

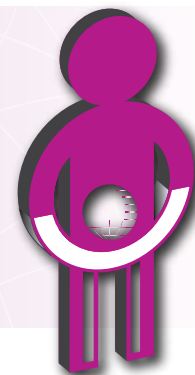
# Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXVIII Número 2

Proteja a su familia vacunándola

Junio del 2016



## Preparación y desarrollo del cambio sincronizado (el *switch*) de la vacuna anti poliomielítica en Colombia

En febrero del 2015, con la primera notificación a las aseguradoras y entidades territoriales de los compromisos internacionales existentes con la erradicación mundial de la poliomielitis y su fase final 2013-2018, se inició el proceso para el cambio sincronizado de la vacuna de polio oral trivalente (tOPV) a la vacuna de polio oral bivalente (bOPV) en Colombia, que se llevó a cabo con éxito el 1 de mayo del 2016.

En julio del 2015 para guiar el proceso, se elaboró el documento *Plan estratégico para la erradicación mundial de la Poliomielitis y fase final 2013-2018, Colombia 2015*, que fue enviado a las entidades territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del país, en agosto del 2015. En el documento se solicitaba que cada servicio de inmunización debía contar con veeduría ciudadana para acompañar el proceso. Adicionalmente, dentro de estos lineamientos se relacionaban varios anexos y formatos, los cuales debían ser firmados por diferentes actores de la sociedad civil como personeros municipales, líderes comunitarios, inspectores de policía, corregidores, veedores de salud y gobernadores indígenas, entre otros.

En octubre del 2015, se inició la recolección de la información sobre el inventario total de las dosis de tOPV en las IPS vacunadoras, incluyendo los puntos de vacunación extramural, particulares y de vacunación de recién nacidos. Adicionalmente, se recolectó información sobre la forma de destrucción de los residuos peligrosos generados en los puntos de vacunación. Gracias a esta información, se identificaron debilidades en gestión y almacenamiento de residuos peligrosos generados en los puntos de vacunación, especialmente en los centros de vacunación rurales dispersos; esto generó la necesidad de autorizar algunos territorios distantes para destruir tOPV través de desactivación, para cumplir con los tiempos establecidos por el Ministerio.

Se realizaron dos reuniones nacionales del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en agosto y noviembre del 2015 donde se



Una niña es la primera en recibir la bOPV en un centro de salud en Chía, Cundinamarca, Colombia. Crédito de la foto: Elizabeth Thrush, OPS/OMS.

Ver **CAMBIO SINCRONIZADO** página 2

### EN ESTA EDICIÓN

- 1 Preparación y desarrollo del cambio sincronizado (el *switch*) de la vacuna anti poliomielítica en Colombia
- 1 XXIV reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación
- 3 Situación mundial del suministro de IPV: como manejar el suministro limitado de IPV y enfrentar a posibles desabastecimientos
- 5 Reunión regional sobre registros nominales de vacunación electrónicos
- 5 Taller regional sobre la vigilancia centinela de las neumonías bacterianas, meningitis bacterianas, y los rotavirus
- 6 La Iniciativa ProVac de la OPS ofrece herramientas nuevas en el marco del taller de capacitación regional
- 7 Verificación de los progresos realizados y las deficiencias que persisten en la toma de decisiones relacionada con la inmunización
- 8 COLUMNA: Lo que he aprendido... Por la Dra. Ida Berenice Molina

## XXIV reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

La XXIV reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró el 13 de mayo del 2016 en Washington, DC. Los objetivos de la reunión fueron que el GTA emitiera recomendaciones sobre la escasez global posible de vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), el uso de la vacuna contra el dengue en el programa de inmunización de rutina y la factibilidad de eliminar la hepatitis B perinatal en la Región de las Américas<sup>1</sup>.

El Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus, jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS, dio la bienvenida a los miembros del GTA y al personal asistente y procedió a darle la palabra al presidente del GTA, el Dr. Peter Figueroa. El Dr. Figueroa expresó que la escasez global de IPV fue la razón principal de la reunión, por ser un tema urgente que debe abordarse de manera eficaz en la Región. Además de otros objetivos de la reunión indicados anteriormente, se dio una actualización breve sobre el estado actual de fiebre amarilla en el mundo y en la Región, así como una actualización sobre los términos de referencia para los miembros del GTA.

Aunque se han llevado a cabo reuniones virtuales con éxito en el pasado, esta fue la primera vez que se hizo una reunión del GTA virtual. Los miembros del GTA reconocieron la versatilidad de este tipo de sesiones. Se continuarán haciendo reuniones virtuales ad-hoc del GTA, especialmente si surge otro tema urgente para discusión.

<sup>1</sup> El tema de escasez de la IPV fue extraído del Informe Final de la Reunión ad hoc del GTA del 2016 y reimpresso en este número del Boletín de Inmunización en la página 3. El informe completo se puede acceder en [www.paho.org/inmunizacion/GTA-informes](http://www.paho.org/inmunizacion/GTA-informes).

**CAMBIO SINCRONIZADO** cont. página 1

socializó el documento nacional, preparando a los responsables del PAI de departamentos, distritos y de ciudades capitales para el cambio. En febrero del 2016, debido a un cambio de autoridades de los departamentos, distritos y municipios, se informó nuevamente de los compromisos del plan de erradicación mundial.

El 1 de abril del 2016, se desarrolló una guía para los centros de salud en áreas rurales dispersas de siete departamentos, donde se autorizaba la inactivación de tOPV mediante el uso de una olla de esterilización seguido de la eliminación final de los residuos no peligrosos en las zonas autorizadas para tal fin por la norma vigente. Esto se hizo para asegurar el cumplimiento del cronograma establecido por el Ministerio de Salud, previendo que no hubiera tiempo suficiente para el desplazamiento de la tOPV hacia la capital para su destrucción final el 1 y el 6 de mayo.

De febrero a abril del 2016, se realizaron visitas de asistencia técnica presencial a los departamentos y distritos donde se aplicaron listas de chequeo para verificar el cumplimiento de las actividades preparatorias solicitadas. Adicionalmente, como parte de la preparación para el cambio sincronizado se incluyó la interacción con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) como Agencia Reguladora Nacional (ARN).

