Boletín Informativo PAI
Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

Año XXVI, Número 6 **PROTEJA A SUS HIJOS VACUNANDOLOS** Diciembre 2004

XVI Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación: conclusiones y recomendaciones

La XV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS sobre enfermedades prevenibles por vacunación se llevó a cabo en la Ciudad de México, del 3 al 5 de noviembre de 2004. El GTA se reúne cada dos años y funciona como el principal foro para la elaboración de políticas de inmunización, así como de iniciativas de control de enfermedades prevenibles por vacunación para los Estados Miembros de la OPS. Sigue un resumen de las conclusiones y recomendaciones presentadas en el Informe Final.[1]

Desde la última reunión del GTA, celebrada en Washington, D.C., en noviembre de 2002, los programas de vacunación de la Región de las Américas han mantenido el continente libre de transmisión del poliovirus salvaje autóctono, han interrumpido la transmisión endémica del virus del sarampión autóctono y han avanzado considerablemente hacia la meta de eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). Con el transcurso de los años, la vacunación ha salvado a millones de niños y ha contribuido a una disminución de la mortalidad infantil en las Américas; en el período de 1990-1995, se registraron 51,4 defunciones por 1.000 nacidos vivos y en 2003 la tasa de mortalidad había descendido a 30,7.

El GTA desea reconocer el progreso notable que ha logrado la Unidad de Inmunización (IM) de la OPS en los dos últimos años en coordinar el apoyo técnico a los Estados Miembros. Entre las actividades figuran las siguientes: presentar la Resolución CD44.R1 del Consejo Directivo en septiembre de 2003 para la eliminación de la rubéola y el SRC, organizar dos reuniones del grupo especial de expertos en rubéola y sarampión, convocar una reunión regional sobre el rotavirus en el Perú y una reunión mundial sobre el rotavirus en la Ciudad de México, ayudar en la elaboración de Planes de Acción regionales y nacionales, realizar tres evaluaciones de países, organizar y apoyar la Semana de Vacunación en las Américas, y prestar asesoría en numerosas actividades de vigilancia epidemiológica en los países.

[1] Para obtener una copia completa del informe, favor contactar a la Unidad de Inmunización o consultar la página web de la OPS: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/Vaccines.htm

Premio OPS a la Inmunización, 2004: *De la izquierda a la derecha, el Ing. Jorge Mariano Pinto, Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la Dra. Ana Elena Chévez, Coordinadora Nacional PAI y el Dr. José Guillermo Maza, Ministro de Salud reciben el premio en nombre de El Salvador.* *Ver artículo en la página 7.*

Premio OPS a la Inmunización, 2004: *La Dra. Nancy Vásconez, Gerente del PAI de Ecuador, habla ante el GTA antés de recibir el premio. La Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS y el Dr. Jon Andrus, Jefe de la Unidad de Inmunización de la OPS están detrás.* *Ver artículo en la página 7.*

En esta edición:

XVI Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación: conclusiones y recomendaciones 1

Premio OPS de Inmunización, 2004 7

In Memoriam: Dr. John La Montagne, Miembro del GTA 8

Rubéola y síndrome de rubéola congénita: el nuevo desafío

En septiembre de 2003, el 44.º Consejo Directivo de la OPS adoptó una resolución para eliminar la rubéola y el SRC para el año 2010 e instó a los Estados Miembros a elaborar Planes de Acción nacionales para apoyar ese objetivo. La eliminación de la rubéola y el SRC en las Américas se ha definido como el logro de la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola en todos los países de la Región sin la aparición de casos de SRC asociados con la transmisión endémica.

Hasta julio de 2004, aproximadamente 99% de las nuevas cohortes de nacimiento en la Región de las Américas han tenido acceso a la vacuna combinada contra sarampión, parotiditis y rubéola (SPR). Sólo hace falta que Haití incluya el antígeno de rubéola en su esquema de vacunación. En 2002, todos los países de la Región empezaron a realizar campañas de mantenimiento (segunda oportunidad de inmunización para niños menores de 5 años de edad) con la vacuna combinada sarampión-rubéola (SR) logrando una cobertura de más de 90%. Entre 1998 y julio de 2004, la región del Caribe de habla inglesa, Costa Rica, Honduras, El Salvador, México y el Ecuador realizaron campañas de vacunación dirigidas a las mujeres y los hombres. Las campañas de Brasil y Chile se dirigieron sólo a las mujeres en edad fértil. Los países restantes de la Región tienen planes de realizar campañas de vacunación de adultos entre 2005 y 2007.

Entre los desafíos especiales de las campañas de vacunación para adultos figuran el monitoreo de la seguridad de la vacunación y asegurar el uso de prácticas de inmunización seguras. Además, dado que las personas no pueden donar sangre durante un mes después de la vacunación antirrubeólica, las campañas tenían que coordinarse con bancos de sangre para evitar escasez en el suministro de sangre. Desde la introducción de la vacuna y el lanzamiento de las campañas de vacunación, la incidencia de la rubéola ha disminuido en 99,3%: pasó de 135.000 casos notificados en 1998 a sólo 923 en 2003.

