

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLUMEN XXXIII NÚMERO 3 ▶ JUNIO DEL 2011

- 1 Gráfico de Monitoreo de Coberturas de Vacunación
- 2 Semana de Vacunación en las Américas, 2011
- 3 Henry Smith: un breve resumen de sus contribuciones al campo de la Inmunización
- 3 Reunión del Grupo de Trabajo sobre parotiditis
- 5 Reunión de la Red de Laboratorios de Sarampión y Rubéola
- 7 Datos de vigilancia del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Clasificación final, 2010

Registro gráfico de monitoreo de coberturas de vacunación: simplicidad e innovación

El registro gráfico de monitoreo de coberturas de vacunación es una herramienta extremadamente simple pero eficaz, diseñada por el señor Henry Smith. Constituye uno de los instrumentos disponibles más fáciles de usar y de tecnología sencilla para la gestión de los programas de inmunización a escala mundial. La ingeniosidad del señor Smith concibió este registro gráfico mientras trabajaba como asesor en materia de vacunación en el Caribe a principios de los años ochenta.

La gráfica del Sr. Smith se emplea en todos los ámbitos del sistema de monitoreo de los programas de vacunación. En el ámbito local, lo utiliza el personal sanitario, en forma impresa, para marcar la evolución mensual de la cobertura regular de la vacunación en su localidad. De manera análoga, en los ámbitos subnacional y nacional, permite una visualización rápida de los datos de cobertura agrupados. En sus orígenes, permitió a la Unidad de Inmunizaciones del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) conocer la cobertura mensual por país.

El registro gráfico de monitoreo de coberturas de vacunación es una herramienta de visualización de datos que permite a los directores de los programas de vacunación: 1) establecer y evaluar mensualmente las metas de una manera oportuna, 2) comparar el desempeño y la cobertura durante diferentes períodos, 3) vigilar todas las vacunas y dosis y 4) reflejar con exactitud la situación de su localidad.

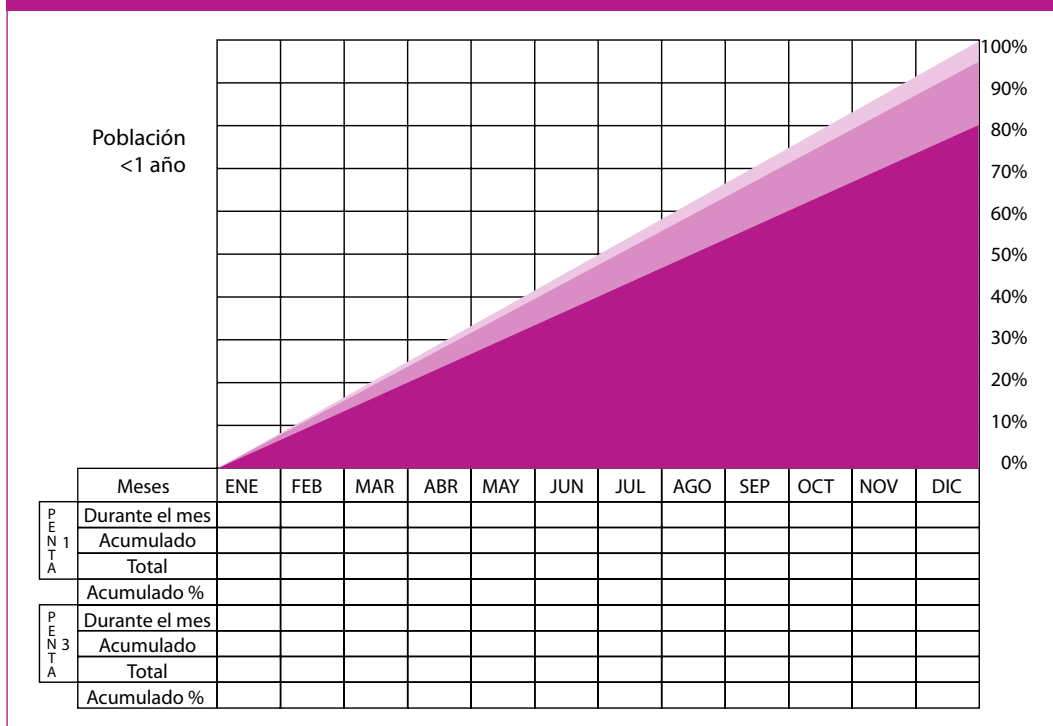
El doctor Ciro De Quadros, Jefe del Programa de Vacunación de la OPS en aquel tiempo, aprobó y promovió el uso del registro gráfico del Sr. Smith en la Región de las Américas. Este registro fue posteriormente adoptado por la OMS para su empleo a escala mundial como una herramienta para vigilar las coberturas vacunación en los establecimientos de salud, tanto a nivel subnacional como nacional.

Semana de Vacunación en las Américas, 2011



Por noveno año consecutivo, del 23 al 30 de abril del 2011, se celebró la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) de la Organización Panamericana de la Salud. La SVA es una iniciativa flexible que procura impulsar la equidad y el acceso a las vacunas mediante la promoción de la cooperación entre los países hacia metas comunes en materia de salud. Este año, en el marco de la SVA, 43 países y territorios llevaron a cabo una gran variedad de actividades de inmunización, en las que se vacunó aproximadamente a 40 millones de personas de todas las edades, y se proporcionaron intervenciones de salud integradas, actividades de comunicación social e iniciativas educativas para promover las vacunaciones. También se celebraron docenas de actos de lanzamiento de la SVA, incluidas celebraciones y eventos nacionales en las fronteras entre dos y tres países. A continuación, se proporciona información más detallada sobre algunos de los actos de lanzamiento de la SVA.

Gráfico de Monitoreo de Coberturas de Vacunación*



*Este es un ejemplo de la versión actualmente en uso.

