

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

FOZ DO IGUAÇU, PARANA  
BRASIL  
OCTOBER 2 – 5, 2000



### Conclusiones y Recomendaciones Informe Final

**División de Vacunas e Inmunización**



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



## CONTENIDO

<b>Introducción</b> .....	1
<b>1. Erradicación del Sarampión</b> .....	3
Preocupaciones significativas.....	4
Recomendaciones .....	5
Estrategias de Vacunación .....	5
Disponibilidad de la vacuna .....	6
Vigilancia e investigación de brotes .....	6
Criterios para la Interrupción de la transmisión del	7
<b>2. Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita</b> .....	7
Recomendaciones .....	8
Estrategias de Vacunación .....	8
Vigilancia y laboratorio .....	8
<b>3. Poliomieltis</b> .....	9
Recomendaciones .....	9
<b>4. Tétanos Neonatal</b> .....	10
Recomendaciones .....	10
<b>5. Fiebre Amarilla</b> .....	10
Recomendaciones .....	11
<b>6. Haemophilus Influenzae tipo B y Hepatitis B</b> .....	11
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B .....	11
Recomendaciones .....	12
Hepatitis B .....	12
Recomendaciones .....	12
<b>7. Reforma del Sector Salud y el programa de inmunizaciones</b> .....	13
Recomendaciones .....	13
<b>8. Nuevas y Futuras Vacunas</b> .....	14
Recomendaciones .....	14
<b>9. Calidad de Vacunas e Inmunización segura</b> .....	14
Calidad de Vacunas .....	14
Recomendaciones .....	15
Inmunización segura .....	15
Recomendaciones .....	15
<b>10. Premio OPS de Inmunización</b> .....	16

## INTRODUCCION

El programa de enfermedades prevenibles por vacunación en las Américas inicia el nuevo milenio con una historia de logros notables y un futuro promisorio. Han pasado nueve años desde que se detectó el último caso de poliomielitis en las Américas. La circulación del sarampión está a punto de ser interrumpida y se han incorporado nuevas vacunas al esquema básico de inmunización. La Región está haciendo progresos para asegurar que todas las vacunas cumplan con las normas internacionales y que los programas de vigilancia mejoren en forma consistente. Sin embargo, queda mucho trabajo por hacer para fortalecer los programas de vigilancia, asegurar el control de calidad y extender las altas coberturas de vacunación a todos los sectores de la población en la Región. Al mismo tiempo, dado los procesos de reforma del sector y de descentralización en la Región, se requieren de esfuerzos continuos para mantener la excelencia técnica y gerencial lograda por los programas de inmunización en casi todos los países. Estos procesos representan una oportunidad para poner en marcha programas de inmunización en forma equitativa en todas las áreas de un país, así como para ampliar el apoyo a los programas de inmunización en todos los niveles de la sociedad.

La XIV Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunas (GTA) de la Organización Panamericana de la Salud se celebró el 2-5 de Octubre del 2000 en Foz do Iguazu, Paraná, Brasil. El evento puso énfasis en la importancia de continuar la cooperación y coordinación entre todos los países y las agencias que ahora forman parte de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). Entre las agencias presentes estaban: USAID, CDC, CIDA, UNICEF, el Banco Mundial, The March of Dimes, Rotary International, Children's Vaccine Program de la Fundación de Bill y Melinda Gates, la Cruz Roja y FIOCRUZ. Además participaron representantes de varias asociaciones científicas, entre estos la sociedad Latinoamericana de Enfermedades Infecciosas Pediátricas, la Sociedad Panamericana de Enfermedades Infecciosas y la Sociedad Brasileña de Pediatría.

Los países que han implementado completamente la estrategia de vacunación recomendada por la OPS han interrumpido exitosamente la transmisión del virus, en gran parte dado la obtención de coberturas de vacunación altas contra el sarampión. En los casos en que ha habido reintroducción del virus, los países han logrado mantener la transmisión del sarampión a bajos niveles. A fin de lograr interrumpir la transmisión del virus salvaje del sarampión en todos los países, se necesitará mejorar la vigilancia, mantener altas coberturas de vacunación, monitorear la cobertura de vacunación en todos los niveles e implementar barridos de vacunación casa a casa en

La mayoría de los países en la Región han introducido vacunas que incluyen la rubéola. Sin embargo existe evidencia que la circulación del virus de la rubéola continua extendiéndose en la Región. Solamente los países del Caribe de habla inglesa han implementado la estrategia recomendada por el GTA para interrumpir la transmisión de la rubéola.