A pesar de que sólo 18 países/territorios de las Américas notificaron SRC en 1998, para 2003 toda la Región estaba realizando actividades de vigilancia de dicho síndrome. En 2004, cinco de los seis indicadores para la vigilancia integrada de rubéola/sarampión fueron superiores a 80% a nivel regional. La ejecución de una vigilancia del SRC de buena calidad es esencial para fortalecer la detección de condiciones congénitas y la atención perinatal integral en los servicios de atención de salud. Una vigilancia epidemiológica sensible mejorará el seguimiento clínico y el manejo de los niños afectados.

Vacunación de Rutina

A pesar de retos sociales, políticos y financieros, la cobertura de vacunación de rutina para todas las vacunas sigue siendo superior a 90% a nivel regional. Sin embargo, una proporción considerable de municipios todavía tienen una tasa de cobertura inferior a 95%. Los programas de vacunación nacionales y el apoyo de la OPS deben centrarse en el aumento de recursos y la elaboración de estrategias para aumentar estas coberturas.

Existe ahora consenso en cuanto a la función que desempeña el sector de la salud: lograr un crecimiento económico sostenible y reducir la pobreza a través de garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales. Esto brinda una oportunidad única de mantener y ampliar el alcance de los programas de vacunación en las Américas. Dentro de este contexto, las actividades de los programas de vacunación constituyen intervenciones clave de salud pública. Los datos de cobertura y vigilancia deben usarse a nivel nacional para medir el desempeño de los equipos de atención primaria de salud y de las autoridades sanitarias locales. El GTA reconoce la repercusión enorme que el PAI tendrá en lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los países de las Américas.

Recomendaciones para rubéola

1. Vigilancia Epidemiológica

- El GTA respalda las definiciones de rubéola y SRC basadas en las deliberaciones de la Reunión del Grupo Especial de Expertos en Rubéola y Sarampión celebradas en Washington, D.C., en marzo de 2004, que se citaron en el Boletín Informativo del PAI de la OPS de abril de 2004 (Boletín Informativo PAI: *Reunión del Grupo Especial de Expertos en Rubéola y Sarampión*. Abril de 2004, Vol.XXVI (2), <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/sns2602.pdf>). Las definiciones citadas en la sección del sarampión también se aplican totalmente a la eliminación de la rubéola.
- Para propósitos de eliminación, se requiere la integración total de la vigilancia del sarampión y la rubéola y los laboratorios integrados son un aspecto importante de este sistema de vigilancia. Se debe hacer hincapié en la vigilancia activa. Excepto en el contexto de brotes, todas las muestras deben examinarse tanto para el sarampión como la rubéola.
- El GTA respalda los indicadores que actualmente se notifican en el Boletín de Sarampión y Rubéola de la OPS, con las revisiones sugeridas por el Grupo Especial de Expertos en Rubéola y Sarampión. Tres indicadores son particularmente fundamentales: la proporción de casos sospechosos con una investigación adecuada, la proporción de casos sospechosos con una muestra de sangre adecuada y la proporción de cadenas de transmisión con muestras representativas para el aislamiento del virus.
- La investigación adecuada de casos incluye una visita domiciliaria en las 48 horas que siguen a la notificación, datos pertinentes completos (es decir, fecha de notificación, fecha de investigación, fecha de aparición del exantema, fecha de la toma de muestra, tipo de exantema, presencia de fiebre, fechas de vacunaciones previas contra sarampión y rubéola) y búsquedas activas de casos.
- Debe continuarse la labor de monitoreo de los casos notificados de sarampión y rubéola por edad, sexo, ubicación y estado de vacunación.
- En el contexto de eliminación del SRC, una vigilancia de alta calidad requiere un componente activo y una definición de caso sensible. El GTA recomienda la siguiente definición para garantizar la investigación rápida de casos sospechosos de SRC: *Un trabajador de salud de cualquier nivel del sistema de atención sanitaria debe sospechar que un lactante tiene SRC cuando 1) se detecta uno o más de los siguientes trastornos de nacimiento: cataratas congénitas, defectos cardíacos congénitos, púrpura o sordera; o 2) se sabe que la madre*

de un lactante presentó una sospecha de rubéola o rubéola confirmada por laboratorio durante el embarazo. Para el diagnóstico clínico una definición más específica puede ser apropiada, pero el patrón de oro sigue siendo la confirmación de laboratorio.

- Durante la fase de eliminación, se deben tomar muestras de todos los casos sospechosos de SRC para el análisis de IgM y aislamiento viral.
- El GTA recomienda que la OPS convoque una reunión especial de expertos para determinar las lecciones aprendidas y definir buenas prácticas de salud pública para establecer la vigilancia del SRC. Los temas que pueden considerarse incluyen una revisión de la bibliografía existente y de la experiencia de países, así como recurrir a la pericia de los profesionales en diversos campos que tienen contacto con niños afectados por el SRC, tales como oftalmólogos, cirujanos de corazón, escuelas para sordos, otorrinolaringólogos y especialistas en enfermedades infecciosas infantiles, entre otros. Esta reunión ayudaría a refinar las estrategias de vigilancia y detección de casos, por ejemplo, el uso del bajo peso al nacer como un factor desencadenante de investigación para orientar el tamizaje perinatal.
- La colaboración con el Sistema Informático Perinatal Regional del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y el Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) ayudaría a fortalecer la vigilancia.
- El GTA recomienda investigación adicional valorando el uso de algoritmos y la evaluación de muestras clínicas alternativas como fluido oral y gotas de sangre en papel filtro. Además, los indicadores y las estrategias deben evaluarse en el contexto de la experiencia de los países con la vigilancia integrada. También debe documentarse el efecto que tiene la iniciativa de eliminación de la rubéola en el fortalecimiento de los servicios de salud, en particular en los servicios de atención de mujeres.

