (febrero) y Nicaragua (marzo), donde los puntos máximos de la epidemia coincidieron con un aumento del número de hospitalizaciones y defunciones. Ambos países se declararon en estado de emergencia de salud y procedieron a investigar los brotes. En El Salvador, entre el 2 de enero y el 26 de febrero (semanas 1 a 10) de 2005, se notificaron un total de 63.275 casos, 8.360 ingresos a hospitales y 22 muertes de niños

Ver **ENFERMEDADES** página 6

La incidencia de la rubéola ha disminuido en un 98%, al pasar de 135.000 casos notificados en 1998 a 3.103 casos en 2004. Todos los países están realizando actividades para fortalecer la integración de la vigilancia de sarampión y rubéola. No obstante, aún debe mejorarse la investigación adecuada de los casos sospechosos. Tres cuartos (9/12) de los países de la Sub-región notifican semanalmente casos sospechosos de SRC. Es urgente fortalecer la vigilancia del SRC.

Vigilancia de PFA, tos ferina, difteria y TNN

Los países de las Américas continúan libres de la circulación autóctona del virus salvaje de la poliomielitis y siguen monitoreando las PFA. Todos los países participantes, excepto Costa Rica, Cuba, Haití y la República Dominicana, cumplen con el indicador de reportar al menos un caso de PFA por cada 100.000 menores de 15 años (dato para las últimas 52 semanas, 22/2004 a 21/2005). Todos, excepto Guatemala, Haití, México y la República Dominicana, cumplen con el indicador de coleccionar al menos una muestra adecuada de heces de cada caso de PFA (dato para las últimas 52 semanas, 22/2004 a 21/2005). El cumplimiento de estos

indicadores adquiere especial importancia pues la experiencia ha demostrado que los países con bolsones de bajas coberturas de VOP están en riesgo de brotes causados por el virus derivado de la vacuna y que el riesgo de importaciones de virus salvaje desde zonas endémicas a países que previamente estaban libres de polio se ha venido incrementando.

El número de casos de tos ferina reportados en Latinoamérica en los últimos años muestra una tendencia a disminuir, cayendo de 9.421 casos en 1999 a 3.883 en 2004. Durante esos años la cobertura de DPT3 en menores de 1 año ha sido entre 85% y 95%.

Haití y la República Dominicana son responsables por cerca del 50% de los casos de difteria notificados en los últimos cinco años. Los casos se presentan en poblaciones hacinadas, con bajos recursos y en personas que no han sido adecuadamente inmunizadas. Para analizar mejor estos brotes se necesita una mejor investigación epidemiológica de los casos.

El TNN ha sido eliminado como problema de salud pública en las Américas, donde una incidencia superior a un caso por 1.000 nacidos vivos sólo se presenta en menos del 1% de todos los municipios del continente.

Vacunas contra la influenza y nuevas vacunas

La OMS ha desarrollado lineamientos técnicos para la elaboración de los planes nacionales de preparación para una inminente pandemia de influenza. Los planes de preparación para combatir la influenza muestran un incipiente desarrollo pero necesitan seguimiento de manera urgente. La vacunación sistemática de grupos de riesgo contra influenza estacional se está implementando progresivamente en la Región.

El establecimiento de vigilancia epidemiológica y estudios de carga de enfermedad son fundamentales cuando se considera la introducción de nuevas vacunas. Otros aspectos para la introducción de vacunas son la percepción de riesgo, compromiso político, costo-efectividad, asuntos logísticos, vigilancia de posibles eventos adversos atribuibles a la vacuna, adecuado pronóstico de la demanda de vacuna y alianzas estratégicas. Así mismo, los países deberán determinar los mecanismos financieros previstos para asegurar la sostenibilidad de la introducción de la vacuna ■

Estrategia de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita: contribuyendo a la renovación de la atención primaria

Antecedentes

A partir del éxito de la erradicación mundial de la viruela, en mayo de 1974, la Asamblea Mundial de la Salud resolvió dar nacimiento al Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Desde la creación del PAI, las coberturas de inmunización se han incrementado en forma sostenida y nuevas vacunas han sido incluidas en el programa en respuesta a la disponibilidad de tecnología adecuada y las prioridades dictadas por la situación de salud.

