



Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLÚMEN XXVIII, NÚMERO 4 ► AGOSTO DE 2006

1 XVII.^a Reunión del GTA: Recomendaciones finales1 Reunión *Ad-hoc* de Expertos para Establecer las Mejores Prácticas de Vigilancia del SRC

XVII.^a Reunión del GTA – Protegiendo la Salud de las Américas: Avanzando de la salud de los niños a la de la familia

La XVII.^a Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre enfermedades prevenibles por vacunación se llevó a cabo en Ciudad Guatemala, del 25 al 27 de julio de 2006. El GTA se reúne cada dos años y funciona como el principal foro para aconsejar a los Estados Miembros de la OPS sobre la elaboración de políticas de inmunización y sobre iniciativas para el control de enfermedades. Sigue un resumen de las conclusiones y recomendaciones presentadas en el Informe Final.

El GTA reconoció el considerable progreso logrado por los países miembros desde el último GTA en 2004. Este año, el GTA se enfocó en los nuevos desafíos que conlleva la transición de la inmunización de los niños a la de la familia y la agenda inconclusa.

El Dr. Ciro de Quadros, Presidente del GTA, inauguró la reunión. Lo siguió el Dr. Rudy Eggers de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, quien reiteró el llamado a la acción para eliminar la rubéola. La Dra. Mercy Ahun presentó en nombre de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), recalando la necesidad de continuar el apoyo a los países más pobres del mundo. La Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS, ofreció a los participantes un informe del progreso en el cumplimiento de las recomendaciones hechas durante la reunión del GTA de 2004 en la Ciudad de México. Representantes de diversas organizaciones, tales como los Centros de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), GAVI, PATH, Sabin Vaccine Institute y UNICEF también tuvieron la oportunidad de intervenir para sostener

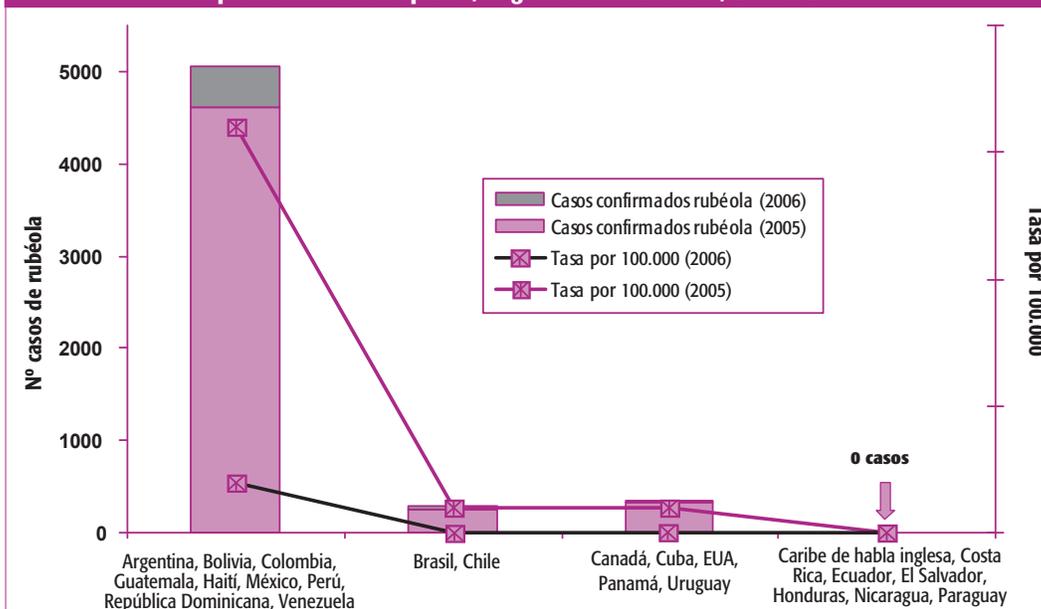
Reunión *Ad-hoc* de Expertos para Establecer las Mejores Prácticas de Vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita

Durante la XVI.^a Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación realizada en noviembre de 2004, se establecieron recomendaciones para acelerar el avance alcanzado en la Región hacia la meta de la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). Una de las principales recomendaciones fue solicitar que la OPS convocara una reunión *ad-hoc* de expertos para definir buenas prácticas de salud pública para fortalecer la vigilancia del SRC.

Las estrategias de eliminación de la rubéola y del SRC implementadas en las Américas han mostrado avances sustanciales a la fecha. Con el progreso de los países de la Región hacia la meta de eliminación, surgen nuevos retos para la detección de casos sospechosos de SRC. La calidad de la vigilancia epidemiológica de la rubéola y del SRC continúa siendo un desafío crucial.

La reunión *Ad-hoc* de Expertos para Establecer las Mejores Prácticas de Vigilancia del SRC se celebró en Washington, D.C. el 10 y 11 de julio de 2006. Expertos de Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Ecuador, India, México, Nicaragua, Perú, Reino Unido, Estados Unidos y Venezuela presentaron las lecciones aprendidas de sus experiencias. Los profesionales en las áreas de oftalmología, cardiología y audiología compartieron sus experiencias en el manejo de niños afectados por el SRC.

Figura 1. Casos confirmados de rubéola y tasas (x 100.000 hab.) según estrategia de eliminación implementada en los países, Región de las Américas, 2005 a 2006*



* Incluye datos notificados por los países hasta la Semana Epidemiológica 26/2006.

Fuente: informes de los países.

los programas de inmunización de la Región. El Dr. Joxel García, Director Adjunto de la OPS, y el Sr. Ing. Marco Tulio Sosa, Ministro de Salud de Guatemala, abrieron la reunión de manera oficial, subrayando la importancia de lograr y sostener iniciativas Regionales tales como la eliminación del sarampión y la rubéola. El Dr. Jon Kim Andrus y la Dra. Tambini ocuparon los puestos de co-Secretarios *ad-hoc* de la reunión.

