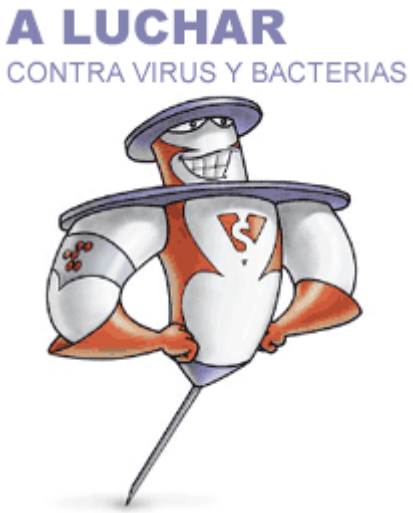
# Curso Agentes Sanitarios

# INMUNIZACIONES




**Dra Marcela Rosales**

**Programa Provincial de Inmunizaciones**
**Año 2015**

MendozA
espiritu grande

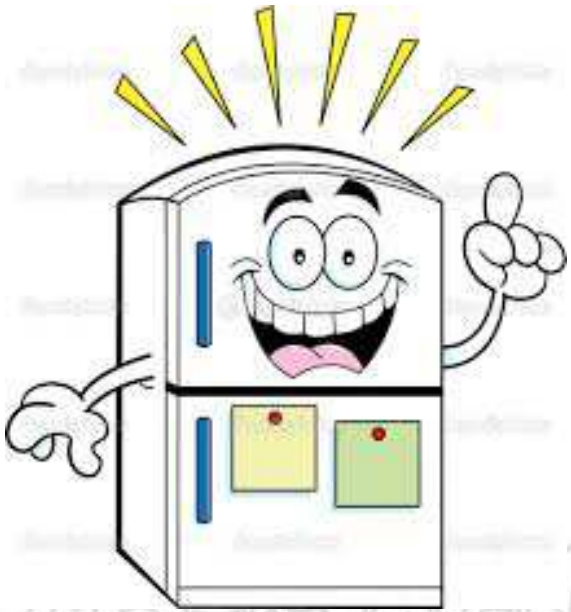
# Contenidos

- **Conceptos generales sobre cadena de frío**
- **Vacunación segura**

- **Calendario de Vacunación actual :**

**Vacunas de reciente incorporación y modificaciones al calendario de vacunación.**

# Conceptos generales sobre cadena de frío



MendozA
espíritu grande

¿Qué no podemos dejar de saber sobre cadena de frío como integrantes del equipo de salud?

ARMADO DE LA HELADERA
POLÍTICA DE FRASCOS ABIERTOS

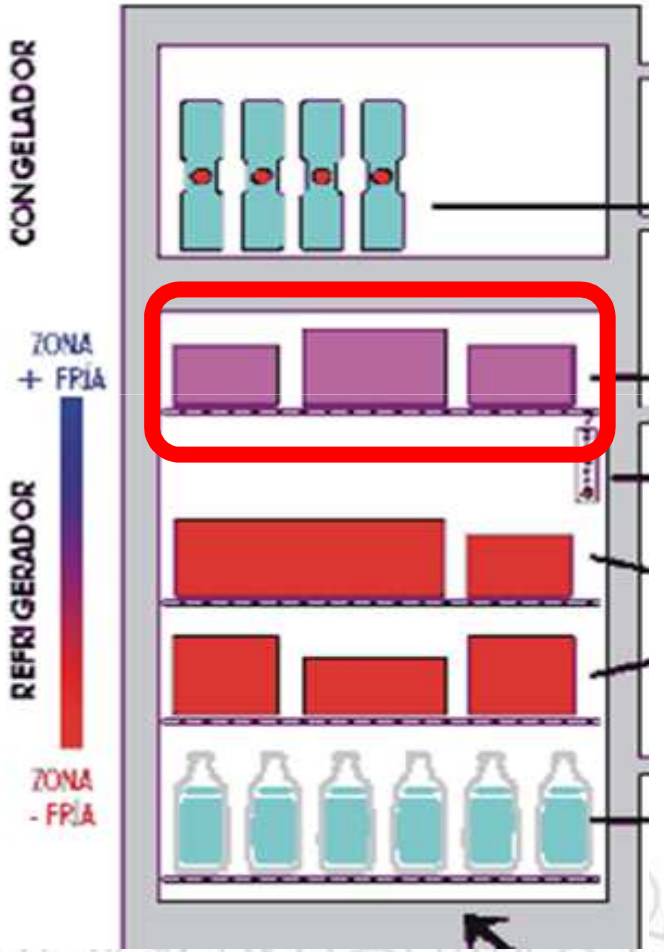
## Grupos de vacunas

- Vacunas vivas atenuadas
- Vacunas inactivadas
- Vacunas toxoides
- Vacunas conjugadas
- Vacunas por ingeniería genética
- Vacunas polisacáridas

# Vacunas vivas atenuadas

*Contienen microorganismos atenuados en sucesivos pasajes por cultivos.*

| ***Virales*** | ***Bacterianas*** |
|---|---|
| *SR* | *BCG* |
| *SRP* | |
| *Sabin* | |

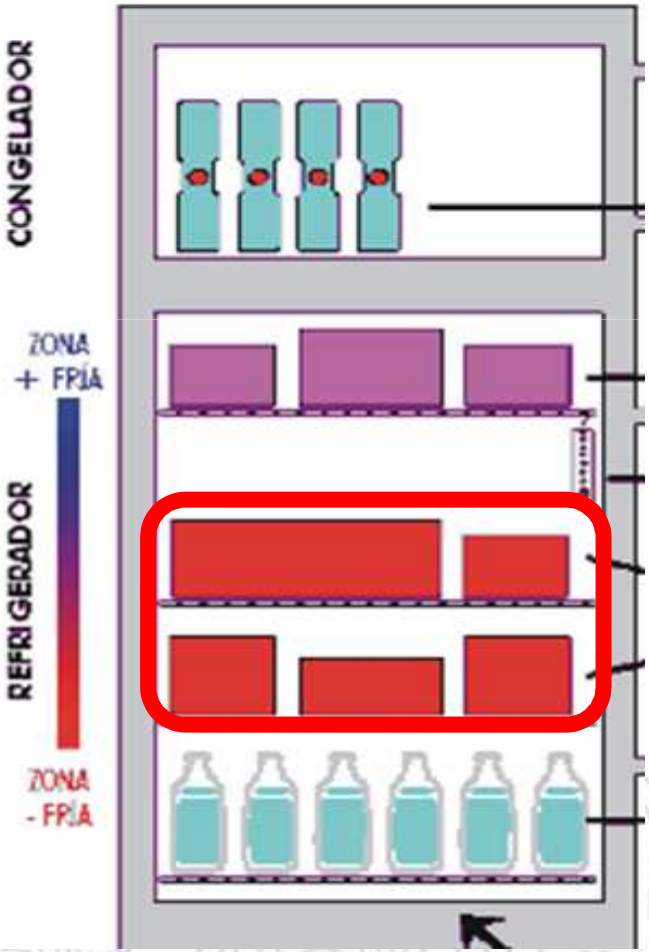



MendozA
espíritu grande

# Vacunas inactivadas

*Contienen microorganismos que tratados por medios físicos o químicos no se pueden replicar pero mantienen su capacidad inmunogénica.*

| ***Virales*** | ***Bacterianas*** |
|---|---|
| *Hepatitis A* | *Tos convulsa* |
| *Antigripal* | |
| *Salk* | |
| *Antirrábica* | |

