

Vacunación contra el VPH para la eliminación del cáncer cervicouterino en las Américas

Ciudad de México, 15-17 de octubre del 2019

I. Objetivo

Intercambiar experiencias y sumar esfuerzos para la elaboración/fortalecimiento de planes nacionales para la adhesión a la estrategia global de eliminar el cáncer cervicouterino en la Región de las Américas.

II. Participantes

El taller tuvo la participación de representantes de 17 países, incluyendo representantes de los ministerios de salud de los programas de inmunización y cáncer. Asistieron profesionales de la OPS/OMS y de varias otras instituciones como: la Universidad George Mason (Estados Unidos), Universidad Mayor de San Andrés (Bolivia), Universidad de Javariana (Colombia), INCA (Brasil), Instituto Catalán de Oncología, y MD Anderson (Estados Unidos).

Los países representados fueron: Argentina, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Venezuela.

III. Resumen ejecutivo

La Región de las Américas ha tenido muchos avances hacia la eliminación del cáncer cervicouterino. La mayoría de los países han introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y algunos han logrado altas coberturas. Aunque se han documentado rechazos a la vacuna, campañas de comunicación con profesionales de salud y padres, niños y niñas han contribuido a mejorar la demanda de la vacuna y la adherencia a la segunda dosis. Recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS y del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS (SAGE por sus siglas en inglés) enfatizan los resultados exitosos de la vacunación en las escuelas y la evidencia científica sobre la seguridad de la vacuna. Dos fabricantes de vacunas han informado de una ampliación importante en la producción de la vacuna contra el VPH, aunque se necesitarán varios años hasta que la ampliación aumente la oferta considerablemente. Varias vacunas desarrolladas y producidas en países de ingresos medios se encuentran en distintas etapas de evaluación y licenciamiento. Además, datos preliminares sobre la protección contra el VPH con una dosis única sugieren que quizás esquemas de dosis múltiples no son necesarios. Los análisis de los estudios realizados en Costa Rica y en la India indican que una dosis única de la vacuna contra el VPH proporciona una eficacia similar a los esquemas de dos y tres dosis por más de diez años, pero los estudios siguen en marcha y la recomendación de la OMS de dos dosis en seis meses se mantiene.

Nuevas tecnologías han permitido facilitar la detección oportuna de infección por VPH y la recomendación de la OPS/OMS es introducir pruebas de VPH en programas nacionales de tamizaje para la prevención del cáncer cervicouterino.

A pesar de los numerosos logros de la Región, existen varios desafíos. Primero, la actual escasez de producción de la vacuna a nivel global podría tener repercusiones en la Región en los próximos años. Segundo, algunos países no han logrado alcanzar altas coberturas de vacunación, principalmente debido a la deserción en la segunda dosis. Tercero, persisten retos en el tamizaje debido a la falta de recursos financieros y humanos, además de dificultades con la calidad de pruebas utilizadas (Pap) y barreras para introducir las pruebas de VPH en los programas de tamizaje, y el seguimiento de las mujeres que tienen lesiones precancerosas. Estos puntos resaltan la necesidad de tener sistemas de información nominales fortalecidos, que permitan un seguimiento individual a lo largo de los procesos de vacunación, tamizaje, y tratamiento. Otro riesgo es el potencial impacto de las crisis relacionadas con ESAVIs (eventos supuestamente atribuibles a la vacuna o inmunización). La respuesta a estas crisis no ha siempre sido oportuna debido a la falta de preparación o implementación de los planes de comunicación de crisis lo cual ha impactado negativamente la cobertura en algunos países.

Los próximos pasos para lograr la eliminación del cáncer cervicouterino son: la elaboración de planes de acción con estrategias y actividades definidas para adaptar a los contextos nacionales e incluyan los tres ejes fundamentales de vacunación, tamizaje y tratamiento. Parte de los esfuerzos será el fortalecimiento de los sistemas de información y de los marcos de gobernanza. Los países se comprometieron a compartir y difundir sus experiencias con el manejo de movimientos antivacunas.

IV. Actividades

Martes 15 de octubre. Día 1.

La apertura oficial del taller fue hecha por Silvana Luciani de la OPS, Elías Yused, subdirector de Cáncer de la Mujer y representante de la Secretaría de Salud en México, y Paul Bloem de la OMS. El taller tenía como objetivo compartir experiencias entre los países y definir líneas de acción y seguimiento para avanzar hacia la eliminación del cáncer cervicouterino. Los ponentes reiteraron la importancia de cumplir con las metas globales de 90-70-90 (cobertura-tamizaje-tratamiento). Aunque muchos países lograron la introducción de la vacuna y el desarrollo de programas de tamizaje, aún hay desafíos. La experiencia adquirida en la Región de las Américas podrá servir de ejemplo para otras regiones. El Dr. Elías de la Secretaría de Salud mencionó los retos y logros de la implementación de la vacuna contra el VPH en México.

Sesión 1: Avances en el Plan de Eliminación del Cáncer Cervicouterino a nivel regional y global
Moderador: Silvana Luciani

1. Actualización global sobre la vacunación contra el VPH y cobertura- Paul Bloem, OMS

Paul Bloem empezó su presentación con una revisión de la estrategia global para eliminar el cáncer cervicouterino. Las metas establecidas fueron: alcanzar un 90% de cobertura con la vacuna contra el VPH en niñas de 15 años; el 70% de mujeres tamizadas con una prueba precisa a los 35 y 45 años; el 90% de mujeres identificadas con una enfermedad cervicouterina reciben tratamiento. Globalmente, solo el 30% de mujeres tienen acceso a la vacuna, y el 50% de los países tienen la vacuna disponible. La mayoría de los países tienen bajas coberturas con la segunda dosis de la vacuna. Factores afectando la cobertura incluyen: disponibilidad de insumos, costos, planificación y el manejo de la introducción de la vacuna.

Insumos: Bloem explicó que la mayoría de los programas normalmente recibe el número requerido de vacunas. Habló de casos específicos donde ha habido algunas rupturas de abastecimiento en la Región debido a problemas con el productor y vendedor de la vacuna. Habló de los retos para países cubiertos por Gavi. Productores de la vacuna como China e India se están aproximando a la venta internacional.

Comunicación: Hay poco conocimiento en padres, niños y profesionales de salud, lo que genera una falta de confianza en la vacuna. Se necesita más investigación y comprensión de las percepciones de los actores clave para elaborar planes de comunicación óptimos. Dentro de los planes de comunicación se necesita una coordinación y preparación adecuada en tiempos de crisis. Paul Bloem dio el ejemplo de Dinamarca donde la cobertura bajó súbitamente debido a una crisis de comunicación y el efecto positivo que tuvo la campaña de comunicación para recuperar la cobertura.

