



Lineamientos Generales del Plan de Acción de la

Campaña Nacional de Vacunación para Eliminación de Sarampión y Rubéola

A niños de 15 meses a 9 años de edad

Campaña Nacional de Intensificación contra Poliomiелitis

A niños de 2 meses a 4 años de edad

2 al 27 de mayo de 2011

Directorio

Ministerio de Salud

Dra. María Luisa Ávila Agüero, Ministra de Salud

Dra. Ana Cecilia Morice Trejos, Viceministra de Salud

Dr. Mauricio Vargas Fuentes, Viceministro de Salud

Dra. Rossana García González, Directora General de Salud

Dra. Nydia Amador Brenes, Directora de la División Técnica de Rectoría de Salud

Dra. Lisette Navas Alvarado, Directora General del INCIENSA

Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva

Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médico

Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Servicios de Salud

Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo, Gerente de Logística

Oficina Panamericana de la Salud /Costa Rica

Dr. Federico Hernández Pimentel, Representante

Comité Coordinador de la Campaña

Coordinación General	Dra. Ana Cecilia Morice Trejos, Viceministra de Salud MSCR Dra. Rosa Climent Martin Gerente Médica CCSS
Coordinación Técnica	Dr. Roberto Arroba Tijerino, Coordinador de Inmunizaciones, Ministerio de Salud Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director Dirección de Servicios de Salud CCSS Dra María Ethel Trejos, Directora Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Dra Guiselle Guzman Saborío, Área de Salud Colectiva
Vigilancia Epidemiológica de Sarampión y Rubéola, Parotiditis Y Poliomielitis	Dra. Hilda Salazar Bolaños, Coordinadora Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud Dra. Isabel Fernández Vargas, Programa Inmunizaciones, CCSS Dra. Ana Isela Ruiz González, CNRV, INCIENSA Dra. Elizabeth Sáenz Bolaños, Coordinadora CNRV, INCIENSA
Programación, presupuesto y logística	Dra. Maritza Morera Sigler, Farmacéutica PAI CCSS Msc William Vargas Chaves, Área Planificación de Bienes y Servicios Msc Edgar Acuña Ulate, Sub Área de Gestión Ambiental-CCSS
Capacitación, supervisión y monitoreo	Dra Alba Nidia Sánchez Ministerio de Salud Dra Norma Fernández Delgado, Ministerio de Salud Dra. Vicenta Machado Cruz, Coordinadora de Inmunizaciones, CCSS MSc. Isabel Fernández Vargas-CCSS Dra Alexandra Chaves Ardón-CCSS Dra. Vanessa Zúñiga Morales, Ministerio de Salud
Vacunación Segura y Vigilancia de los ESAVI	Dr Roberto Arroba Tijerino, Ministerio de Salud Dra Alexandra Chaves Ardón, CCSS Dra Vicenta Machado Cruz,- CCSS Dra. Xiomara Badilla Vargas, CCSS
Red de Frío y Almacenamiento	Dra Maritza Morera Sigler, Farmacéutica PAI CCSS Dra Ligia Chávez Arce Regente Farmacéutica de Almacén de Frigoríficos Dra Kristel Delgado Carranza, Almacén de Frigoríficos Bch Jorge Barrientos, Jefe Despacho Bodega de Frigoríficos Dra Isabel Fernández, Programa de Inmunizaciones, CCSS
Sistema de Información	Ing Antón Zamora Ministerio de Salud Dra Xiomara Badilla Vargas, CCSS

	Dr Roy Wong Mc Clure, CCSS Bch Germán Esquivel Bermúdez, CCSS Dra. María Ethel Trejos, Ministerio de Salud
Mercadotecnia Social	Dra Elba Aguirre Ministerio de Salud Lic Xinia Fernández Delgado CCSS Lic Xinia Bustamante Consultora OPS COR
OPS- Costa Rica	Dr Federico Hernández Pimentel Representante OPS COR Dra Gloria Terwes Posada, Consultora Inmunizaciones
Asesor Regional OPS-WDC Consultora STC OPS-WDC	Dr Carlos Castillo Solórzano MSP Bertha Capistrán Ocampo

Índice

Introducción	6
Situación Epidemiológica del Sarampión, Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita y Poliomielitis en las Américas.	8
Justificación	21
Objetivos	22
Población blanco y ámbito	22
Tácticas de captación	25
Estrategias	29
Organización	30
Programación	31
Logística y cadena de frío	33
Estrategia de comunicación	34
Sistema de información	36
Plan de Capacitación	37
Vacunación Segura	38
Análisis y Clasificación Final	41
Plan de Supervisión	43
Monitoreo Rápido de Cobertura durante la campaña (MRC).....	44
Evaluación	45
Referencias bibliográficas	50

Introducción

La eliminación del sarampión y la rubéola

Después de la erradicación mundial de la viruela en 1979 y de la certificación de la erradicación de la poliomielitis en las Américas en 1994, la Región adoptó la meta de eliminar el sarampión en 1994. La meta de eliminar el sarampión en el año 2000 tuvo el respaldo de las Resoluciones CSP24.R16 (1994), CD38.R6 (1995) y CE118.R14 (1996). Posteriormente, en 2003, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) adoptó la Resolución CD44.R1 para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) para el año 2010. Mediante la implementación de estrategias para eliminar el sarampión y la rubéola –recomendadas por la OPS/OMS– se logró la interrupción del virus del sarampión endémico en el 2002, mientras que la circulación del virus de la rubéola se limitó a un solo país en el primer trimestre de 2009.

Después de haber considerado y notado con gran satisfacción el enorme progreso en la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola y reconocido que se requieren significativos esfuerzos para fortalecer y expandir las alianzas entre los sectores público y privado, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, durante su 59.^a Sesión del Comité Regional, adoptó la Resolución CSP27.R2 en el 2007. La Resolución solicita a los Estados Miembros iniciar el proceso de documentación y verificación de la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y la rubéola en las Américas. Para la consecución de tal fin, la OPS/OMS desarrolló un plan de acción.

En el 2009, el plan de acción para la documentación y verificación de la eliminación de sarampión, rubéola y síndrome rubéola congénito (SRC) se presentó en la XVIII Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación para sus recomendaciones. Este plan guiará a los países y a sus comisiones nacionales en la preparación y provisión de la evidencia necesaria para verificar –mediante datos válidos, completos, representativos y consistentes–, que la transmisión endémica del virus del sarampión y la rubéola se ha interrumpido ¹.

El Plan de Acción establece los siguientes criterios esenciales para el proceso de documentación y verificación:

- Verificar la interrupción de los casos endémicos de sarampión, rubéola y SRC en todos los países de las Américas por un periodo de al menos 3 años desde el último caso endémico conocido, en presencia de un sistema de vigilancia de alta calidad: *cero casos de transmisión endémica*.
- Implementar y mantener un sistema de vigilancia de alta calidad, que sea lo suficientemente sensible para detectar casos importados y casos relacionados con la importación.
- Verificar la ausencia de cepas de virus endémicos de sarampión y rubéola a través de la vigilancia viral en la Región de las Américas: monitoreo de los *genotipos de sarampión y rubéola identificados en los brotes*.
- Demostrar que al menos *95% de las cohortes de población entre 1 a 40 años han recibido la vacuna sarampión y rubéola*.

Con respecto a las acciones de vacunación:

- Los países mantendrán coberturas de vacunación regular altas y homogéneas (>95%) por municipio a través de la administración de la primera dosis de SRP de rutina.
- Vigilar la acumulación de personas susceptibles y continuar la ejecución de campañas nacionales de *seguimiento* de gran calidad como una segunda oportunidad para asegurar la vacunación de la cohorte completa y así para darle la primera dosis a todos los niños que no fueron captados en el programa de rutina.
- Cualquier residente de las Américas que viaje a zonas donde se hayan notificado casos de sarampión o de rubéola debe ser inmune al sarampión y a la rubéola antes de viajar.
- Solamente se podrá prescindir de las campañas de seguimiento cuando se haya garantizado en todos los municipios una cobertura mayor al 95% con cada una de las dos dosis de rutina de SPR.
- Antes de la introducción de la segunda dosis de vacuna antisarampionosa, los países deben determinar una edad adecuada para la administración de esta dosis, definir un denominador preciso, implementar un registro nominal y rastrear las personas que no recibieron la dosis.

Costa Rica como país precursor en los planes para la eliminación del sarampión y la rubéola ha llevado a cabo diferentes acciones para el logro de este objetivo, mediante las actividades del programa rutinario, las campañas de puesta al día, las campañas de seguimiento y la campaña de aceleración; y por otra parte mediante el fortalecimiento de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola, y la Implementación del sistema de vigilancia de Síndrome de Rubéola Congénita.

Los resultados en materia de vacunación muestran una cobertura de 98% en el grupo 25 a 40 años producto de la campaña de aceleración del 2001; en el grupo de 10 a 24 se identificó un 98.6% de seropositividad mediante la determinación de anticuerpos para rubéola.

Y a fin de completar y demostrar que el 95% de las cohortes de población de 1 a 40 años han recibido la vacuna de sarampión y rubéola, durante mayo de 2011 se llevará a cabo la Campaña Nacional de Vacunación para Eliminación de Sarampión y Rubéola dirigida a niños de 15 meses a 9 años de edad.

Costa Rica en 2007 dio inicio al proceso de documentación para verificar el avance hacia la eliminación, en mayo de 2008 se estableció el Decreto Ejecutivo para la creación de la comisión encargada del proceso de documentación de la eliminación del sarampión rubéola y síndrome de rubéola congénita, cuya encomienda es completar y presentar las evidencias correspondientes ante el Comité Internacional de expertos en diciembre de 2011.

Mantenimiento de erradicación de Poliomieltis

En la Región de las Américas el brote de poliomieltis registrado en Haití y la República Dominicana La interrupción de la transmisión del virus de polio salvaje fue posible gracias a la utilización de la vacuna oral de polio como estrategia de inmunización universal, al elevado compromiso político de los países, al apoyo de la comunidad internacional y a una colaboración técnica efectiva de la OPS/OMS.

Este gran logro de la eliminación de la poliomieltis en los países de las Américas se ve amenazado por la circulación del virus del polio salvaje en otras regiones del mundo. Asimismo, la ocurrencia de brotes en países como República Dominicana y Haití, causados por virus derivados de la vacuna oral de

polio ante las bajas coberturas a nivel municipal, nos evidencian la relevancia de asegurar niveles de inmunidad protectores contra polio en todos los niños y niñas de Costa Rica.

Para garantizar un elevado perfil de seguridad y eficacia de la inmunización contra poliomielitis, a partir de septiembre del 2009 Costa Rica introdujo la vacuna inactivada, iniciando el esquema básico en las cohortes de nacimientos hasta cubrir progresivamente a toda la población infantil.

Tomando en consideración que ha ocurrido desabastecimiento de vacuna oral de polio durante algunos períodos de tiempo y áreas del país provocando retrasos en los esquemas de vacunación y, además, que aun estamos en proceso de transición de vacuna de polio oral a vacuna inactivada de polio, es indispensable asegurar que todos los municipios del país alcancen niveles de inmunidad contra polio elevados y sostenidos.

Por lo anterior, de manera simultánea a la campaña de vacunación con SRP, se realizará, durante mayo 2011, una Campaña Nacional de Intensificación contra la Poliomielitis dirigida a niños/as de 2 meses a 4 años de edad con el objetivo de mantener la eliminación de esta enfermedad en nuestro país y a nivel regional.

Situación Epidemiológica del Sarampión, Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita y Poliomielitis en las Américas.

Sarampión

Tras haber registrado la cifra más baja de su historia en 1996 con 2.109 casos de sarampión confirmados, la Región de las Américas experimentó un resurgimiento de la enfermedad en 1997, principalmente en Brasilⁱⁱ reportándose 53.683 casos. Para el 2001, el número de casos de sarampión reportados disminuyó a 541; y en septiembre de ese mismo año la circulación del virus autóctono D6 fue interrumpida, el cual había estado circulando en la Región desde 1995 y que causó grandes brotes en Brasil, Argentina, Bolivia, Haití y la República Dominicanaⁱⁱⁱ. Asimismo en el 2001, un turista europeo introdujo un nuevo genotipo del virus del sarampión, el D9, a Venezuela, el cual se expandió a la vecina Colombia en enero de 2002. Luego de intensas campañas de vacunación en ambos países, la circulación del virus D9 fue interrumpida. El último caso ocurrió en Carabobo, Venezuela el 16 de noviembre de 2002.

Desde el 2003, casos de sarampión importados y asociados a importación han sido reportados en las Américas a números históricamente bajos^{iv}: 119 en el 2003, 108 en el 2004, 85 en el 2005, 237 en el 2006, 167 en el 2007, 207 en el 2008¹ y 81 en el 2009². En el periodo 2008-2009³ se generaron 199 casos secundarios de un total de 69 importaciones, mientras 24 casos tuvieron origen de infección desconocida. El 60% de las importaciones de sarampión a las Américas para el mismo periodo procedieron de Europa; estos brotes ocurrieron en Argentina, Canadá, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Jamaica y Perú. Los casos de sarampión reportados en las Américas para el mismo periodo han sido aislados y/o esporádicos; en tanto los brotes han presentado un limitado número de casos secundarios

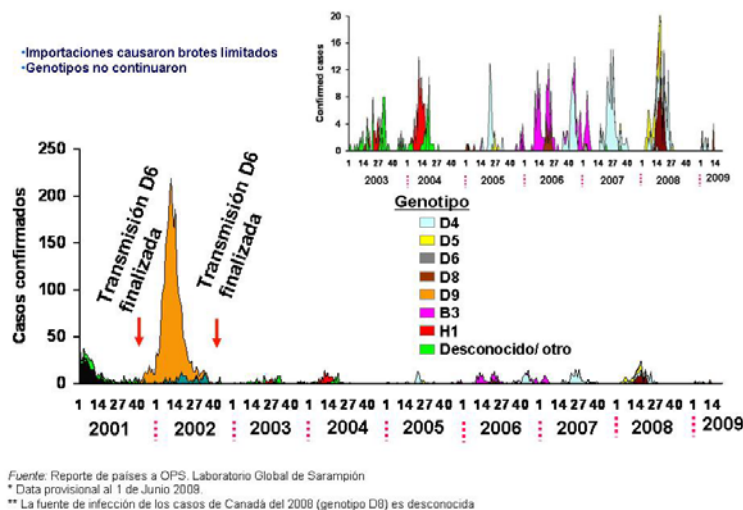
¹ Datos hasta la SE 52/2008

² Datos hasta la SE 31/2009

³ Datos hasta la SE 31/2009 / Fuente: Reporte de países a la OPS.

a la importación, con un rango entre 1 a 52 casos secundarios en Canadá y Estados Unidos y de 1 a 2 casos secundarios en Latinoamérica y el Caribe. La implementación de una rápida respuesta para limitar estos brotes ha significado para los países una intensa movilización de recursos humanos y financieros.

