

SESION ORDINARIA CAVEI 10 NOVIEMBRE 2017

ASISTENTES

PANEL DE EXPERTOS

Dr. Mario Calvo
Dr. Jaime Cerda
Abg. Eduardo Díaz
Dra. María Luz Endeiza
Dr. Jaime Rodríguez
EU. MSP Solange Santillana
Dr. Jan Wilhelm

MINSAL

Dra. Cecilia González– PNI
Dr. Sergio Loayza– Departamento de Epidemiología.
Sra. Viviana Sotomayor– Departamento de Epidemiología.

ISP

QF. MSc. Adiel Saldaña

SECRETARIA

Magdalena Bastías

NO ASISTEN

Dra. Jeannette Dabanch (tope agenda).
Dra. Dra. María Teresa Valenzuela (fuera del país).
Dr. Jaime Inostroza (fuera del país).

Hora de inicio: 15:20h

Hora de término: 19:00h

El Panel de Expertos expresa su situación de posibles conflictos de interés:

- Dr. Mario Calvo: por estudios de vacunas que no están en plan de ingresar al PNI, declaró relación con Pfizer y Merck Sharp & Dohme Corp. Además, participa de una investigación financiada por Fondef ID14I10084 e Ichor Biologics.
- Dr. Jaime Cerda: sin conflicto de interés.
- Abg. Eduardo Díaz: sin conflicto de interés.
- Dra. María Luz Endeiza: sin conflictos de interés.
- Dr. Jaime Rodríguez: sin conflicto de interés.
- EU. Solange Santillana: sin conflictos de interés.
- Dr. Jan Wilhelm: sin conflicto de interés.

Se abre la sesión con la revisión de la Tabla:

- 1) Audiencia GSK: datos científicos actualizados sobre Menveo.
- 2) Situación de Parotiditis.
 - Situación epidemiológica general- Dr. Loayza.
 - Situación epidemiológica en la V Región- EU. Solange Santillana.
- 2) Avance recomendación IPV/OPV/Hexavalente- Dr. Wilhelm
- 3) Avance esquema de vacunación “puesta al día” con orientación a la población inmigrante- Dr. Rodríguez.
- 4) Otros:
 - Presidencia del CAVEI
 - Reglamento Interno del CAVEI
 - Informar sobre reunión con el Colegio de Matronas y Matrones de Chile

1. Audiencia a GSK.

De GSK asistieron Marjorie Vásquez (Gerente Científico de Vacunas), Gabriela Vidal (Gerente Médico de Meningococo GSK Conosur) y Jorge Arévalo (Gerente General GSK Ecuador-Chile-Perú). La presentación fue una revisión de la evidencia científica reciente de Menveo que tuvo una extensión de 20 minutos.

2. Situación Parotiditis a la semana epidemiológica 39, 2017

El Dr. Loayza comenzó su presentación con el comportamiento histórico de la Parotiditis en Chile (1980-2016), el que fue oscilante hasta principios de los años 90, con

tasas de notificación con valor máximo de aproximadamente 225/100.000 hab. Luego de la introducción de la vacuna Trivírica en 1990, hubo una caída de las notificaciones a tasas inferiores a 10/100.000 hab. a partir del año 2004 y bajo 5/100.000 desde el 2009. La incidencia de parotiditis se mantuvo estable entre el 2009 y el 2014, con alza a partir del año 2015 que hasta la fecha no ha cesado. Actualmente, la tasa incidencia es 11/100.000 hab. A nivel regional, existe conglomeración de casos en la V Región a raíz de brotes en instituciones públicas.

El actual brote ha expuesto un nuevo comportamiento de la Parotiditis en el país: su concentración en el grupo etario 15 a 39 años. El CAVEI discutió sobre la susceptibilidad de este grupo y se barajaron asuntos de cobertura como posible explicación.

El Departamento de Epidemiología está implementando medidas para enfrentar el brote, entre ellas, la evaluación de riesgo para la implementación inmunización. Según dicha evaluación, podría indicarse inmunización “amplia” (entornos amplios). A la fecha, 90% de las notificaciones son sin complicación y no ha habido notificaciones de encefalitis o meningitis.

La Consejera Solange Santillana presentó la situación de Parotiditis en Valparaíso.

Se concluyó que la actual situación epidemiológica de la Parotiditis es similar a la reportadas en otros países tales como Estados Unidos, Australia, Irlanda, Corea, Holanda, República Checa, Bélgica, Francia.

3. Avance recomendación IPV/OPV/Hexavalente

El 6 de noviembre 2017 el Dr. Wilhelm envió por correo electrónico el documento de la postura inicial del CAVEI sobre la incorporación de vacuna hexavalente, esto en el marco del Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis.

El documento abordó los siguientes puntos:

- Disminución de casos de poliomielitis por virus polio salvaje a nivel mundial.
- Casos de parálisis flácida asociados a OPV.
- Disponibilidad limitada de vacuna IPV.
- ESAVI observados con vacuna pentavalente actualmente en uso.
- Disponibilidad limitada vacuna pentavalente Quinvaxem®.
- Incompatibilidad componente pertussis celular (wP) con IPV.
- Disponibilidad de vacuna Hexavalente.
- Tiempo requerido para asegurar abastecimiento (y distribución, educación, entrenamiento, planificación y gestión adecuada para el cambio de esquema OPV/IPV.

La discusión del Panel se centró en el esquema de vacunación adecuado en consideración de las recomendaciones internacionales de cesar el uso de OPV en las primeras vacunaciones. También, se reforzó la importancia de alcanzar alta cobertura en la vacunación de la embarazada contra coqueluche. El Panel aprobó la recomendación. Posterior a cambios menores, esta será emitida y difundida.

4. Avance esquema de vacunación “puesta al día” con orientación a la población inmigrante.

El Dr. Rodríguez hizo una revisión de la situación migratoria, de los desafíos socio-culturales para ambas partes involucradas y también del proceso de aculturación. Comentó sobre los factores determinantes de la salud como la educación y la importancia de fortalecerlos en un contacto temprano con el servicio de salud.

En relación a inmunizaciones, se discutió sobre las vacunas BCG y anti-hepatitis B. Se sugirieron los siguientes insumos para ser considerados en el documento final:

– Vacuna BCG:

- Personas provenientes de países con alto riesgo de tuberculosis requieren de estudio con radiografía de tórax y PPD previo a vacunación.
- Podría considerarse como antecedente la zona de origen dentro del país del cual proviene.
- *Screening* del inmigrante y su relación con la oportunidad de capturarlo y adherirlo tempranamente a la atención de salud.

– Vacuna Hepatitis B:

- Prescindir del estudio serológico y, por lo tanto, vacunar directamente ante la falta de antecedentes de inmunización (la vacunación no interfiere en el diagnóstico de la infección).
- Por defecto, vacunar contra hepatitis B. No hacerlo debe requerir de justificación.

5. Otros.

- Presidencia: el Dr. Cerda declina asumir el cargo debido a compromisos profesionales que le impiden hacerlo. Él le comunicó su decisión a la Dra. Dabanch, quien continuará como Presidenta del Comité.
- Se fijó reunión extraordinaria para el lunes 4 de diciembre 2017 a las 15:00h para analizar y definir el quehacer del CAVEI, además de establecer los temas de la agenda para los primeros meses del 2018
- Temas en Tabla no tratados en la presente reunión se abordarán el 4 de diciembre.

Fin de la sesión

Próxima reunión: lunes 4 de diciembre a las 15:00h.