Resumen de la reunión del SAGE: Tomando en cuenta la falta de disponibilidad de la vacuna contra el VPH, revisaron toda la evidencia científica disponible sobre la posibilidad de aplicar dosis única de la vacuna. Los resultados de los estudios todavía no son conclusivos. Existen estudios en Costa Rica, Gambia, Kenia, y Tanzania. El SAGE reafirma que la recomendación de la OMS del 2017 sigue válida. Las tres vacunas disponibles tienen excelente eficacia. Proponen que los países pospongan temporalmente la vacuna neutra de género y de mayores de 15 años, y que no se hagan introducciones de cohortes multi edad hasta que todos los países tengan acceso a la vacuna.

Mensajes clave: No hay cambio en la política. Países tienen que seguir con dos dosis en niñas de 9-14 años. Urgen a llegar a alta cobertura y seguir monitoreando su cobertura y mejorar y rediseñar sus planes.

2. Vacunación contra el VPH en las Américas: un pilar para la eliminación del cáncer cervicouterino- Lúcia de Oliveira, OPS

El objetivo de la presentación de Lúcia de Oliveira fue dar la visión del estado de la vacunación contra el VPH en la Región, hablar de lecciones aprendidas y presentar las recomendaciones del GTA 2019.

Estado de vacunación: La Región de las Américas tiene 41 países y territorios que introdujeron la vacuna. Entre el 2015 y el 2018, 69 millones de dosis de la vacuna contra el VPH fueron aplicadas en América Latina y el Caribe. La vacuna más utilizada es la cuadrivalente (32), seguida por la bivalente (7); y sólo dos países usan la vacuna nonavalente. Nueve países informan vacunar a niños y niñas: Antigua, Argentina, Barbados, Bermudas, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, y Panamá. Lúcia de Oliveira habló de la seguridad de la vacuna, explicando que el Comité Asesor sobre Seguridad de la Vacuna de la OMS reiteró

que la vacuna contra el VPH es extremadamente segura y que los eventos asociados son leves o moderados, resolviéndose espontáneamente.

Lecciones aprendidas: Es un reto lograr una alta cobertura con la vacuna contra el VPH. Para lograr una cobertura alta, se deben adoptar varias estrategias, priorizando la vacunación en las escuelas.

Recomendaciones del GTA 2019: En las reuniones del GTA en el 2019, los miembros expresaron su preocupación con la reducción en la disponibilidad de la vacuna. Recomendaron priorizar la vacunación de niñas con altas coberturas para así crear una inmunidad de grupo y proteger niños y niñas. El GTA recomendó la implementación de vacunación en escuelas y el desarrollo de planes de comunicación.

3. Respuesta inmune a la vacuna contra el VPH- Malda Kocache, Universidad George Mason

Malda Kocache revisó las principales características del virus del papiloma humano (VPH), enfermedades relacionadas con la infección por VPH, la epidemiología y la carga de la enfermedad, la respuesta inmune y tratamiento y prevención de esta infección.

El VPH puede causar una variedad de cánceres: oral, anal, vaginal, cervical, y de pene. La respuesta inmunitaria a la infección natural es muy lenta. No hay infección sistémica, por lo tanto, no hay una buena respuesta inmunológica. Por otro lado, la respuesta inmunológica a la vacuna es excelente. La inmunidad con una dosis es nueve veces más alta que la respuesta a la infección natural. Están disponibles tres vacunas para la prevención primaria, compuestas con la proteína antigénica L1, en forma de partículas similares al VPH.

Ella explicó la importancia de separar las dosis por al menos seis meses porque las células memoria B necesitan el tiempo para desarrollarse. Cuando se aplica la segunda dosis, las células B inducen la producción de anticuerpos de alta afinidad. La respuesta inmunitaria es más alta en niñas de 9-14. Para este grupo de edad el esquema con dos dosis es muy efectivo. Los datos para indicar si una dosis única de la vacuna es efectiva en la prevención del cáncer cérvico uterino todavía no están disponibles dado que los estudios siguen en marcha, pero tienen buenos resultados preliminares (ej. Costa Rica). Malda Kocache presentó resultados de estudios hechos en la India, Uganda y Fiyi.

4. Discusión

En la primera sesión de discusión, participantes tuvieron preguntas sobre el aumento en costos de la vacuna y diferencias entre productores. La respuesta de los representantes de la OPS/OMS fue repetir que las dos presentaciones de la vacuna disponibles para la Región son iguales en términos de la prevención del cáncer cervicouterino.

La representante de Brasil compartió que están trabajando para mejorar las coberturas en niñas de 9 años. Hacer que la vacuna sea más de niñez puede ayudar con la aceptabilidad. Hay que reprogramar métodos de comunicación.

5. Actualización del Fondo Rotatorio sobre las vacunas contra el VPH- John Fitzsimmons, OPS

John Fitzsimmons explicó en su presentación que el suministro de la vacuna contra el VPH no es suficiente para satisfacer la demanda hasta el 2024. Varios factores podrían afectar el equilibrio entre la oferta y la demanda: que los productos en desarrollo no lleguen al mercado, que la demanda de la vacuna aumente sustancialmente o que la introducción de la vacuna en países y aumentos de cobertura no se produzcan como planeado. Hasta ahora existen tres vacunas en el mercado, el Fondo Rotatorio ofrece dos de ellas, la bivalente y la cuadrivalente. A partir del 2020 solamente ofrecerá la vacuna cuadrivalente, pues la compañía farmacéutica GSK no proveerá más la vacuna bivalente. Por lo tanto, los países deberán tener una fase de transición entre la bivalente y la cuadrivalente durante el 2020. Aun en este mes de octubre de 2019 habrá una reunión con los productores en Río de Janeiro, y será una oportunidad para entender cuáles son sus planes. El Fondo Rotatorio está en contacto con productores en China y, junto con la oficina de país de la OMS, está apoyando para que cumplan con los requisitos de la OMS para acelerar el acceso a un nuevo productor.

Anticipando las condiciones limitadas del mercado de la vacuna en el 2020 hay que: asegurar la compra de todas las dosis disponibles para el 2019 (1,1 millones dosis pendientes de adquisición); apoyar la transición en países de la vacuna bivalente a la cuadrivalente conforme a sus necesidades; seguir negociando, con el único proveedor, los nuevos términos para 2020-2021; mejorar los tiempos de entrega de 12 a ocho y luego a seis semanas después de recibida la orden. También se requiere actualizar mensualmente la información de requerimientos a los productores. El Fondo Rotatorio está coordinando con los países la distribución de las dosis y trabajando con el proveedor para asegurar cantidades acordadas. Como próximos pasos recomienda seguir trabajando con oficiales de país con un enfoque más proactivo. Los países deben mejorar el manejo de inventarios y su planificación financiera para prevenir el desabastecimiento.

