

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud



Volumen XLI Número 1

Proteja a su familia vacunándola

Marzo del 2019

La Comisión Regional de Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola se reúne en la OPS

Los Estados Miembros aprobaron un plan de acción en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS celebrada en el 2017, con el fin de dar seguimiento a la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en la Región de las Américas en el período 2018-2023. En este contexto, en el 2018, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS recomendó establecer un grupo de expertos para vigilar la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región de las Américas. Con ese fin, la Directora de la OPS convocó a una Comisión Regional de Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola, establecida en su primera reunión, el 18 de enero del 2019.

La Región de las Américas eliminó el virus del sarampión endémico en el 2016, pero desde el 2017, la Región ha presentado brotes de sarampión en diversos países causados por virus del sarampión importados de otras regiones del mundo;¹ los mayores brotes y los más difíciles de controlar ocurrieron en Brasil y Venezuela. Con apoyo de la OPS, los ministerios de salud de estos países han puesto en marcha varias estrategias, como la vacunación masiva y la disminución de la edad de vacunación para controlar los brotes y prevenir una mayor propagación del virus del sarampión entre la población sin vacunar. A pesar de estos esfuerzos, el brote de sarampión en Venezuela ha durado más de 12 meses y la Región en su totalidad ya no puede declarar que está libre de sarampión endémico.

La Comisión, formada por un grupo de ocho expertos de renombre de los campos de epidemiología, inmunización, virología, biología molecular y medicina clínica, tiene la finalidad de dar seguimiento de la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC en la Región de las Américas, así como de elaborar un nuevo marco regional que esté en consonancia con el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*.

También apoyará los esfuerzos en marcha de la OPS en materia de promoción de la causa al más alto nivel político, mediante el control de los brotes de sarampión y la verificación de la evidencia para la recertificación de los países donde se ha restablecido la transmisión endémica. Además, trabajará muy estrechamente con otros órganos consultivos regionales y mundiales como el GTA de la OPS y el Grupo de Trabajo del SAGE sobre el Sarampión y Rubéola de la OMS, entre otros.

La Comisión ha celebrado dos reuniones virtuales desde su establecimiento. Como se mencionó antes, la primera reunión tuvo lugar el 18 de enero del 2019, durante la cual el doctor Jarbas Barbosa da Silva, Subdirector de la OPS, nombró oficialmente a sus miembros, entre ellos, al doctor Jon Andrus como Presidente. El debate durante esa reunión incluyó un panorama del estado de los brotes en la Región, así como los pasos que tomará la Comisión para elaborar un plan de trabajo y fijar un plazo de ejecución de sus actividades.

La segunda reunión de la Comisión se celebró el 26 de febrero del 2019. Esta reunión se concentró en el brote en Brasil y en visitas a Brasil y Colombia, así como en el debate y la aprobación del plan de trabajo y los plazos de ejecución en esos países. Por último, la Comisión también se refirió al programa de trabajo de su próxima reunión, que se celebrará en Cartagena (Colombia), el próximo mes de julio, como parte de la 25.^a reunión del GTA. ■

¹ Para más información acerca de estos brotes, véase el número de septiembre del Boletín de Inmunización, disponible en www.paho.org/inmunizacion/boletin

La OPS y PATH lanzan un nuevo recurso para mejorar el uso de datos para la inmunización

En el ámbito de la salud mundial, se reconoce ampliamente que una de las piedras angulares del buen funcionamiento de los sistemas de salud son los datos de calidad suficiente para orientar la toma de decisiones. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos internacionales por mejorar la calidad de los datos de salud, incluso en el ámbito de la inmunización, el aumento del uso de estos datos para la adopción de decisiones sigue siendo un problema, especialmente en lo que respecta a la prestación de servicios de salud.² Es necesario hacer un balance de la evidencia en torno a los esfuerzos actuales para fortalecer los datos de inmunización e identificar los enfoques efectivos e inefectivos, así como cualquier brecha en el conocimiento que deba ser atendida. Si bien los avances en tecnología de la información han conducido a un aumento continuo en la cantidad de datos de salud disponibles, los datos siguen siendo un recurso subutilizado en el diseño y la implementación de programas de inmunización en todo el mundo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y PATH se dispusieron a abordar estas necesidades e inquietudes en un proyecto conjunto financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, que culminó en un nuevo informe, *Datos de inmunización: evidencia para la acción (IDEA): Una revisión realista de lo que funciona para mejorar el uso de datos para la inmunización*, *Evidencia de países de bajos y medianos ingresos*, el que proporcionará a la comunidad de inmunización estrategias claras y probadas con el fin de mejorar la calidad y el uso de los datos de inmunización. Además, la revisión IDEA describe cómo los financiadores, formuladores de políticas e implementadores de programas pueden incorporar estas mejores prácticas para mejorar la eficacia de los programas de inmunización estatales, regionales y nacionales.

El informe ya está generando comentarios positivos y facilitando las conversaciones entre la comunidad mundial de datos, los socios regionales y los Estados Miembros. "La Región de las Américas tiene algunos de los niveles más altos de cobertura de vacunación en el mundo, pero a pesar de esto, muchas poblaciones difíciles de alcanzar se quedan atrás", dijo la doctora Martha Velandia, asesora regional de inmunizaciones de la OPS. "Asegurar que los profesionales tengan acceso a datos rigurosos es vital para el diseño e implementación de

² Karuri J, Waiganjo P, Orwa D, Many A. DHIS2: The tool to improve health data demand and use in Kenya. *J Health Inform Dev Ctries [Internet]*. 2014 Mar 18 [consultado: 9 de septiembre del 2018];8(1). Disponible en: <http://www.jhdc.org/index.php/jhdc/article/view/113>.

EN ESTA EDICIÓN

- 1 La Comisión Regional de Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola se reúne en la OPS
- 1 La OPS y PATH lanzan un nuevo recurso para mejorar el uso de datos para la inmunización
- 4 Tres mitos sobre la vacunación contra la influenza
- 5 Actividades de salud escolar en Argentina para mantener la eliminación del sarampión
- 7 Tabla 1. Precios de las vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2019
- 7 Tabla 2. Precios de las jeringas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2019
- 8 Lo que he aprendido sobre vacunación contra influenza estacional y preparación para una pandemia... por Alba María Roperó A.

IDEA cont. página 2

programas basados en evidencia que sabemos que funcionarán. La revisión de IDEA es un gran paso para compilar esta evidencia y resaltar las áreas donde se necesita más información", agregó.

La OPS y la organización PATH llevaron a cabo una revisión sistemática "realista" de la evidencia contenida en la investigación existente para responder dos preguntas de investigación principales:

1. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para mejorar el uso de los datos en los programas de inmunización y en la toma de decisiones políticas?
2. ¿Por qué y cómo estas intervenciones producen los resultados que producen?

