

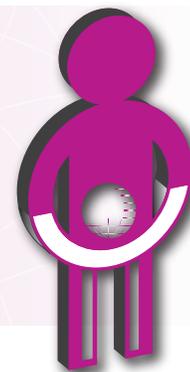
# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXVII Número 2

Proteja a su familia vacunándola

Junio del 2015



## Comité Internacional de Expertos declara a la rubéola eliminada de la Región de las Américas



De izquierda a derecha: Dr. Cuahtémoc Ruiz, Jefe de la Unidad de Inmunización de la OPS; Sra. Andrea Gay, Directora Ejecutiva Salud de Niños, Fundación de las Naciones Unidas; Dra. Carissa F. Etienne, Directora, OPS; Sr. Bernt Aasen, Director Regional para América Latina y el Caribe, UNICEF; Dra. Susan E. Reef, Jefa del equipo de rubéola, División Mundial de Inmunización, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos. Crédito de la foto: Sonia Mey-Schmidt, OPS.

El 23 de abril del 2015 el Comité Internacional de Expertos para la eliminación del sarampión y la rubéola en las Américas (CIE) declaró que la rubéola había sido eliminada de las Américas. Este anuncio se hizo durante una reunión celebrada en la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este logro hace que la rubéola sea la tercera enfermedad prevenible por vacunación que se ha eliminado de la Región de las Américas, después de la erradicación regional de la viruela en 1971 y de la poliomielitis, cuya eliminación fue declarada en 1994.

Después de la adopción generalizada de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) en los programas nacionales de inmunización de la Región, en el 2003 los Estados Miembros de la OPS establecieron la meta de eliminación de la rubéola para el 2010.

A fines de los años noventa, los países de habla inglesa del Caribe promovieron la organización de campañas masivas de vacunación antirrubéolica dirigidas a adolescentes y adultos. Con el apoyo de la OPS y de su Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, entre 1998 y el 2008, alrededor de 250 millones de adolescentes y adultos en 32 países y territorios fueron vacunados contra la rubéola. Como resultado de estas campañas, los últimos casos endémicos de rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) se notificaron en las Américas en el 2009.

Ver **RUBÉOLA** página 2

### En esta edición

- 1 Comité Internacional de Expertos declara a la rubéola eliminada de la Región de las Américas
- 1 Celebración de Semana de Vacunación en las Américas del 2015
- 3 Eliminando la rubéola y el sarampión en los países de la Región: diez acciones claves realizadas por los países de la Región y la OPS
- 4 Avances hacia la erradicación de polio
- 7 Datos de vigilancia de sarampión, rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, Clasificación final, 2014
- 8 En memoria de Ana Betty Higuera Pérez

## Celebración de Semana de Vacunación en las Américas del 2015

La 13.<sup>a</sup> Semana de Vacunación en las Américas (SVA) se celebró en toda la Región desde el 25 de abril hasta el 2 de mayo del 2015. El lema regional de este año fue “¡Refuerza tu poder! ¡Vacúnate!”, para recalcar que la vacunación refuerza el sistema inmunitario y ayuda a que el cuerpo luche contra más de 20 enfermedades prevenibles, con lo cual las personas que se vacunan se transforman en “superhéroes”, con poderes especiales para derrotar a la enfermedad. Con una campaña en las redes sociales por medio de los hashtags #Vacúnate y #RefuerzaTuPoder se instaba a las personas a que se tomaran fotos mientras posaban como superhéroes y sujetaban los carteles #Vacúnate, para luego colocar las fotos en las redes sociales o presentarlas a la OPS, a través de la web. Las fotos recibidas pueden verse en: <http://bit.ly/1yggpJK>. Además, este año la OPS se asoció con la Fundación Chespirito para presentar la imagen del personaje Chapulín Colorado en una serie de materiales de SVA.

El lanzamiento regional de SVA ocurrió el 25 de abril en Durán (Ecuador), una comunidad indígena situada en las afueras de Guayaquil. Entre los participantes se encontraban autoridades de alto nivel del Ministerio de Salud de Ecuador, la Directora de la OPS y la Representante de la OPS en Ecuador, además de representantes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y del Instituto de Vacunas Sabin, entre otros asociados. Como parte del inicio de la campaña en la Región, la OPS, junto con la Fundación de las Naciones Unidas, hizo una transmisión por internet #Vacúnate+SocialGood especial para educar al público acerca de la importancia de la

Ver **SVA** página 2

**RUBÉOLA** cont. página 1

El CIE analizó datos epidemiológicos fidedignos aportados por la OPS y sus países miembros y concluyó que no había indicios de transmisión endémica de la rubéola ni del SRC a lo largo de cinco años consecutivos, lo que superaba el requisito de tres años para declarar que la enfermedad estaba eliminada. El Comité informó que, en un futuro cercano, espera poder declarar que la Región también está libre del sarampión.

Este logro tan importante de la salud pública refleja tanto el esfuerzo como el compromiso de los países de las Américas, el triunfo de las alianzas y el arduo trabajo de miles de trabajadores de salud de toda la Región.