El 29 de abril del 2016, se efectuó la última videoconferencia con todas las entidades territoriales, para dar las últimas aclaraciones y sugerencias para el desarrollo de las actividades de los días 30 de abril (sacar tOPV de la cadena de frío de 2.910 centros de salud) y del 1 de mayo (verificar disponibilidad de bOPV en el 100% de los centros de salud).

Cada departamento y distrito llevó a cabo el proceso para la recolección y destrucción de la vacuna tOPV con el fin de dar cumplimiento a los tiempos establecidos desde el nivel nacional y así garantizar la recolección y entrega de la vacuna a las empresas de gestión de residuos peligrosos. A nivel de todo el país participaron en total 118 empresas de gestión de residuos hospitalarios, quienes emitieron las certificaciones de destrucción de 444.903 dosis de tOPV.

El proceso de verificación de cumplimiento del cambio sincronizado comenzó el 1 de mayo en todo el país, fue liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y apoyado por el INVIMA como ARN, con el apoyo de

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Se realizó la verificación del cumplimiento del cambio sincronizado en todos los departamentos y distritos. En total, se verificaron 2.910 centros de salud y 160 centros de acopio y cámaras frigoríficas. La mayoría de los departamentos y distritos fueron visitados entre la primera y segunda semana de mayo, encontrándose todo los soportes del proceso. No se encontró tOPV en ningún nivel de la cadena de frío del país; la bOPV y la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) se encontraron disponibles en el 100% de los servicios de vacunación.

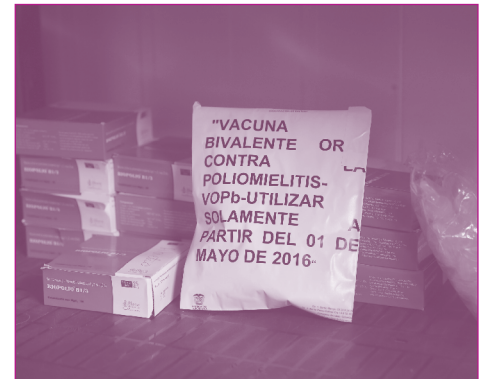
La gran movilización y la participación nacional en el proceso, se reflejan en el trabajo de 12.825 personas del área de la salud y de otros sectores que fueron parte fundamental para el éxito en la ejecución del cambio sincronizado en Colombia el 1 de mayo de 2016.

El proceso de cambio sincronizado en el país, implicó una inversión total de \$ 3.226.493.203,00, (US\$ 1.116.173,06) asumidos por los municipios, departamentos, distritos y por el nivel nacional. No se incluye acá el costo de la vacuna que fue destruida.

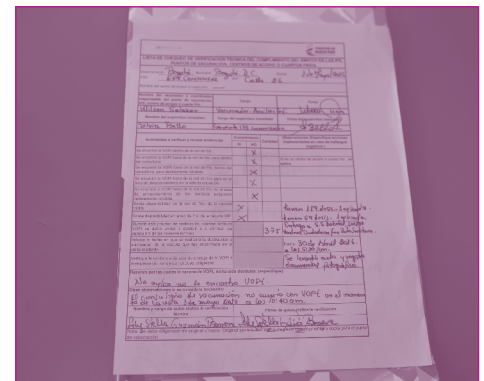
El cambio sincronizado de la tOPV a la bOPV de Colombia fue parte de una coordinación global de dos semanas del 17 de abril al 1 de mayo del 2016. Este evento coincidió con la iniciativa de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA), que ocurrió del 23 al 30 de abril del 2016.

### Principales lecciones aprendidas de la experiencia de Colombia con el cambio sincronizado:

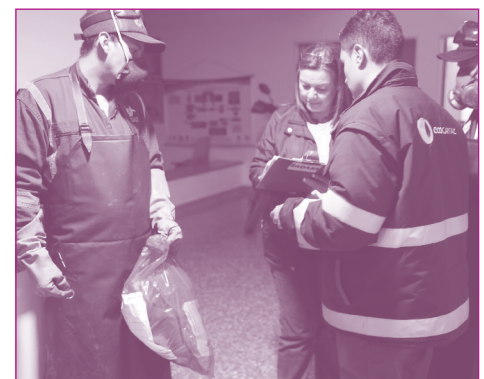
- El trabajo articulado con todos los actores del sistema en los niveles departamental, distrital y municipal contribuyó al logro de los objetivos del cambio sincronizado, lo que llevó a contar con información del 100% de todas las entidades territoriales.
- Las capacitaciones unificadas y oportunas en todo el país facilitaron el proceso.
- El cronograma determinado desde el Ministerio facilitó el trabajo sincronizado en todo el país.
- El proceso del cambio sincronizado favoreció la identificación de posibilidades de mejora en la gestión integral del manejo de los residuos hospitalarios peligrosos.



Todos los frascos de bOPV fueron marcados para que se usen empezando el 1 de mayo del 2016. Crédito de la foto: Harold Ruiz, OPS/OMS.



Después del cambio, cada IPS vacunadora tuvo que completar y firmar una lista de chequeo verificando el cambio, firmado por el supervisor de la IPS y por la persona monitoreando el cambio. Crédito de la foto: Elizabeth Thrush, OPS/OMS.



La tOPV fue coleccionada, marcada y enviada para su destrucción segura el 30 de abril del 2016. Crédito de la foto: Elizabeth Thrush, OPS/OMS.

- La vinculación de la comunidad y de otros sectores permitió su empoderamiento como veedores del proceso, lo que fue clave para el éxito.
- El seguimiento permanente desde el Ministerio permitió el control oportuno de la información y de las situaciones claves del proceso.