Figura 3. Eliminación del Sarampión, Las Américas, 2001-2009*.



Rubéola y SRC

Con la implementación de las estrategias de eliminación recomendadas por la OPS, cerca de 440 millones de personas, niños, adolescentes y adultos, han sido vacunados en su mayoría con la vacuna sarampión-rubéola (SR) en las campañas de puesta al día (140 millones), seguimiento (50 millones) y aceleración (250 millones) realizadas por los países de la Región entre el periodo 1998-2008; manteniendo además, la vacunación en los servicios de rutina.

Con los progresos extraordinarios realizados por la Región para eliminar la rubéola y SRC, se ha limitado la circulación endémica del virus a Argentina, país que ha reportado 3 casos de rubéola hasta la semana epidemiológica 4 del 2009 en la provincia del Chaco. Canadá y Estados Unidos por su parte, han reportado 3 y 4 casos de rubéola respectivamente asociados a importación. Para el 2008-2009⁴, las Américas reportó un total de 39 casos de SRC distribuidos en Argentina (n=3), Brasil (n=33), Chile (n=2) y Estados Unidos (n=1).

A pesar de disponer información limitada sobre epidemiología molecular, el genotipo 1C ha sido identificado como endémico en las Américas debido a que ha sido encontrado frecuentemente en la Región y no ha sido identificado en los virus de rubéola encontrados en otras regiones del mundo. El último virus 1C fue identificado en el 2005 en Chile y Perú. Desde el 2006 en adelante, el genotipo 2B ha sido identificado en los últimos brotes reportados en Brasil, Chile y Argentina, y por lo tanto, es considerado endémico en las Américas.

Finalmente, debido a que el virus de la rubéola tiene presentación estacional y la excreción del virus en los casos de SRC puede ocurrir hasta los 12 meses, es esencial que los países que han reportado los últimos casos de rubéola y SRC intensifiquen las actividades de vigilancia y monitoreen la excreción

⁴ Datos hasta la semana epidemiológica 31/2009

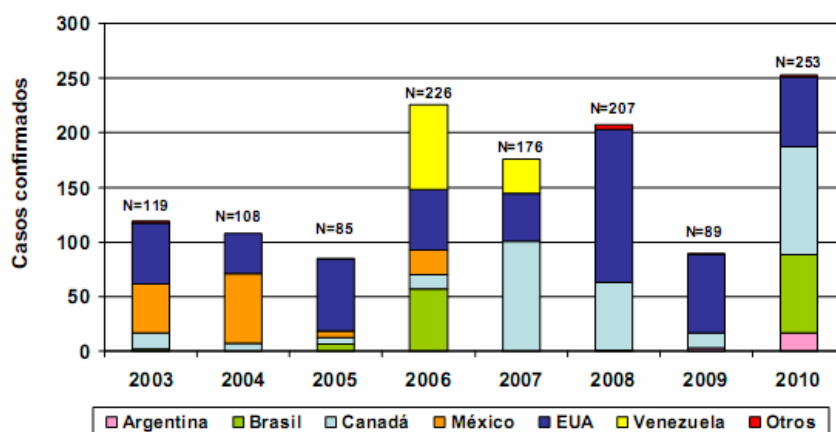
del virus de los casos de SRC para verificar la interrupción de la circulación endémica del virus en el Hemisferio Occidental.

Durante la semana epidemiológica Número 16 de 2010, la Región de las Américas confirmó la presencia de 45 casos de sarampión, incluyendo casos secundarios relacionados a una importación (CAN=31; US=14). Un total de 7 países han sido identificados como fuentes de infección.

La mayoría de los casos fueron reportados en la provincia de British Columbia (Canadá) y se sospecha de que la ocurrencia de estos casos se relaciono con la presencia de los Juegos Olímpicos de Invierno del 2010 (evento masivo internacional) que se realizó en Vancouver.

Los países de la Región de las Américas han logrado importantes avances para eliminar el sarampión, rubéola y SRC. Sin embargo, la baja frecuencia de estas enfermedades, la amenaza continua de casos importados de otros continentes, el hecho de que hay países que desde hace varios años, a pesar de mantener la sospecha, no confirman casos de sarampión, rubéola y SRC, hace necesario que se dispongan de métodos simples y útiles de análisis epidemiológico que documenten la interrupción de la circulación de los virus endémicos y provean información de utilidad para tomar decisiones y mantener los logros alcanzados.

Distribución de los casos confirmados de sarampión luego de la interrupción de la transmisión endémica Las Américas, 2003-2010*



* Datos a la semana epidemiológica 09/2011.

Fuente: Reporte de los países a FCH-IM/PAHO.

Poliomielitis

En su Resolución WHA41.28, aprobada en 1998, la Asamblea Mundial de la Salud estableció la meta de la erradicación mundial de la poliomielitis, los avances muestran que tres de las seis regiones de la OMS, han sido certificadas como libres de las cepas de virus de polio salvaje. En 1994 el continente Americano fue certificado como libre de la circulación del poliovirus salvaje autóctono. El último caso de poliomielitis causado por el virus salvaje fue detectado en Perú en 1991.

La Iniciativa Global de Erradicación de la Poliomielitis ha progresado considerablemente desde 1988 en su objetivo por detener la transmisión del virus natural de la poliomielitis. Desde octubre de 1999, el virus salvaje tipo 2 no ha sido detectado en ningún lugar del mundo. La circulación del tipo 3 se ha reducido mayoritariamente a algunos focos, en tan solo cuatro países (2005). Las importaciones con brotes por virus natural de tipo 1, fue consignado en 18 países entre el 2003 y el 2006 tras la suspensión de la vacunación contra la enfermedad a mediados del 2003 y 2004 en algunos estados de Nigeria. En ese mismo período, cuatro países más (Angola, Bangladesh, El Líbano y Nepal), importaron el virus tipo 1 desde la India.

A marzo del 2006, de los 22 países donde hubo importaciones del virus tipo 1, 14 (64%) no han notificado casos en los últimos seis meses de ese período y aparentemente han recuperado la condición de países exentos de poliomielitis. Sin embargo, en 4 países (Afganistán, India, Nigeria y Pakistán), no se ha detenido nunca la transmisión de los virus naturales.

En el 2009, un total de 23 países reportaron 1 ó más casos, debido a virus de polio salvaje. Cuatro de ellos (Afganistán, India, Nigeria, Pakistán), fueron considerados polio endémicos, ya que nunca han eliminado la circulación autóctona de poliovirus salvaje tipo 1 y tipo 3, pese a que la transmisión se da en áreas geográficas pequeñas.

Del 2000 al 2009, se reportaron 12 brotes del cVDPV (poliovirus derivado de la vacuna circulante) en tres continentes, con un gran brote en Nigeria, causado por el polio virus circulante derivado de la vacuna tipo 2. El resto de los países se consideró libre de polio, pero si han reportado casos y brotes por poliovirus salvaje tipo 1 y 3 importado.

Países que reportan casos de poliomielitis por poliovirus salvaje en el 2010

Condición	País	Fecha más reciente del tipo 1	Fecha más reciente del tipo 3
Endémico	Pakistán	27 Agosto-2010	4 setiembre – 2010
	India	24 Agosto 2010	11 agosto – 2010
	Afganistán	19 Agosto 2010	11 de abril – 2010
	Nigeria	18 Junio 2010	05 de agosto - 2010
Transmisión restablecida	Angola	20 agosto – 2010	NA
	DR Congo	11 Julio – 2010	NA
	Chad	NA	10 de mayo 2010
Brote activo	Federación Rusa	10 agosto – 2010	NA
	Tayikistán	4 Julio – 2010	NA
	Turkmenistán	28 de junio – 2010	NA
	Nepal	9 de junio – 2010	NA
	Mali	1 de mayo – 2010	NA
	Senegal	30 de abril – 2010	NA
	Mauritania	28 de abril – 2010	NA
	Níger	NA	1 de abril 2010

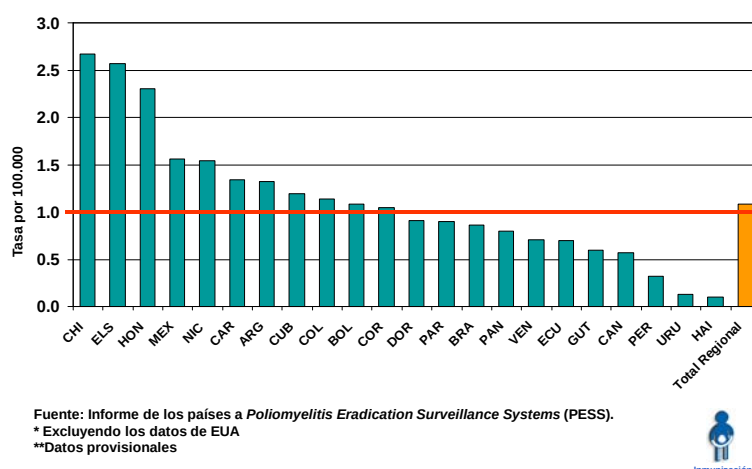
Para 2010 cuatro países muestran circulación endémica, en tres se ha restablecido la transmisión y en ocho más se identifican brotes activos, motivo de preocupación que demuestra que el poliovirus se

sigue propagando en el mundo y que a menos que los países mantengan altos niveles de inmunización, seguirán siendo vulnerables a la reintroducción del virus.

En América el GTA recomendó que para reducir el riesgo de las importaciones y prevenir otro brote causado por un poliovirus derivado de la vacuna Sabin, los países que no logren una cobertura con la VOP superior o igual al 95% en todos los municipios deben realizar campañas anuales de inmunización con vacuna oral para los niños menores de cinco años, cualquiera sea su estado de vacunación.

Y apoya la necesidad de reducir al mínimo la posibilidad de que se reintroduzca el poliovirus salvaje en las comunidades mediante la contención de las cepas de poliovirus en los laboratorios; se mantiene la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) en la Región de las Américas y la red de laboratorios de polio continúa realizando en los plazos previstos el análisis de las muestras provenientes de los casos de PFA.

Tasa por 100.000 niños <15 años de edad de parálisis flácida aguda, las Américas*, 2010**



Situación epidemiológica del Sarampión, Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita y Poliomiелitis en Costa Rica.

Sarampión

Durante la década de los setenta, el sarampión provocaba brotes de sarampión cada 3-5 años. El brote de 1979 reportó 6.389 casos, tasa=285,9 por 100.000 habitantes. Al introducir la vacuna SRP en 1986 descendió rápidamente la incidencia, pero en el año 1991 ocurrió un nuevo brote con un total reportado de 6.323 casos (tasa= 202,6 por 100.000 hab.) que mostró un desplazamiento de la susceptibilidad hacia la población de adolescentes. Ante esta situación, a partir de 1993 se incorpora una segunda dosis de SR/SRP en el esquema de vacunación para dar una segunda oportunidad de inmunidad al menor de cinco años.

El brote registrado en 1991 reportó una tasa de 104 casos por 100,000 habitantes), en el último brote se confirmó n=23 casos en 1999. En el año 2003 se registró un caso importado en una mujer de nacionalidad venezolana que estuvo en la India y, en el año 2005, se confirma un caso en una niña de

seis años residente de la ciudad de Tres Ríos. Los estudios de campo no registraron casos secundarios asociados.

Rubéola

Durante el período de 1977 hasta el 2001, el virus de la rubéola circuló en el país en forma endémica, con ciclos epidémicos cada 5 a 7 años. Se reportaron cuatro brotes importantes: en 1982 (tasa= 14 por 100, 000), en 1993 (tasa = 11.8 por 100,000), con brotes de mayor magnitud en 1987 y 1999 (tasa de incidencia de 38,5 y 39,1 por 100,000 habitantes, respectivamente).

El último brote de rubéola registrado se inició en 1998, mostrando un desplazamiento del patrón de inmunidad hacia la población de edad fértil. Un 75.4% de los casos de rubéola tenían edades comprendidas entre 15 y 45 años. La incidencia en la población de 15 a 24 años fue 26 por 100.000 habitantes, con una cifra más elevada en el grupo de 25 a 34 años que fue de 110 por 100.000 habitantes.

Ante esta situación, en mayo de 2001, se realizó una campaña de vacunación en hombres y mujeres de 15 a 39 años. Posterior a esta intervención, la vigilancia integrada de la rubéola mostró que, durante el período 2007 a 2010, el laboratorio Nacional de Referencia procesó un promedio de 355 muestras al año (rango=319-403), con una tasa de 7.9 por 100.000 habitantes (rango=7.1-8.8 por 100.000 habitantes) sin confirmar casos de rubéola. Los resultados IgM positivos correspondieron a reacciones postvacunales en niños a quienes se les había administrado la vacuna al año de edad y a reportes falsos positivos, la mayoría de ellos por reacción cruzada con casos de dengue. Los últimos casos confirmados de rubéola se detectaron a finales del 2001.

Síndrome de Rubéola Congénita

El SRC es una enfermedad de reporte obligatorio al sistema de vigilancia de Costa Rica desde 1983. Sin embargo, es hasta el año 2000, con la formulación del Plan Nacional de Acción para la eliminación del SRC, que se realizan diversas acciones para promover un mejor diagnóstico y notificación. Como resultado de este esfuerzo, a partir del 2001 se elaboró un protocolo específico para la vigilancia del SRC en Costa Rica y se creó una Clínica de Infecciones Congénitas en el Hospital Nacional de Niños (HNN) para la referencia y evaluación de casos sospechosos de todo el país.

La búsqueda retrospectiva de casos de SRC realizada en el Hospital Nacional de Niños, previo a la implementación de la campaña, reportó que de 577 expedientes revisados, 40 se clasificaron como casos compatibles con SRC, 45 se confirmaron y 4 se clasificaron como infección congénita por rubéola.

La vigilancia del SRC se intensificó posterior a la campaña del 2001, de 38 casos valorados en el HNN durante el año 2001, se confirmó un caso en noviembre del 2001, en un recién nacido de pre término con una IgM positiva por rubéola, que mostró alteraciones de las pruebas de función hepática y persistencia de conducto arterioso. Era hijo de una mujer que, por estar embarazada durante el mes de mayo cuando se realizó la campaña, no se había vacunado.

Durante el periodo 2002 a 2012 se han referido 204 casos sospechosos de SRC para valoración a la clínica de infecciones congénitas del Hospital Nacional de <niños. Todos los casos fueron descartados por SRC.

