

Reunión *ad hoc* del GTA 2018

Tercera reunión *ad hoc* del Grupo Técnico Asesor (GTA)
sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

19 de marzo del 2018
Washington, D.C.
Estados Unidos de América



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Introducción	5
Actualización sobre la situación de los brotes de fiebre amarilla en la Región de las Américas y el uso de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla	6
Recomendaciones	10
Actualización sobre la situación de los actuales brotes de difteria en la Región de las Américas y la actual respuesta frente a ellos	12
Recomendaciones	13
Actualización sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región de las Américas.....	15
Recomendaciones	17
Avances en el seguimiento de la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.....	18
Recomendaciones	18
Actualización sobre el suministro mundial de IPV y la introducción de una fracción de la dosis de la IPV en la Región de las Américas.....	19
Recomendaciones	21

Miembros del GTA

J. Peter Figueroa

Profesor de Salud Pública, Epidemiología e Infección por el VIH/sida
Universidad de las Indias Occidentales
Kingston (Jamaica)

Presidente del GTA

Jon K. Andrus

Profesor adjunto e investigador principal
Centro de Salud Mundial, División de Vacunas e Inmunización
Universidad de Colorado
Washington, D.C. (Estados Unidos)

Roger Glass

Director
Centro Internacional Fogarty y Director Asociado para la Investigación Internacional
Institutos Nacionales de Salud
Bethesda (Maryland, Estados Unidos)

Akira Homma

Presidente del Consejo de Políticas y Estrategias
Instituto Bio-Manguinhos
Rio de Janeiro (Brasil)

Arlene King

Antigua Directora de Sanidad de Ontario
Profesora adjunta
Escuela Dalla Lana de Salud Pública
Universidad de Toronto
Ontario (Canadá)

Nancy Messonnier

Directora
Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Decatur (Georgia, Estados Unidos)

José Ignacio Santos

Profesor
Departamento de Medicina Experimental
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad de México (México)

Cristiana Toscano

Profesora
Universidad Federal de Goiás
Goiana (Brasil)

Jeanette Vega*

Directora

Fondo Nacional de Salud de Chile

Santiago (Chile)

Cuauhtémoc Ruiz-Matus

Jefe de Unidad, Inmunización Integral de la Familia

OPS/OMS

Washington, D.C. (Estados Unidos)

Secretario *ad hoc*

* Ausente en la Reunión *ad hoc* del GTA del 2018

Introducción

La OPS convocó una reunión extraordinaria de su Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación para tratar algunas cuestiones apremiantes con las que se enfrenta la Región de las Américas. En la reunión *ad hoc*, que se celebró de manera virtual el 19 de marzo del 2018, se trató la situación epidemiológica de la fiebre amarilla en la Región, incluido el brote actual en Brasil, el uso de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla en respuesta al brote y la situación de los brotes de difteria y sarampión en la Región.

En vista del riesgo de importación de sarampión y de la propagación del brote desde Venezuela hacia los países vecinos, el GTA también analizó la propuesta de vigilar la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en la Región. Instó asimismo a los países a priorizar la respuesta frente a los brotes de sarampión a fin de prevenir el restablecimiento de la transmisión endémica. También se presentó una actualización sobre los suministros mundiales y regionales de las vacunas contra la fiebre amarilla y antipoliomielítica con virus inactivados (IPV).

Actualización sobre la situación de los brotes de fiebre amarilla en la Región de las Américas y el uso de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla

Antecedentes

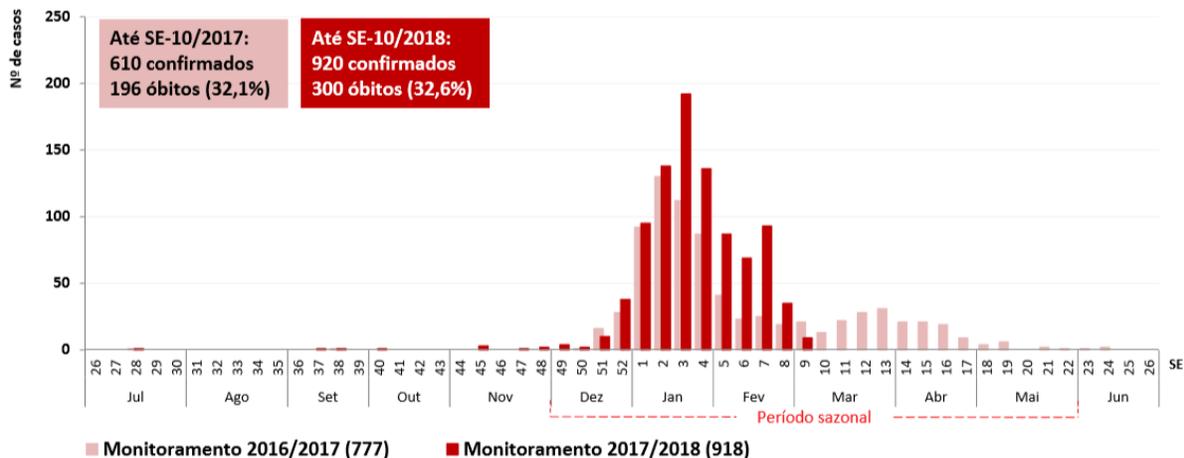
El 12 de julio del 2017, en el marco de la XXIV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación que tuvo lugar en la ciudad de Panamá, se realizó una sesión especial de actualización sobre la fiebre amarilla en la Región de las Américas. Los representantes del Ministerio de Salud de Brasil presentaron una actualización sobre el actual brote de fiebre amarilla y la respuesta desplegada. Este brote, considerado como el más importante en Brasil desde los años cuarenta, se ha extendido a las zonas de la costa atlántica que, según la OMS, anteriormente no se consideraba que estuviesen en riesgo. El GTA aprobó la administración por vía subcutánea de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla en respuesta a los brotes que se producen en circunstancias de escasez de la vacuna, como el de Brasil. Asimismo, pidió a Brasil que siguiera realizando actividades de vacunación entre los residentes y viajeros presentes en todas las zonas afectadas más allá de la duración del brote. También instó a los países endémicos a optimizar la vacunación, mantener una cobertura de vacunación elevada en los grupos destinatarios y reforzar el seguimiento de la cobertura de vacunación y de los eventos adversos posvacunales (EAPV), así como fortalecer la vigilancia epidemiológica, virológica, de vectores y de zoonosis, a fin de reevaluar el riesgo de fiebre amarilla. Por último, el GTA reconoció los esfuerzos realizados como parte de la estrategia mundial para eliminar las epidemias de fiebre amarilla dirigidos a dar visibilidad a esta enfermedad en la agenda de salud pública mundial, así como las actividades del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas encaminadas a garantizar que se satisfagan las necesidades de vacunas de los Estados Miembros donde la fiebre amarilla es endémica.

