

# Reunión ad-hoc virtual del GTA 2017

**2da reunión ad-hoc del Grupo Técnico Asesor sobre  
Enfermedades Prevenibles por Vacunación**

**10 de marzo del 2017  
Washington, DC, USA**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

## Miembros del GTA

**Dr. J Peter Figueroa**

*Presidente del GTA*

Profesor  
Salud Pública, Epidemiología e Infección por el VIH/SIDA  
Universidad de las Indias Occidentales  
Kingston, Jamaica

**Dr. Jon K. Andrus**

Profesor e investigador  
Centro para la Salud Global, Departamento de Vacunas e Inmunización  
Universidad de Colorado  
Washington, DC, Estados Unidos

**Dr. Roger Glass**

Director  
Centro Internacional Fogarty y Director Asociado para la  
Investigación Internacional, Institutos Nacionales de Salud  
Bethesda, MD, Estados Unidos

**Dr. Akira Homma**

Presidente del Consejo de Políticas y Estrategias  
Instituto Bio-Manguinhos  
Río de Janeiro, Brasil

**Dr. Arlene King**

Profesora adjunta  
Escuela Dalla Lana de Salud Pública  
Universidad de Toronto  
Toronto, Ontario, Canadá

**Dr. José Ignacio Santos**

Profesor  
Departamento de Medicina Experimental  
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México  
Ciudad de México, México

**Dr. Jeanette Vega**

Directora  
Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA)  
Santiago, Chile

**Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus**

Jefe de Unidad, Inmunización Integral de la Familia

OPS/OMS

Washington, DC, Estados Unidos

Secretario *ad hoc*

## Introducción

El 10 de marzo del 2017 se realizó una reunión virtual ad-hoc del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS para discutir el agravamiento en la disponibilidad de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) a nivel mundial y en la Región, y dar una actualización sobre el brote de fiebre amarilla en Brasil.

El Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus 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 su enorme preocupación sobre la reducción en el suministro global de la vacuna IPV, la razón principal de convocar esta reunión, dando seguimiento a las recomendaciones del GTA de mayo del 2016. También compartió con los participantes, información sobre la situación epidemiológica de la poliomielitis en los países endémicos, así como la perspectiva global de la situación posterior al switch, dado su carácter de miembro del Grupo de Trabajo de Polio del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre Inmunización, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El GTA agradeció y reconoció las contribuciones de María Cristina Pedreira, quién se jubilará al final del mes de marzo del 2017, después de una exitosa carrera de 17 años de trabajo en inmunizaciones, en la OPS/OMS. Durante este tiempo, la doctora Pedreira apoyó los esfuerzos en inmunizaciones en República Dominicana, Nicaragua y Colombia. Desde diciembre del 2013, asumió el cargo de Asesora Regional de Inmunización en Washington, DC y fue responsable de coordinar la introducción de IPV y la realización exitosa del switch de la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV) en la Región.

El GTA también agradeció al Secretariado de la OPS, la organización de la reunión. Esta fue la segunda reunión virtual realizada con éxito.

## Como enfrentar el escasez global de IPV

### Antecedentes

En septiembre del 2015, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis declaró que el poliovirus salvaje tipo 2 había sido erradicado en todo el mundo. Considerando que no se han detectado casos de poliomielitis por el poliovirus salvaje tipo 2 desde 1999 y que el uso continuo del componente del tipo 2 de la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV) en zonas con baja cobertura, contribuía a la ocurrencia de casos de parálisis por poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (VDPV2 por sus siglas en inglés), el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el retiro secuencial de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV), empezando por el serotipo 2, a través del cambio de la vacuna trivalente (tOPV) por la bivalente (bOPV).

Para asegurar la protección de las nuevas cohortes de recién nacidos contra el poliovirus tipo 2 salvaje debido a fallas en la contención o derivado de la vacuna, el SAGE recomendó que todos los países utilizando solo OPV introdujeran por lo menos una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) en sus esquemas de vacunación de rutina.

Estas recomendaciones fueron ratificadas por el GTA, que a su vez recomendó a los países de la Región de las Américas, la introducción de un esquema de vacunación secuencial contra la poliomielitis, idealmente empezando con dos dosis de IPV, seguidas por dos o tres dosis de bOPV.