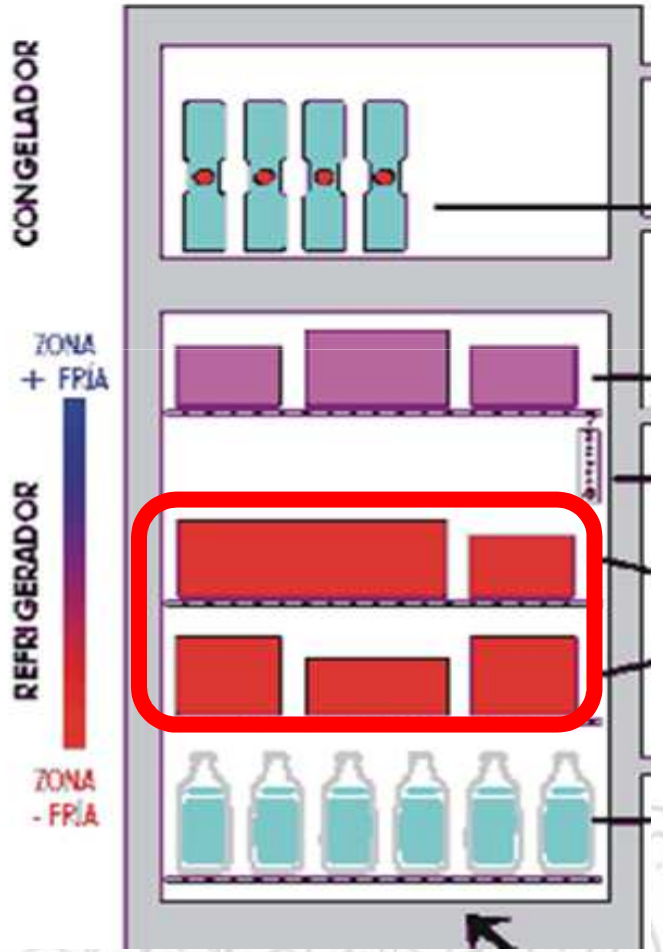



MendozA
espíritu grande

# Vacunas por toxoides

*Toxina bacteriana que es modificada para eliminar sus propiedades nocivas manteniendo la capacidad de estimular la formación de antitoxinas al ser administrada al hombre.*

***Vacuna contra la Difteria***
***Vacuna contra el Tétanos***

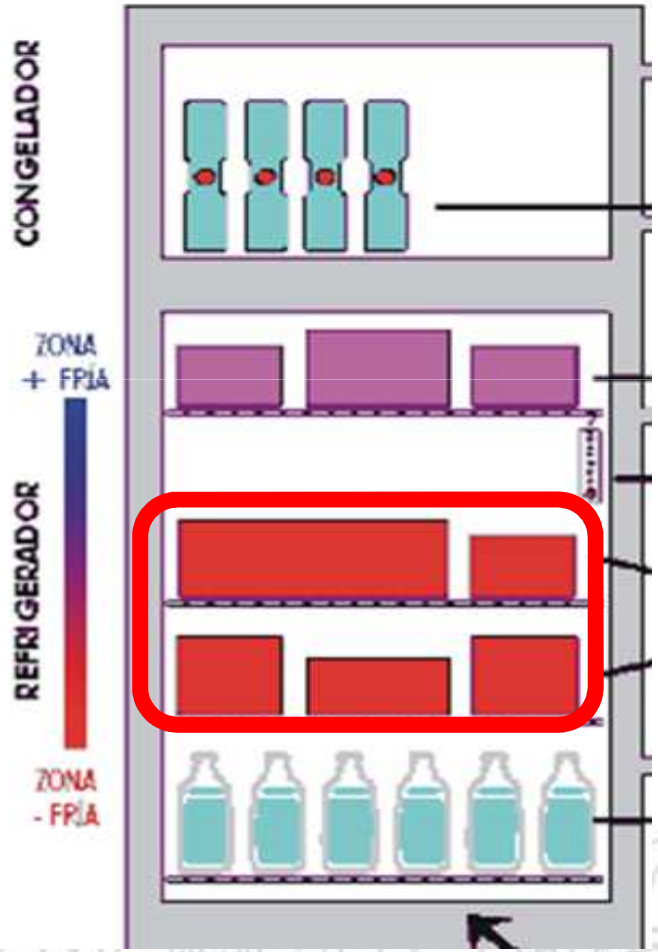



MendozA
espíritu grande

# Vacunas conjugadas

*Se combinan con una proteína para mejorar la respuesta inmune.*

***Vacuna antineumocócica 13 valente***
***Vacuna contra el HI***
***Vacuna antimeningocócica***

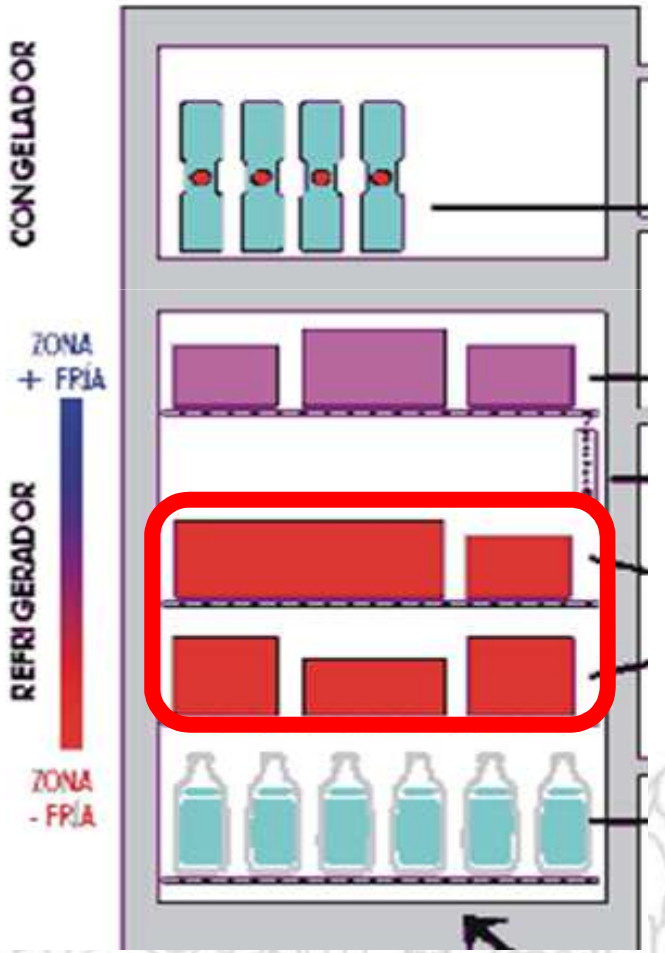



MendozA
espíritu grande

# Vacunas  por ingeniería genética

*Se producen a partir del aislamiento de material genético, que unido a un vector induce una respuesta inmune.*

