

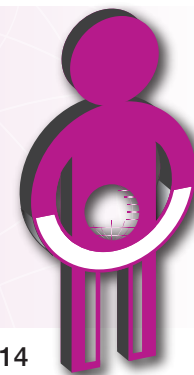
Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXVI Número 6

Proteja a su familia vacunándola

Diciembre del 2014



30.ª reunión de gerentes de los Programas Ampliados de Inmunización del Caribe

58 participantes de 29 países del Caribe de habla francesa, holandesa e inglesa y miembros de la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPhA), del Organismo de Salud Pública del Caribe y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reunieron en Philipsburg, San Martín, del 19 al 21 de noviembre del 2014 con motivo de la 30.ª Reunión de Gerentes de los Programas Ampliados de Inmunización del Caribe.

El objetivo de la reunión era analizar los logros del 2014 y planificar actividades para el 2015, así como intercambiar experiencias entre los países en torno al programa de inmunización, con atención especial para la ejecución del Plan de Acción para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en la Región de las Américas y la introducción de la vacuna antipoliomielítica inactivada en el esquema vacunal rutinario de todos los países hasta finales del 2015, según prevé el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final.

La reunión también preveía sesiones técnicas de actualización sobre enfermedades inmunoprevenibles y las áreas programáticas relacionadas con la inmunización, a cargo de los asesores del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS (PAI) y otros expertos. También buscaba el intercambio de experiencias entre los países en los ámbitos de la vigilancia, la investigación, la introducción de la vacuna, las investigaciones sobre eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o a la inmunización (ESAVI), la gestión de la cadena de frío, etc. Además, los gerentes del PAI se reunieron en grupos para facilitar las discusiones sobre los logros de sus Planes de Acción para el 2014 y para finalizar los planes para el 2015 aprovechando las contribuciones de otros compañeros.



Participantes de la 30.ª Reunión de Gerentes del PAI del Caribe, 19-21 de noviembre del 2014. Foto: Dr. Papa Coumba Faye, OPS-Haití.

Los países han seguido mejorando sus coberturas en relación al PAI, llegando a un promedio del 94% en 2013 para todos los antígenos informados (BCG, DTP, poliomielitis, HiB, HepB y SRP1). La cobertura de la SRP2 fue del 84%. También se ha reforzado la vigilancia del sarampión y la rubéola, con cifras superiores al 80% para todos los indicadores de fiebre y exantemas, con excepción del indicador de remisión oportuna de las muestras al laboratorio de referencia. Sin embargo, la vigilancia poliomielítica (PFA) debe ser mejorada.

En la reunión se emitieron las siguientes recomendaciones:

- Que los países sigan trabajando para lograr una cobertura del 95% o superior para todas las vacunas administradas en todos los niveles.
- Que los países apoyen la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC), velando por una cobertura de vacunación superior al 95% y una vigilancia de alta calidad.
- Que los países aumenten sus esfuerzos para introducir las vacunas más recientes y subutilizadas.
- Que los países administren la segunda dosis de la SRP2 durante el segundo año de vida. ■

En esta edición

- 1 30.ª reunión de gerentes de los Programas Ampliados de Inmunización del Caribe
- 1 Encuesta de Demografía y Salud de Honduras 2011-2012: análisis sobre la oportunidad en el cumplimiento del calendario vacunal y la coadministración de las vacunas
- 4 Vacunación contra el cólera en dos zonas de Haití, 2013

- 5 La vacuna contra el VPH en Chile y Ecuador
- 5 Guía práctica para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV)
- 6 Taller para analizar la cobertura de vacunación en las Américas
- 6 Se celebra en México la reunión regional sobre la poliomielitis
- 7 Principios para el almacenamiento de la IPV
- 8 Dr. Cuauhtémoc Ruiz-Matus de la OPS es otorgado con premio por sus logros en la salud

Encuesta de Demografía y Salud de Honduras 2011-2012: análisis sobre la oportunidad en el cumplimiento del calendario vacunal y la coadministración de las vacunas

Introducción

Pese a que muchos países de las Américas ya gozan de una cobertura vacunal satisfactoria, cada vez se presta más atención a la oportunidad en el cumplimiento de los calendarios de vacunación, puesto que éste no sólo acorta el tiempo de desprotección ante las enfermedades prevenibles mediante vacunación, sino que además potencia la efectividad de las vacunas, reduciendo incluso el riesgo de convulsiones febriles que conllevarían algunas. Por otro lado, la oportunidad reviste especial importancia en el caso de las vacunas que se administran dentro de franjas de edad muy concretas, como la antirrotavírica.

El calendario vacunal recomendado en Honduras es el siguiente:

Vacuna	Edad recomendada
Antituberculosa (bacilo de Calmette y Guérin o vacuna BCG) Hepatitis B	Nacimiento
Pentavalente (difteria, tétanos, tos ferina [DTP], hepatitis B, <i>Haemophilus influenzae</i> de tipo b)	2, 4 y 6 meses
Antipoliomielítica oral	2, 4, 6 y 18 meses
Antirrotavírica (RV)	2 y 4 meses
Antineumocócica conjugada (PCV por sus siglas en inglés)	2, 4 y 6 meses
Triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis [SRP])	12 meses

La vacuna antirrotavírica (RV) y la antineumocócica (PCV por sus siglas en inglés) y se introdujeron al calendario vacunal en el 2009 y el 2011, respectivamente.

Ver HONDURAS página 8

HONDURAS cont. página 1

Para el 2013, la cobertura notificada nacional de Honduras con la vacuna BCG era 87%, de la tercera dosis de la pentavalente 87% y de la SRP1 89%. Sin embargo, hay evidencia que sugiere que la cobertura podría ser más alta y que los datos de cobertura pueden verse afectados por un denominador impreciso. Las encuestas nacionales de demografía y salud (ENDESA) más recientes realizadas en Honduras reportaron que el 99,1%, 95,2% y el 87,7% de niños entre 12-23 meses habían recibido las vacunas BCG, la tercera dosis de la pentavalente y SRP1, respectivamente.

