



LOGROS



Lecciones aprendidas de la vacunación contra el VPH y recomendaciones

Logros

La introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) tiene el potencial de salvar las vidas de millones de mujeres y niñas en todo el mundo. Con base en una revisión conducida por la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* y PATH, este resumen destaca resultados, lecciones claves y recomendaciones relevantes para el tema de **logros de la vacunación contra el VPH**.

Resultados y lecciones claves

COBERTURA DE VACUNAS

Cincuenta y un proyectos demostrativos y 9 programas nacionales de un total de 92 experiencias de distribución de vacunas contra el VPH tuvieron datos sobre cobertura de la dosis final: 55 incluyeron un componente escolar y 5 usaron solamente centros de salud, con o sin estrategias de movilización comunitaria. Se definió la cobertura de vacunas como el número total de niñas del total estimado de la población elegible que recibieron todas las dosis contra el VPH. En general, la cobertura de vacunas fue buena, con un 83% de experiencias de distribución que reportaron un 70% o más de cobertura de vacunas. Ningún proyecto/programa reportó menos del 50% de cobertura de vacunas. De los que reportaron cobertura de vacunas, 50 usaron un esquema de vacunación de tres dosis y 10 utilizaron un esquema de dos dosis (las revisiones de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el esquema de dos dosis fueron publicadas hasta fines de 2014).

De los cinco proyectos/programas que únicamente vacunaron en centros de salud (con o sin estrategias de movilización) la cobertura reportada fue, en general, menor que la de los que incluyeron escuelas. Un programa nacional que empleó diferentes estrategias a lo largo de un período de cinco años, encontró que la distribución basada en la escuela resultó en 90% de cobertura de vacunas, en comparación con el 73% de cobertura de vacunas de la distribución basada en centros de salud.



Lección clave: Es factible alcanzar una alta cobertura de vacunas contra el VPH en países de ingresos bajos y medios.



PATH/Scott LaMontagne



Lección clave: Las estrategias de distribución de vacunas que incluyeron un componente basado en la escuela resultaron en general con una alta cobertura. Hay datos insuficientes sobre las estrategias que no incluyeron a las escuelas para derivar lecciones clave sobre cobertura.

ACEPTACIÓN Y PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO

La aceptación de la vacuna (cobertura de vacunas de primera dosis) reportada por 56 experiencias de distribución varió de 64% a más del 100%. Las tasas de pérdida de seguimiento (proporción de personas que iniciaron y no recibieron todas las dosis) fueron reportadas por 54 experiencias de distribución: en 31 de ellas, la tasa de pérdida de seguimiento fue de 10% o menos; en 19 experiencias, la tasa de pérdida de seguimiento fue entre 11 y 20%; y 5 experiencias de distribución reportaron una tasa de pérdida de seguimiento entre 21 y 30%

Varios factores ayudaron al seguimiento de las dosis, incluidos los registros de vacunación (electrónicos o manuales), tarjetas de inmunización, participación del personal escolar y recordatorios a través de trabajadores sanitarios, iglesias y foros de la comunidad.



Lección clave: Los registros de vacunación, las tarjetas de inmunización y la utilización de miembros de la comunidad facilitaron el seguimiento de las niñas para asegurar que completaran todas las dosis de vacunas.



FACTORES CORRELACIONADOS CON UNA ALTA COBERTURA DE VACUNAS

Datos de 60 experiencias de distribución mostraron que los factores correlacionados con una alta cobertura de vacunas ($\geq 70\%$) incluyeron el uso de escuelas como sitios para aplicar las vacunas, el liderazgo del Programa Ampliado de Inmunización, la planificación e implementación en colaboración con los ministerios de educación y departamentos a nivel nacional y sub-nacional, así como oportunidades de vacunación para niñas que no asisten o faltan a la escuela. Otros factores incluyeron una amplia movilización social que se apoyó en ‘personas influyentes confiables’, como los trabajadores sanitarios y maestros, así como los registros y tarjetas de vacunación. Se informó que la vacunación por grado escolar fue logísticamente más fácil de implementar que la vacunación por edad, cuando se realizó en escuelas.



Lección clave: Las estrategias que incluyeron un componente de distribución basado en la escuela alcanzaron una alta cobertura de vacunas debido a la capacidad de llegar a un gran número de niñas elegibles al mismo tiempo y en el mismo lugar. (Había poca experiencia en distribución de vacunas solo en los centros de salud).



Lección clave: Involucrar al programa nacional de inmunización y el sector educación a nivel nacional y local, durante la planificación e implementación fue esencial para obtener una alta cobertura de vacunas.



Lección clave: Otros factores asociados con una alta cobertura de vacunas incluyeron el uso de registros y tarjetas de vacunación, así como la movilización social que se apoyó en personas influyentes confiables.



Lección clave: Hubo evidencia inicial de que los planes de dos dosis fueron más fáciles de implementar en comparación con los planes de tres dosis.