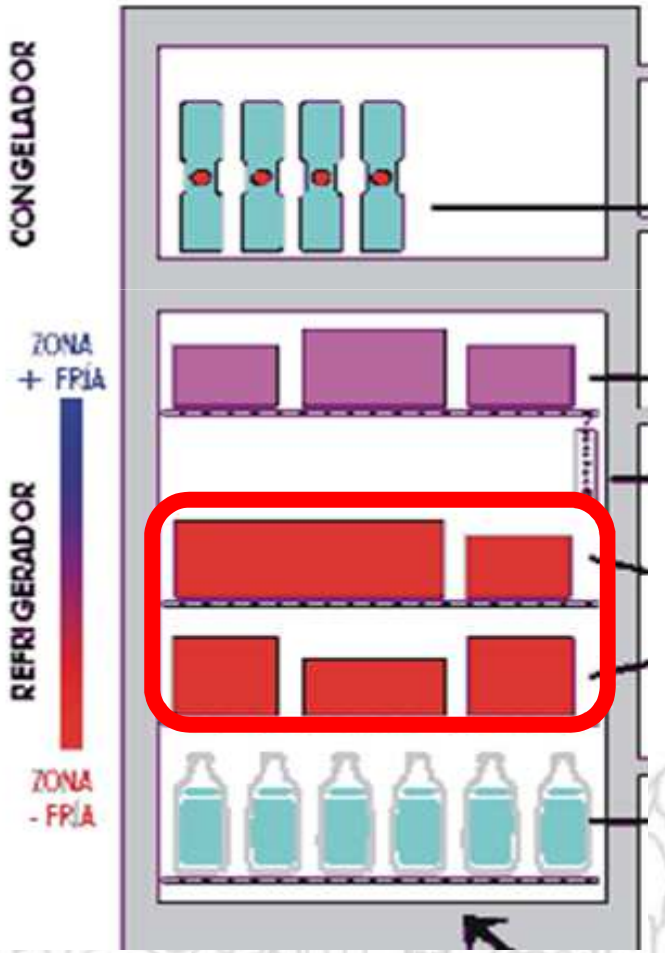
***Vacuna contra la HB***
***Vacuna contra el VPH***



# Vacunas Polisacáridas

El antígeno no es el microorganismo entero, sino que se trata de fragmentos o componentes de ellos.

***Vacuna antineumocócica 23 valente***

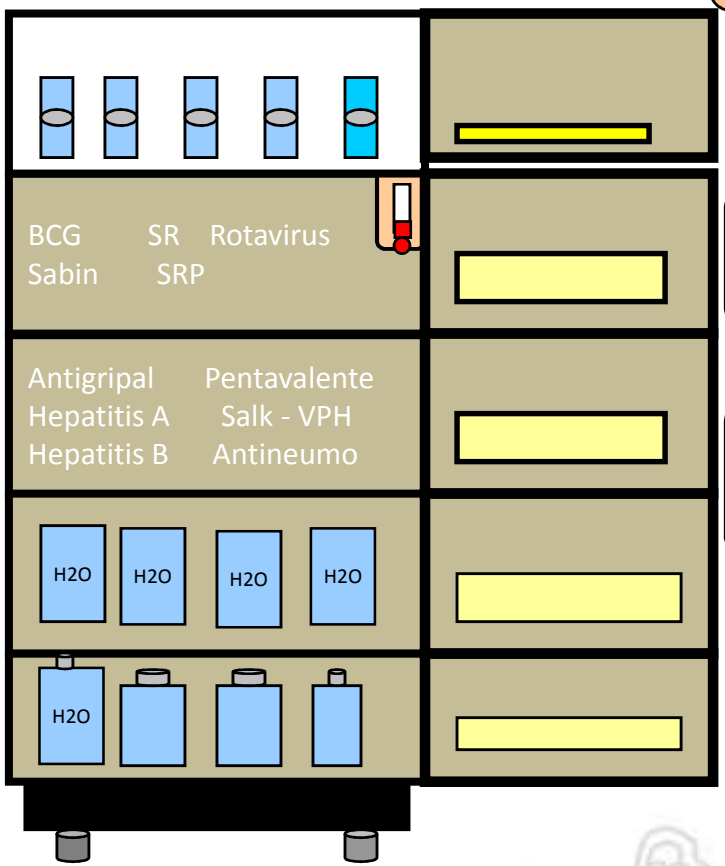


# Heladera de Vacunación

Llene moderadamente el compartimiento con sachets refrigerantes, para mantener baja la temperatura y para usarlos en los traslados de vacunas

Conservar las vacunas en bandejas rotuladas

Ponga varias botellas con agua en los estantes inferiores Esto nos permite mantener la temperatura constante de la heladera




Verifique que el burlete ajuste bien.

Controle la temperatura dos veces al día **2º C a 8º C**

No guarde vacunas en la puerta

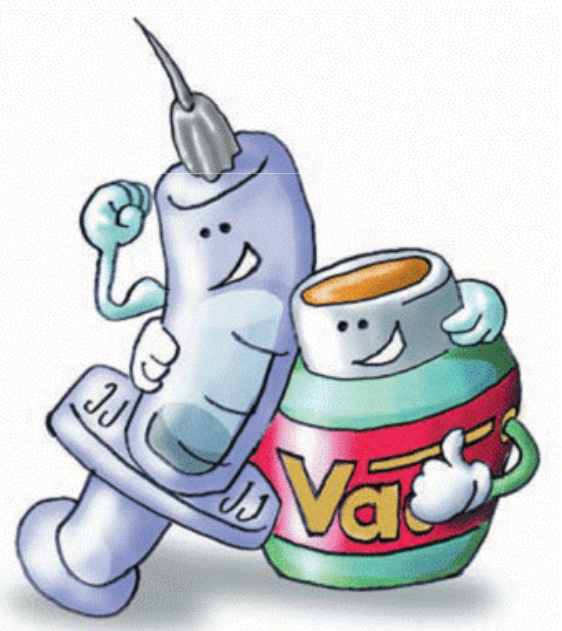
MendozA espíritu grande

# Política de frascos abiertos

**LA O.P.S RECOMIENDA LOS SIGUIENTES TIEMPOS DE ALMACENAMIENTO PARA FRASCOS CON VACUNAS MULTIDOSIS DESPUES DE SER ABIERTOS Y SER ALMACENADOS ENTRE 2º Y 8º C.**

| VACUNA | TIEMPO DE UTILIDAD UNA VEZ QUE EL FRASCO ESTÁ ABIERTO |
|---|---|
| SRP- SR | 6 horas |
| BCG | 6 horas |
| Sabin | Hasta 4 semanas |
| DPT | Hasta 4 semanas |
| DT | Hasta 4 semanas |
| TT | Hasta 4 semanas |

# Pautas para una Vacunación Segura




MendozA
espíritu grande

# ¿Es lo mismo vacunar que inmunizar?

**VACUNAR**

**Acción de administrar una vacuna**

**INMUNIZAR**

**Es conferir protección ante determinadas enfermedades mediante la administración de antígenos o mediante la administración de anticuerpos específicos**