Brotos de fiebre amarilla y respuesta frente a ellos

Desde el 2016 varias epizootias de fiebre amarilla se han estado desplazando hacia las zonas de la costa Atlántica de Brasil, que anteriormente se consideraban zonas sin endemidad; en esas zonas se localizan las ciudades de São Paulo y Rio de Janeiro, donde residen aproximadamente 30 millones de personas. De julio del 2017 al 22 de marzo del 2018 se detectaron 1102 casos confirmados de fiebre amarilla en seres humanos, entre los cuales se registraron 340 defunciones en los estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro y Espírito Santo, y el Distrito Federal (**figura 1**). Todos los casos notificados eran indicativos de transmisión selvática por mosquitos del género *Haemagogus* spp. Hasta la fecha, en el brote en curso no se ha confirmado la transmisión de fiebre amarilla urbana por el mosquito *Aedes aegypti*.

Suscita preocupación la mortandad de primates, considerada posterior a la infección de fiebre amarilla, que ha sobrevenido en los grandes parques nacionales cercanos a ciudades densamente pobladas como São Paulo y Rio de Janeiro. Además, se han detectado al menos 13 casos de fiebre amarilla relacionados con el brote en curso en Brasil en viajeros internacionales (2 provenientes de Francia, 1 de los Países Bajos, 4 de Argentina, 3 de Chile, 1 de Rumania, 1 del Reino Unido y Alemania, y 1 de Suiza). Once de esos casos se habían desplazado a Ilha Grande, un parque nacional en el estado de Rio de Janeiro. Ninguno de los viajeros había sido vacunado. Por otra parte, Perú ha notificado 9 casos confirmados durante el 2018. Existe el riesgo de que la fiebre amarilla se extienda a otros países endémicos de la Región, incluido el riesgo de reurbanización, como ocurrió durante el brote urbano del 2008 en Paraguay.

Figura 1. Distribución de los casos de fiebre amarilla humana desde julio del 2016 hasta marzo del 2018 en Brasil



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão. A data de ocorrência não estava registrada em duas das notificações do período de monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18).

En respuesta al brote, las autoridades de salud brasileñas ampliaron la recomendación de vacunación contra la fiebre amarilla a todos los residentes mayores de 9 meses de edad en los estados de Bahía, Espírito Santo, Rio de Janeiro y São Paulo; además, han emprendido importantes campañas para administrar fracciones de las dosis de la vacuna en algunas zonas de Bahía, Rio de Janeiro y São Paulo. La OMS también actualizó sus recomendaciones de vacunación para los viajeros para incluir todas las zonas de Espírito Santo, Rio de Janeiro y São Paulo, y algunas zonas costeras de Bahía.

El 25 de enero del 2018 las autoridades federales pusieron en marcha campañas de vacunación contra la fiebre amarilla con una fracción de la dosis de la vacuna en los estados de São Paulo y Río de Janeiro, con una población destinataria de 9,3 y 10 millones de personas, respectivamente. En Bahía, la campaña comenzó el 19 de febrero para llegar a una población destinataria de 3,3 millones. Al 20 de marzo del 2018, aproximadamente 6,7 millones de personas habían recibido una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla, alcanzándose una cobertura de vacunación preliminar del 30%. Esta cobertura baja se explica en parte por el hecho de que el Gobierno del Brasil no ha declarado oficialmente que se trate de una situación de emergencia, pese a la elevada tasa de letalidad, además de la poca aceptabilidad de la estrategia de vacunación con una fracción de la dosis en la población general, el personal de salud y los medios de comunicación.

Los 15,7 millones de dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla para las campañas en São Paulo, Rio de Janeiro y Bahía han sido distribuidos por el Ministerio de Salud de Brasil a partir de las dosis producidas por el Instituto Bio-Manguinhos. En el 2017 y el 2018, la OPS colaboró para la compra de 17 millones de jeringas autoinutilizables de 0,1 ml 27G x 3/ml y de 20 millones de jeringas, respectivamente. En el 2018, el Fondo Rotatorio, en colaboración con la OMS, arregló que se pusiera a disposición de Brasil aproximadamente 6,4 millones de los 20 millones de jeringas de la reserva mundial, con la finalidad de atender las necesidades urgentes de suministros para las campañas. Los 13,6 millones de jeringas restantes se adquirieron directamente por medio del Fondo Rotatorio. Gracias a esto se espera que el número de dosis y jeringas sea suficiente para llevar a cabo la actual campaña de vacunación.

Utilización de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla

Habida cuenta de la escasez mundial de la vacuna contra la fiebre amarilla y de la aparición de brotes de fiebre amarilla en las regiones de África y las Américas, en junio del 2017 la OMS examinó los datos publicados sobre la administración de menos de una dosis completa de la vacuna contra la fiebre amarilla para inmunizar a una persona contra la fiebre amarilla. Se encontraron cuatro estudios con tres cohortes de hombres, principalmente adultos; a dos cohortes se les administraron subcutáneamente dosis completas y fraccionadas (tan pequeñas como la milésima parte de una dosis) de la vacuna 17DD, y una cohorte recibió una dosis completa de la vacuna 17D-204 por vía intramuscular o una fracción de la dosis (la quinta parte de una dosis) intradérmicamente. Se hizo un seguimiento de 10 meses a una de las cohortes que recibieron una fracción de la dosis de la vacuna 17DD. Sobre la base de estos datos, la OMS recomendó la administración de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla como parte de la respuesta de emergencia para controlar un brote, y posteriormente, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre Inmunización, de la OMS, aprobó esta recomendación. En julio del 2017, el GTA refrendó esta recomendación en respuesta a los brotes que se producen en situaciones de suministro limitado de la vacuna.

Cuadro 1. Estudios publicados sobre la inmunogenia de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla¹

Características	Lopes, 1988	Roukens, 2008	Martins, 2013	Campi-Azevedo, 2014
Productos de vacunas	Bio-Manguinhos	Sanofi, Stamaril	Bio-Manguinhos	Bio-Manguinhos
Subdosis probadas	4 diluciones (1:10 a 1:1000) SC	1/5 de la dosis completa ID	1/880 de la dosis completa SC	1/880 de la dosis completa SC
Tamaño de la muestra	259 hombres	175 adultos	749 hombres	749 hombres
Seguimiento	28 días	1 año	10 meses	1 año
Indicadores	seroconversión; títulos de la media geométrica (TMG)	seroconversión; TMG	seroconversión; TMG	viremia, citocinas y quimiocinas

La OMS consideró que los datos científicos disponibles eran suficientes para determinar que la administración de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla (una quinta parte de la dosis habitual, es decir, 0,1 ml en vez de 0,5 ml) era una opción inocua y eficaz para realizar campañas de vacunación masiva y controlar los comienzos de brotes urbanos en situaciones de gran escasez de la vacuna. Cabe señalar que la administración de una fracción de la dosis constituye un uso para una indicación no autorizada de la vacuna y que puede administrarse por vía subcutánea o intramuscular. Debe darse preferencia a los productos de vacuna contra la fiebre amarilla con datos disponibles sobre la inmunogenia e inocuidad de una fracción de la dosis administrada por vía subcutánea o intramuscular.