Durante la reunión del CIE y como un anticipo a Semana de Vacunación en las Américas el 23 de



**Miembros del Comité Internacional de Expertos para la eliminación del sarampión y la rubéola en las Américas.** Crédito de la foto: Sonia Mey-Schmidt, OPS.

abril, la OPS transmitió una reunión técnica especial por Livestream para tratar los adelantos y los retos relacionados con la eliminación del sarampión en

la Región. Luego del debate hubo una sesión de preguntas y respuestas para el personal profesional de los ministerios de salud de la Región. ■

**SVA** cont. página 1

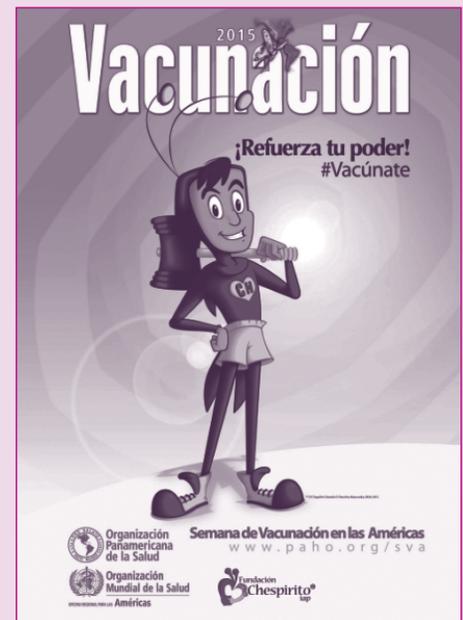
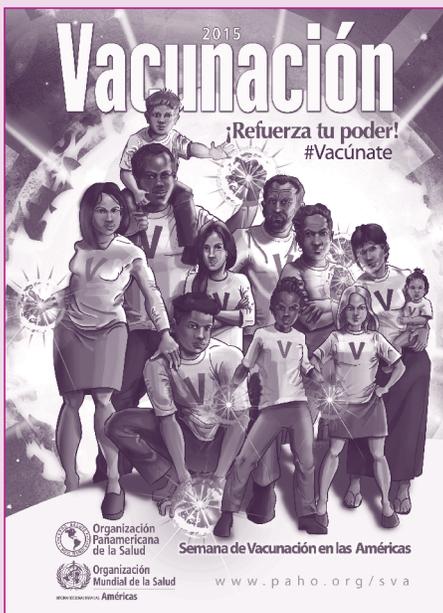
vacunación. Los expertos abordaron temas como la repercusión de las vacunas en la salud pública, los brotes recientes de algunas enfermedades prevenibles por vacunación, la experiencia de Ecuador en materia de inmunización y también compartieron maneras en que las comunidades y las organizaciones locales pueden apoyar a la vacunación.

Además del lanzamiento de la campaña a nivel regional, los países de toda la Región celebraron SVA, como Antigua y Barbuda, Argentina, Cuba, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Suriname, entre muchos otros. También se hicieron varios lanzamientos internacionales de la campaña con la participación de dos o más países, como las que organizaron Honduras y Guatemala, Bolivia y Perú, Argentina, Brasil y Paraguay, Guayana y Suriname, Panamá y Costa Rica, y Panamá y Colombia.

Este año, en el marco de SVA, los países y los territorios organizaron jornadas de vacunación destinadas a más de 60 millones de personas de distintas edades y contra una amplia gama de enfermedades, como la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), la difteria, la tos ferina, el tétanos neonatal, la influenza, la fiebre amarilla, la diarrea causada por rotavirus, la neumonía bacteriana y el virus del papiloma humano. Las estrategias comunes incluían la administración de antígenos múltiples para completar los esquemas de vacunación para niños menores de cinco años o para administrar las dosis de refuerzo a los niños en edad escolar; campañas de vacunación masivas contra la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el SRC; vacunación de las mujeres en edad fértil contra el tétanos y la difteria, y campañas contra la influenza estacional (formulación de las vacunas para el hemisferio sur).

Asimismo, varios países utilizaron a SVA como una oportunidad para participar en actividades concretas de información, educación y comunicación. Estas actividades consistían en promover la vacunación en las escuelas públicas; dirigirse a los funcionarios de educación y a los directores de escuelas para orientarlos acerca del Programa Ampliado de Inmunización (PAI); efectuar un simposio de un día sobre los retos y las perspectivas del PAI y emprender actividades de capacitación para los trabajadores de salud.

Muchos países también continuaron con la tendencia de utilizar a SVA como una plataforma para la coordinación con otros programas de salud e integrar a la vacunación otras intervenciones preventivas, como por ejemplo, desparasitar, administrar suplementos de vitamina A, medir la presión arterial y la glucosa en la sangre, determinar el índice de masa corporal, efectuar exámenes de la vista, prestar servicios de control y prevención de enfermedades transmitidas por vectores, vacunar a los animales domésticos y ofrecer servicios de atención dental.



Además de la 13.ª celebración de SVA, el 2015 también marcó la celebración de la 4.ª Semana Mundial de la Inmunización, una iniciativa mundial integral que vincula las semanas de la vacunación en todas las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud. El tema de la Semana Mundial de la Inmunización 2015 fue "Cerrar las brechas en inmunización", para darle atención a la necesidad de alcanzar la equidad en los niveles de cobertura de vacunación y dar acceso universal a las vacunas a todas las personas, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés).

Más información sobre SVA y Semana Mundial de la Inmunización puede encontrarse en: <http://www.paho.org/vwa/?lang=es> y <http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2015/es/>, respectivamente. ■

# Eliminando la rubéola y el sarampión en las Américas: diez acciones claves realizadas por los países de la Región y la OPS

El 23 de abril de 2015 el Comité Internacional de Expertos convocado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) verificó la eliminación de la rubéola y del Síndrome de la Rubéola Congénita (SRC) después de un riguroso proceso de revisión de evidencias presentadas por todos los países de la Región. Podemos resumir diez de las acciones adoptadas por los ministerios de salud de las Américas y la OPS para alcanzar este logro:

## 1. Lograron un alto compromiso político y financiero.

En el 2003, los ministros de salud de las Américas asumieron el compromiso de eliminar la rubéola y el SRC de la Región para el 2010, después de haberse logrado la eliminación del sarampión endémico en el 2002. Ese compromiso se extendió desde el nivel político más alto hasta el nivel local, lo que permitió garantizar la implementación exitosa de las estrategias de eliminación recomendadas por la OPS. Muchos presidentes también alzaron la bandera de las vacunas, entre ellos, el ex presidente de Costa Rica y el recipiente del Premio Nobel de la Paz, Óscar Arias Sánchez.