# LOS CINCO CORRECTOS

DOSIS

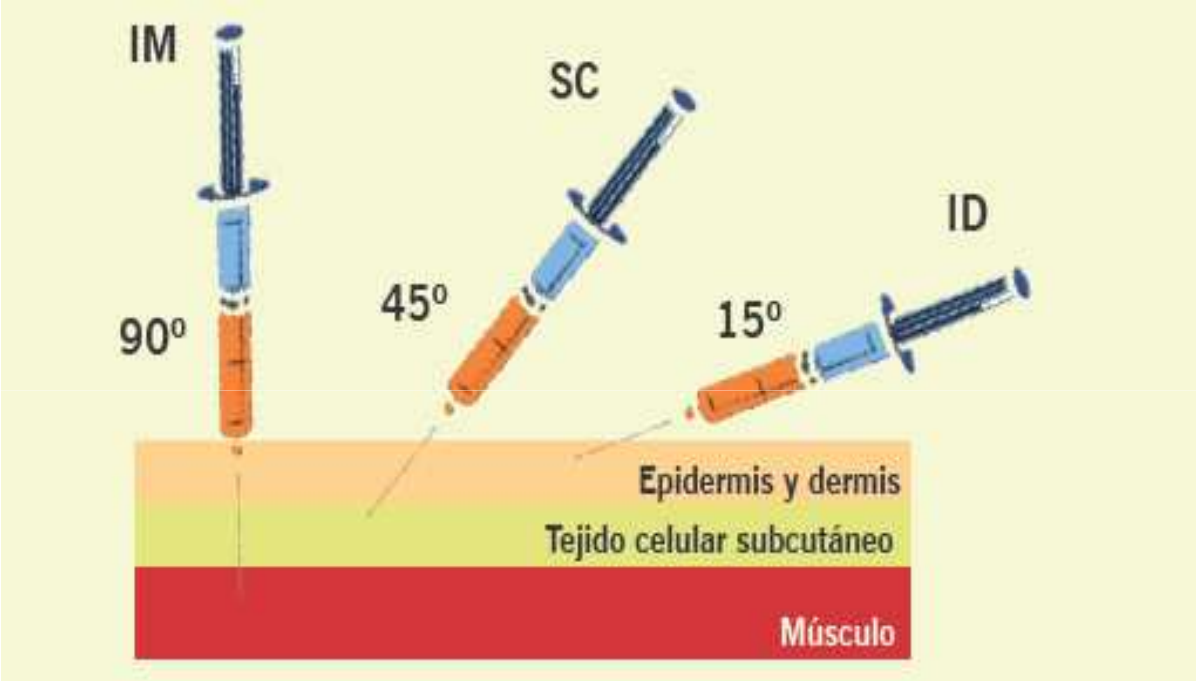
VACUNA

VIA

SITIO

PERSONA

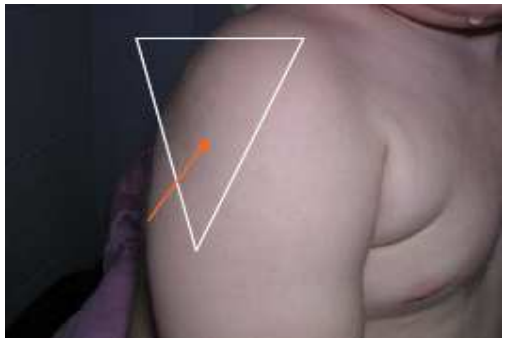
# Vías de aplicación de las vacunas

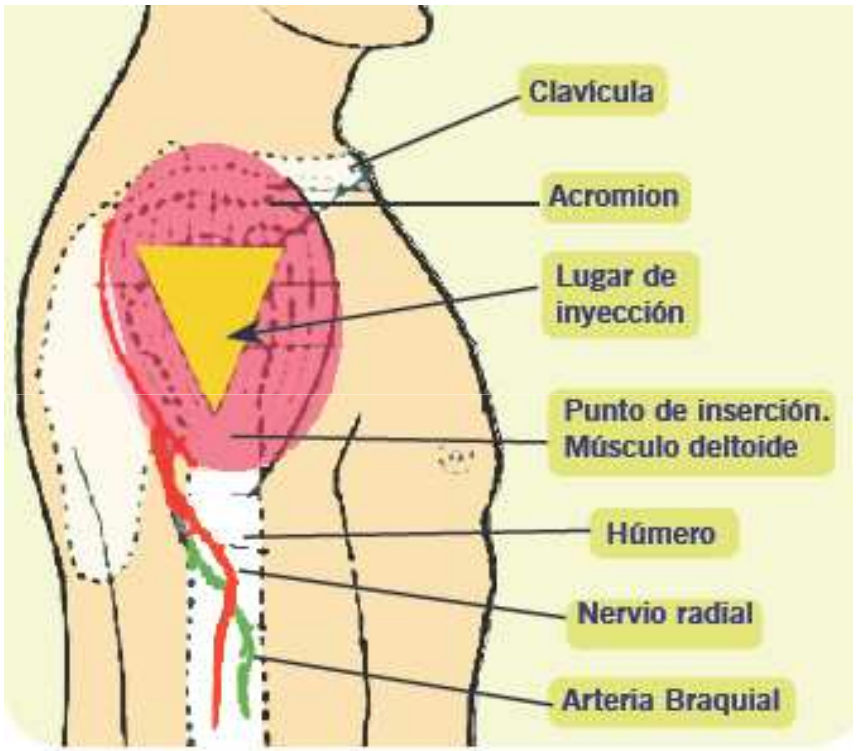



**Ángulos de inserción de la aguja según la vía de administración: intramuscular (IM); subcutánea (SC); intradérmica (ID).**

MendozA
espíritu grande

# Inyección IM en deltoides

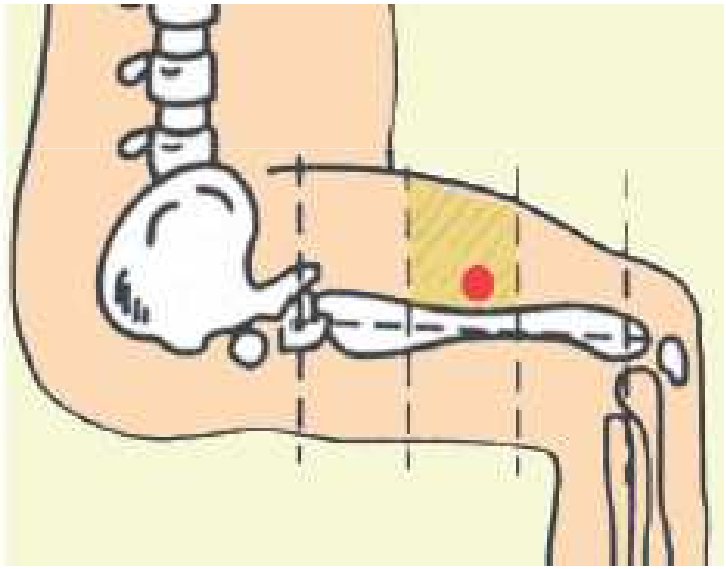


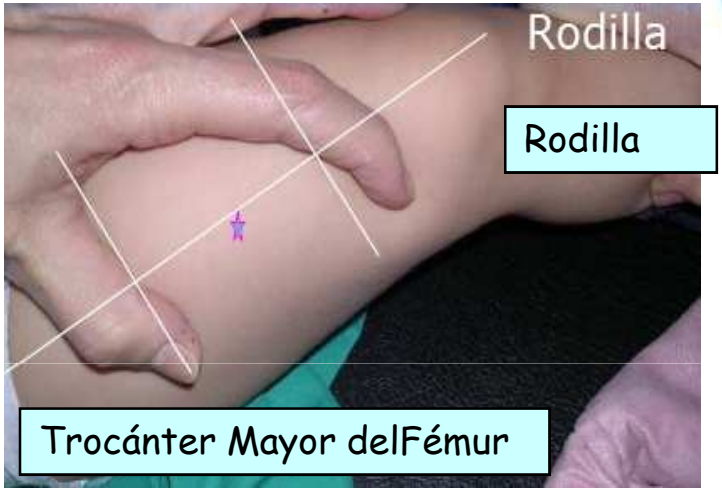



MendozA
espíritu grande

# Inyección IM en cara anterolateral del muslo (vasto externo)

- Lactantes y niños <12m.





## Vía Oral

Vía oral, sin tocar labios, para no contaminar el frasco

# Importante…

Al finalizar la inyección comprimir con un algodón, sin masajear la piel.

Es muy importante explicarle al vacunado o al acompañante qué vacuna se aplica, contra que enfermedad protege y cuando debe volver para la administración de las dosis siguientes.

Brindar información clara sobre los posibles efectos adversos y como actuar ante ellos.

Realizar los registros correspondientes, planillas, carnets, etc.

## Disposición final segura

NO RETAPAR LAS AGUJAS
después de administrar la vacuna

NO RETIRAR LA AGUJA después de
administrar la vacuna

Utilizar Descartadores

## Uso simultáneo de vacunas

- No existe contraindicación a la administración simultanea de múltiples vacunas.
- La administración simultánea no altera la producción de anticuerpos .
- La administración simultánea no produce mayores reacciones post-vacunales.

## Esquemas interrumpidos

- En caso de interrupción de los esquemas de cualquier vacuna en huéspedes normales, se continuará con las dosis faltantes, sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis.