GTA 2016 cont. página 1

El siguiente artículo fue adaptado del Informe Final de la XXIV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación

## Situación mundial del suministro de IPV: como manejar el suministro limitado de IPV y enfrentar a posibles desabastecimientos

### Antecedentes

En mayo del 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró la finalización de la erradicación de la poliomielitis como una "emergencia programática para la salud pública mundial". El 25 de enero del 2013, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó las metas, los objetivos y los cronogramas del Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013-2018, que espera lograr la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis y la eliminación de los poliovirus derivados de la vacuna (VDPV) simultáneamente. Los principales objetivos de este Plan Estratégico son detectar e interrumpir la transmisión del poliovirus; fortalecer los programas de inmunización y retirar la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV), comenzando con la retirada del componente de tipo 2 por el cambio de la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (serotipos 1, 2 y 3) a la bivalente (serotipos 1 y 3); contener el virus de polio y certificar la interrupción de la transmisión; y planificar la forma de utilizar el legado de la lucha contra la poliomielitis.

Para el cambio sincronizado a nivel mundial de la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (bOPV), la OMS recomendó a todos los países que utilizaban solo OPV introducir al menos una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) en sus esquemas de vacunación rutinarios, para asegurar una cierta protección contra el virus tipo 2, ya sea salvaje o derivado de la vacuna, a las nuevas cohortes de recién nacidos.

En abril del 2014, el GTA recomendó a los países considerar un esquema de vacunación secuencial. Idealmente, los países deberían considerar dos dosis de IPV, seguidas por dos dosis de OPV. Sin embargo, si un país estuviera considerando introducir una sola dosis de IPV, esta debería ser administrada simultáneamente con la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), seguida por tres dosis de OPV.

Debido al suministro limitado de IPV y con el fin de asegurar de que todos los países de la Región tendrían acceso a IPV antes del cambio de vacuna, la OPS acordó con los países que participan en el Fondo Rotatorio (FR) que estos introducirían sólo 1 dosis de IPV. Esta introducción ocurriría preferiblemente en el segundo semestre del 2015, en un esquema de una dosis de IPV seguido por 3 o 4 dosis de OPV, hasta que el suministro fuera suficiente para satisfacer la demanda real de todos los países. Sin embargo, el suministro mundial de IPV sigue siendo insuficiente y no oportuno, y se

espera que la disponibilidad de IPV permanezca limitada hasta finales del 2017.

En octubre del 2015, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS (SAGE) reafirmó que la retirada del componente tipo 2 de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV2) debería ser realizada en abril del 2016, incluso en países donde habrá retraso en la introducción de IPV, debido a que los riesgos a la salud pública asociados con el uso continuado del componente de tipo 2 en tOPV superan el riesgo de emergencia del poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2) después de suspender el uso de OPV2. El suministro de bOPV es suficiente para satisfacer la demanda global.

### Riesgo de emergencia de VDPV

Según los modelos matemáticos considerados, por lo menos 1 a 2 brote(s) de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) tipo 2 se esperan dentro de los primeros 12 meses post cambio, con Paquistán representando el área de mayor riesgo. El riesgo será mayor en el primer año post cambio de vacuna, disminuyendo posteriormente. Sin embargo, las consecuencias serán más graves cuanto mayor el intervalo de tiempo entre el cambio de vacuna y la emergencia del VDPV, particularmente en áreas donde la cobertura de IPV no es igual o mayor que 95%.

Es importante destacar que la IPV tiene un rol limitado para prevenir emergencias de VDPV2, pero un rol importante para prevenir casos de parálisis causadas tanto por el poliovirus salvaje tipo 2 como por VDPV2, después del cambio sincronizado. Sin embargo, en el caso de un brote causado por VDPV2, este sería rápidamente controlado con el uso de la vacuna monovalente tipo 2 contra la poliomielitis (mOPV2), porque la población ya habría recibido al menos una dosis de IPV y por lo tanto habría adquirido algún grado de inmunidad.

### Situación del suministro global de IPV

El nivel de compromiso de los países para cumplir el cronograma de introducción de IPV fue excepcional. De 126 países con introducciones planeadas, 104 han introducido la IPV para junio del 2016 y dos más introducirán en agosto del 2016<sup>2</sup>. En las Américas, los 32 países que anteriormente habían usado solamente OPV ya han introducido IPV en sus esquemas de vacunación rutinarios. Desafortunadamente, el rápido aumento requerido en la producción de IPV ha enfrentado muchos desafíos, llevando a una escasez global. Restricciones actuales significan que aproximadamente 20 países de otras regiones de la OMS (AFRO, EMRO, EURO y WPRO) que

aun no han recibido su primer envío de IPV a través del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), y que son considerados de bajo riesgo para los brotes de cVDPV tipo 2, no podrán introducir IPV en el 2016. Estos países esperan recibir su primer envío de IPV en el cuarto trimestre del 2017. Adicionalmente, aproximadamente 25 países de AFRO, EMRO, SEARO y WPRO que ya han introducido IPV y son considerados de bajo riesgo para brotes de tipo 2, no recibirán un suministro adicional antes del cuarto trimestre del 2017.

### Actualización sobre la situación de suministro de IPV en la Región de las Américas

Actualmente, el FR solo compra IPV a través de un productor, *Bilthoven Biologicals* de Holanda. Este proveedor ha reducido la cantidad ofrecida al FR debido a problemas con la producción en el 2016. Adicionalmente, envíos programados han sido atrasados. Los primeros envíos para el 2016 solo se esperan a partir de septiembre del 2016, y hay pedidos pendientes del 2015, alcanzando a un total de 1,4 millones de dosis, programadas para entrega hasta agosto del 2016.

El único otro productor posible de IPV, que además de no aceptar las condiciones puestas por el FR también ha ido reduciendo progresivamente el suministro de esta vacuna al UNICEF. El FR ha aceptado una disponibilidad pequeña de dosis en jeringas pre-llenadas para un par de países, para disminuir la brecha de suministro. No hay fuentes de suministro adicionales que existen en el mundo.

### Perspectiva del suministro

El FR ha estado trabajando con el productor para estar informado sobre cualquier posible dificultad adicional y ha estado revisando la distribución de IPV y los planes de envío, priorizando a los países que tienen la mayor necesidad para evitar el desabastecimiento. A pesar de estos esfuerzos, un país está enfrentando un desabastecimiento y 5 países adicionales podrían enfrentar la misma situación si el desempeño del productor continúa deteriorándose. Considerando el comportamiento de la producción, la Región debe prepararse para enfrentar desabastecimientos a nivel de país, variando entre pocas semanas a varios meses. Este riesgo seguirá existiendo hasta fines del 2017, cuando capacidad adicional de producción sea posible.