SVA cont. página 1

FRONTERA ENTRE BOLIVIA Y PERÚ: El 26 de abril, la Directora de la OPS, la doctora Mirta Roses, junto con la Viceministra de Salud del Perú, la doctora Zarela Solís, y la Ministra de Salud y Deporte de Bolivia, la doctora Nila Heredia, y con representantes del UNICEF¹, la UNOPS² y el PNUD³, personal sanitario, líderes comunitarios y escolares llevaron a cabo un acto de inicio de la SVA. El evento se celebró en la comunidad de Kasani, en la frontera entre ambos países, a unos 3.900 metros sobre el nivel del mar. En su discurso, la doctora Roses comentó: "Desde este lugar, de frente al lago Titicaca, tenemos el potencial para movilizar a todo el mundo. Este paraje es maravilloso y muy simbólico ya que constituye la cumbre de nuestra Región de la Américas. Desde aquí, exhortamos a considerar la importancia de seguir vacunando, en beneficio de la salud y las vidas de todos".

BRASIL: En una ceremonia de lanzamiento de la SVA celebrada en Manaus, el 30 de abril, participaron la doctora Roses, el Ministro de Salud del Brasil, el doctor Alexandre Padilha, representantes del ONUSIDA⁴, el UNICEF y los CDC⁵, el gobernador del estado de Amazonas, el señor Omar Azis, y el prefecto de Manaus, el señor Amazonino Mendes, así como otros funcionarios nacionales y locales. También participaron en el evento como observadores algunos representantes de la sede de la OMS y de la Oficina Regional para Asia Sudoriental. La doctora Roses elogió el "espíritu de colaboración y el panamericanismo" que han ayudado a introducir la vacunación en las agendas políticas de los países. El Ministro de Salud, el doctor Padilha, señaló que Brasil también aprovecharía la ocasión para poner en marcha una jornada nacional de vacunación contra la influenza. El gobernador, el señor Azis, explicó que su estado había establecido 3.000 puestos de vacunación con una dotación aproximada de 6.000 trabajadores sanitarios y voluntarios que atendían a unas 450.000 personas. Para el inicio de la SVA, se eligió a Manaus, la capital del estado de Amazonas, con objeto de destacar la importancia de la vacunación en las comunidades indígenas y otras poblaciones de la cuenca amazónica en situación de riesgo, así como para fortalecer la colaboración internacional en el marco del Tratado de Cooperación Amazónica de 1978.

COLOMBIA: El 25 de abril, las autoridades de Colombia, Brasil y Perú se unieron a los representantes de la OPS/OMS⁶ en un acto de presentación celebrado en la frontera trinacional de Leticia (Colombia), Tabatinga (Brasil) y Santa Rosa (Perú). Participaron en el acto las autoridades nacionales, estatales y municipales de los tres países así como los populares personajes televisivos de *Plaza Sésamo*[®] (la versión en

español de *Sesame Street*[®]) Elmo[®], Lucas[®] y Enrique[®], que deleitaron a los niños asistentes. Otros participantes "famosos" fueron *Gotinha*, el personaje de caricatura brasileño que representa una gota de vacuna antipoliomielítica, y Bambuco, la mascota del equipo participante en la Copa Mundial de Fútbol Sub-20 de la FIFA. Posteriormente, por la tarde, se celebró un acto de presentación en la comunidad indígena de Tucuna (Brasil), en el que la doctora Gina Tambini, Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS/OMS, resaltó el compromiso del gobierno brasileño en el fortalecimiento de los servicios de salud.

EL SALVADOR: El 6 de mayo, se puso en marcha la novena SVA en la localidad de Dulce Nombre de María del departamento de Chalatenango. Las autoridades del Ministerio de Salud, la OPS y las autoridades locales inauguraron la SVA, que se llevó a cabo bajo el lema: "Vacuna a tu familia, protege a tu comunidad". El Ministerio de Salud aplicó todas aquellas vacunas comprendidas en el programa regular, que es un programa que contempla vacunas para toda la familia. En 2011, se hizo un énfasis especial en la vacunación contra la influenza estacional, que por primera vez incluyó la influenza pandémica H1N1; el país adquirió 668.000 dosis para niños de 6 meses a 5 años y 730.000 dosis para adultos mayores de 60 años. También se incluyeron vacunas contra el neumococo poniéndose a disposición de la población 463.000 dosis para niños menores de 24 meses y 300.000 dosis para adultos mayores de 60 años.

GUATEMALA: El acto de inicio de la SVA se llevó a cabo el día 28 de abril en el pueblo de San Vicente, al pie del volcán guatemalteco de Pacaya. A este acto asistieron la Subdirectora de la OPS, la doctora Socorro Gross, y el Ministro de Salud de Guatemala, el doctor Ludwig Ovalle. El acontecimiento se inició con un desfile de escolares, mientras que algunas personas se disfrazaron de virus de la poliomielitis, virus del sarampión, rotavirus y virus de la influenza. La doctora Gross ayudó a vacunar a algunos miembros del público y se unieron a ella el representante de la OPS/OMS, el doctor Pier Paolo Balladelli, y la Viceministra de Salud, la doctora Silvia Palma. Entre otras actividades que tuvieron lugar en ocasión de la SVA, el doctor Ovalle presentó ante la Comisión de Salud del Congreso de Guatemala una propuesta de Ley de Vacunas cuyo objeto es garantizar el financiamiento público de las vacunas para lograr un suministro continuo y apoyar la introducción de nuevas vacunas.

PANAMÁ: El Campeón de la Salud de la OPS, el cantante Ricardo Montaner, se unió al Ministro de Salud panameño, el doctor Franklin Vergara, a la Primera Dama, Doña Marta Linares de Marti-

nelli, y a la Subdirectora de la OPS, la doctora Socorro Gross, en el acto de inauguración de la SVA, que se celebró en el Centro de Salud de la Comunidad de Veracruz, el día 25 de abril. Después del acto, la doctora Gross, Ricardo Montaner y un grupo de autoridades nacionales visitaron la sede del Instituto Panameño de Rehabilitación, donde aplicaron vacunas e inauguraron una nueva aula destinada a personas aquejadas de trastornos generales del desarrollo.

