



Eliminación del tétanos neonatal y lucha contra el sarampión

Informe del Director General

En el presente informe se examinan los progresos realizados para alcanzar dos de las tres metas específicas de la lucha contra la enfermedad establecidas por la Asamblea de la Salud para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI),¹ a saber, eliminar para 1995 el tétanos neonatal, y reducir los casos de sarampión en un 90% y las defunciones por sarampión en un 95% respecto a los niveles anteriores a la inmunización. La tercera meta específica del PAI en lo que atañe a la lucha contra enfermedades, a saber, la erradicación de la poliomielitis para el año 2000, fue examinada y reafirmada por la Asamblea de la Salud en 1992.

Este breve informe, que es una actualización del que fuera presentado en la 93ª reunión del Consejo Ejecutivo, subraya las estrechas relaciones operacionales entre las iniciativas tendentes a eliminar el tétanos neonatal y la lucha contra el sarampión, presenta un resumen de las principales estrategias aplicadas para cada una de esas enfermedades e indica los asuntos que merecen particular atención por parte de la Asamblea de la Salud.

Los anexos presentan resúmenes de orientación sobre cada una de las enfermedades, junto con un análisis de los progresos, estrategias y limitaciones, así como de las actividades necesarias para alcanzar las metas establecidas en los dos planes de acción revisados en 1993 y aprobados por el Grupo Consultivo Mundial del PAI en octubre de 1993.

1. La Asamblea de la Salud estableció cuatro metas específicas para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI):¹

- mantener un alto nivel de cobertura inmunitaria (como mínimo del 90% de los niños menores de un año en el año 2000) contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis, así como contra el tétanos en las mujeres en edad fecunda;
- erradicar la poliomielitis para el año 2000;
- eliminar el tétanos neonatal para 1995; y

¹ El PAI ha sido integrado en el nuevo Programa Mundial de Vacunas a comienzos de 1994.

- reducir, para 1995, en un 95% las defunciones por sarampión y en un 90% los casos de sarampión respecto a los niveles anteriores a la inmunización, como paso importante para la erradicación mundial del sarampión a largo plazo.

2. Subrayó que esas metas deben alcanzarse de manera que fortalezcan el Programa y la atención primaria de salud en conjunto.

3. Para alcanzar esas metas, el Programa ha desarrollado planes de acción para las iniciativas de lucha contra esas tres enfermedades concretas. La iniciativa de erradicación de la poliomielitis fue afirmada por la Asamblea de la Salud en 1992. Los planes de acción para la eliminación del tétanos neonatal y la lucha contra el sarampión fueron revisados en 1993 y recibieron el apoyo del Grupo Consultivo Mundial del PAI en octubre en 1993.

4. El primer anexo de este informe se refiere a la eliminación del tétanos neonatal y presenta las estrategias y prioridades así como los progresos realizados para alcanzar ese objetivo; el segundo hace lo propio en lo relativo a la lucha contra el sarampión.

5. Las principales estrategias para alcanzar las metas fijadas respecto al tétanos neonatal y el sarampión son las siguientes:

Tétanos neonatal

- garantizar que al menos el 80% de los recién nacidos estén protegidos contra la enfermedad mediante la inmunización de las madres y la adopción de prácticas higiénicas del parto;
- identificar zonas de alto riesgo para, en ellas, inmunizar con anatoxina tetánica a todas las mujeres en edad fecunda y fomentar la higiene del parto;
- investigar todos los casos para determinar las causas de cada uno, y aplicar los remedios pertinentes (inmunización y prácticas higiénicas del parto) en el grupo de población epidemiológicamente apropiado a fin de prevenir nuevos casos.

Sarampión

- aumentar la cobertura de vacunación antisarampionosa hasta por lo menos el 90% en todos los distritos;
- inmunizar a todos los niños en las zonas de alta densidad demográfica, sobre todo en las barriadas urbanas;
- identificar otras poblaciones de alto riesgo mediante una vigilancia eficaz de la enfermedad, y emplear los datos reunidos como medio gerencial para enfocar las actividades de lucha contra la enfermedad;
- tratar adecuadamente los casos de sarampión para reducir las cifras de mortalidad. En las zonas en que la carencia de vitamina A constituye un problema de salud pública deberá emplearse esa vitamina para tratar los casos de sarampión, y deberá considerarse la posibilidad de usarla también ante casos graves en otras zonas.

6. Estas estrategias tienen dos puntos importantes en común: 1) el pilar fundamental para reducir la morbilidad son unos niveles elevados y uniformes de cobertura inmunitaria de rutina; no obstante, está claro que, por sí solos, los niveles de cobertura - incluso tan altos como el 90%, que es la meta para el año 2000 - no bastarán para conseguir esa disminución; de ahí que resulte imprescindible el otro componente común de esas estrategias, consistente en 2) centrar las actividades suplementarias de inmunización

en las zonas de alto riesgo de la enfermedad. Este enfoque orientado a las zonas de alto riesgo exige sistemas eficaces de vigilancia de las enfermedades. El establecimiento de estos sistemas, que abarcarían todas las enfermedades infecciosas prevenibles de importancia para la salud pública, es una de las mayores prioridades del Programa Mundial de Vacunas para los próximos años.

