

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXVII, NÚMERO 6 ► DICIEMBRE DE 2005

- 1 Eliminación de la rubéola y SRC en Nicaragua
- 1 Reuniones de la Región Andina y del Cono Sur
- 6 Alianzas para la introducción de la vacuna contra el VPH
- 7 Casos notificados de enfermedades seleccionadas, 2003-2004
- 8 Guías Prácticas de Inmunización

Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en Nicaragua

Antecedentes

En octubre y noviembre de 2005, Nicaragua realizó una campaña nacional de vacunación contra la rubéola, dirigida a todos los hombres y mujeres de 6 a 39 años de edad. El lema fue "Juntos eliminemos la rubéola, de una sola vez y para siempre". Toda la población de Nicaragua se unió durante la campaña para lograr la eliminación de esta enfermedad, ofreciendo un valioso legado: ningún niño en Nicaragua nacerá sordo, ciego ni con retardo mental asociado a la infección fetal producida por el virus de la rubéola.

La campaña nacional de vacunación ha resultado ser una intervención costo-efectiva. Se estima que la campaña ayudaría a evitar 810 casos de síndrome de rubéola congénita (SRC) durante los próximos 15 años. En términos económicos, esto se traduce en un ahorro que se calcula en US \$ 48,6 millones en gastos médicos. El costo de la campaña fue de US \$4,2 millones; por consiguiente, cada dólar invertido produjo un ahorro de US \$11,6. Estas cifras son muy conservadoras, ya que no tienen en cuenta el costo social de las discapacidades asociadas con la enfermedad, ni su impacto en las familias y la sociedad.

Planificación y organización

La estrategia de vacunación que se utilizó para eliminar la rubéola requería lograr tasas de cobertura de 100% en grupos destinatarios diversos (niños en edad escolar, adolescentes y adultos de sexo masculino y femenino) en ocho semanas. En consecuencia, Nicaragua elaboró un plan de acción detallado comenzando seis meses antes del lanzamiento de la campaña (figura 1).

Una de las condiciones de esta primera fase de planificación fue establecer **lineamientos técnicos y operativos** que constituyeron el marco estratégico y metodológico para los documentos usados en la campaña (Manual de vacunación,

Protocolo de monitoreo de ESAVI¹, Protocolo para el seguimiento de las embarazadas inadvertidamente vacunadas, Preguntas y respuestas, y Carpeta de abogacía). Estos lineamientos también ayudaron a monitorear de la seguridad de la vacunación durante la campaña.

A partir de julio de 2005, se ejecutó la **capacitación**, especialmente adaptada a los niveles nacional, departamental y local. Los objetivos de los talleres de capacitación fueron formar los equipos de vacunación, elaborar cronogramas específicos de trabajo y elaborar microplanes en cada uno de los 162 municipios del



Niños y madres presentando con orgullo sus tarjetas de vacunación recibidas durante la campaña de vacunación contra la rubéola. (Nicaragua, 2005)

¹ Evento supuestamente atribuible a la vacunación o la inmunización.

XIV Reunión de la Región Andina y XVII Reunión del Cono Sur sobre Enfermedades Prevenibles mediante Vacunación

La XIV Reunión de la Región Andina y la XVII Reunión del Cono Sur sobre Enfermedades Prevenibles mediante Vacunación se celebraron en Asunción, Paraguay, del 25 al 26 de octubre de 2005.



Dr. Nicanor Duarte Frutos, Presidente de la República de Paraguay, recibiendo el certificado de reconocimiento en nombre de su país.

En un gesto sin precedentes, el Presidente del Paraguay, Dr. Nicanor Duarte Frutos, asistió a la reunión. El Dr. Jon Andrus, Jefe de la Unidad de Inmunización en la sede de la OPS, le otorgó un certificado de reconocimiento por los logros del Paraguay durante la campaña contra la rubéola que el país llevó a cabo en abril y mayo de 2005. En su discurso, el Presidente Duarte agradeció a cada miembro del equipo que hizo que la campaña fuera un éxito. Señaló que la salud pública es una prioridad en el Paraguay puesto que constituye un medio para lograr el desarrollo social, la prosperidad y la paz. Recalcó que es necesario

Figura 1. Campaña de vacunación con vacuna contra el sarampión y rubéola en hombres y mujeres de 6 a 39 años de edad: etapas y actividades, Nicaragua, 2005.

Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Planificación y organización						Implementación		Evaluación
Nivel nacional						Vacunación donde la población se congrega		<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de las coberturas • Lecciones aprendidas
Nivel regional y local						Casa a casa Barrido final		
Lanzamiento de la campaña						Vacunación post parto		

país. Esta capacitación constituyó una oportunidad de mejorar el desempeño del personal y fortalecer el Programa Ampliado de Inmunización en su totalidad.

Dado que cerca de 70% de la población total del país se vacunó durante esta campaña, el **monitoreo de la seguridad de la vacunación** fue un componente esencial. La formación de equipos de respuesta a situaciones de crisis, el financiamiento de la compra de insumos adecuados para el almacenamiento y la administración de vacunas, así como la eliminación apropiada de desechos, también fueron actividades importantes. La colaboración entre el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización, las sociedades médicas y científicas y los medios de comunicación ayudaron a informar mejor a la población con respecto a la seguridad de la vacuna.