SURINAME: Durante la SVA del 2011, Suriname mantuvo su colaboración en materia de salud con la Guayana Francesa, departamento francés de ultramar, lo que marcó otro año de trabajo biregional entre la Región de las Américas y Europa. El 28 de abril, las autoridades sanitarias francesas y surinamesas viajaron en barco para asistir a las actividades de la SVA en el pueblo francés de Apatou y el pueblo surinamés de Langa Tabiki. Ambas poblaciones están ubicadas a lo largo del río Maroni, que separa Suriname de la Guayana Francesa. Durante los eventos, las autoridades sanitarias dieron a conocer un nuevo cartel bilingüe para promover los servicios de vacunación.

FRONTERA ENTRE MÉXICO Y LOS ESTADOS UNIDOS: El 26 de abril, los Estados Unidos y México llevaron a cabo en Tucson (Arizona, Estados Unidos) un acto de presentación para celebrar la SVA y la Semana Nacional de Vacunación Infantil de los Estados Unidos. El Director Adjunto de la OPS, el doctor Jon Andrus, participó en este acto junto a autoridades sanitarias mexicanas y estadounidenses de alto nivel. Se realizaron una amplia gama de eventos y actividades de vacunación en toda la región fronteriza con objeto de celebrar este año ambos acontecimientos, con el apoyo de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, la Secretaría de Salud de México, la Oficina para la Frontera México-Estados Unidos de la OPS/OMS y diez departamentos de salud de estados fronterizos.

Progreso hacia una semana de vacunación de ámbito mundial

La SVA es parte de una iniciativa que cada vez cobra más fuerza a escala mundial. En el 2011, se celebraron actividades hermanas de semanas de vacunación o inmunización simultáneamente en otras cuatro regiones de la Organización Mundial de la Salud (la de África, cuya semana de vacunación fue establecida en el 2011; la del Mediterráneo Oriental, establecida en el 2010; la de Europa, establecida en el 2005; y la del Pacífico Occidental, establecida en el 2011).

Ver SVA página 8

¹ UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

² UNOPS: Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos.

³ UNDP: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

⁴ ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

⁵ CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

⁶ OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

GRÁFICO cont. página 1

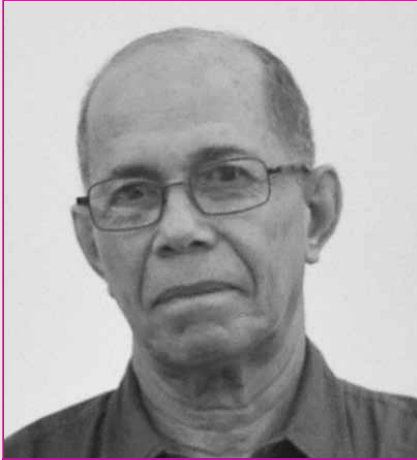
El registro gráfico de vigilancia de coberturas de vacunación se ha convertido en una de las herramientas incluidas en el material didáctico dirigido a los directores de programas de vacunación. También se incluye como herramienta del Marco Mundial para el Seguimiento y la Vigilancia de la Vacunación,

Referencias:

1. CAREC. Informe de Vigilancia de CAREC. 6; 9: 9 de septiembre de 1980.
2. Organización Mundial de la Salud/Fondo de la ONU para la Infancia (OMS/UNICEF), Global Framework for Immunization Monitoring and Surveillance. Ginebra: OMS/UNICEF; 2007. (WHO/IVB/07.06). Se puede consultar en: http://www.who.int/immunization/givs/related_docs/en/index.html.
3. Organización Mundial de la Salud/Fondo de la ONU para la Infancia (OMS/UNICEF), Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015. Ginebra: OMS/UNICEF; 2005. (WHO/IVB/05.05). Se puede consultar en: http://www.who.int/immunization/givs/related_docs/en/index.html.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). The Reaching Every District (RED) Strategy. Se puede consultar en: http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/red/en/index.html.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Weekly Epidemiological Record. 11; 85: 20 marzo de 1981.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo VI "Supervisión, monitoreo y evaluación". Washington, DC: OPS; 2006. Se puede consultar en: http://www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/spanish/docs/modulo6.pdf (página 26).

ya que contribuye a alcanzar la estrategia 18 de la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización de la OMS/UNICEF para el periodo del 2006 al 2015 de "fortalecer la gestión, el análisis, la interpretación, el uso y el intercambio de datos a todos los niveles". Por último, el registro gráfico también es una de las

herramientas incluidas en la estrategia RED (por sus siglas en inglés: reach every district [llegar a todos los distritos]), diseñada para aumentar la cobertura de la vacunación en el ámbito local. ■



Reunión de Jefes de PAI del Caribe, noviembre 2010

El señor Henry Smith inició su actividad en el ámbito de la salud pública en el Ministerio de Salud de Belice en 1958, cuando empezó a trabajar en el Proyecto Nacional de Erradicación de la Malaria. En 1963, recibió capacitación de posgrado en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y realizó un curso de capacitación en técnicas de erradicación de la

Henry Smith: un breve resumen de sus contribuciones al campo de la Inmunización

malaria de la Escuela de Salud Pública de las Indias Occidentales en Jamaica. Ese mismo año, se incorporó al Centro de Capacitación en la Erradicación de la Malaria (METC) de la OPS/OMS, también en Jamaica, siguió su capacitación en la materia hasta que aceptó un nombramiento de la OMS en Uganda, en el África Oriental. Durante esta época, el señor Smith realizó algunas breves giras por Mozambique, Nigeria y Zanzibar, donde trabajó durante cinco años, siempre en temas relacionados la erradicación de la malaria.

En 1968, el señor Smith fue destinado a Nairobi (Kenya), en el África Oriental, donde era el único funcionario de la OMS encargado de ayudar al Ministerio de Salud a organizar y ejecutar el Programa de Erradicación de la Viruela, programa que logró eliminar la enfermedad en 1973. El Ministerio de Salud de Kenya reconoció formalmente los méritos de sus servicios y posteriormente, en 1979, cuando se certificó la efectiva eliminación de la enfermedad en Kenya, la OMS le concedió una mención de reconocimiento.

