

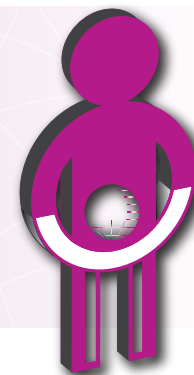
Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXX Número 2

Proteja a su familia vacunándola

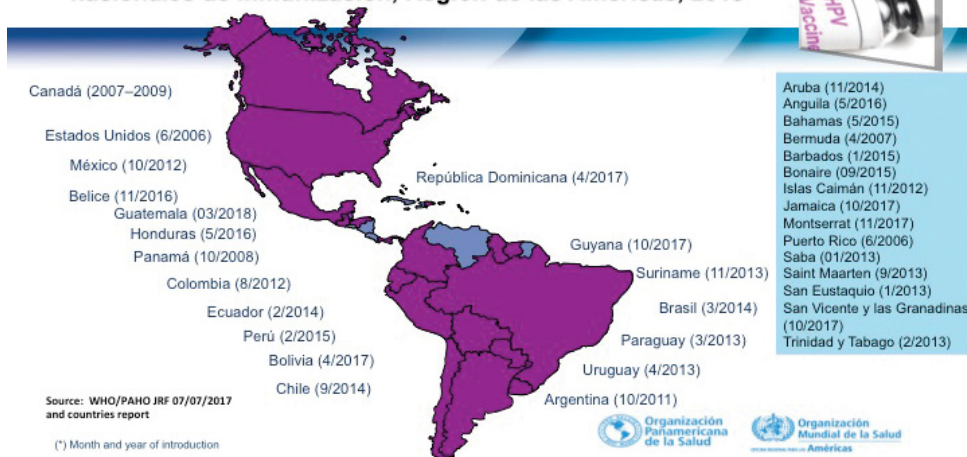
Junio del 2018



Vacuna contra el VPH: lecciones aprendidas en la Región de las Américas

La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) fue licenciada en el 2006 y a partir de ese año comenzó a ser introducida en los Programas Ampliados de Inmunización (PAI) en la Región de las Américas. Hasta junio del 2018, 34 países y territorios cuentan con esta vacuna dentro de sus esquemas nacionales de vacunación.

Países y territorios con la vacuna contra el VPH en los programas nacionales de inmunización, Región de las Américas, 2018



La vacuna contra el VPH más utilizada en la Región de las Américas es la cuadrivalente (26/34 países), seguida por la bivalente (7/34 países); solo dos países han utilizado la nonavalente hasta la fecha.

El monitoreo, seguimiento y cálculo de la cobertura de vacunación contra el VPH son muy relevantes dentro de los programas de inmunización, ya que permiten mostrar los logros e identificar problemas, analizar sus causas y aplicar medidas eficientes para alcanzar los resultados esperados. Sin embargo, el monitoreo y seguimiento de la vacunación contra el VPH presenta mayores desafíos comparado con el de otras vacunas. Entre las dificultades, podemos mencionar:

- Diferentes estrategias de vacunación: en escuelas o en servicios de salud;
- Esquemas de dos o tres dosis;
- El uso de dosis en años de calendario diferentes
- Vacunar solo niñas o niños y niñas (género neutro)
- Población objeto diferente: una o más cohortes de niñas seleccionadas por edad al vacunar o por grado escolar;
- El dato de la población objetivo a vacunar no siempre se encuentra disponible y actualizado.

Ver VPH página 2

EN ESTA EDICIÓN

- 1 Vacuna contra el VPH: lecciones aprendidas en la Región de las Américas
- 1 Celebración de la Semana de Vacunación en las Américas 2018
- 4 Establecimiento del Comité Asesor Técnico sobre Inmunización del Caribe en la Región de las Américas
- 5 Haití elimina el tétanos neonatal

- 5 El tema tabú: la renuencia a la vacunación frente a la obligación moral de vacunarse
- 6 Características de los brotes recientes de difteria en la Región de las Américas
- 7 Las siete preguntas más frecuentes sobre difteria
- 8 Lo que he aprendido sobre la introducción de la vacuna contra el VPH en Colombia...por Diego Alejandro García

Celebración de la Semana de Vacunación en las Américas 2018

El día 23 de abril marcó el inicio oficial de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) en La Habana (Cuba), ciudad que por primera vez acoge el lanzamiento de esta campaña que se viene realizando desde hace ya 16 años. El lema de este año fue "¡Refuerza tus defensas! #Vacúnate #LasVacunasFuncionan", y se inspiró en un tema futbolístico, la Copa Mundial de la FIFA, celebrada poco después.

En la ceremonia inaugural, que tuvo lugar en el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, Carissa F. Etienne, directora de la OPS, afirmó: "La vacunación es una de las herramientas más potentes que tenemos para prevenir enfermedades y salvar vidas". Participaron en el evento ministros y otras autoridades de alto nivel del sector de la salud de América Latina, el Caribe y otras regiones del mundo.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), también participó en la inauguración regional de la SVA, que ha servido de base para la Semana Mundial de la Inmunización desde su comienzo en el 2012.

"Cuba no solo goza de una cobertura universal de vacunación, sino que también produce y exporta estos productos que salvan vidas", señaló. En palabras del Dr. Tedros, "la Semana Mundial de la Inmunización brinda la oportunidad de recordar a todas las naciones y todas las personas el increíble valor de las vacunas".

En la ceremonia de inauguración, el Viceministro de Salud de Cuba, José Ángel Portal Miranda, resaltó que en Cuba "la vacunación está al alcance de todos, de manera gratuita, y puede accederse a ella a través de los prestadores de la atención primaria de salud. Gracias a ello, la cobertura de vacunación en Cuba para todas las vacunas actualmente es de 98%, por lo que hay una inmunidad elevada en la población."

Portal Miranda destacó también que cada año se administra en Cuba un promedio de 4,8 millones de vacunas contra 13 enfermedades, y que ocho de las 11 vacunas que se administran se producen en el propio país. También recordó a los asistentes que la primera campaña de prevención de la poliomieltis en Cuba se realizó en 1962 con la vacunación de 2,6 millones de niños y adolescentes menores de 15 años. Gracias a esta y otras iniciativas, el país fue el primero de la Región en eliminar la poliomieltis.