### Esquemas de dosis fraccionadas

Hay una cantidad creciente de evidencia científica sobre la seguridad e inmunogenicidad de la administración de una dosis fraccionada de IPV (fIPV),

<sup>2</sup> Número de países ha sido actualizado para reflejar el progreso desde la Reunión del GTA en mayo del 2016.

GTA 2016 cont. página 3

de 0,1 mL por vía intradérmica (ID) (corresponde a 1/5 de una dosis completa intramuscular [IM]). Se han hecho estudios de administración de dosis de fIPV ID, tanto como serie primaria de esquemas de vacunación rutinarios como para refuerzos.

En marzo del 2016, la OMS actualizó su documento de posición de polio, que incluye una recomendación para enfrentar la escasez global de IPV, indicando que “como una alternativa a la inyección intramuscular de una dosis completa de IPV, los países pueden considerar usar dosis fraccionadas (1/5 de la dosis completa) a través de la vía intradérmica, pero el

costo programático y las implicaciones logísticas de esta opción deben ser consideradas.” El grupo de trabajo del SAGE, en marzo del 2016, confirmó que el esquema propuesto de dos dosis de fIPV ID pueden dar inmunidad igual o mejor que el esquema actual de una dosis completa.

Para reiterar, el grupo de trabajo del SAGE confirmó que el esquema propuesto de dos dosis de fIPV ID pueden dar inmunidad igual o mejor que la dosis completa intramuscular actualmente en el esquema.

Mientras que el uso de la mOPV2 es esencial para

la respuesta a un brote, hay recomendaciones especiales para el uso de fIPV ID en respuestas a brotes. El grupo de trabajo del SAGE, en enero del 2016, recomendó que la fIPV ID debe ser usada como respuesta a brotes. Ellos reafirmaron esta recomendación en marzo del 2016, agregando que la IPV fraccionada proporciona buena seroconversión para los niños no vacunados previamente, previene la parálisis y refuerza la inmunidad humoral en niños previamente vacunados con OPV.

## Recomendaciones del GTA

El GTA reitera su preocupación debido al suministro mundial insuficiente de la vacuna IPV y reconoce que el FR y la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS están monitoreando la situación de cerca y ajustando los calendarios de entrega de IPV para evitar la escasez de vacuna en los países de la Región.

Debido al déficit mundial de IPV, que se extenderá hasta el 2017, el GTA brinda las siguientes recomendaciones a los países de la Región:

### 1. Reducir el desperdicio de IPV

- Asegurar una estricta adherencia al esquema de vacunación, vacunando con IPV solamente aquellos niños que hayan cumplido dos meses de edad después de la fecha de introducción de la vacuna oficial en el país;
- Implementar integralmente la política de frascos abiertos de la OMS (*WHO policy on the use of opened multi-dose vaccine vials*), la cual permite el uso de frascos abiertos de la vacuna IPV por hasta por 28 días, siempre y cuando que los criterios se cumplan, según las direcciones (solo disponible en inglés y francés en <http://bit.ly/2b8Uztw>).
- Evitar siempre que sea posible, el uso de la vacuna IPV en actividades extramurales para reducir la pérdida de esta vacuna, priorizando las estrategias de vacunación que usan puestos de vacunación fijos o móviles.
- Monitorear de cerca el suministro de IPV en el país para asegurar que todos los servicios se suministran, así como identificar aquellos servicios que presentan una pérdida excesiva con el fin de brindar recomendaciones oportunas sobre cómo evitar estas pérdidas.

### 2. Prepararse para responder a una posible escasez de IPV

- Todos los trabajadores de salud deben ser informados acerca de una posible escasez de IPV y prepararse para responder a esta eventualidad.
- En caso de no contar con IPV para la administración de la primera dosis del esquema de vacunación contra la polio, los niños deben recibir bOPV como la primera dosis del esquema de vacunación. En estos casos, la IPV debe ser aplicada en el

primer contacto del niño con el servicio de salud, como segunda o tercera dosis o dosis de refuerzo, siempre respetando el intervalo mínimo de cuatro semanas entre dosis de vacunas contra la polio.

- Debido a la excepcionalidad de esta recomendación, es necesario informar a todos los vacunadores acerca de la importancia de registrar con claridad cuál vacuna se utilizó, tanto en el registro nacional, como en la tarjeta de vacunación del niño, para que quede claro si el niño ya recibió una dosis de IPV o si esta dosis todavía está pendiente.

### 3. Prepararse para responder a brotes

- Todos los países deben revisar sus planes de respuesta a brotes de polio, teniendo en cuenta las directrices que se presentan en los documentos publicados por la Iniciativa Global de Erradicación de la Polio, el 20 de abril del 2016:
  - Procedimientos Normalizados de Trabajo para responder a los eventos y los brotes de poliovirus (Parte 1: Procedimientos Normalizados de Trabajo, y Parte 2: Protocolo para el poliovirus tipo 2, ambos disponibles en el sitio web de la OPS: <http://bit.ly/2cLnaYp>).
- En caso de brote, los países deben asegurarse de que pueden recibir mOPV2 en un período corto de tiempo, desde la reserva mundial de vacuna para respuesta a brotes, la cual será enviada a través de UNICEF.
- No será necesario utilizar IPV para responder a todos los brotes de polio tipo 2. Sin embargo, si se considera que el uso de IPV es necesario, la OMS recomienda que los países utilicen la fIPV ID, para asegurar de que hay una oferta suficiente para atender a todos los países que lo necesitan.
- Los países deben evaluar su capacidad en términos de recursos humanos calificados para implementar una campaña de vacunación con fIPV ID. Por otra parte, los países deben asegurarse de que podrán usar la vacuna IPV de esta manera, según lo recomendado por la OMS para responder a los brotes.

