

PLANTEAMIENTO DE SÍNTESIS

Carmen Amela

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Durante esta Jornada, se han tratado los aspectos técnicos relacionados con la eliminación del sarampión, los objetivos, las estrategias y los compromisos que las diferentes regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han adquirido.

La situación del sarampión en España ha sido abordada desde una perspectiva Nacional y Autonómica. En España, las Comunidades Autónomas de Cataluña y Galicia han asumido un claro compromiso político con la eliminación del sarampión para el año 2000, definiendo estrategias específicas para alcanzarlo.

La definición de la situación del sarampión en España se ha realizado en base a: estudios seroepidemiológicos, comportamiento de la incidencia de la enfermedad registrado en el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, y coberturas de vacunación. La situación del diagnóstico de laboratorio fue abordada por un virólogo.

La oficina regional para Europa de la OMS ha definido unos criterios para clasificar a los países en su proximidad al control del sarampión. A continuación, como resumen de la Jornada, se irá planteando la situación de España frente a cada criterio.

1. Notificación nacional de casos sospechosos

En España la notificación de casos sospechosos de sarampión es obligatoria desde

1901. Recientemente, en 1996 se actualizó la definición de caso:

Caso sospechoso de sarampión: enfermo en el que se encuentran los siguientes hallazgos: Rash generalizado de duración 3 días, fiebre $\geq 38,3$ C y tos o coriza, o conjuntivitis.

Caso confirmado de sarampión: Todo caso sospechoso confirmado por laboratorio (test serológico de Ac. IgM de sarampión positivo, aislamiento de virus o aumento significativo en el nivel de IgG frente a sarampión). Dos casos sospechosos epidemiológicamente relacionados, aún en ausencia de confirmación de laboratorio, se consideran confirmados. El número de casos sospechosos se notifica semanalmente.

En la serie temporal de los casos notificados anualmente de sarampión se observan dos períodos; el primero antes y durante los primeros años de la introducción de la vacuna, hasta 1986; se caracteriza por la presencia de ciclos bianuales y un nivel medio de casos notificados de 150.000 (incidencia anual media de 400 por 100.000), después de 1979, año en el que se comienza a vacunar frente al sarampión, la cobertura se incrementa lentamente, el período interepidémico se alarga, se observan dos picos epidémicos en 82 y 86, después de esta fecha las coberturas se mantienen por encima del 80%.

El período postvacunal 1987, se inicia con un descenso en el nivel medio de casos noti-

ficados, no se detectan picos epidémicos y la tendencia hasta el momento es marcadamente decreciente. De 1987 a 1993 la reducción fue del 89% en comparación con el período anterior. Hasta noviembre de 1998 se notificaron 400 casos (incidencia acumulada 1,02 por 100.000), lo que implica una reducción del 99,7% frente al período prevacunacional.

La evolución de la incidencia del sarampión se puede observar en la gráfica que anuncia esta Jornada:

2. Laboratorios disponibles para la confirmación de casos sospechosos

En España existen laboratorios capacitados y con recursos disponibles en todas las Comunidades Autónomas. Durante 1998, comunidades como Cataluña han iniciado el diagnóstico por laboratorio de todos los casos sospechosos.

3. Cobertura de vacunación $\geq 95\%$ con 1 dosis a los 2 años de edad (durante 5 años consecutivos o más)

La cobertura de vacunación frente a sarampión desde 1993, calculada como dosis administradas a la población menor de dos años, es del 90%.

La encuesta seroepidemiológica realizada en 1996 encontró una cobertura con esquema básico completo, según el carnet de vacunación, del 96,1% en el grupo de 2-5 años y de 94,6% en el grupo de 6 a 9 años. El porcentaje de población menor de 5 años inmune (con anticuerpos protectores frente a sarampión) es de 95,7%.

4. Susceptibilidad específica por edad, según OMS, el porcentaje de susceptibles por edad no deberá sobrepasar los siguientes valores:

1-4 años	15%	5-9 años	10%
10-14 años			

El perfil de susceptibilidad en España se encuentra por debajo de los niveles recomendados en menores de 15 años, únicamente se observan ligeras diferencias en el grupo de 15 a 19 años, ya que la OMS recomienda el 5% y aquí se ha encontrado un 5,5%. En los grupos de población adulta el nivel de susceptibles es realmente bajo.

Una vez que han sido presentados los distintos temas del Programa, se está en posición de evaluar la situación en España en relación a los estándares planteados para Europa, reflexionar sobre lo logrado y plantear aspectos necesarios para lograr el objetivo de la eliminación del sarampión para el año 2007.

Como se acaba de presentar, el cumplimiento de los criterios recomendados es lo suficiente elevado como para poder entrar a elaborar un plan estratégico nacional que permita la consecución del objetivo.