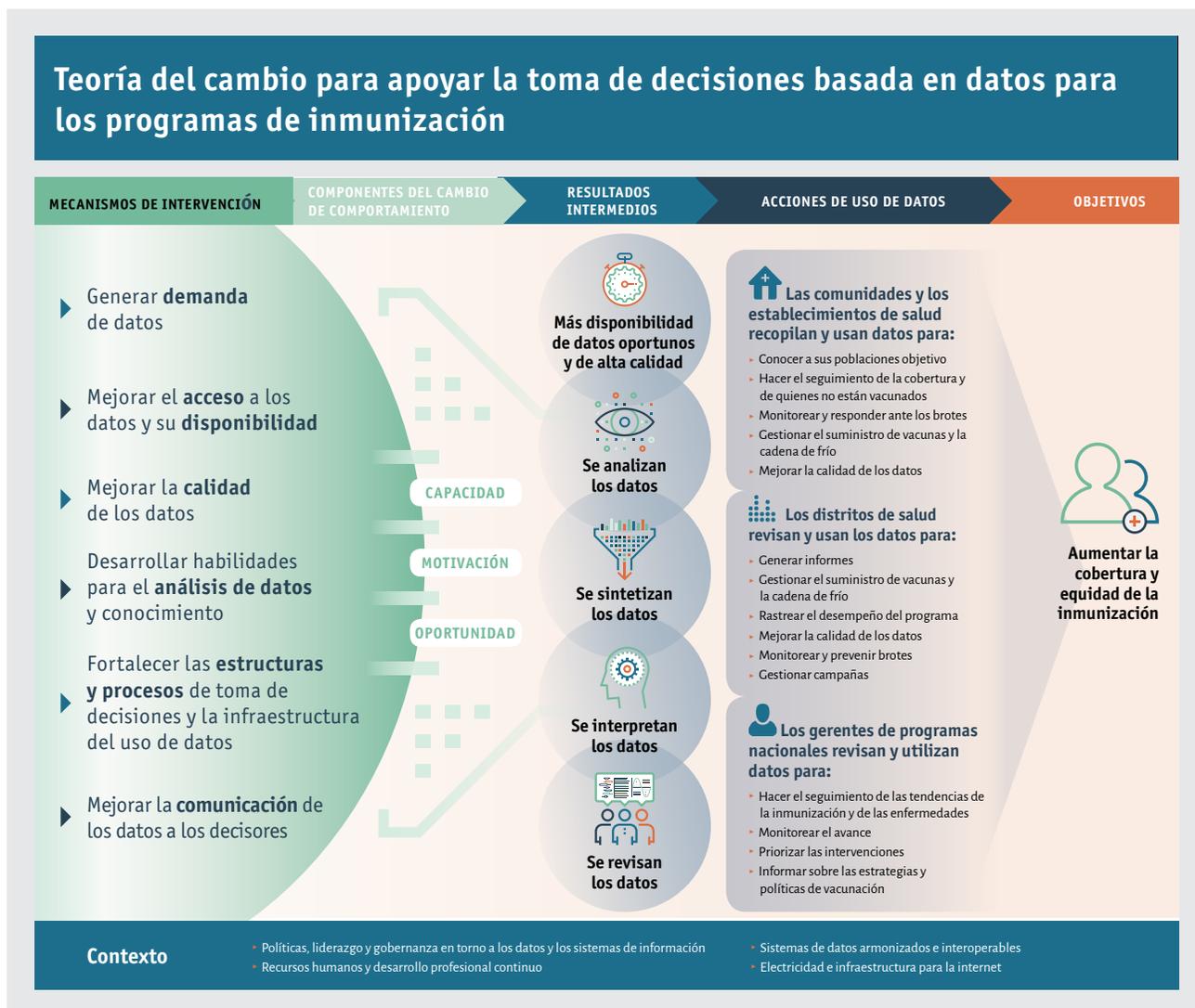
El enfoque realista de la revisión, a diferencia de una revisión sistemática tradicional, no excluye la evidencia basada en el diseño o en la calidad de los estudios. Al considerar la información y la evidencia de una gama más amplia de fuentes, las revisiones realistas son muy adecuadas para estudiar intervenciones complejas. La OPS y PATH desarrollaron una **teoría del cambio** (véase la **Figura 1**) basada en su revisión de los marcos y modelos lógicos de uso de información y datos de salud existentes, así como revisiones sistemáticas de temas relacionados con el fortalecimiento de los sistemas de información de salud y la toma

de decisiones informadas por la evidencia para orientar la revisión. La teoría del cambio enmarcó su hipótesis de los mecanismos teóricos y los factores contextuales que de manera conjunta ayudan a los responsables de la toma de decisiones a convertir los datos de inmunización en información y, en última instancia, en acciones. Identificaron resultados intermedios, como los precursores necesarios para el uso de los datos, entre los que se incluyen la calidad y disponibilidad de los datos, así como el análisis, la síntesis y la discusión de estos. Los resultados finales de interés en esta revisión son las acciones de uso de datos que se basan en el Marco Mundial de Fortalecimiento de los Datos de Inmunización y Vigilancia para la Toma de Decisiones, de la OMS. La teoría del cambio orientó su análisis sobre cómo las intervenciones condujeron a un mejor uso de los datos; también evolucionó de manera iterativa durante el transcurso de la revisión a medida que recopilaban nuevas evidencias.

Revisaron 426 documentos de la literatura publicada y la literatura gris e identificamos diez categorías de intervenciones de uso de datos, cuyas se pueden encontrar en el eje de la matriz del **mapa de brechas de evidencias** (véase la **Figura 2**). Compartieron los hallazgos preliminares con las partes interesadas en la inmunización durante un taller celebrado en mayo del 2018; con la retroalimentación recibida, también identificaron

