

El programa de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19

(26 de marzo de 2020)

Objetivo

- Brindar orientaciones respecto al funcionamiento de los programas de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Consideraciones clave

- En diciembre del 2019 se identificó un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) como el agente causal de una enfermedad respiratoria aguda grave (COVID-19) en Wuhan, China. (1,2) El virus se propagó a diferentes países y la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una pandemia el 11 de marzo del 2020. (3)
- Hay todavía algunas incertidumbres en la historia natural del SARS-CoV-2, incluyendo fuentes, mecanismos de transmisión y persistencia del virus en el medio ambiente. Se ha documentado la transmisión de persona a persona, con un período de incubación de 2 a 14 días.
- Por el momento no hay una vacuna disponible contra SARS-CoV-2. La OMS ha impulsado un proyecto (4), el cual tiene como objetivo coordinar y acelerar el desarrollo de esta vacuna. Al 26 de marzo, hay 2 vacunas candidatas que ya han iniciado ensayo clínico y 52 que están en fase preclínica. (5)
- Mientras tanto, en el contexto de la pandemia COVID-19, los sistemas de salud se enfrentan a un incremento rápido de la demanda. Cuando los sistemas de salud están abrumados, tanto la mortalidad directa por el brote como la mortalidad indirecta por las condiciones prevenibles y tratables, como la vacunación, aumentan dramáticamente. De hecho, un análisis de la epidemia de ébola de 2014-2015, sugiere que el aumento en el número de muertes causadas por sarampión, malaria, VIH / SIDA y la tuberculosis atribuible a fallas del sistema de salud superó las muertes por Ébola. (6)
- Por lo anterior, la OMS recomienda que la vacunación debe ser considerada un servicio de salud esencial que no debe de ser interrumpido.

Recomendaciones

- A continuación, se desarrollan las recomendaciones sobre la vacunación y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) el contexto de la pandemia de COVID-19, en la Región de las Américas. Las cuales fueron consultadas con los miembros del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de OPS, y están alineadas con las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización de la OMS (SAGE por sus siglas en inglés). (7)
- Estas recomendaciones son preliminares y están sujetas a revisión a medida que se disponga de nuevas evidencias.*

1. Vacunación de rutina durante la pandemia de COVID-19

- Involucrar al Grupo Técnico Asesor Nacional sobre Inmunización (NITAG por sus siglas en inglés) en la toma de decisiones sobre la continuidad del servicio de vacunación.

* Información actualizada sobre COVID-19 está disponible en: <https://www.paho.org/en/technical-documents-coronavirus-disease-covid-19>

- La decisión de mantener los servicios de vacunación será determinada por los lineamientos nacionales sobre distanciamiento social, la situación del sistema de salud, la carga de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), el contexto de transmisión local de SARS-CoV-2 (sin casos, casos esporádicos, conglomerados o transmisión comunitaria), así como otros factores como datos demográficos y la disponibilidad de vacunas e insumos. Los posibles escenarios para considerar son los siguientes:

Escenario	Recomendación
1. Si la capacidad del sistema de salud está intacta y la prestación de servicios esenciales de salud continua	La vacunación debe realizarse a través de puestos fijos, puestos móviles y actividades de extensión de cobertura, garantizándose el cumplimiento de las medidas recomendadas de prevención y control de infecciones (8,9) y de vacunación segura. Debe informarse a la población sobre la continuidad del servicio de vacunación, y la importancia de asistir a las citas de vacunación programadas.
2. Cuando solo sea posible la prestación de servicios de forma limitada	Priorizar la vacunación de las poblaciones vulnerables con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por EPV (por ejemplo, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas, personal de salud, mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, comunidades con brotes activos de sarampión, difteria, fiebre amarilla).
3. Si la vacunación no puede realizarse de manera segura, y el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 aumenta	Suspender las actividades de vacunación hasta que se haya reducido el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 y la capacidad del sistema de salud se haya recuperado lo suficiente como para reanudar estas actividades.