6. Modelización del impacto de la vacunación contra el VPH y de la eliminación del cáncer cervicouterino- Raymond Hutubessy, OPS

La presentación de Raymond Hutubessy de la OPS fue pregrabada y presentada durante el taller. Tuvo varios ejemplos de modelización por estadísticos, basados en el marco conceptual de Eliminación del Cáncer Cervical. Se estima que la eliminación total del cáncer cervicouterino podría ocurrir entre los años 2085-2090. Utilizaron una modelización comparativa sistemática, mirando a modelos diferentes. Presentaron escenarios diferentes con suposiciones diferentes. Los tres escenarios presentados fueron: i) vacunar solo a niñas con 90% de cobertura, sin cambios en el tamizaje; ii) vacunar solo a niñas con 90% de cobertura, con un tamizaje a los 35 años e incrementos en el tamizaje; iii) vacunar solo a niñas con 90% de cobertura, con un tamizaje a los 35 años y otro a los 45 años e incrementos en el tamizaje. Midieron la dinámica en 78 países de bajo y medio ingreso demostrando mejores resultados con el escenario tres.

Analizaron los beneficios incrementales basados en estrategias diferentes para llegar a la eliminación. Hay trabajos de análisis adicional en otras regiones en progreso que van a ser parte de la estrategia global. La presentación concluye que el cáncer cervicouterino puede ser reducido por el 50% hasta el 2048 si se implementa la vacuna con dos tamizajes.

7. Plan Regional para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino y resumen de la consulta regional de la OMS- Silvana Luciani, OPS

Silvana Luciani empezó su presentación con las tasas de cáncer cervicouterino en las Américas. Bolivia tiene las tasas más altas en la Región. Muchos países han logrado reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino, con inversión en acciones preventivas. El abordaje integral incluye la vacunación, el tamizaje y el tratamiento de lesiones precancerosas, diagnóstico, tratamiento del cáncer y cuidados paliativos. Silvana Luciani presentó la evolución de los programas de cáncer cervicouterino. También revisó los puntos esenciales del plan de la OPS/OMS para el control integral del cáncer.

La mitad de los países tienen un plan nacional de cáncer cervicouterino. Es importante notar que solo el 73% de los países tienen servicios de tamizaje. Alrededor del 30% de los países tienen cuidados paliativos y registros de cáncer. Presentó el Plan Regional para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino y su meta de “Reducir en un tercio la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino en las Américas para el 2030”. Los programas que existen tienen bajo impacto por varias razones, incluyendo: limitaciones de citología, falta de organización, acceso limitado a servicios de salud, y factores socioculturales.

Los próximos pasos claves son: el desarrollo de planes nacionales para eliminar el cáncer cervicouterino y el fortalecimiento de alianzas entre partes interesadas.

Sesión 2: Tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino

Moderador: Representante de la OPS/OMS en México

1. Uso de la prueba de VPH para el tamizaje de cáncer cervicouterino- Raúl Murillo, Universidad de Javariana Colombia

La edad es un componente muy importante en el curso de la infección por VPH y el desarrollo de las enfermedades. El pico de pre-cáncer es alrededor de los 30 años, el desarrollo del cáncer es a los 40. La relación entre el desempeño y la frecuencia del tamizaje es importante, tanto como la sensibilidad y especificidad. La sensibilidad de la citología es del 66% pero la especificidad es del 96%, la prueba de VPH tiene un 95% de sensibilidad y 92% de especificidad.

Se necesita un cambio de paradigma en el tamizaje tras la utilización de la prueba de VPH. Las negativas pueden volver a ser probadas a partir de los 5 años. Las positivas deben hacer citología; y si resulta positiva, proceder a la colposcopia. Existe el potencial de tener pruebas rápidas con tecnologías como Care-HPV y Xpert HPV que ya están aprobadas por la OMS, también está la posibilidad de auto toma, que

aumenta la adhesión a la prueba. Pero, el tamizaje debe ser seguido por tratamiento de las positivas. Todavía existe el reto de asegurar que las mujeres positivas reciban tratamiento. Hay inequidades en mortalidad por cáncer cervicouterino (ej. Colombia). Un estudio encontró que, si se cubre el 50% de mujeres con citología, pero se trata a 100% de las identificadas, es mejor que tener una cobertura del 100% y tratamiento del 50% en términos de mortalidad. El Dr. Murillo habló de la importancia de tener intervenciones para reducir la pérdida en el seguimiento de mujeres con hallazgos anormales en la tamización. Presentó ejemplos de experiencias en Colombia, El Salvador, Honduras, y Nicaragua.

Como consideraciones de cierre, los principales cambios paradigmáticos incluyen: una mejor selección de mujeres a riesgo por edad y por presencia de infección por VPH como condición necesaria para el desarrollo de la enfermedad; el desarrollo de tecnologías con mejor desempeño que permiten un tamizaje menos intensivo; la búsqueda de daño celular solo en mujeres en riesgo; los abordajes programáticos alternativos que privilegian el acceso al tratamiento sobre la precisión del diagnóstico.

El mayor reto sigue estando en el nivel de organización de los programas y la inequidad que de ello se deriva. Existen diferentes alternativas para mejorar el desempeño de los programas que podrían adaptarse a las condiciones específicas del contexto a fin de mejorar la participación de mujeres; la detección de lesiones; y el tratamiento de lesiones.

2. Tratamiento de lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino- Igor Pardo, Universidad Mayor de San Andres Bolivia

Igor Pardo inició su presentación con una revisión del porcentaje global de cada cáncer en las mujeres, con el cervicouterino representando el 9%, precedido por el de mama (34%), colorrectal (13%) y pulmón (12%). Entre los cánceres ginecológicos ocupa el segundo lugar. Mencionó que el cáncer denuncia la inequidad en el acceso a la salud. A la incidencia más alta no necesariamente sigue una mortalidad más alta entre países y regiones. Mencionó el estudio ATHENA, que evidencia la importancia del tipo VPH16 como predictor de malignidad. La presentación tuvo ejemplos de terapias existentes y de los resultados asociados con cada una, tanto como el manejo del diagnóstico y los riesgos de regresión a la enfermedad. Programas con escasos recursos deben enfocarse más en poblaciones de alto riesgo. No hay una estrategia única para el tratamiento a seguir. Comparando crioterapia y LEEP no hay muchas diferencias, tampoco con LLETZ. Cada país tiene que adaptar sus guías de tratamiento basado según la disponibilidad del personal, su capacidad y recursos materiales.

El Dr. Pardo concluyó que hay que revisar las últimas publicaciones para ver los eventos adversos con cirugía u otras intervenciones y considerar poblaciones vulnerables.

3. Monitoreo de cobertura del tamizaje y del tratamiento -presentación de modelo de cálculo de cobertura- Itamar Bento Claro INCA, Brasil

Brasil es un país con muchas diversidades geográficas, poblacionales y de urbanización, pero nos trae un desafío en el diseño de acciones. Hay grandes diferencias en las tasas basadas en regiones. La tasa de mortalidad era bastante estable entre 1980 y 2017, pero aumentó mucho en el norte. Brasil ha tomado muchas acciones para el control del cáncer cervicouterino. El patrón predominante de detección en Brasil es oportunista, las mujeres se han sometido a pruebas de Papanicolaou cuando buscan servicios de salud por otras razones. En consecuencia, del 20% al 25% de los exámenes se han realizado fuera del grupo de edad recomendado y aproximadamente la mitad de ellos con un intervalo de un año o menos, cuando el recomendado es de tres años. Por lo tanto, hay un contingente de mujeres sobre examinadas y otro contingente sin prueba de detección. El desafío es lograr el tamizaje poblacional organizado, con un seguimiento nominalizado.