7. Aunque existe una clara necesidad de planes de acción para las iniciativas de control de las enfermedades a nivel mundial, los administradores nacionales de los programas de inmunización deberían preparar un plan integrado de acción para los programas nacionales de inmunización. El énfasis de esos planes integrados en las actividades antes que en enfermedades específicas (p. ej., en la vacunación de un mayor número de lactantes y mujeres y en la aplicación de una vigilancia eficaz) podría facilitar la inclusión de otros servicios de salud para niños y mujeres. Además, un enfoque integrado garantiza un uso óptimo del escaso personal de campo disponible y el máximo aprovechamiento de los fondos obtenidos de fuentes nacionales e internacionales. Un enfoque integrado asegura también el máximo grado de sostenibilidad, razón por la que el programa lo promueve. Puede pedirse un documento que contiene orientaciones sobre ese enfoque integrado.¹

8. Para conseguir eliminar el tétanos neonatal y reducir la incidencia de sarampión y preservar esos logros, los programas nacionales de inmunización deben ofrecer servicios de inmunización sostenibles para las poblaciones a las que aún no han llegado. Las actividades de lucha contra esas enfermedades ayudarán así a canalizar una atención primaria de salud eficaz hacia las zonas subatendidas en beneficio de los grupos de población menos favorecidos, y será una parte importante de otros esfuerzos más amplios encaminados a promover la equidad y mitigar la pobreza.

ASUNTOS QUE REQUIEREN ESPECIAL ATENCION DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

9. El elemento decisivo para asegurar la eliminación del tétanos neonatal y el control del sarampión para 1995 es la voluntad política de invertir energía y recursos suficientes en estas iniciativas. La Asamblea de la Salud podría instar a los Estados Miembros a formular compromisos en este sentido. Las metas son alcanzables en la medida en que se aceleren los programas nacionales de inmunización, particularmente en las zonas de alto riesgo.

10. La Asamblea podría poner de relieve que la eliminación del tétanos neonatal y la lucha contra el sarampión reforzarán las actividades del Programa Mundial de Vacunas contra otras enfermedades, mejorarán la vigilancia y fortalecerán los servicios de tratamiento en caso de complicaciones por sarampión y los servicios de laboratorio, haciendo más eficaces los sistemas asistenciales y aumentando la participación de la comunidad.

¹ «An integrated approach to high coverage, control of measles, elimination of neonatal tetanus, eradication of poliomyelitis using the high-risk approach» (documento WHO/EPI/GEN/93.21).

ANEXO 1

RESUMEN DE ORIENTACION: ELIMINACION DEL TETANOS NEONATAL

1. En 1989 la Asamblea Mundial de la Salud declaró el compromiso de la OMS con la eliminación mundial del tétanos neonatal para 1995 (resolución WHA42.32). La Asamblea de la Salud pidió al Director General que presentase a intervalos regulares planes e informes de los progresos realizados en relación con los esfuerzos encaminados a eliminar el tétanos neonatal. Este informe presenta los progresos realizados, resume los beneficios, estrategias y requerimientos para la eliminación del tétanos neonatal.

2. Es posible obtener el plan de acción para la eliminación mundial del tétanos neonatal, tal como quedó revisado en 1993. El Grupo Consultivo Mundial del Programa Ampliado de Inmunización, en su 16ª reunión (11-15 de octubre de 1993), teniendo en cuenta el plan de acción revisado, hizo hincapié en los puntos mencionados a continuación en relación con la eliminación del tétanos neonatal:

- esfuerzos acelerados de inmunización mediante la administración de por lo menos dos dosis de anatoxina tetánica a las mujeres en edad fecunda en los distritos y poblaciones de alto riesgo, para hacer alcanzable para 1995 la meta mundial de eliminación del tétanos neonatal;
- la necesidad de concentrarse en la lucha contra determinadas enfermedades, como el tétanos neonatal, como una estrategia importante para la mejora de los servicios de inmunización y de higiene del parto en los países menos adelantados, y en estos países a su vez entre las poblaciones menos favorecidas de las zonas urbanas y rurales;
- la especial prioridad que merece la eliminación del tétanos neonatal, dada su contribución a la reducción de la mortalidad infantil en las poblaciones que menos acceso tienen a los servicios de salud (el desarrollo de una infraestructura adecuada y el mantenimiento de esos servicios son condición ineludible para eliminar el tétanos neonatal y preservar ese logro);
- la necesidad de que los países aprovechen las actividades realizadas para eliminar el tétanos neonatal, esto es, la vacunación con anatoxina tetánica, el fomento del parto higiénico y la vigilancia del tétanos neonatal, como mecanismos para fortalecer el PAI¹ y otros servicios de atención primaria de salud; y la necesidad de aumentar, antes de 1996, el número de distritos que hayan eliminado el tétanos neonatal, definidos como los distritos con menos de un caso notificado de tétanos neonatal por 1000 nacidos vivos en condiciones de vigilancia activa (lo que exigirá una aceleración de los esfuerzos en los distritos de alto riesgo y, para preservar ese logro, al menos el 80% de los recién nacidos deberán ser protegidos contra el tétanos neonatal mediante la inmunización con anatoxina tetánica o la buena higiene del parto);
- evaluación cuidadosa de los recursos necesarios (vacunas de anatoxina tetánica, equipo de inyección, fichas de vacunación y transporte) para inmunizar a todas las mujeres en edad fecunda en los distritos (urbanos y rurales) de alto riesgo;
- medidas para asegurar la voluntad política y recabar el compromiso de los países en desarrollo y los donantes para otorgar a la eliminación del tétanos neonatal la alta prioridad que merece.

¹ El PAI ha sido integrado en el Programa Mundial de Vacunas a comienzos de 1994.

