

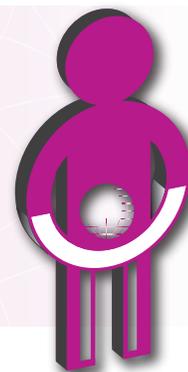
Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXV Número 4

Proteja a su familia vacunándola

Agosto del 2013



XXI Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación: “Vacunación: una responsabilidad compartida”

Quito, Ecuador • 3-5 de julio del 2013

El Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de la OPS fue originalmente establecido en 1985 para definir estrategias basadas en evidencias para la erradicación de la polio. Desde entonces el GTA ha ido expandiendo progresivamente su mandato hasta su objetivo actual de fortalecer el diálogo sobre políticas de inmunización entre personas claves en las Américas que están involucradas en esfuerzos para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV). El GTA sirve de foro regional líder para revisar y promover objetivos y estrategias regionales para inmunización. En concreto, el GTA revisa los progresos y resultados de los programas nacionales de inmunización, asistiendo en la identificación de las necesidades de investigación, al mismo tiempo que supervisa el progreso de los esfuerzos de investigación en curso.

Durante su XXI Reunión, el GTA revisó temas tales como la vacunación antineumocócica en adultos, la situación de la polio, la administración de una segunda dosis de vacunas antisarampionosas, vacunación contra la tos ferina, la fiebre amarilla, el virus del papiloma humano (VPH), el meningococo y la influenza, los registros nominales de vacunación, el Fondo Rotatorio para la compra de vacunas de la OPS, la vacunación en situaciones de emergencia humanitaria, vacunas en desarrollo, la toma de decisiones basadas en la evidencia, los indicadores del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP por sus siglas en inglés) y la integración del costeo y la planificación de los programas de inmunización. En este número del Boletín destacamos los temas que fueron presentados al GTA para decisión. El informe final completo, con todas las recomendaciones del GTA, se puede encontrar en www.paho.org/inmunizacion. ■



Foto 1 [de izquierda a derecha]: Helen Rees (Miembro del SAGE), Gina Tambini (OPS), Anushua Sinha (Miembro del GTA), Akira Homma (Miembro del GTA), Arlene King (Miembro del GTA), Cuahtémoc Ruiz Matus (OPS), Ciro de Quadros (Presidente del GTA), Jon Andrus (OPS), Peter Figueroa (Miembro del GTA), Jeannette Vega (Miembro del GTA) y Roger Glass (Miembro del GTA).

En esta edición

- 1 XXI Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación: “Vacunación: una responsabilidad compartida”
- 1 Reunión de las Redes de Laboratorios de Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Región de las Américas
- 2 Polio, recomendaciones del GTA
- 3 Sarampión y rubéola, recomendaciones del GTA

- 4 Tos ferina, recomendaciones del GTA
- 5 Fiebre amarilla, recomendaciones del GTA
- 5 Vacunación contra el neumococo en adultos, recomendaciones del GTA
- 6 Enfermedad meningocócica y vacunas disponibles, recomendaciones del GTA
- 7 Introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano y marco para la evaluación del impacto, recomendaciones del GTA

Reunión de las Redes de Laboratorios de Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Región de las Américas

Quito, Ecuador • 2 de julio del 2013

El 02 de julio de 2013, justo antes de la reunión del GTA, representantes de 25 laboratorios de Institutos de Salud Pública de la Región, expertos técnicos del Instituto Malbrán (Argentina) y del CDC-Atlanta (Estados Unidos), al igual que asesores nacionales y regionales de Inmunizaciones de la Organización Panamericana de la Salud participaron en una reunión cuyo propósito era identificar las capacidades, fortalezas y oportunidades para mantener los logros, afrontar los desafíos y mejorar el desempeño de la Red Regional de Laboratorios de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV).

Mediante presentaciones y discusiones técnicas se revisaron los siguientes temas: la situación actual de las EPV en la Región; el rol esencial de las redes de laboratorios de EPV, logros y desafíos; la experiencia de la vigilancia basada en hospitales centinelas de neumonías y diarreas causadas por rotavirus; los logros y desafíos de la Red de Laboratorios de Enfermedades Bacterianas Invasivas; las experiencias de la integración y el control de calidad de la red de laboratorios de sarampión/rubéola de México; las experiencias de la implementación de la red nacional de laboratorios para apoyar la vigilancia del VPH de Argentina y diagnósticos de laboratorio pasados y futuros para la tos ferina.

Organizados en grupos de trabajo, los participantes discutieron aspectos relacionados con: ¿cómo fortalecer y mantener la capacidad de respuesta y el rendimiento de los laboratorios nacionales? ¿Cómo mejorar la comunicación entre el laboratorio y los equipos de vigilancia, así como el flujo de información y el cumplimiento de los indicadores? ¿Cómo podrían los laboratorios mantener los logros y enfrentar los retos de la vigilancia de nuevas vacunas?

Polio

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró la erradicación de la polio como una "emergencia programática para la salud pública mundial" y pidió a la Directora General de la OMS desarrollar una estrategia global para la fase final de la poliomiélitis. El Plan Estratégico para la Erradicación y la Fase Final de la Poliomiélitis (2013-2018)* fue desarrollado para aprovechar esta nueva oportunidad de poner fin a todos los casos de polio. Con el plan se busca la erradicación del poliovirus salvaje y la eliminación de los poliovirus derivados de vacunas circulantes (cVDPV), al mismo tiempo que se planea cómo la columna vertebral de los esfuerzos contra la polio para la provisión de otros servicios de salud a los niños más vulnerables del mundo.