Poliomielitis

Costa Rica, similar a los países de la región de las Américas, registró el brote más grande de la historia en los años cincuenta (específicamente 1954) con un comportamiento endémico sostenido por varios años. El último caso de poliomiélitis se registró en setiembre de 1973. Recibió con el resto de países de la Región la certificación de país libre de polio en 1994.

En el mismo año (1994), se implementó en el país la vigilancia de la poliomiélitis a través de la vigilancia de las Parálisis Fláccida Aguda (PFA), con un indicador nacional establecido internacionalmente y de cumplimiento anual de $1 \times 100.000 < 15$ años. El país no registra casos de parálisis fláccida desde su inicio en 1994.

Tasa de PFA en < 15 años por provincia, Costa Rica, 2005 – 2009

Provincia	Población < 15 años	Tasa de Parálisis Fláccida Aguda por año				
		2005	2006	2007	2008	2009
San José	386,653	2.32	1.81	3.62	2.58	1.55
Alajuela	230,835	0.43	3.03	3.62	1.73	1.29
Cartago	129,144	1.54	3.09	1.29	2.32	1.54
Heredia	105,658	0.94	0.94	3.87	0.94	0.94
Guanacaste	72,445	0	1.38	4.73	0	0
Puntarenas	101,806	2.94	0.98	1.38	5.89	1.96
Limón	129,111	0.77	0	0	0.98	3.87
				1.54		
Costa Rica	1,155,652	1.47	1.81	2.59	2.16	1.55

Fuente: Vigilancia de la Salud, MS, CCSS

Pese a que el indicador se cumple a nivel nacional, no así a nivel de provincia o región de salud para los últimos cinco años de registro. Lo que es de más riesgo aún, son las provincias que por un año completo no aportaron ninguna muestra para ser procesada, mostrando silencio epidemiológico para PFA.

Sin embargo el país no registra casos de PFA asociados a la vacuna desde 1973, fue el último caso de polio por virus salvaje.

La Vigilancia epidemiológica incluye, un indicador de muestras adecuadas de heces procedentes de los casos de PFA que se lleva a cabo a nivel nacional y esas muestras son procesadas por el laboratorio de referencia en Colombia, cuyo resultado de aceptación es el 80%. Como se observa en el siguiente cuadro, es un indicador que el país ha alcanzado en los últimos cinco años a nivel nacional, no así a nivel provincial o regional.

**Porcentaje de muestras adecuadas por provincia,
Costa Rica, 2005 – 2009**

Provincia	Población < 15 años	<i>Porcentaje de muestras adecuadas por año</i>				
		2005	2006	2007	2008	2009
San José	386,653	90	100	93	77	91
Alajuela	230,835	70	100	43	67	60
Cartago	129,144	70	100	100	100	100
Heredia	105,658	100	100	100	100	50
Guanacaste	72,445	-	0	30	-	0
Puntarenas	101,806	60	50	0	86	50
Limón	129,111	35	-	100	100	100
Costa Rica	1,155,652	85		92	95	88

- significa que la provincia no aportó muestras

Fuente: Laboratorio de referencia INCIENSA.

Siendo Costa Rica un país de alta atracción turística, se identifica con un factor de riesgo de importación, de 2004 a 2009 se identifica población inmigrantes de países donde la polio es endémica, y países en los que hubo “resiembra del virus”,

Ingreso de personas a Costa Rica de países con circulación de polio salvaje, 2004-2009

Países	<i>Número de personas por año</i>					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
India	9,281	7,714	5,626	9,364	4,486	3,095
Pakistán	163	91	48	156	117	122
Nigeria	60	58	37	61	88	108
Tajikistán	2	3	0	2	4	20
Afganistán	5	8	10	9	5	5

Fuente: Dirección de Migración y Extranjería

Análisis de cobertura de vacunación contra Sarampión y Rubéola

Uno de los criterios de la certificación para la eliminación de sarampión y rubéola y SRC, establece que se deberá demostrar que la población de 1 a 40 años de edad a la fecha tenga al menos el 95% de cobertura vacunal; mediante la identificación de las coberturas logradas en las diferentes estrategias de vacunación implementadas desde el año de introducción de las vacunas (Anti Sarampión, SRP y SR), el porcentaje y cantidad de población no vacunada, analizando según cada cohorte de nacimientos las brechas de cobertura en los diferentes ámbitos territoriales.

En Costa Rica se introdujo la aplicación de vacuna Sarampión–Rubéola (SR) en 1972 a niños de 12 meses de edad; en 1986 inició la aplicación de vacuna Sarampión-Rubéola-Parotiditis (SRP) en niños

de 15 meses, y en 1991 el Ministerio de Salud asumió la meta de eliminar la transmisión endémica del sarampión reforzando en 1992 con la aplicación de la segunda oportunidad de SRP a niños de 7 años.

Con respecto al programa regular, el país no se cuenta con información sobre las coberturas alcanzadas en el periodo de 1972 a 1999, debido a los cambios organizacionales del Programa de Inmunizaciones.

Las coberturas con SRP1 para niños de 15 meses, en el período comprendido entre el año 2000 y 2009 a nivel nacional fluctúan entre 80 y 92%, situación que se replica al interior de las Regiones, logrando cobertura superior a 95% solo en algunos años y en algunas regiones sin mantenerse constante, lo que implica la acumulación de población susceptible.

El Programa Regular de Vacunación a partir de 2008 dispone del registro completo de la vacunación de SRP² de la población de 6 y 7 años; presentando variaciones entre cada Región, como por ejemplo en la Central Sur en la que se registra un 58.68 y un 60 %; sin embargo dentro del área de los Cantones se encuentran coberturas del 30% en Alajuelita; o en Región Costa Este, que varía del 105.9 al 74.48%, y al interior el Cantón de Upala registra el 56%. Otra como la Región de Chorotega con coberturas de 101 y 97% , sin embargo en los Cantones de Abangares muestra el 57.75% y en Upala el 59.95%.

Porcentajes de cobertura de vacunación con SRP¹ en población de 15 meses de edad por Región en Costa Rica del año 2000 al 2009

CANTONES	Años									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Reg. Central Sur	77.04	85.77	85.50	82.72	83.38	80.82	80.53	86.22	84.28	67.48
Reg. Central Norte	81.50	94.26	99.47	91.35	88.16	85.11	86.40	91.57	89.77	77.23
REG. OCCIDENTAL	86.62	118.00	94.96	90.37	90.99	92.65	86.17	95.30	94.16	88.45
REG. HUETAR NORTE	81.71	104.18	95.93	96.21	83.31	90.95	99.28	93.91	91.24	91.35
REG. CENTRAL ESTE	86.61	96.55	98.65	100.74	90.09	89.62	87.31	91.62	95.97	89.47
REG. CHOROTEGA	89.02	91.52	99.00	94.69	94.29	94.87	97.66	91.95	91.88	92.20
REG. BRUNCA	86.95	94.10	99.69	92.39	91.98	93.25	91.03	92.62	93.46	91.52
REG. PACIFICO CTRL	85.82	98.40	88.53	94.26	84.38	85.38	98.62	88.25	93.33	86.10
REG. HUET. ATLANTICA	79.26	91.23	93.34	85.27	88.42	98.96	91.22	90.22	81.22	81.42
País	82.10	93.07	93.57	89.88	87.48	87.87	87.85	90.11	88.96	80.63

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) Población: Dirección General de Estadísticas y Censos y Programa Centroamericano de Población U.C.R.

**Porcentajes de cobertura de vacunación con SRP² en población de 6 y 7 años de edad
por Cantón y Región en Costa Rica, año 2008 y 2009**

REGIONES	2008			2009		
	Pob.	Dosis	%	Pob.	Dosis	%
Reg. Central Sur	22,878	13,425	58.68	21,114	12,753	60.40
Reg. Central Norte	13,236	11,997	90.64	12,214	11,908	97.49
Reg. Central Occidental	2,976	2,882	96.84	2,772	3,015	108.77
Reg. Huetar Norte	3,784	3,855	101.88	3,497	4,002	114.44
Reg. Central Este	8,012	8,492	105.99	7,755	5,776	74.48
Re. Chorotega	6,025	6,134	101.81	5,855	5,704	97.42
Reg. Brunca	6,596	6,123	92.83	5,954	5,881	98.77
Reg. Pacífico Central	3,847	4,017	104.42	3,807	3,996	104.96
Re. Huetar Atlántica	7,891	5,385	68.24	7,383	5,690	77.07
Total	75,245	62,310	82.81	70,351	58,725	83.47

Fuente: Reporte de vacunas de establecimientos de salud públicos y privados año 2009, 2008
Nacimientos INEC y Estadística Ministerio de Salud

Para avanzar hacia la eliminación del sarampión, se han realizado diversas acciones de intensificación: campañas de puesta al día, campañas de seguimiento y de la campaña de aceleración para adolescentes y adultos.

Las principales campañas fueron en 1993 con la primera campaña de “puesta al día” con la vacuna SRP en niños de 1-4 años, la cual resultó con una cobertura del 93%, en los años 1994, 1997, y 2002 se realizaron campañas de seguimiento en niños de 1-4 años, las primeras 2 con la vacuna SRP y la última con la vacuna SR dando como resultado un cobertura del 81%, 87% y 86% respectivamente y finalmente en el año 2001 se realizó una campaña de vacunación en adultos de 15-39 años con la vacuna SR, la cual tuvo una cobertura del 98%. En 1992 y 1999 se llevaron a cabo campañas sub nacionales, la primera con una cobertura de 48% y la segunda con una cobertura de 95%.

Debido a que durante las campañas de seguimiento realizadas de 1992 al 2002 no se alcanzaron coberturas $\geq 95\%$, la cohorte actual de 10 a 24 años aparece desprotegida, por lo que debía incluirían en una siguiente campaña de vacunación; por lo que se estableció realizar un estudio que determinara el nivel de anticuerpos IgG contra la rubéola en el suero de personas de este grupo de edad, residentes en Costa Rica, mediante las muestras de suero que se tomaron durante la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) del 2008-2009 y cuyas alícuotas se encontraban en custodia en el Centro Nacional de Referencia de Química Clínica (CNRQC) del INCIENSA.

Los sueros analizados en el Centro Nacional de Referencia Viral (CNRV), provienen de un diseño muestral probabilístico con representatividad nacional, las muestras disponibles están distribuidas geográficamente de forma aleatoria a nivel nacional y no se observa algún posible sesgo y tiene representatividad estadística. Para el análisis de laboratorio se utilizó la prueba inmunoenzimática directa comercial de SIEMENS Enzygnost® Anti-Rubella-Virus/IgG, que documenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 98.5%, con los siguientes resultados:

Resultados preliminares sobre la respuesta serológica contra rubéola. ENN, grupo de 10 a 24 años. Costa Rica, 2008-2009. CNRV-INCIENSA
(n=423)

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	417	98.6
Indeterminado	4	0.9
Negativo	2	0.5
Total	423	100

Resultados preliminares sobre la respuesta serológica contra rubéola según edad. ENN, grupo de 10 a 24 años. Costa Rica, 2008-2009. CNRV-INCIENSA
(n=423)

Edad	No. muestras procesadas	No muestras positivas	% seropositividad
10 a 12.0 años	134	134	100
13 a 19.0 años	106	105	99.1
20 a 24.9 años	180	175	97.2
Total	420	414	98.6

Con base a este resultado se establece que el grupo de 10 a 24 años de edad presentan un nivel de anticuerpos protectores para rubéola.

Análisis de Cohorte Vacunadas Con SRP/SR Según Edad y Estrategia de Vacunación e Identificación de Brechas de no vacunados, Costa Rica 1971 -2010

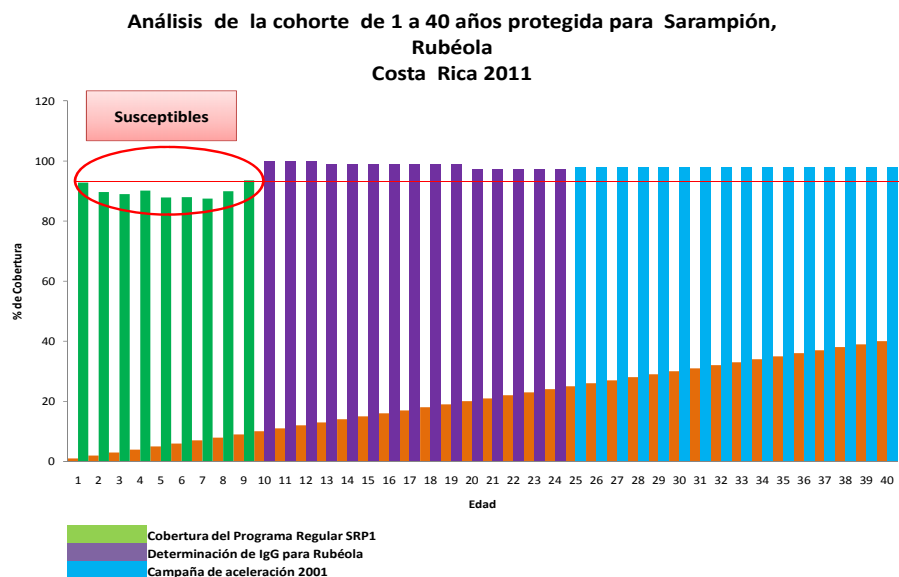
Año de nacimiento	Edad en 2011	Población oficial en 2011	Cobertura Programa Regular con 1a dosis SRP 15 meses	Cobertura Programa Regular con 2a dosis SRP 6 años edad	Campanías de seguimiento SRP*						Cobertura de Campaña de aceleración con SR de hombres y mujeres 2001 (SR)	Mayor cobertura % lograda	Determinación de % de seropositividad contra Rubéola	Número de NO vacunados	Población Objeto Campaña 2011
					Años en que se efectuaron										
					1992 (*)	1993(*)	1994 (*)	1997(*)	1999 (*)	2002*)					
2010	1	76,294	92.75	sd							92.75		5532	698,992	
2009	2	75,616	89.64	sd							89.64		7834		
2008	3	76,660	88.96	sd							88.96		8463		
2007	4	77,109	90.11	sd							90.11		7626		
2006	5	77,761	87.85	sd							87.85		9448		
2005	6	77,407	87.87	sd							87.87		9389		
2004	7	78,889	87.48	sd							87.48		9877		
2003	8	78,832	89.88	86.47							89.88		7978		
2002	9	80,424	93.57	82.81							93.57		5171		
2001	10	81,205	93.07						86		93.07	100	5628		
2000	11	87,016	82.12						86		86	100	12182		
1999	12	86,722	sd						86		86	99.1	12141		
1998	13	83,857	sd					95	86		86	99.1	11740		
1997	14	84,277	sd					95				99.1	84277		
1996	15	87,097	sd				87	95			87	99.1	11323		
1995	16	85,742	sd				87	95			87	99.1	11146		
1994	17	77,784	sd				87				87	99.1	10112		
1993	18	78,082	sd			81	87				87	99.1	10151		
1992	19	78,012				93	81	87			93	99.1	5461		
1991	20	72,442			48.68	93	81	87			93	97.2	5071		
1990	21	74,514			48.68	93	81	87			93	97.2	5216		
1989	22	66,595			48.68	93	22.17	87			93	97.2	4662		
1988	23	70,760			48.68	93	22.17	87			93	97.2	4953		
1987	24	68,476			33.32	93	22.17	87			93	97.2	4793		
1986	25	61,728			33.32	93	22.17	87		98	98		1235		
1985	26	61,728			33.32	93	22.17	87		98	98		1235		
1984	27	61,728			33.32	93	22.17	87		98	98		1235		
1983	28	61,728			33.32	93	22.17	87		98	98		1235		
1982	29	61,728			33.32	93	22.17			98	98		1235		
1981	30	62,328			33.32	93	22.17			98	98		1247		
1980	31	62,328			33.32	93	22.17			98	98		1247		
1979	32	62,328			33.32	93				98	98		1247		
1978	33	62,328			33.32					98	98		1247		
1977	34	62,328								98	98		1247		
1976	35	60,176								98	98		1204		
1975	36	60,176								98	98		1204		
1974	37	60,176								98	98		1204		
1973	38	60,176								98	98		1204		
1972	39	60,176								98	98		1204		
1971	40	60,176								98	98		1204		

1972 Introducción de SR en 12 meses

1986 Introducción de SRP en población de 12 meses de edad

1992 Inicio de aplicación de segunda dosis de SRP en población de 7 años

1992 y 1997 Campañas de seguimiento Sub nacionales.