Debido al suministro limitado de la IPV y con el fin de asegurar que todos los países de la Región tuvieran acceso a la IPV, antes del retiro de la tOPV, la OPS acordó con los países que adquieren vacunas a través del Fondo Rotatorio (FR), que estos debían introducir solamente una dosis de IPV en sus esquemas de vacunación, hasta que el suministro fuera suficiente para introducir una segunda dosis.

### Respuesta inicial al suministro limitado de IPV

En mayo del 2016, los miembros del GTA tuvieron una reunión virtual ad-hoc para hablar sobre la escasez global de la IPV y la situación para la Región de las Américas, además de revisar la evidencia científica sobre la seguridad e inmunogenicidad de la administración de dos dosis fraccionadas de IPV (0,1 ml o 1/5 de una dosis completa) por vía intradérmica (ID). Con base en la situación presentada, el GTA recomendó a los países reducir el desperdicio de IPV, prepararse para responder a una posible escasez de IPV, fortalecer respuestas a brotes, evaluar la capacidad para el uso de un esquema de dosis fraccionadas de IPV (fIPV) por vía ID en el programa de rutina y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Durante el 2016, con el objetivo de evitar el desabastecimiento de IPV en los países de la Región, el FR y la Unidad de Inmunización de la OPS mantuvieron contacto con los productores de vacuna, también monitorearon y ajustaron los calendarios de entrega de vacuna, lo que ha permitido evitar desabastecimiento de IPV en los países de la Región hasta la fecha.

### Situación actual del suministro limitado de IPV

Los dos productores mundiales de IPV han enfrentado problemas en la producción de esta vacuna y por lo tanto, han comunicado varias reducciones en las ofertas mundiales de IPV. En este momento, se prevé que el desabastecimiento global de IPV se intensificará y se mantendrá al menos hasta finales del 2018.

El único proveedor del FR que ofrece vacuna en viales es Bilthoven Biologicals, a un precio de EEUU\$1,9 por dosis. El otro productor de IPV es Sanofi y no aceptó las condiciones del FR, pero ha ofrecido una cantidad limitada de dosis de IPV en jeringas pre-llenadas, a un costo de EEUU\$5,30 por dosis. Esta oferta ha ayudado a reducir las brechas de suministro en la Región, pero no es suficiente para responder a la demanda total.

Hasta la fecha, debido a un trabajo conjunto entre los países, el FR y la Unidad de Inmunización que incluye el monitoreo de los stocks de IPV en los países, el ajuste de los calendarios de entrega de vacunas y el diálogo permanente con los proveedores, los países han recibido suficientes vacunas para completar el esquema de vacunación contra la poliomielitis en la población objetivo. Sin embargo, aún manteniendo estos esfuerzos colaborativos, de acuerdo a la información recibida de los países sobre el stock actual de IPV, se prevé que a partir de julio del 2017, los países de la Región empezarán a enfrentar desabastecimiento de IPV.

### **Evidencia científica sobre el uso de fIPV**

La evidencia científica disponible ha demostrado que dos dosis fraccionadas de IPV administradas vía ID presentan mayor seroconversión para todos los serotipos que una sola dosis completa administrada de manera intramuscular (IM). Los anticuerpos maternos interfieren con la respuesta inmunológica, principalmente contra el serotipo 2, pero hay menos interferencia cuando la primera dosis es administrada a partir de los 2 meses de edad. También, cuanto mayor el intervalo entre las dosis fraccionadas, mejor es la respuesta inmunológica. Los eventos adversos son más frecuentes cuando la IPV se administra vía ID que vía IM, pero, en general, son reacciones locales leves como eritema e induración.

### **Consideraciones programáticas y operativas sobre el uso de fIPV**

En general, la administración de vacunas por vía ID es más difícil que por vía IM, es importante que los trabajadores de salud sean capacitados adecuadamente y supervisados de forma oportuna a fin de garantizar una vacunación segura.

De acuerdo a la política de frascos abiertos de la OMS, la IPV en viales multi dosis puede ser utilizada por un período de hasta 28 días. Para la aplicación de fIPV, se debe utilizar una jeringa de 0,1ml 27 G 3/8, la cual es la misma utilizada para administrar la vacuna BCG en algunos países. Hay países que administran la BCG en jeringa de 0,05ml y por lo tanto, no tienen jeringa de 0,1 ml. Según datos del FR, es muy probable que la jeringa de 0,1 ml para administración de la BCG no esté disponible en la mayoría de los países.