En 2012, el Grupo Asesor Estratégico de Expertos (SAGE por sus siglas en inglés) de inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó la cesación del uso del componente de virus tipo 2 de la VOP tan pronto como sea posible en los programas de inmunización de todos los países, facilitado por la introducción de al menos una dosis de IPV. La recomendación del SAGE se basa en el hecho de que "el poliovirus

tipo 2 fue eliminado en 1999 y que el uso continuado de la VOP, en las zonas donde la cobertura no es adecuada, contribuye a la presentación de casos de parálisis asociados a la vacuna de poliomiélitis y brotes de virus derivados de la vacuna cVDPV". El grupo de trabajo del SAGE destacó que antes de interrumpir el uso de la vacuna de tipo 2, se deben cumplir las siguientes condiciones: la interrupción del actual brote de cVDPV2 en Nigeria; la ausencia de brotes causados por cVDPV2 por al menos un año; una vigilancia epidemiológica adecuada que permita detectar y controlar cualquier brote de cVDPV2; la disponibilidad de cantidades adecuadas de vacuna bivalente oral contra la polio; IPV a un precio asequible; una reserva mundial de vacuna monovalente de tipo 2 y un acuerdo internacional para suspender el uso global de la VOP.

Durante esta reunión, el GTA recibió un informe sobre la situación mundial de la erradicación, los escenarios para el suministro de vacunas contra la poliomiélitis, la situación de la vigilancia epidemiológica en las Américas y Plan Estratégico para la Erradicación y la Fase Final de la Poliomiélitis (2013-2018). ■

El Plan Estratégico para la Erradicación y la Fase Final de la Poliomiélitis (2013-2018) tiene cuatro objetivos principales:

- 1 Detener la transmisión del poliovirus salvaje para finales de 2014 y de nuevos brotes por cVDPV dentro de los 120 días siguientes a la confirmación del caso índice.
- 2 Fortalecer los programas de inmunización e interrumpir el uso de la vacuna antipoliomielítica oral (VOP).
 - Este objetivo involucra a todos los 144 países que actualmente utilizan VOP; y
 - Implica la suspensión del uso del componente de virus tipo 2 de la vacuna VOP trivalente y la introducción de al menos una dosis de vacuna de polio inactivada (IPV).
- 3 Certificar todas las regiones del mundo como libres de poliomiélitis y asegurar que todas las reservas de poliovirus quedan contenidas de manera segura.
- 4 Planificar la transmisión del legado [de la iniciativa de erradicación].

Distritos infectados con poliovirus salvaje^[1], 6 meses previos*

■ Distritos infectados con poliovirus salvaje de tipo 1



Estado	País	Fecha último polio 1	Fecha último polio 3
Endémico	Afganistán	6-Jun-13	NA
	Pakistán	6-Jun-13	NA
	Nigeria	18-May-13	NA
Brote Activo	Somalia	3-Jun-13	NA
	Kenia	3-Jun-13	NA
NA – Fecha de inicio de parálisis antes de los 6 meses de la tabla			

*3 de enero al 2 de julio, 2013

Datos en la sede de OMS al 2 de Julio del 2013

¹ Excluye poliovirus derivados de vacuna y virus detectados a través de vigilancia ambiental.

Recomendaciones del GTA (Polio)

- Los países de las Américas deben esperar a que se cumplan las condiciones planteadas por el SAGE para cesar el uso de vacunas que contienen Sabin tipo 2; estas condiciones deben cumplirse antes de hacer cualquier cambio en políticas de vacunación. Mientras haya brotes causados por cVDPV de tipo 2 y el poliovirus salvaje continúe circulando en el mundo, la vacuna oral contra la polio trivalente sigue siendo la vacuna de elección en las Américas.
- La OPS debe conformar un Grupo de Trabajo para que desarrolle un plan estratégico que describa las opciones y los escenarios actuales, así como un cronograma para la implementación de la estrategia de erradicación de fase final (endgame) en las Américas. En este plan se deberá discutir la factibilidad del uso de los diferentes esquemas con VOP/IPV; la disponibilidad de vacunas combinadas que contienen IPV, donde la situación ideal sería contar con una vacuna combinada hexavalente de DTP células enteras-Hib-IPV-HepB, entre otros asuntos.
- Todos los países deben reforzar las actividades necesarias para continuar manteniendo niveles de cobertura por encima del 95% en cada distrito o municipio. Si los países no logran la cobertura esperada, se debe evaluar la acumulación de susceptibles e implementar campañas de vacunación.
- Todos los países deben continuar manteniendo una vigilancia adecuada de parálisis flácida aguda con el fin de detectar oportunamente cualquier importación o aparición de poliovirus derivados de vacuna, y deben reportar a la OPS de manera oportuna para permitir un monitoreo adecuado de la situación Regional.
- El GTA reitera sus recomendaciones previas (Argentina, 2011) para países que están considerando la introducción de la IPV: cumplir las condiciones sanitarias y coberturas vacunación que garanticen una protección adecuada de sus comunidades.
- La OPS debe seguir manteniendo el diálogo con los proveedores de vacunas a fin de garantizar el suministro de las vacunas antipoliomielíticas para la Región de las Américas.

* El plan completo se puede encontrar en: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/GPEI_Plan_FactFile_EN.pdf.