2. Estrategias de vacunación

- El GTA promueve la ejecución de campañas de vacunación masiva únicas para hombres y mujeres en todos países endémicos restantes. El grupo de edad a ser vacunado, ya sea de 15-29 años de edad, de 15-39 años de edad, u otro grupo de edad, debe determinarse tomando como base la probable susceptibilidad de los adultos. Esto va a depender del año de introducción de la vacuna SPR en el calendario nacional, el alcance de las campañas de vacunación de seguimiento con SR o SPR para mantener la eliminación del sarampión, y la epidemiología de la rubéola en el país. El GTA elogia a los países que han realizado campañas de vacunación masiva para adultos de manera exitosa.
- Los países que han realizado campañas de vacunación masiva solamente para mujeres tendrán que determinar el grado de transmisión del virus y la susceptibilidad de los hombres y elaborar estrategias apropiadas para reducir el número de hombres susceptibles a la rubéola.
- Se han acumulado pruebas fehacientes basadas en muchos estudios, incluidos estudios recientes en Brasil y Costa Rica, que indican que no hay ningún vínculo identificado entre la vacunación de mujeres embarazadas y el nacimiento de niños con SRC. Por consiguiente, no hay razón alguna que justifique modificar la estrategia actual de vacunar a todas las mujeres en edad fértil (MEF) durante las campañas. Se debe felicitar a Brasil y Costa Rica por sus estudios y animarlos a presentar los resultados para su publicación.

3. Laboratorio

La Red de Laboratorios de Sarampión y Rubéola de la OPS se reunió un día antés del GTA para tratar varios temas técnicos y logísticos. Se formularon recomendaciones acerca de la selección de *kits* para pruebas de IgM, aislamiento y genotipificación viral, tipos de muestras de elección, acreditación de laboratorios, clasificación de casos relacionados con vacunas, manejo de resultados falsos positivos, tratamiento de casos sospechosos en mujeres embarazadas y monitoreo de laboratorios. Esas recomendaciones se encuentran en el anexo 2 del informe final del GTA.

Sarampión

En los 10 años transcurridos desde la fecha en que se adoptó la meta de eliminación del sarampión, la incidencia de esta infección ha disminuido en más de 99% en las Américas. El brote venezolano de 2002 puede considerarse el último caso de transmisión endémica generalizada del virus del sarampión en las Américas.

En 2003 y 2004, se notificaron aproximadamente cien casos cada año en las Américas. La mayoría de estos casos se vincularon directa o indirectamente a virus importados de otras regiones del mundo. Sin embargo, el recién brote en México sirve como motivación para que todos los países de la Región mejoren la cobertura de vacunación y la vigilancia como la mejor protección contra las infecciones importadas.

Recomendaciones

Reconociendo que probablemente la transmisión endémica del virus del sarampión ha sido interrumpida en las Américas, el GTA reafirma la necesidad de un compromiso continuo de las autoridades y los trabajadores sanitarios para mantener los logros alcanzados.

- Para evitar brotes, las tasas de cobertura con vacuna contra el sarampión deben mantenerse en más de 95% en todos los municipios. La mejora de la cobertura con la primera dosis puede lograrse mediante la aplicación de estrategias especiales en los distritos de alto riesgo. También deben efectuarse campañas de mantenimiento de alta calidad a nivel nacional cada 3 ó 4 años para mantener la inmunidad de la población. Además, las actividades de inmunización suplementaria deben dirigirse a municipios de baja cobertura y a grupos de población marginados o de difícil acceso.
- Para armonizar las prácticas entre los países, el GTA respalda las definiciones de eliminación, reestablecimiento de la transmisión endémica y casos importados o relacionados con importaciones, que ha recomendado la Reunión del Grupo Especial de Expertos en Rubéola y Sarampión celebrada en Washington, D.C., en marzo de 2004.
- Para garantizar la transparencia y fomentar la confianza mutual, el GTA anima a los países a que compartan información con la Unidad de Inmunización de la OPS sobre todos los aspectos de sus programas de vacunación. Tal información incluye datos de vigilancia basada en casos, datos de laboratorio y datos de cobertura de vacunación, entre otros.
- Tres indicadores de vigilancia son particularmente fundamentales: la proporción de casos sospechosos de sarampión con investigación adecuada, proporción de casos sospechosos con muestra de sangre adecuada y proporción de cadenas de transmisión con muestras representativas para el aislamiento viral.