META

3. El plazo establecido para eliminar el tétanos neonatal es hasta 1995.
4. La eliminación del tétanos neonatal se define como la reducción de la incidencia de esta enfermedad en los distritos a cifras inferiores al 1 por 1000 nacidos vivos, una vez corregido el sesgo debido al sexo (número de casos registrados entre lactantes varones multiplicado por dos) y en condiciones de vigilancia activa. Para conseguir la eliminación y preservar ese logro, el porcentaje total de niños protegidos al nacer mediante la inmunización materna con anatoxina tetánica o mediante la adopción de prácticas higiénicas de parto deberá ser superior al 80% y cercano al 100% en distritos o zonas de alto riesgo.
5. En cada país se deberá realizar anualmente en cada uno de sus distritos una evaluación del ritmo de eliminación. Cada año se deberán notificar el número y porcentaje de distritos que hayan eliminado el tétanos neonatal. Esa evaluación por distritos se basará en los datos reunidos acerca de:
 - la proporción de niños protegidos al nacer contra el tétanos neonatal mediante la inmunización de sus madres y la adopción de prácticas higiénicas de parto;
 - la incidencia notificada de tétanos neonatal.

Estas medidas deben complementarse con una vigilancia activa.

BENEFICIOS

6. Si se alcanza la meta y se preserva ese logro se habrá conseguido:
 - prevenir cada año más de 1 millón de defunciones por tétanos neonatal;
 - reducir la tasa de mortalidad de los lactantes de los países en desarrollo en un 25% respecto a 1980;
 - prevenir 50 000 defunciones maternas por tétanos durante el puerperio;
 - mejorar los servicios de inmunización y de parto higiénico, sobre todo para las poblaciones más pobres de los países más necesitados.

PROGRESOS

7. Se han hecho progresos importantes para la eliminación del tétanos neonatal en numerosos países en desarrollo y en muchos distritos de esos países desde los primeros años ochenta. Se calcula que cada año se evitan 687 000 defunciones por tétanos neonatal, cifra que representa una disminución a nivel mundial del 29% respecto a la estimada en 1985 (figura 1). Esa reducción se debe al aumento significativo (del 12% al 53%, sin contar China) registrado entre 1985 y 1992 de la cobertura inmunitaria de las mujeres embarazadas con al menos dos dosis de anatoxina tetánica sobre todo en las Regiones de África y de Asia Sudoriental (figura 2). La reducción de las defunciones neonatales es el resultado de los progresos impresionantes registrados en algunos países de alto riesgo. No obstante, en septiembre de 1993, todavía el número total de defunciones por tétanos neonatal se estimaba en 580 000 al año, de los cuales el 80% correspondían a 14 países (cuadro 1).

FIGURA 1. NUMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES POR TETANOS NEONATAL, PRODUCIDAS Y EVITADAS EN EL MUNDO, 1979-1993

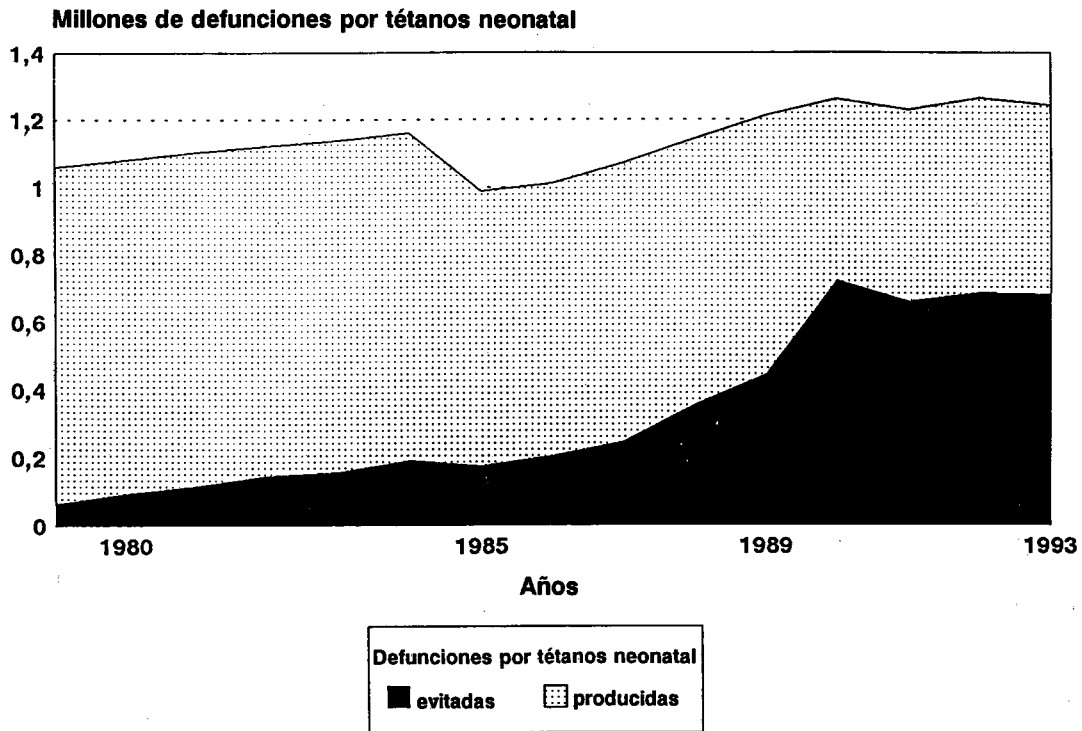
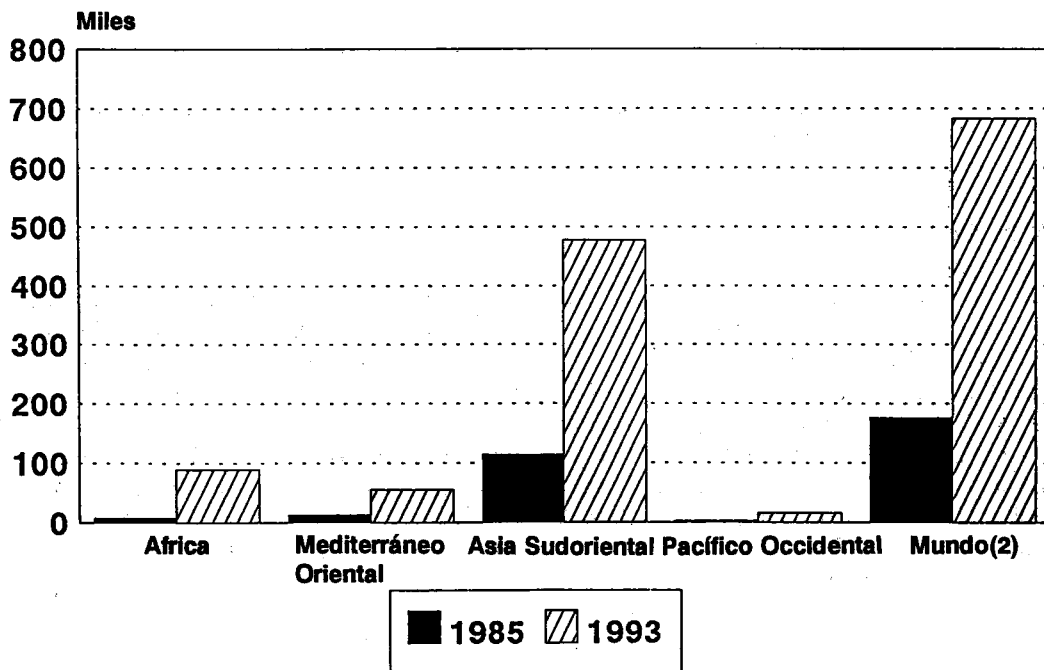