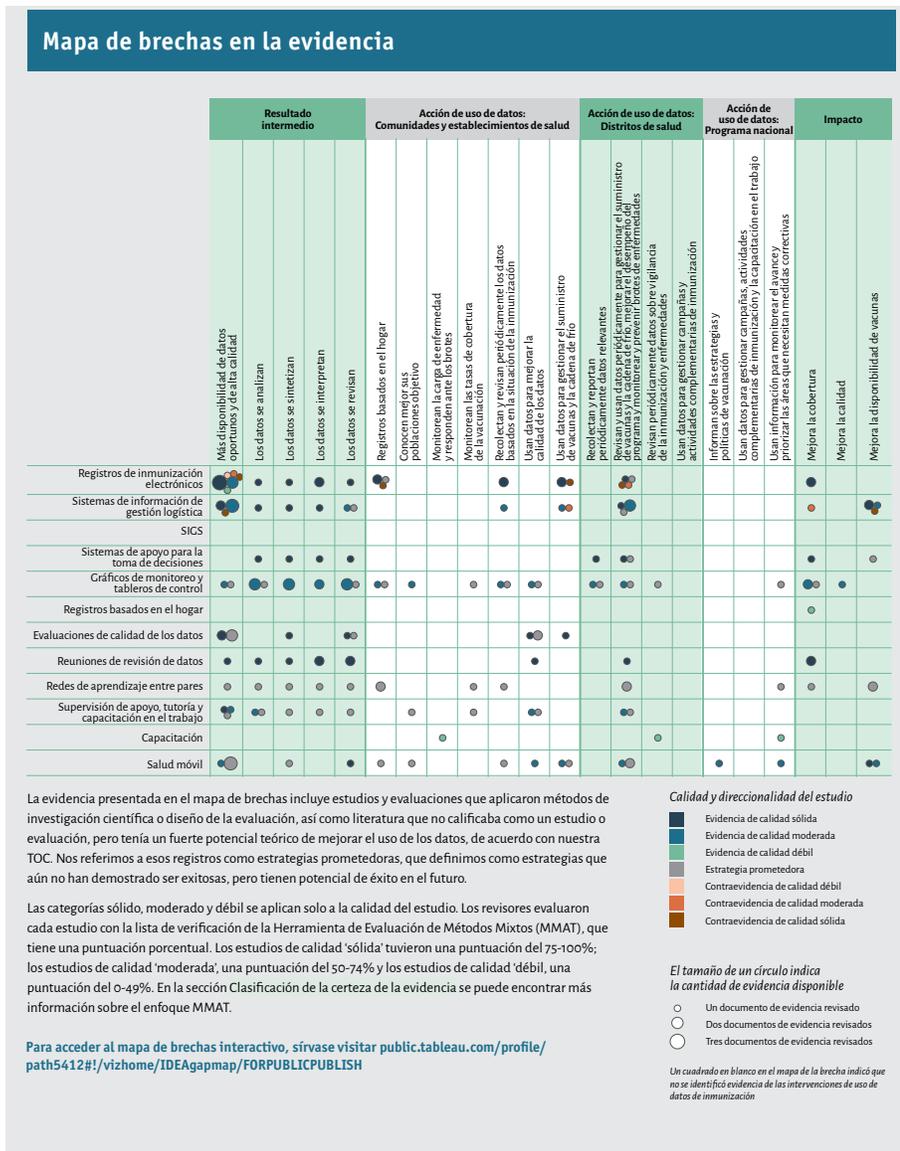
áreas en las que la experiencia y la evidencia de otros sectores de la salud eran aplicables y ampliaron su búsqueda, de modo que añadimos otros 123 documentos al conjunto de la bibliografía examinada. Debido a que este campo es incipiente, gran parte del conocimiento del sector de la inmunización sobre la calidad de los datos y las intervenciones de uso no se ha evaluado rigurosamente ni se ha publicado. Además de incluir estudios y evaluaciones basados en métodos de investigación científica aplicada o diseño de evaluaciones, también consideraron la literatura que no se pudo considerar como estudio o evaluación, pero que contenía información con un fuerte potencial teórico de mejorar el uso de los datos, de acuerdo con la teoría del cambio. Se refirieron a esos registros como estrategias prometedoras, que definen como estrategias que aún no han demostrado ser exitosas, pero tienen potencial de éxito en el futuro. Evaluaron la calidad de los estudios mediante la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT), una lista de verificación diseñada por Pace et al. para revisiones sistemáticas de la literatura que evalúan la calidad de estudios cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos. Codificaron los registros incluidos y sintetizaron las evidencias según los dominios de la teoría del cambio. Calificaron la certeza de la evidencia después de considerar el diseño del estudio, así como su calidad, el número de estudios y su concordancia, y la dependencia de

Figura 1. Teoría del cambio IDEA



IDEA cont. página 2

Figura 2. Mapa de brechas en la evidencia



gradual de sistemas computarizados después de establecer una capacidad de recursos humanos e infraestructura confiables mejora sus probabilidades de éxito.

- Los sistemas de información de gestión logística (SIGL) computarizados han hecho que los decisores dispongan de datos de mayor calidad para mejorar la gestión de la cadena de suministro, especialmente a nivel de distrito y superior. Aunque la implementación de SIGL computarizados como una sola intervención mejora la calidad y el uso de los datos, se obtuvieron mayores beneficios cuando se complementó con otras actividades de uso de datos complementaron el SIGL.
- Existe una relación dinámica y circular entre la calidad de los datos y su uso. Aunque los resultados de esta revisión confirman que la calidad de los datos es un precursor necesario para su uso, se encontró evidencia limitada de que las intervenciones de un solo componente aumentarían la calidad de los datos y mejorarían su uso. Por el contrario, se encontró evidencia más sólida de que la calidad de los datos mejoró como resultado de un mayor uso de estos. La mayor utilización de los datos dio lugar a una demanda de datos de mayor calidad, y el consecuente impulso en la adopción de medidas para mejorar en ese aspecto. Por otra parte, a medida que mejoró la calidad de los datos, los usuarios pudieron confiar más en ellos, lo que reforzó su uso.

Esta revisión estuvo limitada por varios factores. En particular, los hallazgos se basaron en lo que se ha reportado en la literatura, que a veces carecía de una descripción completa de los factores que contribuyeron al éxito o al fracaso de una intervención, lo que podría haberlos hecho pasar por alto consideraciones contextuales importantes. Su concentración en los datos de vacunación rutinarios ayudó a gestionar el alcance de la revisión, pero se corre el riesgo de que los programas de inmunización se queden más desatendidos en la investigación. La revisión se amplió para incluir literatura de otros ámbitos de la salud (infección por el VIH y salud materno-infantil, específicamente); sin embargo, estos esfuerzos no fueron tan exhaustivos y probablemente no lograron captar toda la evidencia disponible sobre el tema. PAHO y PATH encontraron también un número limitado de estudios y evaluaciones que incluyeran análisis de costoefectividad y, por lo tanto, no pudimos examinar la costoefectividad de las intervenciones incluidas en esta revisión. Se están llevando a cabo revisiones prometedoras de la utilización de los datos de manera más general. Se debe considerar todo el trabajo de forma conjunta para informar sobre las inversiones estratégicas e interprogramáticas de las intervenciones destinadas a mejorar el uso de los datos.