Rubéola y síndrome de rubéola congénita

El GTA felicita a los países miembros por el significativo progreso regional hacia el objetivo de eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (SRC) para el 2010. El número de casos confirmados de rubéola disminuyó en 96,2% entre 1998 y 2005 (de 135.947 a 5.209).¹ El impacto ha sido mayor en países que vacunaron a hombres y mujeres (0 casos de rubéola después de las campañas), en comparación con otros países donde sólo mujeres fueron vacunadas (N = 254, tasa = 0,1 por 100.000). La incidencia de la rubéola ha sido mayor en los grupos de países que aún no han implementado campañas de vacunación (N = 4.618, tasa = 1,6 por 100.000) (figura 1). Hasta junio 2006, 37 (80%) de los países y territorios de las Américas han implementado planes de vacunación (lo que se traduce en 75% de la población de la Región) y han obtenido coberturas >95%. Se espera que los siete países restantes finalicen sus campañas para junio de 2007.

Se ha fortalecido la vigilancia integrada de sarampión y rubéola. Hasta la semana epidemiológica 26 de 2006, 97% de los casos sospechosos habían sido

¹ Datos provisionales hasta la Semana Epidemiológica 28 de 2006.

descartados después de la prueba de laboratorio. Previo a la implementación de la estrategia de eliminación, menos de 20% de los casos de rubéola eran confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico; este porcentaje aumentó a 96% en 2005.

Los siete indicadores que el GTA apoya son el porcentaje de sitios que notifican semanalmente, el porcentaje de casos con investigación adecuada, el porcentaje de casos con muestra de sangre adecuada, el porcentaje de muestras de sangre recibidas por el laboratorio en ≤ 5 días, el porcentaje de resultados de laboratorio reportados en ≤ 4 días, el porcentaje de casos descartados por laboratorio y el número de cadenas de transmisión con muestras representativas para el aislamiento viral. En general, el cumplimiento de tres de estos indicadores es bajo. Hasta la semana 26 de 2006, el porcentaje de casos con investigación adecuada era de sólo 78%, sólo 56% de las muestras fueron recibidas por el laboratorio en 5 días o menos y solamente 69% de los resultados de laboratorio fueron reportados en 4 días o menos.

Las mejores prácticas de salud pública están siendo identificadas para mejorar la vigilancia del SRC a nivel de la atención primaria, fortalecer la capacidad de diagnosticar deficiencias en servicios de salud y garantizar la revisión de casos sospechosos de SRC por expertos (ver artículo en la página 1). La meta del sistema de vigilancia del SRC es monitorear tendencias, ayudar en la identificación de reservorios de transmisión y servir como una herramienta clave de abogacía. En 2005, 1.952 casos sospechosos de SRC fueron reportados y 16 fueron confirmados.¹ Hasta la semana epidemiológica 26 de 2006, se habían reportado 342 casos sospechosos de SRC y uno había sido confirmado.

Se han logrado importantes avances en el desarrollo de la capacidad de los laboratorios para detectar y aislar virus de la rubéola, incrementando el conocimiento sobre los genotipos endémicos en la Región. El genotipo más frecuente es el 1C, seguido por el 1E y el 1g. Los últimos dos han sido asociados a casos importados por medio de investigaciones epidemiológicas. Sin embargo, el número de muestras para el aislamiento viral de la rubéola es aún limitado (en 2005, sólo 93 muestras fueron recolectadas para aislamiento) y debe ser incrementado substancialmente para mejorar la documentación de los reservorios del virus autóctono y de los genotipos del virus importados.

La falta de suficientes resultados de laboratorio reportados en menos de 4 días es alarmante para el GTA. En algunos países, el cumplimiento de este indicador se ve afectado por el número de laboratorios subnacionales que no reciben suficientes muestras para procesarlas inmediatamente y esperan que las muestras se acumulen antes de procesarlas para evitar el desperdicio de kits de laboratorio. En otros países, el indicador es afectado por el registro tardío de los resultados de laboratorio en la base de datos nacional.

Recomendaciones:

1. Estrategias de vacunación

- En concordancia con las recomendaciones anteriores del GTA, se recomienda a los países endémicos implementar campañas únicas de vacunación masiva para hombres y mujeres y alcanzar $\geq 95\%$ de cobertura.
- El GTA recomienda que los requisitos para campañas de alta calidad (ver cuadro sombreado a la izquierda) sean considerados en el diseño e implementación de las campañas de vacunación masiva contra la rubéola. Los países que no vacunaron a todos los susceptibles en la población deben analizar sus datos para identificar la población masculina susceptible (en la cual una transmisión sostenida puede ocurrir) que debe ser vacunada. La OPS debe proporcionar apoyo en este proceso.
- El GTA hace un llamado a los países para que documenten sus experiencias, éxitos y lecciones aprendidas durante las campañas masivas de vacunación de adultos y que las compartan con el resto de países. Estas lecciones serán útiles para la introducción de la vacuna contra el VPH y, últimamente, para la introducción de una vacuna contra el VIH/SIDA.

2. Vigilancia epidemiológica

- La integración total de la vigilancia del sarampión y de la rubéola es un requisito y los laboratorios integrados son un aspecto importante del sistema de vigilancia. El énfasis debe estar en la vigilancia activa. Excepto en condiciones de brote, todas las muestras deben pasar por pruebas de sarampión y rubéola.

