

XIII REUNION DEL GRUPO TECNICO ASESOR DE LA OPS SOBRE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION

**HULL, QUEBEC
CANADA
ABRIL 12 – 16, 1999**



Conclusiones y Recomendaciones Informe Final

División de Vacunas e Inmunización



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



Tabla de Contenido

INTRODUCCION	2
1. IMPACTO DE LA DECENTRALIZACION Y DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD SOBRE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE INMUNIZACION	2
RECOMENDACIONES.....	3
<i>Financiamiento</i>	3
<i>Entrega de Servicios de Inmunización</i>	3
<i>Funciones Esenciales en Salud Pública de los Gobiernos Nacionales</i>	4
<i>Programáticas</i>	4
2. ERRADICACION DEL SARAMPION	4
RECOMENDACIONES	4
<i>Estrategias de vacunación</i>	5
<i>Respuesta a brotes</i>	6
<i>Reserva de vacunas</i>	6
<i>Vigilancia y laboratorios</i>	6
3. LA RUBÉOLA Y EL SINDROME DE RUBÉOLA CONGENITA	7
RECOMENDACIONES.....	7
<i>Estrategias de vacunación</i>	7
<i>Vigilancia y laboratorio</i>	7
4. POLIOMIELITIS	9
RECOMENDACIONES.....	9
<i>Generales</i>	9
<i>Laboratorios</i>	10
5. TÉTANOS NEONATAL	10
RECOMENDACIONES.....	10
6. FIEBRE AMARILLA	11
RECOMENDACIONES.....	11
7. VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	12
RECOMENDACIONES.....	12
<i>Vacunas combinadas</i>	13
8. VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	13
RECOMENDACIONES.....	13
9. VACUNAS DE CALIDAD	14
RECOMENDACIONES.....	14
10. HEPATITIS B	14
RECOMENDACIONES.....	15
11. VITAMINA A	15
RECOMENDACIONES.....	15
12. PRACTICAS DE INYECCIONES SEGURAS	16
RECOMENDACIONES.....	16
13. SEGURIDAD DE LA VACUNACION	16
RECOMENDACIONES.....	16

INTRODUCCION

La Región de las Américas entra al nuevo milenio con gran promesa y fuerza. Cada año, se incorporan nuevas vacunas a los esquemas básicos de inmunización y la Región progresa en garantizar la calidad de las mismas. Aún así, queda mucho por hacer, especialmente en llegar a aquellas personas que no se benefician actualmente de los servicios de inmunización, y aquellas que ya podrían estar disfrutando de la vacunación contra enfermedades que impactan la salud de forma importante. Por otro lado, hay una tendencia a la complacencia que va de la mano con el éxito alcanzado por la inmunización a nivel mundial. Se deberán hacer esfuerzos para diseminar el valor de las vacunas a individuos y a la comunidad en general. Con el cambio en la toma de decisiones al nivel local, se necesitarán también esfuerzos para mantener la excelencia técnica y gerencial alcanzada por todos los países en el campo de la inmunización. El proceso de descentralización debería ser utilizado como una oportunidad para implementar programas de vacunación equitativos en todas las áreas de las Américas.

Las coberturas de los programas de inmunización permanecen sobre el 80% en las Américas. Esta cifra confirma que la vasta mayoría de los niños de la Región están protegidos con el esquema de vacunación básico. La fuerza de estos programas reside en su enfoque panamericano para abordar programas de salud pública importantes. La histórica erradicación de la poliomielitis en las Américas fue el producto de la acción conjunta de las agencias colaboradoras, los países y los beneficiarios por igual, tras un objetivo común. Esta colaboración ha permitido a muchos países adquirir las herramientas necesarias para mejorar su situación sanitaria por sí mismos.

1. IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACION Y DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD SOBRE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE INMUNIZACION

Los procesos de reforma del sector salud y de descentralización de los servicios de salud se encuentran bien avanzados en los países de las Américas. Se han aprobado leyes que transfieren el poder de decisión y recursos a los niveles locales. Sin embargo en la práctica existe la necesidad de aclarar las responsabilidades de las diferentes instituciones asignadas a la entrega de servicios de inmunización, así como de los mecanismos de transferencia y gestión de recursos. Estos cambios están causando retrasos en muchos países, especialmente en lo que se refiere a la asignación de recursos para actividades de vacunación de rutina y para situaciones de emergencia ante brotes en algunos países.

Varios países que están pasando por el proceso de descentralización y de reforma del sector salud muestran un deterioro en sus indicadores de proceso de los programas de inmunización, tales como cobertura y vigilancia. Esto puede tener serias implicaciones para los programas de inmunización, tanto a nivel nacional como internacional, especialmente en lo que respecta a la erradicación del sarampión. Los gobiernos deberían hacer esfuerzos especiales para mantener la calidad y efectividad de los programas nacionales de inmunización, de manera que ningún área se convierta en reservorio y disemine infecciones a otras comunidades y países.

El GTA reconoce la colaboración establecida entre el Gobierno de Bolivia, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud dirigida a fortalecer el Programa Nacional de Inmunización en Bolivia. Esta colaboración ofrece los mecanismos institucionales y financieros necesarios para apoyar la implementación equitativa y efectiva de programas de inmunización y acelerar la introducción de atrás vacunas de importancia en salud pública en el esquema de

vacunación de rutina. Este esfuerzo debería servir como modelo de colaboración interagencial en otros países del mundo.