El Ministerio de Salud (MINSa) lanzó una fuerte **estrategia de comunicación** para sensibilizar a una multitud de agentes sociales, incluirlos en la campaña, movilizar recursos y establecer acuerdos y compromisos con diversos participantes como los medios de comunicación, sociedades científicas, movimientos comunitarios, organizaciones no gubernamentales, entidades de cooperación internacional, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Una resolución ministerial declaró la campaña prioridad de salud pública, lo cual fortaleció la participación política del más alto nivel.

Los esfuerzos de **movilización social** fueron extraordinarios. El Gobierno del Japón donó vacunas y fortaleció la cadena de frío nacional; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EUA, el Sabin Vaccine Institute, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) prestaron apoyo técnico y económico en toda la campaña, como hicieron también otros organismos de cooperación técnica y financiera, por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo y los gobiernos de los países escandinavos. A niveles local y departamental,

muchas organizaciones públicas y privadas se convirtieron en nuevos aliados para promover la estrategia de eliminación de la rubéola.

La **supervisión** se ejecutó en todos los niveles (nacional, departamental y local) y se centró en estrategias dirigidas a tres etapas individuales clave de la campaña: 1) antes de su comienzo, para revisar conjuntamente los microplanes; 2) después de vacunar en sitios donde se congrega la población (lugares de trabajo, escuelas, mercados, etc.), para evaluar los resultados obtenidos con relación a lo programado; y 3) después de finalizar la vacunación casa a casa, para realizar monitoreos rápidos de cobertura (MRC).

Ejecución de la campaña

La campaña se lanzó mediante un programa nacional que daba a conocer la participación de la sociedad nicaragüense y el compromiso de los medios de comunicación ("*Hablatón Nacional por la Salud*"). Para tal efecto, las compañías de radio y televisión firmaron un convenio de colaboración con el Ministerio de Salud. El sábado 1 de noviembre de 2005, esos medios transmitieron simultáneamente durante tres horas a todos los sistemas locales de atención de salud del país con un solo lema: "*Una comunidad unida por una Nicaragua saludable*".

La aplicación de la estrategia nacional requirió el uso de diferentes tácticas para llegar a toda la población destinataria, incluida la vacunación en lugares de trabajo, mercados, paradas de autobús, escuelas y otros centros educativos y establecimientos de salud, mediante puestos fijos y móviles, seguida de la vacunación casa a casa. La

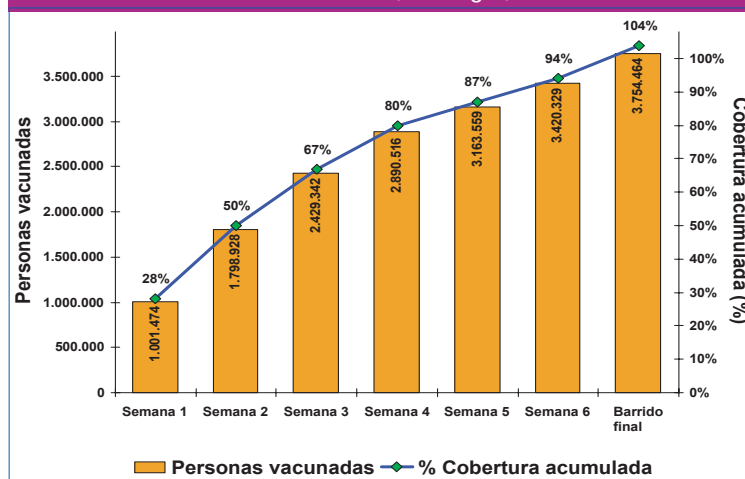
respuesta de la población superó las expectativas ya que las personas acudieron espontáneamente para vacunarse en los puestos fijos y móviles ubicados en todo el país.

El sistema de información y el trabajo de los "centros de operación" constituyeron un eje central en la realización de la campaña. Equipos en los centros analizaron la cobertura diariamente, determinaron las zonas que se estaban atrasando, monitorearon la ejecución de las prácticas de vacunación segura y evaluaron la necesidad de fortalecer los mensajes de información, modificar tácticas y adaptar prioridades de acción. Así mismo, informaron diariamente de los avances a todas las partes interesadas.

Después del primer mes de la campaña, se había vacunado al 80% de la población destinataria. Las actividades finales de barrido hicieron aumentar la tasa de cobertura a 105% (figura 2); 101% en los hombres y 109% en las mujeres. Las cifras superiores al 100% pueden explicarse por la carencia de denominadores exactos de población, y por la vacunación de personas que no forman parte de la población destinataria. En todos los grupos de edad y de sexo las tasas de cobertura fueron de más de 95%. Los resultados de MRC indicaron que las coberturas locales fueron superiores al 98%. Además, durante dichos monitoreos se aplicaba la vacuna a las personas "no vacunadas" que se identificaban.

