

# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

VOLUMEN XXXII, NÚMERO 4 ► AGOSTO DEL 2010

- 1 El papel de UNASUR en la vacunación contra la influenza pandémica
- 1 Poliomieltitis en Tayikistán: riesgo de importación
- 3 Declaración de la Directora General de la OMS después de la 9.ª Reunión del Comité de Emergencias
- 3 Haití: campaña de vacunación posterior al terremoto
- 5 Avances en la prevención del cáncer cervicouterino en América Latina
- 5 ¿Qué hay de nuevo en la vigilancia epidemiológica de enfermedades prevenibles mediante nuevas vacunas?
- 7 Preguntas y respuestas sobre la vacunación
- 8 Historia del PAI en Colombia

## El papel de la UNASUR en la vacunación contra la influenza pandémica

### Antecedentes

La Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) fue fundada el 23 de mayo del 2008 en la ciudad de Brasilia, donde se firmó su tratado constitutivo. UNASUR está integrada por 12 países sudamericanos y su finalidad es proporcionar, de manera consensual y participativa, una oportunidad para la integración de los países en el plano cultural, social, económico y político, siguiendo el modelo europeo.

El Consejo Suramericano de Salud (UNASUR-Salud) se creó el 16 de diciembre del 2008 con el propósito de facilitar la integración en el ámbito de la salud. UNASUR-Salud tiene cinco grupos técnicos: 1) Escudo Epidemiológico, 2) Desarrollo de los Sistemas de Salud Universales, 3) Acceso Universal a Medicamentos, 4) Promoción de la Salud y Acción sobre los Determinantes Sociales y 5) Desarrollo y Gestión de los Recursos Humanos en Salud.

### Pandemia de influenza A(H1N1) del 2009

En una reunión del Consejo Suramericano de Salud realizada el 8 de agosto del 2009, los países de la UNASUR, en vista de la amenaza resultante de la primera pandemia de influenza del siglo XXI, consideraron lo siguiente:

- que la pandemia de influenza representaba un reto para la salud pública;
- que la comunidad mundial tenía que fundar su trabajo en los principios de solidaridad, justicia y equidad para brindar acceso a vacunas, medicamentos e insumos estratégicos a fin de controlar la influenza H1N1; y



Reunión Extraordinaria del Consejo de Salud Suramericano, 8 de agosto del 2009 en Quito, Ecuador.

## Poliomieltitis en Tayikistán: un recordatorio del riesgo de importaciones en regiones libres de poliomieltitis

Un aumento marcado del número notificado de casos de parálisis flácida aguda (PFA) en abril pasado llevó a Tayikistán a confirmar un brote de poliomieltitis causado por el poliovirus salvaje de tipo 1. Para fines de agosto se habían confirmado por laboratorio 456 casos de poliovirus salvaje de tipo 1, incluidas 20 defunciones (figura 1). La mayoría de los casos de Tayikistán se produjeron en el sudoeste del país (figura 2). De los casos confirmados, 313 (69%) corresponden a niños menores de 5 años y 90 (19%) a niños de 6 a 14 años. La fecha de inicio de la parálisis del último caso fue el 4 de julio. El virus parece haber sido importado de la India.

El brote se ha propagado a países vecinos. Desde comienzos del 2010, la Federación de Rusia ha notificado 12 casos de poliomieltitis confirmados y Turkmenistán, tres. En Kazajistán, Kirguistán y Uzbekistán se ha fortalecido la vigilancia, pero no se ha confirmado ningún caso de poliomieltitis.

Esta es la primera importación de poliovirus salvaje en la Región de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde que se certificó que estaba libre de poliomieltitis en el 2002. Las tasas de cobertura con tres dosis de vacuna antipoliomielítica oral reportadas en Tayikistán han sido superiores al 85% desde fines de los años noventa, y los últimos casos de poliomieltitis habían ocurrido en 1997.

- que la producción, disponibilidad y acceso a las vacunas, medicamentos e insumos estratégicos presentaban una importante limitación a nivel regional.

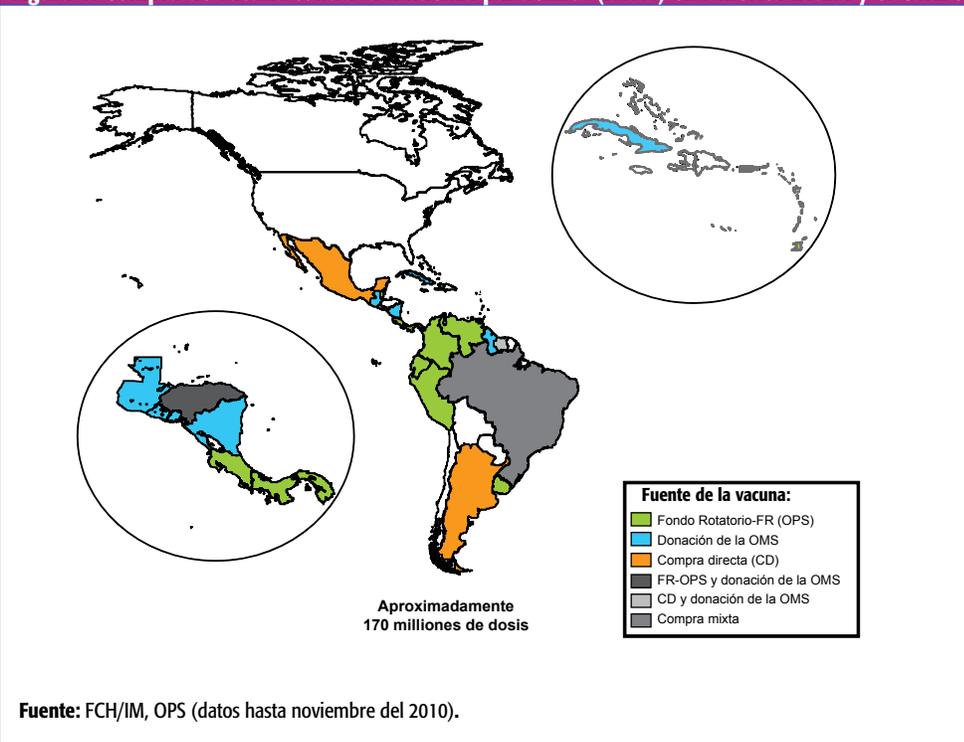
En vista de lo antedicho, los países de la UNASUR resolvieron tomar las siguientes medidas:

1. Ratificar el concepto de la supremacía de la salud pública sobre los intereses económicos y comerciales.
2. Fortalecer el trabajo solidario y conjunto de los países miembros, con el fin de dar respuesta a través de acciones concretas.
3. Declarar que los medicamentos, vacunas e equipos que se requieren para atender la pandemia deben considerarse bienes públicos mundiales.
4. Solicitar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que inste a los países desarrollados a que cumplan el Protocolo Común de Priorización a fin de que todos los países tengan acceso equitativo y oportuno a la vacuna.
5. Decidir que los derechos de propiedad intelectual no deben impedir que los Estados Partes adopten medidas para proteger la salud pública.
6. Concretar un plan estratégico para la innovación, desarrollo y producción regional que garantice el acceso a productos biológicos, medicamentos e insumos.
7. Respalidar al Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el mecanismo estratégico de negociación regional e instar a priorizar la adquisición a productores de la región.
8. Decidir que la principal estrategia para el acceso a vacunas anti influenza A(H1N1) a corto plazo se basará en la negociación conjunta a través del Fondo Rotatorio de la OPS para garantizar el acceso oportuno y equitativo a la población vulnerable, evitando que intereses comerciales aprovechen el pánico y la incertidumbre causada por la pandemia.

Las vacunas contra la influenza H1N1 generaron grandes expectativas para la agenda social y política de los países. Los ministros de salud de América del Sur participaron en el monitoreo de los procesos de compras y despacho de vacunas y recibieron orientaciones de la OPS sobre la situación del H1N1 en las Américas. UNASUR apoyó a la OPS durante las negociaciones a fin de obtener mejores precios, calidad y condiciones, fortaleciendo la función asesora de la OPS y su articulación con otras entidades en el campo de la salud.

Los países de la UNASUR también han respaldado las recomendaciones técnicas de la OMS y la OPS sobre la vacunación en lo que se refiere a los criterios de calidad de las vacunas que fuesen adquiridas y la designación de grupos prioritarios para la vacunación contra la influenza pandémica.

Figura 1. Compra de vacuna contra la influenza pandémica (H1N1) en América Latina y el Caribe



## Resolución de Guayaquil, noviembre del 2009

El Consejo de Salud Sudamericano se reunió en noviembre del 2009 para examinar los adelantos en las compras de vacunas mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. En la reunión, los Estados Miembros resolvieron “reconocer los logros obtenidos en la adquisición de vacuna H1N1 a través del Fondo Rotatorio de la OPS y señalar la importancia de continuar promoviendo el uso de estrategias de negociación conjunta para la adquisición de medicamentos e insumos críticos de interés en salud pública para garantizar mejores condiciones de calidad, oportunidad y equidad con los principios de precio más bajo y precio único para todos los países”.

Además, los países acordaron iniciar la vacunación de los grupos prioritarios, importar vacunas, establecer directrices para la comunicación social que apoyen la priorización de la vacunación e intercambiar información sobre eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI). Basándose en esta experiencia, UNASUR ha planteado nuevos retos, como el acceso universal a los medicamentos y la lucha conjunta contra las drogas ilícitas, un plan continental contra el dengue, la salud fronteriza y la priorización de estudios sobre enfermedades olvidadas.

## Conclusiones

La amenaza de la pandemia se convirtió en una oportunidad para la integración y la respuesta conjunta de los países miembros de UNASUR. La vacunación contra la influenza pandémica formó parte de una respuesta integrada que incluyó medidas farmacéuticas y no farmacéuticas.

La pandemia también permitió regular la industria y evitar la comercialización unilateral a los países, que podrían haber puesto en peligro el acceso a las vacunas mediante la influencia indebida en su disponibilidad y costo. Asimismo, permitió garantizar el acceso a vacunas a un precio más bajo y único y lograr la equidad en el acceso. Al final, sirvió de catalizador para la cooperación futura con respecto a nuevos retos en el ámbito de la salud pública. ■

## Declaración de la Directora General de la OMS después de la novena reunión del Comité de Emergencias

El Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró su novena reunión por teleconferencia el 10 de agosto de 2010.

La Secretaría proporcionó al Comité de Emergencias un panorama epidemiológico general y una actualización de la situación mundial en relación con la gripe pandémica por H1N1 (2009). Se hizo especial hincapié en la situación epidemiológica en el hemisferio sur, en el que muchos países están padeciendo la gripe de invierno. Los datos actualizados se referían también a ciertos países que han notificado una transmisión activa del virus de la gripe pandémica. Representantes de los Gobiernos de la Argentina, Australia, la India, Nueva Zelanda y Sudáfrica describieron la evolución más reciente en sus respectivos países. Se prestó particular atención a la situación en algunos países que actualmente están experimentando intensas epidemias de gripe en gran medida causadas por el virus H1N1 (2009).

El Comité tomó nota con preocupación de esas epidemias, aunque su evaluación se basó en la situación a nivel mundial. Los miembros observaron claras indicaciones de que la gripe, a escala mundial, está adoptando pautas de transmisión estacional. En la mayoría de los países ya no se observan brotes no estacionales, y la intensidad de la transmisión del H1N1 (2009) es más baja que la notificada en 2009 y a principios de 2010. Los miembros también señalaron que el virus H1N1 (2009) probablemente continuará circulando du-

rante algunos años, adoptando el comportamiento de un virus de gripe estacional.

El Comité estuvo de acuerdo en que la situación mundial con respecto a la gripe ya no constituía un evento extraordinario que requiriera medidas inmediatas de urgencia a escala internacional. En su opinión, la emergencia de salud pública de importancia internacional, declarada tras la aparición del virus H1N1 (2009), debía considerarse concluida. El Comité también señaló que las recomendaciones temporales adoptadas en respuesta a la emergencia de salud pública de importancia internacional quedaban sin efecto.

Tras extensos debates, el Comité comunicó por unanimidad a la Directora General que el mundo ya no experimentaba más una pandemia de gripe, aunque algunos países seguían padeciendo epidemias importantes de H1N1 (2009). Los miembros concordaron en que había sido necesario esperar hasta tener los datos de invierno del hemisferio sur para hacer esa evaluación mundial con una fiabilidad razonable.