La eliminación de la rubéola y del SRC se logró en el 2009, cuando los últimos casos endémicos se informaron en Argentina y Brasil, respectivamente. La eliminación de la rubéola y del SRC fue un ejemplo del compromiso colectivo frente a la inmunización infantil y familiar que demuestra al panamericanismo como un factor decisivo para alcanzar logros importantes en la salud pública.

## 2. Crearon alianzas estratégicas.

Los países generaron y mantuvieron alianzas estratégicas con sociedades científicas, iglesias e instituciones académicas al nivel de país. La colaboración con medios de comunicación y organizaciones de la sociedad civil no solo aumentaron la visibilidad para la iniciativa de la rubéola, sino que además potenciaron los programas de inmunización rutinarios.

También las alianzas promovidas por la OPS con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Iniciativa Sarampión-Rubeola, la Cruz Roja Americana, El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), la Fundación de las Naciones Unidas (UNF), March of Dimes, la antigua Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Alianza para Vacunas (Gavi), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), el Instituto de Vacunas Sabin, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, fueron claves para recaudar fondos y apoyar la iniciativa de eliminación.

## 3. Introdujeron la vacuna contra la rubéola.

La vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) se introdujo en los esquemas nacionales de vacunación de forma gratuita a partir de la década de los 90. Esta vacuna marcó un punto de inflexión histórica en la eliminación de la rubéola, al asegurar que las nuevas cohortes de recién nacidos estuvieran inmunizadas contra estas enfermedades. La primera dosis de la vacuna, que es segura e inocua, se aplica a los 12 meses; y la segunda dosis a los 18 meses o 4 años de edad.

En las Américas, se recomienda que las coberturas de vacunación sean iguales o superiores al 95%

en cada municipio de cada país como un pilar fundamental para mantener a la Región libre del sarampión, la rubéola, y el SRC.

## 4. Realizaron campañas de vacunación masivas e indiscriminadas.

Entre 1998 y 2008, aproximadamente 250 millones de adolescentes y adultos fueron vacunados en 32 países y territorios de la Región.

Además de vacunar en los centros de salud y casa a casa, los trabajadores de la salud llevaron las vacunas a lugares no tradicionales. Se instalaron puestos de vacunación en escuelas, universidades, cuarteles y cárceles, terminales de metro, de autobuses, en lugares de trabajo, tiendas, ferias, mercados y centros comerciales, parques, estadios (como el Maracanã en Río de Janeiro), conciertos y en la playa.

## 5. Fortalecieron el programa regular llegando a todos los rincones del hemisferio.

Ya fuera en un vehículo, a pie, a lomo de burro o a caballo, en bote o en una balsa, los trabajadores de salud se comprometieron a llegar con la vacunación a la población más postergada. Recorrieron las zonas de frontera entre los países, entraron en lugares de difícil acceso geográfico, ingresaron en áreas urbanas poco seguras, como favelas, y llegaron a las familias en comunidades indígenas y afro descendientes.

## 6. Estrategias de comunicación social contribuyeron a la eliminación de la rubéola y el SRC.

Se han implementado tácticas novedosas de comunicación social para campañas de vacunación masivas contra la rubéola dirigidas a hombres y mujeres de distintos grupos de edad, los cuales no han sido el foco tradicional de los programas nacionales de inmunización. Esto ha ayudado a asegurar una alta cobertura de vacunación a través de los países de la Región.

Estas estrategias han aprovechado el apoyo invaluable de líderes de deportes, especialmente jugadores de fútbol, con el propósito de representar la imagen de campañas de vacunación en sus respectivos países, capitalizando la popularidad y el alcance del deporte para motivar la participación en actividades de vacunación.

Métodos no tradicionales también fueron implementados, como el uso de los megáfonos para promover, o pedir el apoyo de iglesias al nivel regional/local para generar demanda para actividades de vacunación y facilitar el trabajo de brigadas de vacunación, especialmente en las zonas rurales o aisladas.

## 7. Integraron la vigilancia de la rubéola a la del sarampión y establecieron sistemas de vigilancia de SRC.

Dado que los síntomas y signos de la rubéola son similares al sarampión, a mediados de 1998, los países comenzaron a integrar la vigilancia de la rubéola con la del sarampión, para la detección y confirmación oportuna de casos. El fortalecimiento gradual de los sistemas de vigilancia permitió realizar una investigación inmediata de los casos,

implementar rápidamente medidas de respuesta, mejorar la gestión y el seguimiento clínico de los niños afectados. Adicionalmente, los países establecieron un sistema para vigilar el SRC con el fin de captar oportunamente los casos sospechosos, principalmente en el primer nivel de atención. Mientras que solo el 13% de los países en las Américas reportaba casos de SRC en 1998, este número se incrementó al 100% en el año 2003.

## 8. El Fondo Rotatorio de la OPS facilitó el suministro oportuno de la vacuna que contiene sarampión y rubéola para 41 países.