Recomendaciones:

- Se reconoce la descentralización como un proceso positivo para fortalecer los sistemas de salud. Sin embargo, se necesitan garantías de que el desempeño de los servicios de salud, tales como los programas nacionales de inmunización, sea consistente a través de todo el país.

Financiamiento

- Los programas de vacunación y de vigilancia epidemiológica deben ser considerados bienes públicos básicos y deben estar financiados con fondos públicos. Los gobiernos deben mantener el control sobre el uso de recursos externos destinados a apoyar los programas nacionales de vacunación.
- Se deben establecer leyes nacionales que apoyen la creación de una línea presupuestaria directa para financiar costos recurrentes asociados con los programas de vacunación.
- Los países deben reconocer la presencia de nuevos socios, tales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, fundaciones, organizaciones comunitarias locales y organizaciones del sector privado. Se debe propiciar su participación en los Comités Nacionales de Coordinación Interagencial, en discusiones sobre mecanismos de financiación y cualquier otro tipo de apoyo para los programas nacionales de inmunización.
- Los gobiernos deben mantener su autoridad en el seguimiento de la implementación de programas de inmunización, tanto a nivel de país como a nivel local.
- Los gobiernos deben establecer mecanismos claros para la transferencia y la gestión de recursos financieros hacia el nivel local, para evitar contratiempos en las actividades de vacunación y de vigilancia, así como para responder rápidamente a situaciones de emergencia.
- Los servicios de vacunación deben estar protegidos como una actividad esencial dentro del paquete básico de atención en salud en un país, siempre y cuando tal definición exista.
- En el marco de la descentralización se están utilizando cada vez más los compromisos de gestión para la asignación de recursos. Los gobiernos deberían garantizar que se incluyan indicadores de inmunización en estos compromisos de gestión con el nivel local.

Entrega de Servicios de Inmunización

- Las autoridades de salud deben garantizar que exista la capacidad técnica y gerencial a nivel local para llevar a cabo actividades de vigilancia y de vacunación. Estos pasos son críticos para garantizar que los servicios de inmunización permanezcan como prioridad y que sean entregados de forma equitativa.
- El rol y responsabilidades en la entrega de servicios de inmunización del nivel local y central deberán difundirse ampliamente a las autoridades locales.

- Las autoridades nacionales deben desarrollar mecanismos para acreditar a los establecimientos de salud públicos y privados previo para que estos ofrezcan servicios de vacunación. Las autoridades de salud también tienen la responsabilidad de supervisar periódicamente estos centros de salud.

Funciones Esenciales en Salud Pública de los Gobiernos Nacionales

- Los gobiernos nacionales deben mantener su autoridad en las siguientes funciones claves: adquisición y distribución de vacunas y jeringas, lineamientos programáticos, metas y estrategias nacionales, seguimiento y evaluación del desempeño del programa a nivel estatal y garantía de la calidad de las vacunas usadas en el programa nacional de inmunización.

Programáticas

- Se deberán usar indicadores de vacunación y de vigilancia para monitorar el impacto de la descentralización y de la reforma del sector salud.
- Los gobiernos deberán garantizar la capacidad técnica y gerencial a nivel local para llevar a cabo las actividades de vigilancia e inmunización.
- Los gobiernos deben asegurar que el personal local responsable de la notificación epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación sigan procedimientos estandarizados de notificación.

2. ERRADICACIÓN DEL SARAPIÓN

Se han hecho grandes progresos hacia la interrupción de la transmisión del sarampión en la mayoría de los países de las Américas. Sin embargo, el virus del sarampión continúa circulando en varias áreas de la Región. Quedan solamente 21 meses hasta la fecha designada para alcanzar la meta de la erradicación hemisférica del sarampión.

La estrategia de vacunación recomendada por la OPS (*puesta al día, mantenimiento y seguimiento*) ha mostrado ser altamente eficaz en aquellos países en donde ha sido implementada en su totalidad. Sin embargo, como lo demostró claramente el brote de sarampión que se produjo en 1997 en São Paulo, la ausencia de circulación del virus del sarampión durante varios años no es igual a la ausencia de riesgo de un brote de sarampión. Durante períodos prolongados de ausencia de sarampión, el número de niños susceptibles aumenta gradualmente en la comunidad. Estos niños susceptibles pueden sustentar futuros brotes de sarampión si llegase a reintroducirse el virus. Para lograr y mantener las Américas libre de sarampión, se necesitará una labor continua para minimizar la susceptibilidad mediante la *plena* aplicación de la estrategia de vacunación recomendada por la OPS en todos los países de la Región.

Recomendaciones:

El GTA nota con satisfacción el gran progreso logrado hacia la erradicación del sarampión en las Américas. Varios países sin embargo representan eslabones débiles que podrían poner en peligro el logro de esta meta, y representan una amenaza severa de introducción del virus a países vecinos. Para disminuir el riesgo de epidemias de sarampión, la OPS debe facilitar reuniones inter-

país con especial énfasis en áreas de alto riesgo para estimular el intercambio de información, así como para definir y planear actividades conjuntas de vacunación y vigilancia.