El Comité tomó nota de que la información procedente de la India, Nueva Zelanda y los países insulares del Pacífico era conforme con la previsión de que distintos países podrían verse afectados en el futuro por modalidades de gripe asociadas al virus H1N1 (2009) de importante magnitud, y manifestó la necesidad de que las autoridades nacionales siguieran aplicando medidas de respuesta ante los brotes epidémicos que ocurrieran en esos países.

El Comité hizo firme hincapié en la necesidad de que los Estados mantuvieran una estricta vigilancia para detectar brotes de gripe y casos de síndrome gripal, y de que dispusieran en todo momento de las medidas de salud pública necesarias para prevenir y controlar la gripe. Una de ellas consiste en seguir utilizando las vacunas contra la gripe pandémica por H1N1 (2009) o la gripe estacional, cuando así procede y se dispone de ellas. El Comité observó que la administración de la vacuna contra la gripe pandémica en algunos países insulares del Pacífico parecía ser de magnitud suficiente para reducir el riesgo de brotes en esos países.

Sobre la base de la opinión del Comité de Emergencias, y de su propia evaluación de la situación, la Directora General determinó que el mundo ya no se encontraba en una situación de pandemia de gripe, y por lo tanto dio por terminada la emergencia de salud pública de importancia internacional conforme al Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Habida cuenta de estas decisiones, la Directora General dio las gracias a los miembros y al asesor del Comité de Emergencias por su diligente servicio y experto asesoramiento, que fueron de gran importancia para la salud pública internacional.

Finalizada ya la labor del Comité de Emergencias, el nombre, la procedencia y los intereses declarados de los miembros del Comité y del asesor se publicarán en el sitio web de la OMS lo más pronto posible. ■

**Nota:** para más información sobre las reuniones del Comité de emergencia sobre la influenza pandémica H1N1 2009 y una lista completa de sus miembros y asesores, favor consultar [http://www.who.int/ihr/ihr\\_ec/en/index.html](http://www.who.int/ihr/ihr_ec/en/index.html).

## Haití: Campaña de vacunación posterior al terremoto

El 12 de enero del 2010, un terremoto de magnitud 7.0 dejó un saldo de más de 220.000 muertos y devastó la capital de Haití, Puerto Príncipe, y sus alrededores. A la fecha, aún hay más de un millón de personas viviendo en más de 800 asentamientos temporales.

En Haití, el programa de vacunación ha sido históricamente débil y algunas enfermedades prevenibles mediante vacunación (difteria, tos ferina, tétanos, tétanos neonatal) siguen siendo problemas de salud pública. El tétanos no neonatal representaba el 2% de las causas infecciosas de muerte fuera del período neonatal (datos del 2000), en tanto que los casos de tétanos neonatal notificados por Haití representan aproximadamente la mitad de todos los casos notificados en la Región de las Américas. El esquema de vacunación incluye solamente las

vacunas básicas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para los niños menores de 1 año: la BCG, la vacuna antipoliomielítica oral, la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), la vacuna antisarampiónica y, desde el 2008, la vacuna contra la rubéola combinada con la vacuna contra el sarampión. Haití es el único país del continente americano que no incluye vacunas contra la hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib), ni otras vacunas para mayores de 1 año en su esquema nacional de vacunación. Desde el 2000, la cobertura notificada con tres dosis de vacuna DTP ha fluctuado entre el 39 y el 79%, y fue del 68% en el 2009. El último caso de poliomielitis salvaje en Haití se produjo en 1989 y el último brote causado por un poliovirus derivado de la vacuna se produjo en 2000-2001. No ha habido

ningún caso de sarampión desde el 2001. La poliomielitis y el sarampión se han mantenido eliminadas gracias a las campañas de vacunación contra estas enfermedades.

### Plan nacional de vacunación posterior al desastre

Poco después del terremoto, el Programa Nacional de Inmunización elaboró un plan nacional de vacunación posterior al desastre, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y UNICEF. El objetivo principal de este plan era minimizar la ocurrencia de enfermedades prevenibles mediante vacunación después del terremoto. El plan se dividió en fases.

**Fase 0.** Administración inmediata de vacuna Td/TT y suero anti-tetánico a las personas heridas en el terremoto y a los pacientes sometidos a inter-

venciones quirúrgicas de urgencia, incluidas las amputaciones.

**Fase 1.** Vacunación de personas desplazadas viviendo en asentamientos temporales en los municipios afectados por el desastre: Puerto Príncipe, Pétienville, Croix-des-Bouquets, Delmas, Tabarre, Cité Soleil y Carrefour en la zona metropolitana; Léogâne, Gressier, Grand-Goâve y Petit-Goâve en el departamento Oeste; y Jacmel en el departamento Sudeste. La población destinataria y las intervenciones fueron las siguientes:

- niños de 6 semanas a 8 meses: DTP
- niños de 9 meses a 7 años: DTP, vacuna contra el sarampión y la rubéola, y suplementos de vitamina A
- personas  $\geq 8$  años: Td
- todos los niños  $\geq 2$  años: albendazol

La razón por la cual se incluyó la vacuna DTP/Td fue que a fines del 2009 se había iniciado la vacunación con DTP para los niños y con Td para los adultos tras un brote de difteria,<sup>1</sup> pero se la interrumpió debido al terremoto. Cuando se produjo el terremoto había suficientes reservas de Td en el país.

**Fase 2.** Administración de un paquete similar al de la fase 1, pero con vacuna antipoliomielítica oral en lugar de suplementos de vitamina A, a todas las personas menores de 20 años residentes de la zona afectada, independientemente del tipo de vivienda. Esta campaña de vacunación administraría otra dosis de DTP/Td y de vacuna contra el sarampión y la rubéola a personas que ya se habían vacunado y ofrecería una oportunidad para aquellas que no viven en campamentos o que no se vacunaron durante la fase 1.

**Fortalecimiento de la vacunación sistemática.** El plan nacional de vacunación posterior al desastre también incluye la intensificación de la vacunación regular con todas las vacunas del PAI como un paquete integrado de servicios de salud para los niños menores de 5 años, incluso en las zonas que no fueron afectadas directamente por el desastre, junto con la intención de reforzar la vigilancia epidemiológica en instituciones de salud y a nivel de la comunidad.