En el presente informe se usaron los datos de la última encuesta nacional de demografía y salud (DHS) realizadas en Honduras en 2011-2012 para analizar la oportunidad en el cumplimiento del calendario vacunal y las tendencias a coadministrar ciertas vacunas. Destacamos la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrollada con el apoyo de la División de Inmunización Global de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (GID-CDC), para apoyar las análisis de oportunidad en el cumplimiento del calendario vacunal y de simultaneidad y coadministración usando datos de encuestas, y las definiciones propuestas por la OPS para la oportunidad en el cumplimiento del calendario

vacunal: “Antes de plazo”, “Oportunidad,” “Retraso” y “Después de plazo.”

Métodos

La encuesta del 2011-2012 incluía los datos de vacunación de la población infantil que en ese momento tenía menos de cinco años. En el análisis sólo se incluyeron a los niños de quienes se presentó el carnet de vacunación (es decir, cuyas fechas de vacunación pudieron ser constatadas). De los 10.592 menores de los que se recogieron datos, se incluyó en el análisis a 9.270 (el 87,5%) que disponían de carnet de vacunación. Los análisis se realizaron teniendo en cuenta el diseño de la ENDESA.

Las definiciones de oportunidad corresponden a lo acordado entre la Secretaría de Salud hondureña y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (cuadro 1); resumidamente:

Las dosis “antes de plazo” son las administradas antes del período recomendado. En el caso de la segunda o la tercera dosis de una serie, podría significar que se administra la dosis a una edad más temprana de la recomendada (por ejemplo, la segunda pentavalente antes de los 120 días) o con un intervalo más breve que el indicado (por ejemplo, antes de que pasen 28 días de la dosis anterior, también en el caso de la segunda pentavalente). Las dosis administradas antes de plazo pueden considerarse válidas o inválidas, según la vacuna.

Se entiende por “oportunidad” la administración de la dosis correspondiente dentro del período recomendado. Para la segunda o tercera dosis de una serie, la definición de oportunidad puede corresponder tanto a un franja etaria (por ejemplo, 120 a 150 días de vida para la segunda dosis de la pentavalente) como a un intervalo contado desde la dosis anterior (por ejemplo, 28 a 58 días después de la dosis anterior, en el caso de la segunda y la tercera dosis de la pentavalente). Todas las dosis oportunas se consideran válidas.

Se entiende por “retraso” la administración después del período recomendado. En el caso de la segunda o tercera dosis de una serie, podría significar que se administra más allá de la franja recomendada (por ejemplo, la segunda dosis de la pentavalente a los 151 a 365 días de vida) o del intervalo indicado (por ejemplo, más de 59 días después de la primera dosis de la pentavalente). Todas las dosis retrasadas se consideran válidas.

Las dosis “después de plazo” son las administradas más allá del período de “retraso”. Pueden considerarse válidas o inválidas, según la vacuna, pero no entran en el cálculo de la cobertura vacunal general de los lactantes menores de 12 meses ni en la cobertura de la SRP en los menores de 24 meses.

Los análisis se han realizado con SAS v. 9.3 (regresión y descriptivos) y R v. 3.0.2 (curvas de supervivencia).

Cuadro 1: Definiciones de oportunidad empleadas para analizar la ENDESA hondureña de 2011-2012
GRIS: Dosis inválidas (antes o después de plazo)

Vacuna	Edad recomendada	Antes de plazo (respecto a la dosis anterior)	Antes de plazo (franja etaria)	Oportuna (dentro de plazo)	Retraso (franja etaria)	Retraso (respecto a la dosis anterior)	Después de plazo
1ª pentav.	2 meses	--	<60 días de vida (inválida)	60 a 90 días de vida	91 a 364 días de vida	--	>1 año de vida (365 días)
2ª pentav.	4 meses	<28 días después de la dosis anterior (inválida)	<120 días de vida	120 a 150 días de vida y 28-58 días después de la dosis anterior	151 a 365 días de vida	>59 días después de la dosis anterior	>1 año de vida (365 días)
3ª pentav.	6 meses	<28 días después de la dosis anterior (inválida)	<180 días de vida	180 a 210 días de vida y 28-58 días después de la dosis anterior	211 a 365 días de vida	>59 días después de la dosis anterior	>1 año de vida (365 días)
1ª rotav.	2 meses	--	<60 días de vida (inválida)	60 a 90 días de vida	91 a 105 días de vida	--	>105 días de vida (inválida)
2ª rotav.	4 meses	<28 días después de la dosis anterior (inválida)	<120 días de vida	120 a 150 días de vida y 28 a 58 días después de la dosis anterior	151 a 240 días de vida	>59 días después de la dosis anterior	>240 días de vida (inválida)
Triple vírica	12 meses	--	< 365 días de vida (inválida)	365 a 395 días de vida	396 a 730 días de vida	--	>2 años (730 días)

Resultados**Disponibilidad del carnet de vacunación**

En los niños incluidos en la encuesta, la disponibilidad del carnet de vacunación varía según el año de nacimiento: el 93,2% de los nacidos en el 2011 contaban con él, a diferencia del 83,7% de los nacidos en el 2007.

Edad promedio de administración de las vacunas

En los niños con carnet de vacunación, el promedio de edad en el momento de recibir las vacunas, en todos los años estudiados en la encuesta del 2011-2012, queda dentro de los márgenes recomendados (cuadro 2).