El desarrollo del PAI ha permitido sumar iniciativas y logros en las Américas, incluyendo:

- La erradicación de la poliomielitis, con 6.653 casos notificados en 1970 y ningún caso de polio salvaje desde agosto de 1991;
- La eliminación de la transmisión del sarampión autóctono, con aproximadamente 250.000 casos reportados en 1990 y la última infección autóctona confirmada por el genotipo D9 reportada en noviembre del 2002; y
- La eliminación del tétanos neonatal (TNN) como problema de salud pública (definida como

menos de 1 caso por 1.000 nacidos vivos), una meta alcanzable, ya que Haití es el único país de la Región donde el TNN continúa siendo endémico.

Ahora, la Región enfrenta un nuevo desafío: la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) para el año 2010 (1).

El PAI y la atención primaria

En los últimos 30 años en la mayoría de los países de la Región ha habido dramáticos cambios políticos, económicos y sociales, los que han contribuido a la reforma del sector salud. Las reformas del sector han tenido como objetivos el reorientar el financiamiento de la atención de salud, descentralizar la autoridad para el planeamiento e implementación y, recientemente, buscar mejoras de la calidad de la atención y equidad en salud. Al mismo tiempo, las principales preocupaciones del PAI han sido proteger, mantener y mejorar los logros alcanzados. Mientras las iniciativas de erradicación y eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación han logrado avances significativos y rápidos, ha existido la

inquietud de que una iniciativa vertical centrada en una intervención quizá interfiera con el desarrollo general de atención primaria de salud, el fortalecimiento de los servicios de salud y el proceso de reforma del sector de la salud. Otra de las preocupaciones ha sido la sostenibilidad o si los logros pueden mantenerse durante un período lo suficientemente largo para asegurar que después de la erradicación o eliminación no habrá reintroducción y reestablecimiento de la transmisión endémica. Sin embargo, los logros alcanzados por los programas nacionales de inmunización han dado a los ministerios de salud y sus socios la confianza necesaria y credibilidad para asignar recursos adecuados para mantener los programas de inmunización e implementar nuevas iniciativas.

Cabe destacar que la declaración de Alma-Ata en 1978, siguiendo la Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria de Salud, llamó a alcanzar *Salud para Todos (Health for All)* y esbozó los componentes de la atención primaria de salud (APS). En esta declaración se recalcó firmemente que no era necesario lograr todos los componentes de la APS de manera simultánea. Al contrario, un número limitado de prioridades deben secuenciarse con firmeza para servir de puntos de acceso para otras actividades.

Los resultados concretos obtenidos por el PAI desde su creación y con la implementación de iniciativas de eliminación y erradicación son un ejemplo

de efectiva colaboración entre los gobiernos, los organismos no gubernamentales, el sector privado y la comunidad. Las lecciones aprendidas de la movilización social han contribuido al mejoramiento de la cooperación intersectorial e interagencial y a la participación de actores múltiples de la sociedad civil. La implementación de las modalidades o tácticas de vacunación para alcanzar metas de cobertura han acercado los servicios de salud a la población. Las experiencias ganadas con actividades de inmunización son las mejores enseñanzas para otras intervenciones de salud y contribuyen al desarrollo de los pilares fundamentales de la APS: la extensión de cobertura de los servicios de salud para alcanzar a las personas en sus hogares y comunidades, la participación comunitaria y la cooperación intersectorial. (2).