Existen dos métodos de monitoreo para la cobertura de la prueba PAP: encuestas nacionales (78%) y Vigitel (88%). Presentaron los resultados de Fukushi, una revisión de la literatura y un metaanálisis que concluyó que había un 69% de mujeres que hicieron el PAP. El país cuenta con parámetros técnicos y directrices nacionales para el rastreo de cáncer cervicouterino como guía para profesionales de salud. Se hizo una revisión del sistema de recopilación de datos en línea.

4. Discusión

Los países compartieron experiencias con diversos métodos de tratamiento. Bolivia tiene una experiencia basada en la capacitación con un equipo de Perú. Ellos tienen un problema con la distribución de CO₂. En Colombia están trabajando con una nueva forma de crioterapia y la termo-ablación junto con Cleveland, con un dispositivo portátil. La OMS va a publicar un estudio con datos sobre la eficacia de la termo-ablación. Se enfatizaron las diferencias entre las políticas de país sobre quién puede hacer el tamizaje y dar tratamiento. Hay falta de claridad sobre quién debe tratar el cáncer cervicouterino (ginecólogo vs. oncólogo). Dependiendo de la calidad de los sistemas de información, algunos participantes como Colombia no saben si las mujeres detectadas han tenido tamizaje previamente.

5. Programa ECHO- Melissa Lopez, MD Anderson Estados Unidos

El proyecto ECHO fue desarrollado en la Universidad de Nuevo México (UNM) en respuesta a una prevalencia alta de hepatitis C sin tratar (VHC) en el estado. Realizaron videoconferencias semanales con proveedores de atención primaria en 16 clínicas comunitarias y cinco prisiones en Nuevo México. Se presentaron casos de pacientes y un equipo multidisciplinario de la UNM brindó tutoría clínica, asesoramiento basado en la evidencia sobre el manejo de pacientes y sesiones de educación didáctica periódicas. El programa de tele mentoría o tele colaboración mejoró la satisfacción de pacientes y la confianza de doctores. El programa se ha expandido a más de 70 distintas áreas de enfoque.

El objetivo de ECHO es desmonopolizar el tratamiento. Tienen un programa en Río Grande en Texas, donde no hay un hospital público en la región para aumentar la capacidad de detección y tratamiento

para el cáncer cervicouterino. En la región de trabajo, las tasas de incidencia de cáncer cervical son 30% más altas que el resto de Texas. Crearon un programa comprensivo con estrategias basadas en la comunidad con los siguientes componentes: vacunación en escuelas, mejor acceso a tamizaje, mejor acceso a tratamientos seguros, y aumento en la capacidad local para diagnosticar y tratar. Un proyecto ECHO puede servir como una herramienta para superar barreras en la detección temprana del cáncer cervical y el tratamiento de la enfermedad pre invasiva.

6. La importancia de abordar el VPH entre las mujeres que viven con el VIH- Maeve de Mello, OPS

Maeve de Mello presentó sobre las importantes consideraciones a tomar para abordar la doble carga del VPH/VIH. El VIH/SIDA como inmunosupresor aumenta el riesgo de adquisición del VPH, la persistencia, el progreso y la recurrencia del tratamiento de lesiones precancerosas y la invasión del cáncer. Mujeres con VIH tienen prevalencia de VPH tres a cinco veces mayor que mujeres sin VIH. Más temprana sea la edad de detección del cáncer, más agresivo tendrá que ser el tratamiento. Esfuerzos internacionales han logrado reducir la mortalidad, pero la prevalencia sigue muy alta con 740.000 mujeres positivas de VIH.

El 68% de mujeres VIH+ tienen VPH, con un riesgo tres veces mayor de lesiones precancerosas. Los factores que predisponen mujeres a esta doble carga de enfermedad son: menores de 35 años, bajo nivel de escolaridad, consumo de alcohol, y más de tres parejas sexuales. Aún no existen muchos datos, la Plataforma de Monitoreo Global del Sida (GAM) tiene capacidad de recopilar esta información, pero solo tres países de LAC reportan el indicador. La OMS tiene recomendaciones específicas sobre el tamizaje para mujeres con VIH. La presentadora reportó que se pueden aprender varias lecciones con la respuesta al VIH, particularmente con el continuo de atención.

Los próximos pasos para la Región incluyen completar el mapeo regional de políticas VPH/VIH, apoyar la implementación y el monitoreo de estrategias mundiales, apoyo al trabajo inter programático, fortalecimiento de los sistemas de información y del trabajo con organizaciones de la sociedad civil.

7. Panel: Desafíos para alcanzar las metas establecidas para la eliminación

Como parte de la discusión, se invitó a Argentina, Honduras, y Paraguay a compartir sus experiencias y retos en términos de la vacuna contra el VPH y el tamizaje.

País	Experiencias con la vacuna y el tamizaje
Argentina	<p>Tienen una estrategia integral para la prevención primaria con la vacuna para niños y niñas en dos dosis con intervalo de seis meses. Cubren tamizaje nacional con once jurisdicciones que están tamizando con la prueba VPH, y quieren añadir más. Están tratando de mejorar el diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Ha habido muchos cambios en la vacuna y en las políticas en los últimos años. La cobertura no es muy alta, la última dosis no llega a más del 50%. Tienen estrategia mixta a veces, casa por casa. Hay fragmentación en el sistema de salud, tuvieron que generar consenso para implementar la estrategia. El marco legal era muy importante, tanto como el compromiso de todos los actores. Hay que comenzar con la implementación a pequeña escala, aprender e ir ampliando. Implementaron el auto toma para aumentar coberturas. Sigue el desafío de garantizar el seguimiento de todas las mujeres que tuvieron auto toma positiva. Pudieron elegir hospitales para hacer la centralización. Hay implementación de registros centralizados informáticos y pueden garantizar la adhesión al registro.</p> <p>Diseñar el material de comunicación y construir mensajes es clave para la vacuna y el tratamiento.</p>
Honduras	<p>Gavi apoyó la introducción de la vacuna en niñas en el 2016, con un precio diferenciado a través del Fondo Rotatorio por 10 años. Aumentó la cobertura de 10-15% desde el 2016. La estrategia principal es vacunar en centros de educación, establecimientos de salud y en la comunidad. Diseñaron e implementaron una campaña sostenida para trabajadores de salud y padres; también crearon alianzas con actores clave. Tuvieron desafíos con el abastecimiento oportuno, recursos humanos para la vacuna, la comunicación y recursos nacionales para completar el esquema de vacunación. Tienen preocupaciones con el aumento en precio. Hay que asegurar que la ley de vacunas se cumpla. Hay que manejar crisis sociales, emergencias, políticas, migraciones. Se necesita el trabajo Inter programático dentro de la planificación y ejecución.</p> <p>Se realiza citología y prueba de VPH en el primer nivel de atención. El uso de la crioterapia fue difícil debido a un desabastecimiento de CO₂. Hay necesidad de fortalecer la ruta de atención, el 10% de las pruebas se pierden. Se revisó el caso de 319 mujeres positivas, el 39% tenía lesiones, 64 tenían lesiones de alto grado. Hacen seguimiento anual. Pueden tratar a muchas mujeres en el primer nivel de atención. Están haciendo formaciones para colposcopias y estructurando bajo la unidad de cáncer. Tienen sistema de información de salud con seguimiento nominal y quieren mejorar la calidad de atención.</p>
Paraguay	<p>Introdujo la vacuna en el 2013. La cobertura ha bajado, especialmente la segunda dosis (63% primera, 50% segunda). Han tenido un rechazo y desconfianza en padres con temor a situaciones adversas. Tienen talleres con médicos y actividades de sensibilización. Han tenido reducción del 30% en el rechazo a la vacunación, y un aumento en vacunas. No han tenido falta de suministro.</p> <p>La citología tiene baja cobertura, solo 28%. Están capacitando al personal y tienen un nuevo centro de laboratorio. El seguimiento tiene muchos desafíos; tienen nueva incorporación de centros de referencia y descentralización del tratamiento. Tienen un proyecto piloto donde están obteniendo alta cobertura. Están fortaleciendo el sistema de información con desafíos de incorporación en todas las regiones. El tema tiene un fuerte apoyo político. Tienen el desafío de lograr una estrategia de monitoreo y un registro informático.</p>