Sobre la base de los datos clínicos disponibles, la dosis mínima administrada debe contener 3000 UI por dosis, pero no menos de 1000 UI por dosis ([anexo 5 del informe técnico n.º 987 de la Serie de informes técnicos de la OMS](#)). Corresponde al país determinar el volumen más adecuado que debe usarse para administrar una fracción de la dosis, teniéndose en cuenta que el volumen mínimo de la dosis no debe ser

¹ Lopes O et al., *Journal of Biological Standardization*, 1988; Roukens AH et al., *PLoSone*, 2008; Martins RM et al., *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 2013; Campi-Azevedo AC et al., *BMC Infectious Diseases*, 2014.

inferior a 0,1 ml, y teniendo en cuenta además el producto de vacuna a disposición, la potencia del lote, y el suministro y la disponibilidad de dispositivos de inyección adecuados. Para la administración fraccionada no se recomienda utilizar viales de más de 10 dosis habituales de 0,5 ml.

Cuadro 2. Potencia de los diversos productos disponibles de la vacuna contra la fiebre amarilla

Potencia del lote* Unidades internacionales (UI)	Producto 1	Producto 2	Producto 3**	Producto 4
Promedio	43651	25704	18977	12874
Máximo	114815	125896	177827	26284
Mínimo	13490	3715	4169	7578
Promedio 1/5	8709	5129	4467	2569
Mínimo 1/5	2692	741	832	1516

* Los períodos de notificación variaron entre 5 y 13 años, según el fabricante.

** notificado en PFU (unidades formadoras de placa)

Dado que no se dispone de datos clínicos sobre subgrupos concretos, esta recomendación no es pertinente para los menores de 2 años, las embarazadas y las personas que se sabe que tienen la infección por el VIH. Estos grupos de población especiales deben ser vacunados con una dosis rutinaria administrada subcutáneamente. No se pretende que la fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla reemplace a las que se utilizan en los programas de vacunación rutinaria, que deben administrar una dosis completa subcutáneamente. La administración fraccionada es una medida a corto plazo para controlar o prevenir un brote en gran escala. La administración de dosis completas debe reanudarse en el marco de los programas rutinarios de vacunación una vez que haya un suministro suficiente de la vacuna.

Con respecto a la duración de la inmunidad conferida por una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla, hay datos recientes que indican una seropositividad de ocho años tras la administración de una fracción de la dosis. Con la finalidad de obtener datos de inmunogenia a más largo plazo, se restableció contacto con una cohorte de 749 hombres adultos brasileños que habían recibido una fracción de la dosis de la vacuna 17DD ocho años antes. De los 318 participantes incluidos en este análisis y con seropositividad en la consulta inicial del estudio, 271 (85%; IC de 95%: 81% a 89%) presentaban seropositividad ocho años después de la vacunación. El porcentaje con seropositividad se situó entre el 80% y el 96% en los seis grupos que recibieron una dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla, que varió desde una dosis completa hasta la milésima parte de esta. Los títulos de la media geométrica de los anticuerpos neutralizantes contra la fiebre amarilla fueron similares en todos los grupos, salvo en el grupo que recibió la dosis más baja de antígenos (es decir, una milésima parte de la dosis completa), que tenían títulos significativamente más elevados. Este estudio apoya la utilización de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla para hacer frente a la mayor demanda y al suministro insuficiente. Al parecer, la revacunación no es necesaria durante al menos ocho años. Esta conclusión se examinará cuando se disponga de nuevos datos científicos.

Sobre la base de datos limitados, la reactogenia de una fracción de la dosis parece ser equivalente a una dosis completa. La primera experiencia programática con la vacunación contra la fiebre amarilla con una fracción de la dosis, realizada en la República Democrática del Congo, mostró que no hay indicios de un mayor riesgo de eventos adversos posvacunales graves. Tampoco se detectaron problemas de inocuidad con la administración de 25 y 50 dosis a partir de viales de 5 y 10 dosis, respectivamente, con punciones

múltiples del sello de goma. Para la administración fraccionada no se recomienda utilizar viales de más de 10 dosis rutinarias de 0,5 ml.

Según el anexo 7 del Reglamento Sanitario Internacional, en el que se especifica que una dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla confiere protección durante toda la vida, los viajeros internacionales que entran o salen de países que exigen el certificado internacional de vacunación o profilaxis contra la fiebre amarilla, con prueba de vacunación, como condición para la entrada o salida deben recibir una dosis rutinaria completa de la vacuna contra la fiebre amarilla. Sin embargo, debido a la escasez de la vacuna, algunos países de la Región han comenzado a administrar a los viajeros internacionales una fracción de la dosis de productos de la vacuna contra la fiebre amarilla sobre los que no hay datos clínicos ni de inmunogenia. Por consiguiente, los viajeros internacionales que ya han recibido una fracción de la dosis de la vacuna deben revacunarse con una dosis rutinaria completa cuando se exija el certificado internacional de vacunación o profilaxis contra la fiebre amarilla como condición para entrar al país o los países de destino, o bien, para salir del país de origen y emprender su viaje.

Situación actual del suministro y previsión para el 2018

En lo que va del 2018, la demanda de la vacuna contra la fiebre amarilla en los países que participan en el Fondo Rotatorio es de aproximadamente 13 millones de dosis. Hasta la fecha, la OPS ha conseguido el compromiso de dos proveedores para suministrar unos 16 millones de dosis; sin embargo, debido a la campaña de Brasil y a las limitaciones administrativas impuestas a las exportaciones, el fabricante brasileño está teniendo dificultades para cumplir su compromiso inicial de 6 millones de dosis. En vista de esta situación, se ha mantenido estrecha colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para el caso de que sea necesario llegar a otros acuerdos en el 2018. El Fondo Rotatorio también está colaborando con los países para tener en cuenta a un tercer proveedor que ofrece la vacuna en ampollas, así como con el fabricante brasileño, a fin de resolver estos problemas.

Recomendaciones

- El GTA insta a los países que luchan contra brotes importantes de fiebre amarilla, como el que actualmente afecta a Brasil, a activar los mecanismos establecidos para la movilización y el despliegue rápidos de todos los recursos necesarios para controlarlos oportunamente, de conformidad con sus marcos jurídicos. Es necesario un compromiso político más sólido en todos los niveles para alcanzar tasas elevadas de cobertura de vacunación en las campañas de este tipo. Las enseñanzas aprendidas de las campañas de vacunación contra el sarampión y la rubéola realizadas en Brasil deben aplicarse en la campaña actual contra la fiebre amarilla, lo que incluye un compromiso político al más alto nivel, la movilización de recursos, la supervisión y coordinación, una microplanificación precisa, la comunicación de riesgos y la rendición de cuentas.
- El GTA reitera su aprobación del uso de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla en respuesta a los brotes que se producen en circunstancias de poca disponibilidad de la vacuna. Los menores de 2 años, las embarazadas y las personas con infección conocida por el VIH deben vacunarse con la dosis rutinaria de 0,5 ml, dado que no se dispone de datos sobre la inmunogenia y reactogenia en esos grupos de población.
- El GTA subraya la importancia de alcanzar en un período corto un nivel de cobertura de vacunación del 95% con la fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla para que la intervención sea eficaz y permita controlar el brote. Deben elaborarse estrategias para llegar a los grupos de alto riesgo como los hombres jóvenes que residen en las zonas rurales o urbanas. Los países deben instituir un sistema de información nominal sobre inmunización para vigilar los niveles de cobertura y la inocuidad de la vacuna.