- Debe establecerse un indicador para la tasa de enfermedades febriles exantemáticas investigadas, basado en la experiencia de los países.
- La OPS debe examinar los temas logísticos y otros asuntos que constituyen barreras para la presentación oportuna de muestras.
- El GTA reconoce el trabajo de la Secretaría relativo a la actualización de la Guía Práctica del Sarampión, así como las guías prácticas de la poliomielitis, la rubéola y otras enfermedades prevenibles por vacunación, en 2004. El GTA promueve el uso de estas guías en la capacitación y la actualización de la habilidad del personal sanitario.
- Debe establecerse un grupo especial para examinar las experiencias previas y determinar las mejores prácticas en la vigilancia del sarampión y la vacunación contra esta infección.

Poliomielitis

Los países de las Américas han adoptado medidas encaminadas a lograr una cobertura alta con la vacuna antipoliomielítica en cada distrito, así como a detectar con prontitud la circulación de virus derivados de la vacuna Sabin en la Región. La proporción de muestras adecuadas sigue siendo de 80% y la tasa de parálisis flácida aguda (PFA) sigue por encima de 1/100.000 niños menores de 15 años de edad. Sin embargo, la tasa de PFA de 2004 en la Región ha experimentado un descenso alarmante comparada con la de 2003.

Recomendaciones

- Los países de las Américas deben mantener una vigilancia de PFA adecuada, mantener alta la cobertura con OPV en cada municipio, fortalecer la Red de Laboratorios de Poliomielitis y cumplir con el Plan de Acción para la Contención del Poliovirus Salvaje en los laboratorios.
- El GTA reitera las recomendaciones anteriores y declara que la OPV debe seguir siendo la vacuna de elección para la fase final de la erradicación mundial de la poliomielitis. La OPV proporciona inmunidad intestinal, es considerablemente menos costosa que la IPV, es fácil de administrar y protege a los contactos en la familia y la comunidad, con lo cual confiere inmunidad de rebaño.
- La OPS no debe considerar ningún cambio de la política actual de uso de la OPV en la Región antes de que el mundo se haya certificado libre de poliomielitis.
- La Región debe avanzar en el período posterior a la certificación en estrecha conformidad con las políticas mundiales declaradas por la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis.
- En condiciones ideales, se debe poner fin a la vacunación antipoliomielítica a nivel mundial después de que el mundo se haya certificado libre de poliomielitis. Basándose en un análisis de los riesgos y de las opciones estratégicas, en septiembre de 2003, un Grupo Asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que se elaboraran planes y se adoptaran medidas a fin de prepararse para la cesación coordinada del uso de la OPV como parte de la vacunación de rutina después de la interrupción mundial de la transmisión del poliovirus salvaje. Sin embargo, dado que dicho virus sigue circulando en el mundo, los países de América Latina y el Caribe deben seguir usando la OPV en su programa rutinario para maximizar la inmunidad de la población hasta que se logre la erradicación mundial de la poliomielitis.
- Se debe presentar un análisis de la incidencia de casos de poliomielitis paralítica relacionada con la vacuna (VAPP) en la Región de las Américas en la próxima reunión del GTA. Esa información debe usarse para evaluar mejor el riesgo que los países afrontarán en la etapa final.
- La OPS debe seguir definiendo con mayor precisión la eficacia en función de los costos (costo-efectividad) de las opciones de vacunación después de la certificación con un análisis concomitante de los costos de oportunidad.
- Los casos de PFA deben clasificarse más oportunamente para reducir la acumulación innecesaria de casos pendientes que se notifican en el boletín de la OPS.

Laboratorios de polio

Se celebró una reunión de la Red de Laboratorios de Poliomielitis de la OPS un día antes de la reunión del GTA. El objetivo fue evaluar el estado de la Red y definir las medidas que debían adoptarse para mejorarlo. El GTA respalda el informe de la Reunión de la Red de Laboratorios de Poliomielitis (anexo 3).

Tétanos neonatal

Se ha logrado la eliminación del tétanos neonatal (TNN) como problema de salud pública en las Américas. La incidencia de TNN ha descendido 95% desde 1988 hasta 2003 con menos de 0,07% de los distritos aun con una tasa de incidencia superior a 1 caso por 1.000 recién nacidos.

El GTA refuerza sus recomendaciones anteriores con respecto al TNN y considera que un solo caso de TNN en las Américas debe considerarse como un fracaso de los servicios de salud. Todos los casos deben evaluarse minuciosamente para determinar cómo pueden prevenirse casos futuros.

Recomendaciones

- Los países deben mantener una cobertura de más de 90% con la vacuna Td para las MEF de cada distrito.
- Se debe contar con un sistema adecuado de vigilancia para garantizar la exactitud de la incidencia notificada del TNN.
- Todos los casos de TNN deben investigarse de manera exhaustiva. La información acerca de la edad de la madre, antecedentes de inmunización, migración reciente, oportunidades desaprovechadas de vacunación y grupo étnico debe usarse a nivel nacional y local para determinar los grupos de alto riesgo restantes.
- El plan nacional para eliminar el tétanos materno y neonatal en Haití debe ponerse en práctica y merece recibir pleno apoyo de la comunidad internacional. La OPS debe seguir usando todos los medios disponibles para ayudar a Haití a fortalecer su infraestructura sanitaria.

