



ACTA III REUNIÓN COMISIÓN NACIONAL DE INMUNIZACIONES (CoNaIn) 2014
San Javier, Tucumán, 10 de diciembre de 2014

Miembros del núcleo central de la CoNaIn (por orden alfabético)

- Dr. Pablo Bonvehí (Presidente)
- Dra. Ángela Gentile
- Dra. Silvia González Ayala
- Dr. Pablo Yedlin

Integrantes de la CoNaIn

- Dra. Ana Gabriela Bertone (Representante Región Sur)
- Dra. Andrea Uboldi (Representante Región Centro)
- Dra. María Esther Diangelo (Representante Región Cuyo)
- Lic. Blanca Duarte (Representante Región NEA)
- Dra. Roxana Fatum (Representante Región NOA)
- Dra. Miriam Bruno (Representante SAP)
- Dra. Aurelia Fallo (Representante SADIP)
- Dr. Ricardo Rüttimann (Representante SADI)

Participantes:

- Dra. Mirta Magariños (Representante Organización Panamericana de la Salud)
- Dra. Susana Devoto (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia)

Secretaria: Dra. Carla Vizzotti (ProNaCEI)

Orden del día

Incorporación de vacunas al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) y recomendaciones: estrategia de vacunación antimeningocócica

La Dra. Sandra Sagradini expuso lo actuado por el grupo de trabajo sobre enfermedad meningocócica en relación con las posibles estrategias para la incorporación de la vacuna antimeningocócica al CNV.

Respecto de la situación epidemiológica local, se registró una tendencia estable en el período 2012-2014. La incidencia de 2012 fue de 0,72 casos por 100.000; la de 2013, de 0,73 casos por 100.000. No se observó un aumento de la incidencia en la adolescencia, al contrario de lo que sucede en otros países. La mayor carga de la enfermedad se registró en los menores de un año de edad. Dentro de este grupo, el 85% de los casos se verificó en los menores de 9 meses. En cuanto a los serogrupos causantes, en 2013 se registró un 45% de casos por meningococo B y 45% por meningococo W. En 2014, estos porcentajes fueron de 50 y 47% para todos los grupos etarios, respectivamente, en tanto que los serogrupos predominantes en los menores de 9 meses fueron meningococo B, con 53% de los aislamientos y el W, con 47%.

El grupo de trabajo recopiló y evaluó las vacunas disponibles en la Argentina y estudió los posibles esquemas de introducción al CNV. A la fecha se cuenta con dos vacunas cuadrivalentes conjugadas, que ofrecen protección contra meningococo A, C, W, e Y. Solo una de ellas (la conjugada con proteína CRM₁₉₇ de *Corynebacterium diphtheriae*) está aprobada para su uso a partir de los dos meses de vida por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), del mismo modo que lo sucedido en otros países del mundo. Asimismo, está en proceso de evaluación por la ANMAT la vacuna contra meningococo B constituida por tres proteínas recombinantes y vesículas de la membrana externa.

En la discusión, se intercambiaron diversos puntos de vista respecto de la estrategia de control de la enfermedad meningocócica y se logró consenso sobre los siguientes puntos:

- Esquema primario de vacunación con dos dosis (a los 3 y 5 meses de vida). Una dosis de refuerzo a los 15 meses de vida. Al respecto, existe evidencia científica que demuestra la no inferioridad del esquema “2+1” (respecto del “3+1”), contra los serogrupos C, W e Y basada en el porcentaje de niños con títulos mayores a 1:8 de anticuerpos protectores mediante prueba bactericida del suero utilizando complemento humano (hSBA) y de no inferioridad para todos los serogrupos basado en los títulos medios geométricos (GMT). Al ser administrada a los 3, 5 y 15 meses de edad se evita la coincidencia temporal con otras múltiples vacunas

inyectables incluidas en el calendario oficial a los 2, 4 y 12 meses, favoreciendo la adherencia de la comunidad y el equipo de salud a la estrategia con el objeto de lograr elevadas coberturas de vacunación.

- Vacunación de adolescentes: el objetivo de incorporar la vacunación antimeningocócica en adolescentes consiste en disminuir la portación orofaríngea de la bacteria en la población vacunada y su transmisión, contribuyendo a la disminución de la incidencia de la enfermedad en el grupo más vulnerable, constituido por los niños menores de 5 años no vacunados. Además, los adolescentes vacunados reciben el beneficio directo de la protección directa.
- Vacunación contra meningococo B: se deja constancia que todavía no se conoce con certeza el grado de protección que pueda ofrecer contra las cepas de meningococo B que circulan en Argentina la vacuna en evaluación para registro arriba mencionada. Existe consenso sobre la necesidad de profundizar los estudios microbiológicos que avalen una toma de decisión ajustada a la situación epidemiológica local.

Se llegó a un consenso para recomendar la incorporación al CNV de la vacuna cuadrivalente conjugada con proteína CRM₁₉₇ de *Corynebacterium diphtheriae* con un esquema “2+1” a los 3, 5 y 15 meses de edad. Además, para disminuir la portación, se recomendó la aplicación de una dosis a los niños de 11 años. Se prioriza simplificar la implementación, sugiriendo contar con un solo tipo de vacuna si fuera posible, si bien para los adolescentes puede utilizarse cualquiera de las dos vacunas disponibles, asegurando el cumplimiento de la estrategia.