Después de sus giras por África, el Sr. Smith trabajó en Bangladesh y en la India de 1973 a 1977 como parte del equipo internacional de epidemiólogos

que eliminaron los últimos brotes de viruela de la Región Asiática. Ese mismo año (1977), se eliminó el último caso de viruela en el mundo en Somalia, África. En reconocimiento de su participación en este gran logro del personal sanitario nacional e internacional, al Sr. Smith se le concedió la *Orden de la Aguja Bifurcada* por haber compartido privaciones y problemas en su pugna hasta lograr la total erradicación de la viruela a escala mundial. Fue el doctor Donald A. Henderson, Jefe del Programa Mundial de Erradicación de la Viruela de la OMS en Ginebra, quien, en 1976, le confirió este honor. También en 1977, inició su colaboración con la OPS, como funcionario encargado de inmunización, haciéndose responsable de la organización y la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización en los 19 países miembros del CAREC.

Actualmente, el señor Smith es el Presidente de la Comisión del Caribe para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la subregión del Caribe de habla inglesa y holandesa. Aunque el señor Smith se jubiló hace varios años, sigue colaborando con la OPS en varias actividades de vacunación en toda la Región y en Belice, su país de origen. ■

Reunión del Grupo de Trabajo sobre parotiditis en la Región de las Américas, 2 y 3 de junio del 2011

La Organización Panamericana de la Salud convocó una reunión del Grupo de Trabajo sobre parotiditis en la Región de las Américas los días 2 y 3 de junio del 2011.

Mediante el uso de software Elluminate para teleconferencias, en esta reunión "virtual", los funcionarios de la OPS en Washington, D.C., se pusieron en contacto con las autoridades sanitarias y los expertos en vacunas de muchos países de la Región, así como con funcionarios de la Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

La meta del Grupo de Trabajo era evaluar la situación de la parotiditis en la Región con base en las experiencias de los países y formular las recomendaciones prácticas que se iban a someter a la consideración del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS, en la reunión que se celebraría en Buenos Aires del 6 al 8 de julio del 2011. Dos miembros de este Grupo Técnico, el doctor José

Ignacio Santos y el doctor Peter Figueroa, participaron en la reunión del Grupo de Trabajo.

La reunión tenía cuatro objetivos:

- Conocer más a fondo las características epidemiológicas de la parotiditis en la Región
- Determinar las mejores prácticas para controlar y responder a los brotes de parotiditis
- Mejorar las directrices en materia de pruebas diagnósticas de la parotiditis en la Región
- Formular recomendaciones para revisar las estrategias de control de la parotiditis

Durante el primer día de la reunión, se llevaron a cabo una serie de presentaciones técnicas, seguidas por periodos de debate y formulación de preguntas y respuestas. En el segundo día, se realizaron nuevas

presentaciones y los participantes debatieron las recomendaciones que debían presentarse al Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Se llegó a un consenso general en cuanto a las recomendaciones relativas a cuatro áreas principales: vacunaciones, vigilancia, brotes y diagnóstico de laboratorio.

El Grupo de Trabajo presentó y analizó una gran cantidad de información técnica pertinente y práctica. Estas son las conclusiones más importantes:

- 1 De acuerdo con la recomendación formulada por el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación en el año 1997, la introducción de la vacuna contra la parotiditis ha tenido una importante repercusión en la Región de las Américas y ha dado lugar a una disminución sustancial del número de casos de parotiditis.
- 2 En los últimos años, la principal causa de los brotes de parotiditis han sido las bajas coberturas de la vacunación.

PAROTIDITIS cont. página 3

- 3 La mayor parte de los casos de brotes de parotiditis ocurrieron como consecuencia de la falta de vacunación o la vacunación incompleta (una sola dosis) de la población.
- 4 Mientras que el intervalo interepidémico antes de la vacunación en gran escala contra la parotiditis era de tres años, el intervalo actual es aproximadamente de diez años.
- 5 Se producen ocasionalmente brotes de parotiditis en personas que han recibido dos dosis de la vacuna, pero estos brotes se limitan en general a grupos de personas de mayor edad o que viven en condiciones de alta densidad de población y elevado contacto, como es el caso de alumnos universitarios que viven en residencias de estudiantes o comunidades religiosas estrechamente relacionadas.
- 6 Los países que utilizan en sus campañas la vacuna tripleviral contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola no han observado un aumento de la tasa prevista de eventos adversos relacionados con la vacuna.

Con base en la información presentada y analizada en la reunión, el Grupo de Trabajo sometió las siguientes recomendaciones a la consideración del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