- En los escenarios 1 y 2 deberá priorizarse la vacunación contra la influenza y sarampión:
 - *Influenza*: La recomendación de vacunar contra influenza aplica principalmente a los países que, siguiendo las recomendaciones de la OMS para el hemisferio sur, aplicarán la vacuna contra la influenza en los próximos meses. Debe ser prioridad la vacunación del personal de salud, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas y mujeres embarazadas.
 - *Sarampión*: Considerar aplicar la estrategia de dosis cero para niños de 6 a 11 meses en los municipios con brotes activos.
- En los establecimientos de salud en los cuales se van a realizar actividades de vacunación, es fundamental que los profesionales de salud estén atentos a signos y síntomas de enfermedades respiratorias y ofrezcan a los pacientes con síntomas gripales una mascarilla quirúrgica y los refieran para evaluación médica según los protocolos locales de abordaje inicial de los pacientes con sospecha de COVID-19.
- No está recomendado el uso rutinario de mascarillas médicas por los profesionales de salud en el contexto de vacunación de rutina durante la pandemia de COVID-19
- Dado que los partos institucionales continuarán manteniéndose, la vacunación de recién nacidos debe seguir siendo una prioridad en todos los escenarios.
- Los países con programas de vacunación antineumocócica para adultos mayores y personas con condiciones de alto riesgo deben mantener esos programas siempre que sea posible la administración de esta vacuna.

2. Vacunación de personas con diagnóstico de COVID-19 y sus contactos

- Aunque actualmente no existen contraindicaciones médicas conocidas sobre vacunar a una persona con COVID-19, se recomienda deferir toda vacunación hasta su completa recuperación según los criterios establecidos.
- Aunque actualmente no existen contraindicaciones médicas conocidas sobre la vacunación de una persona que haya tenido contacto con un caso de COVID-19, se recomienda diferir la vacunación hasta que se haya cumplido la cuarentena (14 días después de la última exposición).

3. Realización de campañas de vacunación

- Con base al conocimiento actual sobre la transmisión de SARS-CoV-2, y las medidas de prevención recomendadas sobre el distanciamiento social, se recomienda suspender temporalmente las campañas de vacunación masivas debido al riesgo de potencializar la transmisión en el entorno comunitario y en los establecimientos de salud.
- De ocurrir un brote de una EPV, se deberá evaluar el riesgo-beneficio de realizar una vacunación de respuesta al brote teniendo en cuenta la capacidad del sistema de salud para ejecutar esta actividad de manera segura en el contexto de la actual pandemia de COVID-19. El análisis deberá evaluar el riesgo de una respuesta tardía frente a los riesgos asociados de una respuesta inmediata, tanto en términos de morbilidad y mortalidad por la EPV, como del impacto potencial de una mayor transmisión de SARS-CoV-2. Si se decide la realización de una campaña de vacunación, se deberá cumplir con medidas estrictas para proteger a los trabajadores de la salud, salvaguardar a la población y garantizar el manejo de los desechos sólidos. Si la decisión es retrasar la campaña de vacunación de respuesta al brote, se requerirá realizar una evaluación periódica de la morbilidad y mortalidad por la EPV y considerar el riesgo de un mayor retraso en la respuesta.
- Los países que para este año tenían planificadas campañas de seguimiento contra el sarampión, la rubéola o contra el virus del papiloma humano (VPH) deben continuar con la fase de micro planificación y posponer la fase de ejecución hasta que las condiciones lo permitan.