La identificación de la brecha de susceptibles consideró la inclusión de los nacidos vivos desde el año 2003, año posterior a la última campaña de seguimiento, según los registros de cobertura administrativa, se identifican 71, 319 niños susceptibles, cifra igual al tamaño de una cohorte de nacimientos (n= 72,500); 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 del sarampión y de la rubéola, correspondiendo a la población de 15 meses a 9 años de edad.

Cobertura de Vacunación contra virus de polio

Las primeras vacunas aplicadas en el país contra la Poliomiélitis fueron inactivadas (IPV), en los años 1955 y el año 1959 se pasó de la aplicación de IPV a vacuna viva oral (VOP). Las coberturas de vacunación han sido variables en los registros de los últimos cinco años, sin alcanzar coberturas de protección.

Coberturas de vacunación con VOP3 por provincia, Costa Rica, 2005 – 2009

Provincia	Población < 1 año 2009 no vacunada	Cobertura de vacunación con VOP3				
		2005	2006	2007	2008	2009
San José	23652	84,15	86,27	88,82	84,2	70
Alajuela	1509	90,45	90,60	90,40	87,8	87
Cartago	7467	87,19	93,21	92,12	95,4	85
Heredia	6716	87,02	84,71	88,80	87,4	82
Guanacaste	6196	93,88	92,27	87,90	92,2	89
Puntarenas	7865	91,63	92,91	88,70	94,1	93
Limón	8095	100,1	84,54	86,40	83,9	71
Población <1 año	61500	71548	71291	73144	75187	75000
Costa Rica		89,18	88,64	89,11	88,1	80

Fuente: *Vigilancia de la Salud, MS, CCSS*

La última jornada de vacunación de puesta al día fue en marzo del 2002 en menores de cinco años con una dosis adicional de Sabin alcanzando una cobertura de vacunación de 86%. Actualmente, se cuenta con un acumulado de población susceptible mayor al 100% de la cohorte de nacimientos anual, que la ubica en una condición de riesgo para el grupo de edad en mención.

Justificación

En el marco del cumplimiento de la Resolución 44.R1 de septiembre del 2003 de la Organización Panamericana de la Salud, los países de América establecieron la meta de “Eliminación” de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (Síndrome de Rubéola Congénita)” en la Región para el año 2010; Costa Rica ha logrado avances muy significativos en materia de vigilancia epidemiológica y de vacunación, y un impacto muy positivo en su incidencia de estos padecimientos, además ha haber establecer un decreto ejecutivo para la conformación de un Comité de Expertos, como la instancia que analizará y presentará la documentación para obtener la certificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en diciembre de 2011.

Uno de los criterios de la certificación es evidenciar el logro de una cobertura vacunal $\geq$ a 95% en la cohorte de 1 a 40 años; de acuerdo al análisis de cobertura, en mayo de 2011 se plantea que el país lleve a cabo la campaña nacional de vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis en el grupo de 15 meses a 9 años para abatir la brecha de población susceptible y dar cumplimiento a este criterio de certificación.

Por otra parte es necesario mantener altas coberturas de vacunación debido al riesgo de importación de los virus del sarampión y la rubéola: la presencia de brotes de sarampión en otras regiones del mundo; la presencia de factores de riesgo para la importación de casos en el país (bajas coberturas, silencio epidemiológico, turismo, aeropuertos internacionales, fronteras y alta movilidad poblacional)

Otros factores que contribuyen a la presencia de susceptibles relacionados con las fallas primarias y secundarias de la vacunación (persistencia de los anticuerpos maternos, la declinación paulatina de los anticuerpos que crea la vacunación, la escasa respuesta que induce la vacunación primaria en sujetos con anticuerpos maternos y la termosensibilidad de la cepa vacunal; además de fallas técnicas en el control de la vacuna, produce una baja respuesta inmunológica).

De modo adicional, las dificultades técnicas y administrativas y las condiciones económicas y sociales representan obstáculos para lograr coberturas universales de vacunación.

Por otra parte la última campaña indiscriminada de vacunación contra poliomielitis se llevo a cabo en 2002, las bajas coberturas de esquema de 3 dosis con OPV y con IPV; la transición del uso de vacuna OPV por IPV, y un periodo de desabasto de vacuna ha generado la presencia de población susceptible, por otra parte existe del riesgo de importación de casos de otras regiones del mundo, justifican la realización de una campaña intensiva con OPV en población de 2 meses a 4 años, 11 meses, 29 días.

Objetivos

- Consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, mediante el logro de coberturas homogéneas superiores a 95% con una dosis adicional de vacuna SRP a la población de 15 meses a 9 años, 11 meses, 29 días de edad, independientemente del antecedente vacunal, en la totalidad de las áreas geográficas del país del 2 al 27 de mayo del 2011.
- *Mantener la erradicación de Poliomieltis* mediante el logro de coberturas homogéneas superiores a 95% con una dosis de vacuna Sabin a la población de 2 meses a 4 años, 11 meses con 29 días de edad, independientemente del antecedente vacunal, en la totalidad de áreas geográficas del país, del 2 al 27 de mayo de 2011.

Población blanco y ámbito

Vacunación contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis

Grupo de edad	Vacuna	Composición de la vacuna
15 meses, a 9 años, 11 meses, 29 días	Triple Viral Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP)	Cepas vivas atenuadas de virus de Sarampión: Edmonston-Zagreb; del virus de Parotiditis Leningrad-Zagreb (LZ) y del virus de Rubéola: Wistar RA 27/3. Los virus de sarampión y rubéola se propagan en células humanas diploides (HDC) y el virus de parotiditis de cultiva en fibroblastos de polluelos nacidos de huevos libres de patógenos específicos. La vacuna es liofilizada y provista con diluyente. El producto tiene la apariencia de una pasta seca blanco amarillenta. La vacuna cumple con los TRS 840, (1994)

Indicaciones del esquema durante la campaña

Esquema actual	Dosis en campaña	Seguimiento de esquema regular	
		SRP 1	SRP2
Es menor de 6 años y SÍ Tiene SRP1	Se aplica		Se cita a los 6 años de edad para aplicar SRP 2
Es menor de 6 años y NO Tiene primera SRP	Se aplica	Se cita a las 4 semanas para aplicar SRP 1	Se cita a los 6 años de edad para aplicar SRP2

Esquema actual	Dosis en campaña	Seguimiento de esquema regular	
		SRP 1	SRP2
Tiene entre 7 y 9 años y SÍ Tiene SRP1 y SRP 2	Se aplica		
Si tiene entre 7 y 9 años y NO Tiene SRP1	Se aplica		Se cita a las cuatro semanas para aplicar SRP2

Contraindicaciones de SRP:

1. Debe posponerse la administración de la vacuna en sujetos con enfermedad febril aguda grave.
2. Alergias conocidas a la neomicina o algunos de los componentes de la vacuna.
3. Personas con tratamiento inmunosupresores, corticosteroides, inmunosupresores o citotóxicos empleados en el tratamiento de neoplasias malignas como linfomas y neoplasias, personas que padecen leucemia (excepto si está en remisión y los pacientes que no han recibido quimioterapia los últimos tres meses).
4. Personas transfundidas o que ha recibido gammaglobulina deben esperar tres meses para recibir la vacuna.
5. No debe ser administrada a personas con respuesta inmune alterada incluyendo a pacientes con inmunodeficiencia primaria o secundaria.

Vacunación contra Poliomiелitis

Población de 2 meses a 4 años, 11 meses, 29 días de edad de la totalidad del país,

Grupo de edad	Vacuna	Composición de la vacuna
2 meses a 4 años, 11 meses, 29 días	Sabin OPV	Cada dosis de 0.1 ml. (2 gotas) contiene: Sustancias activas Poliovirus tipo I (cepa LS-c2ab) Un mínimo de 106,0 DICC 50** Poliovirus tipo 2* (cepa P 712, Ch, 2ab) Un mínimo de 105,0 DICC50** Poliovirus tipo 3 (cepa Leon 12alb Un mínimo de 105,8 DICC50** *Cepas atenuadas vivas preparadas en células Vero ** DICC50. 50 por ciento de dosis infecciosas de cultivo celular (unidades infecciosas virales) Excipiente: Albúmina humana, solución tampón Hepes, solución de cloruro de magnesio (contiene polisorbato 80 y rojo de fenol), ácido clorhídrico o hidróxido de sodio para ajuste del pH

Indicaciones del esquema durante la campaña

Esquema actual con Vacuna polio inactivada	Dosis en campaña	Seguimiento de esquema regular	
Niño 2 meses de edad sin antecedente de IPV 1 en el momento de la captación.	Se aplica		Se cita en cuatro semanas para aplicar pentaxin 1
Niño de 4 a 6 meses de edad con antecedente de pentaxin 1 – 2 ó 3	Se aplica		Se cita en cuatro semanas para continuar esquema con pentaxin

Esquema actual con Vacuna de polio viva oral	Dosis en campaña	Seguimiento de esquema regular	
Niños de 6 meses a 4 años, 11 meses y 29 días con antecedente de tres dosis más refuerzo de VOP.	Se aplica		
Si el niño tiene de 6 meses a 4 años, 11 meses y 29 días con esquema incompleto	Se aplica		Se cita en 4 semanas, para aplicar Tetravalente (4 años)

Manejo del esquema durante la campaña

La población de 2 meses a 4 años, 11 meses, 29 días recibirá una dosis adicional independientemente del estado vacunal.

Contraindicaciones para aplicar polio oral (VOP):

1. Enfermedades febriles con compromiso del estado general, en este caso se pospone la vacunación una vez recuperado
2. Pacientes con trastornos del sistema inmunitario: tratamiento con corticosteroides u otras drogas inmunosupresoras, inmunodeficiencias congénitas, HIV, neoplasias, radioterapia,
3. Convivientes de pacientes inmunocomprometidos. (en este caso recibirá IPV)
4. Convalecencia inmediata de intervenciones quirúrgicas (oro faríngeas y digestivas).

Fases de la campaña

Fase	Periodo
Elaboración de Lineamientos Técnicos	Mayo de 2010
Fase de planeación y organización	Febrero a abril de 2011
Fase de Coordinación y capacitación	Marzo y abril de 2011
Fase de ejecución	2 al 27 de mayo
Fase de evaluación	16 de mayo al 12 de junio

La campaña tendrá una duración de cuatro semanas del 2 al 27 de mayo; durante este periodo se captará la población mediante diferentes tácticas, la quinta y sexta semana se llevarán a cabo los Monitoreos Rápidos de Cobertura. Los ejercicios de microprogramación permitirán establecer el orden de las actividades de la campaña en cada nivel local, de acuerdo al siguiente cuadro:

Semanas de Campaña 2011																																									
2 al 8 de mayo						9 al 15 de mayo						16 al 22 de mayo						23 al 29 de mayo						30 de mayo al 5 de junio						5 al 12 de junio											
1						2						3						4						5						6											
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Avance 35%						Avance 60%						Avance 80%						Avance 100%						MRC						MRC											
Táctica 1 de Captación: Vacunación a grupos cautivos																																									
Táctica 2 de Captación: Vacunación en sitios de alta concentración																																									
Táctica 3: Vacunación Intramural en los Servicios de Salud*																																									
														Estrategia 3 de búsqueda: Vacunación Barrido casa a casa																											
Supervisión y Evaluación																																									
												Evaluación Monitoreos Rápido de Cobertura																													
Lanzamiento de la Campaña																																									
Corte de información y reporte																																									
*Las actividades de concentración las definirá cada unidad de salud																																									

Tácticas de captación

Vacunación a grupos cautivos

Es la táctica de vacunación por medio de la cual se tiene mayor captación de población, se lleva a cabo en sitios donde existen grupos concentrados como guarderías, instituciones educativas, instituciones gubernamentales y no gubernamentales entre otros. Cada unidad de salud identificará anticipadamente los grupos cautivos del área de atracción para coordinar y programar las visitas de los equipos de vacunación

Esta modalidad se desarrollará las tres primeras semanas de la campaña; y concluirá cuando se haya identificado el 100% de la población cautiva y haber logrado cobertura $\geq 95\%$ con comprobante de vacunación.

Vacunación de población en tránsito y sitios de alta concentración

Esta táctica de vacunación se lleva a cabo en días y horarios en que la población realiza actividades en sitios de alta concentración por diferentes motivos: asistencia a supermercados, centros comerciales, paradas de buses, iglesias, parques, estadios y otros, mediante la instalación de puestos de vacunación fijos y móviles en lugares que garanticen el acceso, la aceptabilidad y la máxima productividad.