Durante la ejecución de la campaña, Nicaragua tuvo que afrontar varias dificultades, entre ellas un brote epidémico de dengue, comunidades aisladas debido a intensas lluvias e inundaciones, huelgas del personal médico y los efectos del Huracán Beta, que azotó la costa del Caribe a finales de octubre. Las autoridades y el personal de salud siguieron adelante a pesar de estas situaciones de emergencia.

Figura 2. Campaña de vacunación con vacuna contra el sarampión y la rubéola en hombres y mujeres de 6 a 39 años de edad: cobertura acumulada, Nicaragua, 2005.



Fuente: Centro de operaciones, Campaña contra la rubéola, Ministerio de Salud, Nicaragua.

Se buscaron oportunidades cuando surgían problemas, como fue el vacunar en campamentos de refugiados del huracán. Además de vacunar contra la rubéola, se transmitieron mensajes educativos para la prevención del dengue y las infecciones respiratorias. La campaña se consideró como una oportunidad para aumentar la tasa de cobertura de los servicios de atención primaria de salud en las zonas más remotas del país. Dado que se administró la vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola (SR), la intervención también ayudó a consolidar la eliminación del sarampión.

Evaluación final y certificación de la cobertura

Para comprobar que la totalidad de la población, masculina y femenina, de 6 a 39 años de edad se había vacunado, los municipios no sólo realizaron MRC, sino también verificaron las tarjetas de vacunación en coordinación con las empresas, escuelas y universidades, y comprobaron los resultados de la campaña para asegurarse que los objetivos de microplanificación se cumplieron. Este proceso permitió reconocer y vacunar a las personas "no vacunadas" y completar los registros oficiales de cobertura de la campaña.

Se creó un equipo de evaluadores externos para apoyar la labor local y certificar las coberturas de la campaña a nivel nacional y local. Los datos recopilados por cada municipio fueron analizados,

incluido una revisión del cumplimiento de los microplanes y las metas de producción, los datos de coberturas municipales por edad y sexo, los resultados del MRC y las decisiones tomadas en base a los hallazgos. Sobre la base de este análisis y de discusiones conjuntas con equipos locales, los evaluadores externos llevaron a cabo MRC adicionales en comunidades seleccionadas, como un paso previo a la certificación final.

Lecciones aprendidas

La campaña de vacunación contra la rubéola en Nicaragua generó muchas enseñanzas, destacando el monitoreo sistemático de los avances de la campaña, desde la etapa de planificación. Otros elementos clave se describen en el cuadro a la derecha.

Nicaragua ha demostrado que, aun cuando se enfrenta circunstancias socioeconómicas y epidemiológicas difíciles, es posible aprovechar oportunidades y alcanzar las metas de eliminación de enfermedad al mismo tiempo que se logra un impacto sobre otras crisis de salud. La motivación, la actitud positiva y el compromiso que caracterizan al personal del MINSAL, la participación activa de una red de voluntarios y miembros de las brigadas de vacunación, y la respuesta entusiasta de la población fueron los pilares del éxito de la campaña ■

Componentes clave del éxito

- Compromiso político y abogacía efectiva
- Comunicación y participación social amplias
- Organización, capacitación y planificación minuciosas
- Uso adecuado de la información para la toma de decisiones
- Alianzas a todos niveles con múltiples actores
- Monitoreo efectivo y oportuno de la seguridad de la vacunación
- Identificación de oportunidades de vacunación
- Ejecución de actividades integradas de salud
- Búsqueda de oportunidades al enfrentarse con situaciones adversas.

Referencias

1. Ministerio de Salud, Nicaragua. *Manual de lineamientos técnicos operativos de la campaña de vacunación para la eliminación de la rubéola*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud, 2005.
2. Ministerio de Salud, Nicaragua. *Campaña Nacional de Vacunación contra la rubéola* [sitio web]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/rubeola/index.htm>.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita: Guía práctica*. Washington, D.C. 2005. *Publicación Científica y Técnica N°606*.

REUNIONES DE LA REGIÓN ANDINA Y DEL CONO SUR Cont. página 1

augmentar el presupuesto sanitario, pero que una mejor gestión del gasto y la innovación también son fundamentales. El presidente Duarte subrayó que los trabajadores de salud escribieron un nuevo capítulo en la historia del Paraguay y ayudaron a mejorar la vida de su pueblo.

Las delegaciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela participaron en la reunión. Paraguay también invitó a los trabajadores de salud de todos los niveles de su sistema de salud. También asistieron a la reunión representantes del Ministerio de Educación, del Seguro Social, de UNICEF, del Centro para Estudios de Población, del Banco Interamericano de Desarrollo, del Plan Internacional y de la Cruz Roja Paraguaya.

La Dra. Carmen Serrano, Representante de la OPS en el Paraguay, dio la bienvenida a los participantes. El Dr. Andrus destacó la información que guía a los países en su labor para priorizar la agenda inconclusa en materia de inmunización. El Dr. Roberto Dullack, Viceministro de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, inauguró la

reunión y puso de relieve el panamericanismo del programa de inmunización. La Dra. María Teresa León Mendaro, Ministra de Salud del Paraguay, presentó los resultados y lecciones aprendidas de la campaña de vacunación sumamente exitosa para la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) llevada a cabo en el Paraguay en 2005.