Para la introducción de un esquema de fIPV, se deben considerar las actualizaciones de los sistemas de registro en los procesos de planificación, capacitación y supervisión.

El uso de fIPV por vía ID está basado en evidencia científica independiente y no está especificado en el inserto de la vacuna, por lo que será necesario que los países sigan el

procedimiento de su Autoridad Nacional Regulatoria (ANR) respectiva para el uso de esta vacuna *off-label*.

### Recomendaciones del GTA

Después de haber revisado las proyecciones de producción y entrega de la IPV adquiridas a través del FR, y considerando la posible amenaza de desabastecimiento de la IPV en los países de la Región, así como la evidencia sobre la inmunogenicidad de fIPV, el GTA recomienda:

- Los países que administran más de 100.000 mil dosis de IPV por año y tienen la capacidad técnica para realizar una capacitación y supervisión adecuada, deberán comenzar a preparar de forma inmediata la implementación del uso de un esquema de fIPV. Estos países incluyen: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.
- Administrar un esquema secuencial de dos dosis de vacuna fraccionada seguidas por dos o tres dosis de vacuna bOPV, con la primera dosis a los dos meses de edad y con intervalos de 8 semanas entre las dosis del esquema básico durante el primer año de vida.

Esquema de vacunación	Básico			Refuerzos	
	1a	2da	3a	1er	2do
	fIPV	fIPV	bOPV	bOPV	bOPV

- Brasil y Uruguay, que introdujeron la IPV antes de 2015 y que utilizan un esquema de tres dosis de IPV, deberán evaluar sus esquemas de vacunación según la disponibilidad actual de la vacuna.
- Guatemala, Haití y República Dominicana deberán considerar cuidadosamente su capacidad de introducir un esquema de fIPV, sopesando los requerimientos de capacitación y supervisión y la necesidad de alcanzar una cobertura alta, con el riesgo de enfrentarse a un desabasto. El GTA evalúa que quizás sea mejor si estos países no introducen el esquema de dosis fraccionadas en este momento.
- Los países que usan menos de 100.000 dosis de IPV por año, probablemente enfrentarán mayor pérdida de la vacuna, si no son capaces de utilizar la cantidad de dosis fraccionadas en cada vial, dentro del marco de tiempo de la política de frascos abiertos. Por lo tanto, estos países deberán evaluar cuidadosamente su situación por que puede que no sea apropiado que introduzcan el esquema de dosis fraccionadas.
- El GTA enfatiza la importancia de alcanzar y mantener coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% en cada distrito o municipalidad.

### El GTA reitera sus recomendaciones de mayo del 2016:

#### 1. Reducir el desperdicio de la IPV

- Asegurar una estricta adherencia al esquema de vacunación, solo vacunando a niños que hayan cumplido dos meses de edad después de la fecha de introducción de la IPV en el país.
- Implementar integralmente la política de frascos abiertos de la OMS, la cual permite el uso de frascos abiertos de la vacuna IPV por hasta 28 días, siempre y cuando que los criterios se cumplan según las especificaciones indicadas en la política de la OMS de frascos de multi dosis abiertos.
- Evitar, siempre que sea posible, el uso de la IPV en actividades extramurales, priorizando estrategias de vacunación que usan puestos de vacunación fijos o móviles.
- Monitorear de cerca el suministro de la IPV en el país para asegurar que todos los servicios cuentan con esta vacuna, así como identificar aquellos servicios que podrían presentar una pérdida excesiva, con el fin de brindar recomendaciones oportunas sobre cómo evitar estas pérdidas.

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

- Todos los trabajadores de salud deben ser informados sobre una posible escasez de la IPV y prepararse para responder a esta eventualidad.
- En caso de no contar con la 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, tercera o dosis de refuerzo, siempre respetando el intervalo mínimo de 4 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 la 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 los procedimientos de la OPS, disponible en: [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio)
- Los países deben asegurarse de que pueden recibir la vacuna oral monovalente contra la poliomiélitis tipo 2 (mOPV2) en caso de un brote, en poco tiempo, desde la reserva mundial de vacuna para responder a brotes, la cual será enviada a través de UNICEF.
- No será necesario utilizar la IPV para responder a todos los brotes de polio tipo 2. Sin embargo, si se considera que el uso de la IPV es necesario, la OMS recomienda que los países utilicen dosis fraccionadas, administradas por vía intradérmica, 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 administradas por vía intradérmica. Por otra parte, los países deben asegurarse de que podrán usar la IPV de esta manera, según lo recomendado por la OMS para responder a los brotes. Esta



recomendación se basa en la evidencia científica, pero no está incluida en los insertos de la vacuna, lo que significa que los países deberán utilizar las fIPV como *off-label*.