- No es necesario reiniciar el esquema en ninguna circunstancia.

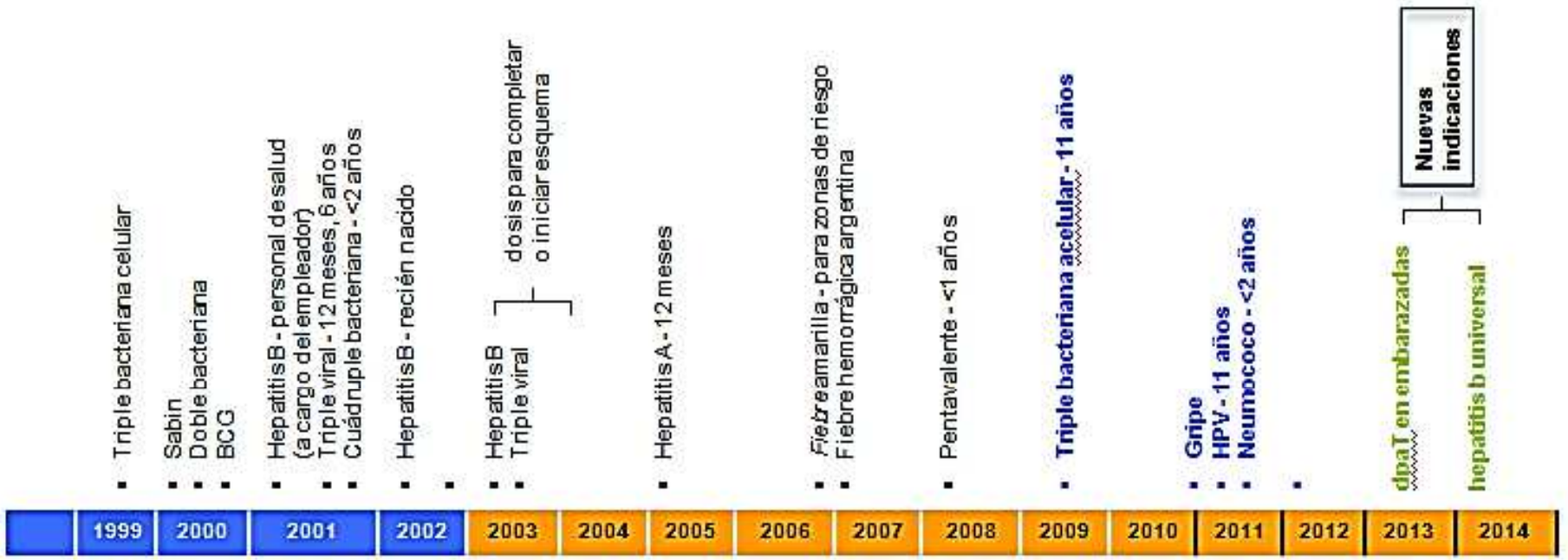
- Siempre se recomienda la conveniencia de no demorar el cumplimiento de la vacunación.

# EVOLUCIÓN DEL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

# INCORPORACIÓN DE NUEVAS VACUNAS

MendozA
espíritu grande

# INCORPORACIÓN DE VACUNAS AL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN




HASTA 2003 sólo 8 vacunas

*Calendario de vacunación: Vacunas gratuitas y obligatorias*

HOY 16 vacunas

**8 vacunas: Niños**

**16 vacunas: Familia**

MendozA espíritu grande

# Calendario 2015

| VACUNA / EDAD | BCG | Hepatitis B (HB) | Rotavirus | Antineumococica Conjugada 13 valente | Pentavalente (DPT-Hib-HB) | Sabin (OPV) | Triple viral (SRP) | Antigripal | Hepatitis A (HA) | Triple Bacteriana (DPT) | Triple Bacteriana (dTpa) | Doble Bacteriana (dT) | VPH | Doble viral (SR) | Fiebre Amarilla |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | DU | 1° | | | | | | | | | | | | | |
| 2 meses | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | |
| 4 meses | | | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | | |
| 6 meses | | | | | 3 | 3 | | **D** | | | | | | | |
| 12 meses | | | | R | | | 1 | **/** | DU | | | | | | |
| 15- 18 meses | | | | | REF | REF | | **/** | | | | | | | **D** |
| 24 meses | | | | | | | | **D** | | | | | | | |
| 5años Ingreso Escolar | | | | | | REF | REF | | | REF | | | | | |
| 11 años | | IE | | | | | | | | | DU | | IE | | REF |
| Desde los 15 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 años | | | | | | | | | | | | IE | | | |
| Cada 10 años | | | | | | | | | | | | REF | | | |
| Embarazadas | | | | | | | | DU | | | D | | | | |
| Puerperio | | | | | | | | DU | | | | | | DU | |
| Personal de salud | | IE | | | | | | DU | | | DU | | | | |
| Desde 20 Años | | IE | | | | | | | | | | | | | |

# BCG

¿ Contra que protege la BCG?

**Formas graves de TBC:**
**TBC miliar – meningitis tuberculosa**

| EDAD | VACUNA “BCG” |
|---|---|
| Recién Nacido | Dosis única, antes del egreso de la maternidad |

# Vacuna contra la Hepatitis B en recién nacido

¿Contra qué protege
la vacuna?

**Previene la hepatitis B en el RN de madre portadora con HBAgs y sus complicaciones (cirrosis y cáncer de hígado) si se aplica dentro de las primeras 12 horas de vida.**

| Recién Nacido | Hepatitis. "B" |
|---|---|
| - 12 horas | 1ra. |

# Vacuna contra la Hepatitis B en adolescentes y adultos

MendozA
espiritu grande

## Calendario de Vacunación contra la Hepatitis B en adolescentes, adultos y personal de salud

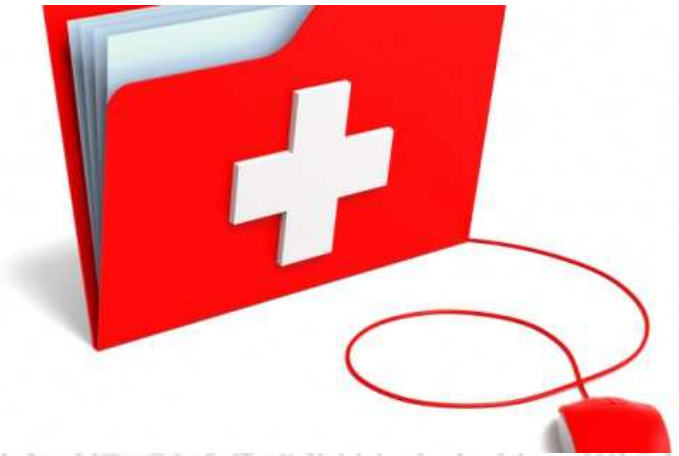
| Adolescentes - Adultos - Personal de salud | Hepatitis "B" |
|---|---|
| Al iniciar | 1ra. |
| 30 días | 2da. |
| 6 Meses de la primer dosis | 3ra. |

SE PUEDE APLICAR EN MUJERES EMBARAZADAS (2015)

## Determinación postvacunación de anti-HBs cuantitativo

- **Niños nacidos de madre AgHbs positiva (realizar AgHBs y anti-HBs cuantitativo a los 9 y 18 meses)**
- **Equipo de salud en alto riesgo.**
- **Pacientes en hemodiálisis.**
- **Pacientes inmunocomprometidos (incluido pacientes con infección por VIH).**
- **Contactos sexuales regulares de individuos con AgHBs positivo.**

Aquellos individuos que estén en situación de riesgo (por ej., trabajadores de la salud) y que no tengan respuesta luego de la aplicación de 3 dosis, (= o mayor a 10 mUI/ml.), deben ser revacunados con otra serie de 3 dosis.