El GTA resalta las siguientes áreas de preocupación:

- El importante número de niños susceptibles acumulados en Haití y Guatemala pone a estos países en un riesgo muy elevado de presentar una gran epidemia de sarampión. Ambos países deben llevar a cabo urgentemente campañas de *seguimiento* y alcanzar coberturas elevadas.
- Con la circulación del virus del sarampión interrumpida en la mayoría de los países de las Américas, los brotes ofrecen una oportunidad especial para que toda la Región obtenga información que puede ser usada para prevenir nuevos brotes. Por lo tanto, informes de las investigaciones de todos los brotes, incluyendo el brote en Argentina en 1998, deben ser puestos a la disposición de todos los países. La OPS debería asistir en la recolección y amplia disseminación de esta información a través de la Región.

Estrategias de vacunación

- Es necesario poner en marcha en su totalidad la estrategia de vacunación recomendada por la OPS en todos los países de la Región para asegurar la erradicación del sarampión en las Américas.
- La vacunación de rutina de los lactantes (vacunación de *mantenimiento*) es un componente crítico de la estrategia de vacunación recomendada por la OPS para la erradicación del sarampión. Se requieren esfuerzos para vacunar a ($\geq 95\%$) de los lactantes lo antes posible después del primer año de edad en cada distrito de cada país y en forma anual.
- La cobertura vacunal debe ser monitoreada a nivel de distrito o su equivalente geográfico usando denominadores apropiados para la población objeto. Se requiere vacunación suplementaria (*barrido*) en los distritos en los cuales no se alcance una cobertura del 95%. Estas actividades podrían incluir la vacunación casa a casa.
- Se deben realizar campañas de vacunación de *seguimiento* cuando el número estimado de niños susceptibles de 1 a 4 años de edad se aproxime al número de niños en una cohorte de recién nacidos. En la mayoría de los países, se deben realizar estas campañas por lo menos cada cuatro años, pero antes si es necesario (basado en las coberturas obtenidas a través de programas de rutina y información epidemiológica adicional).
- En países con programas de control de rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) se deberían usar vacunas que contengan los antígenos de sarampión y rubéola para la vacunación rutinaria de los lactantes, en las campañas de *seguimiento* y las actividades de respuesta a brotes.
- El personal de salud corre un riesgo mayor de exposición al virus del sarampión y de ser una fuente de transmisión del virus en establecimientos de salud. Personas que trabajen en establecimientos de salud y que tengan contacto con niños y personas con enfermedades infecciosas deberán ser vacunadas contra el sarampión, sin tomar en cuenta su historia vacunal o si han tenido la enfermedad. Aquí también es preferible usar la vacuna que contenga rubéola.

Respuesta a brotes

- Las experiencias de brotes recientes en América Latina ha demostrado que ciertos grupos de adultos pueden estar en mayor riesgo de contraer sarampión durante un brote. Estos grupos también han sido responsables del mantenimiento de los brotes y de la transmisión del sarampión a personas susceptibles de otras edades. Como la situación epidemiológica varía entre países, no es posible hacer recomendaciones uniformes acerca de que grupos de adultos vacunar en todos los países. Cuando se sospeche la circulación del virus del sarampión, se debería considerar el vacunar rápidamente a personas de los siguientes grupos: maestros, estudiantes universitarios, personal militar y personas que vivan o trabajen en instituciones como cárceles, fábricas, campos de trabajo e institutos médicos para pacientes crónicos.
- Para obtener información que pueda servir para prevenir y controlar futuros brotes epidémicos de sarampión, se debe llevar a cabo investigaciones y análisis apropiados de todos los brotes. Asimismo, es necesario determinar las fuentes de introducción del virus, patrones de transmisión y factores de riesgo específicos para adquirir el sarampión.
- Una vez que la circulación del virus sea confirmada por serologías IgM anti-sarampionosa positivas en varios pacientes, no es necesario obtener rutinariamente especímenes serológicos de cada caso sospechoso. Muchos casos sospechosos pueden ser confirmados por nexo epidemiológico con un caso confirmado por el laboratorio.

Reserva de vacunas

- La OPS debería asegurar que una reserva de vacunas que incluya el componente anti-sarampionoso esté fácilmente disponible para enfrentar situaciones de emergencia. Como muchos países de las Américas están estableciendo metas para el control o la eliminación de la rubéola, se debería considerar tener una reserva de vacunas contra la rubéola y el sarampión.

Vigilancia y laboratorios

- La vigilancia del sarampión es crítica para medir el progreso hacia la meta de la erradicación del sarampión en las Américas y para detectar áreas problemáticas. Se requieren urgentemente esfuerzos para mejorar la calidad de la vigilancia del sarampión en toda la Región.
- A fin de dar seguimiento al progreso hacia la erradicación del sarampión en las Américas, todos los países deben presentar datos semanalmente al sistema regional de vigilancia de la erradicación del sarampión (MESS).
- Cada país debería tener una evaluación objetiva y periódica de su sistema de vigilancia del sarampión usando el protocolo estandarizado desarrollado por la OPS para este fin. Los países deberían trabajar constantemente para mejorar la calidad del sistema de notificación.
- La vigilancia virológica y la epidemiología molecular pueden ofrecer información importante a un programa de erradicación. Se deberán obtener especímenes clínicos apropiados para aislamiento viral de cada cadena de transmisión del sarampión. Se deberá obtener orina, el espécimen más fácil de obtener para el aislamiento del virus del sarampión, dentro de los siete días siguientes al inicio de la erupción y enviarla a un laboratorio de referencia capacitado para realizar esta determinación.

3. LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME CONGÉNITO DE RUBÉOLA

El virus de la rubéola continúa circulando libremente en la mayoría de los países de la Región. Después de ser investigados completamente, muchos casos sospechosos de sarampión resultan ser casos de rubéola. Además, se han encontrado casos del síndrome de rubéola congénita (SRC) en todos los países de la Región que han establecido sistemas de vigilancia del SRC. Esto sugiere que el SRC es un problema mayor de salud pública en todos los países de las Américas.

