Lineamientos Técnicos

Campaña nacional de seguimiento contra sarampión.

República Oriental del Uruguay

Justificación

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que se transmite por vía aérea y contacto directo. La disponibilidad de una vacuna segura y de elevada efectividad ha permitido avanzar hacia su prevención, control y eliminación. Se estima que durante el período 2000 a 2013 se evitaron 15,6 millones de muertes por sarampión a nivel global, logrando una reducción del 75% de la mortalidad por esta enfermedad al pasar de 544.200 defunciones en el año 2000 a 145.700 en el 2013.

La Región de las Américas ha sido pionera en la puesta en práctica de estrategias de vacunación contra el sarampión y la rubéola. Para ello, se establece que es necesario alcanzar y mantener de manera sostenida coberturas homogéneas de SRP1 y SRP refuerzo ≥95% a nivel comunal. A pesar de los logros, la persistencia de poblaciones susceptibles en algunos países de América y la circulación endémica del virus en otras regiones del mundo, hace que se mantenga presente el riesgo de importaciones del virus y la posibilidad de reintroducción de su circulación endémica.

Una elevada proporción de las importaciones de sarampión en las Américas provienen de Europa y Asia. Esos casos han provocado brotes en Argentina, Canadá, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Venezuela y Perú. El logro de coberturas efectivas y la implementación de una rápida respuesta ante la sospecha y detección, ha favorecido un patrón de ocurrencia de casos aislados o un limitado número de casos secundarios. Sin embargo, cuando el virus ha circulado en áreas con bajas coberturas de vacunación de SRP, las acciones de control han sido más complejas y la duración del brote más prolongada.

La estrategia recomendada por la OPS para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola es realizar campañas periódicas de vacunación “de seguimiento” en preescolares debido a que la campaña, a diferencia del programa de rutina, es una táctica más eficiente para captar a los “no vacunados” e inmunizar a todos los niños que no respondieron a la primera dosis de vacuna. Estas campañas se implementan cada vez que el acúmulo de niños susceptibles se acerque al número de niños de una cohorte de nacimientos. El intervalo entre campañas dependerá de la cobertura de vacunación de los niños que hayan alcanzado los servicios de vacunación de rutina desde la última campaña.

El análisis de las coberturas de vacunación con SRP1 en Uruguay durante el período comprendido entre 2019 y 2023, indica que la suma de niños no vacunados y el 10% de los vacunados que no respondieron a la primera dosis de vacuna, acumula un total de 225.163 niños susceptibles de 1 a 5 años. Este dato establece que es necesario realizar una campaña de vacunación de seguimiento, con la finalidad de captar a los no vacunados y aplicar la segunda dosis recomendada de SRP. El presente documento está dirigido a los equipos nacionales, regionales y locales con la finalidad de que se constituya en el manual técnico operativo para la organización, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de la campaña nacional de vacunación con SRP que Uruguay realizará en abril del año 2024.

Introducción

La vacunación constituye una de las estrategias de prevención primaria de salud pública más eficientes y de mayor beneficio. Las vacunas previenen enfermedades que, en ausencia de la inmunización, podrían causar graves problemas de salud, discapacidad o incluso la muerte.

En 1982, mediante la Ley 15.272, se crea en Uruguay el actual Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que se trata de un programa de alcance nacional que incluye la obligatoriedad de las principales vacunas contra enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles.

En Uruguay las vacunas obligatorias se administran de forma gratuita y universal en todos los puestos de vacunación del país, tanto estatales como privados, independientemente del prestador del que la persona sea usuaria, lo que facilita y promueve la accesibilidad y el cumplimiento de la obligatoriedad.

Las altas tasas de cobertura vacunal, superiores al 95 % y sostenidas en el tiempo, se traducen en un alto grado de control de enfermedades prevenibles, han contribuido a relevantes logros sanitarios como la erradicación de la polio, el tétano del recién nacido y la difteria en el país, y colocan a Uruguay a la vanguardia en materia de vacunación de las Américas.