El Fondo Rotatorio de la OPS es el mecanismo regional que facilita el acceso oportuno a vacunas de alta calidad a los precios más bajos para la mayoría de los países y territorios en las Américas. Aprovechando las economías de escala, el Fondo Rotatorio gestiona el proceso de adquisición y adquiere 46 presentaciones de vacunas y 29 insumos de inmunización en nombre de 41 países y territorios participantes. Con este fin, el Fondo Rotatorio ha contribuido enormemente a que los países de las Américas sean libres de la rubéola y del SRC.

## 9. Fortalecieron la capacidad de sus laboratorios.

A medida que los países avanzaban en sus esfuerzos por eliminar la rubéola y el SRC, la documentación de genotipos se volvió esencial para determinar la procedencia de los casos. Además, se fortaleció la capacidad diagnóstica para confirmar o descartar los casos sospechosos de rubéola con la misma prueba serológica de laboratorio que se utiliza para sarampión. Actualmente, los países cuentan con mayor capacidad diagnóstica para realizar pruebas más específicas, tales como el aislamiento viral y genotipificación, para la clasificación final de los casos importados de otras regiones del mundo.

## 10. Mantuvieron un grado de alerta máxima para enfrentar los casos importados.

Los virus del sarampión y la rubéola siguen circulando en otras regiones del mundo, lo que significa que los países de las Américas están en riesgo de importación. Esto puede ocurrir cuando los viajeros traen los virus de sarampión o rubéola a nuestra Región.

El primer brote de sarampión en la fase pos-eliminación, que tuvo una duración de más de 12 meses de transmisión, ocurrió en los estados del norte de Pernambuco y Ceará de Brasil, y por definición, Brasil había restablecido la transmisión endémica del sarampión. Después de vigilancia intensiva y esfuerzos de vacunación en el estado de Ceará, pareció que el brote ahora está bajo control. El último caso confirmado se informó el 13 de junio del 2015.

Por lo tanto, los países deben permanecer vigilantes y no bajar la guardia. En el 2014, la cobertura regional de vacunación contra el sarampión y la rubéola fue del 92%. Manteniendo una cobertura de vacunación alta y homogénea, además de un sistema de vigilancia sensible y de alta calidad para responder efectivamente a los virus importados, sigue siendo esencial para que la Región de las Américas mantenga los logros de eliminación. Sobretodo, los trabajadores de salud deben mantener una actitud positiva y un compromiso permanente al mantenimiento de los logros de eliminación. ■

## Avances hacia la erradicación de polio

La erradicación de la poliomielitis es de importancia crítica. Los siguientes artículos introducen y explican los componentes necesarios y lo que se requiere de todos los países para cumplir esta meta, incluyendo la introducción de la vacuna inyectable contra la poliomielitis (IPV) y la implementación del *switch* de la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (bOPV).

### Un paso fundamental para lograr un mundo sin poliomielitis

Desde que se puso en marcha la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis en 1988, la incidencia de esta enfermedad se ha reducido en más de 99,9% en todo el mundo. De más de 350.000 casos por año, se disminuyó a 359 casos en 2014. De enero a junio del 2015, solo ha habido 29 casos en el mundo.

La vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) ha sido una herramienta clave para la erradicación en el mundo, sin embargo, se debe tener presente que la OPV contiene poliovirus atenuados (debilitados) que, en ocasiones muy raras, pueden ser la causa de casos de poliomielitis parálitica asociada con la vacuna (VAPP) o brotes de poliovirus circulante derivados de la vacuna (cVDPV), estos últimos en áreas de muy bajas coberturas de vacunación.

Hasta la fecha, los beneficios del uso de la OPV han superado ampliamente los pequeños riesgos que trae aparejados. Sin embargo, ahora que la erradicación de la poliomielitis está en su fase final y que cada vez se notifican menos casos de la enfermedad, se ha formulado un nuevo plan para reducir al mínimo la ocurrencia de casos asociados al uso de la vacuna oral y, al mismo tiempo, formular las medidas más apropiadas para alcanzar la meta de erradicación mundial.

Por esta razón, el *Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013-2018* recomienda la discontinuidad del uso de la OPV lo antes posible después de la interrupción de la circulación del poliovirus salvaje en el mundo. Este Plan recibió el respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y sigue la orientación técnica del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por sus siglas en inglés), que es un comité independiente que asesora a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en temas relacionados a la inmunización.

El retiro de la OPV se llevará a cabo de manera escalonada en los 155 países que usan OPV. Primero, se sustituirá la tOPV (que contiene los serotipos 1, 2 y 3) por la bOPV (que contiene solo los serotipos 1 y 3). La ventaja de esto es que el poliovirus salvaje de tipo 2 (WPV2) ha sido erradicado desde 1999, y el componente de tipo 2 en la tOPV es responsable por casi todos los casos de cVDPV. Existe por lo tanto una prioridad de salud pública para eliminar este componente lo antes posible. Una vez erradicadas las cepas de poliovirus salvajes

tipo 1 y 3, se suspenderá por completo el uso de las OPV a escala mundial.

Antes del cambio de la tOPV a la bOPV, todos los países deben introducir al menos una dosis de la vacuna inyectable contra la poliomielitis (IPV). Agregar al menos una dosis de la IPV a los esquemas de vacunación de rutina reducirá el riesgo asociado con el retiro de la OPV tipo 2, porque la IPV brindará la inmunidad contra este serotipo. Por eso, la IPV será introducida al nivel mundial en 126 países a finales del 2015.

La introducción de la IPV en los esquemas de vacunación rutinarios, junto con el *switch* (o cambio) de la tOPV a la bOPV es un paso fundamental para lograr un mundo sin poliomielitis.