Esta revisión está dirigida a diversos públicos y su objetivo es proporcionar información y evidencias pertinentes sobre las prácticas más eficaces para que los decisores en materia de políticas y programas, así como los financiadores e implementadores, puedan elegir y aplicar enfoques que tengan el mayor impacto en la mejora del uso de los datos para ampliar la cobertura y la equidad de las vacunas y, en última instancia, reducir, o incluso eliminar, las enfermedades que pueden prevenirse mediante la vacunación. Anticipan que estos hallazgos también serán de interés para los investigadores y evaluadores, pues les permitirán priorizar la atención a las brechas que existen en el conocimiento. Las recomendaciones están segmentadas por grupos de audiencia para fomentar la acción y pueden ser leídas en detalle en findyourfinding.org. ■

la evidencia con respecto al contexto. Los resultados se resumieron en una matriz que muestra la brecha de la evidencia y en un cuadro de síntesis (cuyos se pueden encontrar en findyourfinding.org).

A pesar del creciente reconocimiento de que los datos de calidad, oportunos y accesibles son esenciales para que cada país tenga la capacidad de suministrar vacunas de manera efectiva a su población, hay pocas intervenciones de uso de datos que se hayan estudiado o evaluado rigurosamente. La evidencia es limitada en cuanto al uso efectivo de los datos para apoyar la acción y la toma de decisiones basadas en ellos. Encontramos más evidencias sobre los resultados intermedios de las intervenciones relacionadas con el uso de datos en aspectos como la calidad de los datos y su disponibilidad, así como el análisis, la síntesis, la interpretación y la revisión de estos. La información y las evidencias que recopilamos nos permitieron desarrollar teorías más sólidas respaldadas en la evidencia de lo que funciona para mejorar la calidad y el uso de los datos, para quién y en qué circunstancias. Llegaron a las conclusiones que se exponen a continuación:

- Las intervenciones multicomponente fueron las más frecuentes y a menudo más efectivas.

Casi todas las intervenciones revisadas utilizaron más de una estrategia. Las estrategias más exhaustivas que abordaron las barreras en las diversas etapas del uso de datos tuvieron más probabilidades de lograr resultados.

- Las intervenciones que adoptaron un enfoque de sistemas de salud para institucionalizar el uso de datos tuvieron más probabilidades de tener éxito y de mantenerse en el largo plazo. Esto se logró mediante la celebración sistemática de reuniones de revisión de datos, la creación de directrices y protocolos nacionales sobre el uso de datos, la contratación de administradores de datos en todos los niveles del sistema de salud y la incorporación de la capacitación en el uso de datos en los planes de estudio nacionales.
- Aunque se encontró evidencia limitada sobre la efectividad de los sistemas de información de gestión de la salud (SIGS), incluidos los RNVe, en relación con el uso de los datos, siguen siendo intervenciones prometedoras cuando van acompañadas de actividades complementarias. La transición del SIGS en papel al SIGS computarizado en todos los niveles del sistema de salud ha hecho que los decisores dispongan de datos de mayor calidad. La introducción

Tres mitos sobre la vacunación contra la influenza

Mito

1

La influenza es como un resfriado : **INCORRECTO**



La influenza es una enfermedad que se puede manifestar con fiebre alta, tos, escalofríos, dolores musculares y articulares, dolor de cabeza y puede presentar complicaciones graves que requieran hospitalización e incluso causar la muerte.³ **CORRECTO**

- Los resfriados son causados por otros virus y suelen presentarse como secreción nasal, irritación en la garganta y quizá un poco de fiebre, pero es poco probable que presenten complicaciones que requieran hospitalización.
- Hay grupos de población que tienen más riesgo de complicaciones por la influenza (niños pequeños, embarazadas, gente mayor y personas con enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades pulmonares y cardíacas), aunque a veces niños y gente joven sin factores de riesgo pueden también presentarlas. Se ha observado que pacientes hospitalizados con influenza que no han sido vacunados, tienen entre 2 y 5 veces más riesgo de morir que aquellos que han sido previamente vacunados.⁴
- En Chile se estiman anualmente entre 4.000 y 6.500 hospitalizaciones (mayoritariamente mayores de 65 años y menores de 5 años) y entre 450 y 500 muertes (mayoritariamente mayores de 65 años) relacionadas con influenza.⁵

Mito

2

La vacuna de la influenza puede causar la influenza : **INCORRECTO**



Las vacunas contra la influenza se han usado desde hace décadas, son seguras y no pueden causar la influenza. **CORRECTO**

- Las vacunas contra la influenza que se administran con un pinchazo son de virus inactivados (muertos) o bien producidas a partir de un gen del virus (recombinadas), en ambos casos es imposible que esa persona contraiga la influenza causada por la vacuna.
- La vacuna contra la influenza que se administra con un aerosol nasal⁶ es de virus vivos (atenuados) pero con incapacidad para replicarse e infectar los pulmones o lugares con temperatura elevada y provocar la influenza.
- El cuerpo necesita alrededor de dos semanas después de vacunarse para estar protegido, durante este tiempo la persona puede contagiarse del virus de la influenza o de otros virus respiratorios que pueden causar síntomas parecidos a la influenza.
- Los eventos adversos más frecuentemente relacionados con la vacuna son leves (dolor y enrojecimiento en el sitio de inyección).

Mito

3

La vacuna de la influenza no es efectiva : **INCORRECTO**



La efectividad (se refiere a la protección) de la vacuna suele ser moderada (alrededor del 40 al 60%)⁷ y varía cada año. Depende de la edad, del estado de salud y de si los virus que circulan son similares a los de la vacuna. **CORRECTO**

- El virus está continuamente cambiando y eso requiere actualizar anualmente la composición de la vacuna y la vacunación anual de los grupos de riesgo.
- El personal de salud debe vacunarse para evitar contagiarse y transmitir la influenza a los pacientes. Además, su rol es clave para recomendar la vacunación.⁸
- No se recomienda la vacunación contra la influenza en niños menores de seis meses (ya que aún no tienen capacidad para generar respuesta inmunológica a la vacuna), por lo cual la vacunación de la embarazada es muy importante para protegerles en los primeros meses de vida.
- En la temporada 2017-18 en Estados Unidos se estimó que la vacuna evitó que 7 millones de personas se enfermaran de influenza y, 109.000 hospitalizaciones y 8.000 muertes relacionadas con influenza.⁹
- La evidencia sugiere que, si uno se vacuna frente a la influenza y se contagia de influenza, la enfermedad será menos grave que si no se hubiera vacunado (es decir, se evitarán complicaciones, hospitalización o hasta la muerte.)³ ■

OPS

Organización Panamericana de la Salud

PROTEGE TU COMUNIDAD DE LA INFLUENZA

Haz tu parte

#Vacúnate porque #LasVacunasFuncionan

www.paho.org/sva

³ Harrison P. 5 Persisting Myths About Flu and the Flu Vaccine. [Internet]. Medscape Public Health. 2019. Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/907804#vp_3

⁴ Arriola C, Garg S, Anderson E et al. Influenza vaccination modifies disease severity among community-dwelling adults hospitalized with influenza. Clin Infect Dis. 2017; 65:1289-97.