Cada unidad de salud identificará los sitios de alta concentración dentro del área de atracción, para coordinar y programar los días y horarios más apropiados de las actividades a realizar durante el periodo de vacunación. Estas actividades deben hacerse acompañar de promoción y difusión anticipadamente y durante la jornada

Vacunación casa a casa

La táctica del barrido “casa a casa” permite vacunar a la población que no ha sido posible captar por medio de otras tácticas, generalmente es aquella población que no demanda los servicios de inmunización por diversos motivos (falta de tiempo, renuencia, enfermedad, desconocimiento de la vacunación y otros). También se efectúa en localidades que anticipadamente se identifican como de difícil acceso, podrá efectuarse una vez que se haya concluido el trabajo en grupos cautivos o bien simultáneamente, dependiendo del número de vacunadores disponibles.

Se realiza la busca de la población “no vacunada”, mediante el recorrido exhaustivo del sector asignado, visitando cada una de las viviendas con ayuda del croquis o mapa, durante los días y horarios en que la población blanco se encuentra en sus domicilios según las características de cada población (fines de semana y fuera del horario escolar y laboral).

Se realiza el registro nominal, se identifican y registran los domicilios de la población residente que no se encuentre durante el recorrido, para captarlos en otro momento, la actividad concluirá cuando se logre el $\geq$ del 95% de cobertura.

Vacunación en servicios de salud

Mediante esta táctica se ofrece el servicio de vacunas en las instalaciones del servicio de salud, la población es captada por demanda espontánea o por referencia de otros servicios, requiere de una buena educación para la salud en la comunidad y una buena concientización del personal de salud sobre los beneficios de la vacunación y las pocas contraindicaciones. Esta actividad se realizará durante todo el período de la campaña, es importante mantener el acceso al servicio de vacunación en los horarios y días que la población lo demande y si fuera necesario ampliarlos.

Es fundamental que todo el personal de la unidad de salud este informado sobre las acciones de la campaña de vacunación, para que realicen la canalización al servicio de vacunas a los usuarios que acuden por cualquier motivo al servicio.

Avance semanal esperado de Coberturas del 2 al 27 de mayo 2011

Como resultado de la organización y adecuada micro planificación de actividades, se espera el siguiente avance en la productividad de la campaña:

Vacuna Sarampión, Rubéola, Parotiditis 15 meses a 9 años (SRP)

Semanas	Fecha	% de avance por semana	Dosis a aplicar SRP	% Población acumulada	Dosis acumuladas
1	2 al 8 de mayo	35	230,929	35	230,929
2	9 al 15 de mayo	25	164,949	60	395,878
3	16 al 22 de mayo	20	131,959	80	527,838
4	23 al 27 de mayo	20	131,959	100	659,797
Total		100	659,797		

Vacuna Polio Oral 2 meses a 4 años (Sabin)

Semanas	Fecha	% de avance por semana	Dosis a aplicar Sabin	% Población acumulada	Dosis acumuladas
1	2 al 8 de mayo	35	129,754	35	129,754
2	9 al 15 de mayo	25	92,681	60	222,435
3	16 al 22 de mayo	20	74,145	80	296,580
4	23 al 27 de mayo	20	74,145	100	370,725
Total		100	370,725		

Total de dosis SRP y VOP

Semanas	Fecha	% de avance por semana	Dosis a aplicar SRP	% Población acumulada	Dosis acumuladas
1	2 al 8 de mayo	35	360,683	35	360,683
2	9 al 15 de mayo	25	257,631	60	618,313
3	16 al 22 de mayo	20	206,104	80	824,418
4	23 al 27 de mayo	20	206,104	100	1,030,522
Total		100	1,030,522		

Población Meta

Lograr coberturas de $\geq 95\%$ con una **dosis de la vacuna Sarampión/ Rubéola/ Parotiditis (SRP)** a la población de 15 meses a 9 años, 11 meses, 29 días para reducir el acumulo de población susceptible de enfermar y/o morir por sarampión, rubéola, SRC y parotiditis independiente de su estado vacunal de manera homogénea en todas las localidades del país.

Cada nivel de gestión realizará el ejercicio de cálculo de metas con base a la información oficial de su área (anexo 2, 3)

**Niños y niñas de 15 meses a 9 años por región para vacunación con SRP
Costa Rica 2011**

Edad	Región							Total
	Brunca	Central Norte	Central Sur	Chorotega	Huetar Norte	Huetar Atlántica	Pacífico Central	
1	2,329	7,855	12,000	2,180	1,582	3,893	1,671	31,510
2	5,490	19,023	30,041	5,221	3,823	9,088	3,974	76,660
3	5,428	19,190	30,545	5,230	3,858	8,897	3,961	77,109
4	5,404	19,399	30,960	5,255	3,901	8,886	3,956	77,761
5	5,410	19,387	30,672	5,301	3,951	8,720	3,966	77,407
6	5,448	19,767	31,645	5,362	4,003	8,674	3,990	78,889
7	5,514	19,921	31,163	5,432	4,054	8,728	4,020	78,832
8	5,603	20,050	32,142	5,518	4,108	8,939	4,064	80,424
9	5,712	20,159	32,334	5,611	4,160	9,114	4,115	81,205
Total	46,338	164,751	261,502	45,110	33,440	74,939	33,717	659,797

FUENTE: Base de Datos Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS 2011

Lograr coberturas de $\geq 95\%$ con una **dosis de la vacuna Sabin** (VOP) a la población de 2 meses a 4 años, 11 meses, 29 días para reducir el acumulo de población susceptible independiente de su estado vacunal de manera homogénea en todos las localidades del país.

**Población de 2 meses a 4 años por Región para vacunación con Sabin
Costa Rica 2011**

Edad	Región							Total
	Brunca	Central Norte	Central Sur	Chorotega	Huetar Norte	Huetar Atlántica	Pacífico Central	
0	4,770	15,594	24,155	4,392	3,150	8,134	3,384	63,579
1	5,588	18,851	28,799	5,232	3,796	9,341	4,009	75,616
2	5,490	19,023	30,041	5,221	3,823	9,088	3,974	76,660
3	5,428	19,190	30,545	5,230	3,858	8,897	3,961	77,109
4	5,404	19,399	30,960	5,255	3,901	8,886	3,956	77,761
Total	26,680	92,057	144,500	25,330	18,528	44,346	19,284	370,725

FUENTE: Base de Datos Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS 2011

Ámbito de aplicación

Las actividades de vacunación se desarrollarán por los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), la aplicación de la vacuna será gratuita para toda la población del país.

A fin de asegurar la cobertura territorial y poblacional, las actividades se ejecutarán de acuerdo a la regionalización establecida en la CCSS, en donde cada unidad de salud tiene bajo su responsabilidad un área geográfica específica y la población residente en esa área de atracción, además de dar atención a la población móvil o migrante que esté dentro de su área. (Anexo 1. Red de servicios de salud según regiones de salud.Caja Costarricense de Seguro Social)

Estrategias

Para lograr los objetivos de la campaña de vacunación se requiere del compromiso y participación de los diferentes niveles de gestión institucional e interinstitucional, además de la participación de la población mediante estrategias que permitan llevar a cabo los componentes gerenciales del Programa de Inmunizaciones en cuanto a planeamiento, organización, dirección y control:

8.1 Planeamiento

- Resolución Ministeriales para ejecución de la campaña como prioridad nacional,
- Integración del Comité PAI, conformar los equipos técnico-gerenciales responsables de coordinar la campaña en los diferentes niveles de gestión (nacional, regional, local).
- Elaborar el Plan de Acción Nacional de la campaña, Establecer los lineamientos técnico-operativos y la documentación requerida para la organización de la campaña.

8.2 Coordinación Sectorial e Intersectorial

- Alianzas estratégicas (Ministerio de Salud, INCIENSA y CCSS, Ministerio de Educación, Sociedades de Pediatras, Sociedades Científicas, Universidades, Organización Panamericana de la Salud.) Sectores de participación social de la comunidad
- Reuniones de coordinación interinstitucional para identificar establecer compromisos y gestionar el apoyo político, técnico y financiero.
- Convocatoria a sociedades científicas para establecer alianzas y compromisos, mediante el análisis de la situación de la eliminación, acumulación de susceptibles, responsabilidades en las actividades de vacunación privada (registro, reporte, red de frío), contribuciones esperadas.

8.3 Programación, Presupuesto y Micro planificación

- Análisis de los resultados de las coberturas anteriores de cada cohorte de la población y estimación de la susceptibilidad de cada una de las cohortes.
- Establecimiento de denominadores de las cohortes de la población (metas), según población y áreas de atracción (EBAIS, Área, Región, País)
- Planificación y programación local (Microprogramación) programación detallada del plan de acción, establecimiento de tácticas de captación, identificación local de las necesidades de recursos.
- Elaboración de presupuesto

8.5 Logística y Plan de suministros

- Establecer los requerimientos de biológicos e insumos necesarios para la campaña, asegurando la dotación oportuna y apropiada de biológicos, identificados mediante la micro planificación
- Plan de suministros y aseguramiento del abasto de vacunas e insumos necesarios en cada uno de los niveles administrativos., (infraestructura, logísticos, financieros y humanos)
- Garantizar funcionamiento de la red de frío, capacidad de almacenamiento, conservación, transporte y mantenimiento.

8.6 Capacitación

- Sensibilización y capacitación de los equipos de salud nacionales, regionales y locales sobre los objetivos de erradicación, los lineamientos técnicos, metodologías y procedimientos de la campaña de vacunación.

8.7 Ejecución de la campaña**Operación de actividades**

- Protocolo de vacunación segura, protocolos para vigilancia y reporte de los ESAVI, establecer funcionamiento de Comité de Crisis.
- Movilización de los servicios de salud y de la comunidad para el logro de coberturas.
- Difusión y promoción.

8.8 Participación social y promoción

- Coordinación efectiva de la movilización y participación social, comunicación social efectiva que logre sensibilizar a la población, informar sobre la campaña y generar una demanda espontánea en la población meta Movilización social

8.9 Control: información, supervisión

- Sistema de información implementar registro nominal, reportes consolidados, verificación de completitud y oportunidad, periodicidad del envío, flujo de la información, captura, procesamiento, reporte de información de coberturas de vacunación a nivel municipal, departamental y nacional; sala de situación virtual.
- Plan de Supervisión por niveles de gestión, calendario de visitas antes y durante la campaña, guías, reportes, Monitoreo Rápido de Cobertura,.

8.10 Evaluación de resultados

- Indicadores de evaluación, resultados e impacto de las acciones y estrategias implementadas. Sistematizar experiencias innovadoras y lecciones aprendidas de la campaña de vacunación

Organización

- **Nivel directivo político:** conformado por el más alto nivel del país: conformado por la Presidencia de la República, Ministros, Viceministros, y Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología para emitir el Acuerdo Ministerial de prioridad de la campaña en el país, a nivel de Regiones, Cantones, y Distritos con la representación de sus gobernantes en cada nivel.
- **Nivel Técnico Político Nacional:** conformado por el Ministerio de Salud, Viceministra de Salud, Comité de Vacunas y Epidemiología, Coordinación de Vacunación del Ministerio de Salud como responsables de la dirección y coordinación nacional de la campaña en todos sus

componentes, debiendo replicarse este comité en todos y cada uno de los niveles de Regiones, Cantones y Distritos.

- **Comité Coordinador de Campaña:** conformado por la Coordinación de Vacunación del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social responsable de la conducción estratégica y técnica operativa de la campaña, esta organización se replicará en todos los niveles de gestión (Regiones, Cantones y Distritos)
- **Coordinadores Regionales** estarán a cargo de la planeación y la coordinación entre los sectores públicos y privados, así como entre las autoridades Cantonales, Distritales y Locales
- **Los Directores de Áreas de Salud** de CCSS y Áreas Rectoras del Ministerio de Salud estarán a cargo de la programación, coordinación, conducción, ejecución y evaluación del área bajo su responsabilidad.

Funciones de las instancias Institucionales

- **El Ministerio de Salud** a través de la Coordinación de Vacunación será responsable de la planificación, organización, coordinación, conducir y evaluar todos los componentes de la campaña de vacunación.
- **El INCIENSA** tendrá bajo su responsabilidad desarrollar las acciones de apoyo de laboratorio para establecer las medidas de control epidemiológico en la identificación de casos y seguimiento de eventos secundarios asociados a la vacunación, de manera oportuna.
- **La Caja Costarricense de Seguro Social**, tendrá bajo su responsabilidad la conducción técnica y operativa, estableciendo las medidas de control en la programación, presupuesto, organización, abastecimiento, gerencia y control de la red de frío, capacitación, supervisión, información, monitoreo de resultados y evaluación
- **Nivel local de los Servicios de Salud**, tiene bajo su responsabilidad el cumplimiento de los presentes lineamientos, identificar y vacunar la población de 2 meses a 4 años con Sabin y de 15 meses a 9 años con vacuna SRP, residentes y no residente en su área de responsabilidad; mediante la programación, microprogramación, coordinación con las instancias públicas y privadas para llevar a cabo las actividades de vacunación, organización, garantizar la vacunación segura, gerencia y control de la red de frío, capacitación, ejecución de las actividades, información, monitoreo de coberturas.

La Organización Panamericana de la Salud brindará apoyo técnico, financiero y acompañamiento permanente en los diferentes procesos de la campaña.

Programación

La programación de metas para vacuna SRP será por cada unidad de salud, misma que se concentrará por nivel EBAIS, Área, Región, y Nacional (Anexos 1,2 y 3). Para la estimación de metas se tomarán los siguientes criterios:

Meta	Estimación
Dosis de vacuna triple viral (SRP) a aplicar en población de 15 meses a 9 años, 11 meses, 29 días de edad.	Actividad intensiva de vacunación. Se considerará una dosis adicional de vacuna triple viral (SRP) para la población de 15 meses a 9 años, 11 meses, 29 días, independientemente del estado vacunal, residente en el área de responsabilidad. Para estimar las metas se utilizarán los datos de alguna de las siguientes fuentes: 1. INEC 2. Base de Datos Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS 2011.

La programación de metas para Sabin será por cada unidad de salud, misma que se concentrará por EBAIS, Área, Región y Nacional (Anexo 4 – 5 – 6). Para la estimación de metas se tomarán los siguientes criterios:

Meta	Estimación
Dosis de vacuna Sabin (VOP) a aplicar en población de 2 meses a 4 años, 11 meses, 29 días de edad.	Actividad intensiva de vacunación. Se considerará una dosis de vacuna Sabin (VOP) para la población de 2 meses a 4 años, once meses, 29 días años de edad residente en el área de responsabilidad., sin importar el estado vacunal. Para estimar las metas se utilizarán los datos de alguna de las siguientes fuentes: 1. INEC 2. Base de Datos Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS 2011.