### Preguntas Frecuentes – Introducción de la IPV

#### ¿Por qué los países deben introducir la IPV?

La introducción de la IPV es un elemento clave del *Plan Estratégico* para la reducción de los riesgos asociados con la retirada de la componente tipo 2 de la OPV. El *Plan Estratégico* insta a aquellos países que utilizan únicamente la OPV que introduzcan al menos una dosis de IPV para finales del 2015. El rol principal de la IPV será mantener la inmunidad contra el poliovirus de tipo 2 mientras se retira el poliovirus de tipo 2 de la OPV del mercado mundial. Más específicamente, es necesario introducir la IPV por las siguientes razones:

- Para reducir riesgos. Una vez que la OPV tipo 2 se retire del mercado mundial, si no se usa la IPV, habrá una acumulación sin precedentes de susceptibles a este tipo de poliovirus. El uso de la IPV ayudará a mantener la inmunidad y a prevenir la emergencia de los virus tipo 2 en caso de reintroducción. Por lo tanto, una región con la población vacunada con IPV tendrá un menor riesgo de reemergencia o reintroducción del poliovirus de tipo 2 salvaje o derivado de la vacuna.
- Para interrumpir la transmisión en caso de brotes. En caso de que se requiriera el uso de la OPV monovalente tipo 2 (mOPV tipo 2) para controlar un brote, será más fácil alcanzar los niveles de inmunidad necesarios para detener la transmisión en una población previamente vacunada con IPV. Por lo tanto, la introducción de la IPV podría facilitar el control de brotes en el futuro.

El documento de posición de la OMS sobre las vacunas contra poliomielitis publicado en

febrero del 2014 está disponible (en inglés y francés) en: <http://www.who.int/wer/2014/wer8909.pdf>

#### ¿Es la IPV segura?

Sí. La IPV se considera altamente segura e inocua, ya sea empleada sola o combinada con otras vacunas. Protege contra las tres cepas de poliovirus y, cuando se usa con la OPV, refuerza la respuesta inmunitaria. La IPV puede administrarse a los lactantes nacidos prematuramente (a los nacidos antes de las 37 semanas de gestación) según el esquema de vacunación y a la misma edad recomendada para todos los niños. También puede aplicarse de forma simultánea con las demás vacunas indicadas en el esquema nacional de vacunación.

#### ¿Qué efectos colaterales puede tener la IPV?

Nunca se han notificado eventos adversos graves después de administrar la IPV, ya sea empleada sola o combinada con otras vacunas. A veces, pueden producirse reacciones locales leves, como enrojecimiento y dolor en el sitio de inyección.

#### ¿Puede administrarse la IPV junto con otras vacunas inyectables en la misma visita?

La vigilancia durante muchos años de los niños en un gran número de países que han recibido inyecciones múltiples de vacunas en una misma visita ha demostrado que es inocuo suministrar varias vacunas inyectables simultáneamente. A escala mundial, la mayoría de los países de ingresos medios y altos han aplicado inyecciones múltiples de vacunas durante más de una década. La IPV es efectiva, ya sea colocada sola o con otras vacunas. Además, para el niño es más conveniente experimentar un solo momento breve de molestia que sufrir dolor en dos días o visitas distintas.

#### ¿Cuántas dosis de IPV se necesitan?

Los niños deben recibir al menos una dosis de la IPV, completando el esquema de vacunación de rutina con la OPV.

#### Después de recibir la IPV, ¿se debe continuar administrando a los niños la OPV?

Sí. Hasta que se erradique la poliomielitis a nivel mundial, la IPV y la OPV se deben usar de manera combinada según el esquema recomendado por la OPS/OMS.

**ERRADICACIÓN DE POLIO** cont. página 4

La OPV es inocua y efectiva para proteger a los niños contra la parálisis causada por la poliomiélitis. Durante los últimos 10 años, se han administrado más de 10.000 millones de dosis de la OPV a casi 3.000 millones de niños en todo el mundo. Se han prevenido más de 10 millones de casos de poliomiélitis, y la enfermedad se ha reducido en más de 99,9%. Es la vacuna apropiada para lograr la erradicación mundial de la poliomiélitis.

La OPV contiene poliovirus atenuados. En ocasiones muy raras, el uso de esta vacuna puede causar casos de poliomiélitis, ya sea VAPP o casos de cVDPV. Por este motivo, la erradicación mundial de la poliomiélitis requiere el retiro total de la OPV. Sin embargo, es necesario seguir utilizando la OPV hasta que la erradicación de los poliovirus salvajes tipo 1 y 3 está confirmada.

**¿Es mejor la IPV que la OPV?**

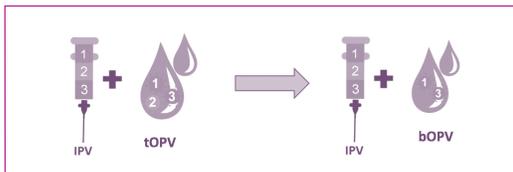
No. Cada una de estas vacunas ofrece ventajas y beneficios. Si se usan en conjunto, brindan mejor protección a la población y acelerarán la erradicación de las cepas restantes de poliomiélitis a escala mundial.

**¿Seguiremos usando la IPV después de que se retire la OPV?**

Sí. Después de la erradicación mundial de la poliomiélitis y del retiro mundial de OPV, la IPV será la única vacuna con la cual se mantendrán los niveles de inmunidad. Es probable que se necesite seguir utilizando la IPV por varios años después de que se haya informado el último caso de poliomiélitis.