FIGURA 2. NUMERO MUNDIAL ESTIMADO DE DEFUNCIONES POR TETANOS NEONATAL EVITADAS MEDIANTE INMUNIZACION CON ANATOXINA TETANICA, 1985 y 1993⁽¹⁾



(1) Las cifras de 1993 incluyen las defunciones evitadas mediante higiene del parto.
 (2) Incluidas las Américas y Europa.

CUADRO 1. PAISES DONDE SE PRODUCEN EL 80% DE LAS DEFUNCIONES MUNDIALES ESTIMADAS POR TETANOS NEONATAL, 1992

Países	Defunciones evitadas	Tasa de mortalidad por tétanos neonatal por 1000 nacidos vivos	Número estimado de defunciones por tétanos neonatal	Casos notificados de tétanos neonatal	Porcentaje de niños protegidos al nacer	
					Con TT2+*	Con PH**
Bangladesh	130 000	8,9	41 100	588	80	7
China	1 900	3,9	98 300	...	2	...
Etiopía	2 200	9,1	24 000	94	9	10
India	280 500	4,2	108 000	5 775	76	75
Indonesia	45 500	6,2	31 700	582	62	47
Kenya	4 400	7,0	7 800	...	38	50
Nepal	2 400	11,9	9 200	7	22	6
Nigeria	31 400	9,0	47 400	799	42	30
Pakistán	32 100	8,7	44 700	1 737	44	60
Somalia	500	20,0	9 400	...	5	2
Sudán	1 200	8,0	9 000	31	12	60
Uganda	11 400	3,2	3 000	71	83	38
Viet Nam	3 500	3,3	6 700	338	36	70
Zaire	4 700	6,5	12 500	47	29	...

* Madre tratada con al menos dos dosis de anatoxina tetánica.

** Parto higiénico, es decir, atendido por una partera capacitada.

ESTRATEGIAS

8. La OMS recomienda tres estrategias básicas para eliminar el tétanos neonatal:

- 1) el suministro y la administración de la vacuna de anatoxina tetánica, que es la estrategia más eficaz para la protección de los recién nacidos, sobre todo en los distritos de alto riesgo;
- 2) el ofrecimiento de servicios de parto en condiciones higiénicas a todas las mujeres embarazadas;
- 3) una vigilancia eficaz que permita detectar y tratar cada caso.

9. A fin de prevenir su reaparición, los países tendrán que aplicar medidas que aseguren el mantenimiento indefinido del nivel de inmunidad alcanzado contra el tétanos por las mujeres embarazadas, y que garanticen condiciones higiénicas de parto. Además, el sistema de vigilancia deberá permitir detectar cualquier nuevo caso.

10. Los datos referentes a los partos higiénicos (definidos como partos asistidos por una partera adiestrada) indican que, en 1992, si bien ha mejorado la higiene de las prácticas obstétricas en los países en desarrollo la mayoría de los partos seguían teniendo lugar en el domicilio y sin ayuda de una partera capacitada.

11. El progreso mundial hacia la eliminación del tétanos neonatal ha sido propiciado considerablemente gracias a una mayor conciencia acerca de la necesidad de reparar el «olvido» de vacunar a las mujeres con anatoxina tetánica. Sin embargo, la disparidad en la cobertura comunitaria entre mujeres y niños sigue

siendo inaceptable ya que representa una subutilización de los servicios de vacunación disponibles. La cobertura mundial de inmunización con las tres dosis de la vacuna difteria/tos ferina/tétanos fue en 1992 del 79%, mientras que la cobertura de las embarazadas con dos o más dosis de anatoxina tetánica fue ese mismo año de sólo el 42% (53% sin contar a China). Debe mencionarse, no obstante, que este método para la vigilancia ordinaria de la cobertura con anatoxina tetánica tiende a subestimar el nivel de protección contra el tétanos neonatal al nacer, que puede llegar a un 60-70%.