Ver SVA 2018 página 3

VPH cont. página 1

En su reunión en julio del 2017 en Panamá, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de la OPS hizo recomendaciones sobre la vacunación contra el VPH en la Región, entre las cuales se destacan:

- El GTA felicitó los Estados Miembros de la OPS que han recientemente decidido introducir la vacuna contra el VPH a sus programas de inmunización de rutina. El GTA reiteró la importancia de priorizar la cobertura alta en las cohortes de niñas de 9-14 años para asegurar la protección completa contra el VPH en niñas e inducir inmunidad de rebaño en poblaciones de niños. Las vacunas disponibles actualmente tienen perfiles de seguridad comparables y ofrecen una protección similar contra el cáncer cervicouterino.
- Considerando el beneficio sustancial de salud de la vacunación contra el VPH, el GTA alentó a los Estados Miembros que aún no han introducido la vacuna en sus esquemas de vacunación de rutina, a evaluar su factibilidad, costo efectividad, y otros criterios relevantes para la toma de decisiones al nivel nacional, para considerar la incorporación de esta vacuna a sus esquemas de vacunación de rutina nacionales.
- El GTA le urgíó a los Estados Miembros que consideren cuidadosamente sus abordajes a la comunicación sobre la vacuna contra el VPH, asegurando la generación de mensajes específicamente dirigidos. Además, el GTA le pidió a la OPS que apoye intercambios entre países sobre las lecciones aprendidas en la comunicación de la seguridad de la vacuna contra el VPH y el manejo de crisis.
- El GTA solicitó que la OPS apoye a los Estados Miembros en sus esfuerzos para documentar mejor la cobertura de la vacunación contra el VPH a nivel subnacional y nacional y como usar estos datos para abordar estrategias y alcanzar coberturas óptimas en grupos meta para la serie completa de vacunación.
- Donde sea posible, los países deben monitorear el impacto de la vacunación contra el VPH.

En octubre del 2017, la OPS realizó un taller en la ciudad de Antigua, Guatemala con la participación de 24 países de la Región. El objetivo del taller fue compartir experiencias aprendidas en la introducción de la vacuna contra el VPH y estrategias de comunicación.

En el taller, se realizó un análisis de los datos de los países disponibles en el formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS/OMS



Participantes en el taller de VPH en Guatemala, octubre del 2017. Crédito: OPS/OMS.

y UNICEF (JRF por su sigla en inglés) referente al año 2016, para el cálculo de la cobertura de vacunación contra el VPH. Algunas de las conclusiones de este análisis fueron:

- Algunos países no informan las dosis aplicadas, solamente la cobertura;
- Algunos no informan la población blanco;
- Algunos han considerado la población blanco para recibir la primera dosis a las niñas captadas para vacunar;
- Algunos consideran la población blanco para recibir segunda dosis a las niñas captadas en la primera dosis;
- Algunos no consideran las cohortes e informan más niñas vacunadas con segunda dosis que primera.

Adicionalmente, se concluyó que los países han tenido dificultad para alcanzar la población meta para vacunar y que la vacunación en escuela es la estrategia que ha demostrado mayor facilidad para la captación de la población meta, pero hay que buscar otras estrategias complementarias, para vacunar las niñas que no acuden a la escuela o las que acuden, pero rechazan la vacuna.

Durante esta reunión el tema de comunicación fue ampliamente discutido. Se resaltó la necesidad de contar con un plan integrado de comunicación, incluyendo respuesta a crisis; elaborar mensajes según cada audiencia; y tener un equipo de comunicación permanente. Los ministerios de salud deben mantener el presupuesto de comunicación para realizar acciones de comunicación al menos dos veces al año (de ser posible, permanentemente).

Los países subrayaron la importancia de contar con un comité intersectorial de comunicación,

promoción y movilización social. Mencionaron la necesidad de dedicarle más tiempo a comprometer a los socios clave como escuelas, padres y tomadores de decisión antes de la introducción y de realizar un trabajo más fuerte con los médicos. Reconocieron la importancia de identificar aliados estratégicos con medios de comunicación y sensibilizar a los medios sobre la vacuna; no se debe minimizar la influencia de las redes sociales.

Los países también consideran imprescindible responder rápidamente a los rumores que aparecen en redes sociales, además consideraron muy importante el monitoreo de la repercusión en los medios para realizar ajustes en las estrategias de vacunación; además de monitorear a los movimientos antivacunas y estar preparados para dar respuesta a sus comentarios. También han considerado que deben estar atentos a la situación de los países vecinos.

A pesar de que la vacuna contra el VPH es segura, con eventos adversos locales y sistémicos leves-moderados, los rumores y eventos sociogénicos ocurridos en la Región han traído preocupación a los padres, lo que ha impactado negativamente en las coberturas.

En las recomendaciones generadas a partir del taller regional, la OPS se comprometió a apoyar a los países en algunas brechas identificadas a partir de las discusiones de lecciones aprendidas como: desarrollar un manual para estandarizar el cálculo de coberturas de vacunación contra el VPH en la Región de las Américas; revisar las metodologías para medir impacto y efectividad de la vacuna e invitar países a realizar estudios de impacto; y apoyar en el desarrollo de material de comunicación. ■

Reunión especial del GTA en marzo del 2018

Puede accederse al informe final de la reunión *ad hoc* que el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación celebró en marzo del 2018 en www.paho.org/immunization/TAG-reports; el informe está disponible en inglés, español y francés. Entre los temas abordados se encuentran los brotes de difteria, sarampión y fiebre amarilla, y la escasez de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV).

SVA 2018 cont. página 1



Inauguración de la SVA 2018 en La Habana (Cuba).
Fuente: OPS/OMS.

Actividades de los países para la SVA 2018

Los países llevaron a cabo una amplia gama de actividades a lo largo de toda la SVA de este año, que fueron desde la comunicación y la movilización social hasta la sensibilización comunitaria, la capacitación de los trabajadores de salud y la vacunación de más de 70 millones de personas.

Mantener la eliminación del sarampión

- El sarampión se declaró eliminado de la Región de las Américas en el 2016, luego de la declaración de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) en el 2015, y tras 22 años de actividades de vacunación masiva contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.
- Dado el riesgo de importación del sarampión y los brotes que se producen actualmente en nuestra Región, más de 11 países aprovecharon la SVA 2018 como una oportunidad para redoblar los esfuerzos de vacunación contra el sarampión, con el objetivo de hacerla llegar a aproximadamente 6.000.000 de personas.

Mantener la eliminación de la poliomielitis

- Al menos 14 países administraron la vacuna contra la poliomielitis como parte de las actividades de la SVA 2018: Brasil, Colombia, Cuba, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Santa Lucía y Sint Maarten.
- Cuba realizó su 57.ª campaña anual de vacunación contra la poliomielitis para mantener la eliminación de la poliomielitis; esta campaña llegó a más de 480.000 niños.

Esfuerzos para completar los calendarios de vacunación básica

- Al menos 22 países y territorios utilizaron la SVA 2018 a fin de intensificar las actividades de los programas regulares de vacunación y administrar múltiples vacunas para mejorar la cobertura iniciando, actualizando o completando los calendarios de vacunación infantil.

Protección de grupos de población vulnerables

- Cada año, la SVA constituye una oportunidad para llegar a las poblaciones subatendidas. Este año, 16 países trataron de llegar a los grupos de población en situaciones de vulnerabilidad, como las mujeres embarazadas y en período puerperal, el personal de salud, los adultos mayores, las poblaciones indígenas, los individuos con enfermedades crónicas, y los reclusos y trabajadores de prisiones, entre otros grupos de riesgo laboral y grupos de población vulnerables.
- Varios países centraron sus esfuerzos en la protección del personal de salud contra una variedad de enfermedades como la hepatitis B, el tétanos y la influenza.