LÍNEAS GENERALES PARA LA ELABORACION DE UN PLAN ESTRATÉGICO PARA LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN EN ESPAÑA

Definir el compromiso político con la eliminación

Establecer un plan de trabajo para alcanzar la eliminación que incluya: los objetivos propuestos, las actividades y tareas que será necesario realizar, plazos de tiempo para su cumplimiento, responsables a los distintos niveles, presupuesto asignado e indicadores de evaluación. Asimismo, será necesario definir una estructura administrativa que de seguimiento a los compromisos del plan y asuma la puesta en marcha y seguimiento de las nuevas actividades que de él resulten y darles seguimiento.

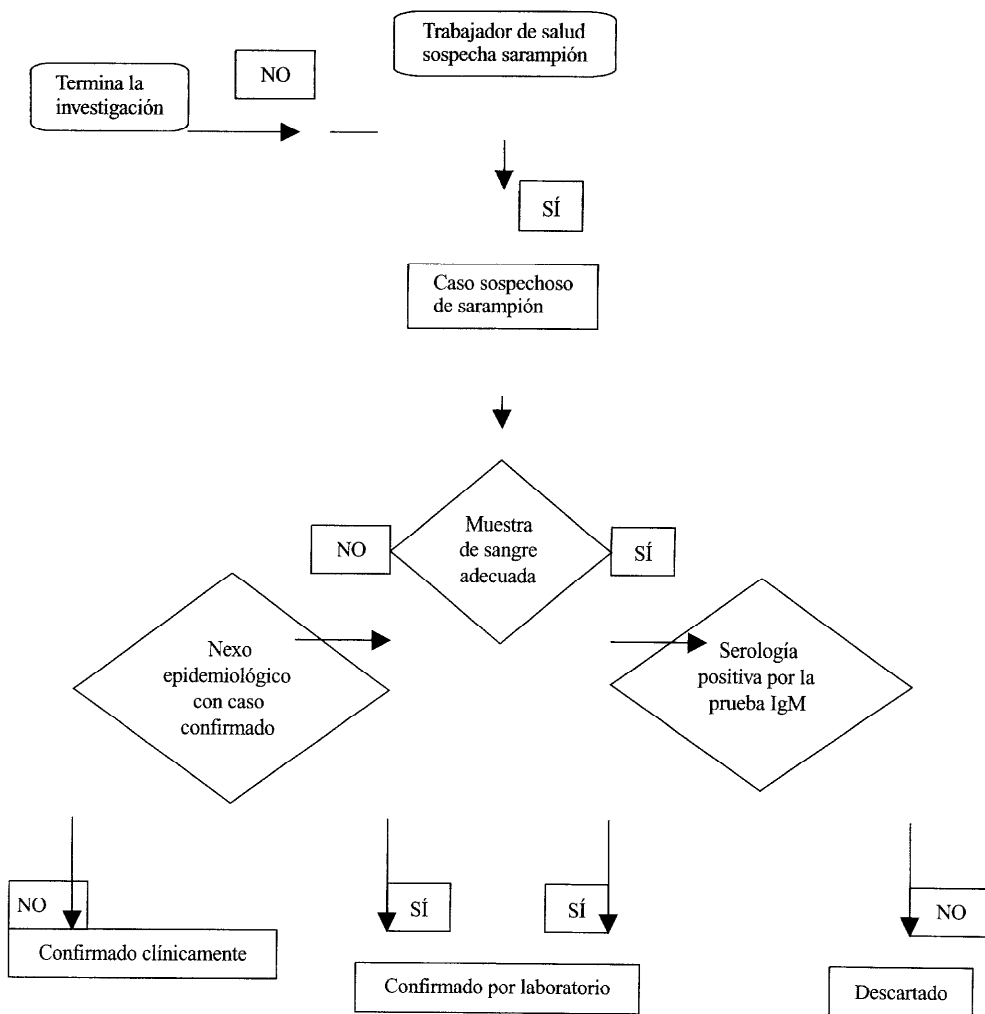
Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica individualizado, en el que todos los casos sean investigados y analizados

En los programas de eliminación, el objetivo de la vigilancia es detectar oportunamente la circulación del virus del sarampión. Por tanto, todo caso sospechoso debe

ser investigado, incluyendo la ficha epidemiológica, la toma de la muestra de sangre y la toma de medidas de control necesarios en cada situación.

Para todo caso sospechoso deben existir unos criterios claros para clasificarlo en confirmado o descartado. En las Américas se sigue la figura 1.

Figura 1



Si se presenta un brote epidémico habrá que estudiar los factores determinantes del mismo. No existen muchas experiencias de brotes en países con programas de eliminación en marcha y por ello tiene especial relevancia las aportaciones que cada país pueda realizar, para su propio avance y para el de los demás países.

La calidad de la vigilancia, es decir, la seguridad de que no hay casos en el país, es de gran importancia cuando se pretende eliminar una enfermedad. Por lo tanto, va a requerir una evaluación permanente; por ejemplo, en las Américas se utilizan los siguientes indicadores: % de centros de salud que notifican al menos un caso sospechoso por año; % de casos investigados en las 48 horas después de la notificación; % de casos con investigación completa y muestra adecuada o relación epidemiológica con un caso confirmado por el laboratorio; % de casos confirmados por laboratorio con fuente de infección; % de muestras con resultados de laboratorio en menos de 8 días tras su recepción.