⁵ Sotomayor V, Fasce RA, Vergara N, De la Fuente F, Loayza S, Palekar R. Estimating the burden of influenza-associated hospitalizations and deaths in Chile during 2012-2014. Infl Other Respi Viruses. 2018; 12:138-45.

⁶ Infrequently used in Latin American and Caribbean countries.

⁷ US Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine Effectiveness - How Well Does the Flu Vaccine Work? [Internet]. 2018. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/about/qa/vaccineeffect.htm>

⁸ Ropero-Álvarez AM, El Omeiri N, Kurtis HJ, Danovaro-Holliday MC, Ruiz-Matus C. Influenza vaccination in the Americas: Progress and challenges after the 2009 A(H1N1) influenza pandemic. Hum Vaccines Immunother. 2016;12(8):2206-14.

⁹ US Centers for Disease Control and Prevention. 2017-2018 Estimated Influenza Illnesses, Medical visits, and Hospitalizations Averted by Vaccination in the United States [Internet]. 2019. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/about/burden-averted/averted-estimates.htm>

Actividades de salud escolar en Argentina para mantener la eliminación del sarampión

Durante los meses de octubre y noviembre del 2018 se realizó la Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis en Buenos Aires, para los niños de 13 meses a 4 años inclusive, con el propósito de mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Argentina.

La ciudad de Buenos Aires es una de las 24 jurisdicciones del país, que, a su vez, cuenta con 12 áreas programáticas. La meta de población a vacunar durante la campaña en Buenos Aires era de 159.164 niños.

El área programática del Hospital Piñero es una de las más grandes y más vulnerables de toda la ciudad (representando la quinta parte de la superficie total de la ciudad), con una población de aproximadamente 330.000 personas, distribuidas en 35 kilómetros cuadrados. Abarca asentamientos y villas con realidades heterogéneas y necesidades diversas. La problemática de esta área es compleja haciendo necesario la consolidación de lazos sólidos entre los diferentes equipos que la conforman.

Esta área programática está integrada por 12 centros de salud, la División Promoción y Protección de la Salud, el Programa de Cobertura Porteña, y el Programa de Salud Escolar (establecido por Decreto N°3362 en el año 1989), teniendo a cargo 132 escuelas públicas, 71 escuelas privadas y 29 centros de primera infancia (CPI).

Al no disponer de información censal de población a cargo georreferenciada al área programática del Hospital Piñero, se definió desde el nivel central de inmunización de la ciudad la meta para el área calculada con base en la cohorte de vacunados con primera dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP), al año en el período del 2014 al 2018. La población meta establecida en conjunto con el programa de inmunización fue del 10% de los niños de la ciudad (17.848 niños), buscando alcanzar el 95% de cobertura en la población objetivo.

Dentro de las actividades de salud escolar para captar a la población cautiva de 3 y 4 años, se definieron diferentes estrategias, como la vacunación extramural tanto en las instituciones educativas como en CPI. Para esta campaña, el equipo del área definió 48 escuelas públicas, 28 CPI y 39 escuelas privadas, con niños comprendidos en el grupo etario a vacunar. Desde la coordinación del Programa de Salud Escolar del área, se planificaron las distintas acciones para lograr la mayor efectividad de la campaña y se realizó una micro planificación supervisada por el programa de inmunización de Buenos Aires, con quienes trabajaron en forma conjunta. El hospital base y todos sus centros de salud tenían previamente asignados escuelas e instituciones privadas o CPI para llevar a cabo las acciones de vacunación.

En el mes de junio del 2018, se solicitó a todas las escuelas públicas, privadas y CPI del área lo siguiente: listados por salas con nombre y apellido, documento nacional de identidad (DNI)

y fecha de nacimiento de cada alumno para poder tener registrada toda la población y contar con un diagnóstico de situación para el desarrollo de las actividades.

Se realizaron reuniones con jefes de centros de salud donde se localizaban los centros educativos, pediatras y enfermeros de todos los servicios de salud para indicar pautas claras a cumplir. Así como con las autoridades de los establecimientos educativos para explicarles los objetivos y alcances de la campaña, pidiéndoles su colaboración dado que la responsabilidad depende del equipo de salud y educación por igual.

Durante la ejecución de la campaña, se realizó el monitoreo semanal de avance de las dosis aplicadas por edad simple, servicio de salud, tanto en el nivel local, como en el central de la ciudad. Este monitoreo le permitió el desarrollo de un avance específico del área.

Adicionalmente, se implementó un monitoreo específico de salud escolar que incluyó las dosis aplicadas en las instituciones educativas y CPI con lo que se pudo definir la necesidad de revisita a las mismas buscando los no vacunados.

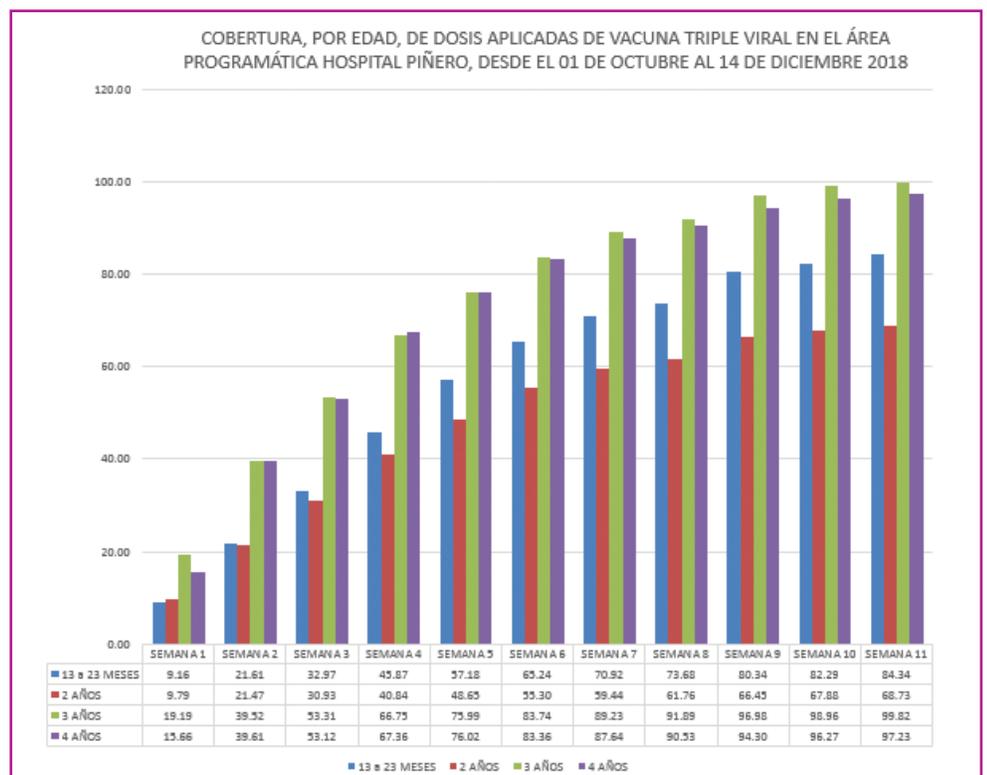
Para optimizar esta tarea, el Programa de Salud Escolar diseñó una planilla de consolidación del área, que contaba entre otros con la información de: identificación de la escuela, dirección, teléfono, población a vacunar, vacunados por el área, vacunados por otro servicio de salud, no autorizados, total de vacunados, porcentaje de cobertura de vacunación y cantidad de alumnos pendientes de vacunar. La misma se actualizaba semanalmente de acuerdo con la evolución de la información.