A fin de mantener la Región de las Américas libre de poliomielitis, será indispensable sostener un alto nivel de vigilancia de las parálisis flácida aguda (PFA). Esto último será crítico durante el proceso de certificación global. En corto tiempo será necesario obtener un inventario de los laboratorios que albergan reservas de poliovirus para decidir opciones de su destrucción o de su transferencia a laboratorios de alta seguridad de contención.

El tétanos neonatal (TNN) se encuentra circunscrito a menos del 1% de los distritos del continente. Los países necesitan desarrollar e implementar estrategias dirigidas al control del tétanos neonatal en estos distritos, a fin de continuar con la reducción del número de niños que mueren debido a esta enfermedad.

La amenaza de la fiebre amarilla está siempre presente en las áreas enzoóticas. En estas áreas se debe incorporar la vacuna contra la fiebre amarilla en el esquema nacional de vacunación de rutina. Además, se deben llevar a cabo campañas especiales de vacunación en áreas de alto riesgo.

Se han logrado avances en la introducción de nuevas vacunas, tales como hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b, que ya han sido incluidas en el esquema de vacunación de rutina de los países.

La disponibilidad de vacunas de alta calidad continua siendo esencial para el éxito de los programas de vacunación. Debe mejorarse la comunicación con el público a fin de asegurar a los consumidores que las vacunas actuales son seguras y de alto beneficio.

El GTA reconoce con satisfacción el establecimiento de la iniciativa de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). Este hecho representa una gran oportunidad para el mejoramiento de los programas de inmunización en aquellos países con mayor necesidad. Los países de América Latina, incluyendo los seis que pudieron optar al apoyo financiero del Fondo de Vacunas para los Niños ya han logrado un progreso significativo en el alcance de los hitos establecidos por el Cuerpo Directivo de GAVI.

Al respecto, el GTA recomienda que el Comité GAVI considere dispensar el criterio de 80% de cobertura de vacunación como requisito para los seis países necesitados en las Américas, a fin de facilitarles acceso a financiamiento para infraestructura. Se deben identificar indicadores apropiados para medir desempeño en estos países de la Región. Estos indicadores podrían incluir el porcentaje de municipios con una cobertura de DPT3 superior al 80% e indicadores de vigilancia que cumplan con las normas nacionales. Estos países deben asegurar que los fondos solicitados a GAVI no reemplazan las contribuciones del gobierno ni de otros socios a nivel nacional.

El GTA y todos los participantes de la reunión felicitan al pueblo brasileño por el quinto centenario del país, y a la Fundación Oswaldo Cruz con motivo de su celebración de 100 años contribuyendo a la salud de las Américas.

## **1. SARAMPION**

El GTA reconoce los esfuerzos de los países de las Américas en reducir significativamente la carga de la enfermedad del sarampión en la Región. La mayoría de los países han interrumpido la transmisión del virus como resultado de su utilización de la estrategia recomendada por la OPS para erradicar el sarampión. En estos momentos, el número de casos confirmados de la enfermedad es muy bajo y actualmente afecta solamente 53 de aproximadamente 12,000 municipios. El GTA también reconoce el progreso llevado a cabo a nivel global en el control acelerado del sarampión. Estos esfuerzos complementarán y facilitarán el trabajo llevado a cabo en

Para alcanzar y mantener en cero los casos de sarampión en todos los países se requiere tanto del apoyo político, como del compromiso sostenido de las autoridades y trabajadores de salud, así como de la comunidad internacional. En esta etapa de la iniciativa de erradicación el objetivo principal es minimizar la población susceptible al virus de sarampión utilizando la estrategia completa de vacunación.

En los últimos dos años muchos países de la Región, incluyendo los países de Centro América , Cuba, del Caribe, así como de América del Sur han reportado cero casos de sarampión. Hasta el 23 de septiembre del 2000, se han confirmados 938 casos de sarampión. Países con altas coberturas de vacunación experimentaron importaciones del virus, pero con una diseminación muy limitada: Canadá (128), Estados Unidos (66), Perú (1) y Costa Rica (1). En México ocurrieron casos de sarampión (28) cuya fuente no fue identificada.

En República Dominicana se ha restablecido la transmisión endémica desde 1998 la cual continúa hasta el día de hoy. A septiembre del 2000, el país ha reportado 187 casos confirmados de sarampión. En Marzo del 2000, se detectó el sarampión también en Haití y hay a la fecha 354 casos confirmados. Otros países también han reportado casos en el 2000, pero ninguno en las últimas semanas, tales como Bolivia (119), Brasil (48) y Argentina (6). La vigilancia virológica realizada en 1997 ha sugerido que el genotipo D6 es el único circulando en la Región.