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)

Se ha progresado considerablemente con la introducción de la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en la Región mostly in combination con la vacuna DTP+Hib (Pentavalente). Más de 95% de los países han incluido la vacuna en los programas rutinarios de vacunación, con lo cual han obtenido altos niveles de cobertura de vacunación y una reducción notable en la incidencia de la enfermedad.

Recomendaciones

- Los países que todavía no están usando la vacuna contra el Hib deben hacer todo lo posible por introducirla en sus programas rutinarios de vacunación.

- Los países que ya están usando la vacuna contra el Hib deben monitorear y notificar la cobertura de vacunación y los casos de Hib para evaluar el impacto de la intervención.
- El GTA recomienda establecer mecanismos financieros sostenibles para mantener la vacunación contra el Hib. La adquisición de esta vacuna combinada con DTP o DTP/HepB a través del Fondo Rotatorio de la OPS puede resultar en ahorros considerables mejorando así la sostenibilidad.

Recommendaciones para otras enfermedades

1. Fiebre amarilla

- Los países con zonas enzoóticas deben considerar la fiebre amarilla como una prioridad de salud pública y prestar apoyo político, técnico y financiero a la puesta en práctica de planes nacionales para la prevención y el control de esta enfermedad.
- La vigilancia epidemiológica de la circulación del virus de la fiebre amarilla debe fortalecerse en zonas enzoóticas y no-enzoóticas para permitir la rápida implementación de medidas de control de brotes cuando se detecta un caso humano o una epizootia.
- Para mejorar la detección temprana de la circulación del virus de la fiebre amarilla, se recomienda implementar vigilancia de epizootias y de síndromes ictérico-febriles en zonas enzoótica y no-enzoóticas.
- El plan de vacunación contra la fiebre amarilla debe dirigirse al 100% de la población que reside en zonas enzoóticas y regiones que son fuentes de migración hacia zonas enzoóticas. La cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en estas zonas debe mantenerse en más de 95% en los niños de 1 año de edad, tal como debe ser la cobertura de vacunación contra el sarampión.
- Es importante mantener bajos índices de infestación por *Aedes aegypti* en zonas urbanas, no sólo para prevenir la reurbanización de la fiebre amarilla, sino también para evitar brotes extensos causados por el virus del dengue.
- Se deben mantener inventarios adecuados de vacuna contra la fiebre amarilla para el programa regular y las campañas de rutina, así como reservas para el control de posibles brotes.
- Debe fortalecerse el monitoreo de los eventos adversos atribuibles a la vacuna contra la fiebre amarilla.

2. Difteria

- La aparición de difteria endémica es prueba de que la cobertura de vacunación es baja. La experiencia con el brote ocurrido en la antigua Unión Soviética indica que las campañas de vacunación masiva dirigidas a cohortes de edad susceptible son eficaces para detener la difteria. Por consiguiente, se anima a los países donde ocurre difteria a que adopten un enfoque dinámico para mejorar la cobertura con vacuna de DTP mediante una estrategia combinada de actividades de vacunación masiva y fortalecimiento de los servicios rutinarios.

3. Tos ferina

- Para prevenir los brotes de tos ferina, se debe alcanzar y mantener una cobertura de vacunación alta a nivel distrital. Se anima a los países a fortalecer la vigilancia y la capacidad de los laboratorios de confirmar el diagnóstico mediante el cultivo de *Bordetella pertussis*.
- La OPS debe promover el uso de las definiciones de casos estandarizadas y las normas de vigilancia y de laboratorio de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

4. Vacunación con BCG[2]

- Los países deben vacunar a los niños con BCG al nacer ya que esto aumenta la protección contra las enfermedades graves durante el primer año de vida.
- La vacunación primaria con BCG después del primer año de vida no se recomienda porque la protección obtenida es inferior a la que se obtiene cuando se administra la vacuna al nacer.
- Los niños que han recibido una dosis documentada de BCG pero que no desarrollan cicatriz no deben revacunarse.
- El GTA apoya la recomendación de la OMS y la UNION de no revacunar ni administrar dosis de refuerzo.

5. Influenza

- Los países deben establecer y fortalecer la vigilancia epidemiológica de la influenza y de otras infecciones respiratorias agudas para determinar las características de la circulación del virus en los países. Esta recomendación es particularmente importante en las zonas tropicales donde se necesita más información para comprender el patrón de la circulación del virus. La información recogida guiará la formulación adecuada de vacunas y el período oportuno para la administración de éstas; también permitirá a los países medir mejor el impacto de la intervención.
- La OPS recomienda que se vacunen las personas de edad, los enfermos crónicos, las poblaciones inmunodeficientes, los profesionales sanitarios, las mujeres embarazadas y los niños de 6-23 meses de edad, dando prioridad a las personas de 60 o más años de edad.
- Los países deben realizar estudios para documentar la carga de la enfermedad y la repercusión económica de las epidemias anuales de influenza. Se prevé que los resultados apoyarán las políticas de inmunización contra esta infección dentro del contexto de otras prioridades de salud a nivel nacional.
- Todos los países de la Región deben elaborar planes, en conformidad con las normas de la OMS, para responder a una pandemia de influenza. La reciente epizootia ocurrida en Asia, con la aparición de casos de influenza aviar en seres humanos y caracterizada por una alta tasa de letalidad, demostró la necesidad que tienen los países de estar preparados ante una posible pandemia.
- A fin de ayudar a los países a afrontar los desafíos relacionados con la vacuna contra la influenza, la OPS debe convocar un grupo para que aborde cuestiones relativas a la elaboración, producción y adquisición de vacunas, y para que formule recomendaciones.