Objetivos de la reunión

- Discutir lo que los países están haciendo para lograr coberturas uniformes y detectar oportunamente la reintroducción del virus salvaje del sarampión y cómo prevenir evitar la circulación de virus autóctono.
- Examinar la situación actual de cada país y el progreso hacia la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC.
- Examinar la situación actual de la parotiditis.
- Examinar los resultados de la Semana de Vacunación en las Américas de 2005 (SVA) y hacer planes para la SVA de 2006.¹

¹ Véase: *Immunization Newsletter*, vol. XXVII, núm. 5, octubre de 2005.

- Analizar el estado actual de la vacunación contra la influenza estacional y examinar algunas estrategias para la vacunación en caso de pandemia.
- Analizar el estado actual y las perspectivas respecto a la introducción de nuevas vacunas.
- Examinar aspectos de la gestión de programas de inmunización como la sostenibilidad, la evaluación del Fondo Rotatorio de la OPS y el control de calidad de jeringas.

Sarampión

En 2003, se notificaron tres casos de sarampión en América del Sur (dos en Brasil y uno en Chile), ninguno en 2004 y seis en 2005 (todos parte de un brote en Brasil). Todos estos casos fueron importados o relacionados con importación; la mayoría de los pacientes no había sido vacunados contra el sarampión.

La experiencia indica que, cuando se logra una cobertura alta y uniforme con la vacuna antisarampionosa, la detección fiable y el seguimiento agresivo de los casos sospechosos limitarán las consecuencias de las importaciones

de virus del sarampión. Todos los países de la subregión, excepto uno, han notificado una cobertura antisarampionosa superior a 90% en 2003 y 2004. Venezuela notificó una cobertura de 82% en 2003 y de 80% en 2004. Además, seis países —Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay— recomiendan una segunda dosis de vacuna antisarampionosa en su esquema nacional. Paraguay y Uruguay (2003), Brasil (2004) y Argentina (2005) han realizado campañas de seguimiento para limitar la acumulación de susceptibles. Chile efectuará una campaña de seguimiento a partir de noviembre de 2005. La mayor acumulación de personas susceptibles al sarampión está ocurriendo en Venezuela, donde la última campaña de seguimiento tuvo lugar en 2001. Una campaña que se había planificado para 2005 se ha aplazado hasta 2006. A pesar de niveles generales elevados de cobertura antisarampionosa, existen importantes bolsones de susceptibles en América del Sur. Según datos de 2004 (o de 2003 cuando no se dispone de datos de 2004), la cobertura antisarampionosa en 48% de los municipios fue de menos de 95%. La proporción de municipios con una cobertura menor de 80% es particularmente importante en Colombia (57%), Venezuela (55%) y Bolivia (53%), aunque es posible que algunos de estos resultados reflejen problemas de denominador.

Todos los países han logrado una buena integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola. Sin embargo, los desafíos persisten para alcanzar algunos indicadores de vigilancia, y las soluciones deben adaptarse a la situación de cada país. Un alto nivel de coordinación entre países es fundamental para el éxito de la vigilancia integrada en las zonas fronterizas.

Recomendaciones:²

- Los países deben seguir vigilando la acumulación de susceptibles al sarampión. Los países que recomiendan una segunda dosis de vacuna antisarampionosa en el esquema de vacunación de rutina deben recolectar sistemáticamente datos de cobertura. Una campaña de seguimiento sigue siendo necesaria cada vez que hay evidencia de una acumulación de susceptibles.
- Los países deben reforzar sus esfuerzos para alcanzar una cobertura de vacunación antisarampionosa de 95% o más en todos los municipios. Se debe identificar los municipios en riesgo y elaborar y ejecutar planes de acción para mejorar la cobertura.
- Se debe identificar los grupos de población de difícil acceso o marginados que necesitan actividades suplementarias de vacunación, por ejemplo, en el marco de la SVA.
- Se debe realizar la vigilancia epidemiológica activa del sarampión y la rubéola en todos los municipios, incluida la búsqueda activa

de casos en los municipios de alto riesgo y en zonas con silencio epidemiológico. Además, se debe asegurar una investigación epidemiológica rápida (antes de que se disponga de resultados serológicos), incluida la obtención de muestras representativas para detección viral.

- Los países deben reevaluar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia integrada sarampión/rubéola, así como adoptar medidas para lograr una vigilancia adecuada, tales como la utilización de nuevos medios para la toma de muestras de sangre (papel de filtro) y el uso de hisopados bucales, así como considerar nuevas soluciones.
- Deben existir planes para responder a importaciones, que garanticen la disponibilidad de un equipo responsable y la liberación rápida de fondos.

Rubéola y SRC

Siguiendo la resolución de eliminar la rubéola y el SRC para el año 2010, adoptada por el 44.º Consejo Directivo de la OPS en 2003, los países de la Región Andina y el Cono Sur han mostrado adelantos notables en la aplicación de estrategias para la interrupción efectiva de la transmisión de la rubéola endémica. Chile (1999) y Brasil (2001-2002) han realizado campañas de vacunación dirigidas sólo a las mujeres. Ecuador (2004) y Paraguay (2005) han llevado a cabo campañas de vacunación masiva dirigidas a adolescentes y adultos (hombres y mujeres), y han logrado niveles de cobertura de más de 95%. Venezuela realizó la primera fase de su campaña, en la cual se vacunó a los niños menores de 16 años de edad, en junio de 2005. Al momento de la reunión, Colombia estaba llevando a cabo una campaña dirigida a hombres y mujeres de 14 a 39 años de edad. Los diez países están notificando semanalmente los casos de rubéola a la OPS. Siete de ellos también notifican los casos de SRC semanalmente; sin embargo, la vigilancia del SRC todavía es incompleta.