Cuadro 2: Promedio de edad (días) en el momento de la vacunación, por año de nacimiento, entre los niños con carnet de vacunación* (ENDESA 2011-2012)

Vacuna	Calendario recomendado	2007	2008	2009	2010	2011	valor P de tendencia
1ª pentav.	60 a 90 días de vida	72,6	72,9	71,2	67,9	64,3	0,02*
2ª pentav.	120 a 150 días de vida y 28 a 58 días después de la dosis anterior	144	144	141,8	137,7	134,5	0,01*
3ª pentav.	180 a 210 días de vida y 28 a 58 días después de la dosis anterior	221,7	221,3	214,8	206,9	200,4	0,01*
1ª rotav.	>60 días de vida			70,6	69,6	67,8	0,10
2ª rotav.	120 a 150 días de vida y 28 a 58 días después de dosis anterior			139,5	138,4	134,3	0,20

Notas: El asterisco indica que la tendencia es significativa. Estas cifras sólo incluyen a los niños con carnet de vacunación disponible en el momento de la encuesta.

Oportunidad en el cumplimiento del calendario vacunal

En general, las dosis de la vacuna pentavalente se administraron oportunamente o con muy poco retraso; las dosis administradas después de plazo fueron muy pocas. Casi todas las dosis administradas fueron válidas.

En el 2011, el 86% de las primeras dosis de la pentavalente se administraron oportunamente (entre los 60 y 90 días de vida), mientras que el 7% se administraron antes de los 60 días. El 86% de

las segundas y terceras dosis de la pentavalente se administraron con retraso, atendiendo bien a la edad o al intervalo con la dosis anterior. Muy pocas dosis se administraron después de plazo (figuras 1A-1B). En el 2011, se administraron oportunamente el 86% de las dosis de la vacuna SRP, mientras que hubo retraso en el 8%.

Todos los niños en la encuesta fueron incluidos en los cálculos de oportunidad en el cumplimiento del

calendario vacunal, de modo que cabe suponer que los de franjas posteriores (menos edad) han tenido menos tiempo para vacunarse que los de las anteriores (más edad). Además, los niños de las franjas de edad anteriores (más edad) han tenido más tiempo para vacunarse fuera de plazo que los de franjas posteriores (menos edad), potencialmente contribuyendo a incrementos en promedios entre cohortes mayores.

Figura 1A: Oportunidad de la primera dosis de la pentavalente, por año de nacimiento (Honduras, 2007-2011)*

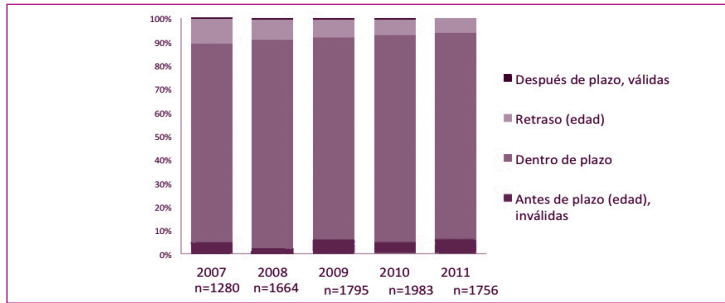
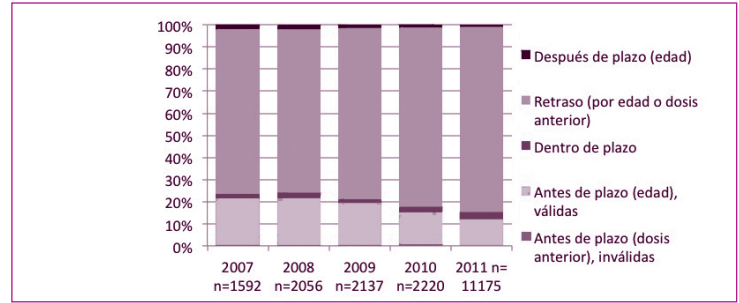


Figura 1B: Oportunidad de la 3ª dosis de la pentavalente, por año de nacimiento (Honduras, 2007-2011)*



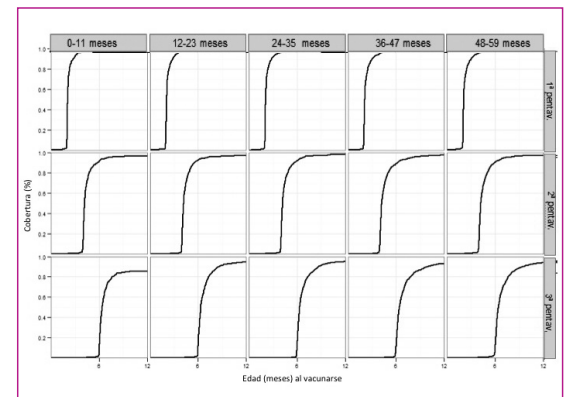
*Nota: Dentro de cada barra aparecen representadas las dosis de forma cronológica, con las primeras en la parte inferior y las posteriores en la parte superior. Se aprecia una mayor proporción de retrasos en la segunda y la tercera pentavalente, pero no es más que un reflejo de la rigidez de las definiciones de oportunidad, ya que las dosis administradas antes de plazo no se tienen en cuenta para determinar la oportunidad de las dosis posteriores; así, si la primera pentavalente se administra después de plazo, con toda probabilidad ocurrirá lo mismo con la segunda y la tercera dosis, aunque de hecho estén dentro del intervalo indicado en relación con la dosis anterior

En el 2011, se administraron oportunas el 87% de las primeras dosis de la vacuna antirrotavírica, pero el 6,5% se pusieron antes de plazo y el 3,1%, tarde. Respecto a la segunda dosis, la mayoría (el 92%) se administraron con retraso, pero casi todas (>99%) fueron válidas.

En la figura 2 se ilustran las curvas de vacunación con la primera, segunda y tercera dosis de la pentavalente. La proporción vacunada de la cohorte de edad aparece en el eje y. Las curvas representan la tasa de vacunación de cada cohorte: cuanto más pronunciadas son, mayor velocidad indican en el proceso de vacunación. En términos generales, la mayoría de los niños de cada cohorte se han vacunado dentro del mes recomendado o poco antes o después (véase el eje x), y hay pocas variaciones entre las cohortes incluidas en la ENDESA 2011-2012.