### 4. Evaluar la capacidad para evaluar la fIPV ID en el programa rutinario, si fuera necesario

- En este momento, el GTA no recomienda que los países implementen un esquema de vacunación con fIPV ID, pero podría considerar esta opción si la situación de suministro se continúa deteriorando.
- Se convocará una nueva reunión extraordinaria del GTA si los cambios en la situación de suministro de IPV justifican una nueva evaluación y nuevas recomendaciones.
- Todos los países deben iniciar la evaluación de la capacidad de sus programas para implementar un esquema de fIPV ID. Esto incluye evaluar la disponibilidad de personal capacitado para aplicar la vacuna vía intradérmica, la disponibilidad de jeringas para la aplicación de la vacuna Bacilo de Calmette Guérin (BCG), los costos programáticos y la viabilidad de implementar este esquema. Además, los países deben evaluar si serán necesarios cambios o adecuaciones en el sistema de información del programa de inmunización.
- Debido a que la recomendación para el uso de fIPV ID se basa en evidencias científicas, pero no está incluida en los insertos de la vacuna, los países deben asegurarse de que podrían utilizar la vacuna fIPV ID aun cuando no cuenten con la indicación del productor en los insertos/etiquetas.

### 5. Fortalecer la vigilancia epidemiológica

- El GTA reitera que, debido al riesgo de aparición de cVDPV2 en la fase post cambio sincronizado de la vacuna oral contra la polio, todos los países deben mantener sistemas de vigilancia sensibles con el fin de detectar rápidamente e interrumpir la circulación de todo poliovirus tipo 2.
- Los países deben esforzarse a alcanzar los siguientes indicadores de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA):
  - 1 caso de PFA por cada 100.000 niños menores de 15 años de edad
  - >80% de casos con muestras adecuadas
  - >80% de casos investigados dentro de 48 horas o menos ■

## Reuniones y talleres en Costa Rica

### Reunión regional sobre registros nominales de vacunación electrónicos

La tercera reunión de la Región de las Américas para compartir lecciones aprendidas en los procesos de planificación, diseño e implementación de registros nominales de vacunación electrónicos (RNVe) se realizó desde el 4 al 6 de abril del 2016 en San José de Costa Rica. Se contó con la participación de representantes de 20 países de América Latina y el Caribe y tres representantes de Gambia, Tanzania y Zambia. Adicionalmente se contó con la valiosa y activa participación de socios, los cuales provenían de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), la Fundación Bill y Melinda Gates, PATH, la OMS y los miembros del grupo asesor del Proyecto *Improving Data Quality for Immunization* (IDQI). Esta reunión convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es parte de las actividades de una línea de trabajo sobre lecciones aprendidas y las experiencias de los países en el desarrollo e implementación de sistemas de RNVe.

El objetivo de la reunión fue dar seguimiento al avance de la implementación de sistemas de información de RNVe en la Región y en el mundo, compartiendo las lecciones aprendidas por los países y organizaciones que están impulsando y apoyando este tipo de iniciativas e identificando aspectos clave para incorporar en la guía para la planificación, el desarrollo y la implementación de RNVe.

Las autoridades del Ministerio de Salud y de la representación de la OPS en Costa Rica dieron la bienvenida a los participantes de la reunión, destacando la importancia de contar con datos de calidad y oportunos para la toma de decisión en todos los niveles de gestión del programa de inmunización, siendo los sistemas de RNVe una importante herramienta para la mejora del desempeño de los Programas Ampliados de Inmunización (PAI) para la Región de las Américas. La OPS presentó el avance de los países de la Región en términos de implementación de los sistemas de RNVe y como éstos responden al Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP, por sus siglas en inglés) y al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés). Además se expuso el desarrollo de



Participantes de la tercera reunión regional para compartir lecciones aprendidas en el desarrollo e implementación de RNVe, San José de Costa Rica, Abril del 2016. Crédito: OPS.

los RNVe en el contexto de eSalud y la relación de ética en el uso de sistemas de RNVe en los países.

Posterior a las presentaciones, los países trabajaron en discusiones grupales respecto a distintos temas, tales como:

- Relación entre sistemas de información en salud y RNVe;
- Características del RNVe ideal para la Región;
- Barreras que pueden afectar la implementación de sistemas de información en salud;
- Proceso de planificación de un sistema de RNVe;
- Recursos y competencias necesarias para la implementación de un RNVe;
- Proceso de transición de un sistema en papel a uno electrónico;
- Definición de funcionalidades y reportes básicos de un RNVe;
- Definición de estrategias de vacunación a través de información del RNVe;
- Tipos de desarrollo;
- Monitoreo y evaluación de calidad de los datos de un RNVe;
- Desafíos futuros de los sistemas de RNVe;
- Uso de las tecnologías móviles relacionadas a RNVe;

Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, los Estados Unidos y Honduras empezaron las discusiones de los

temas hablando sobre sus experiencias respectivas. Al finalizar cada sesión, se invitaba a un grupo a presentar en plenaria sus conclusiones, las cuales eran enriquecidas con las de otros grupos.

Se destacó la visión compartida que se tiene entre los países de la Región e inclusive de otras regiones, donde destacan la importancia de contar con un sistema de RNVe como herramienta fundamental para la gestión del programa de inmunización en todos sus niveles de responsabilidad y para el monitoreo y seguimiento de los beneficiarios del servicio de vacunación.

Por otro lado, se llegó al consenso que el RNVe debe responder a las necesidades de información de todos los responsables del programa de inmunización, en especial para el vacunador, quien debe acceder a un sistema de fácil uso y de utilidad para su trabajo. Además, se identificaron algunos aspectos que facilitan el proceso de desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de los RNVe en los países, entre ellos se destacaron:

- La importancia de contar con una política nacional de eSalud;
- El establecimiento de la gobernanza con las autoridades;
- El establecimiento de procedimientos para el monitoreo y evaluación de la calidad de los datos de estos sistemas;
- La garantía del mantenimiento oportuno y de su sostenibilidad. ■

### Taller regional sobre la vigilancia centinela de las neumonías bacterianas, meningitis bacterianas, y los rotavirus

El Taller Regional de Vigilancia Centinela de Neumonías y Meningitis Bacterianas y Rotavirus, celebrado en San José, Costa Rica, del 4 al 6 de abril del 2016, contó con la asistencia de 60 participantes de Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela, incluyendo representantes de los ministerios de salud, epidemiólogos y técnicos de laboratorio de 13 hospitales centinela, representantes de los laboratorios nacionales de referencia y técnicos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Entre los objetivos principales del taller estuvieron examinar los avances y desafíos en el ámbito de la vigilancia centinela que se lleva a cabo en los hospitales regionales de América Latina y el Caribe, consolidar los datos del 2015 y el 2016 obtenidos de la vigilancia centinela basada en casos, realizar evaluaciones de control de la calidad de los datos, y analizar con herramientas concretas los datos de la vigilancia centinela.