Recomendaciones:²

- La complejidad de la vacunación de adultos y las lecciones aprendidas de las campañas recientemente realizadas en la Región han demostrado que se requiere una muy buena planificación, en particular una microprogramación con participación de la comunidad para la búsqueda de recursos. Además, los datos de vigilancia presentados han reiterado la necesidad de incluir a los hombres en las campañas de vacunación.
- Los países deben continuar sus esfuerzos para movilizar y asignar recursos suficientes, mediante una coordinación entre organismos, instituciones y sectores para garantizar todos los aspectos del plan de eliminación de la rubéola, en particular para ejecutar las campañas de vacunación en los países restantes.
- Los países que han llevado a cabo campañas

de vacunación masiva solamente para mujeres tienen que determinar el grado de transmisión del virus de la rubéola y la susceptibilidad entre los hombres, lo que permitirá hallar la estrategia más apropiada para reducir el número de hombres susceptibles.

- En esta etapa de la eliminación, se requiere la integración total de la vigilancia activa del sarampión y de la rubéola, la investigación epidemiológica adecuada y el seguimiento de contactos. Se recomienda alcanzar y mantener los indicadores de vigilancia por encima de 80% y por lo menos en 95% respecto a los casos descartados por el laboratorio. Los países deben esforzarse por identificar la fuente de infección de los casos confirmados y clasificarlos como importados, relacionados con importaciones o autóctonos.
- Se insta a los trabajadores de salud a tomar muestras para la detección y el aislamiento viral al primer contacto con el paciente (0 a 5 días). Se prefieren los hisopados de garganta (nasofaríngeos) para el aislamiento viral, siendo las muestras de orina la segunda elección. En las cadenas extensas de transmisión, como en los brotes, se requerirán muestras de 5 a 10 casos en el inicio del brote, posteriormente a intervalos periódicos cada 2 o 3 meses y hacia el final del brote.
- En situaciones especiales, como en mujeres embarazadas, casos que se cree están relacionados con la vacuna, y resultados “falsos positivos” o “reacciones cruzadas”, se debe hacer un análisis epidemiológico detallado caso a caso. Se deben considerar otros métodos posibles de confirmación de laboratorio, como la detección y el aislamiento de viral. Los casos especiales debe ser clasificados por un grupo nacional de expertos que formen parte del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización.
- Se debe fortalecer las actividades de vigilancia del SRC mediante: a) la mejora del monitoreo de las embarazadas expuestas a la rubéola o que padecen dicha enfermedad durante el embarazo; b) la identificación de los signos de alerta para sospecha de SRC en el primer nivel de atención (chequeo periódico de niños sanos); c) el uso del sistema computadorizado de vigilancia del SRC y su reporte semanal; y d) la toma de muestras para IgM y la detección viral de todos los casos sospechosos de SRC.

Parotiditis

En 2005, Uruguay presentó un brote extenso de parotiditis en el que se notificaron 1.171 casos hasta la semana epidemiológica 40. Este brote afectó principalmente a jóvenes de nivel socioeconómico alto en el grupo de edad de 17 a 26 años, la mayoría de los cuales había recibido una dosis única de vacuna contra sarampión, parotiditis y rubéola (SPR). Desde 2005, todos los países de las

² Las recomendaciones completas se pueden obtener de la Unidad de Inmunización (fch-im@paho.org).

Américas, con la excepción de Haití, incluyen una o dos dosis de la vacuna triple vírica SPR en sus esquemas.

Recomendaciones:²

- Se insta a los países a hacer de la parotiditis una enfermedad notificable, o intensificar la vigilancia epidemiológica si ya existe, para comprender mejor el comportamiento de dicha enfermedad en la Región.
- Se deben presentar datos de la parotiditis durante la próxima reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles mediante Vacunación para evaluar su importancia en el contexto de los planes de eliminación del sarampión y la rubéola.

Influenza

Actualmente, el mundo se encuentra en la fase 3 de las seis fases de la OMS de alerta de pandemia a causa de la mayor actividad del virus de la influenza aviar A (H5N1) altamente patógeno, que ha producido algunos casos en seres humanos pero con una limitada transmisión de persona a persona. La OMS y la OPS han instado a los países a que elaboren un plan de preparación para una pandemia de influenza. Hasta la fecha, Argentina, Brasil y Chile han finalizado dichos planes.

La vacunación de rutina contra la influenza estacional dirigida a grupos en alto riesgo de sufrir complicaciones contribuye a la reducción de la carga de enfermedad. Además, el uso sistemático anual de la vacuna ayuda a aumentar la capacidad mundial de producción, que es importante para la

fabricación de vacuna pandémica.