Notas: El valor y de la curva del lado derecho de cada gráfico corresponde al porcentaje de menores vacunados a los 12 meses, dentro de cada cohorte. Como cabe prever, es mayor la curva de la primera pentavalente (es mayor el porcentaje de niños que a los 12 meses ya han recibido la primera dosis de la pentavalente) que la de la segunda y la tercera dosis de pentavalente.

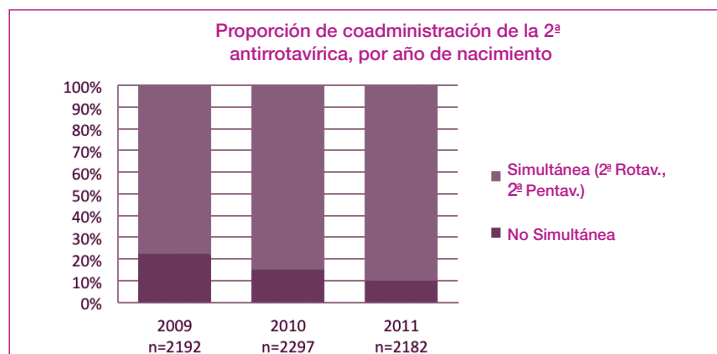
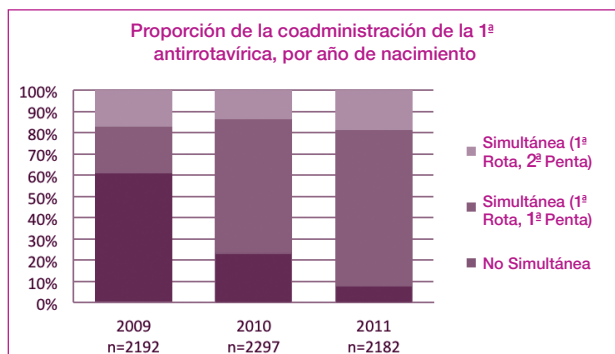
Figura 2: Oportunidad de las tres dosis de la vacuna pentavalente, ilustrada con curvas de vacunación, por edad en el momento de la encuesta (Honduras, 2012)



Coadministración de vacunas

En el 2011, se coadministró la primera dosis de la vacuna antirrotavírica junto con la primera de la pentavalente en el 73% de los casos (figura 3); en cerca del 19% de los casos, la primera dosis antirrotavírica se administró al mismo tiempo que la segunda pentavalente y en el 8%, la primera antirrotavírica no se administró ni con la primera ni con la segunda dosis de pentavalente. El mismo año, la segunda dosis antirrotavírica se administró junto con la segunda pentavalente en el 90% de los casos. En el 2011, menos del 10% de todas las dosis de la vacuna antirrotavírica se administraron sin las de otras vacunas..

Figura 3: Coadministración de la vacuna antirrotavírica junto con la primera y la segunda dosis de la pentavalente en Honduras, por año de nacimiento (2009-2011)



* Notas: Puesto que la vacuna antirrotavírica se introdujo oficialmente en diciembre del 2009, la figura 2 no debe entenderse como un análisis de la tendencia a la coadministración desde el 2009-2011, ya que solo una cohorte entera (la de nacidos en el 2010) ha tenido tiempo de recibir la vacuna antirrotavírica después de dicha fecha.

En el 2011, la vacuna antineumocócica conjugada se administró, en una gran mayoría de los casos (más del 80% de las dosis), junto con la pentavalente y la antipoliomielítica.

HONDURAS cont. página 3

Discusión

Este análisis secundario de datos de inmunización recogidos por la ENDESA en Honduras destaca tres puntos importantes:

1. Un programa de inmunización puede obtener información útil, más allá de la cobertura vacunal, de las encuestas que se realizan de forma rutinaria.
2. Este análisis, realizado según los pasos descritos en una nueva guía siendo elaborada por la OPS, sirve como uno de los primeros ejemplos de la utilidad de esta guía. Esta guía proporcionará las definiciones estándares para la oportunidad en el cumplimiento del calendario vacunal y una metodología de paso a paso para realizar el análisis secundario del cumplimiento del calendario vacunal y la coadministración de vacunas.
3. Los resultados del análisis sugieren que en Honduras, no solo es alta la cobertura vacunal, sino también que casi todas las dosis administradas son válidas y que la vacunación es generalmente oportuna, aunque la mayoría de los niños están completando la serie básica de tres dosis de vacuna pentavalente después de los 7 meses de edad. También sugiere que las vacunas recomendadas para ser administradas simultáneamente están en realidad administrándose en la misma fecha, lo cual es alentador porque refleja que la coadministración de dos vacunas inyectables (Pentavalente y PCV) más dos vacunas orales (vacuna antipoliomielítica oral y rotavirus) es factible y puede ser bien aceptada.

Como todos estos resultados solo se aplican a niños con carnets de vacunación, es tranquilizador que la retención de carnets fue relativamente alta

en Honduras. Sin embargo, también indica que la retención de carnets se reduce a medida que los niños crecen. La disponibilidad del carnet de vacunación es la limitación principal de este tipo de análisis. En el caso de los resultados presentados, los cálculos de cobertura y cumplimiento del calendario vacunal de los años anteriores contiene a menos niños, ya que menos niños en estos grupos de edad tenían carnets de salud disponibles para poder obtener información de vacunación. Por lo tanto, es relevante que el personal de salud aliente a los padres y cuidadores de los niños a guardar y mantener los carnets de salud de sus hijos hasta que por lo menos alcancen los 5 años de edad.