8. Comentarios

Los países participantes compartieron sus retos y logros en la vacunación y el tamizaje/tratamiento. Hablaron de la importancia del seguimiento nominal y de sistemas de información que recopilan información de forma oportuna. También compartieron experiencias de rechazo en padres o centros religiosos o privados que necesitaron campañas de sensibilización. Exprimieron la necesidad de ser proactivos y de desarrollar planes de comunicación para situaciones de crisis.

Miércoles 16 de octubre. Día 2.

Sesión 3: Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino

Moderador: María Tereza da Costa

1. Orientación sobre la elaboración del Plan Nacional de Eliminación del Cáncer Cervicouterino- Silvana Luciani, OPS

Silvana Luciani hizo una revisión de la situación actual en los países, y de los planes nacionales existentes. Habló de la planificación de los objetivos, considerando el monitoreo y la evaluación y los sistemas de información. Presentó ejemplos de la matriz de trabajo, basada en los tres ejes.

2. Elaboración/fortalecimiento del Plan Nacional de Prevención y Control del cáncer cervicouterino - Trabajo en grupos

Cuatro grupos de trabajo se formaron durante esta sesión. Los países tuvieron que elaborar planes de fortalecimiento y recomendaciones para sus planes nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino.

3. Presentaciones de trabajo en grupos

Estas tablas resumen las presentaciones del trabajo en grupo. Aunque todas las presentaciones están resumidas, solo dos grupos hicieron presentaciones durante el taller.

Grupo 1: Argentina, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México	
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer gobernanza • Actualizar marco jurídico • Homologación de procesos • Integración del sistema • Capacitación del personal operativo para el sistema de información • Implementación • Monitoreo y calidad (como se está comportando el país) • Incentivos • Análisis de información
Cobertura de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> • Gobernanza • Convencimiento según el marco legal • Mejorar comunicación con adolescentes en temas de salud • Búsqueda de personas para aplicación de la segunda dosis y registro nominal • Monitoreo • Garantizar la compra de vacunas
Cobertura y tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Gobernanza • Fortalecimiento del marco jurídico • Garantizar provisión de insumos • Fortalecer estrategia de búsqueda activa • Fortalecimiento de gestores locales • Monitoreo y seguimiento

Grupo 2: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Panamá	
Sistemas de información	<p>Discutieron la importancia de tener un sistema de información nominal para el tamizaje, colposcopias, el diagnóstico de lesiones precancerosas y de cáncer cervicouterino</p> <p>Recomendaciones: Tener un sistema único de información nominal para evaluar todos los componentes en la cadena del proceso de atención al paciente. Se requiere un sistema interoperable con un solo número de cédula. Se necesitan sistemas electrónicos.</p>
Cobertura de vacunación	<p>El Salvador va a iniciar la vacunación de niñas en el 2020. Los otros países ya tienen vacunación, pero con bajas coberturas debido a rechazos de la vacuna y falta de confianza en los padres.</p> <p>Recomendaciones: Análisis periódico de la cobertura; integración de datos con otros sectores y estandarización del denominador.</p>
Cobertura y tamizaje	<p>Los países cuentan con información incompleta sobre el nivel de cobertura para el tamizaje.</p> <p>Recomendaciones: La inclusión de las encuestas de base poblacionales y estandarización de la población objetivo. Necesitan una revisión de las normativas de cada país. Para el tratamiento, cada país debe tener un protocolo de atención alineado con las recomendaciones de la OMS. Hay que tener bien definido el flujo de atención de la paciente, y unificar los registros hospitalarios.</p>

Grupo 3: Brasil, Cuba, Honduras, Venezuela	
Sistemas de información	<p>Establecieron metas para tener un sistema de información nominal implementado en línea y digital a nivel nacional para el 2021: 40%, 2026: 80%, 2030: 100%.</p> <p>Acciones: Establecer un marco legal de acuerdo con las leyes de cada país para tamizaje, tratamiento y vacunación; capacitación en todos los niveles; gestión de equipamiento, etc.; diseño del sistema de información con variables e indicadores estandarizados; propuesta regional para discusión del modelo.</p> <p>Sistema de información diferenciado para el registro de lesiones precancerosas y registros de cáncer, metas de implementación – 2021: 10%, 2026: 60%, 2030: 80%.</p> <p>Sistema nominal de vacunación contra el VPH, registro nominal.</p>
Cobertura de vacunación	<p>Aumentar y poner metas para la segunda dosis.</p> <p>Acciones: Integración de acciones de tamizaje y vacunación; campaña de comunicación; gestión de recursos humanos; sensibilización de profesionales de salud; plan de crisis; fortalecimiento del marco legal; vacunación en las escuelas.</p>
Cobertura y tamizaje	<p>Cada país tiene un tamizaje y tratamiento diferente. Necesitan análisis de costos e implementación de la prueba VPH y basado en la factibilidad de cada país y definir metas para el 2026 y el 2030.</p> <p>Acciones: revisión de protocolos y normas para incorporar la prueba de VPH; análisis económico de la implementación de la prueba VPH; desarrollo de un sistema de seguimiento del tamizaje; mantenimiento de la citología en grupos no priorizados; mejorar la referencia en la red de servicios; formación de patólogos.</p> <p>Aumentar cobertura y cuidados paliativos; variabilidad por país</p> <p>Meta: se necesita línea de base.</p> <p>Acciones: levantar datos para línea de base; gestión de equipamiento; capacitar recursos humanos; marco legal; disponibilidad de medicamentos.</p>