Con el propósito de ampliar la equidad y el acceso a la vacunación contra influenza en la Región, el Fondo Rotatorio empezó a ofrecer vacuna contra la influenza estacional en 2003. Actualmente, 12 países están comprando la vacuna mediante el Fondo Rotatorio, y 19 países de la Región han solicitado la vacuna para 2006.

La OPS apoya a los países en América Latina, especialmente México y Brasil, para que aumenten su capacidad de producción de vacuna contra influenza. Con ese fin, se están forjando alianzas con laboratorios productores de vacunas para apoyar la transferencia de tecnología a los países de la Región.

Recomendaciones:

- Los países deben priorizar la elaboración de planes de preparación para una pandemia de influenza. Dado que la disponibilidad de una vacuna para casos de pandemia será limitada, se deben considerar diferentes situaciones para definir que grupos de alto riesgo deben vacunarse durante una pandemia.
- Se insta a los directores de programas de inmunización a que participen activamente en los Comités Nacionales de Preparación para la Pandemia y en el desarrollo e implementación de los planes correspondientes.
- En respuesta a los brotes de influenza aviar en la Región, los trabajadores agropecuarios expuestos a aves infectadas por el virus aviar deben vacunarse contra la influenza estacional para reducir al mínimo el riesgo de coinfección con el virus aviar y el virus humano.

- Los países deben realizar estudios sobre la carga de enfermedad y el impacto económico de las epidemias anuales de influenza que sirvan de base para formular y ejecutar políticas de vacunación en el contexto de otras prioridades nacionales de salud.
- Los grupos en riesgo como las personas mayores, los pacientes con enfermedades crónicas, los individuos inmunodeficientes, los profesionales de la salud, las embarazadas y los niños de 6 a 23 meses de edad deben vacunarse contra la influenza estacional según lo recomendaron la OMS y el GTA en 2004. Si los recursos son limitados, se debe dar prioridad a las personas mayores.

Gestión de programa

Se pidió a los países abordar la agenda inconclusa de mejoramiento de la cobertura de vacunación en los distritos de bajo rendimiento, al tiempo que se introducen vacunas subutilizadas, incluida la vacuna contra la influenza estacional y la anti amarilla, así como nuevas vacunas (donde esté indicado epidemiológicamente) en los esquemas de rutina.

Se puso de relieve el creciente costo del conjunto básico de vacunas. Se presentaron nuevos métodos de financiamiento sostenible, centrándose en la creación de espacio fiscal y la función crucial de una efectiva legislación nacional relativa a inmunización. También se abordaron las iniciativas actuales de la OPS para mejorar la eficiencia del Fondo Rotatorio y el plan regional para el control de calidad y la seguridad de las jeringas.

Recomendaciones respecto a nuevas vacunas

Recomendaciones generales

- Todos los programas nacionales de inmunización deben pedir a los Comités Nacionales de Prácticas de Inmunización que evalúen los riesgos y los beneficios de las nuevas vacunas y prioricen los temas relacionados con la introducción de éstas.
- Los Comités Nacionales de Prácticas de Inmunización deben participar plenamente en el proceso de evaluación de nuevas vacunas. Se debe prestar atención especial a la sostenibilidad financiera; la legislación puede servir como una herramienta para asegurar la adquisición de vacunas.
- Debe establecerse el compromiso para mantener un suministro permanente de vacunas. Debe existir un mecanismo de vigilancia para monitorear el impacto de la intervención.

Rotavirus

Con la presente posibilidad de introducir vacunas contra el rotavirus, es imperativo que

los países implementen un sistema de vigilancia para la diarrea por rotavirus. La OPS está apoyando a los países en el establecimiento de sistemas de vigilancia hospitalaria centinela para la diarrea por rotavirus en los niños menores de 5 años de edad.

Recomendaciones:²

- Los países que han implementado sistemas centinela de vigilancia del rotavirus deben fortalecerlos. A los que no han empezado a hacerlo se los insta a que preparen sus protocolos de estudio e implementen la vigilancia sin dilación.
- Para que se puedan comparar datos entre los países, se recomienda el uso de definiciones de casos estandarizadas, criterios de exclusión, técnicas de laboratorio y recopilación de datos, siguiendo el protocolo genérico de la OMS y los lineamientos de la OPS.
- Se debe normalizar los métodos de los estudios económicos, como costo-beneficio y costo-efectividad, con objeto de facilitar la comparación entre países.

- Los países deben fortalecer sus sistemas de monitoreo de eventos adversos post vacunación, en coordinación con autoridades nacionales reguladoras.

Virus del papiloma humano

En América Latina y el Caribe, el número anual de casos nuevos de cáncer cervicouterino invasivo es de 77.291; de estos, 30.570 resultan en fallecimientos. Es posible que en 2006 se disponga de vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer cervicouterino.

Recomendaciones:

- Los países deben recopilar datos pertinentes sobre el cáncer cervicouterino, en particular de la carga de enfermedad y sus costos.
- Se debe llevar a cabo estudios de costo-efectividad y sobre la aceptabilidad de una vacuna contra el VPH en nuestros países.
- Se debe abogar por la prevención del cáncer cervicouterino mediante la vacuna contra el VPH.