Como lograr la eliminación de la rubéola:

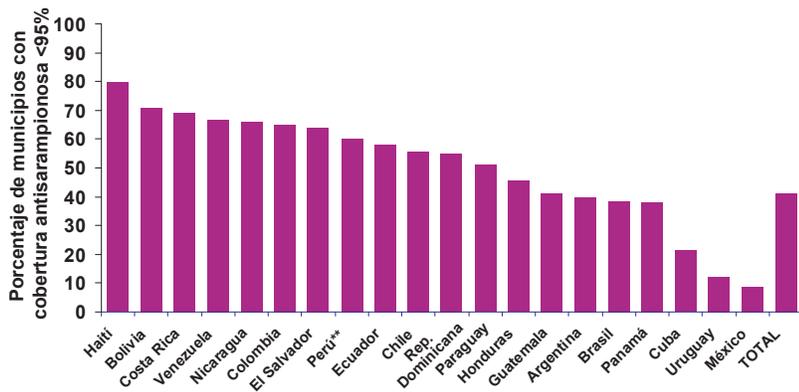
Como parte de sus esfuerzos para lograr la eliminación, los países deben llevar a cabo una campaña masiva única, vacunando a hombres y mujeres con la vacuna SR o SRP¹, tomando en consideración los siguientes requisitos para garantizar que una campaña de calidad sea implementada:

- El grupo de edad a ser vacunado debe ser determinado en base a la epidemiología de la rubéola en el país, una evaluación de la población susceptible, el año de introducción de la vacuna contra la rubéola, campañas de vacunación contra la rubéola posteriores y la necesidad de proteger a mujeres en edad fértil (MEF).

- Las campañas de calidad requieren la vacunación de mujeres y hombres, incluyendo a adultos susceptibles, y que se alcancen niveles de cobertura cercanos al 100% de la población objetivo.
- Se debe garantizar una alta participación y compromiso político.
- Se requiere de una intensa movilización social y micro-planificación local para asegurar la completa participación de la población.
- El sistema de información debe ser práctico y útil.
- Se debe contar con la capacidad de detectar y dar una respuesta rápida a las inquietudes sobre seguridad y otros temas que surjan durante las campañas.

¹ Los temas de seguridad y suministro/costo deben ser considerados cuando se utilice la vacuna SRP.

Figura 2. Porcentaje de municipios con cobertura de sarampión <95% en niños de un año de edad, Américas Latina, 2005*



* Datos provisionales

** Datos de cobertura 2004

Fuente: informes de los países como reportado en los formularios conjuntos de la OPS-OMS/UNICEF para la notificación.

Immunización de rutina

Aunque las coberturas a nivel nacional reportadas son altas en toda la Región, las coberturas son heterogéneas a nivel municipal, donde hay una proporción significativa de municipios que reportan coberturas <95% (figura 2). **El GTA reafirma la recomendación que todos los países deben lograr una cobertura de vacunación $\geq 95\%$ con todos los biológicos en cada uno de sus municipios.**

- Los países deben asegurar que los indicadores cumplan con los estándares recomendados. Se debe prestar especial atención a los grupos de casos sospechosos y áreas silenciosas.

3. Laboratorio

- El número de muestras clínicas colectadas para el aislamiento viral debe ser incrementado para documentar los genotipos endémicos y la interrupción de la transmisión endémica de la rubéola en las Américas.
- En una mujer embarazada, la prueba de IgM deber ser realizada sólo cuando hay una historia de erupción o contacto con una erupción parecida a la de la rubéola. La prueba de IgM NO se recomienda un como examen prenatal de rutina.
- Se debe promover la realización de pruebas de laboratorio serológicas y virológicas para todos los casos sospechosos de SRC.
- El GTA recomienda que PAHO revise las redes de laboratorios subnacionales, prestando atención particular a las redes subnacionales, para identificar las áreas problemáticas y proponer acciones correctivas.

Sarampión

La ausencia de la transmisión del virus del sarampión desde noviembre de 2002 es prueba del éxito de la iniciativa de eliminación del sarampión en las Américas. Sin embargo, la circulación endémica del virus del sarampión en otras partes del mundo pone a nuestra Región bajo constante amenaza de importaciones. De los 370 casos de sarampión reportados en las Américas entre enero 2003 y abril 2006, 51% fueron positivamente relacionados con una importación, originándose de todas las otras Regiones de la OMS. Seis brotes con

>10 casos fueron detectados desde 2003 (rango = 10-108 casos).

Los países deben evitar hacerse indiferentes ante el riesgo de importaciones de sarampión y el posible reestablecimiento de la transmisión endémica de esta enfermedad. Los brotes en México y Venezuela que muestran casos de sarampión en niños de 1 a 4 años de edad indican un debilitamiento en la vacunación de rutina. Las campañas de *seguimiento* nacionales que debieron ser realizadas cada 3 a 4 años han sido canceladas o pospuestas indefinidamente en algunos países. Finalmente, los indicadores de la vigilancia integrada de sarampión/rubéola no han mostrado una mejora o han empeorado. Aún cuando la cobertura de vacunación contra el sarampión a nivel regional fue de 92% en 2004, 39% de municipios tuvieron una cobertura <95%, indicando que la cobertura aún no es homogénea y que existen bolsones de grupos susceptibles en nuestra Región.

Recomendaciones:

- Los países deben identificar a los municipios con cobertura <95% con vacuna antisarampiónosa y diseñar estrategias para lograr y mantener una cobertura en el rango 95%-100% en todos los municipios.
- Campañas nacionales de *seguimiento* de alta calidad (coberturas $\geq 95\%$ en cada municipio) deben ser implementadas cada 3 a 4 años (o antes si los cálculos muestran una acumulación de susceptibles >80% de la típica cohorte de recién nacidos), independientemente de que una segunda dosis de SRP esté incluida en el esquema nacional de inmunización. Sólo cuando coberturas $\geq 95\%$ para cada una de las dos dosis de SRP estén garantizadas en todos los municipios se podrán pasar por alto las campañas de *seguimiento*.

- La vacunación de grupos profesionales en riesgo, tales como los trabajadores de la salud, el transporte y el turismo, es recomendada y debe ser verificada regularmente por medio de un proceso formal establecido.
- Todos los residentes de las Américas que viajen a áreas con casos reportados de sarampión (o rubéola) deben ser inmunes al sarampión (y a la rubéola) antes de su partida. No se recomienda requerir una prueba de vacunación para viajeros que lleguen a la Región.
- La vigilancia integrada sarampión/rubéola debe incluir a instituciones privadas, tales como aquellas que utilizan los turistas, para incrementar la sensibilidad y la oportuna detección de casos.