Rubéola y SRC en las Américas

La rubéola es una enfermedad febril eruptiva con pocas complicaciones que desaparece espontáneamente. Sin embargo, produce consecuencias devastadoras cuando una mujer contrae la infección en el primer trimestre del embarazo, pudiendo causar síndrome de rubéola congénita o SRC. La alta probabilidad de infección fetal (90% si la infección ocurre antes de la onceava semana de gestación) y la severidad de sus manifestaciones, entre ellas el aborto espontáneo, mortinato, retraso mental, y serios defectos congénitos como sordera, ceguera y cardiopatías congénitas, destacan la importancia de implementar estrategias eficaces para la prevención de esta enfermedad.

Se ha estimado que antes de la introducción de la vacuna en los programas de inmunización, alrededor de 20.000 niños nacían con SRC cada año en la Región. La vacunación contra la rubéola es 95% efectiva y una dosis única provee inmunidad de por vida. Un estudio realizado en el Caribe determinó que el costo de eliminar el SRC es 7% del costo de servicios médicos y de rehabilitación que un niño con SRC requeriría sin un programa de eliminación (3). Así, en 2003, el Consejo Directivo de la OPS adoptó la Resolución CD44/11 que establece la meta de la eliminación de la rubéola y el SRC para el año 2010 (4).

Las estrategias de eliminación de la rubéola se basan en inmunizar a la población susceptible (por medio del sistema rutinario de inmunización y de campañas masivas) y realizar vigilancia epidemiológica efectiva (5). A la fecha, 74% de los países de las Américas tienen grandes cohortes de adultos protegidos contra la rubéola, con coberturas >95%. Desde 1998, cerca de 50 millones de dosis de vacuna contra la rubéola se han administrado durante campañas, además del programa de rutina. En 2005, tres países (Colombia, Perú y Venezuela) han iniciado sus respectivas campañas de vacunación y Nicaragua la iniciará en octubre del presente. Los países pendientes - Argentina, Bolivia, Guatemala, Haití, México y la República Dominicana - han programado realizar su campaña en el 2006. Posterior a la introducción de la vacuna y la implementación de campañas, la incidencia de la rubéola ha disminuido de 135 mil casos notificados en 1998 a 3.103 casos en 2004 y 1.169 a la semana 32 de 2005. El 83% de los casos reportados en 2005 se concentra en Canadá, Perú y Venezuela. Aún se aprecia un patrón de incidencia estacional en los países que no han llevado a cabo su campaña (figura 1, página 1).

Estrategia para la Eliminación de la Rubéola

Componentes básicos de la estrategia para la eliminación de la rubéola:

- Lograr altas coberturas en el programa de inmunización de rutina;
- Implementar una campaña de vacunación masiva contra la rubéola, enfocada a hombres y mujeres en todos los países con transmisión endémica;
- Integrar la vigilancia de la rubéola y el sarampión;
- Implementar la vigilancia del SRC; y
- Fortalecer el diagnóstico de laboratorio de la rubéola y el SRC, así como el aislamiento viral.

La eliminación de la rubéola requiere alcanzar coberturas >95% para prevenir la transmisión generalizada de virus importados. Los bolsones de susceptibles pueden dar lugar al reestablecimiento

de la transmisión endémica, lo que podría tener consecuencias de gran alcance para servicios de salud.

La eliminación de la rubéola requiere que también se vacunen adultos. Dada la complejidad de las estrategias de *captación* de estos grupos de población, se deben implementar tácticas novedosas para lograr coberturas elevadas. Consecuentemente, se debe diseñar y aplicar estrategias de comunicación innovadoras. Durante las campañas es importante prestar atención a situaciones especiales, tales como el monitoreo de eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación, y planear para implementar prácticas de inyección segura y manejo de desechos. De manera similar, debe fortalecerse la supervisión de los trabajadores de salud a diferentes niveles del sistema de atención de salud. Todas las actividades mencionadas tienen el potencial de también promover los servicios de atención primaria de salud.