- Como parte del Mes de la Vacunación de los Pueblos Indígenas de Brasil, se llevó a cabo un esfuerzo combinado del Programa Nacional de Vacunación y el Departamento de Salud de los Indígenas para actualizar los esquemas de vacunación de aproximadamente 600.000 individuos en 1.373 comunidades indígenas, además de administrar la dosis anual de la vacuna contra la influenza.

Actividades de comunicación

- Veintisiete países llevaron a cabo actividades para concientizar al público sobre la importancia de la vacunación para la buena salud. Entre los ejemplos de estas actividades se encuentran las ferias de salud, sesiones de sensibilización y otras actividades de concientización.

Actividades integradas de salud

- El uso de la SVA para realizar otras actividades de salud pública junto con las de vacunación se ha sistematizado en gran parte de la Región.
- Dieciséis países (Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Brasil, Colombia, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) integraron otras intervenciones de salud a la SVA 2018.
- Entre las actividades integradas se encuentran: distribución de vitamina A; tratamiento antihelmíntico; prevención de las enfermedades transmitidas por mosquitos como la fiebre amarilla, el dengue, el zika y el chikunguña; exámenes médicos para la detección sistemática de la diabetes; vacunación de animales domésticos; promoción de los hábitos de alimentación sana; concientización sobre la violencia doméstica; exámenes médicos para la detección de problemas de salud mental; y concientización sobre el cáncer.

¡Refuerza tus defensas! #Vacunate #LasVacunasFuncionan
www.paho.org/sva
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Afiche para la Semana de Vacunación en las Américas 2018

Se celebra en Argentina la Noche de las Vacunas



La noche de las vacunas en Córdoba (Argentina) en abril del 2018. Fuente: Ministerio de Salud-Córdoba/OPS/OMS.

A Agustina le inyectan la vacuna contra la influenza y se va corriendo para continuar pintando paisajes; Simón demuestra su destreza con una pelota hecha con calcetines y luego acude a la llamada de su madre que espera en la fila para la dosis de la vacuna contra el sarampión; Elsa se apura con su bastón mientras el encargado de la vacunación la espera para administrarle la vacuna contra la influenza. Al fondo, un grupo folklórico actúa en el escenario, mientras a su alrededor niños y adultos participan en diferentes deportes y actividades artísticas.

Esta escena corresponde a "La Noche de las Vacunas", una iniciativa de vacunación en la provincia de Córdoba (Argentina), que se celebró la noche del 20 de abril y duró hasta la madrugada del día 21. La OPS/OMS apoyó la iniciativa de celebrar la vacunación en el marco de la Semana de Vacunación en las Américas, que tuvo lugar del 21 al 28 de abril y se centró en el tema del fútbol en el contexto de la Copa Mundial de la FIFA del 2018.

Por ese motivo, en toda la celebración, que duró desde las 8 pm hasta las 2 am, estuvieron presentes balones de fútbol, camisetas y gorras azules y blancas (los colores de la bandera argentina). El Hospital Pediátrico del Niño Jesús abrió sus puertas a la comunidad para administrar gratuitamente las vacunas incluidas en el calendario nacional de vacunación y al mismo tiempo, ofrecer diversas actuaciones musicales, juegos para niños y partidos de fútbol-tenis, entre otras formas de entretenimiento.

"Es una fiesta de vacunación", resaltó la directora del Hospital, Silvia Ferreyra, mientras se acercaba a la tienda en la que había 50 vacunadores que administraban las dosis. Florencia Córdoba, una de las personas que acudieron al evento, agregó: "Es una iniciativa muy buena, en la que todos somos iguales, tanto si tenemos seguridad social como si no", mientras esperaba para que le administraran la vacuna contra la hepatitis B.



Vacunadores de Honduras que se dirigen a Moskitia y Garífuna en la SVA. Fuente: OPS/OMS.

SVA 2018 cont. página 3

Campaña regional de comunicación para la SVA 2018

La página web de la SVA (www.paho.org/sva) se renovó para la campaña del 2018 y presentó los materiales generales de la campaña, así como otros materiales orientados a las actividades de vacunación y vigilancia del sarampión y la rubéola.

Para fomentar la interacción con el personal, los funcionarios de la sede de la OPS y de sus representaciones tuvieron la opción de participar en un concurso respondiendo a una pregunta cada día. Todos los que respondían correctamente la pregunta participaban en el sorteo de un balón de fútbol de la OPS. Al final, ganaron balones una persona de la representación de la OPS en Guyana, dos de la representación de la OPS en Honduras y otras dos de la sede de Washington, D.C.

En Twitter, se llegó a 458.000 personas, las publicaciones de Facebook llegaron a 306.000 personas, las de Instagram a aproximadamente 21.000 y las de LinkedIn a aproximadamente 15.000 personas.

Resultados en las redes sociales

Se envió a las representaciones de la OPS un conjunto de materiales para las redes sociales, que incluía infografías, videos e imágenes. Tan solo en la cuenta regional:

- se llegó a más de 800.000 personas a través de las redes sociales;
- en total, 5.320 personas visitaron la página web, y hubo 13.374 visitas (algunas personas realizaron varias visitas);
- la estrella del fútbol uruguayo Edinson Cavani compartió nuestros mensajes en su propia cuenta de Facebook, Twitter e Instagram, y

recibió 250.000 “me gusta”; su video ha tenido 545.000 visualizaciones.

Por lo que respecta a la prensa, la SVA se mencionó en más de 200 artículos de más de 28 países de la Región y de todo el mundo. Muchos artículos se centraron en la importancia de la vacuna contra el sarampión y la rubéola.

La OPS también hizo varios videos para la SVA 2018. Entre los más destacados se encuentran un anuncio de servicio a la comunidad con Cavani, disponible en inglés, español, francés o portugués en <https://youtu.be/uaz1xPCxOTU>, y un video en el que se muestran dos recorridos paralelos para administrar y recibir vacunas en Nicaragua, titulado “Un acto de amor en tierra de lagos y volcanes, Nicaragua”, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=ro50ms6UTEY>. ■

Establecimiento del Comité Asesor Técnico sobre Inmunización del Caribe en la Región de las Américas



Participantes en la 33.ª reunión de Gerentes de PAI del Caribe, celebrada en Trinidad y Tabago en febrero del 2018. Fuente: OPS/OMS.