PRIORIDADES

12. La principal preocupación de la OMS es que se haga el uso más eficaz posible de los recursos limitados de que se dispone para eliminar el tétanos neonatal, y preservar ese logro indefinidamente.

13. En consecuencia, se está aplicando un plan para la eliminación mundial del tétanos neonatal. Este plan propugna que los recursos, tanto humanos como financieros, se orienten a las zonas más necesitadas o de mayor riesgo.

14. Se concede prioridad a la ayuda a:

- los países en que se producen el 80% de los casos estimados de tétanos neonatal (cuadro 1), y otros países con una tasa estimada superior o cercana al 5 por 1000 nacidos vivos;
- dentro de esos países, los distritos o poblaciones (rurales o urbanos) con elevado riesgo de tétanos neonatal.

MOVILIZACION DE RECURSOS

15. Se necesitarán cantidades suficientes de anatoxina tetánica, equipo de inyección y apoyo logístico para vacunar con por lo menos dos dosis a todas las mujeres en edad fértil en los distritos urbanos y rurales de alto riesgo. Al asignar los recursos existentes a distritos y poblaciones de alto riesgo en los países prioritarios, será factible la eliminación del tétanos neonatal para 1995 en muchos países del mundo.

ANEXO 2

RESUMEN DE ORIENTACION: LUCHA CONTRA EL SARAMPION

1. En 1989 la Asamblea de la Salud declaró el compromiso de la OMS en la lucha mundial contra el sarampión (resolución WHA42.32), en particular en lo referente a reducir su incidencia en un 90% respecto a los niveles anteriores a la inmunización. Como consecuencia de ello, el 30 de septiembre de 1990, la declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia amplió esos objetivos a la «Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de sarampión para 1995, en comparación con los niveles previos a la inmunización, como paso importante para erradicar a largo plazo el sarampión en todo el mundo».

2. A continuación se describen los progresos realizados para alcanzar esas metas. El Grupo Consultivo Mundial del Programa Ampliado de Inmunización aprobó el plan revisado de acción para la lucha mundial contra el sarampión en su 16ª reunión, celebrada en Washington, D.C., del 11 al 15 de octubre de 1993, plan que es posible obtener.¹ La mencionada reunión hizo hincapié en las cuestiones siguientes en relación con la lucha contra el sarampión.

3. El sarampión, una de las enfermedades que más vidas de niños ha segado a lo largo de la historia sigue causando muertes y enfermedad entre ellos. La infraestructura que proporciona el Programa Ampliado de Inmunización² es el medio con el que el mundo está luchando contra la enfermedad. Los refinamientos específicos del programa propuestos en el plan revisado de acción brindarán una plataforma a partir de la cual poder erradicar finalmente la enfermedad, teniendo en cuenta lo siguiente:

- si bien resta mucho por hacer a nivel técnico antes de que la comunidad mundial logre triunfar sobre el virus del sarampión, se dispone de medios excelentes para combatir la enfermedad, medios por otra parte económicos (el elemento que falta en gran parte de la comunidad mundial es el compromiso político de invertir en la iniciativa la energía y los recursos necesarios);
- los progresos realizados para alcanzar los objetivos fijados para 1995 indican que la meta de reducir la mortalidad es alcanzable si continúan las tendencias actuales. El objetivo de reducir la morbilidad requerirá nuevas estrategias.
- la inmunización de rutina con las vacunas antisarampionosas actuales durante el primer año de vida constituye la base de la lucha contra el sarampión, y deben ampliarse y mantenerse los niveles de cobertura en todos los distritos y comunidades;
- para conseguir un alto nivel de control del sarampión, su eliminación regional y por último la erradicación mundial de la enfermedad, hará falta una inmunización suplementaria basada en estrategias orientadas ante todo a interrumpir la transmisión del virus del sarampión, como por ejemplo campañas de vacunación no selectiva de todos los niños, con independencia de su estado de inmunización.

OBJETIVO

4. Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de sarampión para 1995, en comparación con los niveles previos a la inmunización, como paso importante para erradicar a largo plazo el sarampión en todo el mundo.

¹ «Measles control in the 1990s: plan of action for global measles control» (documento WHO/EPI/GEN/94.2).

² El PAI ha sido integrado en el nuevo Programa Mundial de Vacunas a comienzos de 1994.

BENEFICIOS

Los beneficios son:

Reducción de los casos y de las defunciones por sarampión. Cuando no se disponía de la vacuna contra el sarampión casi todos los niños contraían la enfermedad. Como consecuencia de ello, se estimaban en 130 millones los casos y en siete u ocho millones las defunciones en el mundo cada año. El espectacular incremento de la cobertura inmunitaria contra el sarampión a partir de 1985 ha reducido notablemente la morbilidad y mortalidad por la enfermedad. Cabe prever que las cifras disminuirán aún más a medida que siga aumentando la cobertura. Ahora, con una cobertura global de la vacuna antisarampionosa del 78%, se estima en un millón el número de niños que fallecen de sarampión cada año.

Reducción de las discapacidades por sarampión. Se prevendrán algunas complicaciones graves comunes del sarampión como son la diarrea, las infecciones torácicas y la malnutrición, además de las graves lesiones oculares por carencia de vitamina A, que pueden causar ceguera.