Poliomielitis

El Hemisferio Occidental fue certificado libre de la circulación del virus salvaje de la polio en 1994; el último caso de poliomiélitis causado por el virus salvaje fue detectado en Perú en 1991. La vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) sigue en pie en la Región de las Américas. La tasa de PFA continúa por encima de 1/100.000 niños <15 años de edad y la proporción de muestras adecuadas continúa siendo aproximadamente 80%. El nivel de cumplimiento de este indicador resalta la necesidad de que un organismo independiente ayude a cada país con la clasificación del 20% restante de casos (~400-500 casos por año) sin muestras adecuadas.

La viabilidad de la erradicación global de la poliomiélitis en un futuro cercano fue reafirmada en Ginebra en 2005 por el Comité Asesor sobre la Eradicación de la Poliomiélitis (*Advisory Committee on Polio Eradication/ACPE*) y en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2006. La transmisión del poliovirus autóctono aún ocurre en Nigeria, India, Pakistán y Afganistán así como en varios

otros países que previamente estuvieron libres de la poliomielitis y que recientemente han sido re-infectados. Estos países incluyen varios en África, por ejemplo, Angola, los cuales tienen nexos cercanos con las Américas. Es por esto que, después de 15 años de haber erradicado el virus salvaje de la polio, la Región de las Américas continúa en riesgo constante de importaciones de polio provenientes de países donde el virus aún circula ampliamente. El número de casos de poliomielitis en el mundo fue de 1.255 en 2004 y de 1.951 en 2005.

Recomendaciones:

- La vacuna contra la polio oral (VOP) continúa siendo la vacuna de elección en la fase final de la erradicación global de la polio.
- Para reducir el riesgo de importaciones y prevenir otro brote causado por un poliovirus derivado de la vacuna Sabin, los países que no han logrado una cobertura con VOP $\geq 95\%$ en cada municipio deben efectuar campañas anuales de inmunización con VOP para niños menores de 5 años de edad, independientemente de su estado de vacunación.
- Los países deben mantener una vigilancia de la PFA de alta calidad, fortaleciendo así la red de laboratorios de polio, y completar la fase I de la contención de laboratorio del virus salvaje de polio para fines de 2006. La OPS debe establecer un panel de expertos para revisar los informes sobre la contención en laboratorio de los países y proporcionar retroalimentación a éstos. Todos los países en la Región deben mantener una alta cobertura de vacunación de por los menos $>95\%$ en niños menores de 5 años en cada municipio.
- Los países en la Región deben establecer un grupo o comisión nacional de expertos que examine de cerca los casos sin muestras de heces adecuadas. Cada uno de estos casos debe ser acompañado por un informe escrito que especifique la clasificación final y los criterios utilizados por el grupo de expertos para determinar esta clasificación.

Nuevas vacunas y vacunas subutilizadas

En la última década se han desarrollado varias nuevas vacunas y otras se encuentran en proceso de desarrollo. Este extraordinario progreso en biotecnología proporcionará numerosas nuevas vacunas al arsenal médico. Los países se verán enfrentados al importante desafío de incorporar su uso en los programas nacionales de inmunización, cuando amerite.

Por lo tanto, se insta a los países a que revisen los criterios para la introducción de nuevas vacunas y utilicen las lecciones aprendidas de la introducción de otras vacunas como Hib y hepatitis B. Los estudios de carga de enfermedad y análisis económicos, y otras actividades, son fundamentales para el

proceso de toma de decisiones. En relación a las nuevas vacunas contra el rotavirus, neumococo y VPH, la actividad principal a ser priorizada es el trabajo coordinado con otras organizaciones o grupos que ya han desarrollado planes para el control de diarreas, infecciones respiratorias agudas y cáncer cervicouterino.

Debido a que el precio de estas nuevas vacunas será significativamente más alto que el de las vacunas infantiles tradicionales, la introducción de nuevas vacunas deberá basarse en evidencia de su costo-efectividad. Con este objetivo, la OPS se encuentra desarrollando una metodología para capacitar a los gerentes de los programas nacionales de inmunización en la evaluación del costo-efectividad de estas nuevas tecnologías. Esta iniciativa conocida como Pro-Vac será lanzada en septiembre de 2006 con un taller regional a realizarse en Washington, D.C.

Recomendación:

- Los países deben realizar análisis económicos para evaluar la introducción de medidas de intervención. Estos análisis deben seguir metodologías estandarizadas, de acuerdo a la iniciativa Pro-Vac, con el fin de obtener resultados comparables.

Recomendaciones para nuevas vacunas y vacunas subutilizadas

1. Rotavirus

- Todos los países de la Región deben implementar la vigilancia de diarreas por rotavirus estandarizada y altamente sensible en hospitales centinela para el final de 2006 con el objetivo de caracterizar el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad en la Región y obtener así datos que posibiliten la toma de decisiones basada en evidencia sobre la introducción de la vacuna.
- Todos los países deben enviar sus datos de vigilancia de las diarreas por rotavirus mensualmente al sistema regional de vigilancia de la OPS para que sean consolidados a nivel de la Región y retroalimentados a los países miembros.
- Una gran proporción de los casos de diarrea hospitalizados no corresponden a la definición de caso estandarizada propuesta. La OPS debe asistir a los países para que se entienda mejor la definición de caso estandarizada y promover la amplia distribución de los lineamientos y la capacitación de los profesionales de la salud en su uso.
- Los países deben evaluar la capacidad de su cadena de frío en todos los niveles, los esquemas de vacunación y la disponibilidad de recursos humanos y también deben considerar la capacitación de los trabajadores de la salud en la utilización de la vacuna como actividades previas a su introducción.