Haití y República Dominicana son de especial preocupación. A pesar de los esfuerzos repetidos de vacunación, ambos países han tenido problemas para detener la transmisión del virus. Estos problemas incluyen: fallas en la implementación de la estrategia de erradicación en su totalidad, insuficiente supervisión de las campañas de vacunación, monitoreo inadecuado y tardío de las coberturas de vacunación y severos obstáculos logísticos. Como resultado, muchos municipios fallaron en alcanzar la meta de 95% de cobertura con la vacuna antisarampionosa, permitiendo así el acumulo de

susceptibles en la población. Las tasas de ataque más altas fueron niños menores de 5 años. La mayoría de los casos han ocurrido en niños no vacunados que residen en áreas ya vacunadas y con una cobertura reportada de  $\geq 95\%$ . Un monitoreo casa a casa de las áreas vacunadas con inadecuada supervisión revelaron coberturas de vacunación insuficientes.

### ***Preocupaciones significativas***

*Las coberturas nacionales y/o coberturas sobrestimadas han dado una falsa sensación de seguridad en muchos países.*

Las coberturas de vacunación contra el sarampión estimadas en muchos municipios a través de monitoreos de casa a casa o con otros métodos, son siempre sustancialmente por debajo de las coberturas reportadas oficialmente. Además, algunos países se basan solamente en la información obtenida a través de los niveles de coberturas nacionales, fallando así en la identificación de problemas locales de áreas con bajas coberturas.

Las áreas urbanas densamente pobladas presentan problemas especiales ya que son lugares ideales para la transmisión prolongada del sarampión, debido a la rápida acumulación de niños susceptibles y la presencia de trabajadores migrantes procedentes de áreas rurales. Estos grupos poblacionales merecen una atención especial.

### *Problemas en la investigación epidemiológica de casos de sarampión*

En algunos países se realiza la investigación de casos en forma deficiente, lo que impide obtener información crítica relacionada con la fuente del brote y retrasa la puesta en marcha de medidas de control. Asimismo, no se hace seguimiento a las investigaciones, que incluye la identificación de casos adicionales relacionados entre sí. La comunicación rápida entre municipios o jurisdicciones locales, así como entre países no se lleva a cabo en forma regular.

### *Grupos especiales de riesgo para adquirir y transmitir sarampión*

La experiencia demuestra que ciertos grupos pueden ser identificados como de alto riesgo. Estos pueden incluir: trabajadores de la salud, personal militar, personas con objeciones filosóficas y culturales a la vacunación, maestros, estudiantes universitarios, trabajadores de la industria del turismo, personas viviendo o trabajando en instituciones tales como prisiones, grandes fábricas, así como adultos jóvenes migrantes del áreas rurales. En bases a un análisis epidemiológico local, se deben establecer planes especiales dirigidos a estos grupos con el fin de reducir el riesgo de transmisión del sarampión.

## *Calidad de la vigilancia*

La vigilancia del sarampión necesita ser reforzada en muchos países para asegurar la interrupción de la transmisión del virus. Los países deben tomar medidas correctivas cuando sus indicadores no estén en los niveles adecuados.

## **Recomendaciones**

El GTA urge a la comunidad internacional la aceleración de actividades de control del sarampión a fin de reducir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad y para minimizar el riesgo de importaciones en aquellos países libres de la transmisión del virus autóctono del sarampión. De especial preocupación para las Américas son los países de Japón, Alemania, Italia y Francia. En vista de la carga significativa que representa el sarampión (30% de los tres millones de muertes en el mundo debidas a enfermedades inmunoprevenibles cada año), el GTA recomienda que todos los socios, especialmente la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, apoyen el control acelerado global del sarampión por medio de compromisos explícitos y recursos financieros.

## ***Estrategias de Vacunación***

1. Luego de la implementación de campañas de vacunación masivas para niños entre los 1-14 años (*puesta al día*), el GTA reafirma la aplicación de los otros componentes de la estrategia para alcanzar, mantener y monitorear la interrupción de la transmisión endémica del sarampión en la Región: (a) inmunización de rutina de niños de 1 año de edad (*mantenimiento*); y (b) campañas complementarias de vacunación dirigidas a todos los niños de 1-4 años, independientemente de su historia vacunal, y al menos cada cuatro años (*seguimiento*).
2. Es necesario alcanzar y verificar un  $\geq 95\%$  de cobertura con vacuna antisarampionosa en todos los municipios.
  - Las coberturas de vacunación de rutina deben ser validadas periódicamente ya sea por monitoreo casa a casa, o por la comparación con el número de dosis administradas de DPT1 o BCG. La regularidad de esta actividad es crítica en áreas densamente pobladas.
  - Actividades complementarias de vacunación (barrido) deben ser realizadas en municipios que no alcancen el 95% de cobertura de vacunación. Estas actividades deben incluir la vacunación casa a casa.
  - Los países deben asegurar que todas las campañas sean bien planificadas y con una adecuada supervisión.