## Ejecución de la fase 1

La fase 1 se llevó a cabo entre febrero y mayo del 2010. En los municipios de la zona metropolitana, Croix-des-Bouquets, Petit-Goâve y Grand-Goâve se vacunó entre febrero y abril; en Ganthier, Gressier, Jacmel y Léogâne se comenzó a vacunar en abril. Al principio se calculó que la población destinataria sería de alrededor de 1,4 millones de personas (entre ellas unos 250.000 niños de 6 semanas a 7 años) que vivían en más de 300 sitios, según datos de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. El número de des-

tinatarios por grupo de edad se calculó aplicando la distribución por edades de la población general (1,86% de 6 semanas a 8 meses, 15,71% de 9 meses a 7 años y 82,43% de mayores de 8 años). Sin embargo, las estimaciones de población cambiaron con el tiempo a medida que fueron apareciendo y desapareciendo asentamientos. Además, algunos sitios se contaron dos veces durante la etapa de planificación debido a confusiones acerca del nombre y hubo movimientos generalizados de la población después del terremoto.

Debido a la gran demanda de vacunación, en la fase 1, participaron organizaciones no gubernamentales, en coordinación con el PAI de Haití y los centros de salud municipales. La Federación Internacional de la Cruz Roja, Médicos del Mundo-Canadá, la Infantería de Marina de España y las brigadas cubanas fueron las principales instituciones extranjeras que participaron en las actividades de vacunación durante la fase 1. Desde el primer momento se tomaron medidas para garantizar la inyección segura, las que fueron intensificándose con las mejoras de la capacitación y la supervisión. La población y el personal de salud que trabajaba en los sitios notificaron eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI), en su mayoría reacciones locales y fiebre, ninguno de ellos grave. Varios problemas logísticos obstaculizaron la ejecución de la fase 1. Los establecimientos de salud, entre ellos algunos centros de salud cabecera de comuna, habían sido destruidos o habían sufrido graves daños. El Ministerio de Salud pública y la Población sufrió daños, lo cual afectó la capacidad del sistema para pagar sueldos. El costo del alquiler de vehículos subió como consecuencia del aumento de la demanda, lo que llevó a un

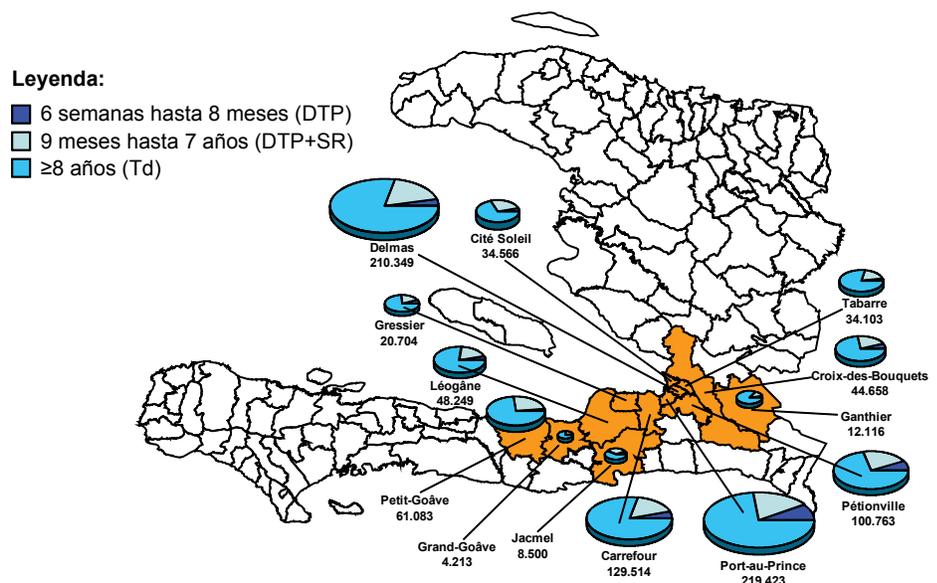
aumento vertiginoso de los precios. La eliminación de desechos fue otro problema importante debido a las dificultades para encontrar establecimientos de incineración que cobraran un precio asequible.

No se pudo calcular la cobertura debido a la imposibilidad de calcular la población destinataria. Después de la vacunación se implantó el monitoreo rápido de la cobertura (MRC) en los sitios a fin de obtener información para actividades de barido. Sin embargo, no fue posible concluir el MRC debido a dificultades logísticas. En términos generales, se vacunó a más de 928.000 personas, entre ellas 188.125 niños de 9 meses a 7 años de edad (figura 1). Según los datos disponibles, la cobertura de los niños posiblemente no haya llegado al 80%.

## Conclusiones

La implementación de la fase 1 del plan de vacunación posterior al desastre en Haití demoró meses y la cobertura alcanzada fue insuficiente. El gran número de trabajadores humanitarios que viajan a Haití procedentes de países donde todavía hay sarampión representa un riesgo persistente de importación de sarampión dada la presencia de personas susceptibles en Haití. Además, siguen produciéndose casos de difteria en el país. Por estos motivos, las autoridades sanitarias decidieron interrumpir la fase 1 del plan de vacunación posterior al desastre y proceder con la fase 2, que habría de iniciarse en julio. ■

Figura 1. Dosis de vacuna registradas por grupo de edad, fase 1 de la vacunación posterior al terremoto, municipios afectados, Haití, 2010



Fuente: boletines de la campaña; datos hasta el 30 de mayo del 2010.

1 Brote de difteria en Haití, 2009. *Boletín de Inmunización*, volumen XXXI, número 6 (diciembre del 2009).

## Avances en la prevención del cáncer cervicouterino en América Latina

En 2008, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuerpo directivo compuesto de los ministros de salud de los países de las Américas, pasó una resolución haciendo un llamado a fortalecer los programas integrales para la prevención del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Esta Resolución fue tomada luego de que los ministros revisaran y apoyaran la Estrategia y Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino, documento que delineaba un plan de acción de siete aristas para mejorar la calidad, la cobertura y la efectividad de los programas de cáncer cervicouterino, incluyendo la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