El Comité Asesor Técnico sobre Inmunización del Caribe (CITAG por sus siglas en inglés) se estableció en la 33.ª reunión de Gerentes de los Programas Ampliados de Inmunización (PAI) del Caribe, que se celebró del 26 al 28 de febrero del 2018 en Puerto España (Trinidad). El CITAG, un grupo independiente de expertos en los campos de la epidemiología, la salud pública, la microbiología, la pediatría y medicina tropical, está presidido por el doctor J. Peter Figueroa, profesor de Salud Pública, Epidemiología e Infección por el VIH/sida de la Universidad de las Indias Occidentales. El CITAG brindará asesoramiento técnico basado en evidencias sobre inmunización a los ministros de salud por medio del Consejo para el Desarrollo Humano y Social de CARICOM.

Con un total de 22 países y territorios en el Caribe, muchos de los cuales son demasiado pequeños para poder apoyar sus propios comités asesores técnicos nacionales sobre inmunización, y dada la exitosa historia de colaboración que tienen los países del Caribe en proyectos de salud, en el 2017 los ministros de salud adoptaron la acertada decisión de crear el CITAG. Este constituye un mecanismo eficiente para proporcionar asesoramiento independiente de acuerdo con las recomendaciones del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP) y el Plan de Acción Regional sobre Inmunización de la OPS (RIAP).

Los recientes huracanes en el Caribe y los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV)

en los países vecinos son un claro recordatorio de que los PAI deben ser sólidos y estar atentos para mantener el Caribe libre de poliomielitis, sarampión, síndrome de rubéola congénita y rubéola.

Entre las áreas prioritarias del CITAG se encuentran mantener la confianza en la inmunización; promover la elaboración o el fortalecimiento de marcos legislativos que respalden la vacunación; mejorar la calidad de los datos e impulsar la adopción de registros nominales de vacunación electrónicos (RNVe); vigilar las EPV; fortalecer la capacidad en materia de laboratorios y los nexos entre el PAI, la vigilancia, los laboratorios y el sector privado; y crear capacidad en los gerentes del PAI por medio de la capacitación.

La reunión de Gerentes de los PAI del Caribe en la que se puso en marcha el CITAG contó con la asistencia de 70 personas de 29 países y territorios y fue inaugurada por el Ministro de Salud de Trinidad y Tabago, el Sr. Terrence Deyalsingh, que tuvo a su cargo la conferencia inaugural. La finalidad de la reunión fue analizar los logros del 2017 y planificar las actividades del 2018, así como informar sobre las experiencias de los diversos países respecto al programa de inmunización.

Las presentaciones realizadas en la reunión se centraron en determinadas EPV, las áreas programáticas del PAI, y actualizaciones mundiales y regionales/subregionales. Los países pusieron en común sus experiencias sobre la vigilancia de las

EPV, así como los planes de sostenibilidad respecto al sarampión, la introducción de nuevas vacunas, la Semana de Vacunación en las Américas, los brotes de sarampión, fiebre amarilla y difteria, y la implementación de RNVe.

La cobertura de vacunación en el Caribe continúa siendo superior al promedio regional y mundial. Para la DTP3 fue de 95% en el 2016, es decir, por encima del 91% registrado en la Región de las Américas y 86% a nivel mundial. Como parte de los planes para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola, el SRC y la poliomielitis, los países deben mejorar la calidad de los sistemas de vigilancia para detectar y manejar los casos importados de manera oportuna.

En el Caribe se ha validado la contención de los materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de WPV2, VDPV2 y OPV2/Sabin 2. Se recordó a los países que realizaran auditorías o encuestas periódicas para evaluar la calidad de los datos de cobertura.

Conjuntamente con la reunión se celebró un taller de capacitación sobre comunicación de riesgos. El objetivo del taller fue capacitar a los gerentes del PAI respecto a los principios de la comunicación de riesgos con el objetivo de promover un cambio de comportamiento favorable para respaldar la vacunación, fortalecer la capacidad de los gerentes del PAI para elaborar mensajes de vacunación destinados a públicos diversos (padres, niños, grupos antivacunación), y comunicarse eficazmente con los medios de comunicación y con el público.

Los participantes trabajaron en grupos para elaborar diversos objetivos y mensajes usando ejemplos de mitos y creencias, así como los retos que se enfrentan en cuanto a la aceptación de la vacuna contra la influenza y la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP). Además, compartieron y exploraron estrategias para abordar estas cuestiones mediante una comunicación eficaz.

En términos generales, la reunión de Gerentes de PAI del Caribe y el taller de capacitación en comunicación fueron un éxito y los participantes obtuvieron con ello un resultado muy beneficioso. El informe final en el que se detallan los temas abordados en la reunión puede consultarse en <http://bit.ly/carmeeting>. ■

Haití elimina el tétanos neonatal



Carta de la OMS que certifica la eliminación del tétanos materno neonatal en Haití.

El objetivo 2.1 del Plan de Acción Regional sobre Inmunización (RIAP) es la eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública en la Región de las Américas. Por definición, se dice que un país ha eliminado el tétanos neonatal si tiene menos de un caso por 1.000 nacidos vivos en cada distrito. Si se ha eliminado el tétanos neonatal, también se ha eliminado el tétanos materno.

Haití era el único país de la Región que no había logrado ese objetivo a pesar de que, desde el 2003, había adoptado las estrategias recomendadas para la eliminación del tétanos materno neonatal. Luego de una revisión de la documentación y de varias visitas sobre el terreno efectuadas en junio del 2016, se llegó a la conclusión sobre la probabilidad de la eliminación del tétanos materno neonatal en Haití. Para confirmar la eliminación, luego de la etapa de previalidación se llevó a cabo un estudio sobre la mortalidad neonatal asociada con el tétanos en el departamento del Sur, que presentaba el riesgo más alto de tétanos materno neonatal en el país. La hipótesis era que, si el departamento que estaba expuesto al mayor riesgo había eliminado el tétanos materno neonatal, era posible considerar que también se había eliminado en todos los otros distritos y, por consiguiente, en todo el país.

Se hizo una encuesta de hogares acerca de la mortalidad neonatal utilizando la técnica de muestreo para el control de la calidad de los lotes junto con una encuesta de indicadores múltiples. Se incluyeron en la encuesta todos los nacimientos vivos que ocurrieron en los hogares de madres residentes visitadas entre el 1 de abril del 2016 y el 30 de abril del 2017. La encuesta debía permitir identificar las defunciones neonatales y, con ayuda de la técnica de autopsia verbal, diagnosticar si las defunciones habían sido causadas por el tétanos o no. La eliminación del tétanos materno neonatal podía validarse si se encontraban menos de dos defunciones debidas al tétanos. La ejecución de la

encuesta tuvo lugar entre el 12 y el 25 de junio del 2017.

En total, la encuesta incluyó 10.516 hogares y se examinaron 2.302 nacimientos vivos. La cobertura de las madres con el Td2 fue de 53% (tarjeta y antecedentes). La proporción de partos en el establecimiento de salud fue de 45%. La proporción de madres que aplicaban alguna sustancia en el cordón umbilical fue de 31%. No se identificó ningún caso de tétanos en las 44 defunciones neonatales registradas con una encuesta calificada como de buena calidad; se consideró que el tétanos neonatal se había eliminado en el departamento del Sur para el período comprendido entre el 1 de mayo del 2016 y el 30 de abril del 2017. Por consiguiente, se concluyó que el tétanos materno neonatal se había eliminado en Haití en ese mismo período.