Recomendaciones:

Estrategias de vacunación

- Todos los países deben incorporar la vacuna con componente anti-rubéola en los programas de vacunación infantil, como parte de la vacunación de rutina a los 12 meses así como en las campañas de vacunación de *seguimiento*. Además, se deben hacer esfuerzos dirigidos a reducir el número de mujeres en edad fértil (MEF) susceptibles a la rubéola. Para proteger a estas mujeres se pueden utilizar estrategias como: vacunación en el post-parto, vacunación en las clínicas de planificación familiar, en las escuelas y en los centros de trabajo.
- Se dispone de datos contundentes que documentan la seguridad de la vacuna contra la rubéola durante el embarazo. Sin embargo, la mujer embarazada no se vacuna generalmente. Esto es para evitar el riesgo de que sea implicada la vacuna en el caso de que se produjeran eventos adversos en el producto del embarazo no relacionados con la vacuna. Para aquellas mujeres que fueran vacunadas y posteriormente se hallaran embarazadas, no se recomienda el aborto. Finalmente, no es necesario aconsejar a las mujeres de evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación contra la rubéola ya que no se ha establecido riesgo alguno de efecto adverso para el feto.
- Los países que quieran prevenir y controlar rápidamente el SRC deberían llevar a cabo una campaña de vacunación masiva de todas las mujeres de 5 a 39 años de edad con vacuna contra la rubéola y el sarampión.
- Los países que quieran prevenir y controlar rápidamente, tanto la rubéola como el SRC deberían llevar a cabo una campaña de vacunación masiva única de los hombres y de las mujeres de 5 a 39 años de edad con vacuna contra la rubéola y sarampión.

Vigilancia y laboratorio

- La vigilancia de la rubéola debería integrarse con la del sarampión. El propósito de la vigilancia de la rubéola es la detección de la circulación del virus, y no la detección de todo caso de rubéola. Un sistema de vigilancia de la rubéola separado no es necesario. Toda muestra de suero de casos sospechosos de sarampión que resulten negativos por anticuerpos IgM anti-sarampión deberá ser analizada por IgM anti-rubéola y viceversa.
- Se debe iniciar la vigilancia del SRC a través de las Américas. El propósito de la vigilancia del SRC es la detección de casos nuevos o incidentes en lactantes; no se deben realizar esfuerzos rutinarios para confirmar casos de SRC en niños de edades mayores.

- Se recomiendan las siguientes definiciones de caso para la vigilancia del SRC:
 - **Caso sospechoso de SRC:** Se considera como caso sospechoso de SRC a todo niño menor de 1 año de edad en el cual un trabajador de salud sospeche SRC. Un trabajador de salud, a cualquier nivel del sistema de salud, sospechará SRC en un lactante cuando:
 1. Se detecten uno o más de los siguientes: catarata congénita, hepatoesplenomegalia, persistencia del conducto arterioso, púrpura o deficiencia auditiva.
 2. Se conozca que la madre del niño haya tenido rubéola confirmada por laboratorio durante el embarazo y exista sospecha clínica de SRC en el niño, por cualquier razón, después de un examen físico minucioso.

En especial los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos específicos del SRC.

- **Caso de SRC confirmado por laboratorio:** Un caso de SRC confirmado por laboratorio es un paciente en el cual un trabajador de salud sospeche SRC y que presente evidencia de laboratorio de infección por el virus de la rubéola (p. ej. anticuerpos IgM anti-rubéola positivos).
- **Caso de SRC confirmado clínicamente:** Un caso de SRC confirmado clínicamente es un paciente en el cual un trabajador de salud sospeche SRC, pero para el cual no haya confirmación por laboratorio de la infección por rubéola. Esto se debe por lo general a la ausencia de una muestra clínica apropiada. Como la presencia u ausencia de infección por rubéola no pudo ser determinada, estos casos son considerados como fallas del sistema de vigilancia del SRC.
- **Infección por rubéola congénita (IRC) únicamente, sin SRC:** Esta designación se usa en el niño nacido de una madre infectada durante el embarazo. Estos lactantes tienen anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, sin embargo no presentan hallazgos clínicos compatibles con el SRC. Estos casos deberían descartarse como no siendo SRC, y clasificarse como infección por rubéola congénita (IRC).
- **Caso descartado de SRC:** Un caso sospechoso de SRC puede ser descartado cuando una muestra adecuada de suero del lactante resulte negativa por anticuerpos IgM anti-rubéola.
- Al igual que la vigilancia de sarampión/rubéola, la confirmación por laboratorio es crucial para el diagnóstico del SRC. Se debería obtener una muestra de sangre de cada lactante con sospecha de SRC. Para efectos de vigilancia, una muestra única de suero por lo general es suficiente para confirmar o descartar SRC. Sin embargo, si la primera muestra resulta negativa por anticuerpos IgM anti-rubéola y/o existe fuerte sospecha clínica o epidemiológica de SRC, se puede solicitar un espécimen de suero adicional para confirmar SRC.
- Se dispone de poca información acerca de la epidemiología molecular de la rubéola en las Américas. Al igual que para la vigilancia del virus del sarampión, la vigilancia del virus de la rubéola podría proporcionar información importante sobre los subtipos del virus que circulan en la Región. Se deben realizar esfuerzos para obtener varias muestras clínicas apropiadas para el aislamiento de virus de cada brote documentado de rubéola. Los aspirados nasofaríngeos son

las muestras preferidas para el aislamiento del virus de la rubéola. Las muestras deberían obtenerse dentro de los cuatro días siguientes al inicio del exantema y enviadas al laboratorio de referencia apropiado.