Grupo 4: Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana	
Vacunación	<ul style="list-style-type: none"> Tres de los cuatro países tienen vacunación VPH; un país no, principalmente por la sostenibilidad (NIC). Introducciones hace 2 a 6 años. Coberturas entre 59 y 90% a la segunda dosis. Mecanismos de medir el indicador (cobertura) es variable (denominador). Edades para vacunarse adecuadas que varían (9-14 años; 9-10 años; 9-13 años). Cómo se llega a ellas: l. educativas, casa por casa, centro de salud (vacunatorios). Abastecimiento de vacuna adecuado. Registros nominales. Mecanismos comunicacionales: asociaciones con Ministerios de Educación, sociedad civil, academia, medios de comunicación; cartas a padres de familia por ministra. Existe consentimiento informado para vacunarse. <p>Desafíos: Extensión de horarios de atención de vacunación en centros. Falta de recursos humanos para vacunación. Agendar la vacunación según calendario escolar.</p>
Tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> Coberturas: poca claridad del valor. Variabilidad de cómo se mide el indicador; y distintos mecanismos de recoger información. Edades: 25 a 59 años / 25-49 años/ 15-99 años. Qué tamizaje utilizan: solo PAP; PAP e IVVA, inicio de inclusión de Pruebas moleculares de VPH. El tamizaje lo hacen desde médicos, enfermeros, obstetras. Seguimiento de mujeres con pruebas positivas es bajo. Existen registros de citología. Protocolos: existen; están en proceso de revisiones de protocolos. No hay pruebas de tamizaje para mujeres VIH. <p>Desafíos: Mejorar el sistema de registro de información y monitoreo. Mejorar los indicadores y forma de medirlos; introducción de nuevas pruebas de tamizaje; Mejorar las estrategias comunicacionales</p>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Coberturas: poca claridad del valor. Variabilidad de cómo se mide el indicador; y distintos mecanismos de recoger información. Edades: 25 a 59 años / 25-49 años/ 15-99 años. Qué tamizaje utilizan: solo PAP; PAP e IVVA, inicio de inclusión de Pruebas moleculares de VPH. El tamizaje lo hacen médicos, enfermeros, obstetras. Seguimiento de mujeres con pruebas positivas es bajo. Existen registros de citología. Protocolos: Existen; están en proceso de revisiones de protocolos. No hay pruebas de tamizaje para mujeres VIH. <p>Desafíos: Mejorar el sistema de registro de información y monitoreo. Mejorar los indicadores y forma de medirlos; introducción de nuevas pruebas de tamizaje. Mejorar las estrategias comunicacionales.</p>

Sesión 4: Cobertura con la vacuna contra el VPH

Moderador: Martha Velandia

1. Análisis global de las coberturas de vacunación contra el VPH- Paul Bloem, OMS

Paul Bloem hizo una revisión de indicadores dentro del contexto de salud global, repasando estrategias globales relevantes. Existen variaciones en como medir la cobertura de la vacuna contra el VPH en comparación con otras vacunas. Países introdujeron la vacuna a edades diferentes, algunos tuvieron que hacer un catch up o ahora tienen cohortes múltiples. Este esquema es un desafío en la creación de un indicador universal. En el año 2019 pudieron definir un denominador, como la medición de la cobertura a los 15 años. Explicó los retos que tuvieron en la definición del denominador y la necesidad de hacer ajustes a estimaciones en países para tener una tasa de cobertura realística. Demostró la manera de calcular con los datos de población de Botsuana en el 2018 y el número de vacunados con dos dosis en los cinco años anteriores. Hay preocupaciones con que las coberturas sean una reflexión del desempeño hasta hace 5 años. Sincronizaron la línea de tiempo con WUENIC (WHO/UNICEF *Estimates of National Immunization Coverage*).

La mejor estrategia para obtener coberturas altas es vacunar en las escuelas.

Los mensajes clave son: 1) Recopilar datos por edad y dosis; 2) La consistencia y calidad de los datos del JRF 3) Los datos de VPH serán actualizados e implementados según la retroalimentación de los países 4) El uso y análisis de datos de cobertura para mejorar el desempeño del programa.

2. Lineamientos para el cálculo de coberturas de vacunación contra el VPH- Martha Velandia OPS

Martha Velandia presentó los principales puntos del documento elaborado por OPS *“Metodología para calcular la cobertura de la vacuna contra el VPH en la Región de las Américas”*. El objetivo de este documento es establecer una metodología estándar para calcular la cobertura y así mejorar el progreso en vacunación y poder hacer comparaciones entre países. El documento está disponible en español, inglés y portugués. Se utiliza como marco de referencia el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, indicador 3.b.1: proporción de la población objeto que está con todas las vacunas incluidas en los esquemas nacionales. En este caso, la última dosis de la vacuna contra el VPH es ejemplo de una vacunación en el ciclo de vida. Según el Plan de Acción Mundial Sobre Vacunas 2011-2020, otro marco de referencia, se espera alcanzar una cobertura nacional del 90% y 80% en cada municipio o unidad administrativa equivalente. Martha presentó datos regionales y los retos identificados, como la diferencia en el denominador utilizado, el uso de varias cohortes, la consideración de la desescolarización y la falta de datos, cuyos causan dificultades para estimar la cobertura. Otros retos son la variación entre esquemas (dos vs. tres dosis), diferenciación entre mujeres y hombres, y las estrategias para hacer seguimiento. Son puntos clave en la medición de la cobertura:

- Fechas de vacunación
- Edad en años
- Dosis administrada

- Sexo
- Mes y año que empezaron la vacunación
- Población objetivo

Martha subrayó énfasis en los diferentes indicadores a ser calculados: acceso, cobertura anual, seguimiento de cohortes, y cobertura a los 15 años. Completó su presentación con varios ejemplos de cómo hacer esos cálculos.

Como consideraciones finales, resaltó la importancia de medir la cobertura y el cumplimiento de la meta, la calidad de datos y de fortalecer los sistemas de información.

3. Trabajo en equipos de cada país: cálculos de cobertura y análisis de la plantilla de la OMS

4. Discusión

Después de la sesión de trabajo en grupo, cada país presentó resultados de la revisión del cálculo de cobertura. La mayoría de los países expresaron haber identificado inconsistencias en sus nuevos cálculos de cobertura. Todavía había un poco de confusión sobre como trabajar la definición del denominador. Esto es particularmente complicado con la utilización de cohortes. Se comprometieron a revisar los datos y someterlos de nuevo.

Jueves 17 de octubre. Día 3.