Fortalecimiento de la atención primaria de salud. Para conseguir una alta cobertura hace falta una buena infraestructura. Todos los aspectos de la atención primaria de salud se verán beneficiados. Se ampliará la vigilancia, en la que participará personal de muy diversa índole y el público. Como es el último antígeno que se debe administrar, si se alcanzan niveles muy altos de cobertura vacunal antisarampionosa, aumentará también la cobertura vacunal general.

Uso óptimo del presupuesto sanitario. Se considera por lo general que la inmunización contra el sarampión es la intervención de salud pública más eficaz en relación con el costo, esto es, asegura una mejora de la salud infantil mayor de la que por el mismo precio pueda reportar cualquier otra estrategia de salud pública. Esto hace que la lucha contra el sarampión sea una de las estrategias sanitarias que más alicientes ofrece para la inversión a gobiernos y donantes.

SIETE ESTRATEGIAS PARA LUCHAR CONTRA EL SARAMPION

Las siete estrategias son:

Inmunización: aumentar y mantener elevada la cobertura vacunal contra el sarampión en todos los distritos y comunidades durante el primer año de vida, usando el enfoque de alto riesgo para identificar e inmunizar a todos los niños que reúnan las condiciones de las zonas y grupos de alto riesgo, sobre todo entre los pobres urbanos.

Vigilancia: mejorar la vigilancia de rutina para que se notifique un porcentaje mucho mayor de los casos de sarampión, de modo que puedan aplicarse la respuesta a los brotes y el enfoque de alto riesgo.

Respuesta a los brotes: establecer estrategias apropiadas para responder a los brotes en un determinado país (en particular de investigación y control).

Tratamiento: reducir al mínimo la mortalidad por sarampión, mediante el manejo estándar de los casos y el tratamiento adecuado de las complicaciones; la mejora de las reservas de vitamina A del organismo mediante una combinación de estrategias que incluyan la lactancia natural, la diversificación alimentaria, el fortalecimiento, el suministro de suplementos de vitamina A a los niños pequeños en las zonas donde es frecuente la carencia de esa vitamina y el tratamiento con vitamina A de todos los casos graves de sarampión.

Comunicación: establecer planes nacionales que faciliten información sobre la lucha contra el sarampión al personal de salud y el público general.

Investigación: establecer una prueba de campo que permita el diagnóstico rápido de los presuntos casos; así como una nueva vacuna que pueda emplearse antes de los nueve meses de edad.

Desarrollo de laboratorios: establecer una red de laboratorios de apoyo al personal de campo en su lucha contra el sarampión.

PROGRESOS

7. La meta mundial fijada para 1995 de reducir en un 95% el número de defunciones es alcanzable si se mantienen las tendencias actuales (figura 1); de hecho, muchos países ya lo han conseguido. En septiembre de 1993 la cobertura mundial de inmunización antisarampionosa había alcanzado el 78%, y es de prever que siga en aumento (figura 2). En todas las regiones hay algunos, o incluso muchos, países que han alcanzado ya coberturas del 90%. Se estimulará a los que están rezagados, para que alcancen niveles mayores mediante el apoyo intensificado de los donantes y el asesoramiento de organismos técnicos como la OMS. Los países con niveles de cobertura señaladamente bajos, particularmente los de la Región africana, serán objeto de medidas especiales. Se requerirán en esos casos estrategias suplementarias como las jornadas especiales de inmunización en las ciudades, y en las zonas en conflicto, los «días de tranquilidad» durante periodos de alto el fuego.

8. Muchos países han cosechado grandes éxitos en sus esfuerzos por alcanzar la meta de una reducción del 90% de los casos. Por ejemplo, han disminuido los casos **notificados**, un 84% en Kenya y un 85% en Burkina Faso con respecto a la época anterior a la inmunización; las unidades especiales de vigilancia en Swazilandia señalan una disminución del 95%. En muchos países de Europa, las Américas y algunas partes del Pacífico Occidental, el sarampión prácticamente ha desaparecido. En los Estados Unidos de América se registra una disminución del 99% de casos. En cambio, las cifras de la OMS de casos **estimados** presentaban una reducción mundial de por lo menos el 66% en septiembre de 1993, en comparación con los niveles anteriores a la vacunación. Hay, no obstante, considerables dificultades técnicas para medir los progresos alcanzados en la consecución de los objetivos en materia de sarampión. Como indican los estudios de casos en diversos países, probablemente la reducción real sea muy superior a la cifra estimada del 66%.