#### **4. Fortalecer la vigilancia**

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

## Brote de fiebre amarilla y sus implicaciones para la Región

### Antecedentes

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral aguda endémica en las zonas tropicales de África y en 13 países de América Latina, incluyendo Perú, Bolivia, Brasil, Colombia, Argentina, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Suriname, Trinidad y Tobago y Venezuela. La transmisión selvática es la principal forma de transmisión de la fiebre amarilla en la Región. Sin embargo, en el 2008, se notificaron casos de fiebre amarilla en la zona metropolitana de Asunción, Paraguay. Anteriormente, el último brote urbano confirmado de fiebre amarilla en las Américas había ocurrido en Brasil en 1942. Estos eventos, además de la proliferación de *Aedes aegypti* en la Región, sugiere que el alto riesgo de la reurbanización de fiebre amarilla todavía existe en las Américas.

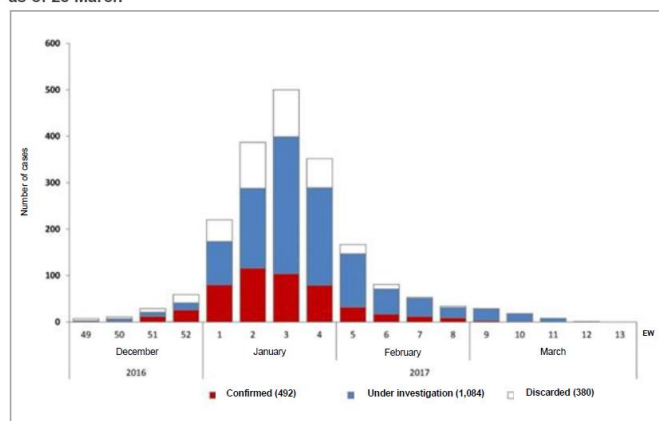
La vacunación es la medida más importante para prevenir la fiebre amarilla. La vacuna es segura y asequible, y proporciona una inmunidad efectiva contra la enfermedad al 80-100% de los vacunados al cabo de 10 días, y una inmunidad del 99% al cabo de 30 días. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo

Las recomendaciones del GTA para controlar la fiebre amarilla son las siguientes: 1) introducción de la vacuna contra la fiebre amarilla en programas nacionales de inmunización para niños de 1 año de edad en países con zonas endémicas; 2) campañas de vacunación durante períodos epidémicos; 3) campañas de vacunación en respuesta a brotes o epizootias y 4) la administración de la vacuna a los que viajan a zonas donde hay un riesgo de transmisión del virus de fiebre amarilla, excepto para aquellos en que la vacunación está contraindicada. Debido a un suministro global limitado de la vacuna contra la fiebre amarilla, en el 2016 el SAGE recomendó el uso de dosis fraccionadas de la vacuna (fYF) en respuesta a brotes, con un 1/5 del volumen de la dosis normal administrada subcutáneamente.

En diciembre del 2016, Brasil empezó a notificar casos sospechosos de fiebre amarilla, principalmente en la región sudoeste del país. No se ha confirmado la transmisión urbana de fiebre amarilla por *Aedes aegypti* hasta la fecha. Al 28 de marzo, 15 estados y el Distrito Federal han notificado un total de 2.104 casos sospechosos, de los cuales 492 casos confirmados por laboratorio fueron limitados a solo 4 estados: Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo y Río de Janeiro. Del total de los casos sospechosos, 277 (13%) pacientes se han muerto. De los casos confirmados por laboratorio, hubo 162 muertes, representando una tasa de letalidad (CFR) del 33%.