Estrategias de prevención de enfermedades respiratorias: influenza, virus sincicial respiratorio (VSR)

La Dra. Nathalia Katz presentó los resultados de la estrategia de vacunación antigripal del 2014. Se lograron coberturas en puérperas y embarazadas satisfactorias.

Las jurisdicciones expresaron la necesidad de generar acciones para optimizar la estrategia de vacunación durante el embarazo y de brindar un mensaje claro sobre la diferencia de proteger tanto a la mujer como al producto de la concepción, respecto de las implicancias de la vacunación durante el puerperio (que es un período de menor riesgo para la mujer y una pérdida de la oportunidad de proteger al recién nacido hasta que puede recibir la vacuna antigripal por Calendario Nacional de Vacunación (los primeros seis meses de vida).

De tal manera, la comisión discutió una modificación en relación al tiempo límite para la vacunación durante el puerperio, teniendo en cuenta que el fundamento para la vacunación de la embarazada es lograr su protección y también la del producto de la concepción, a través del pasaje trasplacentario de anticuerpos. Se consensuó que la prioridad debe ser la vacunación de la embarazada. Además, teniendo en cuenta que el riesgo de complicaciones por influenza persiste también en el peri-parto, se recomendó la vacunación de la puérpera no vacunada durante el embarazo, dentro de los 10 días del parto, siendo la mejor estrategia la aplicación antes del egreso de la maternidad.

La Dra. Silvina Neyro presentó los datos del uso en la Argentina de la profilaxis contra el VSR mediante la aplicación de palivizumab, correspondientes al año 2014. La comisión recomendó la adhesión a la estrategia en vigencia en todo el país, consensuada oportunamente con todos los actores intervinientes en el tema.

Nuevas recomendaciones e incorporaciones de vacunas al Calendario Nacional de Vacunación: vacuna antineumocócica para huéspedes inmunocomprometidos, adultos de 65 años o más; vacuna contra rotavirus; vacuna contra la varicela; Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH); estrategia de vacunación antipoliomielítica

Respecto de la vacunación antineumocócica, la Dra. Carla Vizzotti informó que ANMAT registró la vacuna conjugada 13 valente (VCN-13) para su uso entre los 18 y 49 años. Por tal motivo, según lo resuelto por el Ministerio de Salud de la Nación, entran en vigencia las recomendaciones de vacunación antineumocócica para adultos con los siguientes esquemas:

- Huéspedes inmunocomprometidos mayores de 18 años (excepto los receptores de trasplante de células hematopoyéticas), pacientes con fistulas de LCR y receptores de implante coclear: una dosis de la VCN-13 y una dosis de la VPN-23, con un intervalo mínimo de 8 semanas entre ambas vacunas. Para los receptores de trasplante de células hematopoyéticas, la indicación recomendada es la aplicación de 3 dosis de VCN-13, con intervalo mínimo de 8 semanas entre cada una, seguida de la aplicación de una dosis de VPN-23, 12 meses después de la tercera dosis de VCN-13. Si el paciente tuviera enfermedad injerto contra huésped, se aplicará la VCN-13, en lugar de VPN-23.
- Para las personas de 65 años de edad, o mayores **no comprendidas en las indicaciones del párrafo previo**, aplicar una dosis de VPN-23.

- Las personas entre 18 y 64 años con enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiovascular crónica, diabetes, alcoholismo, enfermedad hepática crónica y tabaquismo recibirán una dosis de VPN-23. Una segunda dosis de esta misma vacuna se indicará al cumplir 65 años.

La Dra. Carla Vizzotti informó que:

- La vacuna contra el rotavirus (monovalente), que ha sido adquirida a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud, ya ha sido distribuida a las jurisdicciones y estará disponible a partir de enero de 2015. La vacuna está destinada para la cohorte de niños nacidos a partir del 1 de noviembre de 2014. El esquema de vacunación consiste en dos dosis por vía oral, a los dos y cuatro meses de vida.
- La vacuna contra la varicela, a ser incorporada durante el 2015, está en proceso de compra y estará destinada para los niños a los 15 meses de vida, en esquema de una única dosis.
- El grupo de trabajo sobre vacuna contra el VPH revisará el documento de posición del Grupo Técnico Asesor de la OMS que recomienda esquemas con dos dosis (esquema "0-6 meses"). Se difundirá una nueva recomendación de vacunación contra el VPH lo más precozmente posible durante 2015 para poder implementar la estrategia por año calendario.
- La estrategia de vacunación antipoliomielítica de la Argentina, con la incorporación de la vacuna trivalente inactivada, en esquema secuencial con la vacuna viva trivalente oral se ajustará al cronograma de erradicación de la enfermedad recomendado en fecha reciente por la OMS.

FECHA DE LA PROXIMA REUNION: Tercera semana de marzo, se propone jueves 19 de marzo de 2015.