El Programa de Salud Escolar no solo realizó el monitoreo del avance de grupo etario, sino también con un listado nominalizado de cada escuela, controlando por los servicios de salud identificaba quienes eran los que faltaban por vacunar, ubicados con nombre, apellido e institución a la que concurría.

Identificando a los niños no vacunados, así como también los motivos de no vacunación permitió generar nuevas estrategias a fin de optimizar las actividades de vacunación para el logro de la meta. Entre ellas, vacunación priorizando la hora de ingreso de los niños para contar con la presencia de los padres, derivaciones protegidas a las instituciones de salud, etc.

Tanto el servicio de Promoción y Protección como el Programa de Salud Escolar tomaron como desafío saber cuáles eran las barreras de acceso de la población y ubicar dónde estaba el porcentaje que faltaba para llegar a la meta de cobertura establecida, mediante el monitoreo de los indicadores por niveles, la supervisión y evaluación y el análisis de la información.

Conocer la cobertura real del área programática es muy difícil dado que no se cuenta con un censo poblacional actualizado, siendo más accesible contar con la información real de las escuelas, pues son poblaciones definidas previamente.



Source: Piñero Hospital Program Area

ARGENTINA cont. página 5



Actividades en las instituciones educativas. Crédito: Patricia Mancini, Salud Escolar, Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.



Actividades en las instituciones educativas. Crédito: Patricia Mancini, Salud Escolar, Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.



Actividades en las instituciones educativas. Crédito: Patricia Mancini, Salud Escolar, Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.

Para el abordaje de la población cautiva en las instituciones educativas, se realizó la mayor parte de la vacunación en terreno, de acuerdo con un cronograma previamente definido favoreciendo el acceso del equipo de inmunización a las instituciones con horarios y días pactadas con las mismas.

Para el abordaje de las instituciones educativas privadas, en algunas se realizaron actividades de vacunación y en el resto se realizó un monitoreo efectivo de cumplimiento de la vacunación, mediante la revisión de los certificados de vacunas aplicadas. Los pediatras del equipo de Salud Escolar realizaron el seguimiento permanente de la lista de alumnos de cada institución, generando un gran trabajo intersectorial con las instituciones.

Resultados

Al final de la campaña, el área programática de Piñero logró vacunar la población meta definida. La estrategia extramural en las instituciones educativas representó el 37% en la cobertura de vacunación del área programática del Hospital Piñero.

El avance de meta semanal se evidencia en que los grupos de 3 y 4 años alcanzaron el 99 y 97%, respectivamente, mientras que los grupos de 1 y 2 años que no tuvieron este tipo de intervención alcanzaron el 84 y 68%, respectivamente. Al final de la campaña, el equipo de Salud Escolar utilizó la estrategia de monitoreo rápido de vacunación (MRV), con el objetivo de encontrar a los niños no vacunados. Quince centros educativos fueron seleccionados, entre ellos cuatro escuelas, cinco CPI y seis jardines maternales. Se vacunaron 258 niños entre los 676 identificados como no vacunados en el MRV. De los 418 no vacunados, 9,2% de los padres no

autorizaron la vacunación, 1,5% estaban enfermos, 0,5% los pediatras no indicaron, y 17% justificaron la no vacunación por otras causas.

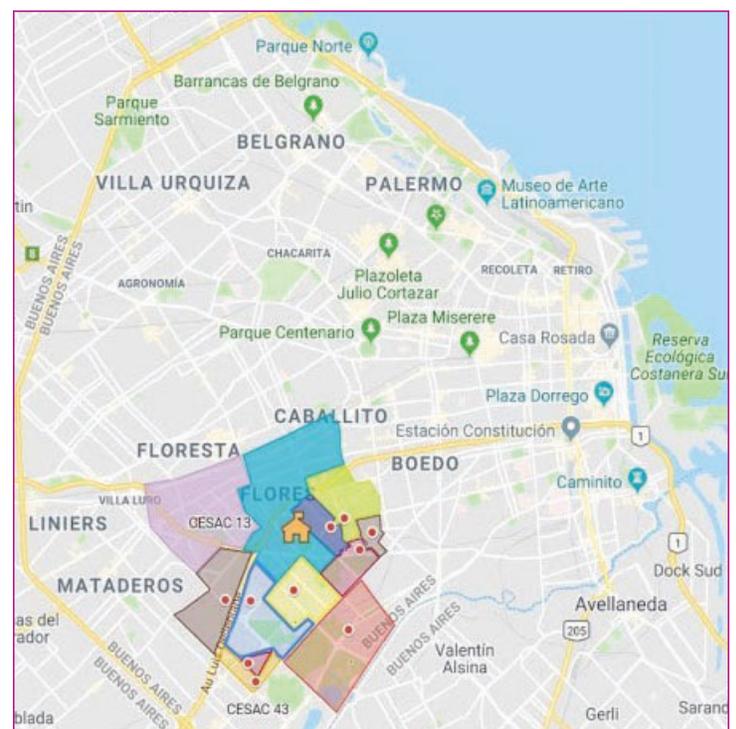
Cabe destacar la excelente articulación entre integrantes del equipo de Área Programática, el servicio de Promoción y Protección de la Salud y el Programa de Salud Escolar del Hospital Piñero. Aquella fue más eficaz y fluida en esta campaña, estableciendo una red personalizada entre el equipo central y los distintos centros de salud, con la participación de profesionales de diferentes especialidades, logrando trabajar en equipo interdisciplinario, siendo esto uno de los valores más importantes para alcanzar los resultados finales.

Contribución de:

Mariana Dunaiwsky; Patricia Mancini; Marcela Aramburu; Mónica Franco; Cristina Pinelli; Graciela Muiño; Silvia Briones; Edgardo Knopoff, Salud Escolar, Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina; Alejandra Marcos, Programa de Inmunización, Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina; Samia Samad, OPS.