4. POLIOMIELITIS

La Región de las Américas se mantiene permanentemente bajo riesgo de importaciones de poliomielitis desde países en donde el virus todavía circula ampliamente. El virus del polio se encuentra esencialmente confinado a Asia del Sur, Africa Occidental, Africa Central y el Cuerno de Africa. Sin embargo, ya se han detectado dos importaciones en Canadá desde la confirmación del último caso de parálisis flácida aguda (PFA) causada por poliovirus salvaje en 1991.

Datos nacionales notificados por los países continúan mostrando un deterioro de la vigilancia de la PFA en algunos de ellos. Es crítico que el sistema de vigilancia de la PFA se mantenga funcionando completamente para detectar rápidamente el poliovirus salvaje, si este fuera reintroducido en toda la Región.

La erradicación de la poliomielitis del Hemisferio Occidental es un hito bien conocido en Salud Pública. Después de mantener la Región libre de polio por siete años, sería una tragedia si la polio se reestableciera en el Hemisferio. Se debe mantener un alto nivel de compromiso a nivel político en cada país, a fin de proteger la población y prevenir el reestablecimiento de la enfermedad en la Región.

Recomendaciones:

Generales

- Los países necesitan mantener coberturas de vacunación de 95% con la vacuna oral de la poliomielitis (VOP) en 80% de los distritos o áreas geopolíticas equivalentes. Los países que no alcancen estos niveles de cobertura deberían realizar por lo menos dos Jornadas Nacionales de Vacunación (JNVs). Las campañas de *seguimiento* contra el sarampión deberían ser utilizadas como una oportunidad para administrar VOP.
- La cobertura de vacunación debe ser seguida al nivel geopolítico más bajo. En áreas donde haya discrepancias en cuanto a la población objeto, debería verificarse la información usando otras fuentes, tales como el número de dosis de BCG aplicadas, el número de dosis de DPT1 aplicadas, el resultado de operaciones de *barrido*, el censo de viviendas usado por programas antipalúdicos o encuestas rápidas de evaluación.
- Todos los países deben reforzar los indicadores clave de la vigilancia de PFA:
 - La vigilancia de la PFA debe continuar reportando por lo menos un caso anual por cada 100,000 niños <15 años de edad.
 - Se debería obtener una muestra de heces tomada dentro de los 15 días del inicio de la parálisis en por lo menos 80% de los casos de PFA.
- Basado en los resultados de estudios obtenidos hasta la fecha, la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) sigue siendo la vacuna preferida para la fase final de la erradicación global

de la poliomielitis. La VOP es la vacuna recomendada para la erradicación porque es más fácil de administrar, tiene un costo bajo y ofrece una mejor inmunidad intestinal, lo que constituye una barrera importante para prevenir la mayor diseminación del poliovirus salvaje.

Laboratorios

- Las muestras de heces deben ser recibidas en los laboratorios dentro de los 14 días después de su colecta. Una vez que una muestra ha llegado al laboratorio, los resultados deberían estar disponibles dentro de los 28 días.
- Todos los laboratorios deberían implementar el uso de las líneas continuas de células RD y L20B.
- Se necesita urgentemente hacer esfuerzos para mejorar la comunicación entre los laboratorios de polio y las unidades de epidemiología.
- Todos los gobiernos deberían asegurar el cumplimiento de los “Lineamientos de la OMS para Implementar la Fase I del Plan de Acción Mundial para la Contingencia del poliovirus salvajes”.

5. TÉTANOS NEONATAL

Se han logrado avances significativos en la eliminación del tétanos neonatal (TNN) como problema de salud pública en las Américas. En 1998 se reportaron 223 casos de TNN de 16 países de la Región. Esto representa una reducción del 85% en el número de casos desde que se instituyeron medidas de control intensivas en 1988.

Aunque ha habido una disminución gradual en el número de distritos repetidores, se siguen reportando casos. Deberían realizarse esfuerzos adicionales dirigidos a incrementar el nivel de protección entre las mujeres en edad fértil (MEF) que vivan en áreas de alto riesgo. Datos provisionales muestran que una mayoría de casos de TNN ocurren en recién nacidos de mujeres multíparas, lo que realza la necesidad de eliminar las oportunidades perdidas para la vacunación.

Recomendaciones:

- Td es la vacuna a usar en las MEF para la prevención del TNN.
- En los distritos de alto riesgo se requieren esfuerzos intensivos (fase de ataque) para alcanzar el 90% de cobertura con Td2 entre las MEF. Además, se requieren esfuerzos continuos para asegurar la vacunación de las MEF con Td2 en por lo menos el 90% de las nuevas cohortes.
- Las oportunidades perdidas para la vacunación pueden ser reducidas de manera importante administrando Td a todas las madres que acudan a los servicios de salud por cualquier razón. Se le debería revisar la historia vacunal a toda mujer que acuda a los servicios de atención prenatal, y vacunarlas cuando no hayan recibido al menos dos dosis de Td.
- Muchos casos de TNN han ocurrido en recién nacidos de madres que habían anteriormente dado a luz a uno o más nacidos vivos. La vacunación post-parto con Td en los establecimientos de salud puede ser usada como una oportunidad más para prevenir el TNN.