- Sobre la base de los datos obtenidos de un estudio de seguimiento de ocho años en hombres adultos que recibieron la vacuna 17DD, el cual demostró una inmunidad sostenida entre las personas que presentaban seroconversión tras la vacunación, el GTA considera que una fracción de la dosis puede conferir protección durante al menos ocho años. Según los datos científicos actuales, la revacunación no es necesaria en las zonas donde se ha llevado a cabo la vacunación con una fracción de la dosis en respuesta a un brote. Esta recomendación se analizará de nuevo cuando se disponga de nuevos datos científicos.
- En vista de que actualmente solo se dispone de datos sobre la inmunogenia y la inocuidad de una fracción de la dosis de un producto que se administra por la misma vía que el producto con la dosis completa, los países deben dar preferencia a este producto. Para tomar una decisión con respecto a la administración de una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla, los países endémicos y no endémicos deben tener en cuenta la potencia del lote de la vacuna, la situación de los suministros y la disponibilidad de los dispositivos de inyección adecuados (**cuadro 2**).
- El GTA recomienda que los países endémicos y no endémicos que utilizan una fracción de la dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla realicen un seguimiento posterior, así como estudios de inmunogenia e inocuidad de productos específicos, con miras a aumentar el cúmulo de pruebas sobre el uso de una fracción de la dosis de la vacuna.
- El GTA vuelve a hacer hincapié en que es necesario administrar la vacuna contra la fiebre amarilla a los viajeros nacionales e internacionales tras una evaluación meticulosa de los riesgos individuales, la cual debe tener en cuenta tanto los riesgos clínicos como las posibilidades de exposición al virus de la fiebre amarilla. Asimismo, destaca que, en virtud del actual Reglamento Sanitario Internacional, el certificado internacional de vacunación o profilaxis con prueba de vacunación contra la fiebre amarilla, que puede solicitarse como condición para entrar o salir de un país, solo es válido si tiene documentada la administración de una dosis rutinaria completa (0,5 ml) de la vacuna contra la fiebre amarilla.
- El GTA insta a que se siga utilizando la información obtenida de las actividades de vigilancia y de las evaluaciones de riesgos para priorizar la vacunación, las medidas de control y la asignación a los países de los escasos suministros de vacunas.
- En el contexto de la escasez mundial de la vacuna contra la fiebre amarilla, el GTA insta al Fondo Rotatorio a continuar todos los esfuerzos para garantizar que se cubran las necesidades de vacuna de los Estados Miembros donde la fiebre amarilla es endémica.

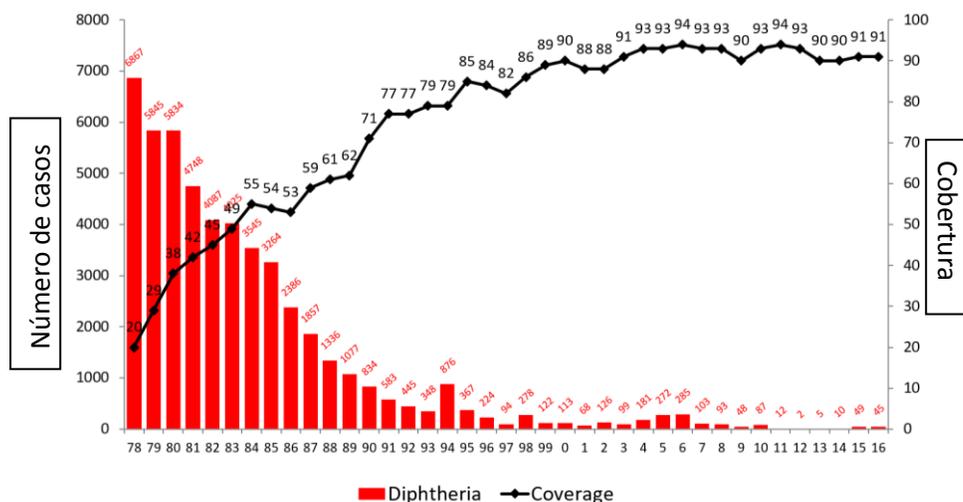
Actualización sobre la situación de los actuales brotes de difteria en la Región de las Américas y la respuesta actual frente a ellos

Características epidemiológicas de la difteria en la Región de las Américas

Desde la introducción y el uso generalizado de las vacunas contra la difteria, la enfermedad ha estado bien controlada en la Región de las Américas (**figura 2**), y en los decenios pasados solo se han registrado unos cuantos casos. Entre 1993 y el 2004 se notificaron brotes en Colombia, Ecuador, Haití, Paraguay y República Dominicana. La incapacidad de mantener niveles altos de cobertura de la DTP3 y las rupturas de la cadena de frío han dado lugar a la reaparición de casos de difteria, sobre todo en las zonas hacinadas y pobres, y en personas sin antecedentes de vacunación o con esquema de vacunación incompleto.

En la actualidad hay brotes de difteria en Haití y Venezuela, y los países vecinos (República Dominicana, Brasil y Colombia) han notificado casos. A continuación se explica con detalle la situación de estos brotes.

Figura 2. Número de casos de difteria y cobertura de vacunación con la DTP3 en la Región de las Américas (1978-2016)



Fuente: EPI Tables, PAHO-WHO/UNICEF Joint Reporting Form (JRF), and country reports. 2017

Fuente: Cuadros del Programa Ampliado de Inmunización, formulario de notificación conjunta a la OPS/OMS y al UNICEF, e informes de país 2017

Haití

En Haití, desde el comienzo del brote en la semana epidemiológica (SE) 50 del 2014 y hasta la SE 6 del 2018, se notificaron 410 casos probables de difteria, incluidas 75 defunciones (tasa de letalidad del 18%). Del 2015 al 2018 se notificaron tasas de letalidad del 22,3% (2015), 27% (2016) y 10,7% (2017 y 2018); y se notificaron casos en 40 distritos de los nueve estados. Con el apoyo de la OPS/OMS, Haití puso en marcha medidas de control desde el comienzo del brote. Las autoridades de salud están planificando una campaña de vacunación de tres rondas con las vacunas DTP y Td, dirigida a los menores de 15 años que residen en los nueve estados afectados. Se prevé realizar la primera ronda del 11 al 15 de marzo del 2018; aún no se han determinado las fechas de la segunda y tercera rondas. Los grupos de población destinatarios de esta campaña incluyen 986.353 niños de 1 a 6 años de edad y 1.249.429 niños de 7 a 14 años. Hay una brecha presupuestaria de US\$ 1,7 millones para la segunda y tercera rondas.

