



DISTRIBUCIÓN



Lecciones aprendidas de la vacunación contra el VPH y recomendaciones

Distribución

La introducción de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) tiene el potencial de salvar las vidas de millones de mujeres y niñas en todo el mundo. En base a 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 **distribución de vacunas contra el VPH**.

Resultados y lecciones claves

ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN

La mayoría de los proyectos/programas usó a las escuelas como sitios para la vacunación, ya sea por sí solas o en combinación con centros de salud y con o sin estrategias para movilizar a las niñas que no asisten o faltan a la escuela. Existe poca experiencia sobre la distribución a través de centros de salud en países de ingresos bajos y medios (PBM) (12% de las experiencias nacionales). Los trabajadores de salud que visitaron las escuelas trabajaron estrechamente con los maestros. Se reportó que las estrategias que incorporaron a las escuelas requirieron un uso intensivo de recursos, pero también lograron una alta cobertura de vacunas. Los países que usaron trabajadores sanitarios de la comunidad para apoyar las actividades de distribución de vacunas mencionaron resultados positivos, como una carga de trabajo reducida para los trabajadores sanitarios y un mejor acceso a las áreas y grupos de difícil acceso.



Lección clave: La distribución de vacunas que se basó en escuelas alcanzó grandes proporciones en niñas de 9 a 13 años y se benefició de la coordinación con maestros. Sin embargo, esas estrategias requirieron un uso intensivo de recursos.



Lección clave: Involucrar a trabajadores sanitarios de la comunidad aumentó la aceptación de la comunidad y la cobertura de vacunas; y ayudó en la identificación de niñas que no asisten a la escuela o que perdieron dosis.



PATH/Jacqueline Sherris

SELECCION DE DISTRITOS Y DEFINICIÓN Y ESTIMACIÓN DE POBLACIONES OBJETIVO

Para 53 proyectos demostrativos a través de 40 países, la selección de distritos se basó en los siguientes criterios: condiciones promedio que representan a un distrito “típico”, conveniencia y practicidad, una variedad de condiciones para permitir comparaciones (ej. urbano, rural, dificultad de acceso), o retos particulares que requerían pruebas y práctica adicionales.

Para definir la población, 52% de las 75 experiencias de distribución de vacunas que usaron escuelas se enfocaron en un determinado grupo de edad de niñas, 31% seleccionó grado(s) escolar(es) y 17% identificó un grupo de edad selecto dentro de un grado selecto. Todos los proyectos/programas que emplearon solamente centros de salud y/o estrategias de distribución de alcance comunitario identificaron a las niñas por su edad.

A través de 43 proyectos demostrativos en 35 países, establecer una estimación de la población objetivo con el fin de producir denominadores para la provisión y cobertura de vacunas fue un reto importante. Los métodos más comúnmente usados para estimar el número de niñas elegibles fueron los registros escolares, datos de matriculación del ministerio de educación, o los datos censales más recientes combinados con estimaciones a partir de encuestas sobre asistencia escolar. En casi todos los casos, ninguna de estas fuentes proporcionó denominadores confiables para planificar la vacunación y para estimar la cobertura de vacunas. Unos cuantos países



condujeron un recuento de las niñas elegibles, incluidas las que no asistían a la escuela, antes de la vacunación y ajustaron los números antes de la distribución de la siguiente(s) dosis. Sin embargo, este ejercicio demandó una considerable cantidad de tiempo y de recursos financieros. Determinar la edad de las niñas fue un problema en muchos países en donde los registros de nacimiento no estaban disponibles de manera rutinaria o no eran guardados por los padres, o bien donde los registros escolares eran inexactos.

A través de 12 programas nacionales, los datos censales se usaron para estimar la población objetivo, dado que la elegibilidad para la vacunación se basó en la edad. La mayoría de los programas se orientó a un rango de edades más amplio, como todas las niñas entre 9 y 13 años, en el primer o segundo año, después cambiaron a una cohorte de un solo año para los años subsiguientes.



Lección clave: Fue más sencillo implementar la elegibilidad basada en el grado escolar en las escuelas en los días de vacunación, aunque fue un reto comunicar la razón por la que niñas de la misma edad en diferentes grados escolares no serían vacunadas.



Lección clave: Fue más fácil explicar a los trabajadores sanitarios y a la comunidad la estrategia basada en la edad y pudo aplicarse consistentemente tanto a niñas que asistían como a las que no asistían a la escuela. La elegibilidad basada en la edad coincide mejor con el programa rutinario de vacunación, pero puede no ser confiable si la determinación de la edad es un reto para los padres y los trabajadores sanitarios, y también podría causar una mayor complicación en las escuelas al vacunar a las niñas a través de múltiples grados escolares.



Lección clave: A través de casi todos los países, la estimación de la población objetivo para proyectos demostrativos representó un reto considerable.



Lección clave: La micro-planificación puede incluir un ejercicio para estimar el total de escuelas—incluidas las no registradas con el ministerio de educación—y establecer registros confiables a ser validados durante la distribución de la primera dosis.

DURACIÓN

Le vaccin contre le VPH a été administré selon une approche La vacuna contra el VPH se distribuyó a través de un enfoque tipo campaña en casi todos los proyectos/programas. Entre las 31 experiencias de distribución que reportaron el tiempo de distribución, el enfoque más común fue una semana por dosis y la planeación de todas las dosis dentro de un año de calendario escolar, cuando las escuelas se utilizaron como sitios de vacunación.