Para ejecutar con éxito una campaña de vacunación masiva contra la rubéola, las siguientes son actividades esenciales: la toma de decisiones basada en información, el compromiso político, la participación de las sociedades médicas y las asociaciones profesionales durante la campaña, la cooperación intersectorial, la participación y el compromiso de los trabajadores de salud, la creación de capacidad, el perfeccionamiento del desempeño del recurso humano, la alta participación comunitaria, las estrategias de movilización social innovadoras y los mensajes de comunicación enérgicos y adecuadamente adaptados.

Las enseñanzas extraídas de la movilización y participación social pueden contribuir a la promoción de la atención de salud y las prácticas de maternidad seguras. La iniciativa de eliminación de la rubéola es una oportunidad de poner a los adultos en contacto con los servicios de atención de salud de manera más frecuente. En particular, promueve una cultura de la prevención en los hombres adultos que, en algunas comunidades, adoptan decisiones que a menudo tienen repercusión sobre las mujeres que buscan la atención para ellas o sus recién nacidos. La promoción de la participación de

Lecciones aprendidas de la estrategia de eliminación de la rubéola se han descrito en números previos del Boletín de Inmunización:

- Vol.XXVII, Número 1: Acercándonos a la eliminación de la rubéola y del SRC en las Américas (Febrero 2005).
- Vol.XXXVI, Número 5: Vacunación de adultos para mantener la interrupción de la transmisión del sarampión y para eliminar la rubéola y el SRC en Ecuador (Octubre 2004).
- Vol.XXXVI, Número 2: Hacia la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (Abril 2004).
- Vol.XXXVI, Número 1: Perspectivas sobre las iniciativas de eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas (Febrero 2004).
- Vol.XXXV, Número 5: Mantener los programas de inmunización: eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (Octubre 2003).
- Vol.XXXV, Número 2: Uso del monitoreo rápido de la cobertura en la campaña de vacunación contra el sarampión y la rubéola en Ecuador (Abril 2003).
- Vol.XXXIV, Número 5: Control acelerado de la rubéola y prevención del SRC – Estrategias (Octubre 2002).
- Vol.XXXIV, Número 4: Lecciones aprendidas: dos primeros años de vigilancia regional de la rubéola (Agosto 2002).
- Vol.XXXIV, Número 2: Brasil acelera el control de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita (Abril 2002).
- Vol.XXXIV, Número 1: Intercambio de experiencias de gerentes del PAI sobre campaña contra la rubéola (Febrero 2002).

ENFERMEDADES Cont. página 1

menores de 5 años; mientras que en Nicaragua se notificaron 44.170 casos y 53 defunciones de niños menores de 5 años entre el 2 de enero y el 25 de marzo (semanas 1 a 12) de 2005. Aunque en este trimestre se notificaron menos consultas semanales por diarrea que en el mismo período del año anterior, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala notificó 44.033 casos y 98 defunciones entre niños menores de 5 años en el período comprendido entre el 2 de enero y el 25 de marzo (semanas 1 a 12) de 2005. En Honduras se notificaron 68.773 casos y 23 muertes entre enero y mayo; el país menos afectado fue Costa Rica.

Se señaló al rotavirus como presunto agente causal responsable del aumento de los casos de diarrea. En El Salvador, donde está en funcionamiento un sistema de vigilancia de rotavirus, más de 50% de las muestras fecales de niños con diarrea aguda en enero (semanas 1 a 4) de 2005 resultaron positivas para el rotavirus mediante inmunoensayo enzimático. En Nicaragua, un investigador especializado en rotavirus notificó que dicho agente se había detectado en 80% de las muestras obtenidas de niños con gastroenteritis entre el 6 de febrero y el 12 de marzo (semanas 6 a 10) de 2005. En Guatemala, donde también se lleva a cabo la vigilancia de rotavirus, 85% de 518 muestras fecales recogidas entre el 2 de enero y el 5 de marzo (semanas 1 a 9) de 2005 resultaron positivas para el rotavirus mediante inmunoensayo enzimático.