Para mantener la eliminación del tétanos materno neonatal, Haití deberá:

1. alcanzar y mantener una cobertura de Td2+ >80% en el transcurso de la vacunación de rutina en cada departamento,
2. organizar actividades de vacunación sistemática con la vacuna Td para las mujeres en edad fértil en los departamentos de alto riesgo,
3. adoptar y poner en práctica una política de administración de dosis complementarias de Td (niños de 4 a 6 años, adolescentes de 13 a 17 años),
4. mejorar la accesibilidad a los partos atendidos por personal calificado, así como su calidad,
5. reforzar la educación de las madres y de la comunidad con respecto a los cuidados del cordón umbilical,
6. reforzar la vigilancia de los casos,
7. establecer el análisis periódico del riesgo de tétanos materno neonatal en cada comuna o distrito. ■

El tema tabú: la renuencia a la vacunación frente a la obligación moral de vacunarse

Al 30 de junio del 2018, once países de la Región de las Américas (Antigua, Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Perú y Venezuela) tienen brotes de sarampión. A pesar de la notable cobertura del tema en los medios de comunicación, todavía no hay suficiente debate público acerca de una pregunta clave: ¿por qué estamos luchando contra esta enfermedad grave y sumamente contagiosa, si disponemos de una vacuna efectiva capaz de evitarla por completo? ¿Por qué estamos permitiendo que nuestras poblaciones (incluidos los niños) corran el riesgo de sufrir las complicaciones graves que resultan del sarampión, incluida la muerte, si la enfermedad es totalmente prevenible?

Hay algo que no tiene sentido. Las autoridades de salud pública de toda la Región han puesto de manifiesto que las coberturas de vacunación son bajas en las zonas afectadas. Estas coberturas han venido disminuyendo a medida que se ha popularizado la renuencia frente a la vacunación. Las posiciones antivacunación tuvieron su origen en los países desarrollados en respuesta a una publicación fraudulenta que presentó una conexión falsa entre las vacunas y el autismo. Ahora han llegado a nuevas áreas en nuestra Región y se están extendiendo rápidamente a través de las redes sociales.

Sin embargo, el tema tabú no es solo el de la ideología antivacunación, sino también el de las justificaciones que se presentan para respaldarla. Los defensores de la antivacunación hacen afirmaciones acerca de hechos y acerca de lo que es moralmente correcto. Algunos de los alegatos relativos a hechos son que las vacunas no son seguras y que no son eficaces para prevenir enfermedades. Estos argumentos se desmienten presentando los hechos tal como

los muestra la abrumadora evidencia disponible. Los expertos en vacunación se encuentran en una buena posición para mostrar a los defensores de la antivacunación y al público en general que estos alegatos son erróneos. Para evitar la difusión de afirmaciones falsas, los programas nacionales de inmunización deben plantearse la posibilidad de ser más proactivos al informar al público acerca de la evidencia existente sobre la notable seguridad y eficacia de las vacunas, de una forma que se pueda comprender con facilidad.

Los argumentos morales invocan a menudo los derechos individuales de las personas, como el de decidir lo que entra en el cuerpo de uno y, por lo tanto, el de rechazar la vacunación. A diferencia de los argumentos sobre los hechos, los argumentos morales no se refutan con evidencia. Es probable que las conversaciones concluyan ahí, porque cuando las discusiones entran en el terreno de lo moral los profesionales de la salud pública y de la atención médica muchas veces se sienten “fuera de su zona de confort”. De hecho, puede parecer que desmentir los argumentos morales contra la vacunación implique cuestionar los derechos individuales, y ese es un territorio que los profesionales de la salud generalmente tratarían de evitar.

Sin embargo, las conversaciones no pueden terminar allí: lo que está en juego es demasiado importante. Para fomentar la salud y conseguir que nuestras poblaciones no sean vulnerables a enfermedades graves pero prevenibles, es indispensable que los profesionales del campo de la inmunización adquieran un “vocabulario de ética” que les permita refutar eficazmente los argumentos morales contra la vacunación y presentar de manera decidida argumentos que respalden nuestra responsabilidad

moral de vacunar.

Quienes invocan los derechos individuales como argumento contra la vacunación dejan de lado una cuestión clave: lo que está en juego no es solo su propia salud sino también la salud de los demás. Sin duda, un argumento basado en los derechos individuales sería suficiente para rechazar, por ejemplo, la diálisis, que es una intervención que influiría tan solo en la salud de uno mismo. Pero no es posible que baste para un debate acerca de la vacunación, en el que una persona puede causar un daño a los demás al propagar una enfermedad infecciosa como el sarampión.

No vacunarse contra las enfermedades infecciosas puede llevar a causar un daño a los demás y por mucho que pensemos que es aceptable imponernos un daño a nosotros mismos, no es éticamente aceptable causar un daño a los demás. De hecho, nuestro argumento es que tenemos el deber moral de no causar daño a los demás. Por consiguiente, si podemos reducir el riesgo de causar daño a los demás a través de la vacunación contra enfermedades infecciosas, tenemos el deber moral de hacerlo. Esto significa que tenemos la obligación moral de vacunarnos contra estas enfermedades.¹

Se podría alegar que este argumento solo se aplica a las acciones voluntarias. Podemos causar un daño a otros de manera involuntaria; por ejemplo, si uno sufre una caída mientras sostiene una vela y quema a otra persona. En tal circunstancia, podríamos rechazar la afirmación de que se ha hecho algo moralmente incorrecto hacia otra persona, y tal planteamiento sería razonable. De igual modo, en situaciones en las que no se dispone de vacunas, no sería razonable argumentar que las personas no cumplen sus obligaciones morales, pero rechazar

¹ Dawson A. Vaccination ethics. En: Dawson A, editor. Public health ethics. Key concepts and issues in policy and practice. Cambridge University Press; 2011. p.143-153.

TABÚ cont. página 5

una vacuna disponible es una acción voluntaria y, por consiguiente, puede argumentarse que quienes optan por rechazar la vacunación son moralmente responsables de los daños causados a otros, incluida su muerte.²

La ética de la salud pública proporciona un marco de referencia para estos argumentos éticos respecto a la vacunación. En consonancia con ello, los argumentos tienen en cuenta características importantes de la salud pública: que lo que nos concierne

es la salud de la población y no solo la de individuos aislados; que estamos tratando con bienes públicos, como la inmunidad colectiva, a la que ninguna persona puede decidir renunciar; y que la acción colectiva y la cooperación social son cruciales.