Venezuela

En julio del 2016 se notificó el primer caso de difteria en Venezuela y en marzo del 2018 se detectaron 3170 casos presuntos, de los cuales 976 (31%) se confirmaron, 317 (10%) en laboratorio y 659 (21%) por relación epidemiológica. Se han notificado un total de 142 defunciones: 17 en el 2016 (tasa de letalidad del 53%); 103 en el 2017 (tasa de letalidad del 13%); y 22 en el 2018 (tasa de letalidad del 15%). En el 2016 se notificaron casos en cinco de los 23 estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre); y en el 2017, 22 de los 23 estados y el Distrito Capital de Caracas notificaron casos confirmados en laboratorio o mediante relación epidemiológica. En el 2018, 9 estados notificaron casos confirmados. Se notificaron casos en todos los grupos etarios, aunque la mayoría se presentaron en el grupo de 5 a 39 años; la tasa de incidencia más elevada se registró en el grupo de 5 a 19 años. En el 2017 y el 2018, las autoridades nacionales de salud realizaron actividades de vacunación entre los contactos de los casos presuntos. Del 29 de mayo al 30 de junio del 2018 se realizará una campaña de vacunación (fase 2). Todas las actividades de inmunización se llevan a cabo junto con las campañas de vacunación contra el sarampión y la administración de otras vacunas del programa ordinario de vacunación (por ejemplo, la OPV bivalente y la IPV). Actualmente, la OPS/OMS presta apoyo a la respuesta frente a los brotes, incluida la movilización de recursos humanos adicionales para apoyar las actividades sobre el terreno.

Brasil

En el 2017 se notificaron 40 casos presuntos de difteria en 14 estados brasileños, de los cuales 35 fueron descartados mediante resultados de laboratorio y 5 confirmados en cuatro estados, a saber: Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (1 caso mortal importado de Venezuela) y São Paulo (1). Tres de los cinco casos confirmados (2 en Minas Gerais y 1 en São Paulo) habían recibido el esquema de vacunación completo. Las edades de los casos confirmados estuvieron entre los 4 y 66 años (mediana de 19 años); 4 eran de sexo masculino y 1 de sexo femenino. Además, en la SE 2 del 2018 se notificó un caso presunto en el estado de Bahía cuya investigación está en curso.

Recomendaciones

Brotes de enfermedades prevenibles por vacunación

- El GTA insta a los países que están haciendo frente a brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación a darles mayor visibilidad con miras a conseguir apoyo político de alto nivel.
- El GTA recuerda a los países la importancia de elaborar y ejecutar planes de contingencia para responder rápidamente a los brotes. Los planes deben incluir actividades encaminadas a:
 - acelerar las actividades de inmunización y el fortalecimiento de los programas de vacunación de rutina vigentes con especial énfasis en la determinación de las zonas de alto riesgo;
 - reforzar la vigilancia (incluidas la notificación de ausencia de casos o notificación cero y la investigación de todos los casos presuntos) y la respuesta de los laboratorios;
 - examinar los datos epidemiológicos y la información del programa de vacunación para el seguimiento de los brotes;
 - aumentar la concientización del público, destacando la función fundamental de la comunicación, y las actividades para sensibilizar a los grupos de población destinatarios;
 - coordinar las respuestas frente a los brotes con todos los interesados directos, entre ellos, las sociedades científicas, la sociedad civil y otros organismos o instituciones (deben mejorarse los mecanismos de coordinación con los países vecinos donde surgen las amenazas transfronterizas); y
 - realizar actividades posteriores al brote, incluida la elaboración de un informe con una evaluación cabal del brote.

- El GTA recomienda que todos los Estados Miembros lleguen urgentemente a los grupos de población sin vacunar, incluidos los grupos más vulnerables como los residentes de las zonas periféricas urbanas y remotas, las zonas fronterizas y las comunidades rurales e indígenas.

Brotos de difteria

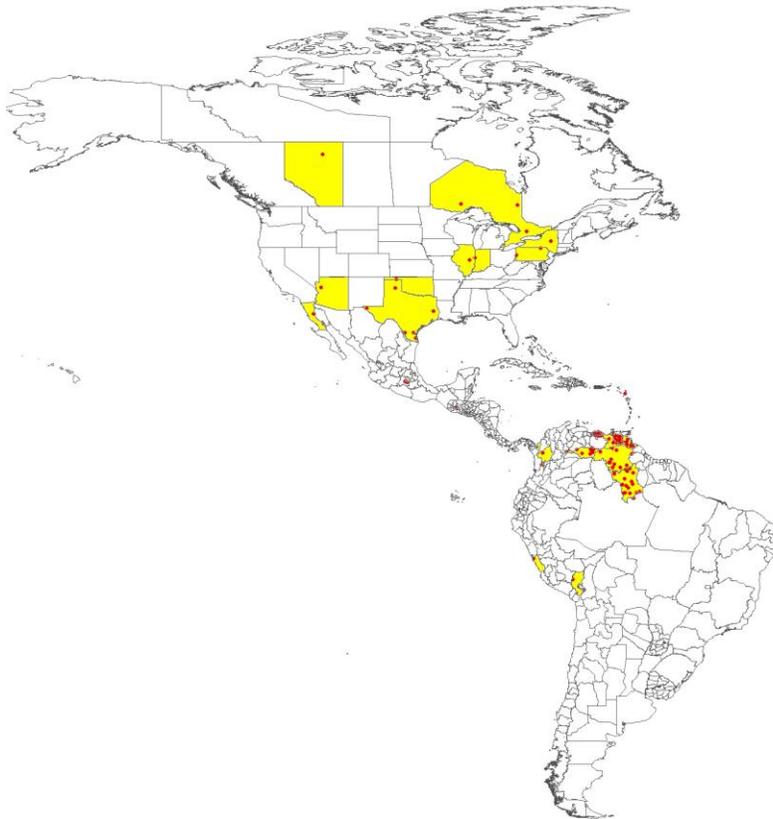
- El GTA insta a los países con brotes de difteria en curso a que hagan lo posible por realizar campañas de vacunación de gran calidad dirigidas a grupos de población específicos. Recomienda asimismo la vacunación de los trabajadores de atención de salud y de los grupos subatendidos que viven en las zonas densamente pobladas.
- De acuerdo con recomendaciones anteriores del GTA, los recién nacidos deben recibir una serie principal de tres dosis de la vacuna que contenga un componente contra la difteria en una fórmula combinada, como la vacuna pentavalente. La primera dosis se administrará a las 6 semanas después del nacimiento, principalmente para asegurar la protección rápida contra la tos ferina; las dosis subsiguientes deben administrarse con un intervalo de por lo menos cuatro semanas entre ellas; de ser posible, la tercera dosis deberá darse a los 6 meses de edad. La evidencia disponible acerca de las dosis de refuerzo indica que el riesgo de difteria aumenta con el tiempo transcurrido desde la última vacunación y dependerá del número total de dosis recibidas. Asimismo, hay necesidad de armonizar los calendarios de vacunación para las vacunaciones de difteria, tétanos y tos ferina. Por consiguiente, el GTA recomienda que los programas de vacunación se aseguren de que durante la niñez y la adolescencia se administren tres dosis de refuerzo de una vacuna que inmunice contra la difteria. Esta serie de vacunas brindará protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente más allá). Las dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria deben administrarse en combinación con el toxoide tetánico, utilizando el mismo calendario y las fórmulas de vacunas apropiadas para la edad, a saber, DPT para niños de 1 a 7 años; Td para los niños de más de 7 años, adolescentes y adultos.
- El GTA reitera la necesidad de vigilar estrechamente la cobertura de la vacuna Penta3 y la dosis de refuerzo de las vacunas en los niveles nacional y subnacional.