## REVACUNACION

- No se requiere refuerzo en niños o adultos inmunocompetentes que han recibido el esquema completo.

- No se indicará dosis de refuerzo al personal de salud, ni se efectuarán nuevos controles de serología si se cuenta con una determinación de anti-HBs mayor de 10 mUI/ml luego del esquema de vacunación de tres dosis.

# QUINTUPLE (PENTAVALENTE)

## ¿ Contra qué enfermedades protege la Quintuple?

Tétanos

Difteria

Coqueluche o tos convulsa

Enf. por HI tipo b (enferm. Invasivas y meningitis)

Hepatitis B

Esquema de vacuna Quintuple

| EDAD | VACUNA |
|---|---|
| 2 Meses | Quíntuple |
| 4 Meses | Quíntuple |
| 6 Meses | Quíntuple |
| 15 a 18 Meses | Quíntuple |

# TRIPLE BACTERIANA CELULAR
# (DTP)

MendozA
espiritu grande

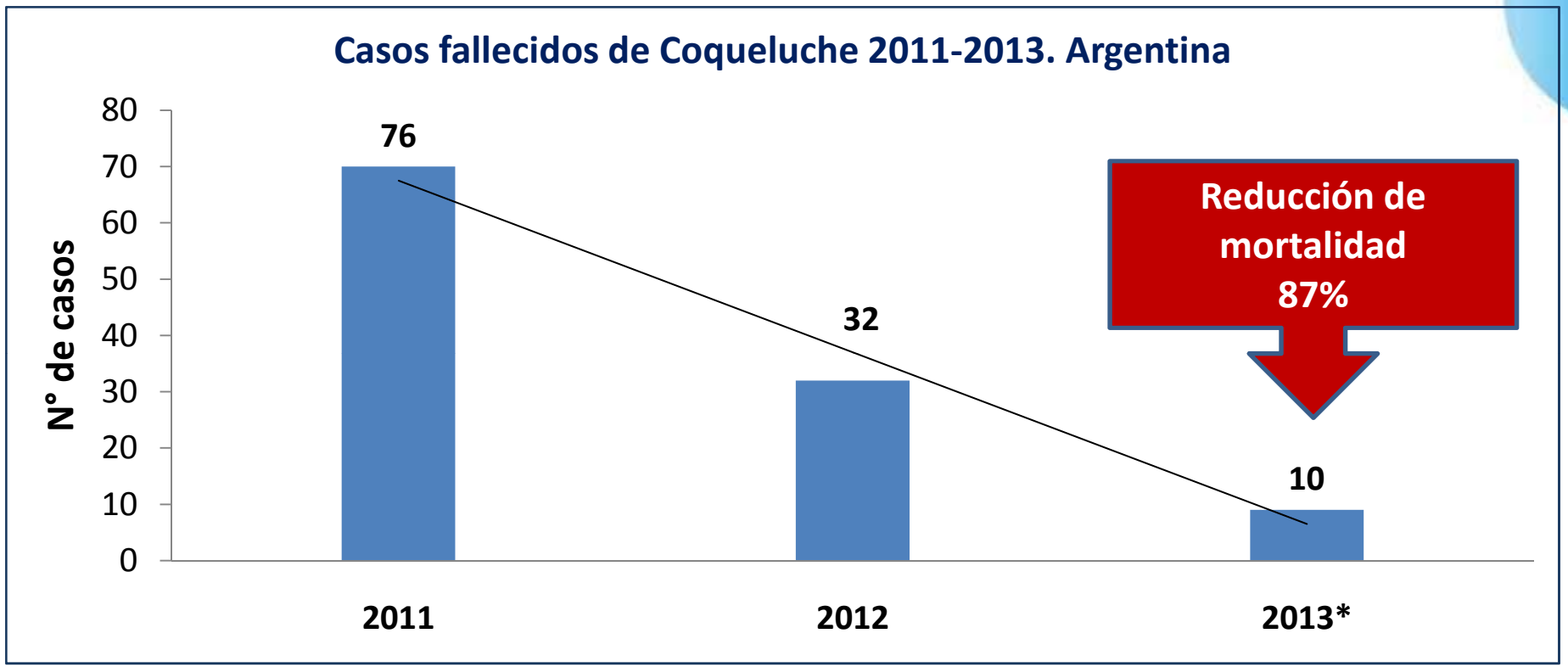
| Edad | BCG (1) | Hepatitis B (HB) (2) | Pentavalente DPT-Hib-HB (3) | Cuádruple (DTP - Hib) (4) | Sabin (OPV) (5) | Triple viral (SRP) (6) | Gripe | Hepatitis A (HA) (7) | Triple bacteriana Celular (DPT) (8) | Triple bacteriana Acelular (dTap) (9) | Doble bacteriana (dT) (10) | Doble viral (SR) (11) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | Única dosis * | 1ª dosis ** | | | | | | | | | | |
| 2 meses | | | 1ª dosis | | 1ª dosis | | | | | | | |
| 4 meses | | | 2ª dosis | | 2ª dosis | | | | | | | |
| 6 meses | | | 3ª dosis | | 3ª dosis | | | | | | | |
| 12 meses | | | | | | 1ª dosis | Dosis anual ***** | Única dosis | | | | |
| 18 meses | | | | 1° Refuerzo | 4ª dosis | | | | | | | |
| 24 meses | | | | | | | | | | | | |
| 5-6 años (Ingreso escolar) | | | | | Refuerzo | 2ª dosis | | | 2° Refuerzo | | | |
| 11 años | | Iniciar o completar esquema *** | | | | Iniciar o completar | | | | Refuerzo | | |
| A partir de los 15 años | | | | | | | | | | | | |
| 16 años | | | | | | | | | | | | |
| Cada 10 años | | | | | | | | | | | | |
| Embarazadas | | | | | | | | | | | | |
| Puerperio | | | | | | | | | | | | |
| Personal de Salud | | 3 dosis | | | | | | | | | | |

- El segundo refuerzo de lo que era la QUÍNTUPLE se da con la vacuna TRIPLE BACTERIANA CELULAR, esta vacuna ya no sólo no tiene el componente Hepatitis B ni el componente HI Tipo B ó CUÁDRUPLE
- No se puede aplicar a partir de los 7 años
- Protege contra la difteria, el tétanos y la coqueluche