Sesión 5: Impacto de la vacuna contra el VPH

Moderador: Paul Bloem

1. Impacto de los eventos sociogénicos en la vacunación contra el VPH. María Tereza da Costa, OPS.

María Tereza Da Costa hizo una presentación sobre los ESAVI que se han descrito atribuidos a la vacuna contra el VPH. Entre los eventos locales relacionados con la vacuna, reacciones en el sitio de inyección consistieron en dolor (84% de los casos), seguido por hinchazón y eritema (25%). Se ha informado dolor intenso que dificulta el movimiento del brazo en el 6% de los casos. Los eventos sistémicos más frecuentes relacionados con la vacuna son dolor de cabeza (33%) y fiebre (10%). También se han descrito mareos, mialgias, artralgias y molestias gastrointestinales. El riesgo de reacción anafiláctica es similar a otras vacunas (1.7 casos por un millón de dosis) y contraindica la segunda dosis.

El síncope es considerado como una reacción común relacionada con ansiedad o estrés ante una inyección. Se ha descrito como un evento relacionado no solo con la vacuna contra el VPH, sino también con el uso de inyectables en general, incluida la toma de muestras de sangre. Factores de riesgo para episodios de síncope son: ayuno, baja ingesta de líquidos, ambientes calurosos y ortostatismo prolongado.

Mitos sobre la vacuna contra el VPH incluyen que la vacuna estimula actividad sexual precoz, causa infertilidad o serios problemas de salud. Se presentó la evidencia científica amplia que existe en contra de estos mitos. Los rumores que cuestionan su seguridad han sido sistemáticos con un impacto negativo en

las coberturas, llevando hasta a su retirada de programas nacionales de inmunización. El conocimiento de profesionales de salud sobre la seguridad de las vacunas contra el VPH es fundamental. Los padres buscan información con profesionales de salud, quienes deben estar preparados para informar sobre los riesgos de la enfermedad y los beneficios de la vacuna.

Finalmente, presentó el tema de eventos sociogénicos colectivos caracterizados por la presentación masiva de síntomas sugestivos de una enfermedad orgánica, pero sin un origen identificable. Dio los ejemplos de la Ciudad Carmen de Bolívar en Colombia y casos en Chile y Brasil. Este tipo de evento se ha informado no solo en término de las vacunas, sino también con otros eventos que conducen a la percepción de una amenaza o vulnerabilidad, como un desastre, una epidemia o la mordedura de un animal venenoso. Para manejar estas crisis, los países deben tener planes de acción para respuesta a crisis. Es fundamental darles a los pacientes atención médica. Pasos inmediatos que tomar para responder a un evento son: 1) reunir el equipo de trabajo; 2) comprender el problema; 3) contactar tomadores de decisión claves; 4) divulgación externa. Cuanto más rápida la respuesta, menos se daña la credibilidad de la vacuna.

2. Resultados de los casos de eventos adversos asociados a la vacuna contra el VPH en Acre, Brasil- Renato Luiz Marchetti, Universidad de São Paulo, Ana Goretti Kalume Maranhão, Ministerio de Salud en Brasil

Dos representantes de Brasil presentaron los resultados de casos de eventos adversos que la población han asociado con la vacuna contra el VPH. Eventos adversos causaron miedo y desconfianza en la vacuna cuando dos niñas tuvieron parálisis. Hablaron del sistema de alerta y de la importancia de tener una respuesta rápida. También resaltaron la importancia del uso de los medios, debido a la rapidez con la cual se propagaron los rumores.

El Dr. Renato presentó los resultados de un estudio de neuropsiquiatría en adolescentes del estado de Acre en Brasil. Un grupo de médicos evaluó los casos enviados, había 72 notificaciones de ESAVI, 16 graves, las otras no. Doce pacientes fueron enviados al hospital de la Universidad de São Paulo para estudios, que duraron dos semanas. Después de todas las pruebas y evaluación de video electroencefalograma (VEEG) continuo, encontraron que, en la mayoría de los casos, los pacientes tenían crisis no epiléptica psicogénica (CNEP), o sea convulsiones con ausencia de descarga epiléptica. Los costos para esta investigación fueron muy altos. Los factores de riesgo para CNEP son: exposición a imágenes de otros que tuvieron reacciones adversas, redes sociales; la mayoría venían de familias disfuncionales o habían sufrido abuso significativo. Solo dos casos tuvieron una crisis epiléptica, un hermano y una hermana. Otros de sus parientes habían sido diagnosticados con epilepsia (los síntomas empiezan a la misma edad de la vacuna). Como conclusión del estudio, las reacciones han sido clasificadas como conectadas a una enfermedad post vacunal psicogénica. No hay reacción causal biológica con la vacuna contra el VPH.

3. Discusión

Los participantes tuvieron varias preguntas sobre como comunicarse con actores clave y como comunicar la falta de relación causal entre eventos adversos y la vacuna contra el VPH a los padres y la población en general. Los laboratorios productores de la vacuna están pendientes de eventos adversos reportados. Una pregunta fue respecto a las contraindicaciones a la vacuna contra el VPH. La respuesta fue con un embarazo y un episodio de anafilaxis en una dosis, se contraindica la dosis subsiguiente.

4. Introducción conceptual sobre las medidas de efecto en las vacunas- Lúcia de Oliveira, OPS

Lucia de Oliveira dio una presentación repasando las definiciones de eficacia, efectividad e impacto. Estos tres términos están regularmente utilizados de manera incorrecta durante estudios científicos. Las tres definiciones presentadas son:

Eficacia: La eficacia de la vacuna se define comúnmente como el efecto directo de una vacuna medida en ensayos clínicos aleatorios previos a la licencia, donde la vacunación se asigna en condiciones óptimas.

Efectividad: La efectividad de la vacuna (directa) se estima comparando individuos vacunados y no vacunados expuestos al mismo programa de inmunización. La mayoría de las fuentes definen a la efectividad de la vacuna como una medida de protección atribuible a una vacuna administrada en condiciones de campo a una población dada. Se mide a través de estudios observacionales posteriores a la licencia.

Impacto: El impacto de un programa de inmunización, definido aquí como la fracción de la población protegida cuando expuesta al programa, se mide comparando poblaciones con y sin un programa de inmunización, más comúnmente la misma población antes y después de la vacunación. Estos diseños se basan en una serie de supuestos para la inferencia válida. En particular, suponen que los vacunados y no vacunados no difieren en términos de susceptibilidad y exposición a la enfermedad o en la determinación de la vacunación y el estado de la enfermedad.

En su presentación, enfatizó que la efectividad suele ser más baja que la eficacia, ya que esta es aplicada en un ambiente donde no se pueden controlar todas las variables. Aunque los diseños de observación son propensos a sesgos, siguen siendo los métodos más viables y aceptables para cuantificar los efectos relacionados con la vacuna. Los estudios de observación son los únicos diseños capaces de detectar cambios a largo plazo en la población en general, como el reemplazo de la enfermedad inducida por la vacuna y la inmunidad del rebaño. Al informar sobre estudios de vacunas posteriores a la licencia, los investigadores deben especificar qué efectos miden, en qué población y abordar sistemáticamente los posibles sesgos y factores de confusión.