Como un mecanismo para estimular la mayor implementación de la estrategia regional, la OPS, el Ministerio de Salud de Panamá y PATH1 convocaron a una reunión en Panamá del 2 al 3 de junio del 2010. Más de 70 profesionales de la salud de 13 países latinoamericanos participaron en esta reunión. Esta cita sirvió como una oportunidad

para discutir los avances recientes en temas de nuevas tecnologías para el tamizaje y las vacunas contra el VPH, incluyendo datos regionales generados en estudios realizados en América Latina; para discutir la importancia de las perspectivas de las mujeres y la comunidad y la necesidad de enfocarse en la educación al público para mejorar la participación en los programas preventivos; para discutir las experiencias de los países participantes acerca de la introducción de nuevas estrategias y tecnologías como la experiencia de Panamá con el uso de la vacuna contra el VPH y la de México con la introducción de pruebas de detección de HPV y uso de la vacuna contra el VPH; y para planificar actividades colaborativas entre países con apoyo de organismos internacionales, para así mejorar la efectividad de la lucha contra el cáncer cervicouterino. Representantes de varias organizaciones internacionales, como la Unión Internacional para el Control del Cáncer, los Centros para el Control y Prevención de los Estados Unidos (CDC) y PATH, estuvieron disponibles para promocionar varios recursos y herramientas para apoyar a gerentes de programas con la toma de decisiones. Cabe destacar la herramienta en Web de PATH "Action

Planner" que sirve para ayudar a diseñar, paso a paso, un programa integral de cáncer cervicouterino nuevo o mejorado, y la iniciativa ProVac de la OPS, que está apoyando a los países en crear capacidades para que puedan llevar a cabo sus propias evaluaciones de costo-efectividad sobre la introducción de la vacuna contra el VPH.

Los participantes de la reunión llegaron a las siguientes conclusiones:

- Existe evidencia científica clara a favor del uso de nuevas tecnologías en los programas de prevención del cáncer cervicouterino;
- Existe amplio interés, motivación y entusiasmo por parte de los gerentes de programas de los ministerios de salud en incorporar estas nuevas tecnologías a sus actuales programas. Los gerentes son de la opinión de que la Resolución del Consejo Directivo del 2008 provee el ímpetu político para avanzar con tales cambios; y
- La mayor barrera a la introducción de nuevas tecnologías a los programas son los altos precios de las vacunas contra el VPH y de la prueba de detección del VPH. ■

**Para mayor información**, por favor visite la página Web de la OPS sobre la reunión Sub Regional sobre la prevención del cáncer cervicouterino en América Latina, disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=2300&Itemid=2318](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2300&Itemid=2318).

1 El Programa de Tecnología Apropriada en Salud o PATH (del inglés "Program for Appropriate Technology in Health") es una organización no gubernamental internacional.

## ¿Qué hay de nuevo en la vigilancia epidemiológica de enfermedades prevenibles mediante nuevas vacunas?

Con el objetivo de fortalecer y ampliar la vigilancia epidemiológica de enfermedades prevenibles mediante nuevas vacunas a nivel global, en 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus aliados recomendaron la estandarización de los datos epidemiológicos de vigilancia considerados de alta prioridad. Desde entonces, las redes de vigilancia

epidemiológica de América Latina y el Caribe para el rotavirus y las enfermedades bacterianas invasivas han estado trabajando para mejorar sus sistemas para que 1) provean datos de calidad para la estimación de la carga de enfermedad, 2) apoyen la toma de decisiones basadas en evidencia para la introducción de nuevas vacunas, 3) monitreen

la circulación de diferentes serotipos o genotipos y cambios en la distribución de los mismos, y la susceptibilidad a antimicrobianos y 4) permitan evaluar el impacto de las vacunas luego de su introducción.

Del 8 al 13 de febrero del 2010, la Organización Panamericana de la Salud llevó a cabo una reunión en Washington, D.C. Esta reunión tuvo como objetivo revisar las variables más importantes de la vigilancia de rotavirus y de meningitis y neumonías bacterianas en niños menores de cinco años y desarrollar una guía estandarizada sobre las variables de la vigilancia para apoyar a los países en

## Nuevas vacunas: variables para la vigilancia centinela de rotavirus y meningitis y neumonías bacterianas



la interpretación de sus datos de vigilancia epidemiológica.

El resultado de la reunión fue la producción y posterior publicación (en el mes de julio) del folleto *Nuevas vacunas: variables para la vigilancia centinela de rotavirus y meningitis y neumonías bacterianas* (disponible sólo en español). Este folleto incluye una selección de variables esenciales para apoyar en la recolección de datos de vigilancia de rotavirus y de meningitis y neumonías bacterianas

en los niveles tanto hospitalario como nacional.

En el folleto se describen las variables que deben estar incluidas en el formulario de investigación de casos de cada paciente y éstas se clasifican como variables obligatorias, recomendadas u opcionales, y se dan instrucciones sobre cómo llenar correctamente el formulario de investigación.

La OPS también ha recientemente desarrollado un nuevo software basado en Web, VINUVA1, el que

permite a los hospitales centinela y/o a los países de la Región de las Américas capturar, almacenar y reportar datos de vigilancia agregados desde el país al nivel regional. Esta herramienta facilitará la notificación directa y sistemática de datos, resultando en un sistema más eficiente y en mejor calidad de datos. Se espera que esta herramienta esté disponible para uso de los países en marzo del 2011. ■

1 Vigilancia de Nuevas Vacunas.

## TAYIKISTÁN cont. página 1

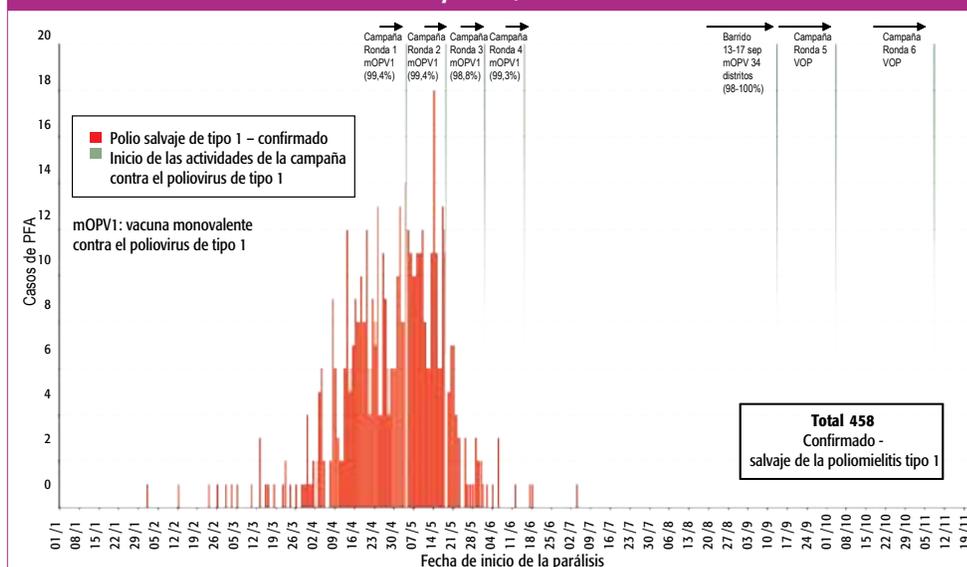
Para responder al brote, se han realizado en Tayikistán varias campañas de vacunación con la vacuna antipoliomielítica monovalente tipo 1 (cuatro rondas con una cobertura del 99% entre mayo y junio del 2010). También se han realizado o se realizarán campañas en septiembre en Kazajstán, Kirguistán, Turkmenistán y Uzbekistán. La Federación de Rusia ha investigado los contactos y se han realizado actividades de vacunación en las áreas donde se han confirmado casos.