Se enviaron varias muestras de cada país positivas para el rotavirus a los CDC para su caracterización (cuadro 1). La caracterización genética indicó que la cepa P[8] no G1/G2/G3/G4, predominaba (54% de las 80 muestras procesadas) en la subregión. Sin embargo, en Nicaragua y Costa Rica las cepas caracterizadas con mayor frecuencia fueron G4P[8] y G1P[8], respectivamente.

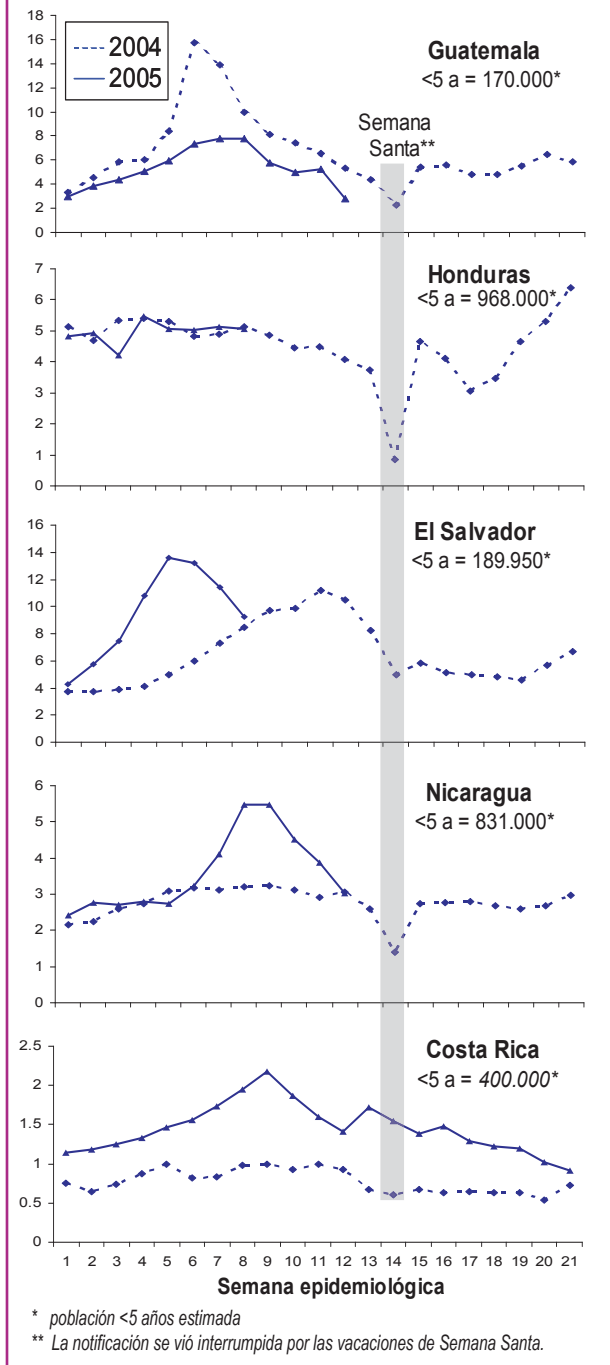
Los importantes brotes de diarrea descritos durante el primer trimestre de 2005 en varios países centroamericanos se debieron a rotavirus y supusieron una carga particularmente onerosa para los recursos sanitarios limitados de los países, dada su magnitud y los costos asociados con los gastos médicos (consultas y hospitalizaciones) y las defunciones, entre otros. La cepa de rotavirus predominante se considera poco común.