Sarampión y Rubéola

Los países de las Américas han demostrado un avance indiscutible en la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y de la rubéola. La Región de las Américas ha logrado y mantenido la eliminación del sarampión desde el año 2002 y el último caso de transmisión endémica de rubéola se notificó en el 2009. El mantenimiento de la circulación del virus del sarampión en otras regiones del mundo ha impactado la epidemiología del sarampión en las Américas. Después de observar que desde el 2003 había habido entre 89 y 249 casos importados y secundarios a la importación anualmente y un gran incremento de casos en el año 2011 (n=1372), el número de casos confirmados en el 2012 se redujo a 143 casos (figura 1). Todos los casos de sarampión en el 2012 estuvieron ligados a importaciones y fueron notificados por los siguientes siete países: Argentina, 2; Brasil, 2; Canadá, 10; Colombia, 1; Ecuador, 72; Estados Unidos de América, 55, y Venezuela, 1. La mayoría de los brotes de la Región han estado vinculados a los genotipos de virus importados D8, D4 y B3; el más común es el B3 debido principalmente a varios casos secundarios reportados en Ecuador. Con respecto a la rubéola, en el 2012 tan solo 16 casos fueron reportados: Argentina 1, Canadá 2, Colombia 2, Estados Unidos 9 y México 2.

Ante la vulnerabilidad y riesgo de la Región, el año pasado durante la la Conferencia Sanitaria Panamericana, los Estados Miembros aprobaron un plan de acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en la Región de las Américas (Resolución

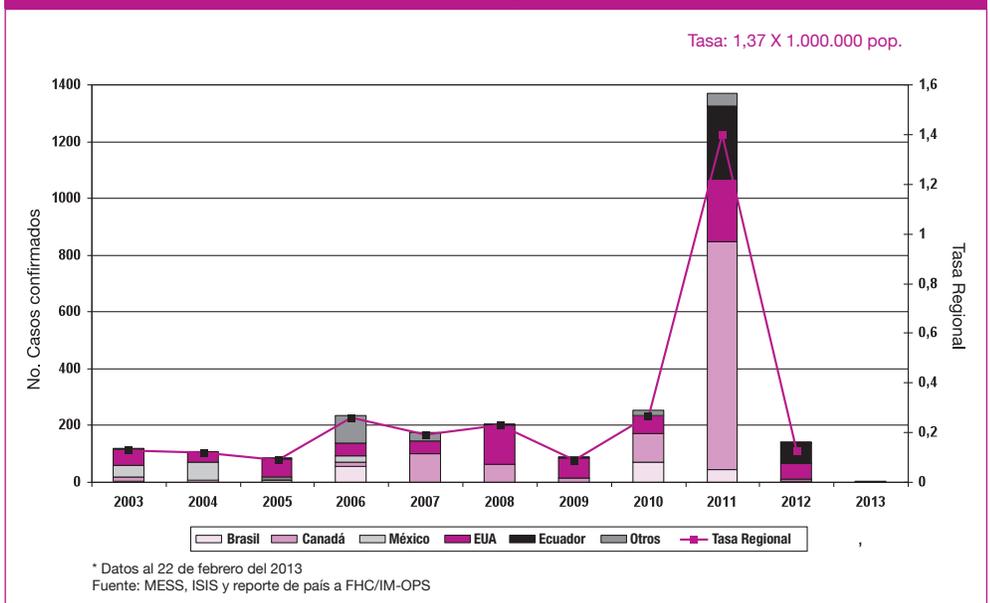
CSP28.R14). En ésta se hace un llamado a los países para que fortalezcan la vigilancia activa del sarampión, la rubéola y el SRC; aseguren medidas que permitan responder oportunamente ante los virus y brotes importados, y mantengan una cobertura de inmunización de 95% o más a nivel nacional y en cada municipio.

Para lograr coberturas del 95% o más con dos dosis de vacuna SRP o sarampión-rubéola (SR), muchos países ofrecen una segunda dosis de vacuna (SRP2) a través de las campañas de seguimiento. Para determinar la periodicidad de estas campañas, se monitorea el acúmulo de susceptibles. Cuando el número de susceptibles se acerca a ser

equivalente a una cohorte de recién nacidos, se implementa la campaña de seguimiento, lo que por lo general ocurre cada 4 o 5 años.

Un número creciente de países de la Región han introducido SRP2 como parte del esquema nacional de vacunación del programa regular en edades variables. En 32 países (76%) se administra entre los 3 y 6 años de edad, en 5 países (12%) entre los 15 y los 18 meses de edad, en 2 países (5%) a los 2 años de edad, en otros 2 territorios (5%) a los 9-12 años de edad y en 1 país (2,4%) a los 6-7 años de edad. Sin embargo, la mayor parte de los países no logran un 95% de cobertura. ■

Figura 1: Distribución de casos confirmados de sarampión en las Américas, 2003-2013*



Recomendaciones del GTA (Sarampión y rubéola)