# TRIPLE BACTERIANA ACELULAR
# (dTap)

MendozA
espiritu grande

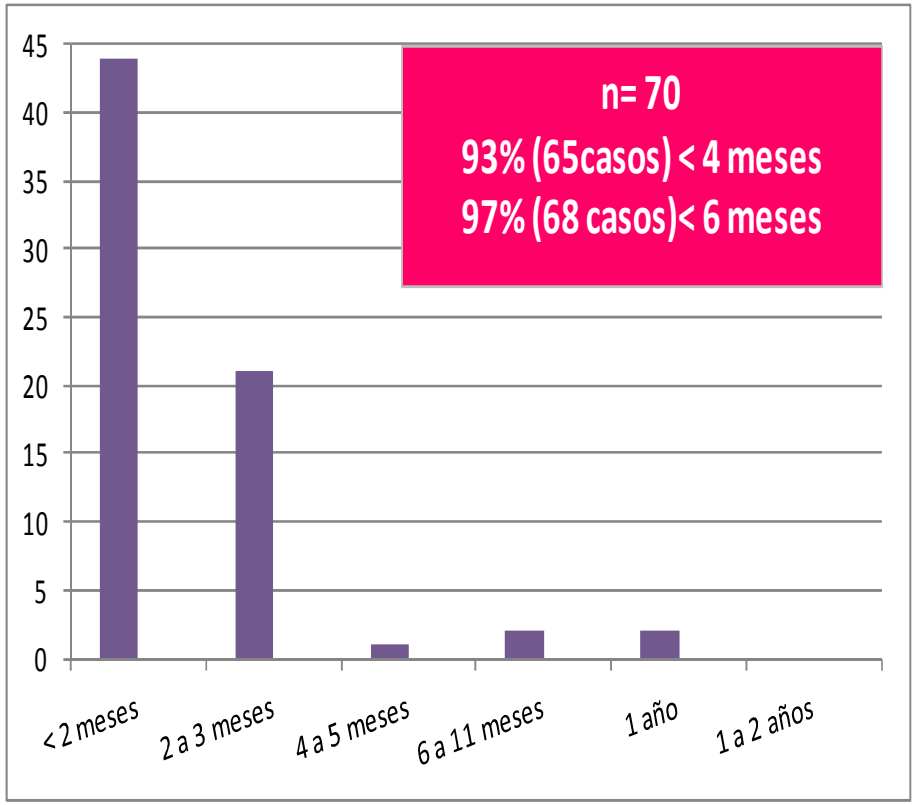
# Impacto de Introducción Triple Bacteriana Acelular en Embarazadas

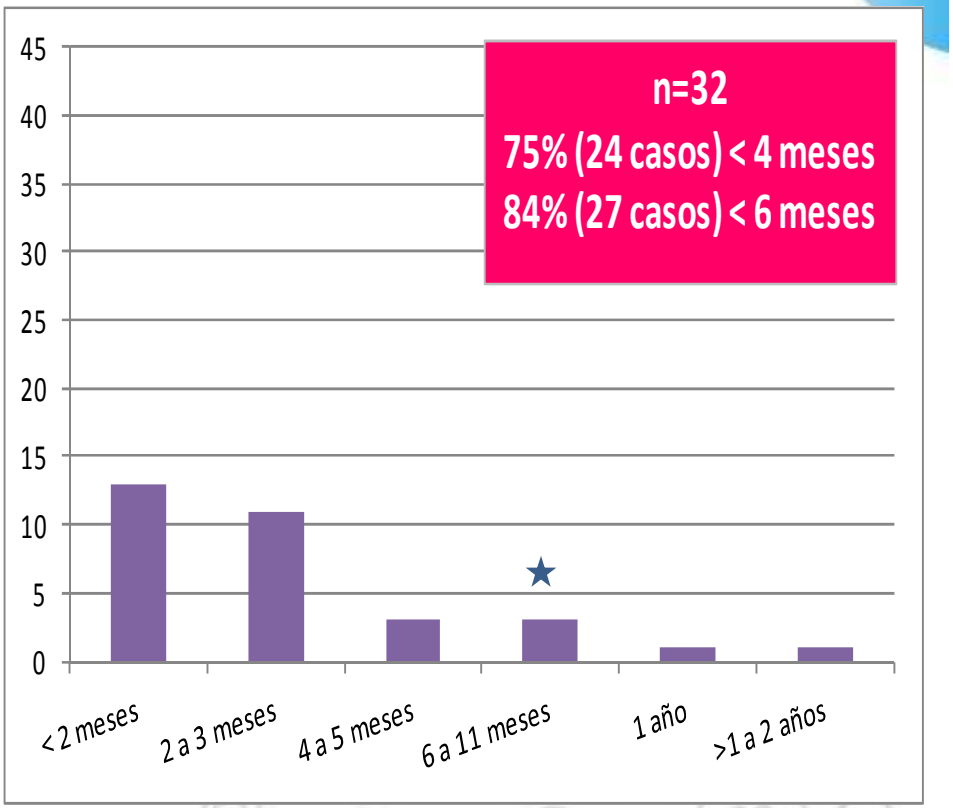



**Fuente:** Informe de las jurisdicciones, *datos parciales Enero 2014

MendozA espíritu grande

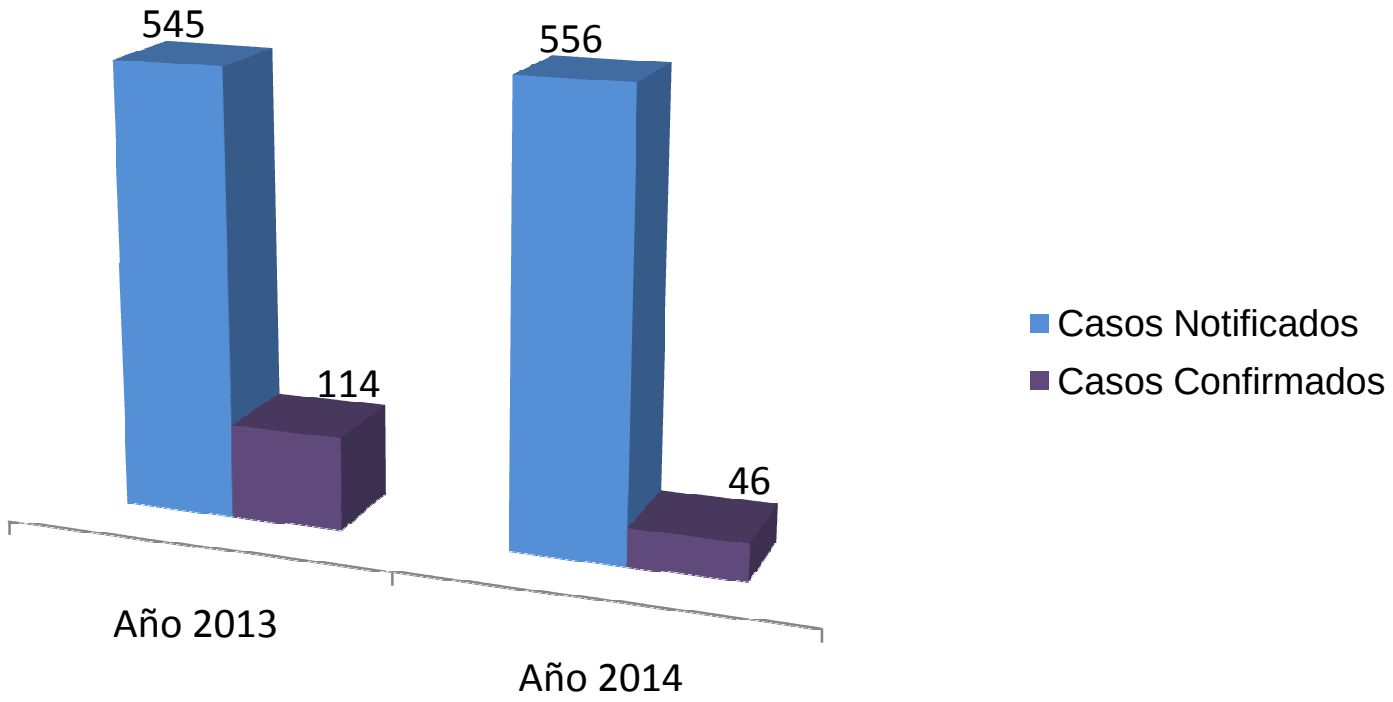
# Casos fallecidos por coqueluche por grupo de edad 2011 - 2012 Argentina




MendozA
espíritu grande

# Vigilancia de Enfermedades Inmunoprevenibles.
## MENDOZA Año 2013-2014
## Coqueluche SE 1 –53




Fuente: Programa Provincial de Inmunizaciones

**¿ En quienes está indicada la Triple Bacteriana Acelular?**

- A los 11 años (en Mendoza, en 6° grado). Luego se aplicará una dosis de dT, cada 10 años

- Personal de salud, en contacto estrecho con menores de un año (una sola vez )

- Incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para las embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación.