Cada año la Organización Panamericana de la Salud (OPS) invita a todos los interesados directos que intervienen en las actividades relacionadas con

la vigilancia de las vacunas nuevas a una reunión o taller, con el objetivo de mejorar los datos epidemiológicos generales estandarizados de las vacunas nuevas en la Región de las Américas y monitorear tanto las características de la sensibilidad a los antimicrobianos como los efectos de las vacunas. Este año se invitó a los hospitales de vigilancia centinela que forman parte de la Red Mundial de Vigilancia Centinela. Para formar parte de dicha red, los hospitales deben cumplir con indicadores y requisitos básicos mundiales aprobados.

La inauguración del taller estuvo a cargo del

**VIGILANCIA CENTINELA** cont. página 5

doctor Fernando Llorca Castro, Ministro de Salud de Costa Rica, la doctora Lilian Reneau-Vernon, Representante de la OPS/OMS en Costa Rica y el doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus, Jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS. Tras las observaciones inaugurales, se presentó una serie de ponencias para poner al día sobre la Red Regional de Vigilancia Centinela, analizar los datos recogidos de la vigilancia centinela y las dificultades encontradas, evaluar los efectos de la vacunación antineumocócica y antirotavírica en la Región, e informar sobre los nuevos sistemas en línea para las vacunas nuevas.

En paralelo al taller se realizaron actividades de capacitación dirigidas a los técnicos de laboratorio en materia de obtención de muestras de hemocultivo mediante la reacción en cadena de la polimerasa para la detección de *Streptococcus pneumoniae*. El resto de las actividades se

centraron en enseñar a los participantes a calcular los indicadores de seguimiento con ayuda del programa informático Excel y utilizando los datos más actuales de los hospitales, con hincapié especial en la interpretación de los resultados de los indicadores. Además, se analizaron cada hospital correspondientes al 2015 en lo que se refiere a las tendencias, género, los hallazgos radiográficos, los resultados de laboratorio, la clasificación definitiva de los casos y la ubicación (lugar de origen y centro centinela).

Al cabo del tercer y último día del taller, el personal de epidemiología y de laboratorio de todos los hospitales, así como los representantes de los ministerios de salud, presentaron ponencias sobre los resultados de sus análisis y los problemas encontrados, así como las posibles soluciones de cara al futuro. Se escogió a un hospital para que presentara sus resultados al grupo.

El taller concluyó con un reconocimiento mutuo de las siguientes conclusiones y acuerdos principales:

- Todos los casos que satisfacen la definición de caso presunto de neumonía bacteriana, meningitis bacteriana o infección por rotavirus deben ser captados por la red mundial de vigilancia centinela y registrarse como información basada en casos.
- Los datos basados en casos y los datos generales deben presentarse oportunamente tanto a los ministerios de salud como a la OPS.
- Los países ya pueden utilizar el sistema en línea.
- Es importante examinar la calidad de los datos que se registran. Este es un proceso en curso que debe empezar por el llenado del formulario de investigación epidemiológica y hacerse conjuntamente en los niveles local, nacional y regional.
- Deben mantenerse las actividades externas de control de la calidad de los laboratorios. ■

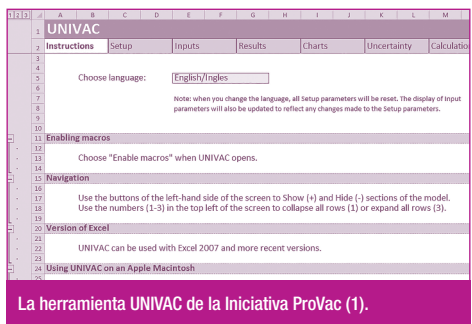
**La Iniciativa ProVac de la OPS ofrece herramientas nuevas en el marco del taller de capacitación regional**

La Iniciativa ProVac de la OPS organizó un taller de capacitación de dos días y medio en San José, Costa Rica, que fue realizado del 6 al 8 de abril del 2016. El objetivo principal del taller era capacitar a los expertos nacionales en salud pública en el uso de las herramientas y los métodos para calcular los efectos, los costos y la costo-efectividad de las vacunas, a fin de que orienten a los encargados de tomar decisiones en la formulación de políticas de inmunización fundamentadas en la evidencia. Al taller asistieron un total de 71 participantes de 19 países miembros de la OPS, así como representantes de diversas organizaciones asociadas.

Al igual que en los talleres anteriores de la Iniciativa ProVac, el taller del 2016 se centró en un tipo concreto de vacuna, a saber, las antimeniugocócicas, y se presentaron ejemplos de casos con estas vacunas. El uso de las herramientas de la Iniciativa ProVac presentadas es plenamente generalizable a cualquier vacuna. La principal herramienta lanzada durante el taller fue el modelo UNIVAC (1). Este modelo de apoyo para la toma de decisiones relacionadas con los efectos y la costo-efectividad de una vacuna universal dispone de una interfaz estandarizada accesible en Excel y de un conjunto familiar de datos y resultados. Los cálculos de los

datos de la carga de enfermedad por edad, así como de la cobertura y eficacia de la vacuna por edad y dosis, permiten realizar una evaluación sencilla de los efectos directos de la vacunación sobre los resultados en materia de salud. Actualmente, el modelo UNIVAC incluye opciones para evaluar los efectos y la costo-efectividad de las vacunas que previenen las infecciones por *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib), la enfermedad neumocócica, las infecciones por rotavirus y virus del papiloma humano, y la enfermedad meningocócica. En el futuro se dará prioridad a evaluar otras vacunas nuevas que ya existen y aquellas que están en fase de desarrollo, incluida la vacuna contra el dengue.

método para examinar la utilización de los recursos y los costos y permite registrar todos los supuestos para calcular el costo promedio del tratamiento por consulta ambulatoria y por ingreso en un hospital, por enfermedad o síndrome y por grupo de edad.