- El GTA felicita a los países por sus esfuerzos por mantener la eliminación del sarampión y la rubéola les alienta a continuar implementando sus recomendaciones previas para mantener la eliminación regional del sarampión, la rubéola y el SRC.
- El GTA adopta las recomendaciones del Comité Internacional de Expertos, emitidas durante la cuarta reunión conjunta con representantes de las Comisiones Nacionales, e insta a los países a que las implementen y a que presenten los reportes finales de verificación a más tardar el 01o de diciembre del 2013.
- El GTA recomienda que la administración de la SRP2 sea a los 15-18 meses de edad, con la meta de lograr la más alta cobertura posible con la SRP2. La SRP2 puede darse simultáneamente con otras vacunas como el primer refuerzo de DPT.
- Los países deben mantener la verificación del estado vacunal al ingreso escolar y vacunar a los niños que no hayan recibido la SRP2.
- Los países deben continuar con las campañas de vacunación de seguimiento de alta calidad a fin de garantizar un grado alto de inmunidad, mientras la Región continúe con el proceso de verificación y se hayan logrado coberturas de vacunación $\geq 95\%$ con dos dosis de SRP o SR en el programa regular.
- Los Cuerpos de Gobierno de la OPS y los Estados Miembros deben continuar abogando por la eliminación del sarampión y la rubéola en foros globales como la Asamblea Mundial de la Salud, teniendo en cuenta que las importaciones de virus suponen un desafío para mantener la eliminación en las Américas.
- La OPS debe apoyar a los países con la sistematización de las lecciones aprendidas de los recientes brotes de sarampión y compartirlas con otros países de las Américas y con el resto del mundo.

Tos ferina

La tos ferina es una importante causa de mortalidad infantil en todo el mundo, y como tal ha sido objeto de discusión en las tres últimas sesiones del GTA. El GTA ha recomendado el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; la aplicación de una 4ª dosis de la vacuna como parte del esquema de vacunación de rutina; en caso de brotes, comenzar la vacunación con la vacuna anti difteria-pertussis-tétanos (DPT) a las 6 semanas de edad y vacunar a embarazadas; y considerar cuidadosamente el impacto de replazar la vacuna de células completas por una vacuna acelular, mientras aún está evaluando la duración de la inmunidad que confieren las vacunas acelulares.

En esta sesión, y en seguimiento a recomendaciones anteriores, se presentó la situación epidemiológica de la tos ferina en la Región, las recomendaciones del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE por sus siglas en inglés) de la OMS, la evidencia sobre la duración de la protección conferida por vacunas acelulares y las conclusiones del Grupo de Trabajo de Tos Ferina convocado por la OPS/OMS.

Luego de dos reuniones y de compilar información proveniente de los países de América Latina y el Caribe (ALC), el Grupo de Trabajo preparó un documento para la Investigación y Reporte de Brotes de Tos Ferina. Durante este ejercicio se encontró que: a) con la excepción de Costa Rica, Cuba, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela, todos los otros países de América Latina así

como Canadá y Estados Unidos han reportado brotes de tos ferina durante los últimos 3 años. b) En el 2012, la tasa de incidencia de tos ferina por 100.000 habitantes muestra un rango que va desde 0 (cero) en Cuba hasta 33,8 en Chile. c) La letalidad muestra gran variabilidad, por ejemplo, en el 2012 fue de 18% en República Dominicana, 9% en Paraguay, 6 % en Honduras, 5% en México, 1,5% en Brasil y 0,2% en Chile. d) En los países que reportaron brotes, el 42% de los casos ocurrieron en lactantes menores de 6 meses de edad. e) Ocho países usan una definición general de casos de tos ferina y nueve tienen definiciones específicas para grupos de edad. f) Algunos países continúan usando

la inmunofluorescencia como método de diagnóstico de laboratorio, a pesar de que su uso ya no se recomienda. g) Algunos de los países han reportado múltiples brotes, en los que cada brote solo tiene dos o tres casos.

Durante la reunión se presentó la información disponible sobre la duración de la inmunidad

conferida por las vacunas acelulares, la cual continúa mostrando que su duración es menor que la protección conferida por la vacuna de células completas. Mientras tanto el SAGE ha encargado a su Grupo de Trabajo que siga recabando evidencia epidemiológica para facilitar la adecuada toma de decisiones. ■

Mapa 1: Países que han reportado brotes de tos ferina en los últimos 3 años (2010 – 2013)



Recomendaciones del GTA (Tos ferina)

- Los países que tienen esquemas de vacunación con la vacuna la vacuna de células completas deben continuar con sus esquemas actuales. Habría beneficios marginales e insuficientes para contemplar un cambio de vacunas contra la tos ferina de células completas a vacunas acelulares.
- Los países deben continuar esforzándose por vacunar contra la tos ferina de manera oportuna y lograr niveles de cobertura $\geq 95\%$ en todos los municipios.
- Todos los países deben fortalecer la vigilancia de tos ferina para mejorar el monitoreo de la epidemiología de la enfermedad. Los países deben continuar examinando la calidad de sus sistemas de vigilancia epidemiológica para evaluar la fiabilidad de sus datos sobre incidencia, tasas de letalidad, distribución por grupo de edad, proporción de casos confirmados por diferentes métodos y efectividad de la vacuna.
- Los países deben usar los lineamientos propuestos para la investigación de todos los brotes, a fin de permitir que los programas nacionales y el GTA continúen evaluando la epidemiología de la tos ferina de manera sostenida.
- El GTA reitera sus recomendaciones previas en relación a brotes, las cuales incluyen el bajar la edad para comenzar la vacunación a 6 semanas y vacunar a mujeres embarazadas solamente en las áreas afectadas por el brote. En la actualidad no hay suficiente evidencia para que el GTA recomiende la vacunación rutinaria de mujeres embarazadas.