En el ámbito de la ética de la salud pública hay muchos otros argumentos importantes acerca de la vacunación que tienen en cuenta otras características clave de la salud pública, como el mandato que tienen las autoridades del sector de mejorar la

salud de la población, lo cual implica la capacidad de imponer intervenciones junto con la responsabilidad de rendir cuentas sobre el trabajo realizado. La ética de la salud pública proporciona un vocabulario poderoso para abogar por la vacunación. Debemos adoptarlo para fomentar la salud de nuestra población de una manera eficaz y moralmente sólida. ■

Autora: Dra. Carla Saenz, Programa Regional de Bioética, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS.

Características de los brotes recientes de difteria en la Región de las Américas

En la Región de las Américas, la difteria ha estado bajo control durante decenios.³ Sin embargo, en los últimos años se han registrado dos brotes graves en Haití y Venezuela, y ha habido también otros brotes relacionados con el de Venezuela, en Colombia, Brasil y República Dominicana.

Tanto en Haití como en Venezuela, la cobertura de vacunación con DPT3 y DPT4 ha estado de manera repetida por debajo de 95%, cuando el nivel necesario que se ha definido para la Región es el de una cobertura de vacunación superior a 95% (figura 1). En consecuencia, estas coberturas bajas han dado lugar a un aumento de la población vulnerable en niños y adultos.⁴

En Haití, la enfermedad reapareció a fines del 2014 y en la semana epidemiológica 6 del 2018 se notificaron 410 casos probables, incluidas 75 muertes. La tasa de letalidad fue de 22,3% en el 2015, 27% en el 2016 y 10,7% en el 2017 y el 2018. En el 2015 y el 2017, se vieron más afectados los niños de menos de 10 años.⁴

Como parte de las medidas de control de brotes, el Ministerio de Salud planificó tres rondas de campañas de vacunación, dirigidas a los niños de 1 a 14 años en 44 comunas de nueve departamentos. Se usó la vacuna pentavalente para vacunar a los niños de 1 a 6 años y la vacuna Td para vacunar a los de 7 a 15 años. La primera fase de la primera ronda se llevó a cabo del 11 al 15 de marzo del 2018 en ocho estados (29 comunas), y la segunda fase se realizó del 8 al 12 de abril del 2018 en 15 comunas del Departamento Occidental. La cobertura administrativa alcanzó 98% en los ocho primeros departamentos y 81% en el Departamento Occidental. Desde el final de la primera fase de la campaña, se ha reducido el número de casos de difteria y muertes notificados. No se han confirmado las fechas para la ejecución de las dos rondas restantes.

En Venezuela, desde el comienzo del brote en la semana epidemiológica 26 del 2016 hasta la semana epidemiológica 5 del 2018, se notificó un total de 969 casos probables de difteria (324 casos en el 2016, 609 en el 2017 y 36 en el 2018), de los cuales 726 tuvieron una confirmación de laboratorio o clínica y 113 fallecieron (17 en el 2016 y 96 en el 2017), con una tasa de letalidad de 15,5%. En el 2016, se notificaron casos en cinco estados (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas y Sucre), mientras que en el 2017, se notificaron casos confirmados en 22 estados y en el Distrito Capital. En el 2018, nueve entidades federales han notificado casos confirmados. Se han notificado casos en todos los grupos de edad; sin embargo, la tasa de incidencia más alta se registró en el grupo de 5 a 15 años.⁴

Como parte de las medidas de control, se intensificó

la vacunación de rutina con la vacuna pentavalente en niños de dos meses a seis años y se implementó una campaña de vacunación con la vacuna Td dirigida a niños de 7 a 15 años, primera fase en nueve estados y segunda fase en 15 estados.

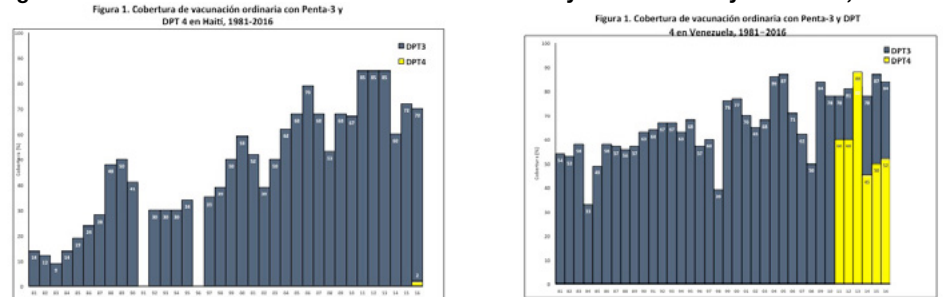
En Colombia, en el 2018 se han notificado dos casos confirmados de difteria importada en ciudadanos venezolanos. Corresponden a un paciente de tres años y uno de 14 años, ambos sin antecedentes de vacunación, y con un inicio de los síntomas el 2 de enero y el 23 de marzo, respectivamente. Los dos casos fueron notificados por el Departamento de Guajira y se confirmaron mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.⁴

En Brasil, en el 2017 se notificaron 42 casos sospechosos en 14 estados. De los casos notificados, se confirmaron cinco en cuatro estados: Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (1 caso mortal, importado de Venezuela) y São Paulo (1). Los 37 casos restantes se descartaron. Tres de los cinco casos confirmados (dos en Minas Gerais y uno en São Paulo) habían recibido la totalidad de las vacunas del esquema de vacunación. La edad de los casos confirmados fue de entre 4 y 66 años (mediana, 19 años); cuatro eran de sexo masculino y uno de sexo femenino. Además, en la semana epidemiológica 14 del 2018, se notificaron seis casos sospechosos en seis estados, a la fecha no se ha confirmado ninguno de los casos.⁴ El caso notificado en el estado de Roraima (importado de Venezuela) está siendo investigado en la actualidad.

En República Dominicana, en el 2017 se notificaron tres casos sospechosos, pero solo en uno se confirmó la difteria. Los otros dos casos fueron descartados por criterios clínicos (1) y de laboratorio (1). No se notificó ninguna muerte.⁴

Las autoridades de salud de Haití, Venezuela y de sus países vecinos (Colombia, Brasil y República Dominicana) están intensificando la vigilancia epidemiológica, las investigaciones, la atención médica y la vacunación. ■

Figura 1. Cobertura de vacunación de rutina con Penta-3 y DPT 4 en Haití y Venezuela, 1981-2016



Fuente: Formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS/OMS y UNICEF (JRF) 2016. Accesible en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragebcg.html

Recomendaciones de la OPS

- Los países de la Región de las Américas deben ser conscientes de que pueden producirse brotes epidémicos de difteria cuando hay focos con una cobertura de vacunación baja. También existe riesgo cuando la cadena de frío no puede garantizar temperaturas adecuadas para la conservación de la vacuna pentavalente/ DPT hasta el momento de la administración, en especial cuando se produce la congelación de estas vacunas.
- Los países deben garantizar una cobertura de vacunación homogénea de más de 95% con DPT3 y con los refuerzos.
- La vigilancia epidemiológica de la difteria debe mantenerse y reforzarse para detectar los casos de manera oportuna.
- La detección y el tratamiento tempranos de los casos son muy importantes, ya que las complicaciones de la difteria son directamente proporcionales al número de días que transcurren entre la aparición de la enfermedad y la administración de la antitoxina. El uso temprano de la antitoxina de la difteria se asocia a un mejor resultado.
- Los profesionales de la atención de salud deben recibir capacitación con respecto al diagnóstico y la notificación, así como en cuanto al manejo de los casos y los contactos.³
- Se dispone de una reserva estratégica de antitoxina diftérica, la cual puede adquirirse a través del Fondo Rotatorio de la OPS.