- Las coberturas de vacunación durante todas las actividades extramurales deben ser monitoreadas a través de visitas casa a casa.
3. Asegurar la colaboración, implementación y monitoría regular de la legislación que requiere la vacunación obligatoria de los niños cuando ingresan a la educación preescolar y escolar.
  4. En todos los países se debe utilizar vacunas que contengan sarampión y rubéola (SRP/SR), en la vacunación infantil de rutina. En países con programas de control de la rubéola/SCR, se debe utilizar las vacunas antisarampionosa y contra la rubéola en campañas y actividades de control de brotes.
  5. Los países deben llevar a cabo evaluaciones periódicas de sus programas de inmunización, así como de sus sistemas de vigilancia epidemiológica, utilizando las metodologías recomendadas por la OPS.

### ***Disponibilidad de la vacuna***

La OPS debe asegurar una cantidad adecuada de vacuna que contenga sarampión (preferiblemente SRP/SR) a ser utilizada en situaciones de emergencia, particularmente dado la demanda creciente de vacunas en el mercado internacional.

### ***Vigilancia e investigación de brotes***

1. Se debe disponer de un sistema de vigilancia confiable que sea validado regularmente mediante una búsqueda activa de casos, particularmente en áreas de alto riesgo. Se debe aprovechar cada oportunidad para buscar casos, esto incluye en la vacunación casa por casa, visitas de rutina por el personal de salud, escuelas y a través de estudios epidemiológicos especiales.
2. Los países deben integrar la vigilancia de sarampión y rubéola.
3. Se debe llevar a cabo la investigación adecuada de todos los brotes. Esto incluye la rápida investigación de todos los casos y contactos, identificación de la fuente de infección de todos los casos incluyendo los nexos epidemiológicos, asociados, factores de riesgo y la colecta y procesamiento oportunos de las muestras.
4. Se requiere una gran coordinación entre las unidades de laboratorio y epidemiología en todos los países para asegurar que:
  - Las muestras de suero se obtengan en el primer contacto con el paciente. En un brote en el que se ha confirmado sarampión, no es necesario coleccionar muestras adicionales de suero.

- Las muestras apropiadas para aislamiento viral (orina y nasofaríngea) se obtengan de cada cadena de transmisión y sean posteriormente referidas a un laboratorio de referencia con capacidad para el aislamiento viral y de ser necesario, para determinar los genotipos virales.
5. Los países deben asegurar que todos los casos pendientes de sarampión tengan una clasificación final dentro de los 30 días.
  6. Todos los países deben proveer cada semana los datos que alimentan el Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión (MESS), para monitorear el progreso hacia la meta de erradicación.

***Crterios para la Interrupción de la transmisión del virus autóctono del sarampión:***

El método principal para asegurar la interrupción de la transmisión del sarampión es demostrar que el virus ya no está circulando en un país a través de un sistema de vigilancia sensible, así como documentar una alta cobertura de vacunación. La vigilancia virológica con determinación genotípica debe estar disponible. Además, si el virus de sarampión es importado, la transmisión debe ser contenida por acciones de control rápidas y apropiadas.

## **2. RUBEOLA Y SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA (SRC)**

Aunque el síndrome de rubéola congénita (SRC) es ya un problema de salud pública prevenible, el virus de la rubéola continúa circulando libremente en la mayoría de los países de la Región. Sólo los países del Caribe de habla inglesa han puesto en marcha las estrategias recomendadas por la OPS para la prevención y control, tanto de la rubéola como del SRC, mientras que Chile ha implementado una estrategia para la prevención del SRC.

De los 47 países de las Américas, 42 ya han introducido la vacuna triple viral, mientras que en cinco la introducción se llevará a cabo en el 2001. En 1999, 41 países reportaron alrededor de 60,000 casos de rubéola; cuatro países, México, Venezuela, Argentina y Brasil, sumaron el 86% de los casos. Durante el 2000, los sistemas de vigilancia para el sarampión se ampliaron para incluir rubéola.

Los países del Caribe de habla inglesa han realizado campañas de vacunación en adultos, hombres y mujeres, con el objeto de interrumpir la transmisión de la rubéola y prevenir la ocurrencia del SRC. Durante 1999, se confirmaron 70 casos de rubéola con dos casos de SRC, en comparación con 135 casos de rubéola y nueve casos de SRC en 1998. En el año 2000 a la fecha, sólo se han confirmado cinco casos de rubéola.

En la ausencia de planes específicos para controlar la rubéola, es probable que continúen los brotes de esta enfermedad, resultando en casos de SRC que agreguen gran peso a la carga de esta enfermedad en los países.