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla sigue siendo un importante problema de salud pública, en los 13 países de las Américas con áreas endémicas. En los últimos treinta años, la actividad del virus de la fiebre amarilla se encontraba restringida al área enzoótica compartida por Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, la Guayana Francesa, Panamá, Perú, Surinam, Trinidad y Tabago y Venezuela. Desde fines de 2007, la Región experimentó una intensa circulación del virus de la fiebre amarilla con extensas epizootias y aparición de brotes de casos humanos, agregándose al área endémica Paraguay y la zona norte de Argentina, a causa de los casos humanos y epizootias detectadas durante el año 2008.

La principal forma de transmisión de la fiebre amarilla en las Américas es selvática. Sin embargo, en 2008 se reportaron casos de fiebre amarilla en el área metropolitana de Asunción, Paraguay. Antes de éste, el último brote confirmado de fiebre amarilla urbana en las Américas había ocurrido en Brasil en 1942. Este evento, aunado con la proliferación del *Aedes aegypti* en la Región, demuestra el alto riesgo de reurbanización que todavía existe en las Américas.

Desde 1985 hasta 2012 se han reportado en estos países 4.066 casos y 2.351 muertes de fiebre amarilla, con una letalidad de 58%. Durante este periodo, el 95% de los casos fueron notificados por 4 países: Perú 54%, Bolivia 18%, Brasil 16% y Colombia 7% de los casos, respectivamente. Guyana, la Guayana Francesa, Panamá, Surinam y Trinidad y Tabago no han reportado casos en más de dos décadas.

Vacunación contra el neumococo en adultos

La epidemiología de la enfermedad neumocócica en adultos en países en desarrollo no está bien descrita, pero se reconoce que la carga de la enfermedad a nivel global es significativamente subestimada. Además se considera que la carga de enfermedad neumocócica se ha incrementado por el número de personas con enfermedades crónicas o infectadas con el VIH, como también por el incremento de la edad de la población en muchos países. La resistencia antimicrobiana, que es el mayor problema para el éxito de los tratamientos de las infecciones, también ha aumentado. En países industrializados la letalidad de la bacteriemia neumocócica puede alcanzar 15-20% entre los adultos y 30-40% en adultos mayores aun en pacientes que reciben una apropiada antibioticoterapia y cuidados intensivos.

Actualmente existen dos vacunas antineumocócicas en el mercado disponibles para el uso en adultos: la vacuna polisacárida 23 valente (PPV23), (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F y 33F) licenciada desde los inicios de los años 1980 para la población mayor de 2 años, y la vacuna conjugada (PCV) 13 valente (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23 F) licenciada en 2013 para el uso en adultos mayores de 50 años. Ambas vacunas son consideradas seguras y bien toleradas.

Se han realizado muchos estudios sobre la efectividad de la PPV23 en adultos sanos y adultos con condiciones de riesgo desde que le fuera otorgada la licencia a esta vacuna. Los resultados de estos estudios no son consistentes y hay mucha controversia en los diferentes grupos de población y diferentes desenlaces estudiados (Enfermedad Neumocócica Invasiva -ENI-, neumonía, mortalidad, etc) en el contexto de vacunación infantil con PCV.

Las estrategias de vacunación contra la fiebre amarilla utilizadas en la Región de las Américas incluyen: 1) la introducción de la vacuna contra la fiebre amarilla en los programas nacionales de inmunización para los niños de 1 año de edad¹ en todos los países con áreas endémicas; 2) campañas preventivas de vacunación durante periodos interepidémicos; 3) campañas de vacunación en respuesta a brotes o epizootias, y 4) administración de la vacuna a viajeros que se desplazan a zonas con riesgo de transmisión del virus de la fiebre amarilla, salvo para quienes la vacunación está contraindicada.

Para el 2012, todos los países de la Región con zonas enzoóticas han agregado la vacuna anti-amarilla a sus esquemas nacionales de vacunación. En Argentina, Brasil y Panamá, la vacuna se administra solamente en zonas de riesgo potencial. La cobertura de la vacunación de los niños de 1 año de edad en los países endémicos para fiebre amarilla ha sido de aproximadamente 70% en el periodo de 2007 a 2012, y ha sido afectada significativamente por la insuficiente disponibilidad de la vacuna. Este desabastecimiento de vacuna contra la fiebre amarilla pone en riesgo los logros que obtenidos por la Región, tanto en la estrategia de vacunación de niños de un año, como en la vacunación de personas susceptibles que viven en áreas de riesgo.

Durante su reunión, el GTA discutió las recomendaciones recientes del SAGE y llegó a conclusiones similares. En 2013, la OMS publicó una revisión de su Documento de Posición sobre la vacuna contra la fiebre amarilla (éste se encuentra disponible en: <http://www.who.int/wer/2013/wer8827.pdf>). ■

¹ Brasil recomienda la aplicación de esta vacuna a los 9 meses.