² Jamrozik E, Handfield T, Selgelid MJ. J Med Ethics 2016; 42: pp. 762–768.

³ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). *Diphtheria*. VPD Surveillance Manual, 5ª edición, 2011. Diphtheria: Capítulo 1.1

⁴ OPS/OMS. Difteria – Actualización Epidemiológica. 28 de febrero del 2018. Accesible en <http://bit.ly/diphtheriaEPUpdate>

Las siete preguntas más frecuentes sobre difteria

	PREGUNTA	RESPUESTA											
1.	¿Qué es la difteria?	<p>La difteria es una enfermedad aguda de origen bacteriano que puede afectar a la nasofaringe, puede dar lugar a la obstrucción de las vías respiratorias y eventualmente, la muerte.⁵</p> <p>Los síntomas más frecuentes son: dolor de garganta, fiebre (generalmente baja que rara vez excede los 38.5°C), dificultad para tragar y dificultad para respirar. La gravedad de los signos y síntomas es usualmente proporcional a la extensión de la afección local, pues se relaciona con la producción de la toxina en la membrana diftérica. Cuando se absorbe una cantidad suficiente de toxina, el paciente puede verse pálido, tener pulso rápido y presentar una debilidad extrema.^{5,6}</p> <p>Los síntomas ocurren de 2 a 5 días (rango de 1 a 10) después de la exposición al agente.⁶</p>											
2.	¿Cuál es el agente causal?	<p>El agente causante es el de <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, un bacilo grampositivo, del cual existen cuatro biotipos: <i>mitis</i>, <i>intermedius</i>, <i>gravis</i> y <i>belfanti</i>. El factor de virulencia más importante de <i>C. diphtheriae</i> es la exotoxina la cual produce necrosis celular local y sistémica.⁶</p> <p>El <i>C. diphtheriae</i> se transmite de una persona a otra por contacto directo con las mucosas de las vías respiratorias de un individuo enfermo o de un portador. Rara vez la transmisión puede producirse por contacto con lesiones cutáneas o fómites.⁵</p>											
3.	¿Cuál es la definición de caso sospechoso de difteria recomendado por la OMS?	<p>Enfermedad del tracto respiratorio superior caracterizada por: nasofaringitis, faringitis, amigdalitis o laringitis y presencia de seudomembrana adherente en las amígdalas, la faringe, laringe o nariz.</p> <p>Nota: Algunos países pueden considerar ampliar la definición de caso sospechoso incluyendo casos leves sin seudomembrana o úlceras no cicatriciales en una persona con antecedentes de viaje a países endémicos o con brotes de difteria.</p>											
4.	¿Cómo se confirma el diagnóstico de difteria?	<p>A través del cultivo del <i>C. diphtheriae</i> y la demostración de la capacidad de producción de la exotoxina utilizando una reacción de inmunoprecipitación (e.g. Prueba de Elek modificada).⁵</p> <p>La reacción en cadena de la polimerasa (PCR por su sigla en inglés) es útil para la detección del gen de la toxina diftérica, y permite un diagnóstico rápido cuando el cultivo no es positivo. En estos casos deberá considerarse el contexto epidemiológico y evaluarse cada caso.⁵</p>											
5.	¿Cómo debe obtenerse la muestra para el diagnóstico laboratorio?	<p>Deben tomarse dos muestras al primer contacto con el caso sospechoso: un hisopado faríngeo y un hisopado nasal. Ambas muestras deben obtenerse utilizando hisopos con punta de algodón. Idealmente estas muestras deben obtenerse antes de iniciar el tratamiento con antibióticos.</p> <p>El hisopado faríngeo debe obtenerse bajo visualización directa, preferiblemente del borde o directamente debajo de la seudomembrana, realizando movimientos de rotación, sacar y colocar en el medio de transporte.</p> <p>Para tomar el hisopado nasal, introducir suavemente el hisopo por el orificio nasal hasta tocar la pared posterior de la faringe y frotar suavemente. Los hisopos deben etiquetarse apropiadamente con un identificador único, la fuente de la muestra y colocarse en medios de transporte apropiados (medio de transporte Amies o Stuart). Si es posible, una muestra de la seudomembrana también debe obtenerse y colocarse en solución salina (no formalina).</p>											
6.	¿Cuál es el manejo recomendado para los casos de difteria?	<p>Antitoxina diftérica (ATD): Debe administrarse tan pronto como se sospeche la enfermedad. La antitoxina neutraliza la toxina circulante (libre), pero no la toxina fijada a los tejidos.⁷</p> <p>Antibióticos: Eliminan la bacteria y reducen la duración del período de transmisibilidad y del estado de portador. Los antibióticos recomendados son: penicilina y eritromicina por 14 días.⁷</p> <p>Otras medidas: Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), monitoreo (respiratorio, cardíaco, renal), medidas de soporte, reposo estricto (2 semanas), y vacunación en el período de convalecencia.</p>											
7.	¿Cuál es la dosis recomendada y cómo se administra la ATD?	<p>La dosis recomendada es la misma para niños y adultos, y oscila entre 20.000 y 100.000 unidades dependiendo de la ubicación y extensión de la seudomembrana, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la severidad de la infección (Cuadro 1).⁷</p> <p>Cuadro 1. Rangos de dosificación sugeridos para el uso de la ATD</p> <table border="1" data-bbox="454 1444 1529 1654"> <thead> <tr> <th data-bbox="454 1444 885 1476">Indicación</th> <th data-bbox="885 1444 1214 1476">Dosis en unidades</th> <th data-bbox="1214 1444 1529 1476">Vía de administración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="454 1476 885 1539">Localización faríngea o laríngea con una duración de 48 horas o menos</td> <td data-bbox="885 1476 1214 1539">20.000 a 40.000</td> <td data-bbox="1214 1476 1529 1539" rowspan="2">Intramuscular (IM)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 1539 885 1581">Localización nasofaríngea</td> <td data-bbox="885 1539 1214 1581">40.000 a 60.000</td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 1581 885 1654">Enfermedad extensa con una duración de tres días o más, o con tumefacción 27 difusa del cuello</td> <td data-bbox="885 1581 1214 1654">80.000 a 100.000</td> <td data-bbox="1214 1581 1529 1654">Intravenosa (IV)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: OPS/OMS. Tratamiento de las enfermedades infecciosas. Séptima Edición. 2017-2018 págs. 38,61.</p> <p>Una vez definida la dosis y vía de administración, esta deberá administrarse en una sola dosis. La ATD se mezcla con 250-500 ml de solución salina normal y se administra lentamente en 2-4 horas, debiéndose monitorear estrechamente por el riesgo de anafilaxis. No debe repetirse la dosificación. La vía IV es preferida en casos severos y la IM en casos leves a moderados.⁸</p> <p>El personal que realiza la administración de la ATD debe estar capacitado y contar con la experiencia, el equipo y los medicamentos necesarios para tratar en caso de presentarse un cuadro de anafilaxis. El uso de la ATD en embarazadas deberá considerarse con base en el análisis del riesgo-beneficio.⁸</p> <p>Es importante siempre leer el prospecto del producto disponible para verificar las dosis, y recomendaciones del productor respecto a las pruebas de sensibilidad, administración, eventos adversos y otros.⁸</p>	Indicación	Dosis en unidades	Vía de administración	Localización faríngea o laríngea con una duración de 48 horas o menos	20.000 a 40.000	Intramuscular (IM)	Localización nasofaríngea	40.000 a 60.000	Enfermedad extensa con una duración de tres días o más, o con tumefacción 27 difusa del cuello	80.000 a 100.000	Intravenosa (IV)
Indicación	Dosis en unidades	Vía de administración											
Localización faríngea o laríngea con una duración de 48 horas o menos	20.000 a 40.000	Intramuscular (IM)											
Localización nasofaríngea	40.000 a 60.000												
Enfermedad extensa con una duración de tres días o más, o con tumefacción 27 difusa del cuello	80.000 a 100.000	Intravenosa (IV)											