Recomendaciones

Los países deben valerse de la legislación de inmunización que establezca una línea presupuestaria para vacunas e insumos, abriendo así un espacio fiscal para los programas de inmunización. Se insta a aquellos países que no han implantado dicha legislación a que

colaboren con sus ministerios de hacienda y con el congreso para crear una línea presupuestaria para inmunización.

Se debe llevar a cabo la evaluación del Fondo Rotatorio para ampliar su función como comprador de mayoreo, mejorar su eficiencia y posicionarlo para el futuro dentro del contexto

de la introducción de nuevas vacunas. Además, el Fondo puede tener influencia en la creación de espacio fiscal para las vacunas a nivel nacional.

Se debe llevar a cabo el plan de control de calidad regional de las jeringas adquiridas mediante el Fondo Rotatorio, desde su adquisición hasta su eliminación final ■

Formación de alianzas para la introducción de vacunas contra el VPH

El 5 de octubre de 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebró en Washington, D.C., la reunión titulada "Alianzas para la Introducción de Vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)". La finalidad específica de esta reunión fue acelerar y fortalecer el diálogo entre los organismos socios invitados con respecto a sus intereses y planes relacionados con la introducción de vacunas contra este virus. Nueve organismos socios¹ y dos proveedores de vacunas² participaron en esta reunión.

Entre las dificultades importantes relacionadas con la introducción y sostenibilidad de las nuevas vacunas se identificaron las siguientes: costos; presupuestos nacionales y prioridades de salud pública; inequidades entre los países desarrollados y los países en desarrollo con respecto al ritmo de la adopción de nuevas vacunas; y suministros insuficientes de vacunas para satisfacer la demanda mundial. Los requisitos importantes para reducir al mínimo esas dificultades incluyeron lo siguiente:

- Responder a la necesidad de crear alianzas mundiales efectivas no sólo para apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas sino también para específicamente aumentar las probabilidades de que las nuevas vacunas estén disponibles a precios asequibles.
- Responder a la necesidad de que los gobiernos creen espacio fiscal en sus presupuestos nacionales para abordar las cuestiones de sostenibilidad.
- Responder a la necesidad continua de promover el papel del Fondo Rotatorio de la OPS como mecanismo regional para la adquisición de vacunas.

Uno de los temas que se plantearon repetidamente en esta reunión fue que la introducción de la vacunación contra el VPH debe considerarse

complementaria al tamizaje del cáncer cervicouterino en la era post vacuna contra el VPH. Los participantes determinaron varias esferas para trabajo e investigación conjuntos y complementarios. El interés y el deseo de los socios de colaborar con la OPS se centraron principalmente en los siguientes aspectos:

- El diseño y la elaboración conceptuales y técnicos de sistemas e instrumentos para la vigilancia de la infección por el VPH.
- La elaboración de otros sistemas para el monitoreo del impacto de la vacuna contra el VPH.
- El tamizaje del cáncer cervicouterino en la era posterior a la vacuna contra el VPH para aumentar la posibilidad de una lucha integrada contra el cáncer.
- La exploración de diferentes estrategias para llegar a las poblaciones subatendidas y reducir las disparidades de la carga de enfermedad del cáncer.
- La aplicación de las lecciones aprendidas respecto a las operaciones del Fondo Rotatorio de la OPS.

El intercambio de datos de estudios clínicos y de modelos matemáticos para contribuir con evidencia a la abogacía y la toma de decisiones de salud pública.

Algunas de las recomendaciones que surgieron de esta reunión fueron las siguientes:

- Se convocará un taller técnico de seguimiento con un grupo más amplio de socios e investigadores incluyendo miembros del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles mediante Vacunación, en mayo de 2006.
- Ésta alianza revisará el documento de posición técnica de la OMS respecto a las vacunas contra el VPH, cuando éstas estén disponibles en el primer trimestre de 2006.
- El informe de esta reunión se debe compartir con todos los Estados Miembros de la OPS.
- Se aprovechará esta oportunidad para promover las recomendaciones que surgieron de esta reunión en el Congreso Mundial de Cáncer patrocinado por la UICC, que se ha programado para julio de 2006, en Washington, D.C.

Además de ampliar la labor ya iniciada, en los próximos meses la OPS solicitará la participación de los países y procederá a consolidar y formalizar esta alianza ■



Los participantes a la reunión sobre Alianzas para la Introducción de Vacunas contra el Virus del Papiloma Humano durante un receso.

¹ La OPS, la Organización Mundial de la Salud, la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), la Sociedad Estadounidense de Lucha contra el Cáncer (ACS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Centro Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), el Programa de Tecnología Apropriada en Salud (PATH), y la Fundación Bill y Melinda Gates.

² GlaxoSmithKline Biologicals y Merck & Company, Inc.