Nota editorial

En varios países se realizan encuestas de salud nacionales, algunas de las usadas con mayor frecuencia son las encuestas nacionales de demografía y salud (ENDESA/ENDSA) y las encuestas de indicadores múltiples de UNICEF (MICS). Como estas encuestas generalmente recopilan datos de inmunización, en el 2009, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS, recomendó que los programas de inmunización estuvieran conscientes de la realización de este tipo de encuestas, a fin de asegurar que los cuestionarios sean adecuados, que los entrevistadores sean debidamente capacitados para evaluar el estado de vacunación y que los resultados sean internamente consistente entre biológicos. Desde entonces, la mayoría de los programas de inmunización ha participado en la revisión de las preguntas relacionadas a la vacunación de tales encuestas y en la capacitación de los entrevistadores sobre cómo leer las tarjetas o carnets de vacunación de manera correcta.

Entender si los calendarios de vacunación recomendados verdaderamente se siguen es importante para un programa de inmunización. Esta información puede dar luz sobre posibles problemas en el campo para implementar las recomendaciones, al conocimiento limitado del personal de salud acerca de las directrices del país, o a alguna renuencia posible a coadministrar vacunas. Este último punto es particularmente pertinente, a medida que más vacunas inyectables están siendo recomendadas para cada visita de inmunización.

La utilidad del tipo de análisis secundario de datos presentado aquí depende mucho de la retención de carnets de vacunación, porque la posibilidad de generalizar los resultados se limita a aquellos niños con carnet. La OPS ha abogado por la recopilación de datos de inmunización en los establecimientos de salud cuando el carnet de vacunación no está disponible en el hogar en el momento de la encuesta. Sin embargo, dada la naturaleza misma de las ENDESA y las MICS (encuestas de hogares) y las muchas variables que recogen, esto no se ha considerado factible en este momento. Los países por consiguiente deben hacer todo lo posible por conseguir que se entreguen carnets de vacunación y por alentar a los padres o cuidadores a que los guarden.

Por último, en el 2015, la OPS publicará su guía titulada "Módulo 6: Análisis de datos de encuestas y registros de vacunación electrónicos", como parte de una Caja de Herramientas para el monitoreo de las intervenciones de salud pública en niños <15 años¹ y estará disponible para apoyar a países que quieran usar el *Módulo 6*. ■

Datos y análisis contribuidos por: Aaron S. Wallace, CDC; Kristin Bratton, CDC.

¹ Validación de una caja de herramientas para el monitoreo integrado de intervenciones en salud pública en menores de 15 años en Nicaragua". Boletín de Inmunización. Febrero del 2014; Vol. XXXVI No. 1 (p. 1). Disponible en www.paho.org/inmunizacion/boletin

Vacunación contra el cólera en dos zonas de Haití, 2013

Desde octubre del 2010, una epidemia de cólera ha hecho estragos en Haití. Para poner fin a esta epidemia, se ha elaborado y adoptado, en colaboración con la República Dominicana, un plan para la eliminación del cólera en la isla La Española entre los años 2013 y 2020.

Entre las medidas adoptadas, se introdujeron campañas de vacunación masiva como complemento a otras intervenciones en las zonas de alto riesgo (entornos urbanos sumamente poblados y comunidades rurales dispersas y de difícil acceso). Al respecto, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) llevó a cabo sendas campañas de vacunación contra el cólera en Petite Anse y Cerca Carvajal, dirigidas a 20.917 personas en Cerca Carvajal y a 86.989 en Petite Anse, lo que supone 107.906 personas de la población general, exceptuando a niños menores de un año y embarazadas. Como resultado, recibieron ambas dosis de la vacuna anticolérica 21.944 personas en Cerca Carvajal (un 104% de las 20.917 inicialmente previstas), y 83.976 en Petite Anse (un 92% de las 86.989 previstas).

Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), en colaboración con el Ministerio de Salud, realizaron encuestas antes, durante y después de la campaña de vacunación con el objetivo de extraer lecciones y

mejorar las futuras campañas de vacunación contra el cólera en Haití, a saber:

1. Una encuesta sobre Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) antes y después de la campaña de vacunación, para evaluar su repercusión sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las comunidades en relación con el cólera, la purificación de agua, la higiene, el saneamiento y las prácticas de vacunación.
2. Un estudio de la cobertura de vacunación para evaluar la cobertura en la población destinataria seleccionada; identificar la aceptación y los obstáculos para la vacunación; así como los efectos colaterales notificados tras la administración de la vacuna anticolérica.
3. Un estudio de la efectividad sobre el terreno de la vacuna anticolérica, a fin de evaluar su éxito para prevenir los casos graves de cólera en las zonas vacunadas.

El estudio de la cobertura reveló una tasa de cobertura de vacunación de dosis doble del 63% en Petite Anse y del 77% en Cerca Carvajal. En ambas áreas, la cobertura fue mayor en las mujeres y los niños menores de 15 años que en los hombres y los adultos. Las razones principales de no haberse



Un hombre recibe la vacuna oral anticolérica en Haití, 2013. Foto: PAI-Haití.

vacunado fueron la falta de tiempo y la ausencia del lugar durante la campaña. No se notificaron efectos adversos graves, y solo un 8% notaron efectos poco importantes, como náuseas, mareo y dolor abdominal.

Simultáneamente a las actividades de la vacunación, el Departamento Nacional de Agua Potable y Saneamiento (DINEPA) llevó a cabo intervenciones para mejorar el acceso al agua limpia y desinfectar el ambiente, alentando la población a que refuerce las medidas preventivas recomendadas. ■

La vacuna contra el VPH en Chile y Ecuador

Chile introduce la vacuna contra el VPH en el Programa Nacional de Inmunización



La presidenta de Chile, Dra. Michelle Bachelet (centro) y el Ministro de Salud, Dr. Helia Molina (segundo por la izquierda), en el lanzamiento de la campaña nacional de vacunación contra el VPH, en septiembre del 2014. Foto: Ministerio de Salud, Chile.