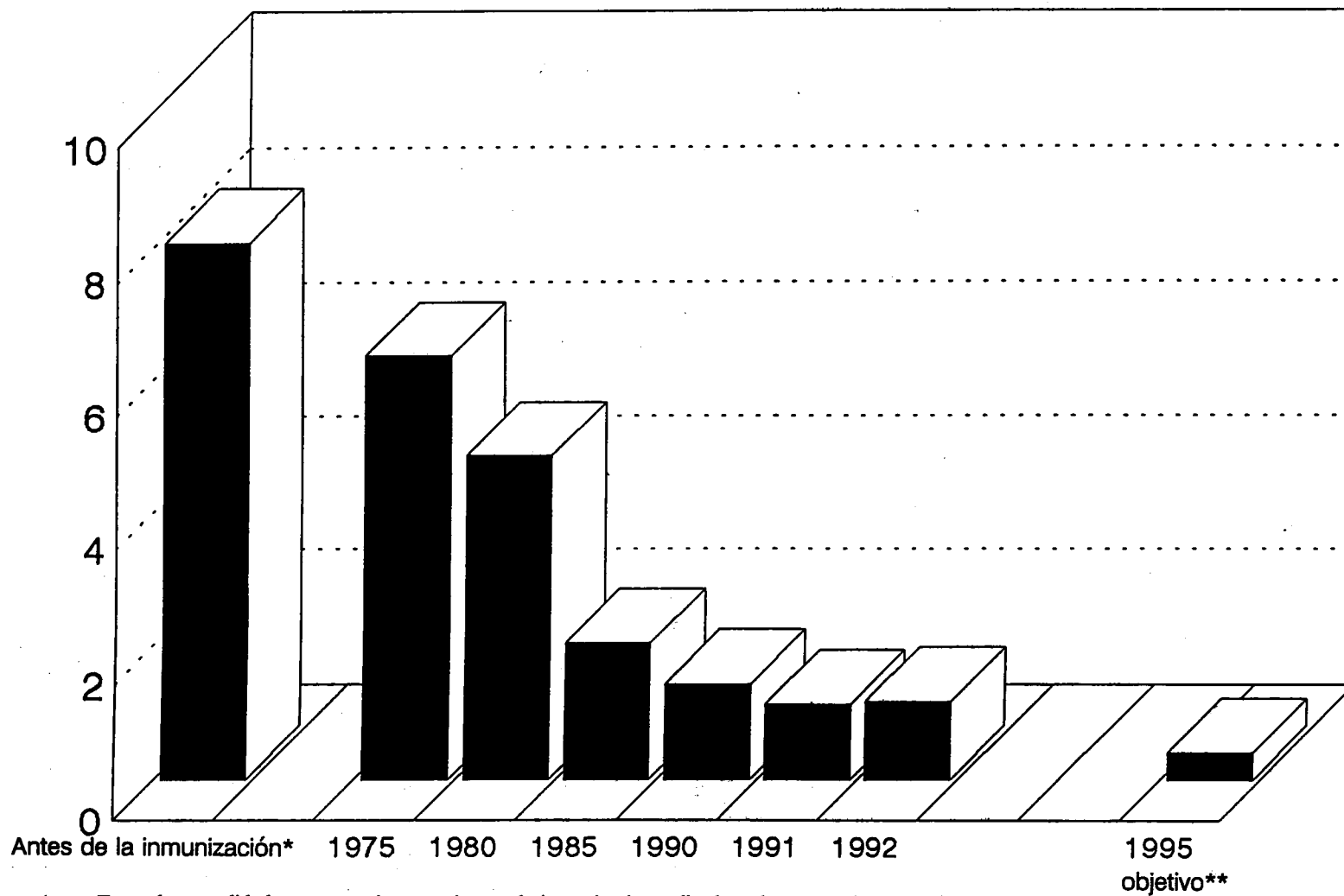
PRIORIDADES

9. Es preciso aumentar la cobertura a niveles muy altos, y crear la infraestructura que permita que el suministro de servicios a todas las comunidades sea sostenido. Deben iniciarse nuevas estrategias para aprovechar al máximo las vacunas existentes. Se necesitarán estrategias de inmunización suplementaria, como campañas no selectivas (vacunación de todos los niños menores de una determinada edad con independencia de su estado de inmunización), para alcanzar niveles de cobertura muy altos en todas las comunidades. El desarrollo de una nueva vacuna que pueda emplearse a edades más tempranas puede tardar varios años.

10. La defunción de un niño por sarampión es siempre una desgracia, ocurra donde ocurra, pero la situación en que se hallan Africa y Asia Sudoriental merece una atención particular, por cuanto en muchos de los países de esas zonas siguen vigentes las condiciones que propician el contagio del sarampión y una elevada mortalidad por su causa (p. ej., el hacinamiento o la carencia de vitamina A). Durante el resto del decenio se deberá otorgar prioridad a la lucha contra el sarampión en esos países de alto riesgo. Además, se otorga prioridad a la identificación de grupos y zonas de alto riesgo dentro de los países, de modo que se saque el máximo provecho de los limitados recursos. Dichos grupos de alto riesgo incluyen a los niños