2. Neumococo

- Los países deben implementar la vigilancia epidemiológica de las neumonías y meningitis en menores de 5 años para conocer la carga de enfermedad y el perfil de la misma en la población, basados en los lineamientos que se están preparando.
- La OPS debe apoyar la expansión de la capacidad de la red de laboratorios establecida por el proyecto SIREVA original para así fortalecer su capacidad para serotipificar los neumococos aislados.
- El apoyo a la vigilancia de neumococo es una alta prioridad y el apoyo brindado por la OPS debe mantenerse más allá de los dos años que cubre la subvención.

3. Virus del papiloma humano

- El GTA reconoce la labor de la OPS en la introducción de una propuesta Regional para la introducción de la vacuna contra el VPH y recomienda fuertemente la continuación de este proceso. El GTA insta a todos los países a que tomen las medidas necesarias para garantizar la introducción temprana de la vacuna, particularmente en países con programas de tamizaje de baja calidad.
- La OPS debe convocar una reunión *ad-hoc* de expertos para discutir las estrategias óptimas y herramientas efectivas para la vigilancia del VPH en Latinoamérica y el Caribe.
- La OPS debe apoyar la implementación de proyectos pilotos de vigilancia del VPH en países miembros seleccionados para demostrar como este sistema debe funcionar, sus costos y el sistema de información que requeriría.
- La OPS debe continuar el trabajo con sus socios y proveedores para asegurar que las vacunas contra el VPH sean financieramente accesibles y se hagan disponibles de manera equitativa en Latinoamérica y el Caribe.
- El GTA apoya las recomendaciones de la segunda Reunión sobre Alianzas para la Introducción de la Vacuna contra el VPH que se llevó a cabo en Guatemala el 24 de julio de 2006.

4. Fiebre amarilla

- Los países con áreas enzoóticas deben considerar la fiebre amarilla como una prioridad de salud pública, brindando todo el apoyo político, técnico y financiero para continuar con la ejecución de los planes nacionales para la prevención y el control de la fiebre amarilla.
- Es crucial completar la vacunación de toda la población residente en áreas enzoóticas y en comunidades de donde se originan los inmigrantes a las áreas enzoóticas. El fortalecimiento del sistema de información y análisis es fundamental para la evaluación y el monitoreo de los planes, con el fin de focalizar la vacunación en municipios o áreas con bajas coberturas de vacunación.

- Se recomienda a los 3 países pendientes incluir la vacuna contra la fiebre amarilla en su esquema nacional para niños cumpliendo el primer año de edad. Esta vacuna debe ser administrada simultáneamente con la vacuna SRP.
 - Los países deben continuar mejorando la calidad y sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica para la fiebre amarilla. En áreas no enzoóticas se deben fortalecer las medidas de control de brotes que incluyen: aumentar la sensibilidad del sistema de vigilancia, mejorar la capacidad de respuesta oportuna a los brotes, mantener un stock de vacunas a nivel nacional y realizar control vectorial para evitar la reurbanización de la enfermedad.
5. **Influenza estacional**
- Todos los países deben fortalecer el sistema de vigilancia para determinar la carga de enfermedad de la influenza, el costo-efectividad de la introducción de la vacunación contra la influenza y su impacto, y para decidir la mejor estrategia de vacunación y cuando vacunar, particularmente en áreas tropicales. La OPS deberá proporcionar y diseminar lineamientos a los países.
 - El GTA recomienda que todos los países establezcan una política de vacunación contra la influenza estacional, que tenga como objetivo vacunar contra la influenza estacional a niños de 6 a 23 meses de edad, trabajadores de la salud, personas con enfermedades crónicas, y adultos mayores.
 - Los países que utilizan la vacuna deben documentar sus experiencias y lecciones aprendidas sobre la identificación de grupos de alto riesgo. Esto será útil para los países que aún no han introducido la vacuna y en el evento de una pandemia.
 - La OPS debe continuar la promoción de mecanismos de transferencia de tecnología para incrementar la capacidad de producción de vacunas en la Región, así como observar los cambios en la oferta mundial.
6. **Influenza pandémica**
- Todos los países deben seguir fortaleciendo, actualizando e implementando sus planes de preparación para una pandemia de influenza. Es fundamental que estos planes sean implementados a nivel local. El GTA recomienda que los países hagan operativos sus planes nacionales mediante la implementación de simulacros con participación local.
 - La OPS debe seguir organizando talleres para la preparación de planes nacionales y estimular el intercambio de información sobre la preparación a nivel nacional con ejercicios de simulacro.

Fortalecimiento de la gerencia del programa

Los países de las Américas han usado varios mecanismos para la gestión y la supervisión de sus programas de inmunización. Estos incluyen evaluación periódica de los programas, planes de acción, micro-planes a nivel local, comités de coordinación inter-agencial (CCI), comités nacionales asesores de prácticas de inmunización, supervisión periódica, retroalimentación al nivel local incluyendo tasas de cobertura y datos de vigilancia, evaluación periódica de la calidad de la información de inmunización, línea presupuestaria para la compra de vacunas e implementación de programas y legislación sobre vacunas. La OPS monitorea regularmente varios de estos componentes mediante las tablas del PAI para la recolección anual de datos sobre inmunización (también conocidas como el formulario conjunto de la OPS-OMS/UNICEF para la notificación o JRF para las Américas).

Un análisis de componentes seleccionados de la gerencia de programa, utilizando información disponible a nivel Regional para los años 2004 y 2005, concluyó que la mayoría de los países han llevado a cabo evaluaciones internas de sus programas. Aunque algunos países han llevado a cabo evaluaciones internacionales del PAI, el número de esas importantes revisiones multidisciplinarias de programas ha disminuido. Adicionalmente, todos los países de Latinoamérica y el Caribe han reportado tener planes anuales de acción y la mayoría también cuenta con planes quinquenales, la mayoría de los cuales han sido compartidos con la OPS. En 2005, 13 países de Latinoamérica y 4 países del Caribe reportaron tener CCI. Solamente tres países en América Latina no cuentan con comités nacionales asesores de prácticas de inmunización. La mayoría de los países enviaron sus tablas en mayo, un mes después del plazo. Los países que enviaron sus tablas PAI con retraso tenían una probabilidad más alta de enviar información incompleta, generalmente incluyendo sólo datos de cobertura y/o morbilidad. La retroalimentación al nivel local, la cual usualmente incluye por lo menos datos de cobertura y de vigilancia, parece ser adecuada para los países que reportan esta información.