4. Orientaciones para los puestos de vacunación

- Llevar a cabo las sesiones de vacunación en áreas bien ventiladas, que sean desinfectadas con frecuencia. (10)
- Asegurar la disponibilidad de desinfectante de manos o una estación para el lavado de manos con agua clorada para uso de los usuarios a la entrada del establecimiento de salud. (10)
- Limitar el número de familiares que acompañan a la persona que será vacunada (1 acompañante)
- Realizar triaje de personas presentando síntomas respiratorios antes del ingreso al vacunatorio para evitar la propagación de SARS-CoV-2. Si paciente sintomático respiratorio, ofrecer mascarilla médica, no vacunar, y referir al servicio para evaluación
- Evitar salas de espera abarrotadas. Algunas estrategias para esto podrían incluir:
 - Horarios programados para citas de vacunación;
 - Integrar las actividades de vacunación con otros servicios esenciales de salud preventiva, según sea apropiado;
 - Realizar sesiones de vacunación pequeñas y frecuentes;
 - Utilizar espacios al aire libre y adherirse a la recomendación de distanciamiento social dentro de la instalación, vacunatorio o puesto de vacunación;
 - Establecer sesiones de vacunación exclusiva para personas mayores y personas con afecciones médicas preexistentes (como presión arterial alta, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias o diabetes).
- Siempre que sea posible, el vacunatorio deberá estar separado de los servicios curativos (es decir, horas diferentes, espacios diferentes);
- Recomendaciones para los vacunadores:
 - Realizar la higiene de las manos con frecuencia como se describe en "Mis 5 momentos para la higiene de las manos": i) Antes de tocar a un paciente; ii) Antes de realizar cualquier procedimiento limpio o aséptico; iii) Después de estar expuesto a fluidos corporales; iv) Después de tocar a un paciente, y v) Después de tocar el entorno de un paciente (11).
 - La higiene de las manos consiste en lavarse las manos con agua y jabón o con un desinfectante para manos que contenga entre 60% y 80% de alcohol.
 - Cumplir lineamientos sobre la vestimenta: i) Uso de uniforme, el cual no deberá ser utilizado fuera del establecimiento de salud; ii) Uso de zapatos cerrados; iii) No utilizar accesorios (por ejemplo: aretes, anillos, cadenas, reloj).
 - Limpiar el celular de forma adecuada. No utilizar el celular durante la atención de los usuarios.

- Si experimenta síntomas, como tos o fiebre, no debe estar trabajando y debe buscar atención médica.

5. Restablecimiento del servicio de vacunación

- El servicio de vacunación deberá restablecerse cuando se haya reducido el riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 y la capacidad del sistema de salud se haya recuperado lo suficiente como para reanudar estas actividades. Es probable que todavía haya algún nivel de transmisión de SARS-CoV-2 en curso cuando se reanuden los servicios. Es probable que aún se necesiten medidas más estrictas de prevención y control de infecciones y prácticas de distanciamiento social en las fases iniciales de la reanudación del servicio de vacunación. El NITAG debe asesorar al país sobre cómo reanudar el servicio y que poblaciones deben ser priorizadas.
- Una vez que los servicios de salud vuelvan a la normalidad, los países deberán intensificar la vacunación lo antes posible, incluso si la vacunación de rutina haya continuado durante toda la pandemia, ya que es posible que el nivel de prestación del servicio no haya sido óptimo o la población no haya podido o querido acceder al servicio. Por lo tanto, la intensificación del servicio de vacunación debe ser una prioridad. Además, se deberá priorizar la realización de las campañas de vacunación masiva que fueron suspendidas temporalmente debido a la pandemia. Es posible que sea necesario ajustar los grupos de edad objetivo de las campañas para tener en cuenta el mayor número de cohortes de edad con baja inmunidad. Cuando sea factible, deberán integrarse otras vacunas e intervenciones de salud para maximizar los beneficios para la salud, facilitar la recuperación y minimizar la carga de múltiples campañas. Será necesario reevaluar la microplanificación, especialmente si los servicios se interrumpieron por un período prolongado de tiempo.
- La decisión de restablecer el servicio de vacunación deberá comunicarse oportunamente al personal de salud y a la población.

6. Abastecimiento de vacunas e insumos y cadena de frío

- Debe tenerse en cuenta que la interrupción de los vuelos y la fabricación de vacunas e insumos puede afectar los planes de entrega.
- Monitorear las existencias de vacunas e insumos, así como, el funcionamiento de la cadena de frío.
- La capacidad existente de almacenamiento en cadena de frío puede requerir ser ampliada de existir un exceso de vacunas debido a envíos anticipados y/o bajo consumo debido a una disminución inesperada en los servicios de vacunación. Los países deben mantener una lista actualizada de todas las instalaciones potenciales (públicas y/o privadas) con cadena de frío funcional para ampliar la capacidad de ser necesario.