- Todos los casos de TNN deben ser investigados completamente. La investigación debería proporcionar información sobre la edad de la madre, su antecedente de vacunación y migración reciente. El antecedente de migración de la madre puede ayudar a identificar distritos adicionales de alto riesgo para TNN.
- Se deberían notificar e investigar los casos de tétanos que se presenten en otros grupos de edades; esta información ayudará a identificar grupos de riesgo específicos.
- El personal de salud y la población en general deberían ser informados acerca de la importancia de que las MEF mantengan una buena documentación de su antecedente vacunal (p. ej. tarjetas de vacunación).

6. FIEBRE AMARILLA

Aunque no se ha notificado ningún caso de fiebre amarilla urbana en la Región desde 1942, más de 1.900 casos de fiebre amarilla selvática han sido notificados por Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Guyana Francesa y Venezuela a lo largo de los últimos diez años. Aunque todos estos casos fueron adquiridos en áreas endémicas, muchos de ellos fueron diagnosticados y notificados en áreas urbanas. Debido a la gran diseminación del mosquito *Aedes aegypti* en todas las Américas, la posibilidad de la reurbanización de la fiebre amarilla es motivo de preocupación creciente.

La gravedad del problema de la fiebre amarilla en la Región requiere de los países en riesgo el compromiso de implementar estrategias apropiadas de vacunación y de vigilancia para controlar y prevenir la enfermedad. La vacuna contra la fiebre amarilla es muy eficaz, segura y económica. Una sola dosis confiere inmunidad a por lo menos 95% de las personas vacunadas, protegiéndolas por lo menos durante diez años.

Recomendaciones:

- Los países endémicos de fiebre amarilla deben lograr una cobertura de vacunación del 100% en las zonas donde la fiebre amarilla es enzoótica, así como en zonas adyacentes infestadas con *A. aegypti*. Estas medidas ofrecen protección a las personas expuestas al ciclo selvático y previenen la introducción de la enfermedad a medios urbanos.
- Dado lo difícil que es predecir los cambios demográficos, los países con altos movimientos migratorios de áreas no enzoóticas a áreas enzoóticas deberían considerar campañas nacionales masivas de vacunación para inmunizar a toda la población. Brasil está planeando llevar a cabo una campaña como esta.
- Se recomienda también la vacunación contra la fiebre amarilla para todos los viajeros que entren en áreas enzoóticas.
- A fin de mantener un alto nivel de inmunidad contra la fiebre amarilla en la población, los países en riesgo deberían incorporar la vacuna antiamarílica en los esquemas de vacunación infantil de rutina. La vacuna antiamarílica debería ser administrada al mismo tiempo que la vacuna contra el sarampión, en jeringuillas separadas.

- La vigilancia de la fiebre amarilla debe ser fortalecida. La vigilancia oportuna de la fiebre amarilla permitirá la rápida implementación de actividades de control cuando se detecte un brote. Se deben investigar todos los casos sospechosos que cumplan con la definición de caso de la OMS y aquellos con síndrome icterico, en los cuales han sido descartadas otras etiologías.
- Los países deberían elaborar pautas de emergencia para ser usadas en caso de brotes de fiebre amarilla.
- La planificación adecuada del abastecimiento en vacunas es crítica, tanto para la vacunación de rutina como para el control de brotes. Una reserva de vacunas para situaciones de emergencia debería estar disponible en todo momento.
- La implementación de un programa integral de control y vigilancia de vectores mantendrá baja la densidad de *A. aegypti* en medios urbanos. Esta medida también ayudará en la prevención de brotes de dengue.

7. VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

La carga de la enfermedad en varios países de Latinoamérica ha demostrado claramente que el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) es una importante causa de morbilidad y mortalidad infantil. La infección por Hib puede presentarse clínicamente como meningitis, neumonía y epiglotitis entre otros. Más aún, el retardo mental es una de las mayores secuelas de las meningitis causadas por Hib. Vacunas seguras y efectivas contra el Hib están disponibles. Estas vacunas han tenido un gran impacto en la reducción de la incidencia de enfermedades causadas por Hib en países donde la vacuna ha sido introducida en los programas regulares de vacunación y donde se han obtenido coberturas elevadas. Los resultados de la introducción de la vacuna contra Hib en Uruguay y Chile han demostrado un impacto impresionante en enfermedades causadas por Hib y evidencia de reducción en los casos de neumonía.

Se ha realizado un progreso notable con la introducción de la vacuna contra Hib. La OPS calcula que para diciembre de 1999 un 81% de los recién nacidos en las Américas dispondrá de la vacuna Hib en el esquema de vacunación de rutina.

En vista de que el precio de las vacunas sigue siendo uno de los principales obstáculos para introducirla en todos los países, se deberán buscar soluciones de financiamiento sostenibles. En ese sentido, el Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas desempeñará un papel importante en la aceleración de la incorporación de la vacuna contra Hib.

Recomendaciones:

- Se debe incluir la vacuna contra Hib en los programas de vacunación regular de la Región una vez garantizada su sostenibilidad.
- Países que estén introduciendo la vacuna de Hib deben monitorear e informar las coberturas de vacunación.
- La compra de vacuna contra Hib o de vacunas combinadas que incluyan la vacuna contra Hib debe hacerse por medio del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas a fin de obtener precios más bajos con las compras de mayor volumen.