En 2002, el GTA recomendó que todos los países utilicen protocolos estandarizados de supervisión que cubran los componentes de programa y que se asignen suficientes recursos financieros para la implementación de una supervisión regular. En 2004 y 2005, sólo la mitad de los países de Latinoamérica y el Caribe reportaron sobre la proporción de municipios que fueron supervisados por lo menos una vez al año. De los países que reportaron, se condujo supervisión en todos los municipios en 60% de países de Latinoamérica y 85% del Caribe.

Recomendaciones:

- Los componentes incluidos en la sección sobre gerencia de programa de las tablas PAI de la OPS (JRF para la Región de las Américas) son herramientas probadas y necesitan ser completamente implementadas y documentadas por los países.
- Se deben implementar evaluaciones internacionales de programa en cada país por los menos cada tres años.
- El GTA reitera su recomendación previa de que la supervisión se deber fortalecer a todos los niveles del sistema de salud.

Semana de Vacunación en las Américas

La iniciativa anual de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) fue respaldada por la Resolución CD44.R1 del Consejo Directivo de la OPS del año 2003. La SVA está basada en los principios de equidad, acceso y panamericanismo. Esta iniciativa ofrece la oportunidad de fortalecer el programa regular de inmunización, alcanzando a poblaciones vulnerables con bajas coberturas de vacunación, al mismo tiempo que promueve la cooperación regional y entre fronteras.

En sus cuatro años de existencia, la participación en la SVA ha incrementado de 19 países en el primer año de implementación (2003) a 39 países y territorios en 2006. Estos países han incorporado las actividades de SVA en sus planes operativos anuales.

Emulando la experiencia de las Américas, la Región de la OMS para Europa lanzó su primera semana de vacunación en octubre de 2006 y la segunda está planeada para octubre de 2006. En 2007, la semana de vacunación en la Región de la OMS para Europa tendrá lugar en abril 2007, para coincidir con la SVA 2007.

Recomendación:

- Se debe consolidar la SVA como una estrategia Regional que permite fortalecer el programa y disminuir inequidades en vacunación. Los esfuerzos para identificar y vacunar a grupos vulnerables y medir el impacto de las intervenciones en estos grupos deben continuar.

Vacunación segura

A medida que las enfermedades prevenibles mediante vacunación se tornan menos visibles gracias a la ejecución de programas de vacunación eficaces, se debe prestar una mayor atención en los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o la inmunización (ESAVI). Los ESAVI deben ser investigados a cabalidad a fin de descartar o establecer una relación causal con la vacuna. La

Sostenibilidad financiera de los programas nacionales de inmunización

La nueva generación de vacunas contra infecciones letales en últimos términos ayudará a los países lograr los objetivos de la Estrategia y Visión Mundial de Inmunización (GIVS por sus siglas en inglés) de la OMS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los países enfrentarán el desafío de mantener los logros al tiempo que completan la agenda inconclusa de llegar a todos los niños, eliminar la rubéola e introducir nuevas vacunas cuando sea apropiado. La OPS propone una estrategia Regional dirigida a:

- Reducir inequidades alcanzando a poblaciones excluidas en distritos con bajas coberturas de vacunación;
- Hacer un esfuerzo por alcanzar las metas de reducción de mortalidad hacia el logro de los ODM y los objetivos delineados en GIVS para las enfermedades causadas por rotavirus y neumococo, al mismo tiempo que se fortalece los sistemas de información y vigilancia;
- Apoyar el fortalecimiento de la capacidad nacional para la toma de decisiones basadas en evidencia sobre la introducción de vacunas a través de alianzas estratégicas con instituciones mundiales y regionales clave;
- Pasar de la inmunización de los niños a la de la familia;
- Ampliar el espacio fiscal para la asignación de recursos a los programas nacionales de inmunización; y
- Lograr niveles de participación históricos en el Fondo Rotatorio de la OPS mediante la clara demostración de sus beneficios a los países.

Los líderes nacionales de inmunización y salud pública están en una disyuntiva. Las mejores prácticas para tomar e implementar decisiones informadas en favor de la salud pública requieren que los tomadores de decisión consideren los datos epidemiológicos, demográficos y de gerencia habituales. Otra clave para tomar decisiones razonables es contar con la evidencia para evaluar el balance entre los costos de la vacunación y los beneficios económicos y de salud que ofrece la prevención de enfermedades.

Recomendaciones:

- Los países deben utilizar las herramientas que tienen a su disposición y la información para el análisis económico para asistir en la toma efectiva de decisiones sobre el sostenimiento de los programas nacionales de inmunización y la introducción de nuevas vacunas. Se insta a los países a que participen en el taller Pro-Vac organizado por la OPS para septiembre de 2006.
- Los países deben evaluar la legislación y las regulaciones de salud existentes para asegurar que las leyes nacionales: a) promuevan la inmunización de la familia a través de provisiones específicas incluyendo vacunación obligatoria sin costo, b) reconozcan la importancia de la inmunización dentro del presupuesto de salud y hagan provisiones para la compra de vacunas, c) contribuyan a baja los costos de transacción para el suministro de vacunas y d) creen un ambiente de soporte para el desarrollo de la capacidad nacional de producción donde sea relevante.
- Los países deben evaluar el espacio fiscal para la introducción de nuevas vacunas y explorar nuevas fuentes de fondos sustentables para

la inmunización, incluyendo impuestos indirectos nuevos sobre bienes de consumo con impacto negativo en la salud.