## **Recomendaciones**

### ***Estrategias de Vacunación***

1. Todos los países deben incorporar una vacuna que contenga rubéola (de preferencia SPR/SR) en los programas de vacunación infantil, tanto como parte de la vacunación regular a los 12 meses de edad, como en las campañas de *seguimiento* del sarampión. Además, es necesario realizar esfuerzos dirigidos a reducir el número de mujeres susceptibles en edad fértil. Se pueden usar estrategias como la vacunación en el postparto, vacunación en clínicas de planificación familiar, en escuelas y centro laborales, para proteger a estas mujeres.
2. Los países que deseen prevenir y controlar tanto la rubéola como el SRC deben conducir a corto plazo una campaña masiva única para vacunar tanto a hombres como mujeres de 5 a 39 años de edad con vacuna conteniendo sarampión y rubéola.
3. Se dispone de datos contundentes que documentan la ausencia de cualquier riesgo de la vacuna contra rubéola durante el embarazo. Para las mujeres que hayan sido vacunadas y posteriormente se diagnostique que estaban embarazadas durante la vacunación, no se recomienda el aborto. No es necesario aconsejar a las mujeres que eviten el embarazo después de recibir la vacuna contra la rubéola ya que no hay riesgo conocido de resultados adversos en el feto.

### ***Vigilancia y laboratorio***

1. La vigilancia de la rubéola debe ser integrada totalmente con la vigilancia del sarampión. Todos los sueros de casos sospechosos de sarampión con resultados negativos de anticuerpos IgM deben ser procesados contra anticuerpos IgM de rubéola y viceversa.
2. La vigilancia de SRC debe iniciarse en todos los países de las Américas, con el objetivo de detectar casos de SRC en niños menores de un año de edad. Los países deben utilizar la definición de caso para la vigilancia del SRC, recomendadas por el GTA en la reunión de 1999. No es necesaria la confirmación rutinaria del SRC en niños mayores.
3. Por lo general, una muestra única de suero se considera adecuada para confirmar o descartar el SRC.

4. Los países deben coleccionar muestras para aislamiento del virus en situaciones de brotes. Los aspirados o escobillados nasofaríngeos son las muestras preferidas para el aislamiento del virus de la rubéola y deben ser coleccionadas dentro de los primeros cuatro días del inicio del exantema. Esto proporcionará información importante respecto a los subtipos del virus y cuales están circulando actualmente en la Región.
- Los programas nacionales deben promover en forma activa la colaboración con el sector médico (en especial con obstétricas, neonatólogos y pediatras) para fortalecer la vigilancia de rubéola / SRC y la vacunación.

### **3. POLIOMIELITIS**

A pesar de los nueve años de estar libre de poliomielitis, la Región de las Américas permanece en constante riesgo de importación de polio desde aquellos países donde aún circula ampliamente el virus salvaje. En el mundo, el número de casos de polio también ha sido reducido significativamente, como resultado de la iniciativa global de erradicación. Sin embargo, en grandes áreas de África y el Sur de Asia, la polio es todavía endémica y podría propagarse a las Américas.

Es crítico que se logren altas coberturas de vacunación con OPV y que la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA), sea completamente eficiente a fin de detectar rápidamente el poliovirus salvaje en caso de que haya re-introducción. La mayoría de los países mantienen una vigilancia adecuada de las PFA. Sin embargo, en otros la vigilancia ha deteriorado hasta el punto que no cumple los requisitos de certificación. Es imperativo que los países cumplan con todos los indicadores de vigilancia, y que mantengan un alto nivel de compromiso político en apoyo a la certificación de país libre de polio.

El GTA reconoce la necesidad de asegurar la contención de las cepas de poliovirus salvaje existentes en los laboratorios alrededor del mundo. A pesar de esto también reconoce que dada la amplitud y el método de implementación recomendados en el Plan de Acción Global para la Iniciativa de Contención Laboratorial (GAPLC) se requerirá de instrucciones claras, especialmente en países industrializados que cuentan con un gran número de laboratorios e investigadores.

#### **Recomendaciones**

1. Los países necesitan mantener 95% como cobertura de vacunación con OPV, la vacuna de elección en todos los municipios o áreas geopolíticas equivalentes.
2. Todos los países necesitan fortalecer el cumplimiento de los indicadores claves de vigilancia, incluyendo por lo menos un caso de PFA por 100,000 menores de 15

años cada año, y por lo menos el 80% de los casos de PFA con una muestra adecuada de heces colectada **dentro de los primeros 15** días a partir del inicio de la parálisis.