- Los países deben contar con un sistema de vigilancia de las enfermedades causadas por Hib y determinar el impacto del uso de la vacuna. Todos los países en la Región deben implementar un sistema centinela basado en hospitales para la vigilancia de meningitis y neumonías causadas por Hib y *Streptococcus pneumoniae*. La vigilancia debe ser fortalecida e integrada con los sistemas ya existentes. Se debe organizar en cada país una red formada por hospitales centinelas, laboratorios de salud pública y unidades nacionales de epidemiología.
- La OPS debe proveer el apoyo técnico para asegurar la implementación y coordinación de este sistema de vigilancia.

Vacunas combinadas

La disponibilidad de vacunas combinadas basadas en la vacuna de DTP simplificará la administración de un número creciente de antígenos en los esquemas regulares de inmunización infantil. Se disminuirá el número de inyecciones, las visitas a los proveedores de servicios de salud, y por lo tanto la aprehensión de niños y padres a la vacunación, aumentando el cumplimiento y las coberturas vacunales.

- Los países que incluyen en sus programas regulares de inmunización vacunas DTP, Hib y Hepatitis B deben considerar introducir vacunas que estén compuestas de cuatro o cinco antígenos combinados.

8. VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS

Las infecciones por rotavirus contribuyen de manera importante a la morbilidad y mortalidad infantil causada por enfermedades diarreicas a nivel mundial. En los países en desarrollo el rotavirus es responsable de una importante proporción del total de las muertes causadas por diarrea, especialmente en niños menores de 5 años de edad.

Una vacuna oral de virus vivos se hizo disponible en 1998. En un número limitado de ensayos de campo la vacuna ha conferido protección contra la diarrea severa, a pesar que no previno la infección propiamente tal.

Aún cuando esta vacuna es un candidato potencial para ser incluida en los programas nacionales de inmunización, es necesario un mayor entendimiento de la epidemiología y de la carga de la enfermedad. Eventualmente, cada país deberá evaluar las implicaciones económicas de la introducción de esta vacuna.

Recomendaciones:

- Se necesitan estudios para definir mejor la carga de la enfermedad y la epidemiología del rotavirus, así como para analizar de manera crítica las implicaciones económicas asociadas con la introducción de la vacuna contra el rotavirus.
- Los países deberán establecer Comités Asesores Técnicos y Científicos robustos que asesoren a sus gobiernos acerca de la introducción de la vacuna contra el rotavirus, así como otras más. Estos Comités Asesores ayudarán a asegurar que solo vacunas seguras, económicas y apropiadas sean introducidas a los programas nacionales de vacunación.

9. VACUNAS DE CALIDAD

La utilización de vacunas de calidad comprobada es indispensable para los programas de inmunización. Aunque la responsabilidad primordial de la calidad de las vacunas recae sobre el productor, todos los países deben tener una autoridad nacional que cumpla con las seis funciones regulatorias básicas: registro, evaluación clínica, inspecciones de Buenas Prácticas de Producción, liberación de lote, pruebas de laboratorio y vigilancia pos-mercadeo.

La OPS ha colaborado en el fortalecimiento de los sistemas de control de calidad de las vacunas en la Región, mediante el establecimiento de una red de laboratorios nacionales de control certificados responsables del control de la calidad de vacunas, y también a través de la armonización de procedimientos regulatorios de las Autoridades Reguladoras nacionales en todos los países.

Recomendaciones:

- Es esencial que los programas de inmunización usen vacunas de calidad de acuerdo a las normas internacionales de seguridad, potencia, eficacia y estabilidad. Se espera que todos los países cumplan con esta meta para el año 2000.
- Los productores locales de vacunas deben establecer sistemas de calidad que garanticen la producción regular de las vacunas, en cumplimiento con las Buenas Prácticas de Producción, regulaciones nacionales, y requerimientos de la OMS para la calidad y producción de vacunas.
- El cumplimiento con normas internacionales de calidad debe ser un factor esencial a ser considerado en los estudios de factibilidad económico y técnico de la producción de vacunas.
- Los gobiernos de la Región, por medio de sus entidades reguladoras nacionales, deben cerciorarse de tener control efectivo de la calidad de las vacunas utilizadas en el país: todas las vacunas deben estar registradas y cada lote debe ser liberado. En los países donde hay producción local de vacunas, la Autoridad Reguladora Nacional debe cumplir con las pruebas de laboratorio, inspecciones de Buenas Prácticas de Producción y vigilancia pos-mercadeo.
- Los laboratorios nacionales de control deben participar en el programa de certificación a fin de garantizar la calidad de los resultados y proporcionar apoyo analítico a las autoridades reguladoras nacionales y la OPS.

10. HEPATITIS

Se estima que ocurren hasta 400,000 casos nuevos de infección con el virus de la hepatitis B (HVB). En las regiones de alta endemicidad la transmisión se da principalmente en la edad perinatal o niñez temprana. En regiones de endemicidad intermedia la infección ocurre en todas las edades. En regiones de baja endemicidad la infección ocurre principalmente en adultos que pertenecen a grupos clasificados de alto riesgo. Además, debido al hecho de que el desarrollo de infección crónica está relacionado con la edad en que se adquiere la infección, los niños son los que más contribuyen a la prevalencia de la infección crónica. La infección crónica es la responsable de la mayor carga de morbilidad y mortalidad asociada con HVB.