La OMS ha mantenido su recomendación de no imponer restricciones al desplazamiento internacional de personas. Sin embargo, es importante que los viajeros internacionales que se dirijan a zonas afectadas por la poliomiélitis o procedentes de ellas estén debidamente vacunados.

Se ha alertado a los países de la Región de las Américas sobre el riesgo de importación de la poliomiélitis. Como muestran los casos en los países de Asia central que estaban libres de poliomiélitis, mientras el poliovirus salvaje siga circulando en algunas áreas podrán producirse importaciones y brotes. El último caso de poliomiélitis salvaje en el continente americano se produjo en Perú en 1991. Para mantener a la Región libre del poliovirus salvaje, se insta a los países a que evalúen el riesgo de que se produzca un brote a raíz de importaciones, analizando su cobertura de vacunación antipoliomielítica por municipio y la capacidad del sistema de vigilancia para detectar una importación oportunamente. Se insta a los países que no lleguen al mínimo de 1 caso de PFA por 100.000 niños menores de 15 años a que realicen búsquedas activas de casos en los hospitales principales. ■

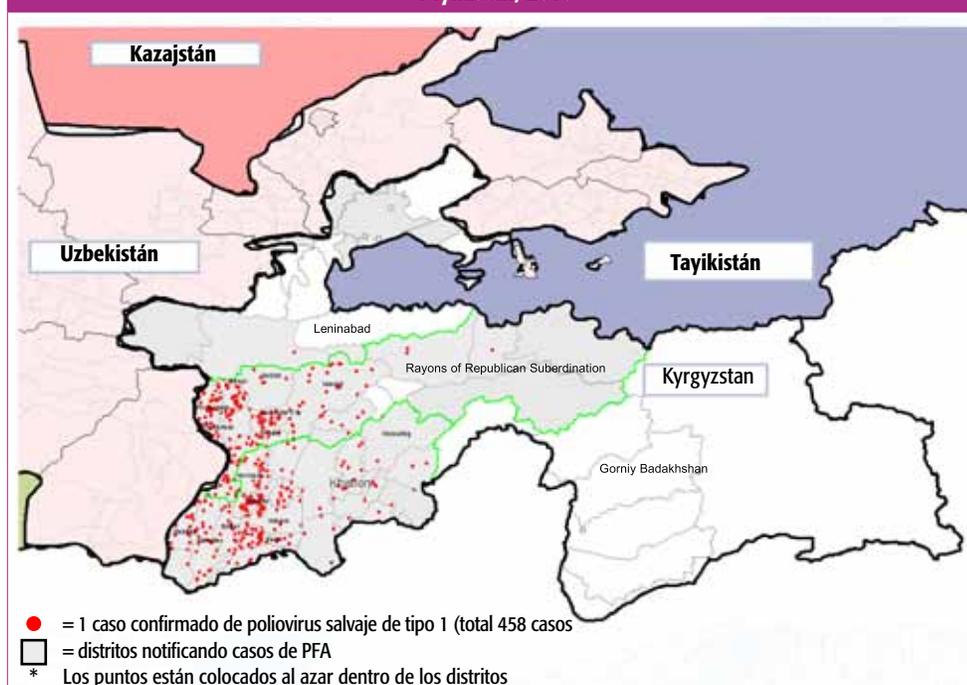
**Para más información,** véanse 1) Global Polio Eradication Initiative (<http://www.polioeradication.org/>) y 2) WHO Epidemiological Brief 7: Polio outbreak in the European Region and country responses. Disponible en inglés en [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/121799/WHO\\_EPI\\_Brief\\_10sep\\_2010e.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/121799/WHO_EPI_Brief_10sep_2010e.pdf).

**Figura 1. Casos de polio confirmados por laboratorio por fecha de inicio de parálisis, Tayikistán, 2010**



Fuente: notificación semanal de PFA a la Región de Europa de la OMS; datos hasta el 18 de noviembre del 2010.

**Figura 2. Distribución de casos de PFA y de polio confirmados por laboratorio, por distritos,\* Tayikistán, 2010**



Fuente: notificación semanal de PFA a la Región de Europa de la OMS; datos hasta el 25 de noviembre del 2010.

# Preguntas frecuentes del personal de salud

**Esquemas de vacunación**

P: ¿Por qué la mayoría de las vacunas no se recomiendan para lactantes menores de 6 semanas de edad?

R: Principalmente porque existen pocos datos de seguridad y eficacia sobre dosis aplicadas antes de las 6 semanas de edad y las vacunas no han sido autorizadas para ese uso. Los datos disponibles sugieren que la respuesta a vacunas administradas antes de 6 semanas es deficiente, a excepción de las vacunas contra la hepatitis B y la BCG.

P: El número de inyecciones recomendadas para una visita ha ido en aumento y se están acabado los sitios anatómicos para su aplicación. ¿Se debe posponer la administración de algunas vacunas?

R: No se recomienda posponer ninguna de las vacunas recomendadas, pues sería una oportunidad perdida. No se ha establecido un límite máximo de inyecciones que pueden ser administradas en una misma visita. Las vacunas intramusculares deben separarse por un mínimo de 2,5 centímetros (1 pulgada) en el músculo para evitar que las reacciones locales se sobrepongan. En este vínculo se encuentra una colección de ilustraciones que muestran donde aplicar las dosis a los niños [www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/D/site-map.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/D/site-map.pdf).<sup>1</sup> Si vacunas inyectables vivas atenuadas (SRP y/o fiebre amarilla) y vacuna viva atenuada contra la influenza no se aplican durante la misma visita, éstas deben separarse por al menos 4 semanas.