Este episodio recalca la importancia de los medios de diagnóstico del rotavirus y de las redes de vigilancia de las enfermedades diarreicas en general y del rotavirus en particular. Aunque no existe ningún tratamiento específico contra el rotavirus y su transmisibilidad elevada dificulta la suspensión del contagio en la comunidad, el acceso fácil a medios diagnósticos y la administración inmediata de soluciones de rehidratación reducen eficazmente la mortalidad. En los últimos años, en otros países de la subregión se han observado brotes importantes de diarrea infantil en el invierno que han supuesto un desafío para las medidas de control existentes. La ausencia de medios de diagnóstico ha generado el temor de que estos brotes estacionales sean epidemias de causa desconocida, dando lugar a que se adopten medidas de control que suelen ser inapropiadas. Es posible que las dos vacunas antirrotavíricas que actualmente están en proceso de autorizarse en América Latina eviten en el futuro brotes similares de gastroenteritis debidas a rotavirus; la vigilancia de rotavirus permitiría evaluar los efectos del uso de dichas vacunas ■

Agradecimientos: La Unidad de Inmunización agradece al personal de los Ministerios de Salud de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua su contribución al presente artículo, así como los datos proporcionados.

Autores: R. Turcios, M.D., Médico Epidemiólogo y R. Glass, M.D., Ph.D., Jefe de la Unidad de Gastroenteritis Víricas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, EUA.

Figura 1. Consultas semanales por diarrea en niños menores de 5 años en cinco países centroamericanos. Enero a mayo de 2004 y 2005.



Cuadro 1. Resumen de la caracterización de rotavirus en muestras de cinco países de América Central. Enero a marzo 2005.

País (# muestras tipificadas)	Cepas por genotipo (%)						
	G1	G2	G3	G4	Otro G	P[8]	NT*
Guatemala (33)	3	0	0	0	97	64	36
Honduras (15)	0	0	20	0	80	87	13
El Salvador (15)	0	0	0	0	100	100	0
Nicaragua (27)	0	0	7	81	11	88	11
Costa Rica (20)	45	0	0	25	30	90	9
Total (110)	9	0	5	25	62	83	17

*NT: genotipo P no tipificable

Vigilancia del sarampión/rubéola en las Américas: datos finales, 2004

País	Total casos sospechosos de sarampión/rubéola notificados	Sarampión confirmado			Rubéola confirmada			Total casos confirmados 2003	
		Clínica	Laboratorio	Total	Clínica	Laboratorio	Total	Sarampión	Rubéola
Anguilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	487	0	0	0	2	4	6	0	8
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	28	0	0	0	0	0	0	0	0
Belice	104	0	0	0	0	0	0	0	0
Bermuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	805	0	0	0	0	12	12	0	41
Brasil	17368	0	0	0	124	195	319	2*	563
Islas Vírgenes Británicas	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Canadá	7	0	7	7*	...	...	...	15*	...
Islas Caimán	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chile	301	0	0	0	0	3	3	1*	2
Colombia	2308	0	0	0	5	40	45	0	47
Costa Rica	136	0	0	0	0	0	0	1*	0
Cuba	838	0	0	0	0	18	18	0	0
Dominica	1	0	0	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	239	0	0	0	0	7	7	0	4
Ecuador	665	0	0	0	22	57	79	0	94
El Salvador	174	0	0	0	0	1	1	0	3
Guayana Francesa	56	0	0	0	...	...	...	0	0
Granada	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadalupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	771	0	0	0	0	36	36	0	5
Guyana	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	28	0	0	0	0	3	3	0	2
Honduras	255	0	0	0	0	1	1	0	1
Jamaica	122	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinica	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	7626	3	61	64	621	78	699	44*	35
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	355	0	0	0	0	6	6	0	5
Panamá	264	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	515	0	0	0	0	1	1	0	11
Perú	4039	0	0	0	11	1748	1759	0	328
Puerto Rico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Kitts y Nevis	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	4	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y las Granadinas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	15	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	21	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Vírgenes de los EUA	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos	49	0	37	37†	...	12	12	56††	7
Uruguay	13	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	1306	0	0	0	0	96	96	0	36
TOTAL	38919	3	105	108	785	2318	3103	119	1192

... sin información

† 23 casos importados

* debido a importación

†† 24 casos importados

RUBÉOLA Cont. página 3

los hombres como compañeros y padres es crucial para lograr su participación y apoyo.