Casos notificados de enfermedades seleccionadas, 2003-2004

Número de casos de sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita (SRC), poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina

País	Sarampión confirmado		Rubéola confirmado		SRS 2004	Polio		Tétanos				Difteria		Tos ferina	
	2004*	2003*	2004*	2003		2004	2003	No neonatal		Neonatal		2004	2003	2004	2003
								2004	2003	2004	2003				
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	...	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	...	...	...	...	...	...	...
Argentina	-	-	6	8	-	-	-	25	25	-	-	-	1	976	643
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...	-	-	-	...
Barbados	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	...	-	...	-
Belice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bermuda	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	-	-	-	-
Bolivia	-	-	12	41	-	-	-	29	16	4	3	2	3	6	46
Brasil	-	2**	319	563	16	-	-	463	513	14	15	15	49	1.146	1.110
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	...	-	-	-	...	...	-	-	-	...	-
Canadá	7**	15**	...	...	1	-	-	2	-	-	-	1	2	2.697	1.863
Islas Caimán	-	-	-	-	...	-	-	-	-	-	-	...	...	...	-
Chile	-	1**	3	2	-	-	-	10	10	-	-	-	-	1.059	1.106
Colombia	-	-	45	47	-	-	-	...	-	8	7	-	1	25	140
Costa Rica	-	1**	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	13	27
Cuba	-	-	18	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	...	-	...	-
República Dominicana	-	-	7	4	-	-	-	49	53	5	4	122	38	53	23
Ecuador	-	-	79	94	...	-	-	4	...	12	7	-	-	-	127
El Salvador	-	-	1	3	-	-	-	7	6	1	-	-	-	1	8
Guayana Francesa	-	-	...	-	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Granada	-	-	-	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-
Guadalupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	-	-	36	5	2	-	-	3	5	1	1	-	-	391	350
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-
Haití	-	-	3	2	...	-	-	-	-	33	4	37	2	44	5
Honduras	-	-	1	1	-	-	-	13	23	1	4	-	-	104	93
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	11	2	-	-	-	-	5	5
Martinica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	64	44**	699	35	5	-	-	68	82	4	4	-	-	137	72
Montserrat	-	-	-	-	...	-	-	...	-	...	-	...	-	...	-
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	-	-	6	5	-	-	-	5	5	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	-	12	11
Paraguay	-	-	1	11	1	-	-	12	22	5	4	4	2	40	48
Perú	-	-	1.759	328	1	-	-	52	58	4	11	-	-	201	68
Puerto Rico	-	-	-	-	...	-	-	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente/Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...	-	...	-	...
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-	...	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	...	-	...	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	...	-	-	-	...	-	...	-	...	-	...
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...	-
Estados Unidos de América	37§	56†	10	7	1	-	-	34	20	...	...	-	1	25.827	10.098
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1
Venezuela	-	-	96	36	...	-	-	35	34	-	-	-	-	715	408
TOTAL	108	119	3.101	1.192	27	-	-	825	881	93	65	181	99	32.452	16.252

... dato no disponible

* casos confirmados por laboratorio y clínicamente

§ de los cuales 23 casos fueron importados

- magnitud cero

** debido a importación

† de los cuales 24 casos fueron importados

Nuevas publicaciones de la Unidad de Inmunización: una serie de seis guías prácticas de inmunización

Con la finalidad de promover excelencia técnica, la Organización Panamericana de la Salud está en el proceso de publicar seis guías prácticas preparadas por la Unidad de Inmunización (Área de Salud Familiar y Comunitaria). Las guías prácticas de poliomielitis, sarampión y tétanos neonatal son segundas ediciones de publicaciones previas. La de rubéola, la de fiebre amarilla y la de difteria, tos ferina, tétanos, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B son tres publicaciones nuevas. En estas guías prácticas se presentan estrategias de vanguardia para eliminar enfermedades mejor y acelerar el control de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Las guías prácticas también incluyen métodos estandarizados y procedimientos para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y mantener sistemas con información actualizada que permitan adoptar decisiones oportunas y efectivas.

Dichas guías prácticas se basan en información científica actualizada y reúnen la experiencia de destacados profesionales de la salud. Como resultado, estas guías son particularmente adecuadas para promover estrategias probadamente eficaces. El fortalecimiento de actividades de prevención, la reducción de las inequidades en salud y la promoción de conocimientos técnicos especializados en servicios de inmunización fueron los principios que orientaron la preparación de estas guías.

Puede encontrarse información adicional en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/FieldGuide_Index.htm ■



Fe de errata: Esquemas de vacunación de 2005

Después de la publicación en nuestro número de abril de los esquemas de vacunación para América Latina (vol. XVII, número 2), se nos notificaron modificaciones para Chile, Colombia y Costa Rica. En <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/>

sns2702.pdf se presenta el esquema corregido.

Después de la publicación en nuestro número de agosto de los esquemas de Vacunación para el Caribe, Canadá y Estados Unidos (vol. XVII, número 4), se nos notificaron modificaciones para Anguila,

Aruba, las Antillas Neerlandesas (Bonaire, Curaçao, Saba, St. Eustatius, St. Maartens), las Islas Vírgenes Británicas y San Vicente y las Granadinas. En <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/sns2704.pdf> se presenta el esquema corregido.

El *Boletín de Inmunización* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

ISSN 1814-6252

Volumen XXVII, Número 6 • Diciembre de 2005

Editor: Jon Andrus

Editores adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Inmunización

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org>
(Buscar: Immunization Newsletter)