Recomendaciones

Recomendaciones generales	<ul style="list-style-type: none"> • Dado que en la Región de las Américas se utiliza la vacuna triple vírica (SRP), las estrategias de control de la parotiditis deben estar muy integradas a las actuales metas de eliminación del sarampión y la rubéola.
Recomendaciones en cuanto a la vacunación	<ol style="list-style-type: none"> 1. La prevención de la parotiditis requiere dos dosis de la vacuna SRP en los programas nacionales de inmunización de los países, con el fin de alcanzar coberturas $\geq 95\%$ para niños y grupos de alto riesgo. La primera dosis debe administrarse a los 12 meses de edad como parte del esquema de inmunización de rutina. La segunda dosis puede administrarse ya sea a través de una campaña o mediante el programa de rutina, y debe aplicarse al menos un mes después de la primera dosis, idealmente durante el segundo año de vida, pero a más tardar al entrar a la escuela. 2. Se puede utilizar cualquier vacuna precalificada por la OMS durante todas las actividades de vacunación contra la parotiditis, ya sea de rutina o de campaña, independientemente de la cepa. El uso de la cepa Jeryl-Lynn (o de cepas derivadas de Jeryl-Lynn), es preferible en adolescentes y adultos durante respuestas a brotes. 3. Cuando se utiliza la vacuna SRP en campañas, las autoridades de salud deben monitorear, investigar y capacitar a los trabajadores de salud sobre los posibles eventos adversos relacionados con la vacunación, incluyendo posibles casos de meningitis aséptica. Los países también necesitan utilizar estrategias de comunicación de riesgos efectivas para informar al público general sobre posibles ESAVI (eventos adversos supuestamente atribuibles a vacunas y la inmunización), a fin de mantener un alto nivel de confianza pública en las vacunas y en los programas de vacunación. 4. Se deben realizar futuros estudios sobre el perfil de seguridad de la vacuna SRP en las campañas para investigar la incidencia de los eventos adversos. Dicha investigación debe utilizar definiciones de casos estandarizadas e indicadores cuantitativos estandarizados para evaluar la severidad de los eventos adversos. 5. Estudios sobre la efectividad de la vacunación deben considerar la estabilidad térmica del componente de parotiditis en la vacuna SRP y evaluar problemas particulares, tales como la necesidad de reconstituir la vacuna usando diluyentes fríos.
Recomendaciones en cuanto a la vigilancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la parotiditis será decisivo en la creación de una base de conocimientos sobre su epidemiología en la Región de las Américas así como para acelerar las actividades de vacunación para prevenir posibles brotes y establecer una meta para controlar la enfermedad. La vigilancia debe centrarse primero en conglomerados de casos clínicos para identificar brotes de parotiditis. Después de observar una disminución en la incidencia de los casos de parotiditis, se debe implementar una vigilancia caso a caso. 2. Todos los países que aún no incluyen la parotiditis como una enfermedad notificable deben empezar a hacerlo. Los países también deben fortalecer sus sistemas de vigilancia epidemiológica de la parotiditis para detectar, analizar y responder rápidamente a brotes. 3. Todos los países de la Región de las Américas deben estandarizar las definiciones de casos de parotiditis y sus indicadores de vigilancia epidemiológica usando datos adecuados. La OPS desarrollará guías sobre dicha vigilancia epidemiológica, para la respuesta a y las investigaciones de brotes, así como para los diagnósticos de laboratorio.
Recomendaciones en cuanto a los brotes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toda sospecha de brote debe ser investigada adecuadamente a fin de identificar las características del brote, seleccionar medidas de control apropiadas y determinar las razones por las cuales éste ocurrió. Aunque la medida más importante de control de brotes en existencia es la vacunación, estas intervenciones deben ser dirigidas únicamente a poblaciones que hayan sido claramente afectadas. Si el número de personas susceptibles es elevado, se debe implementar una campaña de vacunación a fin de elevar los niveles de cobertura. 2. Durante un brote, también se debe usar el diagnóstico de laboratorio para confirmar la ocurrencia de dicho brote y para establecer la causalidad de eventos adversos relacionados a la vacunación.
Recomendaciones en cuanto a los laboratorios	<ol style="list-style-type: none"> 1. La capacidad para confirmar casos de parotiditis en el laboratorio debe ser parte de la Red de Laboratorios de Sarampión y Rubéola para la Región de las Américas. El establecer capacidades del laboratorio requerirá del desarrollo de protocolos estandarizados para pruebas de laboratorio, la gestión de datos y el control de calidad, así como de la capacitación. 2. Las pruebas de laboratorio deben utilizarse para confirmar presuntos brotes de parotiditis, pero no para confirmar cada uno de los casos sospechosos. Se deben recolectar muestras para realizar ensayos serológicos y virológicos. Las caracterizaciones moleculares deben ser utilizadas para establecer una base genética de los tipos de parotiditis salvaje. 3. Los laboratorios que tienen capacidad para la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) deben considerar el uso de pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) como un método de diagnóstico. ■

¹ Constituyen grupos de alto riesgo las personas que viven en zonas con baja cobertura de la vacunación o con programas de inmunización de bajo desempeño.

Reunión de la Red de Laboratorios de Sarampión y Rubéola de la Región de las Américas

La reunión anual de la Red de Laboratorios de Sarampión y Rubéola (LabNet) de la Región de las Américas se celebró en la sede de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, en Atlanta, los días 20 y 21 de junio del 2011.

En ella participaron representantes de los laboratorios de referencia regionales, los laboratorios mundiales especializados, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como representantes de 24 países y del Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC), en representación del Caribe de habla inglesa. La reunión fue copresidida por el doctor Paul Rota (de los CDC) y la doctora Marilda Siqueira (de la Fundación Oswaldo Cruz [FIOCRUZ]).

En esta reunión se destacaron los logros de los países de la Región y se abordaron los nuevos retos en cuanto al diagnóstico del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC), y en cuanto a la clasificación final de los casos esporádicos.

Los objetivos de esta reunión fueron:

- Analizar los avances y determinar los retos que supone cumplir los requisitos de laboratorio para la verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región en el 2011 y el 2012.
- Recopilar información para preparar el curso de capacitación de laboratorio sobre los métodos para lograr y mantener la eliminación del

sarampión, la rubéola y el SRC, que se impartirá en la FIOCRUZ a fines de agosto del 2011.

- Facilitar, mediante las ponencias y los debates, la capacidad de los laboratorios nacionales participantes para apoyar la vigilancia y el seguimiento del mantenimiento de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC más allá del 2011.
- Analizar la gestión de los laboratorios y elaborar un plan para la gestión constante de la red de laboratorios.
- Facilitar la interacción entre los laboratorios y los laboratorios regionales de referencia: FIOCRUZ, CDC y Canadá; y con los laboratorios mundiales especializados y los CDC, en materia de temas técnicos de laboratorio.
- Proporcionar a los laboratorios información actualizada acerca de los métodos de laboratorio y la notificación de datos.
- Elaborar estrategias para fortalecer la comunicación entre los laboratorios y los epidemiólogos de salud pública.