⁵ Stanley A Plotkin, et al. *Plotkin's Vaccines*, Séptima edición, páginas 261 a 275

⁶ Documento de posición de la OMS sobre la vacuna contra la difteria, disponible en: [http://www.who.int/immunization/wer8103Diphtheria_Jan06_position_paper_SP.pdf?ua=1]

⁷ OPS/OMS. Tratamiento de las enfermedades infecciosas. Séptima edición. 2017-2018 págs. 38,61.

⁸ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). *Diphtheria Antitoxin (DAT) Protocol*. Versión 7.0. 21 de septiembre del 2016. Disponible en: https://www.cdc.gov/diphtheria/downloads/protocol.pdf

El Boletín de Inmunización se publica cuatro veces al año, en español, inglés y francés por la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región y más allá.

“Treinta años del *Boletín de Inmunización: la historia del PAI en las Américas*”, un compendio electrónico del *Boletín*, 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 XXXX Número 2 • Junio del 2018

Editores: Octavia Silva, Martha Velandia y Cuauhtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2018.
Todos los derechos reservados.

Unidad de Inmunización Integral de la Familia

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



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Lo que he aprendido sobre la introducción de la vacuna contra el VPH en Colombia...

Por Diego Alejandro García, jefe del Programa Ampliado de Inmunización en Colombia

El 17 de agosto del 2012, luego de múltiples análisis, consideraciones y la recomendación de nuestro comité asesor en vacunas, dimos inicio a la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), teniendo claro el beneficio que tendría para nuestras niñas y mujeres colombianas, ya que en Colombia anualmente mueren cerca de 2.300 mujeres por cáncer de cuello uterino.

Conscientes de las noticias que circulaban en internet en torno a la vacunación contra el VPH, consideramos necesario realizar previo al inicio de la vacunación, un trabajo local articulado y liderado por las sociedades científicas y académicas del país, para desarrollar las capacidades de pediatras, ginecólogos y médicos generales en la vacunación contra el VPH, para que apoyaran localmente las acciones en vacunación.

Adicional a lo anterior y juntamente con el sector educativo, diseñamos una estrategia de vacunación en instituciones educativas públicas y privadas para asegurar una alta cobertura de vacunación, aprovechando concentración de la población.

Gracias a esto, en el 2012 alcanzamos coberturas (esquema convencional de 0-2-6 meses) del 97% con primera dosis, 96% con segunda dosis y 89% con tercera dosis en una cohorte de niñas de cuarto grado de básica primaria, con nueve o más años. Gracias a estas altas coberturas, logramos gestionar recursos para realizar en el 2013 una campaña “catch-up” en todas las niñas de cuarto grado de básica primaria hasta grado once de bachillerato, alcanzando una cobertura con primera dosis del 95% y con segunda

dosis del 85% con un esquema extendido, 0-6-60 meses.

Desafortunadamente en el 2014, se presentaron una serie de eventos supuestamente asociados a la vacunación, primero en un grupo reducido y concentrado de personas, entre éstos un niño no vacunado, que luego fue incrementándose lentamente y asociándose la presencia de esta sintomatología inespecífica a la vacunación contra el VPH. El evento de interés en salud pública ocurrió en un municipio al norte del país, en una comunidad con una problemática social importante, lo que sumado a la llegada masiva de medios de comunicación acrecentó el problema, dado el tinte amarillista que éstos le dieron a la noticia. Esto conllevó a que hubiera un incremento en el reporte de supuestos eventos adversos, principalmente en los horarios de emisión de los noticieros nacionales. A esto se sumó el oportunismo político y de algunos abogados, ofreciendo indemnizaciones millonarias por demandar al estado.

Adicionalmente, uno o dos médicos colombianos informaron a las familias de estas niñas que los síntomas presentados eran atribuibles a la vacunación contra el VPH, a pesar de los múltiples pronunciamientos a favor de la seguridad de la vacuna por parte de muchas sociedades científicas y académicas alrededor del mundo y en Colombia, así como de la OMS y OPS.



Diego Alejandro García.

Así las cosas, pasamos de una cobertura del 97% con primeras dosis en el 2012 al 6% en el 2016, incrementado ligeramente al 15% en el 2017, configurándose esto en una pérdida de la oportunidad de poder proteger a nuestras niñas de una enfermedad en su edad adulta, que puede ser prevenible a través de la vacunación. Durante el 2017, consideramos fortalecer las acciones en el ámbito local, ya que cuando desplegábamos campañas desde el nivel nacional, inmediatamente se activaban los grupos antivacunas. Esta estrategia ha permitido pasar de 79 mil a 214 mil dosis aplicadas, durante los años 2016 y 2017 respectivamente, de las cuales 50 mil y 143 mil han sido en niñas de 10 a 17 años, que han estado poniendo al día su esquema de vacunación; el restante ha sido en la cohorte de 9 años.

Colombia ha continuado fortaleciendo sus esfuerzos en la promoción de la vacunación contra el VPH, convencidos del beneficio superior que tiene en la salud de nuestra población, para lo que trabajamos de la mano de toda la comunidad médica. Seguimos luchando contra las falsas creencias que se tejen en torno a esta vacuna y a un fuerte movimiento antivacunas contra el VPH que ha incrementado en nuestro país y aunque no ha sido fácil, no desistiremos. ■

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