FACTORES CORRELACIONADOS CON UNA BAJA COBERTURA DE VACUNAS

Entre las 60 experiencias de distribución, se observó una baja cobertura de vacunas en algunas de las que solamente usaron centros de salud, las que no coordinaron de manera efectiva un plan de vacunaciones con escuelas y en donde los rumores condujeron a las escuelas a rechazar la vacunación. Varias experiencias de distribución de vacunas con baja cobertura también mencionaron retrasos en la recepción de fondos para actividades de movilización social y la vacunación. El no proporcionar una segunda oportunidad para las niñas que perdieron la primera dosis también se señaló como un factor correlacionado con una menor cobertura de vacunas.



Lección clave: La falta de una planificación efectiva y coordinación con las escuelas impactó en forma negativa la cobertura de vacunas.



Lección clave: Una alta cobertura puede ser más difícil de lograr en áreas urbanas debido a una mayor exposición a los medios negativos, a una mayor movilidad de la población y a la dificultad en la estimación en comparación con las áreas rurales.

RECOLECCIÓN DE DATOS E INFORMES SOBRE LA COBERTURA DE VACUNAS

La precisión de los datos sobre la cobertura de vacunas fue variable; y solamente 60 de 92 experiencias de distribución describieron la forma en que registraron los datos y elaboraron informes. Algunos proyectos/programas reportaron el número de niñas vacunadas fuera de la población objetivo, mientras que otros solamente reportaron un porcentaje. Las estimaciones de la población objetivo fueron variables y estuvieron influidas por una amplia variedad de fuentes de datos. El grado de comprensión por parte de los trabajadores sanitarios, maestros y padres de familia acerca de los criterios de elegibilidad para

Recomendaciones

En base a la experiencia de los países, los tomadores de decisiones que deseen aumentar la cobertura de vacunas deben:

1. **Conducir conjuntamente la planificación con el programa nacional de inmunización y el sector educación a nivel nacional y local con mucho tiempo de anticipación al lanzamiento de la campaña de vacunación.** Esto asegurará la buena coordinación entre las actividades y datos más precisos sobre la población objetivo.
2. **Distribuir fondos en forma temprana para actividades de planificación, movilización e implementación.** Los retrasos en los fondos afectan negativamente la cobertura de vacunas.
3. **Ofrecer la vacunación en las escuelas porque es probable que se maximice la cobertura.** Asegurar que hayan oportunidades de vacunación para llegar a las niñas que se ausentan o que no asisten a la escuela.
4. **Para una distribución eficiente en las escuelas, los criterios de elegibilidad basados en el grado escolar son más fáciles de implementar, pero usarlos puede representar un reto cuando se calcula la cobertura.** Los criterios de elegibilidad basados en la edad facilitan la estimación y los cálculos de cobertura, pero su uso puede ser más complicado en las escuelas.
5. **Comprometer a maestros, trabajadores sanitarios de la comunidad y a la comunidad más amplia para identificar a las niñas que no asisten a la escuela y darles seguimiento entre las dosis.** La participación comunitaria aumenta la aceptación y ayuda a completar todas las dosis.
6. **Monitorear y evaluar cuidadosamente la cobertura de vacunas, incluidas las metas numéricas, las dosis distribuidas y la edad de las niñas.** Esto es importante para comprender si los enfoques son efectivos o si se necesitan cambios durante el proyecto/programa.



PATH/Le Thi Nga

Se informó que la recolección de datos representó un reto debido a las características únicas de la población objetivo, la necesidad de dar seguimiento a múltiples dosis para cada niña, la falta de formularios estandarizados y la armonización con formularios rutinarios de vacunación, así como las dificultades para un registro exacto de la edad. Los requerimientos variables de datos específicos por parte de los donantes sobre cobertura de vacunas por grado escolar y por edad también presentaron retos.



Lección clave: La recolección y la precisión en los datos plantearon retos para la mayoría de los países, con base en una variedad de factores específicos para la vacunación contra el VPH.

la vacunación también influyó en la calidad y precisión de los datos sobre la cobertura de vacunas.

Diecisiete experiencias de distribución en 13 países reportaron datos de cobertura de vacunas a partir de encuestas de población. Se consideró que estos datos eran medidas más precisas y confiables de la cobertura de vacunas contra el VPH y se usaron para validar las estimaciones derivadas de datos administrativos.

Acerca de este proyecto: Desde 2007, los países han estado adquiriendo conocimientos acerca de la mejor forma de distribuir las vacunas contra el VPH a través de proyectos demostrativos e introducciones a nivel nacional. Para apoyar a los tomadores de decisiones, la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* y PATH condujeron una revisión de la experiencia en la distribución de vacunas contra el VPH en 46 países de ingresos bajos y medios. Estas actividades representan 12 programas nacionales de vacunación y 66 proyectos demostrativos – algunos de los cuales implementaron múltiples estrategias de distribución – lo que resultó en 92 distintas experiencias de distribución de vacunas.

Los resúmenes de temas adicionales abordan la preparación, distribución, comunicaciones, sostenibilidad, valor y dificultades. Encuentre esos resúmenes y más información en www.rho.org/HPVlessons.