- El GTA fuertemente llama a los países a fortalecer su participación en el Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la OPS, y así beneficiarse de los ahorros que se obtienen mediante la compra por mayoreo, su contribución al suministro de vacunas y jeringas cuando es relevante y compartiendo insumos de inmunización en tiempos de crisis en espíritu de panamericanismo.
- La OPS debe explorar opciones para aumentar la capitalización del Fondo Rotatorio mediante negociaciones con socios, incluyendo GAVI, así como mediante donaciones de países miembros.
- La OPS debe continuar sus esfuerzos por reducir los costos totales de la cadena del suministro de insumos de vacunación y mejorar la calidad y puntualidad de las operaciones del Fondo Rotatorio.
- El GTA fuertemente apoya y se complace por la recomendación del Consejo Ejecutivo de la OPS de endosar la Estrategia Regional para Sustener Programas Nacionales de Inmunización en las Américas, resumida anteriormente. El GTA recomienda que el documento a ser presentado en la reunión del Consejo Directivo en septiembre de 2006 sea ampliado para incluir una discusión sobre la situación de la capitalización del Fondo Rotatorio para la compra de vacunas.

vacunación segura es un componente prioritario de los programas de inmunización que busca garantizar la utilización de vacunas de calidad, las prácticas de inyección segura, el monitoreo de los ESAVI y el fortalecimiento de las alianzas con los medios de comunicación. Estos componentes son esenciales para mantener la credibilidad de la población en los programas de inmunización.

La definición de una inyección segura tiene como base tres pilares fundamentales: seguridad para quien recibe la inyección, seguridad para el trabajador de salud y seguridad para la comunidad y el medio ambiente. Esto incluye la utilización de jeringas desechables, preferentemente las jeringas auto-destructibles, el desecho de éstas en cajas de seguridad y el adecuado manejo del desecho final de estos materiales a través de su incineración.

Las Agencias Reguladoras Nacionales (ARN) tienen la responsabilidad de garantizar el uso de vacunas seguras y eficaces. La introducción en el mercado de nuevas vacunas (contra el rotavirus y el VPH) no registradas en el país de origen, ni usadas previamente en otros países, ha constituido un nuevo reto para las ANR.

Recomendaciones:

- Los países deben fortalecer sus sistemas de notificación e investigación de ESAVI. Esto va a permitir su detección precoz e investigación adecuada. El establecer causalidad y responder a la población rápidamente con transparencia permitirán mantener la credibilidad de los programas de inmunización.
- Es fundamental la coordinación entre los programas nacionales de inmunización a nivel

de los países y las ARN para el monitoreo de eventos adversos de las nuevas vacunas con el objetivo de conocer más apropiadamente el perfil de seguridad de éstas.

- Los países que hacen parte de la red de notificación de eventos adversos de las nuevas vacunas deben intercambiar información permanentemente con el objetivo de poder dar una alerta sobre eventos inusuales o con tasas superiores a las esperadas. Los países que todavía no hacen parte de la red deberán participar tan pronto como sea posible. ■

Nota: Para obtener una copia completa del informe, favor contactar a la Unidad de Inmunización a fch-im@paho.org or consultar la página web de la Unidad a <http://www.paho.org/inmunizacion>.

REUNIÓN AD-HOC Cont. página 1

El objetivo de la reunión fue desarrollar mejores prácticas para la detección y vigilancia de los casos sospechosos de SRC en la Región. Los participantes compartieron experiencias y lecciones aprendidas para generar recomendaciones dirigidas a pro-

mover la detección y fortalecer la vigilancia de los casos sospechosos del SRC. Además, actualizaron los lineamientos existentes sobre el tema para ser difundidos entre los trabajadores de salud pública e identificaron oportunidades para concientizar a

los médicos y otros trabajadores de salud con respecto a la detección de casos de SRC.

El cuadro siguiente resume las conclusiones finales y las recomendaciones de la reunión. ■