3. Dada la complejidad que podría acompañar la implementación de la iniciativa GAPLC para los laboratorios con reservas de poliovirus salvaje, el GTA recomienda que los países de las Américas inicien estudios basados en la experiencia de otras regiones que ya han iniciado estudios similares, a fin de determinar la factibilidad y metodología de dicho Plan. La OPS debería invitar a estas regiones a la próxima reunión del GTA para que presenten los hallazgos de sus estudios.

#### **4. TETANOS NEONATAL**

Se ha logrado avanzar en forma significativa en la eliminación del tétanos neonatal (TNN) como problema de salud pública. En 1987 se notificaron 1.495 casos, en 1999 fueron 160 y en los primeros seis meses del año 2000 se han reportado 75 casos. A la fecha, la enfermedad se encuentra circunscrita a menos del 1% de los distritos del continente.

#### ***Recomendaciones***

1. Todo caso de tétanos neonatal debe ser considerado como una falla en la atención de los servicios de salud de un país y como un indicador de la falta de equidad en la prestación de los servicios.
2. Las áreas con indicadores de pobreza semejantes a aquellas donde se encuentren usualmente casos de tétanos neonatal deberán ser objeto una búsqueda activa de casos, así como de actividades de vacunación.
3. Realizar acciones prioritarias de carácter intensivo en todo distrito cuya tasa de TNN sea 1 por 1,000 nacidos vivos. En estos se deberán llevar a cabo esfuerzos especiales para identificar a las mujeres de mayor riesgo.
4. Las oportunidades perdidas de vacunación pueden ser reducidas sustancialmente, aprovechando todo contacto con las mujeres en edad fértil (controles prenatales, controles infantiles, post-parto, clubes de madres, etc.) para vacunarlas con toxoide tetánico y diftérico (Td).

#### **5. FIEBRE AMARILLA**

Desde 1942 no se han reportado casos de fiebre amarilla urbana en la Región, no obstante en los últimos diez años han sido notificados más de 1,900 casos de fiebre amarilla selvática en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Guyana Francesa y

Venezuela. Estas infecciones fueron adquiridas en áreas enzoóticas, sin embargo muchos casos fueron diagnosticados y reportados en zonas urbanas. La amplia diseminación del mosquito *A. aegypti* en las Américas hace que la reurbanización sea una creciente preocupación.

La gravedad del problema de la fiebre amarilla en la Región requiere del compromiso de los países en riesgo para implementar estrategias apropiadas de vacunación y de vigilancia para prevenir y controlar la enfermedad. La vacuna antiamarilica es altamente efectiva, segura y de bajo costo. Una sola dosis de la vacuna confiere inmunidad en al menos el 95% de los vacunados y probablemente proporciona protección por toda la vida.

## **Recomendaciones**

1. Los países endémicos de fiebre amarilla deben lograr una cobertura de vacunación del 100% en las zonas enzoóticas. Es necesaria también la vacunación contra la fiebre amarilla de todos los viajeros que entren a las áreas enzoóticas.
2. La vigilancia de la fiebre amarilla debe ser fortalecida. La vigilancia oportuna permitirá la rápida puesta en marcha de actividades de control cuando se detecte un brote.
3. Los países deben elaborar guías de emergencia para una rápida respuesta a ser usadas en caso de brotes de fiebre amarilla.
4. Es crítico planificar adecuadamente el abastecimiento de la vacuna tanto para programas de rutina como para el control de brotes. La vacuna debe estar disponible todo el tiempo a fin de enfrentar emergencias.
5. La implementación de un programa integral de control y vigilancia vectorial mantendrá baja la densidad de *A. aegypti* en medios urbanos. Esta medida también ayudará en la prevención de brotes de dengue.

## **6. HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B /HEPATITIS B**

### ***Haemophilus influenzae* tipo B**

Se han realizado considerables progresos con la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en la Región. Más del 80% de los países han incluido la vacuna en los programas de inmunización de rutina. Los países que han introducido la vacuna Hib han obtenido altos niveles de cobertura y una significativa reducción de la incidencia de la enfermedad.

## **Recomendaciones**

1. Países que no están usando la vacuna de Hib deben hacer un esfuerzo para introducirla en sus programas de inmunización de rutina.
2. Países que ya están usando la vacuna Hib deben monitorear y reportar la cobertura de vacuna y casos de Hib para medir el impacto de la vacunación.
3. El GTA recomienda establecer mecanismos financieros sostenibles para mantener la vacunación contra Hib. La compra de esta vacuna como antígeno solo o en combinación con DTP o DTP/HepB (reduciendo así el número de visitas y aumentando el cumplimiento), a través del Fondo Rotatorio de OPS puede resultar en un ahorro significativo en los costos.
4. La disponibilidad y uso de vacunas combinadas con DTP simplificará la administración de antígenos contra las principales enfermedades de la niñez.