Las ponencias y los debates incluyeron:

- Recomendaciones en materia de pruebas de laboratorio haciendo hincapié en las estrategias de análisis que se debían emplear en entornos con baja incidencia de estas enfermedades.
- La utilidad de pruebas, algoritmos y directrices adicionales de laboratorio en los entornos con baja incidencia (por ejemplo, pruebas de avidéz).
- El tiempo de entrega de los resultados de diversas pruebas de laboratorio (para el diagnóstico del sarampión, la rubéola y el SRC).
- Debates sobre la importancia de incluir tanto los datos de laboratorio como los datos epidemiológicos, clínicos y demográficos en las clasificaciones finales de casos, especialmente en entornos con baja incidencia.
- Presentaciones y debates sobre los criterios específicos de eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas.
- Debates en pequeños grupos con miembros del personal de los laboratorios regionales de referencia, los laboratorios mundiales especializados y la sede de la Organización Mundial de la Salud sobre temas técnicos.

Recomendaciones provisionales:

<p>Verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región de las Américas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los laboratorios deben recopilar y evaluar los datos de laboratorio requeridos para la verificación y el mantenimiento de las metas nacionales de eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. <ul style="list-style-type: none"> ◦ En los próximos seis a diez meses, los laboratorios nacionales deben solicitar el asesoramiento de los laboratorios de referencia regionales y los laboratorios mundiales especializados para la clasificación de casos cuando sea necesario y, después de conversar con estos laboratorios, deben enviar muestras apropiadas a los laboratorios de referencia regionales o a otros laboratorios de la red para que se lleven a cabo análisis adicionales. Ello debe incluir la confirmación de los resultados positivos de IgM cuando sea necesario y la realización de pruebas adicionales, como la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real y las pruebas de avidéz, que podrían no realizarse en el laboratorio nacional. Los laboratorios deben seguir las Directrices de Laboratorio de la OPS¹ y la lista de verificación para casos esporádicos con objeto de poder determinar si es necesario realizar pruebas adicionales. ◦ Los laboratorios de referencia regionales y el coordinador regional de laboratorios elaborarán un plan de acción en materia de pruebas de laboratorio, que servirá como guía para analizar las muestras procedentes de casos esporádicos y de brotes, y supervisar el mantenimiento de la eliminación. Se prevé que este plan incluya la introducción de medios de diagnóstico moleculares en la mayor parte de los laboratorios nacionales y la realización de pruebas especializadas en determinados laboratorios de la red mediante un sistema de referencia establecido. • Elaborar estrategias para fortalecer la comunicación entre los laboratorios de sarampión y rubéola y las unidades de epidemiología de salud pública. Los laboratorios deben adoptar medidas apropiadas para elaborar los planes organizativos necesarios para la verificación y el mantenimiento de las metas nacionales de eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Estas medidas incluyen la clasificación de casos coordinada mediante el empleo de todos los datos epidemiológicos y de laboratorio y por medio de debates directos entre las unidades de epidemiología y los laboratorios con respecto a los datos disponibles. Los miembros del personal de los servicios de laboratorio y de epidemiología deben reunirse por lo menos una vez al mes para hacer concordar los datos, detectar las omisiones de datos y decidir sobre la necesidad de obtener y analizar muestras adicionales para la clasificación de los casos. • Para verificar la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, los laboratorios de la red deben supervisar todos los indicadores relacionados con los laboratorios, tal como se describen en los apartados del plan de acción relativos a la verificación y la comprobación de la eliminación.
<p>Gestión de laboratorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La sede de la OPS debe colaborar con los laboratorios de referencia regionales y los laboratorios mundiales especializados para administrar la red de laboratorios de la Región de las Américas. La OPS seguirá gestionando la distribución de estuches y otras actividades organizativas esenciales, y facilitará y apoyará las actividades técnicas esenciales en los laboratorios de referencia regionales y los laboratorios mundiales especializados, tales como la acreditación de los laboratorios y la elaboración y evaluación de los protocolos de análisis. • Como consecuencia de la demanda de apoyo de los laboratorios a la verificación y comprobación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC a escala regional, y la necesidad de comprimir el calendario requerido por los laboratorios de la red para recibir la capacitación y el apoyo adicionales necesarios para establecer nuevos procedimientos de análisis y nuevas estrategias, la OPS deberá apoyar la presencia de un coordinador de laboratorio dedicado al sarampión, la rubéola y el SRC durante al menos un período de dos años. • La OPS, los laboratorios mundiales especializados y los laboratorios de referencia regionales deben colaborar con objeto de mejorar la comunicación entre los laboratorios de la red y elaborar procedimientos para difundir rápidamente información sobre nuevos métodos, brotes recientes y modificaciones en los procedimientos de análisis. La OPS debe considerar la posibilidad de elaborar un boletín informativo que pueda distribuirse a los laboratorios. Además, se deben celebrar reuniones periódicas por medio de Internet y con la participación del personal de laboratorio, los epidemiólogos, los laboratorios de referencia regionales, los CDC y la OPS para tratar sobre la clasificación de casos. También debe contemplarse la posibilidad de celebrar reuniones ad hoc para realizar consultas sobre clasificaciones de casos complejas.

¹ Las guías están disponibles en: www.paho.org/inmunizacion/publicaciones

REUNIÓN DE LABORATORIOS cont. página 5

Recomendaciones provisionales (cont)