Evaluaciones nacionales del PAI

La OPS ha promovido evaluaciones de los Programas Ampliados de Inmunización (PAI) nacionales desde los años ochenta, las cuales se han llevado a cabo más frecuentemente desde 1996. Estas evaluaciones, realizadas por un equipo integrado por autoridades nacionales y socios internacionales, permiten determinar las fortalezas y debilidades de cada componente del PAI nacional. Recomendaciones especiales para el mejoramiento de programas son resultado de dichas evaluaciones.

(continuación en la página 7)

[2] Para más información sobre las recomendaciones de BCG, favor ver el Boletín PAI. *Recomendaciones actualizadas para el uso de la vacuna BCG para prevenir la tuberculosis grave,* Junio de 2004, Vol.XXVI (3), http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/Epi_newsletter.htm.

Nuevas vacunas y vacunas subutilizadas

Cuando se considera la introducción de nuevas vacunas, se deben abordar las siguientes cuestiones: carga de la enfermedad, grupos de riesgo, estudios de costo-efectividad, disponibilidad de la vacuna, posibles eventos adversos atribuibles a la vacuna nueva, impacto de la vacuna en el presupuesto nacional y en la cadena de frío, efectos en el calendario de vacunación, lo adecuado del sistema de vigilancia para incluir otra enfermedad, compromiso político y sostenibilidad financiera. Estas son las conside-raciones fundamentales para todos los países que están haciendo planes para introducir vacunas nuevas.

Recomendaciones generales

- Todos los países de la Región deben seguir estable-ciendo sistemas de vigilancia de enfermedades. La información recopilada ayudará a calcular la carga de la enfermedad y proporcionar mecanismos para intervenciones de salud pública. El GTA califica como prioridad la vigilancia de la influenza, enfermedad neumocócica, meningitis meningocócica, infección por rotavirus, infección por hepatitis A e infección con varicela-zoster.
- Todos los PAI nacionales deben establecer comités científicos de consulta para evaluar los riesgos y los beneficios y priorizar las cuestiones relacionadas con la introducción de vacunas.
- Los Comités Nacionales de Prácticas de Inmunización deben participar plenamente en este proceso de evaluación. Se debe prestar atención especial a la sostenibilidad financiera cuando se considere la introducción de una nueva vacuna.
- Una vez que se ha introducido una nueva vacuna, el GTA hace hincapié en el compromiso para mantener un suministro permanente de vacunas y actividades de vigilancia para monitorear la repercusión de la intervención.

Rotavirus

El rotavirus (RV) es una de las causas más comunes de diarrea grave en todo el mundo y produce más de 600.000 defunciones cada año (aproximadamente 5% del total de defunciones de niños de menores de 5 años de edad). De estas, 82% ocurren en los países en desarrollo. En la Región de las Américas, la diarrea por RV constituye un problema importante de salud pública en la mayoría de los países y causa más de 15.000 defunciones y 75.000 hospitalizaciones por año.

En el Sexto Simposio Internacional sobre el Rotavirus celebrado en México en julio de 2004, los representantes de ministerios de salud exhortaron a la OPS y al Fondo Rotatorio de la OPS a facilitar la introducción de vacunas contra el rotavirus, a precios accesibles para todos los países de la Región y tan pronto como se disponga de una vacuna.

Recomendaciones

- La OPS debe apoyar los estudios y los sistemas avanzados de vigilancia epidemiológica del rotavirus que se han iniciado en algunos países de la Región. Los países que no han empezado este tipo de estudios deben hacerlo cuanto antes, de conformidad con el protocolo genérico de la OMS para la vigilancia del rotavirus.
- La metodología para estudios económicos como de costo-beneficio y de costo-efectividad debe estandarizarse para facilitar la comparación entre los países.
- Se debe crear una base de datos de vigilancia que permita comparar los resultados de diferentes estudios de la Región. La base de datos sería similar a la que existe para la poliomielitis, el sarampión y la rubéola. La identificación de los genotipos y serotipos de rotavirus circulantes más frecuentes de la Región ayudará a definir mejor la vacuna más apropiada.
- La OPS debe convocar una reunión de Ministros de Salud y Ministros de Hacienda de 10-12 países en la primera mitad de 2005 para discutir las implicaciones económicas de la introducción de vacunas contra el RV.
- Se deben evaluar en detalle los resultados finales relativos a la seguridad de la vacuna.

Neumococo

A nivel mundial, se calcula que la enfermedad neumocócica causa 1,6 millones de defunciones, 800.000 de las cuales ocurren en niños. Las tasas de enfermedad invasiva son más altas en los niños menores de 2 años de edad, pero la enfermedad sigue ocurriendo en otros grupos de edad y en particular en ancianos.