El Certificado Esquema de Vacunación (CEV) ha tenido múltiples incorporaciones desde su creación. Comenzó en 1982 con ocho vacunas contra las principales enfermedades inmunoprevenibles en la infancia (tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola y paperas) pero hoy, referentes de la unidad de inmunizaciones del ministerio hacen hincapié en que las vacunas no son solo para los niños sino que deben administrarse, muchas de ellas en diversas dosis, y a lo largo de toda la vida.

Para optimizar la protección y asegurar la efectividad y seguridad de la estrategia de vacunación, es fundamental no solo que los niños y los adultos reciban las vacunas que integran el esquema de vacunación, sino que lo hagan oportunamente, es decir, en el tiempo que éste lo determina. Para ello resulta clave consultar y chequear el esquema de vacunación con el médico tratante cada vez que se acuda a la consulta de rutina.

Recientemente, la unidad de inmunización del ministerio decidió rediseñar el esquema de vacunación siguiendo los criterios establecidos por el Programa Nacional de Vacunaciones (PNV) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), teniendo en cuenta que la última actualización fue en 2020.

Una de las principales modificaciones del esquema de vacunas se centran en plasmar gráficamente que la segunda dosis de la vacuna contra sarampión rubeola y paperas (SRP) se administra a los 15 meses y no a los 5 años como ocurría hasta el 2019.

A screenshot of a computer screen

Description automatically generated

Situación Epidemiológica

En Uruguay no se registraban casos de sarampión desde el año 1999. El sarampión es un evento bajo vigilancia universal a través de la notificación obligatoria del grupo A (dentro de las primeras 24 horas de sospechado el caso) de acuerdo al Decreto 41/2012, siendo el reporte de la sospecha de carácter obligatorio tanto para personal de salud como para directores de centros educativos, entre otros. En la tabla I se presentan los casos sospechosos de sarampión notificados anualmente en Uruguay desde el año 2012. Todos ellos fueron descartados. En el año 2019 hasta la SEPI 8 se habían notificado tres casos sospechosos de sarampión en las SEPI 5, 7 y 8 respectivamente. En todos ellos se realizaron acciones de control sobre los contactos, recomendando la vacunación anti sarampión para aquellas personas nacidas después de 1967 que no pudieran certificar haber recibido dos dosis y el adelanto de la segunda dosis a partir de los 15 meses de edad. Tabla I. Casos sospechosos de sarampión notificados por año. Uruguay, 2012- 2019\*.

A table with numbers and numbers

Description automatically generated

Vacunación

En Uruguay la vacuna anti sarampión se introdujo en el año 1982 con la creación del actual PNV, de carácter obligatorio, universal y gratuito. Se administra una dosis al año de edad incluida en la vacuna triple viral (junto con los componentes anti rubéola y anti parotiditis). En 1992 se introdujo la administración de una segunda dosis al cumplir los 5 años. Desde entonces ha habido numerosas campañas de vacunación masiva con esta vacuna.

En el año 2013 se inició una campaña de vacunación anti sarampión dirigida a aquellas personas nacidas entre 1968 y 1987 que no tuvieran dos dosis documentadas de la vacuna.

Campaña de vacunación contra sarampión 2019

El 19 de febrero de 2019 se comenzó una campaña a nivel nacional con el objetivo de minimizar el riesgo de aparición de casos autóctonos de la enfermedad. La campaña incluyó un cambio en el CEV, pasando a administrar la primera dosis de la vacuna a los 12 meses y la segunda a partir de los 15 meses de edad.

A todos los niños mayores de 15 meses con antecedente de haber recibido la primera dosis, se les recomendó recibir la segunda dosis. Con esta medida, los niños vacunados con 2 dosis no requieren ser vacunados a los 5 años.

A las personas mayores de 5 años y nacidas después del año 1967, se recomendó en caso de no poder documentar en su CEV dos dosis de vacuna SRP, recibir dos dosis, con un intervalo entre las mismas mayor a un mes. A aquellas que solo tuvieran registrada una dosis, se recomendó recibir la segunda.

Para los niños mayores de 6 meses y menores de un año que viajen a cualquier destino, se recomendó administrar una dosis que se considera como dosis 0, teniendo que recibir igualmente la primer dosis al año y la segunda luego de los 15 meses de edad.