Dificultades para el diagnóstico del sarampión, la rubéola y el SRC en entornos con baja incidencia	<ul style="list-style-type: none"> • Los laboratorios deben tener en cuenta la importancia de otros datos sobre la clasificación de casos además de los resultados de las pruebas de laboratorio, incluidos el cronograma de utilización de las diversas pruebas diagnósticas y su eficacia en determinadas situaciones (por ejemplo, valor predictivo positivo de 1 y defectos múltiples en presuntos casos de SRC). Los laboratorios deben proporcionar este tipo de información en los debates con los equipos epidemiológicos sobre la clasificación de casos. • Los laboratorios deben conseguir y mantener el nivel de conocimientos técnicos especializados necesario para mantener su capacidad de supervisión de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC. Entre estos conocimientos se deben incluir las técnicas de análisis molecular. Para facilitarlos, la OPS apoyará la realización de un taller regional de capacitación en técnicas de laboratorio en la FIOCRUZ, en agosto del 2011, y otro taller, cuya ubicación aún se ha de determinar, durante el primer trimestre del 2012. • Se alienta a los laboratorios nacionales con suficiente capacidad a utilizar las pruebas moleculares, especialmente la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real, para apoyar la confirmación de los casos de sarampión y rubéola. • La prueba validada de avidéz de la IgG del sarampión, que se realiza en los CDC, no está disponible en formato comercial. Los laboratorios deben enviar a los CDC las muestras que requieran pruebas de avidéz del sarampión, previa consulta con la OPS y los CDC. Con objeto de facilitar este proceso, los laboratorios deben utilizar la lista de verificación elaborada por los CDC para ayudar a determinar la necesidad de realizar pruebas de avidéz. Las pruebas de avidéz realizadas por los CDC serán transferidas a otros laboratorios de referencia regionales si se incrementa la demanda de pruebas o se desea acortar el tiempo de obtención de los resultados. • La prueba de avidéz de la IgG de la rubéola está comercializada. La OPS, los laboratorios de referencia regionales y los laboratorios mundiales especializados deben llevar a cabo un taller o una reunión para estandarizar los métodos y las interpretaciones de los resultados y elaborar un protocolo de envío de muestras, así como un programa de control de calidad dirigido a los laboratorios que realicen pruebas de avidéz. • Teniendo en cuenta que la confirmación de laboratorio de los casos de SRC requiere un conocimiento de la cronología de las diversas pruebas diagnósticas en relación con la aparición de los marcadores de la enfermedad, los laboratorios deben estar familiarizados con esta cronología y con la gestión de la recepción de muestras que no procedan de la red de vigilancia de casos de exantema y fiebre, como las enviadas por los neonatólogos y los pediatras. Los laboratorios deben notificar los resultados a los equipos epidemiológicos del país.
Epidemiología molecular	<ul style="list-style-type: none"> • Los laboratorios deben fomentar la recogida de muestras para la detección vírica con la finalidad de obtener información genética de como mínimo el 80% de los brotes confirmados de sarampión y rubéola. • La notificación oportuna de la información genotípica y los datos de secuencia son esenciales para confirmar rápidamente la importación de virus. Los laboratorios nacionales que lleven a cabo la secuenciación deben notificar las secuencias de los virus del sarampión y el genotipo de los virus de la rubéola a la base de datos de la OMS. Los laboratorios de referencia regionales que realicen análisis de secuencias para los laboratorios nacionales deben presentar la información de la secuencia a la iniciativa MeaNS² y a la base de datos de la OMS tras obtener el permiso de los laboratorios nacionales. Es importante que se incluyan todos los datos epidemiológicos pertinentes con la información de la secuencia para que el laboratorio informante pueda presentar informes completos. Se recuerda a los laboratorios que es necesario compartir los datos de las secuencias en un plazo no superior a dos meses tras la obtención de las muestras, y que este indicador de desempeño se vigila durante el proceso de acreditación de la OMS. • Los futuros talleres de capacitación deben incluir actividades dirigidas a aumentar la capacidad regional para la secuenciación y el análisis de secuencias, además de las técnicas de diagnóstico moleculares. • En los países de la Región, se suele disponer de escasos datos epidemiológicos moleculares, especialmente de virus de la rubéola. No obstante, los laboratorios deben procurar usar tales datos en la medida de lo posible para apoyar la verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, tal como se requiere en el Plan de Acción.
Control de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Los laboratorios deben seguir realizando controles de calidad de las pruebas serológicas, tal como se requiere para la acreditación de la OMS. Se alienta encarecidamente a los laboratorios nacionales a que proporcionen un programa de pruebas de competencia para todos los laboratorios subnacionales de su país. • El proceso de acreditación de la OMS constituye un componente importante del proceso de control de calidad. Los resultados de laboratorio para verificar la eliminación deben ser proporcionados por un laboratorio acreditado. El proceso de acreditación de laboratorios debe llevarse a cabo anualmente, ya sea mediante la acreditación de documentos o la visita al laboratorio. La OPS debe visitar por turnos los laboratorios nacionales y los laboratorios de referencia regionales, de manera que todos los laboratorios reciban una visita cada tres años. Mediante consulta previa con la OPS, los laboratorios de referencia regionales y los laboratorios mundiales especializados, se debe elaborar una lista de laboratorios que sea preciso supervisar con carácter prioritario. La OPS llevará a cabo visitas a los laboratorios de cuatro países para fines del 2011. • Las pruebas de competencia de los laboratorios subnacionales constituyen una medida fundamental de la calidad del programa de vigilancia de los laboratorios en los países que cuentan con laboratorios subnacionales, pero, en muchos países, ha supuesto un reto la caracterización de cantidades suficientes de muestras con resultados de IgM positivos. Es preciso que a escala mundial se recojan grandes cantidades de suero con resultados de IgM de sarampión y de rubéola positivos con objeto de que sean utilizados en los laboratorios subnacionales de la LabNET y los laboratorios de referencia regionales de apoyo de la Región para establecer un conjunto de pruebas de competencia de los laboratorios subnacionales. • En muchos países, los laboratorios subnacionales desempeñan una función crucial en la vigilancia del sarampión y la rubéola, ya que procesan una gran cantidad de las pruebas serológicas primarias. Sin embargo, la gestión eficaz de una red de laboratorios subnacionales requiere un esfuerzo importante por parte del laboratorio nacional. Para documentar estas actividades de gestión, se debe modificar la lista de verificación de la acreditación de la OMS para los laboratorios nacionales, de manera que incluya un resumen del desempeño de todos los laboratorios subnacionales y una descripción de las actividades de gestión realizadas por el laboratorio nacional. • Los laboratorios de la red de la OPS deben colaborar con los laboratorios de la LabNet de otras regiones con objeto de elaborar un programa de control de calidad de los análisis moleculares. • Se alienta encarecidamente a los laboratorios a que utilicen los controles de PCR y los estuches estandarizados proporcionados por los CDC para los análisis moleculares y la confirmación de los aislamientos de virus. • Los laboratorios deben verificar cualquier presunto problema de desempeño de los estuches Siemens para la detección de IgM del sarampión y la rubéola. El coordinador de laboratorio, previa consulta con los laboratorios mundiales especializados y los laboratorios de referencia regionales, elaborará un protocolo para que los laboratorios puedan supervisar el desempeño de los análisis. Los problemas de desempeño también se deben notificar a la sede de la OMS y los CDC. ■

² MeaNS: Vigilancia de nucleótidos del sarampión.