P: ¿Si se deben aplicar dos vacunas en un músculo, es mejor dar algunas vacunas separadas?

R: Dado que la DTP y la vacuna antineumocócica conjugada tienden a dar reacciones locales, es más práctico administrarlas en miembros diferentes, de ser posible, para evitar confusiones sobre cuál vacuna causó una reacción.

P: ¿Qué es el "intervalo mínimo" entre dosis de vacunas?

R: Los esquemas de vacunación generalmente se establecen en los ensayos clínicos antes de que las vacunas sean autorizadas para su uso. El intervalo entre dosis de vacunas usado en el ensayo clínico en general se transforma en el esquema recomendado. El "intervalo mínimo" es más corto que el intervalo recomendado y es el lapso más corto posible entre dosis de vacunas que aún permite una respuesta adecuada a la segunda dosis.

P: ¿Se debe reiniciar la serie de vacunación si un paciente no regresa para una dosis en la fecha recomendada, y si ha pasado incluso más de un año?

R: Para las vacunas recomendadas rutinariamente no se debe reiniciar una serie de vacunación debido a intervalos largos de vacunación. En algunas circunstancias, la vacuna oral contra la fiebre tifoidea (que a veces se da a viajeros internacionales) se debe reiniciar si la serie de vacunación no se completó en el tiempo recomendado.

## Precauciones y contraindicaciones

P: ¿Para qué vacunas la alergia al huevo es una contraindicación? ¿Qué hay de la vacuna SRP?

R: Las vacunas contra la influenza y contra la fiebre amarilla son las únicas vacunas que están contraindicadas para personas con alergia severa (anafilaxia) al huevo. Actualmente no se considera que la alergia al huevo sea una contraindicación para la vacuna contra el sarampión-rubeola-parotiditis (SRP). Aunque las vacunas contra el sarampión y las parotiditis se crecen en cultivos de tejido de embrión de pollo, varios estudios han documentado la seguridad de estas vacunas en niños con alergia severa al huevo.

1 Esta información también se encuentra en números previos del *Boletín Informativo del PAH*: Como administrar inyecciones intramusculares (IM) (abril del 2003) (disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/chi/im/sns2502.pdf>) y Cómo administrar inyecciones subcutáneas (SC) (junio del 2003) (disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/chi/im/sns2503.pdf>)

P: ¿Qué recomendaciones especiales existen para administrar inyecciones intramusculares (IM) a personas con desórdenes de la coagulación?

R: Las inyecciones IM deben aplicarse justo luego de la terapia contra la hemofilia o antes de una dosis de anticoagulante. Tanto para inyecciones IM y subcutáneas (SC), se debe usar una aguja fina (23 G o más fina) y luego se debe aplicar presión al sitio de inyección (sin masajear) por al menos 2 minutos. No se debe cambiar la ruta de administración de la vacuna, por ejemplo no se debe aplicar una vacuna IM por vía SC.

## Aplicación de vacunas

P: ¿Se debe usar guantes para administrar vacunas?

R: No. Las regulaciones de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (de los Estados Unidos) no requieren que el trabajador de salud use guante para administrar una vacuna, a menos que el trabajador corra riesgo de entrar en contacto con fluidos corporales o tenga una herida abierta en su mano.

Si el trabajador usara guantes, se los debe cambiar entre pacientes.

P: ¿Son los diluyentes de vacunas intercambiables?

R: Como regla general los diluyentes de vacunas NO son intercambiables.

P: Cuando un frasco de vacuna es nuevo y la tapa se ha recién quitado, ¿es el tapón de caucho estéril, o debe limpiarse con alcohol antes de insertar la aguja?

R: El tapón de caucho no es estéril, siempre debe limpiarse la tapa de una vacuna o diluyente con alcohol.

P: ¿Es adecuado al cargar jeringas con vacunas al comienzo de una sesión de vacunación? ¿Con cuánta anticipación puede hacerse esto?

R: La OPS recomienda NO cargar jeringas antes de su uso, principalmente para evitar errores de administración y de dosis. Otra razón para evitar esta práctica es que algunas vacunas tienen una vida útil limitada luego de su reconstitución.

P: ¿Se debe aspirar antes de inyectar una vacuna?

R: No. La OPS no recomienda aspirar (tirar el émbolo hacia afuera cuando la aguja ya está en el sitio de inyección para ver si se aspira sangre) al administrar vacunas. No existen datos que justifiquen esta práctica, ya que las inyecciones IM no se dan en áreas donde hay grandes vasos sanguíneos. Con el tamaño de aguja y ángulo en que se administran las vacunas sería muy difícil administrar la vacuna vía intravenosa.

P: Si se aplica una vacuna por la ruta equivocada (IM en vez de SC o viceversa), ¿necesita repetirse la dosis?

R: Aunque las vacunas siempre deben administrarse por la ruta recomendada, si una vacuna es accidentalmente administrada por la ruta equivocada, la OPS recomienda que se cuente como válida, con dos excepciones: las vacunas contra hepatitis B y la antirrábica; si alguna de éstas se da por otra vía que no sea IM se debe repetir la dosis.

P: ¿Qué largo de aguja se debe usar para administrar vacunas IM a lactantes?

R: La OPS recomienda que se use una aguja de 5/8" para un recién nacido o bebé prematuro si la piel está estirada y los tejidos subcutáneos no están aglutinados. Para lactantes >1 mes de edad, las inyecciones de dan en la cara anterolateral del muslo con una aguja de 1".

## Personas con condiciones de salud especiales

P: ¿Hay alguna razón para atrasar o ajustar el esquema de vacunación en niños con síndrome de Down?

R: No. Los niños con síndrome de Down deben recibir todas sus vacunas según el esquema recomendado. Estos niños en general tienen mayor

riesgo de complicaciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación que los niños sin Down.

P: ¿Se deben evitar las vacunas en pacientes en tratamiento con corticosteroides?