Las dosis administradas a seis meses de iniciada la campaña (19 de agosto) fueron 302.588. El 49% de las dosis aplicadas se concentraron en la población objetivo (menores de 5 años).

Cobertura de vacunación

El análisis de las coberturas de vacunación con SRP1 de la población de niños de un año en Uruguay durante el período del 2019 al 2023 muestra que es necesario realizar una campaña de vacunación de seguimiento SRP en el 2024, dadas las siguientes condiciones:

* Las coberturas de vacunación de SRP1 al año de edad son heterogéneas al interior del país, existiendo áreas geográficas con coberturas desde un 70% a un 100% en los últimos 5 años.
* La efectividad de la vacuna se reporta en 90%, por lo cual, se estima que un 10% de niños vacunados no están inmunizados. La aplicación de una segunda dosis de SRP eleva la inmunidad en los niños que no respondieron a la primera dosis.
* Está establecida la administración de una segunda dosis de SRP que se aplica a los 15 meses de edad, pero los reportes de coberturas oscilan entre un 60% y un 95% en los últimos 5 años.
* La última campaña de seguimiento se realizó en el 2019 y el nivel de cobertura alcanzado fue de un 75% lo cual pone en riesgo a la población frente a un caso importado de Sarampión
* Para mantener la interrupción de la circulación de virus rubéola se requiere un nivel de inmunidad poblacional de al menos un 95%, cifra que no es alcanzada en forma homogénea a lo largo del país.

A partir de los puntos señalados, se calcularon las cohortes de nacidos vivos susceptibles al sarampión y rubéola desde el año 2019. Como se muestra en la tabla 1, la estimación de niños susceptibles al sarampión es de 225.163 niños y niñas. Esa cifra se acerca al tamaño de una cohorte de nacimientos (~247.437/año), condición que se ha establecido como indicativa para implementar una campaña de vacunación dado el riesgo de que el nivel de inmunidad poblacional no sea suficiente para interrumpir la transmisión endémica de los virus de sarampión y rubéola.

A screenshot of a table

Description automatically generated

5. Objetivos

Elevar el nivel de inmunidad en la población de 1 a 5 años mediante la administración de una dosis adicional de vacuna contra el Sarampión, Rubéola y Parotiditis aplicada mediante una estrategia de campaña nacional de seguimiento.

Consolidar y mantener la eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).

6. Población objetivo y meta:

La meta de la campaña es: alcanzar coberturas de vacunación con SRP ≥95% en la población de 1 a 5 años de edad en cada una de [NIVEL ADMINISTRATIVO SUBANCIONAL] de Uruguay.

A nivel nacional el total de población a vacunar es: 1.240.584 niños/as de 1 a 5 años de edad. La tabla 2 describe los datos generales de la programación de poblaciones por [NIVEL ADMINISTRATIVO SUBANCIONAL].

A screenshot of a table

Description automatically generated

7. Duración de la campaña

La campaña se ejecutará del 1 de octubre al 30 de noviembre del 2015. El lanzamiento nacional y en cada región de Chile se realizará el primer día de la campaña, con actividades de movilización y comunicación en todos los niveles.

La primera fase se ejecutará mediante tácticas cautivas y de micro-concentración, con lo que se espera lograr un avance de un 80% de la meta, para continuar con tácticas casa a casa y acciones de búsqueda de no vacunados basadas en el análisis de los datos del Registro Nacional de Inmunizaciones e información del avance en la microplanificación y la realización del monitoreo rápido de cobertura casa a casa.

Al concluir la campaña se verificará que se alcanzó la meta de ≥95 de coberturas de vacunación en cada comuna, aplicando la metodología establecida por la OPS para tal efecto.

8. Monitoreo y seguimiento

Durante la campaña se realizará el monitoreo del avance y se implementarán distintas estrategias de comunicación hacia la población general:

* Se realizarán hitos comunicaciones en televisión abierta al momento del inicio de la campaña.
* Se realizarán informes semanales por televisión abierta que den cuenta del avance de la campaña.
* Se confeccionará un tablero (dashboard) donde se ponga a disposición de la comunidad los datos del avance de la campaña que incluya el componente geográfico.