El 2 de septiembre del 2014, la doctora Michelle Bachelet, presidenta de Chile, inauguró el Día Nacional de Inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH). La previsión del Ministerio de Salud era vacunar a 125.000 niñas de entre 9 y 10 años en 2014, y administrar la vacuna tetravalente mediante dosis doble con un intervalo de 12 meses entre ambas.

La vacuna contra el VPH fue administrada en las escuelas públicas y privadas. La introducción de la vacuna se planificó conjuntamente con las autoridades educativas, y se preparó y difundió un manual específico dirigido a los profesores. Además, hay información y videos adicionales disponibles en línea.

Cada año, 587 mujeres chilenas mueren de cáncer de cuello uterino (lo que supone una tasa de mortalidad ajustada por edad de 5,7 por 100.000 mujeres). La introducción de la vacuna contra el VPH es el resultado del trabajo conjunto entre el Programa Nacional de

Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, el Programa Nacional de Inmunización, expertos en educación y salud, economistas, líderes políticos y representantes de la sociedad civil.

En Chile, la vacuna contra el VPH ha estado disponible en el sector de salud privado desde el 2006. Ahora, con la inclusión en el Programa Nacional de Inmunización, se logra el acceso universal a esta vacuna en todas las cohortes de edad elegidas como objetivo, incluyendo a los grupos de población susceptibles. La inversión pública anual para la inmunización contra el VPH ascenderá a US\$ 2,5 millones.

En la Región de las Américas, actualmente 22 países y territorios (además de Chile) ofrecen la vacuna contra el VPH en sus programas de inmunización públicamente financiados: Argentina, Antigua, Barbados, Brasil, Bermudas, Canadá, las Islas Caimán, Colombia, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Saba, Sint Maarten, Surinam, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Uruguay. Cada año, 6,5 millones de adolescentes (el 85% de una cohorte de nacimiento característica de las Américas) tienen acceso garantizado a la vacuna contra el VPH en el continente americano.

Ecuador redobla los esfuerzos para prevenir el VPH

En febrero del 2014, el ministerio de Salud Pública del Ecuador incorporó la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH 2) al calendario vacunal oficial del país como parte de la Estrategia Nacional para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.

El doctor Francisco Vallejo, secretario adjunto de Vigilancia Sanitaria, dijo que el ministerio había asignado un presupuesto de unos US\$ 20 millones para velar por la prevención de esta enfermedad en todas las niñas de 9 a 11 años, vayan o no a la escuela, pues, como declaró, «en 2012 murieron en el Ecuador

664 mujeres debido al cáncer cervicouterino. Las proyecciones indican que podemos tener nuevos casos de cáncer cervicouterino en unas 2000 mujeres. Es por esto que debemos trabajar en la prevención».

En su primer año, la campaña vacunar a 1.350.000 niñas de tres cohortes (9, 10 y 11 años) en todo el país con dos dosis de la vacuna. Para ello, se adquirieron 1,4 millones de dosis de la vacuna contra el VPH bivalente a través del Fondo Rotatorio de la OPS. El Programa Nacional de Inmunización del Ecuador cuenta con dos estrategias de vacunación para llegar a todas las niñas de esos grupos de edad: la vacunación en los centros educativos para las niñas que acuden a la escuela y en los centros de salud para las no escolarizadas. A partir del 2015, se seguirá vacunando a las cohortes de 9 años.



Una adolescente recibe la vacuna contra el VPH en Guayaquil, Ecuador. Foto: Programa Nacional de Inmunización, Ministerio de Salud, Ecuador.

Esa medida comenzó con la difusión de una cña televisiva y una conferencia de prensa con los medios de documentación. Para introducir esta vacuna, el ministerio contó con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manuel Peña, representante de la OPS en el Ecuador, declaró que la «atención se centra en esa edad para tener un mayor efecto en las niñas antes de su primer contacto sexual». ■

Guía práctica para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV)

Uno de los cuatro objetivos del Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013-2018 es la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral (OPV), que se inicia con la retirada del componente del tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV). Dicho plan incluye un cronograma para la retirada mundial de la tOPV: 1) para finales del 2014, todos los países deben haber definido las fechas de introducción de la IPV; 2) para finales del 2015, todos los países deben haber introducido al menos una dosis de la IPV en el esquema rutinario de vacunación; y 3) a mediados del 2016, si se han cumplido todos los requisitos, la OMS coordinará un cambio mundial sincronizado de la tOPV a la bOPV.

Para ayudar a los países de las Américas a lograr este objetivo, la Unidad de Inmunización de la OPS ha elaborado una guía práctica para la Introducción de la IPV. Dicha guía presenta la información y describe las estrategias que deben conocer los equipos de salud de los países de las Américas para preparar sus planes de introducción de la IPV en sus esquemas de vacunación rutinarios. También ofrece información sobre la reciente precalificación de viales de IPV de 5 dosis y la aprobación de usar viales multidosis por un período de hasta 28 días tras abrirlos, si se cumplen los criterios descritos por la OMS. Los detalles sobre la política de frascos abiertos pueden encontrarse en la página 18 de la guía.