La vacunación de adultos contra la rubéola definitivamente ayudará a la aceleración de otras iniciativas para vacunación de adultos, tales como las del papilomavirus humano y control del VIH (6). La eliminación de la rubéola también debería contribuir a mejorar la salud materna y perinatal.

La vigilancia del SRC y los sistemas informáticos perinatales contribuyen a promover la amplia detección de malformaciones congénitas en los lactantes, fortaleciendo de ese modo la atención perinatal. Para lograr vigilancia del SRC de calidad, la atención perinatal debe prestar atención integral, como el chequeo de niños sanos y/o dedicando las áreas de consulta para los recién nacidos con infecciones congénitas o en alto riesgo. En el monitoreo y seguimiento de los lactantes con SRC hay un aumento de la colaboración con servicios de rehabilitación y educación diferencial. Esta es una oportunidad de mejorar la calidad de dichos servicios de desarrollo del niño y ampliar el acceso a ellos.

Consideraciones finales

La Unidad de Inmunización de la Oficina Regional

de la OPS planea realizar un análisis inter-programático para documentar el efecto de la estrategia de eliminación de la rubéola en la APS. Estas evaluaciones intentarán específicamente demostrar el efecto de la eliminación de la rubéola sobre la eficiencia del sistema de salud, los costos, los resultados de salud, la satisfacción de los usuarios de los servicios, y sobre la equidad y el acceso a los servicios.

Un importante reto para la atención materna y perinatal ha sido garantizar el acceso universal, dado que los servicios en las comunidades de alto riesgo, donde la población es pobre, son a menudo insuficientes. La inmunización contra rubéola procura alcanzar a un 100% de la población, contribuyendo a la reducción de las inequidades basadas en el sexo, la raza o el grupo étnico, la posición social y la ubicación geográfica.

En resumen, la experiencia preliminar indica que la eliminación de la rubéola contribuye a los componentes básicos de la APS (la extensión de cobertura de los servicios de salud para alcanzar a las personas en sus hogares y comunidades, la participación comunitaria y la cooperación intersectorial). También promueve el fortalecimiento de los servicios de salud en áreas como el sistema de información, la gerencia, el desarrollo de recursos humanos, la logística y la

investigación. En último término, la eliminación de la rubéola debe contribuir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la mortalidad en la niñez (ODM 4) y mejorar la salud materna (ODM 5) ■

Referencias:

1. Andrus JK, Roses M. Editorial: Elimination of rubella and congenital rubella syndrome in the Americas: another opportunity to address inequities in health. *Pan Am J Public Health*, 2004; 15(3):145-6.
2. Pan American Health Organization. *Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper (Draft for discussion)*. March 2005.
3. Irons B, Lewis MJ, Dahl-Regis M, Castillo-Solórzano C, Carrasco PA, de Quadros CA. *Strategies to eradicate rubella in the English-speaking Caribbean*. *Am J Public Health* 2000;90(10):1545-1549.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Mantener los programas de inmunización: eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita*. *Bol. PAI*. 2003; Vol.XXV(5):1-2
5. Castillo-Solórzano C, Carrasco P, Tambini G, Reef S, Brana M, de Quadros CA. *New Horizons in the Control of Rubella and Prevention of Congenital Rubella Syndrome in the Americas*. *J Infect Dis*. 2003; 187:5146-52.
6. Castillo-Solórzano C, Andrus JK. *Rubella Elimination and Improving Health Care for Women*. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(11):2017-2021.

El Boletín de Inmunización se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los pro-gramas 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.

ISSN 1814-6252

Volúmen XXVII, Número 4 • Agosto 2005

Editor: Jon Andrus

Editores adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.

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

<http://www.paho.org>

(Buscar: Immunization Newsletter)