Diecinueve países completaron 21 experiencias de distribución con un plan de vacunación contra el VPH de dos dosis (con 6 meses entre dosis); un país implementó una campaña anual de una sola vez para cada dosis (12 meses entre dosis). Los diez países que tuvieron experiencia en ambos planes de vacunación reportaron que el uso de dos dosis fue logísticamente más fácil y financieramente más económico que distribuir tres dosis. Sin embargo, algunos países expresaron su preocupación sobre cómo distribuir efectivamente tres dosis para niñas VIH-positivas.

En 37 países, las estrategias comunes para el seguimiento de niñas que perdieron dosis incluyeron referir a las niñas a centros de salud, regresar a las escuelas para una segunda sesión de vacunación, administrar la dosis faltante en la fecha de la siguiente dosis programada (i.e. aplicar la dosis inicial en el momento de distribuir la segunda dosis), o visitar a las niñas en su domicilio.



Lección clave: El alcance de las actividades de seguimiento para niñas que no recibieron la primera dosis fue, en general, determinada por factores específicos de cada país como el ausentismo escolar, por lo que se percibió como una 'adecuada' cobertura de vacunas y por los recursos disponibles.



Lección clave: La distribución de todas las dosis dentro del año escolar minimizó las pérdidas de seguimiento y facilitó el seguimiento de las niñas para que completaran todas las dosis.



Lección clave: Donde los recursos lo permiten, proveer una segunda oportunidad para la vacunación tuvo éxito para llegar a niñas y padres que la habían rechazado inicialmente.

Recomendaciones

En base a la experiencia de los países, con el fin de diseñar una estrategia de vacunación exitosa para futuros programas de vacunación contra el VPH, los tomadores de decisiones deben:

1. **Vacunar en las escuelas son un modo eficiente de llegar a la mayoría de niñas de 9 a 13 años de edad.** Sin embargo, en donde la matriculación escolar es baja o no hay disponibilidad de recursos, es esencial una combinación de estrategias de distribución para lograr una alta cobertura de vacunas.
2. **Considerar una variedad de factores cuando se selecciona la estrategia de vacunación.** Estos factores deben incluir la proporción del grupo objetivo en escuela, tasas de ausentismo, costos operativos, cobertura de vacunas deseada/adeuada y recursos humanos y financieros requeridos para la sostenibilidad del programa.
3. **Definir claramente las poblaciones elegibles.** La elegibilidad basada en la edad fue más fácil de comprender, utilizó estimaciones censales para denominadores y fue relevante tanto para niñas que asisten y para las que no asisten a la escuela. Sin embargo, seleccionar un solo grupo de edad a través de los grados escolares en los programas basados en escuela puede ser un reto y es posible que no todas las poblaciones conozcan sus edades.
4. **Implementar una estrategia específica de movilización para las niñas que no asisten a la escuela.** Esto puede incluir la participación de trabajadores sanitarios o voluntarios para dar seguimiento a las niñas, difundir mensajes en la comunidad sobre el centro de salud más cercano en donde se puede tener acceso a la vacuna, o sobre otras oportunidades de vacunación dirigida.
5. **Los planes de dos dosis son más fáciles de implementar que los de tres dosis.** Es necesario considerar una cuidadosa planificación sobre la forma de aplicar una tercera dosis a las niñas VIH-positivas para evitar la estigmatización (ej., provisión de la primera y segunda dosis en la escuela (meses 0 y 6) y la tercera dosis en la clínica a los 12 meses).
6. **Analizar el costo-efectividad de las actividades de seguimiento, como las visitas de regreso a escuelas con tasas de aceptación bajas.** Contar con un umbral de cobertura de vacunas puede ser una forma de identificar áreas en donde estas actividades probablemente rendirán el mayor beneficio.
7. **Vacunar a todas las niñas en edades de 9 a 13 años en el primer año de lanzamiento nacional puede funcionar para ponerse al día.** Las necesidades de

financiamiento que deben obtenerse para el año actual y los subsiguientes solamente necesitarán enfocarse en las niñas de 9 años.

8. **Contar con lineamientos nacionales estandarizados y procedimientos de capacitación para reportar y dar respuesta a eventos adversos.** Las partes interesadas como los maestros y padres de familia, pueden ser un recurso útil en el monitoreo y reporte de eventos adversos.



Lección clave: Distribuir en base a un plan de dos dosis, con intervalos de 12 meses entre dosis, fue más fácil y económico que usar tres dosis.

EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE INYECCIÓN SEGUROS

En la mayoría de los países, los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o la inmunización (ESAVI) se reportaron en formularios estandarizados en los sitios de vacunación. Los ESAVI reportados fueron menos del 1% en los 44 países que tenían algunos datos al respecto. La mayoría de ESAVI fueron menores y temporales, requirieron observación pero ningún o mínimo tratamiento. Los padres de familia y maestros fueron un recurso útil en el monitoreo y reporte de ESAVI.

La mayoría de los países indicaron la disponibilidad de lineamientos para la seguridad de las inyecciones y/o procedimientos de capacitación. En donde no se contó con estas guías, los países sugirieron que 'generalmente se apegaban' a prácticas seguras.



Lección clave: En general, la capacitación para el registro, el monitoreo y la respuesta a eventos adversos se consideró aceptable y consistente con los de otras vacunas; algunos proyectos/programas monitorearon de manera más estrecha los eventos adversos de las vacunas contra el VPH.

Acerca de este proyecto: Desde el año 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, comunicaciones, logros, sostenibilidad, valor y dificultades. Encuentre esos resúmenes y más información en www.rho.org/HPVlessons.