Recomendaciones:

- La estrategia primaria para prevenir la transmisión de HVB debería ser la inmunización universal de rutina.
- En áreas de alta endemicidad (HbsAg >7%), se deberá llevar a cabo una campaña de vacunación en toda el área.
- Se deben vacunar a trabajadores de salud expuestos al manejo de sangre u otras secreciones corporales.
- Las coberturas de vacunación deben ser examinadas de manera regular.
- Se debe explorar la factibilidad de establecer un sistema de vigilancia "integrada" del síndrome icterico-febril. El propósito de este sistema de vigilancia será detectar los casos de hepatitis B, fiebre amarilla y otras enfermedades tropicales, como leptospirosis y malaria.
- Los países que han iniciado la vacunación contra hepatitis B deben evaluar el uso de la vacuna combinada tetravalente (DPT+HVB) o pentavalente (DPT/HVB+Hib). Estas vacunas combinadas tienen un costo semejante al de las compradas por separado y son fáciles de administrar, por ende permiten reducir el número de inyecciones aplicadas y de visitas necesarias para completar el esquema.

11. VITAMINA A

La deficiencia de vitamina A (VAD) es un problema importante en salud pública. La deficiencia crónica de vitamina A puede resultar en ceguera nocturna, retraso en el crecimiento y deficiencias en el desarrollo. Mas aún, hasta pequeñas deficiencias de vitamina A han sido asociadas con grandes tasas de morbilidad y mortalidad en los niños.

Estas deficiencias pueden ser prevenida mediante distintas intervenciones, entre ellas la suplementación con vitamina A. A fin de aumentar la cobertura de la suplementación con vitamina A tanto en los niños como mujeres durante el postparto, se ha desarrollado una experiencia innovadora de integrar la suplementación de vitamina A, a través de los servicios de inmunización.

Varios estudios han mostrado que las actividades de suplementación con vitamina A pueden ser integradas con éxito a los programas de inmunización, incluyendo en campañas, sin tener un impacto negativo en la entrega de servicios de vacunación. Esta colaboración es un mecanismo efectivo de combinar recursos económicos y financieros para brindar intervenciones que sean altamente costo-efectivas.

Recomendaciones:

- La suplementación con vitamina A debe ser integrada a los programas de inmunización. Esta acción brinda una excelente oportunidad para llegar hasta los niños que sufran de esta deficiencia.
- Antes de incorporar cualquier estrategia nueva de salud en un programa establecido de vacunación, se debe hacer una cuidadosa evaluación en cuanto a su impacto o efectividad.

12. PRÁCTICAS DE INYECCIONES SEGURAS

El uso de inyecciones no estériles continúa siendo un problema en algunas áreas. Uno de los factores principales parece ser el suministro insuficiente de jeringuillas y agujas. Las prácticas de inyección no seguras pueden resultar en el contagio con patógenos de transmisión hematógena de persona a persona.

Recomendaciones:

- La única manera para asegurar que el equipo de inyección no sea reutilizado, es mediante el uso único de jeringas auto-destructibles.
- Todos los trabajadores de salud deben estar informados del peligro que representa el volver a tapar las agujas.
- Todos los países que usen o introduzcan jeringuillas desechables de uso único para la administración de vacunas deben procurar fondos para: la compra de suficientes jeringuillas y cajas para agujas desechables, supervisión para documentar el desecho seguro de jeringas, y para la recolección/incineración apropiada del equipo usado.
- La OPS debería apoyar estudios de desarrollo de equipos de inyección sin aguja.

13. SEGURIDAD DE LA VACUNACION

La inmunización ha reducido la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación en todo el mundo. Es importante mantener la confianza del público en los programas nacionales de inmunización. A pesar de que las vacunas modernas son seguras y efectivas, ninguna de ellas esta completamente libre de riesgo y efectos adversos significativos. El monitoreo regular de la seguridad de la vacunación ofrecerá la confiabilidad técnica y científica de la seguridad de las vacunas utilizadas.

Recomendaciones:

- Todos los trabajadores de salud y gerentes de programa deben estar bien informados sobre los aspectos concernientes a la seguridad de la vacunación.
- Los posibles efectos adversos atribuibles a la vacunación deben ser notificados inmediatamente.
- Los sistemas de salud deben responder rápida y apropiadamente realizando una cuidadosa investigación de tales eventos.
- La información concerniente a eventos adversos significativos relacionados causalmente a la vacunación deberían ser compartidos entre los gerentes de los programas de inmunización y los trabajadores de salud de la Región.
- La OPS debería convocar un grupo de trabajo para que proponga metodologías para el monitoreo de la seguridad de la vacunación en las Américas.

MIEMBROS DEL GTA

John Peter Figueroa (No pudo asistir)
Ministry of Health & Environmental Control
Kingston, Jamaica

D.A. Henderson (Presidente)
The Johns Hopkins University
Baltimore, Maryland, USA

Akira Homma
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Joseph Z. Losos
Health Canada
Ottawa, Ontario, Canada

John R. La Montagne
National Institutes of Health
Bethesda, Maryland, USA

Fernando Muñoz Porras
Centro Latinoamericano de Investigación
en Sistemas de Salud (CLAISS)
Santiago, Chile

Walter Orenstein (No pudo asistir)
Centers for Disease Control & Prevention
Atlanta, GA, USA

Roberto Tapia Conyer
Secretaría de Salud
México, D.F., Mexico

Ciro A. de Quadros (Secretario Ad-Hoc)
División de Vacunas e Inmunización
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., USA