5. Resumen de la evidencia global sobre el impacto de las vacunas contra el VPH- Laia Bruni, ICO

Laia Bruni hizo una presentación que muestra los resultados de los análisis realizados por el Instituto Catalán de Oncología, resumiendo la evidencia global sobre el impacto de la vacuna contra el VPH, particularmente para la reducción de casos identificados con verrugas. La cronología de la evaluación de impacto tiene el orden siguiente:

1. Valoración a corto plazo
 - Prevalencia de infección VPH
 - Verrugas genitales
2. Valoración a medio plazo
 - Lesiones precancerosas cervicales
3. Valoración a largo plazo
 - Cáncer cervicouterino y otros cánceres asociados con el VPH

El análisis fue hecho en países de altos ingresos. Se presentaron ejemplos de Australia, Países Bajos, y Dinamarca. La valoración y medición de impacto fue estimada a corto, medio y largo plazo, comparando poblaciones vacunadas y no vacunadas. Las vacunas contra el VPH han demostrado un elevado impacto poblacional en la reducción de la prevalencia de infección por los VPH incluidos en las vacunas, de verrugas anogenitales, y de lesiones precancerosas cervicales, que supera incluso las expectativas iniciales. Se ha demostrado además una protección de grupo en hombres heterosexuales no vacunados y en mujeres de mayor edad no elegibles para el programa de inmunización.

Los resultados también revelaron un efecto de protección cruzada. A veces las vacunas protegen más allá de los genotipos prescritos en la vacuna. Hay instantes en los cuales se han usado los otros tipos como control para ver si hay cambios en la prevalencia.

No hay mucha evidencia todavía para el cáncer invasor (no ha pasado bastante tiempo desde el inicio de la vacuna), pero los resultados preliminares son bastante positivos.

6. Propuesta de la OPS para evaluar el impacto de la vacuna contra el VPH en Latinoamérica y el Caribe- Nathalie El Omeiri, OPS

Nathalie El Omeiri presentó la propuesta de la OPS para la evaluar el impacto de la vacuna contra el VPH. En respuesta a la solicitud de países de América Latina y el Caribe, expresada durante la reunión regional de lecciones aprendidas en la introducción de la vacuna contra el VPH, que se hizo en Guatemala en el 2017, la OPS ha colaborado con expertos multidisciplinarios para desarrollar un documento de orientación conceptual y metodológica sobre la medición del impacto de la vacuna contra el VPH en los países de América Latina y el Caribe. El documento pretende dar un amplio panorama de los diseños utilizados y posibles para evaluar el impacto de la vacunación contra el VPH, priorizando los desenlaces por relevancia para los programas de inmunización y proponiendo diseños de estudios para cada desenlace bajo consideración. La factibilidad del uso de cada abordaje dependerá de los objetivos del

programa de inmunización contra el VPH y de la evaluación en el país, así como de los recursos, datos y tiempos disponibles.

Como un próximo paso, la OPS estará organizando una reunión de expertos pioneros en las evaluaciones del impacto de la vacuna contra el VPH para validar dicho documento.

7. Discusión

Durante la discusión, se enfatizó que los países necesitaban realizar estudios de impacto de la vacuna contra el VPH para promover los beneficios de la vacunación. Los estudios de impacto dependen de los sistemas e información existentes, requieren fortalecimiento de los laboratorios y pueden ser muy costosos si se requiere una inversión técnica y financiera importante para poder generar hallazgos de calidad. La prioridad del programa de inmunización debe ser alcanzar altas coberturas. También se resaltó la importancia de recopilar información de manera sistemática y vincular diferentes bases de datos. Unificar esfuerzos con otros grupos de salud podría ayudar a cerrar las brechas en la información y evitar la duplicación de esfuerzos.

Se reiteró que la recomendación internacional en el contexto actual es de priorizar la vacunación de las niñas, principalmente en un contexto de escasez de vacunas.

Adicionalmente, las recientes crisis de comunicación en la Región asociadas al uso de las vacunas contra el VPH han puesto de relieve que confianza en las vacunas puede ser frágil y que recuperarla puede ser un proceso difícil y prolongado. De igual modo, y en el nivel mundial, la creciente preocupación con relación a la renuencia a la vacunación impulsó al SAGE a recomendar en el 2017 que todos los países generen evidencia sobre el comportamiento frente a la vacunación, de los trabajadores de salud y de la población. Estudiar la aceptación y la demanda requerirá involucrar a expertos en ciencias sociales y comportamentales, ampliando el conjunto de habilidades tradicionales de los gerentes y el personal de los programas de inmunización. En cuanto a la comunicación, es importante contar con un plan de comunicación integrado y continuo, y elaborar mensajes en función de cada público y que incluya la respuesta a las crisis. Los países deben fortalecer su preparación y respuesta a las crisis de comunicación en materia de vacunas que pueden erosionar la confianza en las vacunas y en las autoridades de salud encargadas de proporcionarlas.

Resumen y cierre

El resumen y cierre del taller fue hecho por Lucia de Oliveira, Silvana Luciani y Paul Bloem.

1. Resumen

- Para cumplir con las metas internacionales de reducir la carga de mortalidad por el cáncer cervicouterino y la prevalencia mundial del VPH, hay muchos actores que tienen que estar involucrados. Estos actores especialmente deben venir de las áreas de cáncer e inmunizaciones y salud sexual y reproductiva.

- La Región de las Américas tuvo muchos avances, pero todavía tiene mucho camino para mejorar. Esto va a necesitar un fuerte nivel de gobernanza y compromiso en los países. Para poder medir los avances, tendrán que desarrollar y fortalecer sistemas de información de alta calidad y completitud.
- Aunque en el futuro habrá la posibilidad de ser suficiente aplicar una dosis de la vacuna contra el VPH, por ahora los países tienen que enfocarse en mejorar la cobertura de la segunda dosis.
- Es posible que en los próximos años haya nuevos productores de la vacuna.
- Las lecciones aprendidas en la Región con relación a los ESAVI han mostrado que hay que ser proactivos para prevenir o responder rápidamente a futuras crisis que puedan influir negativamente en la cobertura de la vacuna y para esto es fundamental un plan de crisis que esté listo para ser implementado cuando sea necesario.
- Las recomendaciones del GTA y SAGE basadas en la evidencia dicen que la estrategia más eficiente para alcanzar altas coberturas es la implementación de la vacunación en las escuelas. En caso de escasez de la vacuna en países, el enfoque debe ser en la vacunación de niñas y, por el momento, no tener vacunación de múltiples cohortes.

2. Sigüientes pasos

Con los avances hechos en la Región de las Américas, se espera que sea la primera a eliminar el cáncer cervicouterino. Esperan que en la próxima reunión podrán compartir nuevas experiencias, particularmente con países que están empezando la introducción de la vacuna. La OPS va a organizar grupos de trabajo para apoyar en la elaboración de planes nacionales de eliminación. Facilitarán la discusión entre países para compartir experiencias. Parte de los compromisos es documentar las experiencias de los países sobre el manejo de crisis, para ayudar a otros países globalmente. La OPS reitera que está a la disposición de los países con cooperación técnica para apoyar en lograr cumplir con metas.