Actualización sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región de las Américas

En septiembre del 2016, el Comité internacional de expertos (CIE) de documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas declaró a la Región libre de sarampión endémico. La Región de las Américas fue la primera región de la OMS en ser certificada libre de sarampión. Si bien los países de otras regiones de la OMS han logrado avances en la eliminación de esta enfermedad, algunos todavía notifican transmisión endémica y brotes, por ejemplo Rumania, Ucrania e Italia en el 2017. El considerable desplazamiento mundial de la población aumenta el riesgo de importación del sarampión y plantea una amenaza para la condición de libre del sarampión de la Región de las Américas. Por otro lado, en vista de que la transmisión endémica se define como una cadena de transmisión por el virus del sarampión que perdura durante más de 12 meses en la Región, a continuación informamos con inquietud acerca del brote de sarampión en curso en Venezuela.

Durante el primer trimestre del 2018, nueve países notificaron un total de 231 casos confirmados de sarampión, a saber: Antigua y Barbuda (1 caso), Brasil (29 casos), Canadá (4 casos), Colombia (3 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos), Estados Unidos (28 casos) y Venezuela (159 casos) (figura 3).

Figura 3: Distribución de casos confirmados de sarampión a nivel subnacional en la Región de las Américas (2018)*



Fuente: SysVPD, informes de país y Ministerio de Salud de Venezuela.* Datos correspondientes a la semana epidemiológica 11 del 2018.

Entre el 1 de julio del 2017 (semana epidemiológica [SE] 26) y el 24 de febrero del 2018 (SE 8), Venezuela notificó un total de 866 casos de sarampión confirmados en laboratorio, incluidas dos defunciones. Los menores de 5 años de edad fueron el grupo etario más afectado, seguido del grupo de 6 a 15 años. El brote ha afectado principalmente a 9 de los 23 estados venezolanos, y el 82% de los casos confirmados se detectaron en el estado de Bolívar. A partir de las muestras recogidas se identificó el genotipo D8 del virus del sarampión, que corresponde a un nuevo genotipo D8 importado sin relación con el virus endémico de genotipo D8 que había circulado anteriormente en la Región de las Américas.

El brote se propagó a los municipios de Vista de Boas, Cantá y Pacaraima, en el estado brasileño de Roraima, que colinda con el estado venezolano Bolívar. Hasta la SE 10 del 2018 se había confirmado un total de 32 casos entre los ciudadanos venezolanos sin vacunar que residen en Vista de Boas (22 casos), Cantá (3 casos) y Pacaraima (7 casos), cuyas edades estaban entre 6 meses y 33 años. Actualmente se investigan 102 casos entre los residentes de los tres municipios, incluida una defunción. Además, se confirmó la muerte de un niño venezolano indígena de 4 años en Pacaraima. Según el análisis de laboratorio realizado por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), el genotipo del virus del sarampión identificado es el D8, el mismo que el identificado en Venezuela en septiembre del 2017.

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud confirmó 3 casos de sarampión en ciudadanos venezolanos. El primer caso correspondió a un niño sin vacunar de 14 meses de edad, oriundo de la ciudad de Caracas, que fue ingresado al hospital e identificado como caso en Medellín, departamento de Antioquia. El niño llegó a Colombia el 2 de marzo y presentó erupción cutánea el 8 de marzo. El segundo caso correspondió a un bebé de sexo masculino de 10 meses y se registró en el municipio de Santa Rosa de la Cábala, en el departamento de Risaralda. El niño llegó al país el 13 de marzo y presentó erupción cutánea el 16 de marzo. El tercer caso correspondió a una niña de 10 meses originaria del estado Miranda que llegó al departamento Norte de Santander y fue hospitalizada; aún se está a la espera de los resultados de genotipificación del virus del sarampión.

En Perú, el Instituto Nacional de Salud confirmó 2 casos de sarampión. El primero correspondió a un hombre de 46 años residente del distrito del Callao que presentó erupción cutánea el 24 de febrero del 2018. Aún se investiga el lugar probable de la exposición. Durante el período de incubación, el paciente se desplazó entre Lima, el Callao y el distrito de Vilque Chico (departamento de Puno). El segundo caso correspondió a un hombre de 16 años residente de Juliaca (departamento de Puno) que presentó exantema el 28 febrero del 2018. Hasta la fecha se han descartado 35 casos presuntos y 8 están en investigación. Los resultados de la genotipificación del virus del sarampión aún están pendientes.

En México se confirmaron 4 casos de sarampión entre la SE 1 y la SE 10 del 2018. El primer caso fue una mujer de 38 años vacunada y residente de Tijuana (estado de Baja California Norte) que notificó la aparición de erupción cutánea el 11 de febrero del 2018; había recibido solo una dosis de la vacuna combinada contra el sarampión, y la rubéola y tenía antecedentes de viajes a varios países europeos y a Estados Unidos durante el período de exposición. Se identificó el genotipo B3 del virus del sarampión, lo que indica que probablemente contrajo la infección en Europa. Los otros tres casos se confirmaron en la ciudad de México y la aparición del exantema ocurrió entre la SE 7 y la SE 10; correspondieron a una mujer de 39 años, a su hijo de 1 año y a la persona de 48 años que lo cuidaba. Los resultados de la genotipificación del virus del sarampión aún están pendientes.

Guatemala y Antigua y Barbuda también han notificado casos de sarampión aislados y confirmados. El primer caso detectado en Guatemala fue una mujer guatemalteca de 17 años con antecedentes de viajes a Alemania, y el segundo caso, detectado en Antigua y Barbuda, fue una turista inglesa de 19 años que

llegó a Antigua procedente de Inglaterra durante su período infeccioso. La aparición de erupción cutánea ocurrió el 16 y 22 de enero del 2018, respectivamente. En ambos casos se identificó el genotipo del virus del sarampión B3, lo que indica que el contagio probablemente ocurrió en Europa.