La programación se realizará mediante el ejercicio de micro planificación a nivel local, definiendo para cada Unidad de Salud, las áreas geográficas y la población meta de responsabilidad (tipo y ubicación), del área de atracción, necesidades de recursos humanos, recursos financieros y materiales. Mecanismos de coordinación local, (gobierno local, empresas privadas, iglesias, organizaciones públicas y no gubernamentales) y determinar las tácticas de vacunación. Para este efecto se realizarán los talleres de capacitación en los diferentes niveles de gestión, haciendo uso de la “Guía Técnica” para el ejercicio de Micro planificación.

Se emplearán tácticas de vacunación, iniciando con las de mayor captación en grupos cautivos y alternadamente en puntos de concentración, la vacunación intramural se mantendrá durante todo el periodo de la campaña y el barrido casa a casa como una táctica para buscar a los no vacunados o en aquellas áreas identificadas como de difícil acceso.

- Se dispondrá del inventario de grupos cautivos, de sitios de alta concentración y de las áreas de difícil acceso
- Se identificarán las necesidades de recursos físicos y humanos, los Directores Regionales y coordinadores de área gestionarán la disponibilidad de personal vacunador de acuerdo a las necesidades establecidas en la micro planificación, para las jornadas regulares, y extras en diferentes horario o fines de semana.
- Se estimarán las necesidades de vacunas, insumos, materiales de promoción.

- Se definirá el cronograma de trabajo con las actividades según componentes y tácticas de vacunación.
- Se elaborará presupuesto para cumplir con el plan de trabajo, según componentes y modalidades de vacunación, asegurando los recursos y logística para el cumplimiento de la meta.
- Se establece como fecha límite para que todas las áreas de salud aporten la información de los ejercicios de microplanificación el 18 de abril de 2011.
- Las metas y ejercicios de micro planificación serán validados por cada coordinador de área y a su vez por cada coordinador regional y el nivel nacional.
- Se hace indispensable contar con mapas y croquis por cada unidad de salud para la Micro planificación y seguimiento de actividades.

Logística y cadena de frío

La CCSS define y gestiona las vacunas y los insumos en cantidades necesarias, para cumplir con la meta establecida en cada nivel de gestión.

Cada área de salud asegurará oportunamente la disponibilidad de vacunas e insumos para el desarrollo de la campaña.

Cada área de salud de acuerdo a las metas programadas, retirarán del Almacén las vacunas, insumos y formularios. El abastecimiento será fraccionado de acuerdo a la capacidad de almacenamiento local. Para atender esta necesidad, se ha considerado:

- La estimación de las vacunas SRP y VOP, según la población meta, más el factor de pérdida correspondiente (20% para SRP y 30% para VOP).
- Verificar la capacidad de almacenamiento y las condiciones de funcionamiento de la red de frío, para almacenar y transportar vacunas de acuerdo a la cantidad de población a vacunar, durante las cuatro semanas de la campaña.
- Disponer de los elementos básicos para la conservación y monitoreo de la cadena de frío: refrigeradoras, termómetro electrónico o digital en cada refrigeradora, estabilizadores de temperatura en la refrigeradora (botellas y paquetes fríos), gráfica de control de temperatura en las refrigeradoras de almacenamiento de vacunas; cajas frías para transporte y almacenamiento en la jornada y termos con sus respectivos paquetes fríos de agua.
- Disponer de manera oportuna, el transporte para la dotación de suministros y otros insumos.
- Fortalecer el plan de contingencia de cadena de frío para el periodo de campaña, especialmente en horas no laborales.

Tabla de estimación de vacunas e insumos

Anexo No. 7 Estimación de necesidades de vacuna e insumos					Existencia al 16 03 2011	Faltante
Artículos	Unidad de medida	Total dosis	Factor Pérdida	Total		
Vacunas						
Vacuna Sabin (Vial de 10 dosis)*	Vial de 10 dosis	380727	30	49495		
Vacuna SRP (Fco. Liofilizado con 10 dosis y diluyente de 5 ml.)	Fco. Liofilizado para 10 dosis con diluyente de 5 ml.)	659797	20	85774		
Insumos						
Jeringas de 5 ml para dilución	Pieza	1 Por fco SRP	5			
Agujas de 20 0 22 para dilución	Pieza	1 Por fco SRP	5			
Jeringas de 1 ml para aplicación	Pieza	1 por dosis SRP	0			
Aguja de para aplicación 25 o 26	Pieza	1 por dosis SRP	0			
Torunda de algodón	Bolsa torundas	2 pzas por aplicación				
Bolsa plástica roja	Pieza	1 por día vacunador				
Bolsa plástica negra	Pieza	1 por día vacunador				
Gel antibacterial	fco. 250 ml	1 por semana vacunador				
Recipiente rígido para punzocortantes	Recipiente con capacidad de 1.5 lt	3 por semana vacunador				
Toallas desechables para manos	Paq. 250 Pzas.	10 por día vacunador				
Jabón para manos	pastilla 30 Gr. Piezas	1 por día vacunador				
Carnet de vacunación	Pieza	meta total				
Formatos de registro nominal	Hojas para 25 registros	4 por día vacunador				

Total dosis	Días vacunador	Vacunadores	Total dosis por vacunador durante la campaña
	Total dosis entre días campaña	Total días vacunador entre 40 dosis de productividad por día	Total dosis entre vacunadores
1040524	52026	1301	800

Estrategia de comunicación

Problema

Costa Rica debe concluir el proceso de certificación de eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, sin embargo a un existen niños menores de 10 años que no tienen completo el esquema de vacunas. Por otra parte, el país tiene el desafío de mantenerse libre de la poliomielitis por lo cual se considera necesario aplicar de manera masiva una dosis adicional.

Objetivo general

Contribuir a que la población acuda a los establecimientos de salud para que sus hijos e hijas reciban las dosis del esquema de sarampión, rubéola y el síndrome de rubéola congénita y poliomielitis, durante la campaña nacional que se realizará del 2 al 27 de mayo del 2011.

Objetivos específicos

1. Hacer conciencia en nuestro público objetivo de la necesidad de erradicar el sarampión y la rubéola.
2. Divulgar la importancia de vacunar a los niños de 15 meses a 9 años contra la sarampión y la rubéola.
3. Dar a conocer entre la población la importancia y necesidad de vacunar a los niños de 2 meses a 4 años de edad, una dosis adicional contra la poliomielitis.

Población objetivo

Primario: Padres, madres y cuidadores de menores de edad, sin distingo de raza, credo y nivel socioeconómico, residentes en el territorio nacional.

Secundario: Educadores de centros educativos públicos y privados.

Eslogan: “Porque nuestra niñez tiene derecho a una vida saludable”

Promesa básica

Costa Rica si puede eliminar el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y mantener a nuestro país libre de poliomielitis si todos nos comprometemos y llevamos a nuestros niños y niñas a vacunar.

Tono de los mensajes

Racional: Los mensajes deben apelar a la razón de nuestro público para crear la conciencia de la importancia de eliminar el sarampión y la rubéola.

Emotivos: Apelando al sentimiento y la responsabilidad de velar por el bienestar de los hijos e hijas.

Mensajes clave

1. Costa Rica se encamina a eliminar el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.
2. El país está comprometido en mantenerse libre de la transmisión de la poliomielitis.
3. Debemos asegurar la protección de todos los niños y niñas menores de 10 años.
 - Población de 15 meses, a 9 años. 11 meses, 29 días de edad de la totalidad del país (SR y SRC)
 - Población de 2 meses a 4 años, 11 meses, 29 días de edad de la totalidad del país (poliomielitis)
4. Las vacunas están disponibles en todos los establecimientos de salud de la CCSS.
5. Personal de salud visitará los centros educativos en todo el país durante el mes de la campaña para aplicar las vacunas a niños y niñas en las edades indicadas.
6. Los padres, madres y cuidadores son los responsables de asegurar que sus niños y niñas reciban las vacunas.
7. Fecha de vacunación: del 2 al 27 de mayo.

Acciones según nivel de gestión:

Nivel central:

- Desarrollo conceptual de la campaña
- Elaboración de los mensajes claves
- Producción y pauta de campaña nacional masiva

- Gestión con la prensa nacional
- Gestión de entrevistas en espacios de programas con amplia audiencia
- Uso de medios y espacios institucionales en medios masivos
- Uso de TICs como son: redes sociales, web, correo electrónico y otros.
- Producción de afiches y muppies
- Envío de material a niveles regionales y locales: impresos, spot TV y spot de radio.
- Coordinación con CLIOS de la CCSS y con responsables de Mercadotecnia de la salud del Ministerio de Salud

Nivel local

- Elaborar su propio plan de divulgación.
- Gestión de transmisión de spot de radio y de TV en medios locales (nivel central aporta el material).
- Perifoneo
- Gestión de entrevistas en medios locales
- Uso de diferentes espacios públicos y privados para colocar material impreso
- Elaboración de material informativo específico para sus comunidades como carteles, mantas, otros.
- Enviar un informe al nivel central del trabajo realizado. Nivel local se lo envía al responsable regional para que este lo consolide y lo remita al nivel central de la CCSS (Dirección de Comunicación Organizacional) o bien al MS (Mercadotecnia de la Salud).

Sistema de información

El sistema de información de la Campaña, permitirá contar con información completa y oportuna para evaluar el avance semanal programado en los diferentes niveles de gestión y tomar decisiones encaminadas a lograr coberturas superiores a 95%.

- Se trabajará con el sistema automatizado instituido por la CCSS para el programa de vacunación universal rutinario, con una aplicación para el registro de las dosis de la campaña de SRP y VOP.
- El registro de información será nominal, (Anexo “Hoja de registro diario de dosis adicionales de Campaña” incluye los datos de:
- La identificación geográfica del área en donde se vacuna la población
- Los datos de los niños vacunados: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, número de identificación, y domicilio
- El registro de las vacunas aplicadas según los códigos: Código 23: dosis adicional de vacuna (VOP), y Código 48: dosis adicional de vacuna Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP).
- Los motivos de no vacunación (renuente, enfermo, contraindicación).
- Los datos de dosis aplicadas serán registrados en el Carnet de vacunación del usuario, en caso de no presentarlo se proporcionará y se registrarán las dosis aplicadas, solicitando se conserve para comprobar que recibió la vacuna. (Anexo carnet de Vacunación)

Flujo de la información:

- El registro primario de las dosis aplicadas será generado diariamente por los vacunadores

durante el periodo de la campaña.

- La recolección de la información se realizará diariamente en cada unidad de salud, con los reportes de las brigadas de vacunación que ejecutaron trabajo en terreno en cualquiera de las tácticas de captación y el servicio de inmunizaciones, confrontando la vacuna distribuida, la utilizada y las dosis reportada, con ello se elabora el reporte de productividad (Anexo total de dosis aplicadas de SRP y VOP).
- Los registros nominales se capturarán en el sistema electrónico en las aplicaciones según los códigos: Código 23: dosis adicional de vacuna Sabin (VOP), y Código 48: dosis adicional de vacuna Sarampión, d. Rubéola y Parotiditis (SRP). La captura se realizará en cada unidad de salud y será remitida al área de salud.
- El área de salud consolida los registros nominales de los sectores que le corresponden, valida la calidad de la información y la completitud de los sectores que reportan. Y transfiere a la Región de la CCSS y de manera paralela transfiere el informe al área rectora del Ministerio de Salud de las Pautas establecidas.
- Los niveles regionales verifica la completitud de las áreas a su cargo de la CCSS y del Ministerio remiten la información a sus respectivos niveles centrales.
- El consolidado por área según el flujo indicado anteriormente, debe ser entregado a las Direcciones Regionales de Salud, los días jueves 5, 12, 19 y 26 de mayo antes del mediodía. La Región consolida la información de sus áreas y la envía al nivel Central según el flujo y medio establecido, los días viernes 6, 13, 20, 27 de mayo antes de las 10 de la mañana.
- El nivel central consolida la información proveniente de las regiones, emite y envía el informe semanal a las 12:00 de medio día del 6, 13, 20 y 27 de mayo a las autoridades correspondientes.

Plan de Capacitación

El propósito de este componente es capacitar al personal de los diferentes niveles en los lineamientos para el desarrollo de la Campaña Nacional de Vacunación. Así como en la metodología y procedimientos específicos que mejore sus competencias. Con el fin de fortalecer la calidad de la vacunación, se establece como criterio de desempeño, que el personal que realice actividades de vacunación debe haber recibido capacitación previa y específica sobre la campaña. La capacitación se realizará en fases como se describe en la siguiente tabla:

Fase	Nivel	Asistentes	Fechas	Sedes	N° de asistentes
I	Nacional y Regional (Responsables de Coordinación y Micro planificación)	Coordinadores PIA Ministerio de Salud y CCSS	21 y 22 marzo	San José	75
II	Cabeceras de Área Regionales (Responsables de la micro-planificación)	Coordinadores PAI de Área	Dos días cada taller entre el 24 de marzo al 1° de abril	10 sedes regionales Serán simultáneos con la asesoría de los coordinadores nacionales y	471

				regionales	
III	Sectores (Brigadas de vacunación)	Equipos Básicos de Atención Integrada en salud	Un día de capacitación entre el 29 de marzo al 8 de abril	10 sedes regionales Serán simultáneos con la asesoría de los coordinadores regionales y apoyo nacional	1800

- Las sesiones de capacitación se llevarán a cabo mediante talleres teórico-prácticos, con una duración de dos días en la fase 1 y 2. El contenido temático será referente a los Lineamientos Generales y cada uno de los componentes de la campaña. Además, habrá un taller de Micro planificación cuyo producto final serán los planes de trabajo locales.
- Las sesiones de la Fase 3 serán desarrolladas durante un día. Están enfocada a la capacitación de los equipos locales de salud y a los equipos de vacunadores. En esta capacitación se desarrollarán los siguientes temas: lineamientos generales de la campaña, protocolo de vacunación segura (inyecciones seguras, técnicas de aplicación, manejo de cadena de frío y desechos sólidos), registro de actividades de vacunación y procedimientos para desarrollar las diferentes tácticas de vacunación.
- Se proporcionará al personal capacitado en la Fase 1 y 2 los documentos impresos sobre los Lineamientos de Vacunación, Guía de Micro planificación, Guía del Vacunador, Preguntas y Respuestas y las presentaciones en forma electrónica, para replicar la capacitación.

Vacunación Segura

El componente de vacunación segura se refiere a los criterios técnicos – operativos que deberán cumplirse para garantizar la calidad de la vacunación y evitar o disminuir la presencia de ESAVI. La vacunación segura comprende tres aspectos: la vacunación de calidad, vigilancia de los ESAVI y manejo de crisis.