Datos de vigilancia del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita Clasificación final, 2010

País	Total de casos sospechosos notificados Sarampión/Rubéola	Casos de sarampión confirmados			Casos de rubéola confirmados			Casos de síndrome de rubéola congénita (SRC)	
		Clínica	Laboratorio	Total	Clínica	Laboratorio	Total	Sospechosos	Confirmados
Anguila	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua y Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antillas Holandesas	...	0	0	0	...	...	...	...	...
Argentina	1174	0	17	17	0	0	0	5	0
Aruba	...	0	0	0	...	...	...	...	...
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbados	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Belize	56	0	0	0	0	0	0	...	...
Bermudas	0	0	0	0	0	0	0	...	...
Bolivia	120	0	0	0	0	0	0	...	...
Brasil	10304	0	68	68	0	0	0	...	...
Canadá	...	...	99	99	...	12	12	...	...
Chile	205	0	0	0	0	0	0	180	0
Colombia	2802	0	0	0	0	0	0	201	0
Costa Rica	62	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	775	0	0	0	0	0	0	0	0
Dominica	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	802	0	0	0	0	0	0	1	0
El Salvador	216	0	0	0	0	0	0	...	...
Estados Unidos	...	...	63	63	...	7	7	0	0
Granada	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadalupe	...	0	0	0	...	...	...	...	...
Guatemala	329	0	0	0	0	0	0	5	0
Guayana Francesa	23	0	2	2	...	1	1	...	...
Guyana	49	0	0	0	0	0	0	0	0
Haití	24	0	0	0	0	0	0	0	0
Honduras	134	0	0	0	0	0	0	16	0
Islas Caimán	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Vírgenes (EE.UU.)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes (Reino Unido)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	300	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinica	...	0	0	0	...	...	...	...	...
México	5147	0	0	0	0	0	0	1	0
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	107	0	0	0	0	0	0	0	0
Panamá	72	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	436	0	0	0	0	0	0	0	0
Perú	910	0	0	0	0	0	0	...	...
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	150	0	0	0	0	0	0	...	...
Saint Kitts y Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Vicente y Granadinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lucía	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	15	0	0	0	0	0	0	...	...
Venezuela	918	0	0	0	0	0	0	...	...
TOTAL	25165	0	249	249^a	0	20	20^a	409	0

... No se ha proporcionado ninguna información

(a) Ningún caso autóctono de la Región de las Américas.

Actualizado el 31 de octubre del 2011.

Fuente: MESS/FCH-IM e informes de los países mediante el formulario conjunto para la notificación de la OPS-OMS/UNICEF, 2010.

El *Boletín de Inmunización* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por el Proyecto de Inmunización Integral de la Familia 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.

“Treinta años del *Boletín* de Inmunización: la historia del PAI en las Américas”, un compendio electrónico del Boletín, ya se encuentra disponible a través de: www.paho.org/inb.

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

Volumen XXXIII, Número 3 • Junio del 2011

Editor: Carolina Danovaro

Editores adjuntos: Gabriela Félix y Cuauhtémoc Ruiz Matus

© Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Todos los derechos reservados.



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Proyecto de Inmunización Integral de la Familia

525 Twenty-third Street, N.W.

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

<http://www.paho.org/immunization>

SVA cont. página 2

Una delegación de la Región del Asia Sudoriental visitó la Región de las Américas este año para participar en las actividades de la SVA y obtener más información acerca de la planificación y la ejecución de la iniciativa a escala regional. En septiembre del 2011, en la reunión del Comité Regional, los países de la Región del Asia Sudoriental se comprometieron formalmente a poner en marcha una iniciativa de semana de vacunación en el 2012. Esta evolución supone el logro de una Semana Mundial de Vacunación, diez años después de que la SVA se llevara a cabo por primera vez en la Región de las Américas. Actualmente, se están emprendiendo iniciativas de promoción de la causa con objeto de impulsar la inclusión de una Resolución para que la Asamblea Mundial de la Salud instituya en el 2012 la Semana Mundial de Vacunación. La Semana Mundial de Vacunación no reemplazará a las actividades regionales específicas, sino que servirá como un marco que abrace todas las iniciativas.

En la fotografía, la Dra. Genoveva Morales, presidenta de la Comisión Nacional de El Salvador para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, recibe la vacuna contra la influenza durante el acto de lanzamiento de la SVA en Chalatenango. En una sola foto se capturan 3 importantes aspectos del trabajo actual de los programas de inmunización en las Américas:

- 1) la expansión de la vacunación para llegar a todas las edades, incluyendo el uso de vacunas una vez consideradas sub utilizadas como la vacuna contra la influenza;
- 2) la tarea activa de documentar y verificar la eliminación de la circulación endémica de el trabajo que se está haciendo para lograr documentar la eliminación de la circulación endémica de los virus del sarampión y la rubéola del continente Americano, lo que sigue poniendo a la Región a la vanguardia en temas de eliminación de enfermedades prevenibles por vacunación y;



Doctora Genoveva Morales, acto de inicio de la SVA. El Salvador, 6 de mayo del 2011.

Foto de: Luis Cortéz, Comunicaciones, ISSS.

- 3) como la SVA, lanzada en 2003, representa una magnífica oportunidad para cerrar brechas en materia de vacunación, reducir inequidades y proteger los logros de la Región, mientras que al mismo tiempo ayuda a mantener la inmunización en la agenda política de los países. ■