La siguiente es una lista de pasos claves, los cuales todos los países deben completar como parte del *switch* mundial de la tOPV a la bOPV:

- 1. Fijar la fecha nacional para el *switch*:** Los tomadores de decisión deben establecer la fecha del *switch* durante el período de dos semanas entre el 17 de abril del 2016 y el 1.º de mayo del 2016. En la fecha seleccionada se retirará la tOPV de todos los establecimientos, se enviará para ser destruida de manera apropiada y reemplazada con bOPV.
- 2. Establecer las estructuras de gestión:** Se recomienda a los países que hacia mediados del 2015 conformen los comités de coordinación del *switch* a nivel nacional y subnacional. Estos comités tienen a su cargo la elaboración del plan del *switch* y supervisar su implementación.
- 3. Elaborar el plan para el *switch*:** Todos los países que utilizan OPV deben haber elaborado una versión preliminar del plan para el *switch* hacia finales del segundo trimestre del 2015 y finalizado el plan en septiembre del 2015, basado en los lineamientos recomendados y concediendo alrededor de 10 meses para preparar y ejecutar las actividades.
- 4. Preparar el *switch*:** Se espera que los países implementen sus planes para el *switch*, completen la capacitación, distribuyan la bOPV a los niveles descentralizados y retiren y eliminen la tOPV, según el cronograma presentado en sus planes.
- 5. Implementar el *switch*:** Todos los países deben dejar de usar la tOPV y destruir las reservas residuales de tOPV, después del día designado para el *switch* en su país, en abril del 2016, con el fin de evitar un nuevo surgimiento de poliovirus de cVDPV tipo 2. La continuación del uso de la tOPV después de abril del 2016 puede poner en peligro o retrasar la erradicación mundial de la poliomiélitis.
- 6. Validar la ausencia de tOPV:** Durante las dos semanas que siguen a la fecha del *switch*, los países deben comprobar que los establecimientos estén libres de tOPV y hayan aplicado métodos apropiados de eliminación de la vacuna.
- 7. Completar la validación nacional:** Tendrá que haber una evaluación del *switch* independiente. Directrices sobre esta evaluación independiente se compartirán con los países en noviembre del 2015.

**El *Switch* o Cambio de la tOPV a la bOPV**

En mayo del 2012, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) declaró que lograr la erradicación de los poliovirus constituye una “emergencia programática de alcance mundial para la salud pública” e instó a la Directora General de la OMS a elaborar un plan estratégico integral destinado a la fase final de la erradicación de la poliomiélitis. El *Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final 2013 - 2018*, aprobado por el Consejo

Ejecutivo de la OMS en enero del 2013, requiere la retirada secuencial de todas las OPV.

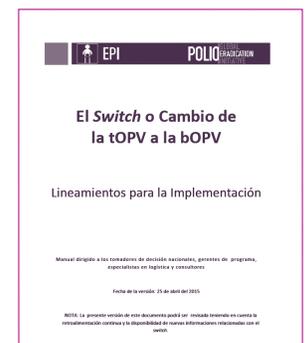
La retirada de la OPV de los programas rutinarios y de las campañas de vacunación debe hacerse de una manera progresiva, a fin de reducir al mínimo el riesgo de aparición de nuevos casos de poliomiélitis. La primera fase de la retirada consiste en el cambio de la tOPV actual, que contiene antígenos de los poliovirus de tipo 1, 2 y 3, por la bOPV, que contiene solo antígenos de los tipos 1 y 3. El uso de la tOPV condujo a la erradicación del poliovirus salvaje de tipo 2, cuyo último caso se detectó en 1999 y ha permitido que estemos cerca de alcanzar la erradicación mundial.

Está previsto que el *switch* mundial de la tOPV a la bOPV ocurrirá en abril del 2016. Antes del cambio, los fabricantes cesarán la producción de tOPV. El suministro de tOPV se limitará a las cantidades suficientes para el período hasta la fecha del *switch* y después del mismo no habrá ninguna tOPV disponible.

El *switch* debe ser simultáneo y coordinado a nivel mundial. Todo uso de la tOPV después de abril del 2016 pondrá en peligro la erradicación de la poliomiélitis, debido al riesgo de generar cVDPV del componente de tipo 2 de la vacuna.

Para la preparación del *switch* en abril del 2016, es indispensable que todos los países que usan la OPV empiecen a planear el *switch* durante los dos primeros trimestres del 2015 y que finalicen el plan nacional para el *switch* con respectivo presupuesto en septiembre del 2015. La elaboración e implementación oportuna del plan para el *switch* aumentarán la probabilidad de una exitosa retirada y destrucción de la tOPV, reducirán al mínimo el desperdicio de esta vacuna y asegurarán un mundo libre de cVDPV de tipo 2.

Directrices para la implementación del *switch* están disponibles en español, inglés y francés: [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio).



ERRADICACIÓN DE POLIO cont. página 5

## Primera reunión de la Comisión Regional para la Certificación de la Fase Final de Erradicación de la Poliomiélitis en la Región de las Américas

Con el fin de cumplir con el *Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final, 2013-2018*, la OPS ha conformado la Comisión Regional para la Certificación de la Fase Final de Erradicación de la Poliomiélitis en la Región de las Américas (RCC).

La RCC tuvo su primera reunión del 11 al 12 de junio del 2015 en la sede de la OPS en Washington, DC. Los principales objetivos de esta reunión fueron revisar los objetivos del *Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final, 2013-2018* y proporcionar un contexto global y regional sobre la implementación de los requisitos para la fase final de la erradicación de la poliomiélitis.