Equipo de trabajo Hospital Piñero y Programa de Inmunizaciones. Crédito: Patricia Mancini, Salud Escolar, Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina.



Mapa elaborado por área programática del Hospital Piñero en Buenos Aires, Argentina. Disponible <http://goo.gl/maps/FG7JLrcogm>

Tabla 1. Precios de las vacunas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2019 (precios en dólares americanos)

VACUNA		DOSIS POR FRASCO	PRECIO PROMEDIO POR DOSIS
Antineumocócica conjugada (pediátrica)	10-valente (PCV-10)	1	\$12,8500
	13-valente (PCV-13)	1	\$14,5000
Antineumocócica no conjugada (adulta)	23-valente	1	\$8,3000
Antirrotavírica, líquida	Esquema de dos dosis	1	\$6,5000
BCG		10	\$0,2200
Cólera		1	\$1,7000
Contra la rabia, uso humano (células de Vero)		1	\$13,0000
DPT		10	\$0,1757
DT	Pediátrica	10	\$0,1600
DTaP triple acelular	Pediátrica	1	\$15,0000
DTaP-IPV	Tetravalente acelular (jeringa pre llenada)	1	\$12,0000
DTaP-IPV-Hib	Pentavalente acelular (jeringa pre llenada)	1	\$14,8000
DTaP-IPV-Hep B-Hib	Hexavalente acelular	1	\$21,1200
DTP	Hib liofilizada	1	\$2,6500
DTP Hepatitis B Hib (pentavalente)	Líquida	1	\$1,0905
Fiebre amarilla		10	\$1,4300
Fiebre tifoidea (polisacárida)		20	\$1,0000
Hepatitis A	Pediátrica	1	\$8,1420
	Adulta (frasco y jeringa pre llenada)	1	\$13,2779
Hepatitis B (recombinante)	Adulta	10	\$0,2400
	Pediátrica	1	\$0,2165
Hib	Liofilizada	1	\$2,0500
Influenza estacional cuadrivalente hemisferio sur 2019	Adulta (origen coreano)	1	\$5,4000
	Adulta (origen coreano)	10	\$4,4000
	Adulta (origen francés)	10	\$5,1400
Influenza estacional trivalente hemisferio sur 2019	Adulta (origen coreano)	1	\$3,2900
	Adulta (origen coreano)	10	\$2,1900
	Adulta (origen francés)	10	\$2,6500

VACUNA		DOSIS POR FRASCO	PRECIO PROMEDIO POR DOSIS
Influenza estacional trivalente hemisferio sur 2019	Pediátrica (origen coreano)	20	\$1,0950
	Pediátrica (origen francés)	20	\$1,3250
Meningococo ACYW135		1	\$20,3000
Polio inactivada (IPV)		1	\$5,5000
		5	\$3,1000
Polio oral bivalente (bOPV)		10	\$0,1700
		20	\$0,1292
Sarampión-rubéola		1	\$2,4800
		10	\$0,6560
Sarampión/rubéola/parotiditis (cepa de Jeryl Lynn)		1	\$5,5900
Sarampión/rubéola/parotiditis (cepa de Zagreb)		1	\$2,7500
		5	\$1,4300
Td	Adulta	10	\$0,0963
Tdap triple acelular	Adolescent/adulta	1	\$12,7180
Varicela		1	\$16,5894

Precios de vacunas 2019 enmienda 1

Se les facturará a los Estados Miembros de acuerdo con estos precios, a menos que se estipule de otra manera en los acuerdos con los países. Las facturas que emite la OPS incluirán el costo de la vacuna, el cargo de 4,25% (contribución del 3% a la cuenta de capitalización de FR y los gastos administrativos de la OPS de 1.25%, aplicable solamente al costo del producto biológico) y cargos reales por empaque, flete y seguro.

Se sugiere a los Representantes de la OPS/OMS emitir facturas proforma en base a los precios promedio "FCA" (indicados en la lista de precios). Para estimar los costos de empaque, flete y seguro, calcule un 15% del valor neto de los productos biológicos para fines presupuestarios. Esto se debe en parte al origen del producto. Los costos reales de flete y seguro podrían variar y se reflejarán en las facturas de la OPS, las cuales serán procesadas aproximadamente 30 días después de que la orden ha sido entregada. El tiempo de entrega es aproximadamente 60 días después de que la requisición haya sido recibida por el Departamento de Gestión de Compras y Suministros (PRO) de la OPS.

Se sugiere continuar trabajando en colaboración estrecha con el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas en la actualización trimestral de los requerimientos de vacunas de los Estados Miembros. La precisión y la confiabilidad de esta información es crítica en el trabajo de coordinación realizado por parte de la OPS con los proveedores, a fin de asegurar la fabricación oportuna y la disponibilidad de los productos.

Tabla 2. Precios de las jeringas compradas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 2019 (precios en dólares americanos)

JERINGAS DESECHABLES, PLÁSTICAS CON AGUJA		
TAMAÑO	EMPAcado POR CAJA	PRECIO POR UNIDAD*
1cc 22G x 1 1/2"	2400	\$0,0232
	2000	\$0,0311
	1400	\$0,0290
1cc 23G x 1"	3200	\$0,0208
	2000	\$0,0245
	1400	\$0,0290
3cc 23G x 1***	1800	\$0,0330
	1800	\$0,0311
	2400	\$0,0232
5cc 22G x 1 1/2***	1800	\$0,0330
	1800	\$0,0255
	1200	\$0,0235

JERINGAS DESECHABLES, PLÁSTICAS CON AGUJA		
TAMAÑO	EMPAcado POR CAJA	PRECIO POR UNIDAD*
0.5cc 25G x 5/8***	3000	\$0,0380
	3000	\$0,0390
	3000	\$0,0282
0.5CC 23G X 1***	3000	\$0,0299
	3000	\$0,0338
	3000	\$0,0282
	4000	\$0,0300
0.5cc 22G x 1 1/2***	3000	\$0,0480
	3000	\$0,0656
0.1cc 27G x 3/8***	3000	\$0,0380
	3000	\$0,0390
0.05CC 26G X 3/8"	3000	\$0,0380

* Precio FCA (Free Carrier) para cada jeringa.

** Se usan distintos proveedores cuando el tamaño de las jeringas y el empaçado por caja son iguales, pero tienen precios distintos.

Fuente: www.paho.org/fondorotatorio

Precios de jeringas 2019 enmienda 1

Se facturará a los Estados Miembros de acuerdo con estos precios. Las facturas que emite la OPS incluirán el costo de las jeringas, el cargo de 4,25% por servicio (aplicable solamente al costo de las jeringas) y cargos reales por empaque, flete y seguro.