7. Vigilancia epidemiológica de las EPV

- Los sistemas de vigilancia deben continuar con la detección temprana y el manejo de casos de EPV, como mínimo para enfermedades con mandatos de vigilancia global y objetivos de eliminación y erradicación: sarampión, rubéola, tétanos neonatal, poliomielitis.
- Los países también deben priorizar la vigilancia de las EPV con potencial epidémico: influenza, meningococo, fiebre amarilla, sarampión, rubéola, difteria, y poliomielitis.
- La vigilancia rutinaria para otras EPV debe continuar tanto como sea posible; cuando no sea posible realizar pruebas de laboratorio, las muestras deben almacenarse adecuadamente para su confirmación cuando la capacidad del laboratorio lo permita. Los países deben garantizar suficiente capacidad de almacenamiento de muestras a nivel provincial y central, y monitorearla regularmente. Se recomienda revisar las condiciones de conservación de las muestras, según tipo de muestra y evento.
- Si no es posible que los sistemas de vigilancia de las EPV continúen funcionando normalmente, se deben identificar y mantener funciones críticas, como la vigilancia activa de casos de parálisis flácida aguda (polio), vigilancia en brotes y envío de muestras urgentes y confirmación por laboratorio de EPV prioritarias. Para disminuir el riesgo de exposición al SARS-CoV-2, la vigilancia activa de la poliomielitis puede continuar en un número limitado de hospitales prioritarios, siempre que el oficial de vigilancia use el equipo de protección personal (EPP) adecuado. Si esto no es

posible, la vigilancia activa debe realizarse de forma remota (por ejemplo, por internet, teléfono) tanto como sea posible.

- Si las actividades de vigilancia epidemiológica son suspendidas temporalmente debido a la pandemia de COVID-19, los países deben implementar acciones necesarias para garantizar la continuidad de las actividades y planificar medidas de recuperación si es necesario (por ejemplo: búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión/rubéola).
- Dado que los laboratorios que realizan las pruebas para detectar EPV puede que también sean responsables de realizar las prueba para SARS-CoV-2, es importante que los países conserven la capacidad para detectar las EPV prioritarias, aunque potencialmente a niveles reducidos, con una frecuencia disminuida.
- Optimizar y priorizar el uso de las pruebas de laboratorio será fundamental para poder garantizar la sostenibilidad de la vigilancia por laboratorio durante el tiempo de la pandemia y en los meses inmediatamente posteriores. Existe un riesgo de limitada disponibilidad de reactivos y suministros de laboratorio debido a una interrupción o disminución en la producción, y capacidad limitada para el transporte internacional de estos.

Bibliografía

1. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020.
2. [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2020;41(2):145-51.
3. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 Geneva2020 [Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>].
4. World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus. Global Research and Innovation Forum: Towards a Research Roadmap/report. [Disponible en: https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/keyaction/Global_Research_Forum_FINAL_VERSION_for_web_14_feb_2020.pdf?ua=1]
5. World Health Organization. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 26 March 2020. [Disponible en: https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Novel_Coronavirus_Landscape_nCoV_Mar26.PDF?ua=1]
6. Elston, J. W. T., Cartwright, C., Ndumbi, P., & Wright, J. (2017). The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. *Public Health*, 143, 60-70.
7. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems. Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic. March 2020. [Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>]
8. Pan American Organization. Requirements and technical specifications of personal protective equipment (PPE) for the novel coronavirus (2019-ncov) in healthcare settings. February 2020 [Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/requirements-and-technical-specifications-personal-protective-equipment-ppe-novel>]
9. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19). March 2020 [Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf]
10. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. March 2020. [Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)]
11. World Health Organization. My 5 Moments for Hand Hygiene [Disponible en: <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5moments/en/>]