La RCC será responsable por certificar que la Región de las Américas haya cumplido con los requisitos necesarios para la fase final de la erradicación de la poliomiélitis. La función de la RCC es evaluar el cumplimiento de los cuatro objetivos principales de la fase final de la erradicación de la poliomiélitis en las Américas.

La RCC tendrá el apoyo de los comités nacionales para la certificación (NCC) que evaluarán, verificarán y presentarán la documentación nacional necesaria.



Los miembros de la RCC en la foto de la izquierda a la derecha: Dr. Jose Luis Díaz-Ortega; Dr. Mark A. Pallansch; Dra. Arlene King, presidenta de la RCC; Sr. Henry Smith; Dra. Angela Gentile y Dr. Carlos Godoy Artega. Crédito de la foto: Elizabeth Thrush.

### Documentos de apoyo y referencia para la introducción de IPV y el Switch

Varios documentos y módulos de capacitación están disponibles para apoyar los países de las Américas con la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV) y el *switch* de la tOPV a la bOPV.

#### La introducción de IPV

Todos estos documentos están disponibles en el sitio web de inmunización de la OPS: [www.paho.org/inmunizacion/IntrolIPV](http://www.paho.org/inmunizacion/IntrolIPV).

- Documentos técnicos
  - Guía Práctica: la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV)
  - Informe sobre la introducción de la IPV, el retiro de la OPV y el fortalecimiento del programa de vacunación de rutina
  - Antecedentes y fundamentos técnicos para la introducción de una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV) en el esquema de vacunación de rutina
- Documentos de capacitación
  - Módulos de capacitación de la IPV
    - ◆ **Módulo 1:** Introducción a los fundamentos de la erradicación de la poliomiélitis y la vacuna inactivada contra la poliomiélitis
    - ◆ **Módulo 2:** Características de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV) y recomendaciones para su almacenamiento
    - ◆ **Módulo 3:** Esquema de vacunación, indicaciones y contraindicaciones de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis
    - ◆ **Módulo 4:** Administración de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis
    - ◆ **Módulo 5:** Registro de la administración de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV)
    - ◆ **Módulo 6:** Vigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI)
    - ◆ **Módulo 7:** Comunicación con los padres y cuidadores y el propio personal de salud acerca de la IPV y las inyecciones múltiples
  - Aceptabilidad y seguridad de las inyecciones múltiples
  - Preguntas frecuentes sobre la introducción de la vacuna inactivada contra poliomiélitis (IPV)
- Documentos de comunicación
  - Guía para la gestión de la comunicación social en situaciones de crisis: Apoyo a la preparación de los países para afrontar situaciones inesperadas
  - Paquete de recursos sobre medios de comunicación: Preparación para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV)

#### El Switch o Cambio de la tOPV a la bOPV

Todos estos documentos están disponibles en el sitio web de inmunización de la OPS: [www.paho.org/inmunizacion/PolioSwitch](http://www.paho.org/inmunizacion/PolioSwitch)

- Documentos técnicos
  - El *Switch* o Cambio de la tOPV a la bOPV: Lineamientos para la Implementación
  - Protocolo para la notificación, evaluación de riesgos y respuesta ante la detección del poliovirus serotipo 2 después del retiro global de la Vacuna oral contra la poliomiélitis tipo 2
  - Información y clasificación de poliovirus derivado de la vacuna (en inglés) (en francés)
  - Preparándonos para el *switch*: Presentación | Video
  - OMS - Ejemplo de presupuesto para las actividades del *switch*
  - Monitoreo del *switch* de la tOPV a la bOPV (en inglés)
  - Gestión de stock y kit de logísticas (en inglés)
- Documentos de capacitación
  - Módulo de capacitación para los trabajadores de salud sobre el *switch*, o el cambio de la vacuna OPV trivalente por la vacuna OPV bivalente
  - Directrices de apoyo sobre el cambio de la OPV trivalente a la OPV bivalente: "El *Switch*"
- Documentos de comunicación
  - Una introducción al *switch* de la OPV trivalente a la bivalente (en inglés)
  - Guía para la planificación de la comunicación sobre el *switch* o el cambio de la tOPV a la bOPV
  - Guía de gestión de conflictos potenciales y de los medios de comunicación
- Preguntas frecuentes
  - Preguntas frecuentes sobre el *switch* ■