Se sugiere a los Representantes de la OPS/OMS que emitan facturas proforma con base en los precios promedio "FCA". Con el fin de estimar los costos de empaque, seguro y flete, calcular un 25% del valor de las jeringas para envíos marítimos y 110% para envíos aéreos. Esto se debe en parte al origen del producto, el peso y al método de expedición—aire o mar. Los costos reales de estos servicios podrían variar y se reflejarán en las facturas de la OPS, las cuales se emitirán alrededor de 30 días después de que el pedido ha sido entregado. El tiempo de entrega es de aproximadamente 30 días por aire y 100 días por mar, después de que el Departamento de Gestión de Compras y Suministros de la OPS (PRO) ha recibido la requisición.

Se sugiere continuar trabajando en colaboración estrecha con el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas en la actualización trimestral de los requerimientos de jeringas de los Estados Miembros. La precisión y la confiabilidad de esta información es crítica en el trabajo del PRO con los proveedores, a fin de asegurar la fabricación oportuna y la disponibilidad de jeringas. ■

¡Celebrando 40 años del Boletín de Inmunización (1979–2019)!

El Boletín de Inmunización se publica cuatro veces al año, en español, inglés, francés y portugués 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 y más allá.

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 XLI Número 1 • Marzo del 2019

Editores: Octavia Silva, Martha Velandía y Cuauhtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2019.
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>



OPS

Lo que he aprendido sobre vacunación contra influenza estacional y preparación para una pandemia...

por **Alba María Roperó A., asesora regional de inmunización contra influenza, hepatitis, fiebre amarilla e inmunización materna, OPS/OMS**

Sabemos que la influenza estacional puede causar muertes y enfermedades cada año en todo el mundo. Las pandemias de influenza, además, generan un enorme impacto tanto en la salud como en la sociedad en general. El mundo requiere estar preparado para enfrentar una pandemia severa. ¿Pero cómo estar preparados para algo que no sabemos cuándo puede suceder?

Las vacunas contra influenza son la mejor herramienta para prevenir la influenza estacional y responder a una pandemia. Este tipo de vacunación representa un gran desafío para los países, ya que requiere vacunar anualmente a diferentes grupos poblacionales que no están comprendidos en la vacunación tradicional dirigida a niños, como personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, embarazadas, y trabajadores de salud.

Cuando en el 2009 la Región de las Américas fue la primera en enfrentar la pandemia de influenza H1N1, varios conceptos quedaron confirmados. Por un lado, las pandemias son inevitables hasta un punto, y la segunda es que la vacunación contra la influenza estacional ayuda a los países a prepararse ante la eventualidad de una pandemia.

Eso nos quedó muy claro cuando durante esa pandemia, observamos que los países que tenían programas de vacunación contra influenza estacional implementaron la vacunación contra influenza A (H1N1) de forma más rápida y efectiva. ¿La razón? Esos países ya contaban con la infraestructura y una capacidad instalada para llegar a grupos no tradicionales de los programas de inmunización.

Estos países no estaban preparados por casualidad. Seis años antes, la Asamblea Mundial de la Salud, a través de su resolución WHA56.19, había recomendado el uso de la vacuna contra influenza, no solo para disminuir la carga de enfermedad cada año, sino también para ayudar a los países a estar mejor preparados para responder a una futura pandemia de influenza. La propuesta no cayó en oídos sordos y la apuesta

por la vacunación contra la influenza estacional mostró sus frutos a la hora de responder a la pandemia.

Posteriormente a la pandemia del 2009, en las Américas ha habido un considerable incremento del uso de la vacuna contra influenza, en comparación con otras regiones de la Organización Mundial de la Salud. Los países han continuado sus esfuerzos para sostener o incrementar la vacunación de grupos de riesgo, especialmente las embarazadas.

Otro factor importante es la existencia de las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS para la vacunación contra la influenza desde el 2004, así como el fortalecimiento de los Grupos Técnicos Asesores Nacionales sobre Inmunización (NITAGs), para asesorar a los ministerios de salud en la introducción de esta vacuna. De igual manera, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de influenza en la Región, con el desarrollo de la red SARINET y estudios de carga de enfermedad en muchos los países de la Región, también se suman a los esfuerzos por fortalecer la capacidad de respuesta de los países en la Región. Igualmente, el desarrollo de REVELAC-i, la red para evaluación de efectividad de vacuna de influenza en Latinoamérica y el Caribe ha sido un avance muy importante.

En este contexto, el acceso a las vacunas de influenza también es un elemento clave. El Fondo Rotatorio de la OPS ha jugado un rol fundamental para facilitar el acceso a vacunas de influenza en la Región para la vacunación de rutina, realizando licitaciones específicas para compra de vacunas trivalentes y cuadrivalentes con la composición de hemisferio norte y hemisferio sur cada año. Durante la pandemia del 2009, el



Alba María Roperó.

Fondo Rotatorio realizó procesos de negociación en nombre de los países, especialmente de aquellos sin capacidad de producción, lo que les permitió acceder a esta vacuna más tempranamente que en otras regiones.

Pese a estos avances, reconocemos que persisten importantes desafíos para mejorar el uso de esta vacuna. Aún nos resta ampliar las coberturas de vacunación en algunos grupos de riesgo, por ejemplo, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores e inclusive los trabajadores de salud. Hemos identificado a la inconveniencia en el acceso y también la falta de confianza en las vacunas como razones para que algunos grupos sean más reticentes a vacunarse. Es necesario desarrollar estrategias de comunicación adecuadas al contexto cultural y dirigidas a poblaciones específicas, para comenzar a revertir esta situación. También se requiere dar más entrenamiento permanente al personal de salud, quienes siguen siendo una de las fuentes más confiables para que las personas decidan vacunarse.

En conclusión, hemos aprendido de la experiencia vivida que programas fuertes y sostenibles de vacunación contra influenza estacional serán claves para mitigar una futura pandemia. Las capacidades existentes para identificar los grupos de riesgo a vacunar, el acceso a la vacuna, aspectos regulatorios, la distribución, la administración, el monitoreo y la evaluación del desempeño de la vacuna estacional serán fundamentales para poder realizar una vacunación rápida y prevenir así casos y muertes por influenza. En medio de una pandemia no tendremos tiempo de construir nuevos sistemas para distribución, administración y evaluación de vacunas, y por eso es muy importante que ya tengamos esos mecanismos establecidos y probados con anterioridad. Estas capacidades deben ser puestas a prueba mediante simulacros y otros ejercicios que les permitirá a los países afinar sus planes de preparación de pandemia. En estos preparativos, la vacunación estacional juega un papel fundamental. ■

El objetivo de la columna "Lo que he aprendido..." es ofrecer un espacio a los profesionales del campo de la inmunización de todo el continente americano para que compartan sus experiencias personales y las enseñanzas que han adquirido. Si desea colaborar para esta columna, comuníquese con Octavia Silva al correo electrónico silvao@paho.org.