Recomendaciones del GTA (Fiebre amarilla)

- El GTA adopta las recomendaciones del SAGE:
 - Una dosis de vacuna contra la fiebre amarilla es suficiente para conferir inmunidad sostenida y protección de por vida contra la enfermedad, por lo tanto no se necesitan refuerzos.
 - En el caso de poblaciones especiales como personas con condiciones de inmunocompromiso, incluyendo a las personas viviendo con VIH sintomático o con CD4+ <200 células/mm³ la vacuna está contraindicada, pero para adultos ≥60 años, mujeres embarazadas y amamantando existe una precaución. Se recomienda llevar a cabo un análisis de riesgo beneficio para las personas con precauciones para esta vacuna.
 - La recomendación de administración simultánea de la vacuna contra fiebre amarilla con la vacuna SRP se mantiene, dado que a la fecha no hay suficiente evidencia para cambiarla.
- El GTA insta a que se realicen más estudios que permitan entender mejor la potencial necesidad de un refuerzo en grupos especiales y sobre la administración simultánea de la vacuna contra la fiebre amarilla con otras vacunas vivas como la SRP en niños. Del mismo modo, estudios sobre la inmunogenicidad y seguridad de la vacuna en adultos mayores de 60 años, niños y adultos viviendo con VIH, y personas con otras condiciones de inmunocompromiso, así como en embarazadas y mujeres amamantando.
- El GTA remarca la importancia de la vacunación contra la fiebre amarilla a través del programa regular manteniendo altas coberturas de vacunación, a fin de prevenir casos y brotes de esta enfermedad.
- La OPS debe trabajar para lograr una solución al problema de larga data del insuficiente suministro de vacunas contra la fiebre amarilla en la Región mediante transferencias de tecnologías y otros mecanismos. De modo similar, el GTA insta enfáticamente a que la OPS, la OMS, los socios y los productores de vacunas aumenten la capacidad mundial de producción de la vacuna contra la fiebre amarilla.

VACUNACIÓN CONTRA EL NEUMOCOCO cont. página 5

Además, en muchos estudios se destaca que posiblemente las tasas de ENI permanecen altas entre personas para las cuales la PPV23 es recomendada, en parte por la baja cobertura con esta vacuna, por su limitada efectividad en las poblaciones con condiciones de riesgo y por la potencial corta duración de la inmunidad. Más recientemente se han realizado estudios de inmunogenicidad para la PCV 13 valente en adultos. Estos estudios han demostrado una buena inmunogenicidad, especialmente, para los serogrupos incluidos en la vacuna.

En muchos países industrializados la incidencia de las ENI ha bajado enormemente con la introducción de las vacunas conjugadas contra el neumococo en la infancia, incluyendo una reducción en otros grupos de edad que no son destinatarios de la vacunación gracias al efecto de la inmunidad de rebaño que producen estas vacunas. ■

Recomendaciones del GTA (Vacunación contra el neumococo en adultos)

- Se debe incluir la vacuna PCV y mantener altas coberturas en el esquema rutinario de vacunación infantil. La PCV no solo protege a los niños vacunados, sino que también protege a otros grupos de edad como resultado de la inmunidad de rebaño.
- Los países deben establecer vigilancia epidemiológica de neumonías y enfermedades invasivas bacterianas de alta calidad en adultos y adultos mayores en sitios centinela para conocer el perfil epidemiológico de la enfermedad en estos grupos de edad y medir el efecto de rebaño de las vacunas conjugadas usadas.
- La evidencia disponible es insuficiente para sustentar el uso de la PPV23 en adultos con factores de riesgo dado que la efectividad de la vacuna en prevenir la enfermedad neumocócica para grupos de riesgo es discutible.
- Los países que se encuentren utilizando la vacuna PPV23 en poblaciones adultas deben considerar realizar estudios estratégicos que contribuyan a la base de conocimiento sobre el valor de esta vacuna.
- En este momento el GTA no recomienda el uso de la PCV en adultos. La introducción de la PCV en adultos se debe basar en la evidencia y no en la disponibilidad de donaciones u otros factores.

Enfermedad meningocócica y vacunas disponibles

La enfermedad meningocócica (EM) se refiere al espectro de infecciones causadas por la *Neisseria meningitidis* incluyendo meningitis, bacteriemia y neumonía bacteriémica. En la mayoría de los países la *Neisseria meningitidis* es reconocida como la principal causa de meningitis y septicemia fulminantes siendo, por lo tanto, considerada un importante problema de salud pública. La EM está asociada a una alta letalidad (10-20%) y alrededor de 20% de los sobrevivientes desarrolla alguna secuela, como sordera, déficit neurológico o la amputación de algún miembro.

La EM afecta a todos los grupos de edades, pero las más altas incidencias son en niños menores de 5 años, especialmente, los menores de un año. En algunas poblaciones, los picos de incidencia pueden también ocurrir en adolescentes o adultos jóvenes y en mayores de 65 años. Durante brotes y epidemias suelen ocurrir cambios en los que

las tasas de incidencia más altas ocurren en adolescentes y adultos jóvenes. La mayoría de los casos de la EM son esporádicos, presentan variaciones estacionales, predominantemente en el invierno, y brotes que ocurren en intervalos irregulares. Las infecciones meningocócicas invasivas son causadas predominantemente por los serogrupos A, B, C, X, W135 o Y polisacáridos capsular, pero es importante resaltar que esta enfermedad es marcada por una gran variación en relación a la distribución de serogrupos por regiones y a lo largo del tiempo.

En América Latina y el Caribe los datos disponibles indican que los serogrupos B y C aún son responsables por la mayoría de los casos. Los serogrupos W135 y el Y son emergentes y han sido reportados en algunos países, mientras que el serogrupo A ha virtualmente desaparecido de la Región. Aunque se conozca la proporción de los serotipos aislados

en la Región, no se puede inferir la carga de enfermedad por estos serotipos en función de las debilidades de la vigilancia epidemiológica mencionadas anteriormente.