Los casos de sarampión notificados en Canadá y Estados Unidos fueron importados o relacionados con casos importados, con antecedentes de viajes a otras regiones del mundo; 88% de los casos confirmados no habían sido vacunados. Las edades estuvieron entre los 6 meses y los 49 años. La mitad de los casos confirmados (53%) informaron antecedentes de viajes a India, Pakistán, el Reino Unido y Uganda. Los genotipos identificados del virus del sarampión fueron D8, D4 y B3.

En respuesta a los brotes de sarampión ya mencionados, los equipos de respuesta rápida han puesto en marcha las medidas de control necesarias y están en el proceso de hacerlo. Estas incluyen el fortalecimiento de la vacunación rutinaria y vacunar a las personas susceptibles o en riesgo elevado (por ejemplo, los trabajadores de atención de salud, los viajeros y los refugiados venezolanos); la búsqueda activa de presuntos casos de sarampión y de rubéola; la localización de contactos y su seguimiento; la coordinación entre los municipios fronterizos (fronteras entre el Brasil y Venezuela; Colombia y Venezuela; Guyana y Venezuela; y Perú y Bolivia); y la difusión de alertas epidemiológicas nacionales y mensajes de comunicación de riesgos en los medios.

Recomendaciones

- El GTA insta a los países que han notificado brotes de sarampión a conseguir un compromiso político de alto nivel que garantice la movilización de los recursos financieros y técnicos necesarios para desplegar una respuesta adecuada que evite el restablecimiento de la transmisión endémica. Esta recomendación es particularmente importante para Venezuela porque dentro de poco se habrá cumplido un año de transmisión endémica en ese país. Además, los países vecinos ya se están viendo afectados. Es preciso realizar urgentemente una campaña masiva de vacunación de gran calidad en todo el país para detener la transmisión antes del umbral de un año (30 de junio), con miras a evitar la reaparición de la transmisión endémica, así como la exportación del virus del sarampión a otros países.
- El GTA insta a los países a mantener un nivel de cobertura de vacunación contra el sarampión superior al 95% en todos los estados, municipios y distritos. Asimismo, recuerda a los países la importancia de realizar campañas periódicas de seguimiento de la vacunación para subsanar toda deficiencia de inmunidad que se detecte en sus poblaciones.
- El GTA insta a los países y territorios a responder rápidamente frente a la importación de casos de sarampión y rubéola, a fin de evitar el restablecimiento de la transmisión endémica.
- El GTA les recuerda a los países y territorios la importancia de disponer de una reserva de vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola de urgencia para desplegar una respuesta adecuada a los brotes.

Avances en el seguimiento de la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas

Antecedentes

En el 2016, el Comité internacional de expertos (CIE) de documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita declaró a la Región de las Américas libre de sarampión. Ese mismo año se notificaron 93 casos confirmados de sarampión en la Región, la cifra más baja registrada en el período posterior a la eliminación. En el marco de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en septiembre del 2017, los ministros de salud aprobaron el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*, con la finalidad de proteger este importante logro de salud pública.

Llamamiento a la acción

Tras los debates sostenidos en la reunión del GTA del 2017 en Panamá y en vista del elevado riesgo de restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión en Venezuela y posteriormente en la Región, se ha tornado urgente establecer un grupo de trabajo de expertos que se encargue de:

- dar seguimiento a la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en la Región sobre la base del cumplimiento de los objetivos e indicadores establecidos en el plan regional de acción para la sostenibilidad de la eliminación; y
- elaborar un marco regional que incluya criterios técnicos modificados, si procede, para vigilar la ausencia de transmisión endémica del sarampión en la Región, así como adoptar medidas en caso de que se restablezca.

Entre los problemas inmediatos que el grupo de expertos podría abordar están los siguientes:

- La situación actual en Venezuela, que pone en riesgo la certificación de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas.
- Determinar si los criterios actuales sobre el restablecimiento de la transmisión endémica en un determinado país son útiles para la Región, habida cuenta de la situación en Venezuela y de la experiencia anterior en Brasil. En caso de que no sean útiles, determinar cómo deben modificarse.
- Analizar si toda la Región pierde su condición de libre del sarampión, la rubéola y el SRC cuando la transmisión endémica se reestablece en un solo país.
- Si se considera que la transmisión endémica del sarampión, la rubéola o el SRC se ha restablecido en un país o en la Región, ¿cuáles deben ser los criterios y procesos de una nueva verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC?

Recomendaciones

- El GTA reitera su recomendación de que los países preparen y ejecuten el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*, aprobado por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2017.
- El GTA recomienda asimismo que se establezca un grupo de trabajo independiente de expertos del GTA para dar seguimiento a la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región de las Américas.

Actualización sobre el suministro mundial de IPV y la introducción de una fracción de la dosis de la IPV en la Región de las Américas

Antecedentes

En marzo del 2014, el GTA recomendó que los países de la Región de las Américas introdujeran la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), especificando que lo ideal sería que administraran dos dosis de IPV seguidas de dos o tres dosis de la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (bOPV). A mediados del 2015, las dificultades técnicas relacionadas con la ampliación de la producción a granel de la IPV redujeron las dosis disponibles para introducir un esquema de dos dosis. Los países que adquieren la vacuna por conducto del Fondo Rotatorio estuvieron de acuerdo en introducir en sus programas rutinarios de vacunación solo una dosis de IPV hasta que el suministro mundial de la vacuna fuese suficiente para introducir otra dosis. Entre el 2015 y abril del 2016, 32 de 51 países y territorios introdujeron una dosis de IPV en sus esquemas rutinarios. Los otros 19 países y territorios habían estado utilizando anteriormente la IPV en sus programas rutinarios de vacunación. En el 2016, se alcanzó una cobertura regional de la IPV-1 del 92%.

A principios del 2016, los dos fabricantes mundiales que trabajan con la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) informaron de que la cantidad de IPV que estarían en condiciones de facilitar se había reducido considerablemente. En respuesta al suministro limitado, el SAGE recomendó que los países estudiaran la posibilidad de introducir un esquema de una fracción de la dosis de IPV, sobre la base de los datos científicos que indican que dos fracciones de la dosis de la IPV administradas intradérmicamente (una quinta parte de la dosis completa, es decir, 0,1 ml) desencadenan una mejor respuesta inmunitaria que una dosis completa (0,5 ml).

En mayo del 2016, el GTA celebró una reunión extraordinaria para examinar la situación del suministro de IPV y las pruebas científicas sobre la eficacia de una fracción de la dosis de IPV, así como las implicaciones programáticas. En ese momento, el GTA recomendó que los países redujeran el desperdicio de IPV, se prepararan para hacer frente a la escasez y evaluaran su capacidad para introducir el uso de una fracción de la dosis de IPV.

En marzo del 2017, el GTA celebró otra reunión extraordinaria en la que recomendó categóricamente que todos los países que utilizaban más de 100.000 dosis de IPV por año comenzaran a prepararse para cambiar a un esquema de una fracción de la dosis. Los 16 países en cuestión son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. En julio del 2017, el GTA se reunió nuevamente en ocasión de su reunión bianual, a la que asistieron todos los Estados Miembros de la OPS, y reiteró esa recomendación; también sostuvo un debate abierto con todos los países.