## **Hepatitis B**

En las Américas, la hepatitis B continúa siendo un problema mayor de salud pública con casi 400,000 infecciones nuevas cada año. La transmisión de la infección puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero principalmente durante el período perinatal o en la niñez.

La vacuna contra hepatitis B es altamente efectiva en prevenir la infección aguda de hepatitis incluyendo la transmisión perinatal y el cáncer hepatocelular en adultos. La mayoría de países de la Región han introducido la vacuna contra Hepatitis B en los programas de inmunización de rutina.

## **Recomendaciones**

1. La inmunización universal de rutina debe ser la primera estrategia de prevención de la transmisión de HBV.
2. Los trabajadores de salud en riesgo de exposición a sangre u otros fluidos corporales deben ser vacunados rutinariamente.
3. La cobertura de vacunación debe ser monitoreada regularmente y el impacto de la vacunación contra hepatitis B debe ser medido a través de la vigilancia. Los niveles de cobertura de HepB3 deben ser iguales a los de DTP3 para el año 2003.
4. Los países que han introducido la vacuna de hepatitis B (HepB) deben considerar el uso de vacunas combinadas tetravalentes (DTP+HepB) o la vacuna pentavalente

(DTP/HepB+Hib). Estas vacunas tienen costos similares al de sus componentes monovalentes comprados separadamente y son de más fácil administración.

## **7. REFORMA DEL SECTOR Y EL PROGRAMA DE INMUNIZACION**

En las últimas dos décadas, muchos de los países de la Región han iniciado procesos de reforma del sector salud que representan tanto un desafío como una oportunidad para alcanzar las metas en los programas de inmunización. La descentralización es un componente crítico de este proceso. Los tomadores de decisiones y profesionales de la salud que trabajan en áreas prioritarias como inmunización deben aprovechar las ventajas de la descentralización para fortalecer los programas de inmunización, así como consolidar el rol rector de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento de los requerimientos técnicos y metas del programa.

### **Recomendaciones**

1. La OPS debe promover el diálogo entre los tomadores de decisiones de la reforma y los profesionales de la salud que trabajan en el área de inmunización. Se debe estimular los enfoques interdisciplinarios para la toma de decisiones en el contexto de las reformas de salud.
2. El éxito de los programas de inmunización basados en indicadores establecidos, pueden ser un buen trazador del éxito del sistema de salud como un todo. Los programas de inmunización deben ser incluidos como una intervención prioritaria en el paquete básico de salud definido como obligatorio para toda la población. Los programas de inmunización promueven una mayor equidad en salud porque incluyen la vacunación universal de la población objeto.
3. El financiamiento de las intervenciones prioritarias en salud pública tales como la inmunización debe ser financiadas con fondos públicos para garantizar el acceso universal a la inmunización y el cumplimiento de metas nacionales, normas y estándares.
4. Recursos asignados a unidades descentralizadas (tales como municipios) para financiar actividades de inmunización deben estar claramente ligados a los resultados. Contratos con criterios de desempeño e incentivos son herramientas útiles para asegurar el éxito y la corrección de fallas detectadas por la supervisión de autoridades sanitarias.
5. El fortalecimiento de la infraestructura de salud pública en los países es muy importante para alcanzar las metas de las intervenciones prioritarias en salud pública, tales como inmunización. Las funciones esenciales de salud pública deben ser identificadas claramente y las capacidades necesarias para su desempeño

deben ser determinada. Los tomadores de decisiones deben definir estas necesidades como parte del inventario de inversiones en salud.

## **8. NUEVAS Y FUTURAS VACUNAS**

Progresos en el desarrollo de vacunas para la prevención de una larga y creciente lista de enfermedades infecciosas están procediendo rápidamente. Varias nuevas vacunas están disponibles actualmente y pueden ser usadas en la Región de las Américas. Además, se esperan avances rápidos en varias otras vacunas de gran potencial para la Región:

### **Recomendaciones**

1. Todos los países de la Región deben desarrollar la capacidad de vigilar enfermedades que suministre información sobre la epidemiología de estas infecciones, ayudar en estimar la carga de enfermedad y proveer mecanismos de intervención en salud pública. El GTA identifica a la influenza, la enfermedad neumocócica, la enfermedad meningocócica, infecciones por rotavirus, la hepatitis A y el virus de varicela-zoster como candidatos importantes para consideración futura.
2. Todos los programas de la Región deben establecer comités científicos asesores que asistan en la toma de decisiones referente a las prioridades para la introducción de vacunas teniendo en cuenta los riesgos y beneficios. Además, estos comités deben considerar asuntos relacionados con la implementación de estas recomendaciones. Por ejemplo, las vacunas de influenza son usadas en los ancianos y grupos de alto riesgo que no están considerados por la infraestructura existente para la entrega de vacunas de la niñez.
3. Una vez introducida una nueva vacuna, el GTA enfatiza el compromiso para mantener suministros de vacunas, así como actividades de vigilancia que permitan el monitoreo de su impacto.