La guía ha sido impresa y se ha distribuido a los países. También está disponible en el sitio web de Inmunización de la OPS: www.paho.org/immunization/polio. ■

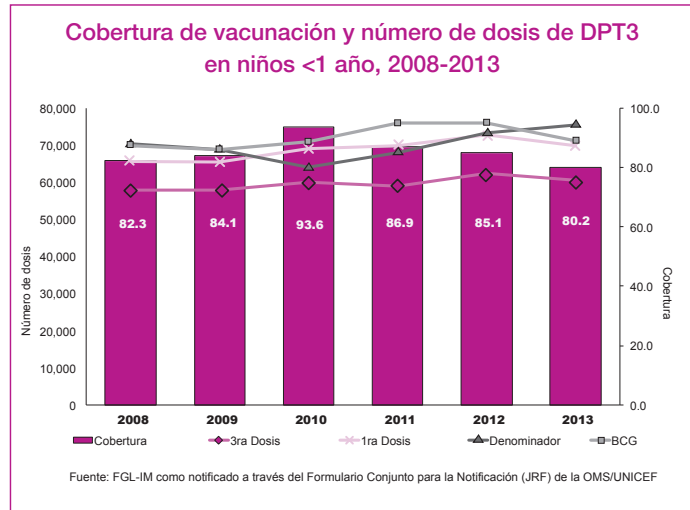
Taller para analizar la cobertura de vacunación en las Américas

Autoridades de salud nacionales, incluyendo a gerentes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y puntos focales de la OPS de 24 países, se reunieron en Cancún (México) el 13 de noviembre del 2014 para tratar sobre estrategias innovadoras para lograr el acceso universal a las vacunas, independientemente del lugar de nacimiento de las personas y de quiénes sean o dónde vivan.

El taller contó con una presentación sobre el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP) y la situación de las Américas respecto a las metas y los indicadores de dicho plan. Pese a una larga historia de progresos en el ámbito de la inmunización, recientemente se ha producido un estancamiento e incluso ligeros retrocesos en la cobertura regional del esquema rutinario en la Región, donde pocos países han cumplido los indicadores del GVAP y algunos quizá no alcancen las metas de 2015. Además, hubo una presentación sobre la historia de la cobertura de Venezuela, que mostró sus esfuerzos para mejorar la cobertura en el ámbito local, así como para fortalecer las capacidades de gestión y aplicar estrategias para aumentar la cobertura con el apoyo de la cooperación canadiense

(2010-2013). Desde entonces, Venezuela ha mantenido los logros de ese período.

Por último, los países participaron en un ejercicio de análisis práctico para pensar críticamente sobre las causas de las tendencias de la cobertura de vacunación. A los representantes nacionales se les proporcionaron siete gráficos que superponían datos nacionales reales anónimos sobre la cobertura de la vacuna DPT3 con los denominadores y dosis notificados de BCG, DPT1 y DPT3 administrados entre el 2008 y el 2014 (véase el ejemplo inferior). En grupos pequeños, se les pidió a los países que mostraran una mirada crítica y diagnosticaran los problemas presentes en cada gráfico (por ejemplo, denominadores inexactos, tasas altas de abandono, problemas con el acceso a la



inmunización). Luego se les pidió que indicaran las estrategias con que las autoridades nacionales podrían enfrentar cada uno de esos retos. A continuación, se analizó cada gráfico en una fructífera reunión plenaria. Al final del taller, se entregó a cada país un gráfico con su propia información y se alentó a los participantes a repetir ese ejercicio a nivel subnacional. ■

Se celebra en México la reunión regional sobre la poliomielitis

Participantes de 24 países de la Región, entre ellos representantes de los programas nacionales de inmunización y de los laboratorios oficiales para el diagnóstico de la poliomielitis, responsables de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) y puntos focales de inmunización de la OPS, asistieron a la Reunión Regional sobre la Poliomielitis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) en Cancún (México), del 11 al 13 de noviembre del 2014. A la reunión asistieron igualmente asociados de la OPS, de

los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), de la Alianza GAVI, del Grupo de Trabajo sobre la Poliomielitis y de UNICEF, además del presidente del Comité Regional de Certificación (CCR) de la OPS.

La finalidad de la reunión fue tratar sobre el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013-2018 en las Américas, haciendo hincapié en la introducción de la vacuna inactivada contra

la poliomielitis (IPV) en los esquemas de vacunación rutinarios.

En la reunión se abordaron una gran cantidad de temas relacionados con ese plan y la introducción de las IPV: la justificación para introducir las IPV, los estudios humorales e intestinales de inmunidad sobre la vacunación antipoliomielítica, la Red de Laboratorios Regionales para el diagnóstico de la poliomielitis, el suministro de IPV a través del Fondo Rotatorio, las experiencias de los países con la introducción de la IPV, el estado del registro de la IPV en la región, la vigilancia de PFA, la vigilancia ambiental, el confinamiento del poliovirus, las herramientas de comunicación sobre la IPV, el Comité Regional de Certificación, la base de datos y el boletín semanal sobre la poliomielitis, la cobertura de la vacunación, los logros pasados en la erradicación de la poliomielitis en las Américas y el cambio mundial de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV).

Actualmente, el 69% de la cohorte de nacimiento en la región de las Américas vive en países que ya están usando la IPV en los esquemas de vacunación rutinarios. Los 32 países restantes (el 31% de la cohorte de nacimiento) ya han decidido oficialmente introducir la IPV para finales de 2015. ■