Reforzar el papel del laboratorio en la vigilancia del sarampión

En los programas de eliminación, confirmar o descartar los casos sospechosos es la clave del éxito de la vigilancia. Actualmente existen numerosas pruebas comerciales para la detección de IgM por EIA que son rápidas, sensibles y específicas, aunque estas dos últimas cualidades varían considerablemente y el país debe establecer qué pruebas de diagnóstico van a realizar el laboratorio de referencia y cuáles los laboratorios autonómicos, para asegurar la compatibilidad de resultados.

El aislamiento viral y la caracterización del genotipo permiten identificar los cambios en el patrón genotípico circulante antes y después de los planes de eliminación. Los estudios de epidemiología molecular se usan para demostrar la interrupción de la transmisión del virus y si los casos nuevos

son autóctonos o importados y, en este caso, conocer de que área geográfica proviene el virus.

Alcanzar y mantener coberturas por encima del 95% en todas las Comunidades Autónomas y provincias del país

Todas las unidades de salud deberán mantener un control sobre las coberturas en su población. En el mundo actual, con el auge de los medios de transporte, la probabilidad de la difusión de las enfermedades transmisibles, entre ellas el sarampión, de un país a otro, ha aumentado. Los brotes en poblaciones con altas coberturas de vacunación han sido bien estudiados y el único mecanismo de mantener a un país libre del sarampión, mientras siga circulando en gran cantidad por los países, consiste en reducir las posibilidades de transmisión, disminuyendo al máximo la población susceptible.

5. Definir estrategias de vacunación que aceleren la eliminación del sarampión

La circulación del virus antes de la introducción de la vacunación, así como, el ritmo y estrategia elegidos por el país para introducir la vacuna frente al sarampión en el Programa de vacunación van a influir en el perfil de susceptibilidad de la población, por tanto es importante que cada país defina su base a su realidad las estrategias a seguir. Si se opta por administrar una segunda dosis deberá estudiarse detenidamente cual es la edad más apropiada, ¿a qué edad se presentan los casos? ¿Dónde se encuentra la mayor bolsa de susceptibles? En la encuesta seroepidemiológica se observa un acumulo a la edad de 6 a 9 años, que aunque esta dentro de los límites recomendados por OMS, podría ser interesante intentar reducir ¿sería posible definir una estrategia de vacunación que abarcara a todo este grupo en un período corto de tiempo?

Figura 2
Sarampión, población susceptible por edad

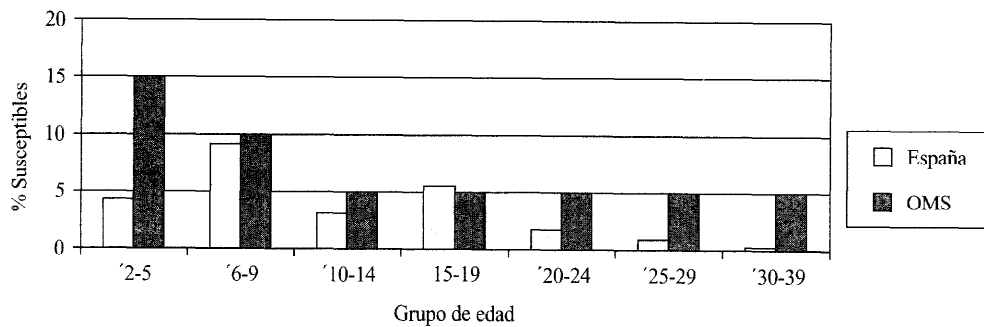
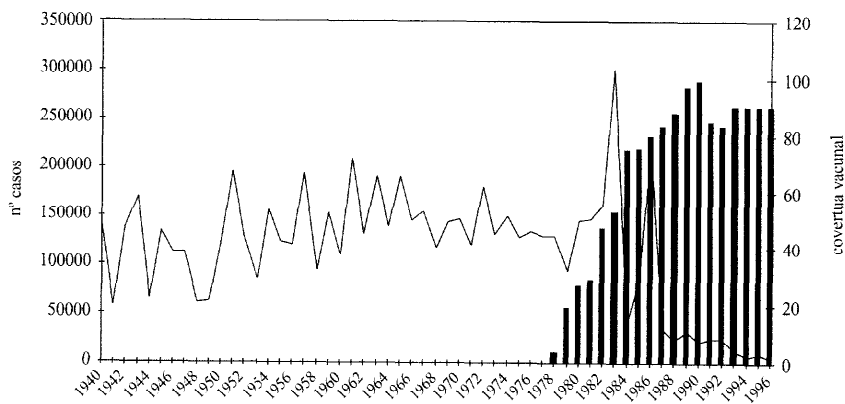


Figura 3
Serie anual de Sarampión. España: 1940-1996
cobertura vacunal. España: 1978-1996



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología (ED.O). Ministerio de Sanidad y Consumo.