### Distribución de casos notificados por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Brasil, al 23 de marzo

Distribution of reported case by Epidemiological Week of onset of symptoms. Brazil, as of 23 March

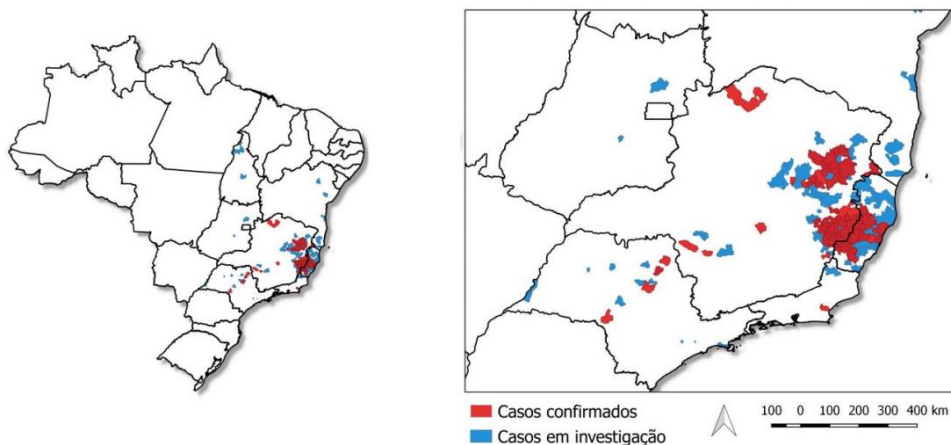


Source: Data published by the Sinan - COES-FA/SVS and reproduced by PAHO/WHO

En Minas Gerais, donde más del 75% de los casos confirmados humanos de fiebre amarilla hasta la fecha están concentrados, y en Espírito Santo, un estado que nunca había tenido una recomendación de vacunación antes del brote, ha habido una reducción en el número de casos notificados durante las últimas 6 semanas. Sin embargo, se siguen notificando casos en municipalidades con bajas coberturas. También hay casos que han surgido en los estados de São Paulo y Río de Janeiro. Además de casos humanos de enfermedad, se han notificado a la fecha un total de 1.324 epizootias, de los cuales 389 (31%) fueron confirmados como relacionados al virus de fiebre amarilla, 12 (<1%) fueron descartados y el resto sigue bajo investigación.

### Distribución geográfica de casos humanos sospechosos y confirmados de fiebre amarilla

Figura 3 - Distribuição geográfica dos casos humanos confirmados e em investigação de febre amarela à SVS/MS, por município do LPI e classificação.



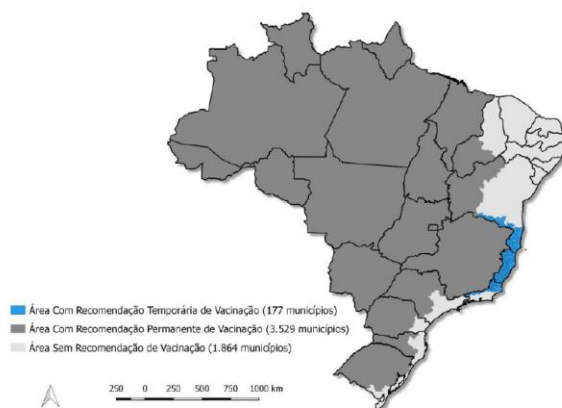
### Respuestas y desafíos de salud pública

Brasil recomienda un esquema de dos dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla a los 9 meses y 4 años de edad en todas las zonas endémicas. Para las personas entre 5 y 59 años se recomienda dos dosis, una al primer contacto con los servicios de salud, seguida por una dosis de refuerzo 10 años después.

Del 2007 al 2016, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) notificó haber administrado un total de 58,5 millones de dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla, alcanzando un 66,5% de la cobertura de vacunación en la población objetivo (más de 9 meses de edad).

En respuesta al brote, hasta el 21 de marzo del 2017 el Ministerio de Salud de Brasil temporalmente expandió las recomendaciones de vacunación contra la fiebre amarilla a 177 nuevas municipalidades (gráfica abajo) y revisó las recomendaciones de vacunación.

## Distribución geográfica de las municipalidades donde la vacuna contra la fiebre amarilla es recomendada, según los tipos de recomendaciones, Brasil, 21 de marzo del 2017



**Fuente:** *Informe especial febre amarela no Brasil nº 01/2017*, Ministerio de Salud, Brasil, 21 de marzo del 2017

El 22 de marzo se realizó una reunión de emergencia del Comité Nacional Técnico Asesor de Inmunización (NITAG) Las siguientes fueron sus recomendaciones después de revisar los datos disponibles y las discusiones subsiguientes:

- Suspensión temporal de la dosis de refuerzo hasta nuevo aviso;
- Uso de las dosis fraccionadas como parte de la estrategia para responder al brote, priorizando centros urbanos como Río de Janeiro, São Paulo y Bahía, si sea necesario;
- Suspensión de la recomendación de administrar las vacunas de SRP y contra la fiebre amarilla separadamente durante el brote y co-administrar si es necesario para proteger, especialmente contra la fiebre amarilla.