La práctica de la vacunación segura, constituye un componente prioritario de los Programas de Inmunización de debe garantizar la utilización de vacunas de calidad, el transporte y almacenamiento de la vacuna en temperaturas adecuadas, aplicar prácticas de inyección segura (tanto para el usuario como para el trabajador), vigilar rápida y eficientemente los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización y fortalecer la alianza con los medios de comunicación para brindar mensajes claros a la población.

Medidas de seguridad para reducir al máximo el riesgo de posibilidades de error

- Seguir indicaciones de vacunación segura y manejo de frascos abiertos
- Evitar el almacenamiento de medicamentos y otras sustancias en la unidad refrigerante.
- Garantizar que el personal esté capacitado (manejo, reconstrucción, técnica de aplicación, contraindicaciones, precauciones, efectos adversos y su manejo y desecho y eliminación de materiales)
- Utilizar vacunas de calidad

- Utilizar jeringa y aguja descartables del tamaño adecuado
- Reportar, notificar e investigar todo ESAVI poco frecuente o severos.
- Incrementar la supervisión, asesoría y la evaluación de actividades
- Distribución adecuada de vacuna, diluyente y materiales
- Asegurar la reconstitución con el diluyente específico de la vacuna
-

Incrementar la sensibilidad y la vigilancia de los ESAVI

Los insumos utilizados en esta campaña de vacunación serán gestionados con forme los criterios del ciclo de vida definidos en la ley 8839 para la gestión integral de residuos.

Vigilancia de ESAVI

Se conoce como ESAVI al un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización.

Cuadro clínico que ocurre después de la administración de la vacuna, que causa preocupación y es supuestamente a la vacunación o inmunización.

Durante actividades intensivas de vacunación es probable que ocurra la presencia de ESAVI, debido al mayor volumen de dosis que se aplican en un periodo corto de tiempo. El Programa Ampliado de Inmunizaciones será responsable de realizar la vigilancia de los ESAVI eventualmente producidas por vacuna SRP y la vacuna VOP y de preparar y divulgar un plan para prevenir situaciones de crisis.

Mediante la capacitación a los trabajadores de la salud, se proporcionará información técnica clave necesaria para el reporte, la investigación epidemiológica completa y la clasificación final de los casos, así como de una comunicación ética a la población a través de los medios de comunicación.

La presencia de ESAVI puede generar temor en la población, demanda o acoso excesivo de los medios de comunicación, incorrecta opinión generalizada hacia las acciones que se realizan y la pérdida de confianza en la vacunación de manera abrupta.

Cuando estas situaciones tienen una explicación científica, pueden verse mal interpretadas por la población si los mensajes referentes al evento se canalizan de manera inadecuada; por lo tanto, la demanda de información puede ocasionar una crisis si no se cuenta con una respuesta sistematizada, oportuna y suficiente.

Monitoreo de los ESAVI

El monitoreo de los ESAVI, es dar una respuesta rápida a todas las preocupaciones de la población-padres relacionados con la vacuna. Así como una respuesta honesta y eficiente de los resultados de la investigación asegurando la integridad de los programas de inmunizaciones.

Se debe de monitorear e investigar en forma oportuna y concluyente aquellos eventos severos: requieren hospitalización, ponen en riesgo la vida, pueden producir discapacidad o muertes, rumores eventos que ocurren en grupos de personas, o aquellos que se relacionen con el programa (errores programáticos).

Clasificación de los ESAVI

Reacción vacunal Evento causado o precipitado por una vacuna habiendo sido aplicada correctamente, causado por propiedades inherentes de la vacuna o los componentes de la misma, se dividen en:

- Reacción vacunal Intrínseca: reacciones del organismo del paciente al producto biológico propiamente dicho.
- Reacción Extrínseca: reacciones del organismo del paciente a los coadyuvantes de la formulación.

Errores programáticos:

- Ocurren a errores de preparación, manejo o administración de la vacuna, se deben de implementar inmediatamente medidas correctivas que incluyan aspectos logísticos, de capacitación y supervisión.

Coincidentes:

- Son frecuentemente malinterpretados como causados por la vacunación debido a que durante los primeros años de vida de los niños son más vulnerables a enfermarse y coincide con el periodo durante el cual la mayoría de la vacunas son administradas

Ante el reporte de un ESAVI se debe investigar para:

- Confirmar o descartar el diagnóstico.
- Sugerir otros posibles diagnósticos.
- Esclarecer el resultado del evento adverso.
- Determinar si el evento reportado es un caso aislado o existen otros casos asociados.
- Tomar las medidas correctivas.
- Informar adecuadamente a la población si es necesario.

La investigación de los eventos debe contener sin excepción los siguientes datos relevantes:

- Datos de identificación de persona.
- Historia actual del paciente y medicamentos que está utilizando (dosis, vía de administración e indicación de uso).
- Antecedentes patológicos e historia clínica pasada.
- Antecedente vacunal: vacunas aplicadas y fecha de la última dosis.
- Identificación de la vacuna usada.
- Revisión de los aspectos operacionales del programa.
- Determinar si el evento reportado es un simple incidente o existen otros casos asociados.

La investigación debe ser realizada por el personal de salud de la que ha detectado el evento adverso e iniciar la recolección preliminar de la información.

Todo evento que el público, padres de familia o el personal de salud consideren relacionado con una vacuna deberá investigarse en el ámbito local. Si la sospecha es justificada, deberá iniciarse de inmediato una investigación estandarizada más formal con apoyo a escala regional y/o nacional.

Análisis y Clasificación Final

Después que se ha investigado un ESAVI o grupo de ellos en la comunidad, para detectar otros posibles casos, los datos se recolectan, se examinan y se clasifican.

El análisis se basa en los datos que proporcionan los informes de investigación de casos y de la comunidad en donde ocurrió el evento. Para clasificar finalmente un evento adverso es necesario identificar los factores de riesgo, establecer las asociaciones epidemiológicas y cuando sea posible, identificar la causa o causas probables.

Esto último puede ser difícil y demanda la participación de personal capacitado. A efectos del sistema de vigilancia de los efectos adversos posteriores a la vacunación, la decisión final sobre la ocurrencia de un evento adverso lo ubica en una de tres categorías:

- I. El evento no está relacionado con la vacunación**
- II. El evento está relacionado con la vacunación: Relacionado con la vacuna en sí ó relacionado con aspectos operativos del programa.**
- III. La investigación no es concluyente:** cuando no es posible determinar causalidad, ejemplo, los familiares del afectado rechazan una investigación.

Los ESAVI leves asociados a la aplicación de vacuna triple viral (SRP)

Eventos Leves	Frecuencia	Tiempo de inicio
Reacción local (Dolor, inflamación, rubor)	5 a 15 %	24 - 48 horas
Rash	5 %	7 a 10 días
Fiebre	5 a 15 %	7 a 12 días
Linfadenopatía transitoria	Ocasionalmente	
Artralgias y Artritis transitoria	25 % de susceptibles, mas en mujeres	7 a 21 días

ESAVI moderados y graves asociados a la aplicación de vacuna triple viral (SRP) Vigilancia durante la campaña.

Eventos Moderados y Graves	Tasa	Tiempo de inicio
Trombocitopenia	1 / 30,000 dosis	14 a 21 días
Encefalopatía	1 / 1,000,000 dosis	6 a 15 días
Anafilaxia	< 50 / 1,000,000 dosis	0 – 1 hora

Los ESAVI leves asociados a la aplicación de vacuna oral de polio (Sabin)

Eventos Leves	Frecuencia	Tiempo de inicio
Fiebre	-1%	24 a 48 horas
Poliomielitis paralítica relacionada con la vacuna(PPRV)	El riesgo es más alto en la administración de las primeras dosis (1 por 1,400,000 a 3,400,000 dosis aplicadas) que para las dosis posteriores y los contactos en donde se pueden manifestar de acuerdo a las siguientes tasas 1 por 5,900,000 y 1 por 6,700,00 respectivamente)	4 a 30 días

Plan de Crisis ante la presencia de ESAVI

El “**Plan de Crisis**”, para atender aquellos ESAVI que sucedan en transcurso de la campaña; permitiendo a todos los niveles estar organizados y planificar con anticipación posibles situaciones y prepararse para afrontarlas de manera eficiente.

El plan tiene como objetivo revertir la desconfianza de la población y asegurar el mantenimiento de las actividades de vacunación al más breve plazo posible, con el fin de asegurar la continuidad de la vacunación, resguardando el patrimonio de imagen corporativa y la reputación del Programa Ampliado de Inmunizaciones y las instituciones involucradas.

Cada nivel de la estructura del sistema de salud deberá organizar y prever un comité de respuesta oportuna ante una “Situación de Crisis” por la presencia de un ESAVI (local, regional y nacional).

Este grupo será responsable, de notificar oportunamente el evento, coordinar el inicio de la investigación aportando los datos necesarios y completos de los casos, tomar las medidas técnico-administrativas, para revisar los procesos relacionados con la vacunación en el nivel local.

Plan de Supervisión

Es un proceso de control que tiene como propósito confrontar lo realizado con lo planeado, brindando asesoría y capacitación, para establecer medidas corrigiendo las dificultades encontradas durante la ejecución de las actividades. Para llevar a cabo esta actividad se cuenta con recurso humano capacitado en los diferentes niveles de gestión. En apoyo a este proceso, se contará con “padrinos y madrinas” del nivel central, cuya función es el acompañamiento al equipo regional en los distintos procesos que involucra el desarrollo de la campaña.

- La supervisión se realizará durante las diferentes fases de la campaña: organización, planeación, coordinación, ejecución de actividades.
- Se emplearán los instrumentos de supervisión para identificar los avances (anexo 8 y 9) en las diferentes etapas de la campaña, con implementación de medidas correctivas. Los supervisores deberán elaborar informes escritos de acuerdo a los formatos (anexo 10).

En la campaña se establecerán objetivos de supervisión para cada una de las etapas:

Supervisión en la Etapa pre campaña:

- Verificar que los niveles locales, las áreas y las regiones hayan realizado una adecuada organización, capacitación, programación y disponibilidad de los recursos necesarios que les permitirá alcanzar la meta de vacunación, utilizando una lista de cotejo (anexo 8).
- En los componentes que se identifique dificultades serán abordados mediante asesoría, gestión, capacitación, coordinaciones entre otros; asegurando el desarrollo adecuado de cada proceso.

Supervisión durante la campaña:

Verificar que los niveles locales, las áreas y las regiones ejecuten las actividades de vacunación mediante el cumplimiento de la Micro planificación. En esta etapa se utilizará el instrumento de supervisión que contempla todos los componentes (anexo 9). Es eminentemente operativa, evalúa la implementación de las estrategias y su cumplimiento según el cronograma, vacunación segura (técnicas de aplicación, conservación y manejo de biológicos, eliminación adecuada de desechos, vigilancia de ESAVI, registro de vacunación diario, registro electrónico de información). Y el monitoreo rápido de coberturas al concluir la vacunación en las diferentes sectores.

- En los componentes que se identifique dificultades serán abordados mediante asesoría, capacitación, coordinaciones para la resolución inmediata asegurando el desarrollo adecuado de cada proceso y el logro de las coberturas.
- Al concluir la campaña: los supervisores deberán participar en el proceso final de la verificación de cobertura de vacunación realizados por equipos externos para evaluar el logro de la meta de campaña de vacunación a nivel de área.

- Participa en la evaluación local después de concluido todo el plan de vacunación.

Monitoreo Rápido de Cobertura durante la campaña (MRC)

El Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC) es una herramienta operativa de seguimiento al cumplimiento de las actividades de vacunación en terreno. Es una estrategia de supervisión constante que permite identificar y priorizar oportunamente las áreas que se deben intervenir a fin de vacunar a la población pendiente. Ha sido utilizada en el programa regular de vacunación y en intervenciones intensivas de vacunación, para verificar las cobertura administrativa en la búsqueda de los no vacunados asegurando así cobertura del $\geq 95\%$ y más.

El ámbito de aplicación de esta metodología, debe ser local, determinando al más pequeño espacio geográfico donde se ubica la población beneficiaria de la intervención, con el objetivo de verificar que los niños entre los 15 meses y 9 años, hayan recibido una dosis adicional de vacuna SRP y los niños con edad entre los 2 meses y 4 años, hayan recibido una dosis adicional de VOP.

Algunas consideraciones para llevar a cabo el monitoreo son las siguientes:

- Ámbito geográfico de atracción al establecimiento de salud que vacuna, con ubicación de barrios, manzanas según esté estructurado en cada caso. Debe contar con croquis del área que identifica esta división.
- Población vacunada en comparación con la población asignada y los porcentajes obtenidos en relación a las metas definidas por semana.
- Edades más rezagadas en el proceso de cumplimiento según la programación.
- Zonas geográficas con coberturas inferiores y con coberturas mayores al 100%.
- Zonas con riesgo social, de alta migración interna, tránsito y población no registrada por condición de ilegalidad en el país.
- Para clasificar a una área o sector como vacunado.

Procedimiento:

- El número de MRC se ha definido considerando el tamaño de la población de cada área o sector, según edades contempladas.
- El MRC finaliza cuando se completa el total de la población asignada por grupo de edad.
- El número de monitoreos por área o sector depende de las características del lugar y proporcional a la población asignada (no inferior al 20% de la población meta).
- Mantener un mínimo de 25 casas efectivas por monitoreo.
- El medio de verificación de la vacuna en el niño será el carné de vacunación.

El análisis de los datos recolectados mediante MRC debe responder al menos, las siguientes preguntas:

- ¿Se vacunó al menos el 95% de la población meta?
- ¿Existen diferencias de cobertura por grupos de edad?

- ¿Cuáles son las razones para no vacunarse que aducen las personas?
- ¿Cuál es la decisión a partir del porcentaje de NO vacunados encontrado?
- ¿Es necesario tomar medidas urgentes?

A partir de los resultados del monitoreo, se deberá analizar el logro de coberturas en cada uno de los MRC, área y sector; y elaborar un informe por monitoreo que incluye: antecedente (razones de la realización del monitoreo), resultados (lo encontrado), acciones inmediatas y recomendaciones.

Cuando se tenga cobertura administrativa igual ó más al 95% y un monitoreo de supervisión igual o más al 95%, el área está preparada para recibir la evaluación externa.