Además, la Unidad de Inmunización Integral de la Familia (IM) de la OPS preparó materiales para apoyar a los países en la introducción de un esquema de una fracción de la dosis de IPV, incluidas directrices, materiales de promoción y un video de capacitación. Hasta la fecha, nueve de los 16 países que utilizaban más de 100.000 dosis anuales de IPV han comenzado sus preparativos para cambiar de una dosis completa de IPV a dos fracciones de la dosis; estos países son Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana.

A lo largo de todo el proceso, el Fondo Rotatorio y la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS han colaborado estrechamente con la OMS y la IEMP, el Programa de Precalificación de

Medicamentos de la OMS y el UNICEF, así como con los países, para vigilar las existencias de IPV y la asignación de envíos con miras a evitar el desabastecimiento.

En abril del 2017, el SAGE anunció que la recomendación en materia de política de vacunación antipoliomielítica en el período posterior a la certificación es que todos los países dispongan de dos dosis de IPV en sus programas de vacunación de rutina durante al menos 10 años después de la retirada mundial de la vacuna antipoliomielítica oral, ya sea utilizando dosis completas o fracciones de las dosis. Todos los países que cambien a una fracción de la dosis de IPV podrán seguir administrándolas durante el período posterior a la certificación. Los países que no cambien a una fracción de la dosis de IPV deben estar preparados para introducir otra dosis completa de la vacuna una vez que el suministro mundial sea suficiente. Los países con instalaciones esenciales para poliovirus deberán utilizar la IPV indefinidamente en sus programas de vacunación de rutina en conformidad con el *Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus (GAPIII)*.

En septiembre del 2017, en el marco de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, los Estados Miembros aprobaron la resolución CSP29.R16, en virtud de la cual se reconoce la situación de la demanda mundial de IPV y su suministro limitado, y que el Fondo Rotatorio es el mecanismo estratégico de cooperación más idóneo para permitir el acceso a las vacunas como la IPV. Los Estados Miembros también instaron a la OPS a que:

- negocie de forma extraordinaria el mejor precio posible para la compra de la IPV en la Región de las Américas y, de ser necesario, modifique los términos y las condiciones del Fondo Rotatorio solo por esta ocasión, a fin de abordar las actuales circunstancias especiales y proporcionar el suministro de IPV para la Región de las Américas;
- mantenga la coordinación con la IEMP a lo largo de todo el proceso, de conformidad con el *Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018*;
- mantenga el diálogo con los asociados y los productores mundiales de IPV para acelerar y garantizar la capacidad de producción de las dosis necesarias para la Región de las Américas; y
- continúe apoyando a los Estados Miembros en la preparación para la introducción de la IPV fraccionada.

Situación actual del suministro y previsión para el período 2018-2019

En el 2018 la demanda de IPV ha llegado a los 11,3 millones de dosis. Hasta la fecha, la OPS cuenta con el compromiso de dos proveedores de IPV en viales de cinco dosis (IPV-5) y jeringas precargadas. El proveedor de IPV-5 nuevamente está teniendo dificultades para cumplir su compromiso inicial de 7 millones de dosis. Se mantiene una coordinación estrecha con la IEMP y el UNICEF para vigilar esta situación, así como con la OMS y la OPS. La presentación preferida para la dosificación fraccionada de la vacuna es la IPV-5. Por el momento, el cálculo conservador de la OPS es que este proveedor podrá entregar 3 millones de dosis en el 2018. Junto con las 2,2 millones de dosis de IPV en jeringas precargadas, el número total de dosis disponibles para asignarse a los países asciende a 5,2 millones, de las cuales aproximadamente 1,8 millones se han puesto a disposición de los países en el primer trimestre del 2018.

De acuerdo con lo solicitado por los Estados Miembros, en el 2017 la OPS llevó a cabo negociaciones extraordinarias que permitieron conseguir otras 690.000 dosis de IPV en viales de 10 dosis (IPV-10). Las negociaciones se reanudaron en diciembre del 2017 y están en curso. La OPS espera firmar un nuevo acuerdo de suministro de IPV-10 para disponer de dosis adicionales en el 2018 y el 2019.

Uso de la IPV en entornos de brote

En mayo del 2017, la OMS actualizó sus directrices para responder a eventos o brotes de poliovirus. Una de las actualizaciones es que ya no se recomienda administrar la IPV en los entornos de respuesta a brotes. En las respuestas a los brotes de poliovirus del serotipo 2, la vacuna recomendada es la mOPV2, y en las respuestas a los brotes de poliovirus de tipos 1 y 3, la OPV bivalente es la vacuna recomendada. Las nuevas directrices pueden consultarse en el sitio web de la OPS; en diciembre del 2017, la OPS facilitó a cada país recomendaciones detalladas para que actualicen sus planes de respuesta frente a los brotes.

Recomendaciones

- Todos los países deben esforzarse por lograr y mantener una cobertura del 95% con la IPV en todos los distritos y municipios.
- El GTA encomia a los países que han empezado los preparativos para cambiar a un esquema de una fracción de la dosis de IPV y los alienta a proseguir con la introducción de este esquema.
- El GTA felicita a la OPS por sus esfuerzos para mejorar el suministro de IPV para la Región. Sin embargo, tras reconocer que las actuales limitaciones del suministro mundial de IPV aún pueden afectar a los países de la Región, recomienda que todos los países de la Región, sin excepción, estén preparados para responder a una situación de escasez.
 - En caso de que no se disponga de la IPV, los niños deben recibir la OPV bivalente como primera o segunda dosis del esquema, y la IPV como una dosis posterior, respetándose siempre el intervalo mínimo de cuatro semanas entre las dosis de vacuna antipoliomielítica. Es importante que los trabajadores de atención de salud registren siempre claramente qué vacuna se administra a cada niño.
- El GTA reitera sus recomendaciones anteriores (mayo del 2016, marzo y julio del 2017) con respecto a la reducción del desperdicio de IPV, y la importancia de alcanzar y mantener una cobertura de vacunación superior al 95% en cada distrito o municipio.
- En la política de vacunación antipoliomielítica posterior a la certificación se recomienda que los países dispongan de dos dosis de IPV en sus programas de vacunación rutinaria durante al menos 10 años después de la retirada mundial de la vacuna antipoliomielítica oral, ya sea utilizando dosis completas o fracciones de las dosis. Todos los países que cambien a una fracción de la dosis de IPV podrán seguir administrándolas durante el período posterior a la certificación. Los países que no cambien a una fracción de la dosis de IPV deben estar preparados para introducir otra dosis completa de la vacuna una vez que el suministro mundial sea suficiente.
- Dado que ya no se recomienda administrar la IPV como parte de la respuesta a los brotes, el GTA recomienda que los países actualicen sus planes nacionales de respuesta a los brotes de poliovirus, de modo que sean compatibles con las recomendaciones individuales formuladas por la OPS en diciembre del 2017.