## Datos de vigilancia de sarampión, rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, Clasificación final, 2014

| País                         | Total de casos sospechosos de sarampión o rubéola notificados | Sarampión confirmado <sup>(a)</sup> |                            |             | Rubéola confirmada <sup>(a)</sup> |                            |          | Síndrome de Rubéola Congénita |            |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------------------|----------------------------|----------|-------------------------------|------------|
|                              |   | Diagnóstico clínico                 | Diagnóstico de laboratorio | Total       | Diagnóstico clínico               | Diagnóstico de laboratorio | Total    | Sospechoso                    | Confirmado |
| Anguilla                     | 1   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 1                             | 0          |
| Antigua y Barbuda            | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Argentina                    | 484   | 0                                   | 1                          | 1           | 0                                 | 2                          | 2        | 125                           | 0          |
| Aruba                        | ...   | ...                                 | ...                        | ...         | ...                               | ...                        | ...      | ...                           | ...        |
| Bahamas                      | 2   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Barbados                     | 33  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Belice                       | 68  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Bermuda                      | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| BES**                        | ...   | ...                                 | ...                        | ...         | ...                               | ...                        | ...      | ...                           | ...        |
| Bolivia                      | 157   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Brasil*                      | 6350  | 91                                  | 598                        | 689         | 0                                 | 1                          | 1        | 67                            | 0          |
| Canadá                       | ...   | ...                                 | 418                        | 418         | ...                               | 1                          | 1        | ...                           | ...        |
| Chile                        | 268   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 46                            | 0          |
| Colombia                     | 2818  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 437                           | 0          |
| Costa Rica                   | 44  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Cuba                         | 1151  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Curaçao                      | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Dominica                     | 1   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Ecuador                      | ...   | ...                                 | ...                        | ...         | ...                               | ...                        | ...      | ...                           | ...        |
| El Salvador                  | 496   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Estados Unidos               | ...   | ...                                 | 667                        | 667         | ...                               | 4                          | 4        | ...                           | ...        |
| Granada                      | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Guadalupe                    | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Guatemala                    | 243   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 6                             | 0          |
| Guyana                       | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Guyana Francesa              | 54  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 10                            | 0          |
| Haití                        | 123   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 22                            | 0          |
| Honduras                     | 288   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 11                            | 0          |
| Isla Vírgenes (RU)           | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Islas Caimán                 | ...   | ...                                 | ...                        | ...         | ...                               | ...                        | ...      | ...                           | ...        |
| Islas Vírgenes (EUA)         | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Jamaica                      | 236   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Martinica                    | 1   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| México                       | 4925  | 0                                   | 3                          | 3           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Montserrat                   | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Nicaragua                    | 144   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 22                            | 0          |
| Panamá                       | 216   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Paraguay                     | 337   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 4                             | 0          |
| Peru                         | 423   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Puerto Rico                  | ...   | ...                                 | ...                        | ...         | ...                               | ...                        | ...      | ...                           | ...        |
| República Dominicana         | 61  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| San Kitts y Nevis            | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| San Vicente y las Granadinas | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Santa Lucía                  | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Sint Maarten***              | 1   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 3                             | 0          |
| Suriname                     | 90  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Trinidad y Tobago            | 6   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Turks & Caicos               | 0   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Uruguay                      | 10  | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 0                             | 0          |
| Venezuela                    | 758   | 0                                   | 0                          | 0           | 0                                 | 0                          | 0        | 6                             | 0          |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>19789</b>  | <b>91</b>                           | <b>1687</b>                | <b>1778</b> | <b>0</b>                          | <b>8</b>                   | <b>8</b> | <b>760</b>                    | <b>0</b>   |

\*Datos provisionales a la semana epidemiológica 53-2014. (a) Importado o relacionado con importación. Fuente: Sistemas del ISIS, MESS e informes de país. ...Los datos no fueron proporcionados. \*\*Bonaire, San Eustaquio y Saba. \*\*\*Parte Neerlandesa.

Empezando en el 2015, el *Boletín de Inmunización* se publicará cuatro veces al año, en español, inglés y francés por la Unidad 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](http://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 XXXVII, Número 2 • Junio del 2015

**Editora: Hannah Kurtis**

**Editores asociados: Cuauhtémoc Ruiz Matus y Octavia Silva**

©Organización Panamericana de la Salud, 2015.  
Todos los derechos reservados.



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

### 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>

## En memoria de Ana Betty Higuera Pérez

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de Colombia y de las Américas ha perdido a una verdadera heroína, una de esas personas muchas veces anónimas quienes con su pasión y esmero han salvado la vida de miles de niños y han hecho del PAI de América Latina un programa exitoso. La licenciada Ana Betty Higuera Pérez falleció el 19 de Abril del 2015 luego de una ardua lucha contra el cáncer de mama. Tenía solo 48 años.

Ana Betty se graduó como enfermera de la Universidad Nacional de Colombia y como epidemióloga en la Universidad de Antioquia. En sus comienzos trabajó como enfermera en Médicos sin Fronteras, luego en la Unidad Básica de Atención Candelaria, en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá como coordinadora del PAI y posteriormente pasó al Instituto Nacional de Salud en el grupo PAI donde participó en la investigación de evaluación de impacto de la vacunación contra *Haemophilus Influenzae* tipo b de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ana Betty también participó como capacitadora en el tema de vacunación segura en algunos países de América Latina. En sus últimos años se desempeñó como profesional



**Ana Betty Higuera Pérez.**  
Crédito de la foto: Nohora Higuera.

especializado del grupo PAI del Ministerio de Salud de Colombia.

Ana Betty dedicó su vida al PAI, desde el nivel local hasta el nivel nacional, y se distinguió por su gran conocimiento en todos los temas relacionados a la inmunización. Lideró muchas campañas de vacunación, capacitando y concientizando acerca de las bondades de vacunar a temprana edad para prevenir enfermedades graves.

Epidemióloga comprometida, fue crítica y exigente con su trabajo profesional y siempre dispuesta a compartir su sabiduría con compañeros y conocidos.

La Lic. Higuera se destacó por ser una mujer transparente con todos los que se relacionaron con ella. No fue de palabras a medias, ni de entredichas. Fue una mujer serena que sabía presentar su verdad con valentía, quien también supo transmitir una alegría que contagiaba a quienes pasaban un rato con ella. Nunca faltó en las conversaciones con Ana Betty una frase o dicho coloquial para alegrar el alma de quienes la rodeaban en sus largas jornadas de trabajo ni un detalle para endulzar el momento compartido.

Hoy una gran tristeza embarga a la familia del PAI Latinoamericano y nuestros corazones están adoloridos por la partida de quien fuera una apasionada de la vacunación y una gran colega, pero en nuestro recuerdo quedan los maravillosos momentos que compartimos junto a ella y los millones de niños que se continuarán beneficiando de su gran obra. ■

**Contribuido por:** Patricia Arce, Dra. Yenny Neira y la familia de Ana Betty Higuera Pérez.