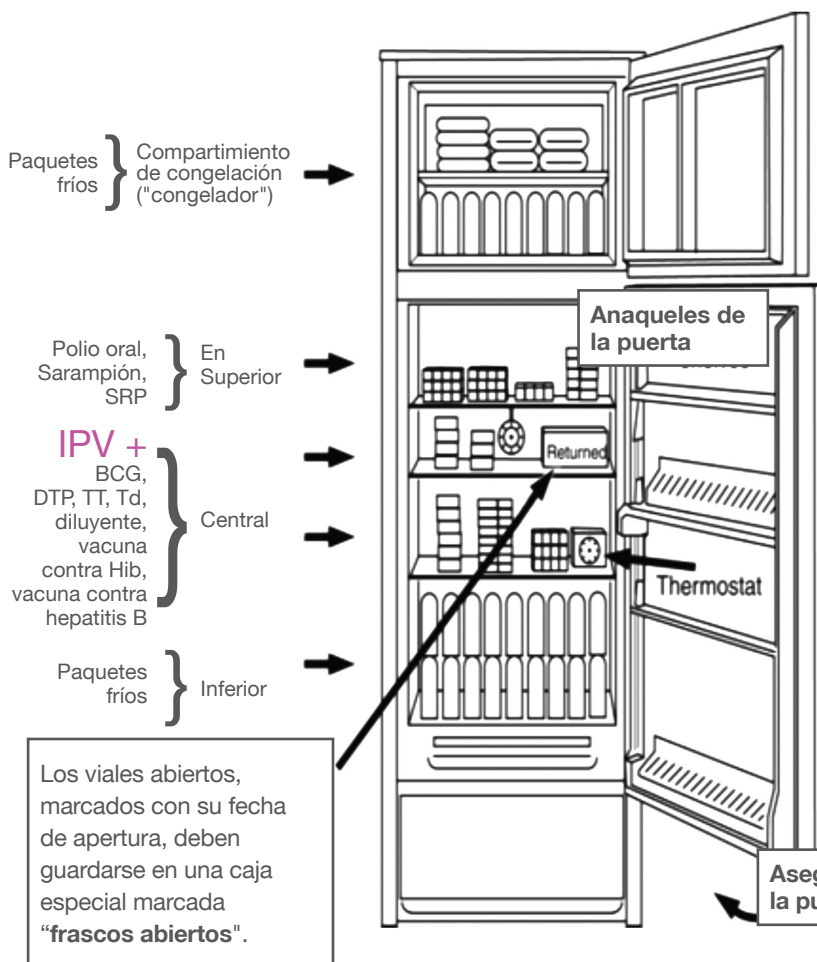


Reunión Regional de la OPS/OMS sobre la Poliomielitis, Cancún, México, 11-13 de noviembre del 2014. Foto: Elizabeth Thrush, OPS-WDC.

Principios para el almacenamiento de la IPV

La IPV es sensible a la congelación (a diferencia de la vacuna oral contra la poliomielitis [OPV])

La "prueba de agitación" no sirve para determinar si la IPV se ha congelado porque la IPV no contiene adyuvante de aluminio. Ante la sospecha de que la IPV ha estado congelada, el vial ¡debe desecharse!

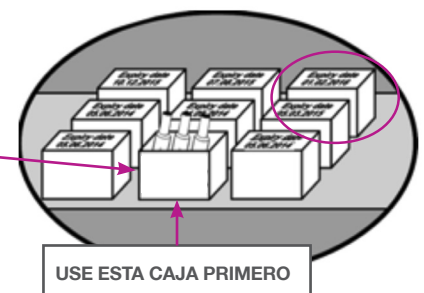


Buenas prácticas para el almacenamiento de la IPV

- Guardar la IPV en un refrigerador, entre +2 °C y +8 °C.
- No abrir la puerta con frecuencia (no más de 3 veces al día).
- Revisar la temperatura del refrigerador al menos dos veces al día y registrarla.
- No poner la IPV en el congelador o freezer.
- Mantener las cajas de las vacunas IPV en una fila ordenada.
- Mantener un espacio de más o menos 2 cm entre filas para facilitar la circulación del aire.
- En los refrigeradores verticales almacenar la vacuna IPV en la rejilla/estante central del refrigerador vertical junto con todas las vacunas sensibles a la congelación.
- En los refrigeradores horizontales (que se abren por arriba) almacenar la IPV, y otras vacunas sensibles a la congelación, en las canastillas superiores.
- Se debe seguir el principio de: "Primero en caducar, primero en salir".

"Primero en caducar, primero en salir"

- Las vacunas con las fechas de caducidad más próximas deben mantenerse delante de las otras y usarse primero
- Las vacunas con las fechas de caducidad más lejanas deben almacenarse atrás y usarse después



El *Boletín de Inmunización* se publica cada dos meses, en español, inglés y francés por el Proyecto 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.

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 XXXVI, Número 6 • Diciembre del 2014

Editor: Carolina Danovaro

Editores adjuntos: Cuauhtémoc Ruiz Matus y Octavia Silva

©Organización Panamericana de la Salud, 2014.
Todos los derechos reservados.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Unidad de Inmunización Integral de la Familia

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org/inmunizacion>

Dr. Cuauhtémoc Ruiz-Matus de la OPS es otorgado con premio por sus logros en la salud

La H. Comisión de la Sociedad Mexicana de Salud Pública le ha otorgado al Dr. Cuauhtémoc Ruiz-Matus de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la Medalla al Mérito Sanitario 2014 en reconocimiento de su carrera excepcional en salud pública y por las contribuciones indiscutibles que ha hecho tanto a la Sociedad Mexicana de Salud Pública como al campo de salud pública.

El Dr. Ruiz Matus recibió el honor en su país natal de México, donde trabajó en la Secretaría de Salud durante 25 años antes de venir a la OPS a liderar la Unidad de Inmunización Integral de la Familia del área de Género, Familia y Curso de Vida. Durante su puesto en la Secretaría de Salud, ocupó varios cargos entre los cuales se destacan el de Subdirector de Epidemiología y Medicina Preventiva en el Estado de Oaxaca, Jefe del Departamento de Control de Enfermedades Diarreicas en la Dirección General de Epidemiología, Secretario Particular del Director General de Epidemiología, Director del Programa de Residencia en Epidemiología Aplicada, Director de Epidemiología Aplicada, y Director de Vigilancia Epidemiológica. Sus últimos 10 años en la Secretaría trabajó como



Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus acepta la Medalla al Mérito Sanitario 2014 en México. Foto: Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Coordinador de Asesores del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud.

El reconocimiento fue presentado por la Sociedad Mexicana de Salud Pública, donde el Dr. Ruiz Matus ocupó los puestos de Secretario General, Vicepresidente y

Presidente durante el período 2003 – 2004. La Medalla al Mérito Sanitario 2014 se le entregó a Dr. Ruiz Matus el 19 de noviembre del 2014, durante la ceremonia de inauguración de la 67ª Reunión Anual de la Salud Pública en Mérida Yucatán, México. ■