Estudios de población que usan establecimientos de salud que cubren poblaciones bien definidas son valiosos para determinar la incidencia de la neumonía. Un enfoque combinado consistente en el uso de criterios clínicos e imágenes radiológicas facilita el diagnóstico probable de las neumonías bacterianas. No obstante, se han finalizado sólo tres estudios en Brasil, Uruguay y Argentina (todos apoyados por la OPS y PATH). El IV Taller Regional sobre la vigilancia epidemiológica del Pneumococco met dos días antes de la reunión del GTA para revisar el estado actual de la vigilancia del neumococco en las Américas.

Recomendaciones

- Fortalecer la capacidad de los laboratorios para mantener el alto nivel de desempeño que hasta ahora ha logrado la red de vigilancia.
- Fortalecer los componentes clínicos y epidemiológicos de la vigilancia.
- Según las capacidades, emprender una o más de las siguientes actividades en centros de vigilancia clave: estudios económicos, vigilancia de la enfermedad neumocócica en adultos y fortalecimiento del componente de estudio en la población.
- Apoyar el papel de la OPS en la coordinación regional para la supervisión de la red de vigilancia, por ejemplo mediante reuniones de países, movilización de sociedades de pediatría y visitas de supervisión.

Virus Papiloma Humano (VPH)

El carcinoma del cuello uterino sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en las mujeres de la Región de las Américas. Aunque todavía no se dispone de una vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para la prevención del cáncer cervicouterino, la OPS debe animar a los países miembros a discutir el progreso realizado en este campo. En el momento apropiado, los países deberán comenzar una planificación racional para la introducción de vacunas, centrándose en la vigilancia epidemiológica y la carga de la enfermedad.

(continación de la página 5)

Recomendaciones

- La OPS debe seguir realizando evaluaciones nacionales del PAI en la Región y promoviendo el uso de los resultados como instrumento para elaborar Planes de Acción anuales del PAI y también para fortalecer las alianzas estratégicas. Además, evaluaciones repetidas deben usarse como instrumento para medir el progreso en el transcurso del tiempo.
- El GTA recomienda refinar los criterios de desempeño para el compromiso político teniendo en cuenta el progreso regional. El compromiso político no puede evaluarse exclusivamente por la existencia de una ley relativa a vacunas o de una línea presupuestaria en el presupuesto nacional para vacunas en el país. También deben considerarse los niveles de personal y la cantidad de recursos asignados al apoyo logístico.

Vacunación Segura

A medida que disminuye la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación gracias a efectivos programas de vacunación, se harán más notables los eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación o la inmunización. En 2003, se realizaron talleres de capacitación de seguridad de la inmunización en Perú, Ecuador y el Caribe de habla inglesa. Asistieron participantes de 21 países, incluidos 183 profesionales del campo de la inmunización, de la epidemiología y de las comunicaciones, así como representantes de autoridades reguladoras nacionales.

Recomendaciones

- Para medir el progreso de la puesta en práctica del sistema de monitoreo para la seguridad de la vacunación en los países, se han propuesto los siguientes indicadores: el porcentaje de eventos adversos graves investigados en un plazo de 24 horas y la tasa de eventos adversos clasificados como errores del programa. En la próxima reunión del GTA, se deben presentar y evaluar experiencias de los países con el uso de dichos indicadores.
- Se deben elaborar y aplicar reglamentos ambientales, dado que son cruciales para promover el desecho apropiado de agujas y jeringas.

Semana de Vacunación en las Américas

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) empezó como una propuesta de los Ministros de Salud de la Región Andina, en respuesta a un brote de sarampión que ocurrió en Venezuela y Colombia en 2002. Este evento anual fue respaldado por el 44.º Consejo Directivo de la OPS en 2003 mediante la Resolución CD44.R1. Los principios fundamentales de la SVA son equidad, acceso y panamericanismo. Las actividades de vacunación se dirigen a las poblaciones indígenas y las minorías étnicas, los municipios con bajas coberturas y las zonas remotas, alrededor de las fronteras o en el límite urbano.

Recomendaciones

- Garantizar la sostenibilidad de la SVA al incluirla en los Planes de Acción del PAI nacional y al usarla para apoyar la eliminación de la rubéola y el SRC en la Región.
- Mantener la SVA como una estrategia para fortalecer los programas de vacunación en toda la Región, aumentar la visibilidad y la abogacía en la agenda política.
- Dirigir intervenciones a grupos de población tradicionalmente marginados.
- Mediante evaluaciones operativas, documentar la reducción de las inequidades de vacunación al determinar las contribuciones de la SVA en beneficio de los niños que no habían recibido ninguna dosis previa.

Premio OPS de Inmunización, 2004

Los programas de vacunación de El Salvador y Ecuador recibieron conjuntamente el Premio OPS de Inmunización que se otorga por quinta vez (ver fotos en la página 1). El premio se entrega en homenaje a las contribuciones técnicas sobresalientes a un programa nacional de inmunización y a los esfuerzos de un país para controlar y eliminar enfermedades inmunoprevenibles. El premio consiste en un certificado y US $3.000.

El Premio OPS de inmunización fue creado en 1993, tras la adjudicación del Premio Príncipe Mahidol al Dr. Ciro de Quadros, Director antiguo de la Unidad de Inmunización de la OPS, por su contribución a la erradicación de la poliomielitis en las Américas en 1991, la primera región del mundo en alcanzar esta meta. A una parte del componente pecunario del Premio Príncipe Mahidol se sumaron fondos de contrapartida de la OPS y así se estableció el Premio de inmunización. La selección del ganador del premio está a cargo de un jurado compuesto por los miembros del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA).