En el mercado existen vacunas meningocócica de polisacáridos solos o conjugados a un acarreador proteico. Aunque las vacunas de polisacárido produzcan respuesta de anticuerpos, las vacunas conjugadas son más inmunogénicas y también inducen a una memoria inmunológica. Las vacunas de polisacáridos y conjugadas disponibles en el mercado son contra los meningococos A, C, W135 e Y. Las vacunas son seguras y efectivas. La vacuna de polisacáridos no genera adecuada inmunidad en niños menores de 2 años y en los mayores de 2 años ofrece una inmunidad de duración limitada al no inducir una memoria inmunológica. Recientemente, en enero del 2013, la primera vacuna antimeningocócica recombinante contra el serogrupo B fue recomendada para otorgación de licencia por la Agencia Europea de Medicamentos. ■

Recomendaciones del GTA (Enfermedad meningocócica y vacunas disponibles)

- Es imperativo que los países implementen sistemas de vigilancia epidemiológica de la enfermedad meningocócica para conocer su real magnitud y perfil epidemiológico. La OPS debe continuar proporcionando orientaciones para la estandarización de los métodos de diagnóstico de laboratorio y sobre cómo formular reportes sobre la enfermedad.
- Los países que ya tienen una vigilancia epidemiológica centinela para neumonías y meningitis bacterianas en niños menores de 5 años deben establecer un plan de acción para mejorar la calidad de la información, incluyendo la mejora de las técnicas de diagnóstico de laboratorio.
- Los países deben establecer sitios centinela para otros grupos de edad para las neumonías y meningitis bacterianas, utilizando definiciones de casos y técnicas de laboratorio estándares.
- Los países deben analizar su epidemiología, durante brotes y epidemias, para tomar decisiones con relación a las medidas de control, incluyendo la determinación de grupos a ser vacunados y la vacuna a ser utilizada.
- Los países con alta carga de la enfermedad en niños pequeños que decidan introducir la vacuna antimeningocócica conjugada en un programa rutinario de vacunación enfocado en niños <1 año o <2 años, deberían idealmente incluir una campaña de puesta al día de niños y adolescentes, o al menos de adolescentes, ya que este grupo etario tiene el mayor nivel de portación.

Introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano y marco para la evaluación del impacto

En América Latina y el Caribe, los países están introduciendo cada vez más en sus esquemas nacionales de inmunización la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). En julio de 2011, cuatro países habían introducido la vacuna VPH en sus esquemas y 2,6 millones mujeres adolescentes (34% de una cohorte típica para la Región) tenían acceso a la inmunización contra el VPH. A julio del 2013, diez países ya han introducido la vacuna VPH en sus esquemas y 4,5 millones de mujeres adolescentes (58%) tenían acceso a la vacunación contra el VPH.

Si bien el progreso en la introducción de la vacuna contra el VPH en los últimos dos años es importante, los obstáculos a una mayor adopción por parte de otros países de la Región podrían continuar por una variedad de diferentes razones. En primer lugar, junto con la vacuna antineumocócica conjugada, la vacuna contra el VPH sigue siendo la vacuna del PAI más cara que ofrece el Fondo Rotatorio, de las son para un uso potencialmente universal. El costo de la vacuna también se percibe como inasequible y, a veces, como un precio no razonable. En segundo lugar, las prioridades de salud pública en América Latina y el Caribe a menudo se centran en causas de mortalidad infantil (neumonía y diarrea) y la mortalidad materna y, en consecuencia, las inversiones públicas se dirigen a su prevención. Finalmente, los profesionales de la salud expresan incertidumbres sobre la seguridad y eficacia a largo plazo de la vacuna contra el VPH, las estrategias de administración, y la posible integración con la tamización del cáncer cervicouterino.

El público y algunos profesionales de la salud siguen teniendo dudas sobre la seguridad

de las vacunas contra el VPH, a pesar de las evidencias de que es una vacuna segura. En junio de 2013, el Comité Asesor Global sobre Seguridad de las Vacunas de la OMS examinó información actualizada sobre la seguridad de las vacunas contra el VPH. De acuerdo a esta información, y considerando que más de 170 millones de dosis se han distribuido en todo el mundo y un número creciente de países están ofreciendo la vacuna a través de los programas nacionales de inmunización, el Comité concluyó que el perfil de seguridad de las vacunas contra el VPH actualmente disponibles sigue asegurándose. Las características de las vacunas contra el VPH actuales, los datos generados en los muchos ensayos clínicos así como la vigilancia posmercado (tanto con sistemas pasivos y activos) y los esfuerzos que los programas nacionales en asegurar la vacunación segura son consideraciones importantes que respaldan esta conclusión.

En su reunión anterior, el GTA recomendó a la OPS desarrollar un marco para monitorear el impacto de la vacunación VPH en la Región. El marco propuesto describe desenlaces primarios y complementarios que pueden ser monitoreados en tres periodos subsecuentes a la introducción de la vacuna VPH. A corto plazo (5-10 años después de la introducción de la vacuna), la prevalencia de genotipos de VPH en adolescentes sexualmente activas es el desenlace primario del monitoreo, y si se introdujo la vacuna tetravalente, la prevalencia de verrugas genitales es un desenlace complementario. A mediano plazo (10-15 años después de la introducción de la vacuna), la prevalencia de lesiones precancerosas (con ajuste por la cobertura de la tamización) y/o la prevalencia de los genotipos de VPH en