## **9. CALIDAD DE LAS VACUNAS E INMUNIZACION SEGURA**

### **Calidad de las Vacunas**

El uso de vacunas de calidad comprobada es fundamental para los programas de vacunación. Aunque los productores tienen la responsabilidad primaria de asegurar la calidad de las vacunas, debe haber una Autoridad Nacional Reguladora (ANR) en cada país, que realice las funciones reguladoras básicas: registro, evaluación clínica,

inspección de buenas practicas de manufactura (BPM), liberación de lotes, pruebas de laboratorio y vigilancia postmercadeo.

La OPS busca fortalecer el sistema de control de calidad de vacunas en la Región, a través de la organización de una red de laboratorios de control de calidad responsable por las pruebas de control de calidad de vacunas, y de la armonización de los procedimientos operacionales de las Autoridades Nacionales Reguladoras (ANR).

### **Recomendaciones**

1. Es esencial que los programas inmunización utilicen vacunas de calidad reconocida, de acuerdo a los estándares internacionales de seguridad, potencia, eficacia y estabilidad. Los gobiernos de la Región, a través de sus ANR, deben asegurar que exista un control efectivo de la calidad de las vacunas utilizadas en sus países
2. Los productores de vacunas deben implementar sistemas de calidad que garanticen una producción consistente de vacunas de acuerdo con las Buenas Prácticas de Manufactura, regulaciones nacionales, requerimientos de la OMS para la calidad de vacunas y producción, a través de procesos de certificación internacional.
3. El cumplimiento de los estándares de calidad internacional debe ser un factor esencial a ser considerado en los estudios de factibilidad técnica y económica de la producción de vacunas.

### **Inmunización Segura**

Es necesario mantener la confianza en los programas nacionales de inmunizaciones. Aunque las vacunas son extremadamente seguras y efectivas, ninguna está exenta de riesgos. El monitoreo regular de la seguridad en inmunización proveerá un respaldo técnico y científico en la seguridad de las vacunas utilizadas.

### **Recomendaciones**

1. Todos los trabajadores de salud y los gerentes de programa deben estar capacitados y bien informados en asuntos relacionados con la inmunización segura.
2. Los eventos adversos posiblemente atribuibles a la vacunación deben ser reportados inmediatamente y cuidadosamente investigados, y la información debe ser compartida entre los gerentes de programa y trabajadores de la salud de toda la Región.

## 10. PREMIO OPS DE INMUNIZACIÓN

La Sra. J. Ramsamong, enfermera del PAI en Jamaica y la Sra. Maria Isabel do Nascimento, enfermera del PAI en Brasil recibieron el cuarto Premio de la OPS de Inmunización. Este galardón se entrega a funcionarios que realizan una contribución sobresaliente a un programa nacional de vacunación y a las actividades de un país para controlar o eliminar enfermedades prevenibles por la vacunación. La Sra. Ramsamong recibirá el premio durante la reunión de gerentes de los países del Caribe inglés en Martinica, a llevarse a cabo el 13-15 de noviembre de 2000, y la Sra. do Nascimento lo recibirá durante una ceremonia especial a realizarse en el Ministerio de Salud en Brasilia, Brasil. El premio consiste en un certificado y EUA \$ 3.000, cifra que será compartida por ambas premiadas. Las personas premiadas anteriormente incluyen la Sra. Clarice Watson, enfermera del PAI en Guyana; la Sra. Miriam Strul, gerente del PAI en Perú; la Dra. Rosario Quiroga, gerente del PAI en Bolivia; y el Dr. Miguel Angel Galindo, gerente del PAI en Cuba.

---

### MIEMBROS DEL GTA

John Peter Figueroa, Rapporteur (Pro-Tempore)  
Ministry of Health & Environmental Control  
Kingston, Jamaica

D.A. Henderson (Chairman)  
The Johns Hopkins University  
Baltimore, Maryland, Estados Unidos

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

Joseph Z. Losos  
Institute for Population Health  
Ottawa, Ontario, Canadá

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

Roberto Tapia Conyer  
Secretary of Health  
México, D.F., México

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

Walter Orenstein (ausente)  
Centers for Disease Control & Prevention  
Atlanta, GA, Estados Unidos

#### **Secretario Ad-Hoc:**

Ciro A. de Quadros  
Division de Vacunas e Inmunización  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., Estados Unidos