Se han distribuido aproximadamente 19 millones de dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla por el Ministerio de Salud en 5 estados brasileños. Considerando la expansión del brote y la disponibilidad limitada de la vacuna, Brasil también pidió y recibió 3,5 millones de dosis de la reserva de emergencia global del Grupo Internacional de Coordinación sobre la provisión de vacunas contra la fiebre amarilla (ICG). Una reserva global de aproximadamente 6 millones de dosis está disponible para apoyar a países en situaciones de emergencia/brotos en África y América Latina. El acceso a esta reserva es consistente con criterios estrictos de elegibilidad, incluyendo un análisis profundo de la situación epidemiológica y entomológica, además de descripciones detalladas de coberturas y estrategias de vacunación previstas.

Ante un caso humano o primate no humano sospechoso o confirmado, se lleva a cabo intensificación de las acciones de vacunación, vacunación en anillo y las estrategias de control de vectores. Adicionalmente, se está fortaleciendo la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVIS) en todos los niveles. La OPS/OMS ha activado una Estructura de Gestión de Incidentes (IMS) dedicada a apoyar a Brasil localmente y a proporcionar apoyo para la colaboración entre la sede de la OPS y la OMS.

### Disponibilidad de la vacuna contra la fiebre amarilla

El suministro global de las vacunas contra la fiebre amarilla ha sido limitado durante años. El Fondo Rotatorio de la OPS/OMS entrega alrededor del 50% de la demanda de la Región de las Américas. Esta

situación de escasez vacunal es preocupante para otros países endémicos en la Región, cuya demanda vacunal a través del Fondo Rotatorio para el 2017 actualmente está sin cumplir. El Fondo Rotatorio está buscando soluciones con otros productores. Es importante notar que Brasil, siendo uno de los pocos productores de la vacuna contra fiebre amarilla existentes, ha sido un contribuidor importante a la reserva de vacunas contra fiebre amarilla de emergencia del ICG.

### **Recomendaciones del GTA**

- El GTA reitera sus recomendaciones previas sobre la administración de una dosis de la vacuna contra fiebre amarilla **en zonas endémicas**:
  - o Una dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla es suficiente para dar inmunidad sostenida y protección a largo plazo contra la enfermedad, por lo tanto no se requiere una dosis de refuerzo.
  - o La vacunación de al menos 95% de la población en la zona (urbana, rural y selvática).
  - o Los países deben asegurar que se refuercen las recomendaciones, incluida la vacunación, para los viajeros a zonas endémicas de fiebre amarilla.
- El GTA subraya la importancia de vacunar contra la fiebre amarilla a través del programa de inmunización de rutina y de mantener altos niveles de cobertura para prevenir casos y brotes de la enfermedad. Sin embargo, en la situación actual del brote de Brasil, los países donde la fiebre amarilla es endémica deben considerar postergar la vacunación infantil en zonas no enzoóticas para re distribuir dosis a zonas prioritarias hasta que la vacuna esté más fácilmente disponible al nivel regional y global.
- El GTA apoya la recomendación actual de la OMS sobre el uso de dosis fraccionadas en respuesta a brotes. La OPS debe apoyar a países en el despliegue e implementación del uso de dosis fraccionadas de la vacuna donde sea necesario, incluyendo el fortalecimiento de la vigilancia de ESAVIS.
- Considerando el brote actual en Brasil y la aparición de casos en zonas donde no se han detectado casos en varios años, el GTA urge a los países que continúen los esfuerzos de prevención y control como parte de un plan integral para:
  - o Fortalecer la vigilancia epidemiológica, virológica, vectorial, epizoótica y de ESAVIS.
  - o Re evaluar el riesgo de fiebre amarilla en países endémicos, considerando la caracterización entomológica, los movimientos migratorios, el calentamiento global, y otras tendencias humanas (eco-turismo), entre otras.
  - o Re evaluar el riesgo de la re urbanización de la fiebre amarilla.
  - o Monitorear y mantener una alta cobertura de vacunación entre grupos objetivo.