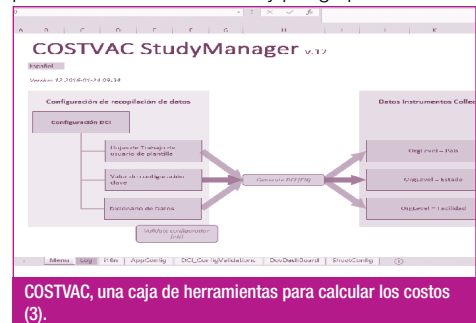


La herramienta UNIVAC de la Iniciativa ProVac (1).



COSTCARE, una herramienta de la Iniciativa ProVac que funciona conjuntamente con UNIVAC (2).

COSTCARE, una caja de herramientas complementaria a UNIVAC que también se basa en Excel, proporciona orientación estructurada para generar los costos promedio en que incurren los hogares, los sistemas de atención de salud y los gobiernos para el tratamiento de las enfermedades (2). Actualmente se centra en ayudar a los países a mejorar los métodos y la notificación en relación con el cálculo de los costos que suponen las enfermedades prevenibles por vacunación, con hincapié en las enfermedades agudas. Ofrece a los equipos de país un



COSTVAC, una caja de herramientas para calcular los costos (3).

Por último, la caja de herramientas COSTVAC basada en Excel ofrece orientación estructurada para calcular el costo de la inmunización rutinaria a partir de una muestra de establecimientos de salud y niveles administrativos del sistema de salud (3). Proporciona orientación sobre el muestreo, la creación y administración de instrumentos de encuesta, y los cálculos. Se concibió para ayudar a los países a documentar de forma más precisa el uso de los recursos compartidos entre el programa de inmunización y otros servicios de prestación de servicios de salud. Los usuarios pueden definir la perspectiva y el alcance del análisis.

El acceso en línea a todas estas herramientas nuevas o actualizadas se realizará a través de la caja de herramientas de la Iniciativa ProVac (www.provac-toolkit.com), disponible a fines del 2016. (4). Esta caja de herramientas se diseñó para albergar una colección integral de las obras elaboradas durante el último decenio por la Iniciativa o gracias

PROVAC cont. página 6



a ella. Contiene información sobre la Iniciativa, desde su creación bajo el liderazgo del doctor Jon Andrus hasta la actualidad, así como un depósito de documentos de orientación y sobre los métodos, y de publicaciones arbitradas de los estudios

realizados con el apoyo de la Iniciativa.

Además, la caja de herramientas contiene un gran depósito de datos preasignados que se recomiendan para llenar los análisis realizados con UNIVAC. Asimismo, ofrece la posibilidad de obtener acceso a las propias herramientas mediante un proceso de registro y acuerdo de usuarios. Representa la respuesta directa para atender la considerable demanda mundial por las herramientas de la Iniciativa ProVac y por apoyo técnico. Es importante aclarar que no reemplaza el método existente de prestación de apoyo técnico directo a los Estados Miembros de la OPS. Su objetivo es resolver muchos de los problemas que pueden encontrar los numerosos posibles usuarios que desean obtener acceso a las herramientas y los métodos de la Iniciativa, pero al no estar directamente vinculados a los ministerios de salud del Estado Miembro no reúnen las condi-

ciones para recibir apoyo técnico directo del equipo de la Iniciativa ProVac de la OPS.

Por otra parte, aunque puede obtenerse acceso directo a las herramientas y los documentos sobre los métodos a través de la caja de herramientas de la Iniciativa ProVac, para recibir capacitación en persona y apoyo directo para realizar un análisis dirigido por el país sigue siendo necesario presentar una solicitud oficial a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS. Para los países o usuarios que no pertenecen a la Región de las Américas se está estableciendo un mecanismo de apoyo directo mediante la Iniciativa Mundial de ProVac impulsada por diversas organizaciones asociadas a la Iniciativa ProVac. Si desea más información sobre la caja de herramientas o la Iniciativa ProVac, sírvase consultar el sitio web [www.paho.org/provac](http://www.paho.org/provac). ■

## Verificación de los progresos realizados y las deficiencias que persisten en la toma de decisiones relacionada con la inmunización



Participantes del Taller regional de capacitación de la Iniciativa ProVac, celebrado en San José, Costa Rica. Crédito de la foto: OPS.

Los participantes del Taller Regional de Capacitación de la Iniciativa ProVac, que tuvo lugar en abril del 2016, completaron una encuesta antes y después del taller destinada a evaluar sus conocimientos, grado de concientización y práctica habitual con respecto al uso de datos económicos en la toma de decisiones relacionada con los programas nacionales de inmunización. Las encuestas se diseñaron específicamente para evaluar el grado de conocimiento de los participantes en cuanto a las evaluaciones económicas en general y los análisis de costo-efectividad (ACE) en particular, determinar las prioridades de sus países en cuanto a las decisiones futuras sobre la política de inmunización, y recibir observaciones sobre las herramientas de la Iniciativa ProVac y la demanda de su uso. Los participantes también facilitaron observaciones sobre su grado de satisfacción general con la calidad del taller de capacitación.