Dr. Andrea Vicari
Asesor de Inmunización de OPS para VPH

lesiones invasoras son desenlaces primarios; la cobertura de la tamización del cáncer cervicouterino y la positividad de las pruebas de tamización podrían ser desenlaces complementarios. A largo plazo (≥ 20 años después de la introducción de la vacuna), la incidencia de o la mortalidad por cáncer cervicouterino y la prevalencia de los genotipos de VPH en los cánceres invasores son desenlaces primarios; la incidencia de otros cánceres relacionados al VPH, la cobertura de la tamización del cáncer cervicouterino y el seguimiento de mujeres con pruebas de tamización positivas podrían ser desenlaces complementarios. En lugar de ser prescriptivo, este marco quiere ilustrar las distintas opciones que los países pueden adoptar dependiendo de las condiciones nacionales y locales. Las actividades desarrolladas en el marco regional podrían tener una influencia positiva sobre los programas nacionales de tamización del cáncer cervicouterino. ■

Recomendaciones del GTA (Introducción de la vacuna contra el VPH y marco para la evaluación del impacto)

- Los países que han introducido la vacuna contra el VPH deben fortalecer sus esfuerzos para caracterizar la cobertura de vacunación a nivel nacional y subnacional.
- El GTA también recomienda que los países que están considerando una introducción planeen cuidadosamente los sistemas de información para la colección y el análisis de datos de cobertura en todos los niveles.
- El GTA apoya la declaración de junio de 2013 del Comité Asesor Global sobre Seguridad de las Vacunas de la OMS relacionado a la seguridad de las vacunas contra el VPH e insta a la OPS a diseminar evidencia sobre la seguridad de vacuna contra el VPH en la Región.
- Los países, dependiendo de sus capacidades, deben adoptar las actividades establecidas en el marco regional de evaluación de impacto de la vacuna VPH. El GTA reconoce que una red regional de laboratorios de VPH es un componente integral de este marco.
- El GTA recomienda esquemas extendidos de 2 o 3 dosis para mujeres adolescentes de edad 9-13 de años dado que podrían ofrecer ventajas inmunológicas, programáticas y financieras. El GTA también reconoce la necesidad de conseguir datos a más largo plazo para los esquemas de dos dosis.
- La OPS debe continuar explorando mecanismos para hacer la vacuna contra el VPH más asequible sin comprometer los principios del Fondo Rotatorio.

El *Boletín de Inmunización* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por el Proyecto de Inmunización Integral de la Familia 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.

“Treinta años del *Boletín de Inmunización*: la historia del PAI en las Américas”, un compendio electrónico del *Boletín*, ya se encuentra disponible a través de: www.paho.org/inb.

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 XXXV, Número 4 • Agosto del 2013

Editor: Carolina Danovaro
Editores adjuntos: Gabriela Felix y
Cauhtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2013.
Todos los derechos reservados.



Unidad de Inmunización Integral de la Familia

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

Boletín de Inmunización

Volumen XXXV Número 4

Agosto del 2013

Organización Panamericana de la Salud

8

LABORATORIOS cont. página 1

Las Redes de Laboratorios de las Américas han apoyado las iniciativas de erradicación, eliminación y control de EPV tan pronto como éstas han sido aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS. El rol primordial del laboratorio es proveer información válida, confiable y oportuna que ayude a guiar el uso de recursos para el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades, así como para apoyar la documentación del impacto de la introducción de nuevas vacunas.

Los representantes de los países ratificaron la necesidad de promover la integración de la información generada en el laboratorio con la de la vigilancia epidemiológica, de tal forma que el comportamiento de las EPV pueda ser analizado de forma integral, tanto en el ámbito nacional como regional.

En vista de la importancia de garantizar el cumplimiento de los indicadores definidos en la vigilancia de las EPV, los participantes enfatizaron que los indicadores de desempeño de los laboratorios debían ser

incorporados en los sistemas de información de la vigilancia epidemiológica y reportados de manera regular por los Ministerios de Salud a la OPS/OMS.

El GTA de la OPS apoyó las recomendaciones formuladas durante la reunión de la Red de Laboratorios de EPV de las Américas. Todas las recomendaciones del GTA, incluyendo las relacionadas con la reunión de las redes de laboratorios de EPV, se puede encontrar en: www.paho.org/inmunizacion. ■

Recomendaciones del GTA (Reunión de laboratorios)

- Los laboratorios de la Red deben armonizar los diferentes procedimientos utilizados en la identificación de los serotipos/serogrupos/genotipos de los agentes microbianos causantes de EPV. Esto con el propósito de facilitar la comparabilidad de los resultados de laboratorio entre países y para optimizar la disponibilidad de información en todos los países de la Región de las Américas.
- El GTA reitera que la vigilancia epidemiológica y el laboratorio son componentes esenciales de un programa de inmunización efectivo y se requieren para la toma de decisiones estratégicas y basadas en evidencia. Por este motivo insta a los países a mejorar la integración de la información generada en el laboratorio con la del sistema de vigilancia epidemiológica.
- El GTA reconoce que se precisa definir una Red Regional de Laboratorios de EPV, la cual bajo la implementación de ensayos estandarizados y programas de aseguramiento de la calidad, genere resultados confiables que faciliten la toma de decisiones en salud y apoyen la evaluación del impacto de la introducción de nuevas vacunas.
- La OPS debe estudiar la posibilidad de incluir la adquisición de reactivos y kits de diagnóstico para la vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación dentro del Fondo Rotatorio.
- El GTA endosa las recomendaciones de la Reunión de las Redes de Laboratorios de Enfermedades Prevenibles por Vacunación realizada el 02 de julio de 2013 en Quito, Ecuador (Anexo B de informe final, disponible en www.paho.org/inmunizacion).