Temas	Conclusiones y Recomendaciones
Objetivos de la vigilancia del SRC	<p>Los objetivos principales de la vigilancia del SRC deben incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitorear tendencias; Evaluar el impacto de los programas de inmunización; Identificar reservorios de transmisión; Colaborar en el desarrollo o modificación de políticas y programas, si se requiere; Verificar la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola en las Américas, incluyendo la identificación de casos importados; y Servir como instrumento de abogacía.
Defectos y hallazgos claves en un neonato o lactante que deberían alertar al médico a que sospeche SRC	<ul style="list-style-type: none"> La alteración de la audición (hipoacusia y sordera) es el defecto más común en los casos de SRC, seguido de alteraciones cardíacas y defectos oculares. Los hallazgos claves que pueden alertar al médico incluyen: <ol style="list-style-type: none"> Sospecha de hipoacusia o sordera mediante pruebas observacionales; Sudoración, palpitaciones, taquicardia y cambios en la coloración de la piel para detectar problemas cardíacos; y Ausencia del reflejo de ojo rojo.
Sensibilidad y calidad de la vigilancia del SRC	<ul style="list-style-type: none"> Se debe implementar una definición de caso sensible mediante el uso de signos y hallazgos clínicos detectables a nivel de la atención primaria. Se debe desarrollar guías clínicas y herramientas prácticas para emplear en el nivel primario que permitan mejorar la detección de signos/alertas que sugieran hipoacusia, problemas cardíacos y defectos oculares. Se debe capacitar trabajadores de salud, estudiantes de ciencias médicas, comunidades y familias para concientizarlos sobre el tema. Se debe fortalecer la notificación en sitios centinela, incluyendo hospitales secundarios y terciarios, clínicas de especialidades y especialistas, y el uso de TORCHS¹ como diagnóstico diferencial. Se debe promover la realización de exámenes serológicos y virológicos de todos los casos sospechosos de SRC. Se debe construir alianzas con especialistas y fortalecer la coordinación interprogramática. Se debe mantener la calidad y el flujo de la información mediante la capacitación y retroalimentación a todos los niveles de los servicios de salud.
Rol del tamizaje (<i>screening</i>) en la detección de ciertos defectos como la hipoacusia o reflejo de ojo rojo	<ul style="list-style-type: none"> Debido a limitaciones en recursos, muchos países no podrán usar exámenes de emisiones otoacústicas ni de respuesta auditiva a nivel del tronco/tallo cerebral a potenciales evocados. En estos países se podría explorar el uso de pruebas auditivas de simple observación. El tamizaje (<i>screening</i>) rutinario de defectos importantes puede llevar al tratamiento e intervención tempranos. Esto es de particular importancia para lactantes con defectos auditivos. La auscultación cardíaca de rutina puede apoyar el diagnóstico de defectos cardíacos congénitos. La mayoría de las cataratas pueden ser detectadas mediante el uso de técnicas sencillas como el reflejo de ojo rojo.
Concientización sobre el SRC entre médicos y otros trabajadores de salud, a nivel de los hospitales y atención primaria, para detectar casos sospechosos de SRC en sus poblaciones adscritas	<ul style="list-style-type: none"> Los trabajadores de salud, incluyendo los estudiantes de carreras de la salud, se deben capacitar en los signos y hallazgos clínicos del SRC. Los promotores de salud, las comadronas-parteras, las familias y las comunidades se deben entrenar a en las formas de detección de signos/alertas del SRC. Se debe desarrollar un plan de capacitación para mejorar el conocimiento sobre los aspectos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos de la rubéola y el SRC en los trabajadores de salud. Los materiales de capacitación se deben diseñar con la participación de los diferentes programas de salud. Para este fin se pueden utilizar nuevas tecnologías de educación a distancia como el "campus virtual de salud pública".
Sistemas que pueden utilizarse para identificar casos de SRC	<p>Los casos de SRC también pueden ser identificados mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> La revisión de registros nacionales de defectos al nacer como los Registros Nacionales de Enfermedades Congénitas o del Estudio Colaborativo sobre Malformaciones Congénitas (ECLAMC) para identificar casos con signos y manifestaciones clínicas compatibles; y El fortalecimiento del uso interprogramático de la información generada por fuentes como el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), y bases de datos nacionales relacionadas con salud materno infantil.
Rol del laboratorio en la vigilancia del SRC en el contexto de la eliminación de la rubéola y el SRC	<ul style="list-style-type: none"> La confirmación de los casos por laboratorio es crucial. La recolección de muestras para aislamiento viral es necesaria para entender la epidemiología molecular y diferenciar entre transmisión endémica y casos importados. La coordinación entre los epidemiólogos y el laboratorio es fundamental. Ambos grupos deberán participar en las actividades relativas al sistema de vigilancia.
IgM para rubéola en mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> Se debe hacer la prueba de IgM para rubéola SÓLO cuando hay una historia de exantema o contacto con un caso de exantema similar a la rubéola. La prueba de IgM NO se recomienda como examen prenatal de rutina.

1 TORCHS: Toxoplasma gondii; otros virus (VIH y más); rubéola; citomegalovirus; herpes simple; y sífilis.

Actividades que se deben coordinar entre los epidemiólogos y el laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe desarrollar una guía práctica para la recolección de muestras, descripción e indicaciones de uso, interpretación de las pruebas de laboratorio y sus resultados. • Se debe elaborar material de capacitación adecuado que incluya temas como las manifestaciones clínicas, la epidemiología y los aspectos de laboratorio del SRC. • Se debe conformar un grupo de expertos nacionales que se reúna periódicamente a revisar la epidemiología de la enfermedad, evaluar la situación del programa de inmunizaciones y abordar los temas no resueltos.
Coordinación de actividades de vigilancia de la rubéola y el SRC	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades de vigilancia de la rubéola y el SRC se deben coordinar en todos los niveles del sistema de salud. • Se debe designar un(a) coordinador(a) de vigilancia para asegurar un adecuado seguimiento de los casos de SRC (incluyendo pruebas diagnósticas, tratamiento y clasificación). • El uso de sistemas informáticos apoyados por la OPS ayudará a asegurar la consistencia y oportunidad de la colección de datos y sus análisis. • Se debe establecer un equipo multidisciplinario para evaluar y clasificar los casos sospechosos de rubéola y SRC y para evaluar periódicamente el funcionamiento del sistema de vigilancia.
Rol de profesionales como audiólogos y personal de escuelas especiales para niños sordos y/o ciegos	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante incluir a profesionales a cargo de niños sordos y/o ciegos en el desarrollo e implementación del sistema de vigilancia de SRC. • Este tipo de personal puede formar parte de los equipos multidisciplinarios y redes de diseminación de la información.
Rol de las asociaciones profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Debe existir una fuerte alianza entre las instituciones de salud pública y las asociaciones profesionales en todos los países. • Se debe promover la vigilancia del SRC por medio de congresos, conferencias, páginas web, boletines y revistas de estas asociaciones.
Evaluación y monitoreo de la vigilancia del SRC para mejorar su calidad y verificar la eliminación de la rubéola y el SRC	<p>Tres aspectos del sistema de vigilancia deben ser evaluados periódicamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Integridad de la notificación de casos de SRC que puede incluir búsquedas retrospectivas de casos en hospitales secundarios y terciarios y escuelas para niños sordos y/o ciegos; b) Funcionalidad y eficiencia del sistema en los niveles locales y nacional; y c) Evaluación de la calidad e integridad de los datos, recolección y transporte de muestras.
Mecanismos para compartir y diseminar la información	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben conformar redes que incluyan grupos médicos y de otras disciplinas, asociaciones profesionales y académicas y ONG. • La OPS debe apoyar las iniciativas de diseminación de información sobre SRC.

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 XXVIII, Número 4 • Agosto de 2006

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)