Evaluación

La evaluación de los resultados de la campaña se realizará diariamente, verificando el avance del día y el acumulado en cada uno de los diferentes niveles, desde la Unidad de Salud, Distrito, Cantón, Región y País; de manera que se identifique el cumplimiento programado o algún posible rezago, lo que permitirá tomar las medidas inmediatas para solucionar y corregir la problemática que pueda afectar el avance esperado y el logro general.

Los resultados de cumplimiento de las metas de la campaña de reportaran en los formatos establecidos, y serán validados por la CCSS

Verificación de avance de cobertura

Es recomendable el uso de los instrumentos de vacuno metros, a fin de identificar el avance de las coberturas según meta establecida y la productividad, los cuales constituyen de manera gráfica el avance logrado a lo largo de la campaña.

Modelos de Vacunó metros producidos por el nivel local (Experiencia de otros países)



Criterios de análisis de resultados:

Producción diaria de vacunados, comparado con meta diaria y acumulada Producción y Cobertura semanal de vacunados y acumulados Determinación de la población pendiente de vacunar por unidades zonificadas en croquis o mapas.

- a. Monitoreo Rápida de Cobertura (MRC) realizados durante la supervisión de la campaña y al finalizar zonas y municipios.
- B. El vacunómetro manual deberá ser ubicado en sitios visibles en todas las unidades de salud, Distritos, Cantones, Regiones y País, entre otros, actualizando diariamente para mantener informado al personal de salud, autoridades locales y público en general.
- c. Cobertura por grupo de edad y sexo, EBAIS, Área, Región de Salud y país.

Indicadores de evaluación para SRP

Indicador	Fuente	Construcción
Cobertura general del país: Alcanzar una cobertura igual o superior al 95% con una dosis de vacuna triple viral (SRP) en la población de 15 meses a 9 años, 11 meses, 29 días de edad, de responsabilidad institucional.	Informe concentrado de dosis aplicadas del país, del periodo completo de la campaña para medir el avance de esta meta será el sistema de Registro Nominal en uso en los servicios de salud de la CCSS	<i>Población de 15 meses a 9 años de edad de vacunada con una dosis de vacuna triple viral (SRP) entre la población total de ese mismo grupo de edad, por 100.</i> <i>Dosis SRP niños de 15 meses a 9 años/ población meta de 15 meses a 9 años * 100</i>
Cobertura general de 15 meses a 5 años de edad con SRP: Alcanzar una cobertura igual o superior al 95% con una dosis de vacuna triple viral (SRP) en la población de 15 meses a 9 años, 11 meses, 29 días de edad, de responsabilidad institucional.		<i>Población de 15 meses a 4 años de edad de vacunada con una dosis de vacuna triple viral (SRP) entre la población de 15 meses a 5 años total por 100.</i> <i>Dosis SRP niños de 15 meses a 5 años/ población meta de 15 meses a 4 años * 100</i>
Cobertura general de 6 años a 9 años de edad con SRP <i>Alcanzar una cobertura igual o superior al 95% con una dosis de vacuna triple viral (SRP) en la población de 15 meses a 9 años, 11 meses, 29 días de edad, de responsabilidad institucional.</i>		<i>Población de 6 años a 9 años de edad de vacunada con una dosis de vacuna triple viral (SRP) entre la población de 6 años a 9 años por 100.</i> <i>Dosis SRP niños de 6 años a 9 años/ población meta de 6 años a 9 años * 100</i>

Indicadores de evaluación para VOP

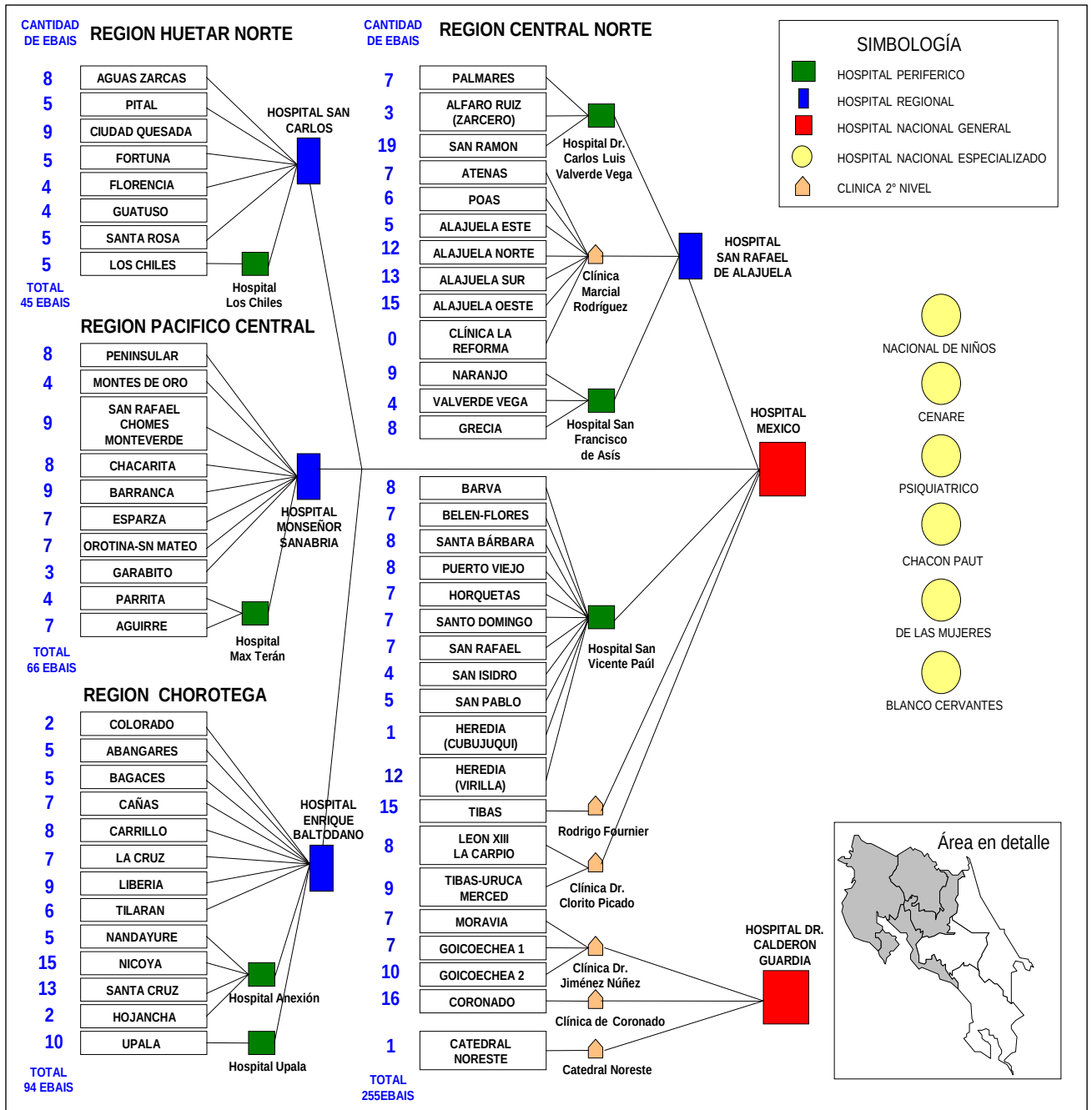
Indicador de VOP	Fuente	Construcción
Cobertura general del país: <i>Alcanzar una cobertura igual o superior al 95% con una dosis de vacuna polio oral (VOP) en la población total de 2 meses a 4 años.</i>	<i>Informe concentrado de dosis aplicadas del país, del periodo completo de la campaña para medir el avance de esta meta será el sistema de Registro Nominal en uso en los servicios de salud de la CCSS.</i>	<i>Población de 2 meses a 4 años de edad de vacunada con una dosis de vacuna polio oral (VOP) entre la población total de ese mismo grupo de edad, por 100.</i> <i>Dosis VOP en niños de 2 meses a 4 años/ población meta de 15 meses a 9 años * 100</i>

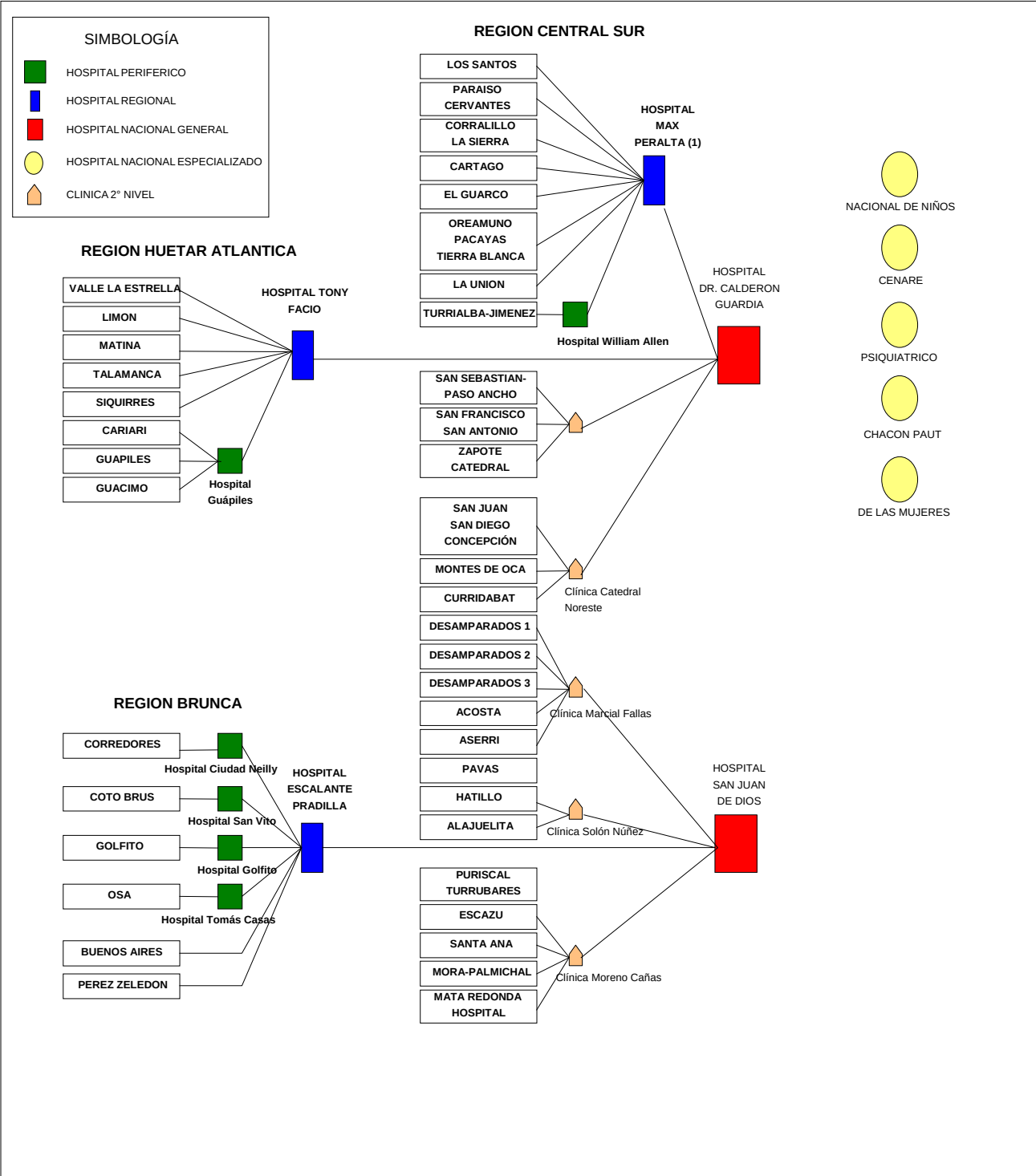
Desagregar los mismos indicadores por Región y por Área.

Informe final con resultados, lecciones aprendidas y experiencias exitosas (Formato Anexo)

- I. Lineamientos de informe final de resultados
- II. Introducción y antecedentes
- III. .Antecedentes de País
- IV. Justificación
- V. Situación epidemiológica
- VI. Objetivo
- VII. Población blanco
- VIII. Organización
- IX. Fases y Modalidades de vacunación
- X. Logística y Red de Frío
- XI. Sistema de Información
- XII. Información, Comunicación y Movilización Social
- XIII. Supervisión
- XIV. Monitoreo Rápido de Coberturas
- XV. Resultados
- XVI. Lecciones aprendidas

Red de servicios de salud según regiones de salud. Caja Costarricense de Seguro Social





Referencias bibliográficas

Castillo Solórzano C, Documento técnico , Plan de Acción para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas 2011 OPS/OMS

ⁱⁱ Castillo-Solórzano C, Ruiz Matus C - ed. Compendio de Artículos sobre Sarampión. Washington , D.C: PAHO 2009. pp74.

ⁱⁱⁱ Idem Castillo-Solórzano et al.

^{iv} De Quadros C, Andrus J, Danovaro C, Castillo-Solorzano, C. Feasibility of global measles eradication after interruption of transmission in the Americas. Expert. Rev. Vaccines 7(3), 355-362 (2008).

Organización Panamericana de la Salud. XVIII Reunión del Grupo Técnico Asesor en Inmunizaciones. Informe Final, San José de Costa Rica, Agosto 2009.

Boletín OPS. Semana epidemiológica No.16; 2010 WDC

Documentación nacional para verificar la eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Informe Versión preliminar entregada al comité nacional de expertos Ministerio de Salud y Desarrollo Social, San José, Costa Rica. Febrero 2010.

Calvo N, Morice A, Sáenz E, Navas L. Uso de encuestas en escolares para la evaluación de la cobertura y oportunidad de la vacunación en Costa Rica. Rev. Panamericana de Salud Publica. 2004; 16 (2):118–24.

Organización Panamericana de la Salud. Plan of Action for the Documentation and Verification of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome in the Region of the Americas.

Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la Rubeola y el Síndrome de Rubeola congénita: Guía práctica. Washington, D.C. 2005. Publicación Científica y Técnica Nº 606.

Organización Panamericana de la Salud. Epi Newsletter. Meeting of Ad Hoc Panel of Experts in Rubella and Measles. Abril 2004, Vol. XXVI, Nº 2.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resolución CD44.R1. 44º Consejo Directivo. 55a Sesión del Comité Regional. Washington DC, EUA, Sept. 22, 2003.

Castillo-Solórzano C, Carrasco P, Tambini G, Reef S, Brana M, de Quadros CA. New Horizons in the Control of Rubella and Prevention of Congenital Rubella Syndrome in the Americas. J Infect Dis 2003;187 (S1):S146-52.

Centers for Disease Control and Prevention. Revised ACIP Recommendation for Avoiding Pregnancy After Reviewing a Rubella-Containing Vaccine. Morb Mort Wkly Rep 2001;50(49):1117.