En las 49 respuestas obtenidas a la encuesta previa al taller, la mayoría de los entrevistados dijeron contar con al menos seis años de

experiencia en el campo de la inmunización; sin embargo, casi la mitad (47%) dijo tener menos de un año de experiencia en economía de la salud. Alrededor del 77% de los entrevistados dijeron que su país disponía de un Comité Nacional Técnico Asesor de Inmunización (NITAG) activo, y más del 80% señalaron que en sus países se hacía un uso sólido o mínimamente sólido de la evidencia para la formulación de políticas de inmunización (**Figura 1**). Además, el 69% informaron que su país había encargado un ACE para fundamentar la política de inmunización (**Figura 2**). Estos resultados demuestran que si bien el uso de datos económicos es cada vez más importante para la formulación de políticas de inmunización en la Región de las Américas, todavía queda mucho por hacer. La elevada rotación de personal en los ministerios de salud hace necesarias la formación y el fortalecimiento continuos de la capacidad. Aunque sin duda la Iniciativa ProVac ha contribuido a reforzar las capacidades regionales en materia de análisis económico y formulación de políticas basadas en evidencia para la introducción de vacunas

Figura 1. Uso de la evidencia

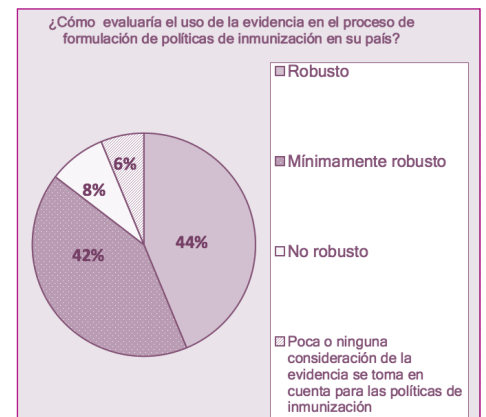
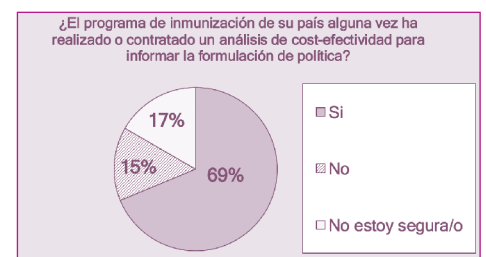


Figura 2. ACE de vacunas realizados



nuevas, el trabajo aún no ha concluido.

En las 30 respuestas obtenidas como parte de la encuesta posterior al taller, los participantes dijeron haber tenido una experiencia predominantemente positiva en el taller y se mostraron satisfechos con el ejercicio didáctico y práctico. Todos los participantes dijeron que el taller había sido "bueno" o "excelente". Así mismo, calificaron de forma favorable en su mayor parte la "facilidad de uso" y "utilidad" de las herramientas de ProVac. Además, destacaron las prioridades en materia de vacunas para la Región de las Américas en sus respuestas sobre las decisiones de política futuras o para la introducción de nuevas vacunas. ■

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 2016

**Editora: Hannah Kurtis**

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

©Organización Panamericana de la Salud, 2016.  
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>



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

## COLUMNA... Lo que he aprendido...

### Por la Dra. Ida Berenice Molina, gerente del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de Honduras

Han transcurrido 25 años de mi experiencia como gerente del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de Honduras, tiempo que me ha permitido acumular un gran aprendizaje sobre la evolución del PAI en todos sus ámbitos – técnico, administrativo y gerencial – y a la vez enfrentar los múltiples desafíos presentes en un país en desarrollo, inmerso principalmente en temas relacionados con problemas financieros. Las satisfacciones han sido mayores al ver los logros alcanzados, como por ejemplo el trabajo hacia el control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación, a pesar de estas limitaciones.

He aprendido que los escenarios pueden cambiar y hay que estar preparados para enfrentar los problemas y tomar decisiones oportunas para obtener y mantener los logros alcanzados a través de apoyo político, aliados estratégicos de la cooperación internacional, academia, sociedad civil, pero sobre todo a través de un trabajo en equipo con trabajadores de salud, que han demostrado compromiso y dedicación en todos los niveles.

En Honduras, el compromiso político para asignar financiamiento nacional para la adquisición de vacunas e insumos ha sido permanente, así como el apoyo de los donantes para superar las brechas financieras en actividades de diferentes componentes. También se reconoce el acompañamiento técnico del Comité

Nacional Técnico Asesor de Inmunización (NITAG), Comité Nacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, la OPS/OMS, entre otros.

Compartir experiencias con gerentes PAI de otros países es esencial, al igual que disponer de un marco legal que proteja la vacunación como un bien público, que asegure su sostenibilidad, planificación anual y multianual, programación, coordinación, monitoreo, supervisión y la evaluación sistemática de todos sus procesos. Sin embargo, se requiere conocer el trabajo realizado en cada nivel, solo ello permite tener la visión integral del trabajo, sus fortalezas, debilidades, necesidades y desafíos. También es importante la transferencia de conocimientos y competencias, asegurando el funcionamiento del programa.

Así mismo, la dedicación de los trabajadores de salud de Honduras ha sido fundamental en el éxito del PAI. Hace 15 años, yo estaba en una de las zonas de difícil acceso de Honduras, el Departamento de Gracias a Dios. Estaba supervisando el trabajo de una auxiliar de enfermería y al analizar las coberturas de vacunación, noté que no alcanzaba el 95% porque



Crédito: Dra. Ida Berenice Molina.

le faltaban cinco niños por vacunar. Al brindarle recomendaciones para vacunarlos, me dijo “Doctora, yo ya busqué a esos niños y no los pude encontrar, te invito a que me acompañes mientras camino 5 horas bajo el sol para llegar a mis comunidades, con el termo portavacunas y una vara para evitar las serpientes.”

Por ello, deseo expresar mi reconocimiento a los miles de trabajadores del nivel local de Honduras. Aunque algunas veces sean anónimos, ellos son los verdaderos héroes de la vacunación, que arriesgan sus vidas en zonas inaccesibles geográficamente, desafían la inseguridad ciudadana y hasta usan dinero de su “bolsillo” para llamar a la madre o el padre de un niño pendiente de ser vacunado.

Su compromiso ha sido esencial para erradicar, eliminar y controlar muchas enfermedades prevenibles por vacunas, no solo en Honduras, sino en las Américas. Sin duda la vacunación es un gesto de amor no solo de los padres, sino también de los trabajadores de salud. ■

**“Lo que he aprendido...” es una nueva columna escrita en primera persona que se publica en el Boletín de Inmunización. El objetivo es que esta columna sirva de espacio para que los profesionales de inmunización de todo el continente americano puedan compartir sus experiencias y enseñanzas únicas. Quienes estén interesados en escribir una columna pueden ponerse en contacto con Hannah Kurtis a la dirección [kurtisha@paho.org](mailto:kurtisha@paho.org).**