Los programas de vacunación de El Salvador y Ecuador se hicieron merecedores del premio por sus exitosas campañas de vacunación contra la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). Las campañas de ambos países estaban destinadas a la población adulta y se iniciaron a finales de la primavera de 2004. En Ecuador, se aplicó la vacuna contra el sarampión y la rubéola (MR) a 2.469.877 hombres y 2.347.727 mujeres de 16 a 39 años de edad. En el número del *Boletín Informativo del PAI*[1] de octubre de 2004 se dan más detalles acerca de la campaña realizada en Ecuador. En El Salvador, 2.796.301 hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad recibieron la vacuna. Durante las dos primeras semanas, se administró la vacuna MR a la población cautiva (lugares de trabajo, centros de educación y lugares con gran circulación de personas), y luego se hizo la vacunación casa a casa.

La vacunación de adultos (dirigida a adolescentes y adultos) es diferente en los aspectos cualitativos de la vacunación de niños y exige nuevos métodos para llegar hasta la población objetivo. Sin embargo, la experiencia indica que es posible lograr niveles altos de cobertura en ese grupo. Las campañas de vacunación de adultos contra el sarampión y la rubéola aportan varias lecciones que pueden aplicarse a las futuras campañas de vacunación dirigidas a la población adulta (hepatitis B, influenza y virus del papiloma humano).

[1] Boletín Informativo del PAI: V*acunación de adultos para mantener la interrupción de la transmisión del sarampión y para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en Ecuador.* Octubre 2004, Vol. XXVI (5): 1-3, http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/Vaccines.htm.

In Memoriam: Dr. John La Montagne, Miembro del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

El Dr. John La Montagne, miembro del Grupo Técnico Asesor (GTA), falleció la noche del martes 2 de noviembre de 2004 al llegar al aeropuerto de la ciudad de México. El Dr. La Montagne, de 61 años de edad, se disponía a asistir a la XVI Reunión del GTA sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, que se celebró en la ciudad de México en noviembre pasado.

El Dr. La Montagne era Director Adjunto del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID), de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), cargo que desempeñó desde febrero de 1998 hasta su fallecimiento. A la fecha de su muerte, supervisaba un presupuesto de cerca de US $ 4.000 millones destinados a la investigación de enfermedades infecciosas, como la infección por el VIH/SIDA, la influenza, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades causadas por potenciales microorganismos usados como bioterrorismo.

El Dr. La Montagne había recibido su Ph.D. en microbiología de la Universidad de Tulane, en 1971. En 1976, fue nombrado Oficial del Programa contra la influenza en el NIAID, de los Institutos Nacionales de Salud. En 1983, pasó a ocupar el cargo de Oficial del Programa de vacunas antivirales; y, en 1984, fue designado como Oficial del Programa de la Influenza y Enfermedades Respiratorias Virales. A partir de 1986, el Dr. La Montagne desempeñó la función de Director del Programa contra el SIDA. En 1987, fue seleccionado para dirigir el Programa de Microbiología y Enfermedades Infecciosas.

En el primer día de la Reunión del GTA, el GTA y los participantes de la reunión pusieron de relieve la contribución tan valiosa del Dr. La Montagne a la salud pública y luego guardaron un minuto de silencio en su memoria. El Dr. La Montagne hizo contribuciones relevantes a las iniciativas nacionales e internacionales contra las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, incluyendo actividades relacionadas con la biodefensa y fue objeto de reconocimiento internacional por su liderazgo en esta esfera. Tuvo una función destacada en la organización de la Iniciativa Multilateral sobre la Malaria, una iniciativa internacional que abarca la investigación y el control de esta enfermedad y cuenta con la participación de organismos de desarrollo de los Estados Unidos, Europa y África. Además, fue miembro de los Grupos Científicos Asesores de Expertos sobre Vacunas y Productos Biológicos para la Organización Mundial de la Salud (OMS). Presidió el Grupo Especial de la OMS sobre Planificación Estratégica para la Iniciativa en pro de la Vacunación Infantil y fue además miembro de la junta de la Alianza Mundial para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis.

James M. Hughes, director del Centro Nacional para las Enfermedades Infecciosas, en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, dijo del Dr. La Montagne que "Su estilo era más bien trabajar tranquilo tras los bastidores para obtener resultados y no ser una figura prominente en el escenario, lo que coincidía con su personalidad". Por su parte, Tommy G. Thompson, Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales, el organismo del que depende el NIH, dijo que el Dr. La Montagne fue "un verdadero héroe de la salud pública cuyo liderazgo, especialmente en la esfera de las enfermedades infecciosas, hizo del mundo un lugar más sano. Su muerte representa una gran pérdida para todos nosotros".

El *Boletín Informativo PAI* 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

Pan American Health Organization
Regional Office of the World Health Organization

ISSN 0251-4729.

Editor: Jon Andrus
Editores Adjuntos: Béatrice Carpano y Carolina Danovaro

Unidad de Inmunización
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
http://www.paho.org