R: Terapias con corticosteroides de corto plazo (menos de 2 semanas); en días alternos; reemplazo fisiológico; esteroides tópicos (piel u ojos); en aerosol; o administrados vía intra articular, bursal, o inyecciones en los tendones no se consideran contraindicaciones para usar vacunas vivas atenuadas. Los efectos inmunosupresores de los tratamientos con corticosteroides varían, pero muchos clínicos consideran una dosis equivalente a 2mg/kg de peso corporal o un total de 20 mg al día de prednisona por dos o más semanas como suficientemente inmunosupresores como para alertar sobre problemas de seguridad con la vacunación con vacunas vivas atenuadas (ejemplo: SRP, fiebre amarilla, influenza viva atenuada, varicela). Se debería esperar al menos un mes luego de discontinuar la terapia con corticosteroides o la reducción de dosis antes de administrar una vacuna viva atenuada a pacientes que hayan recibido dosis sistémicas altas de corticosteroides por dos semanas o más. Las vacunas inactivadas y los toxoides pueden administrarse a pacientes inmunocomprometidos en dosis y esquemas normales, aunque la respuesta a estas vacunas puede ser sub óptima

P: ¿Se debe administrar una vacuna a una persona que esté tomando antibióticos?

El tratamiento con antibióticos no es una razón válida para posponer la vacunación. Si el niño o adulto está en general bien, o sólo tiene una enfermedad menor, las vacunas se deben administrar. Pero si la persona tiene una enfermedad aguda moderada o severa (independiente del uso de antibióticos) se debe posponer la vacunación hasta que la persona se haya mejorado. Una enfermedad aguda moderada o severa es una precaución para aplicar cualquier vacuna. Una enfermedad aguda leve (ejemplo: diarrea o enfermedad del tracto respiratorio superior leve) con o sin fiebre, no lo es. La preocupación de vacunar a alguien con una enfermedad aguda moderada o severa es que la fiebre posterior a la vacunación puede complicar el manejo de la enfermedad concurrente, es decir, podría ser difícil saber si la fiebre se debe a la vacuna o la enfermedad concurrente. Para tomar una decisión sobre posponer una vacuna se necesita determinar si el paciente correrá un mayor riesgo de contraer una enfermedad prevenible mediante vacunación, como sería el caso de un paciente que tiene poca probabilidad de regresar por su vacuna o ir a otro lado a vacunarse. Siempre se debe asegurar que la persona reciba la vacuna una vez que se haya mejorado.

**Nota:** Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) publican notas informativas sobre vacunación (Vaccine Information Statements o VIS) en inglés, pero existen traducciones hechas por otros. Para ver los VIS disponibles en más de 35 idiomas y algunos formatos alternativos (audio/video) se puede visitar la página de la Coalición para la Acción en Inmunización en [www.immunize.org/vs](http://www.immunize.org/vs). Para ver panfletos de información de vacunas en más de 35 idiomas y en formatos alternativos (audio y video), visite la página Web de la Coalición para la Acción en Inmunización en [www.immunize.org/vs](http://www.immunize.org/vs)

**Adaptado de** [http://www.immunize.org/askexperts/experts\\_general.asp](http://www.immunize.org/askexperts/experts_general.asp) el 12 de noviembre del 2010. Agradecemos a la Coalición para la Acción en Inmunización y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Preguntas y respuestas adicionales ("Ask the Experts" Q&As) se pueden ver en línea en <http://www.immunize.org/ask-experts>.

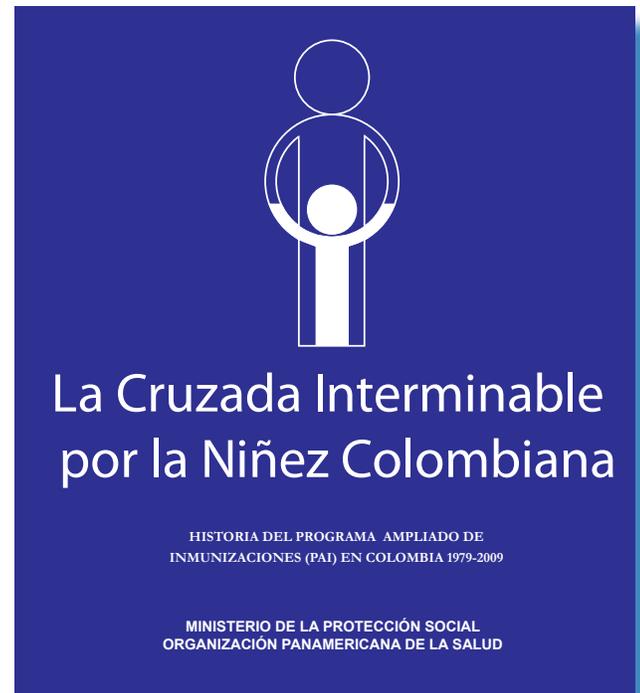
## La historia del Programa Ampliado de Inmunización en Colombia

En presencia del Señor Ministro de la Protección Social, Doctor Diego Palacio Betancourt, el Señor Viceministro de Salud y Bienestar, Carlos Ignacio Cuervo Valencia, el Doctor Juan Gonzalo López Casas, Director del Instituto Nacional de Salud, el Doctor Jorge Castilla, representando a la Organización Panamericana de la Salud en Colombia y el Doctor Alberto Mayor, Director de la Investigación, se realizó en Bogotá el día 15 de julio de 2010 el lanzamiento del libro *Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana*. Este libro recopila los treinta años de historia del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Colombia.

En sus palabras, el Dr. Palacio indicó que el objetivo de *Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana* era recoger la historia del PAI, homenajeando a sus principales contribuidores y recordando sus más memorables éxitos. Aunque este libro no pretende ser exhaustivo, sí intenta hacer reflexionar sobre un acontecimiento histórico, silencioso y desapercibido—la inmunización—que modificó el curso de vida de la sociedad colombiana, y llevar a través de una lectura amena por la erradicación de la viruela, pasando por la erradicación de la poliomielitis has-

ta nuestros días cuando estamos a puertas de lograr la documentación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. El Dr. Palacio recalcó que existen grandes retos por delante, que se repiten desde su concepción: el logro de coberturas homogéneas en todos los municipios del país y la introducción sostenible de nuevas vacunas entre otros. Sin embargo, el PAI cuenta con una fortaleza excepcional para seguir avanzando, su gente, la gente que hace parte del PAI para quines el programa se convierte en más que un deber, se convierte en misión de vida, en su razón de ser. En la actualidad, el PAI es un proceso retroalimentador en el cual ya no se ordena sino que “se informa”, abriendo la posibilidad a quienes están en la base de la pirámide de enriquecer esas señales con sugerencias, modificaciones, iniciativas e incluso invenciones y adaptaciones. Este libro es

por lo tanto un homenaje a todas las personas que han trabajado o trabajan en el PAI. ■



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 XXXII, Número 4 • Agosto del 2010

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/immunization>