FIGURA 1. PROGRESOS HACIA LA META MUNDIAL DE REDUCIR EN UN 95% PARA 1995 LAS DEFUNCIONES ESTIMADAS POR SARAMPION

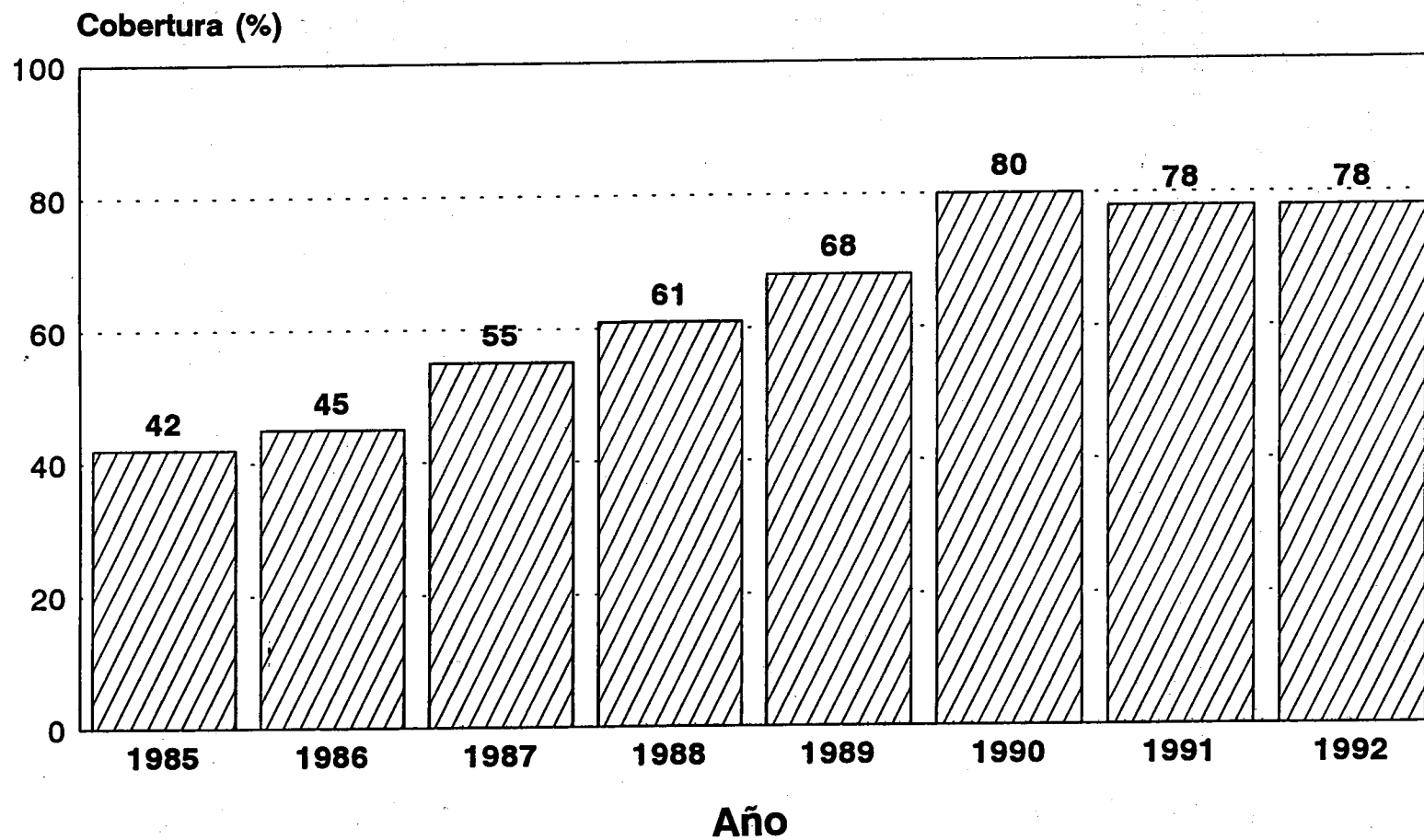
Número estimado de defunciones, en millones



* Tasas de mortalidad por sarampión anteriores a la inmunización aplicadas a las estadísticas demográficas previstas para 1995.

** Reducción del 95% aplicada a las estadísticas demográficas previstas para 1995.

FIGURA 2. COBERTURA VACUNAL MUNDIAL CONTRA EL SARAMPION, 1985-1992



hospitalizados, lactantes de madres infectadas por el HIV y niños que viven en zonas donde es frecuente la avitaminosis A, en campos de refugiados o hacinados en tugurios urbanos.

11. Si bien, según vaya aumentando la cobertura con vacuna antisarampionosa disminuirá el número de casos y defunciones, es probable que sigan produciéndose casos de sarampión en el siglo XXI. Hasta la erradicación de la enfermedad, con un tratamiento apropiado y de bajo costo bajará mucho la tasa de letalidad por sarampión. Una guía conjunta OMS/UNICEF, «*The integrated management of the sick child*» (de próxima aparición), facilitará la base técnica y la capacitación para el tratamiento a nivel de la atención primaria de la salud de los niños con sarampión u otras enfermedades frecuentes en la niñez.

12. Aunque el suministro de vacuna antisarampionosa es suficiente para cubrir las necesidades actuales, se requieren planes (incluidos pronósticos precisos) para poder responder a una demanda creciente, dado que se están desarrollando estrategias de lucha contra el sarampión que exigirán mayor número de vacunas.

LIMITACIONES

13. Las principales limitaciones siguen siendo:

- la elevada transmisión del virus del sarampión en las zonas densamente pobladas (con la consiguiente necesidad de garantizar una muy alta cobertura vacunal antisarampionosa para controlar la enfermedad en esos entornos);
- las actuales tasas de inmunización de rutina, insuficientes para lograr controlar el sarampión de aquí a 1995;
- las dificultades que para aumentar la cobertura tienen algunos países clave;
- el hecho de que la vacuna antisarampionosa tiene una efectividad de sólo el 85%, por lo que hasta un 15% de los lactantes vacunados pueden no quedar protegidos;
- el índice de incomparecencia para vacunación, el mayor de todos (hasta un 25% en algunos países) debido a que el sarampión ocupa el último lugar en el calendario de vacunaciones.

COSTOS PREVISTOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS EN 1995

14. Se calcula que, para que la cobertura inmunitaria mundial contra el sarampión pase aproximadamente del 80% al 90%, se necesitarán entre 50 y 80 millones de dosis adicionales de vacuna. El precio de la vacuna antisarampionosa es para el UNICEF de unos 15 centavos de dólar (US\$ 0,15) (mucho mayor para los países industrializados). Así pues, se calcula que el costo mínimo de elevar la cobertura en un 10% es de entre US\$ 7,8 y 12,3 millones.

15. Una sola campaña que abarcara únicamente la mitad de los países de alto riesgo del mundo requeriría un mínimo de 600 millones de dosis suplementarias de vacuna antisarampionosa, con un costo de al menos US\$ 90 millones.

= = =