- Se aplica en un próximo embarazo , si transcurrieron 3 ó más años, de la vacunación en el embarazo anterior. (2015)

# Doble adultos (DT)

| Edad | BCG (1) | Hepatitis B (HB) (2) | Pentavalente DPT-Hib-HB (3) | Cuádruple (DTP - Hib) (4) | Sabin (OPV) (5) | Triple viral (SRP) (6) | Gripe | Hepatitis A (HA) (7) | Triple bacteriana Celular (DPT) (8) | Triple bacteriana Acelular (dTap) (9) | Doble bacteriana (dT) (10) | Doble viral (SR) (11) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | Única dosis * | 1ª dosis ** | | | | | | | | | | |
| 2 meses | | | 1ª dosis | | 1ª dosis | | | | | | | |
| 4 meses | | | 2ª dosis | | 2ª dosis | | | | | | | |
| 6 meses | | | 3ª dosis | | 3ª dosis | | | | | | | |
| 12 meses | | | | | | 1ª dosis | Dosis anual ***** | Única dosis | | | | |
| 18 meses | | | | 1° Refuerzo | 4ª dosis | | | | | | | |
| 24 meses | | | | | | | | | | | | |
| 5-6 años (Ingreso escolar) | | | | | Refuerzo | 2ª dosis | | | 2° Refuerzo | | | |
| 11 años | | Iniciar o completar esquema *** | | | | Iniciar o completar esquema **** | | | | Refuerzo | | |
| A partir de los 15 años | | | | | | | | | | | | |
| 16 años | | | | | | | | | | | Refuerzo ******** | |
| Cada 10 años | | | | | | | | | | | Refuerzo | |
| Embarazadas | | | | | | | Dosis anual | | | | | |
| Puerperio | | | | | | | | | | | | |
| Personal de Salud | | 3 dosis | | | | | | | | | | |

- Doble bacteriana: protege contra la Difteria y el Tétanos.
- Se colocan refuerzos cada 10 años

# Doble Adultos

Para quien nunca  ha sido vacunado o no tiene documentación el esquema es el siguiente:

| Primera dosis | Segunda dosis | Tercera dosis |
|---|---|---|
| día 0 | 1mes de la 1º dosis | 6 meses de la 1º dosis |

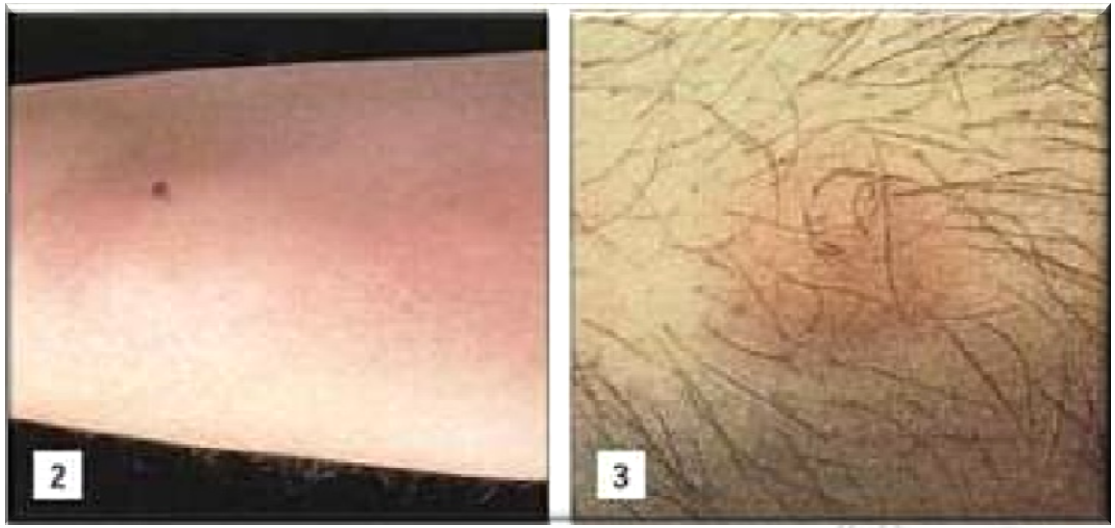
•Una vez completado el esquema primario y con documentación escrita que lo certifique  debe continuarse con un refuerzo cada diez años.

# Reacción de Arthus
# Hipersensibilidad Tipo III :

•Producida por exceso de Ac.

•Área de necrosis tisular debida a una vasculitis aguda por IC.

•Se forma un área de edema con intensa hemorragia y a veces ulceración



# SABIN

¿Contra qué protege
la vacuna?

**Poliomielitis**

| | |
|---|---|
| 1° DOSIS | 2 meses |
| 2° DOSIS | 4 meses |
| 3° DOSIS | 6 meses |
| REFUERZO | 15-18 meses |
| REFUERZO | 5años-INGRESO ESCOLAR |

# SALK

**Previene la poliomielitis**
**Indicada en inmunocomprometidos o convivientes de inmunocomprometidos que no pueden recibir Sabin.**

| | |
|---|---|
| 1° DOSIS | 2 meses |
| 2° DOSIS | 4 meses |
| 3° DOSIS | 6 meses |
| 4° DOSIS | 18 meses |
| REFUERZO | 5 años-INGRESO ESCOLAR |

# VACUNA TRIPLE VIRICA
# (S.R.P. )

¿ Contra qué enfermedades protege? **SARAMPION**

**RUBEOLA**

**PAPERAS**

| EDAD | VACUNA<br>TRIPLE VIRAL S.R.P. |
|---|---|
| 12 MESES | 1er. DOSIS |
| 5 AÑOS- INGRESO ESCOLAR | Refuerzo |

# VACUNA
# HEPATITIS “A”

¿ Contra qué enfermedad protege? **Hepatitis A**

| EDAD | VACUNA<br>HEPATITIS “A” |
|---|---|
| 1 AÑO DE EDAD | 1 DOSIS |

# VACUNAS ANTINEUMOCOCCICAS

# CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

| Edad | BCG (1) | Hepatitis (HB) (2) | Neumococo Conjugada | ntavalente PT-Hib-HB (3) | Cuádruple (DTP - Hib) (4) | Sabin (OPV) (5) | Triple viral (SRP) (6) | Gripe | Hepatitis A (HA) (7) | Triple bacteriana Celular (DPT) (8) | Triple bacteriana Acelular (dTap) (9) | Doble bacteriana (dT) (10) | VPH (11) | Doble viral (SR) (12) | Fiebre Amarilla (FA) (13) | Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) (14) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | Única dosis * | 1ª dosis ** | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 meses | | | 1ª dosis | 1ª dosis | | 1ª dosis | | | | | | | | | | |
| 4 meses | | | 2ª dosis | 2ª dosis | | 2ª dosis | | | | | | | | | | |
| 6 meses | | | | 3ª dosis | | 3ª dosis | | Dosis anual ****** | | | | | | | | |
| 12 meses | | | 3ª dosis **** | | | | 1ª dosis | | Única dosis | | | | | | Única dosis | |
| 18 meses | | | | | 1° Refuerzo | 4ª dosis | | | | | | | | | | |
| 24 meses | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5-6 años (Ingreso escolar) | | | | | | Refuerzo | 2ª dosis | | | 2° Refuerzo | | | | | | |
| 11 años | | Iniciar o completar esquema *** | | | | | Iniciar o completar esquema ***** | | | | Refuerzo | | 3 dosis (sólo niñas) ********** | | | |
| A partir de los 15 años | | | | | | | | | | | | | | | | Única dosis |
| 16 años | | | | | | | | | | | | Refuerzo ******** | | | | |
| Cada 10 años | | | | | | | | | | | | Refuerzo | | | Refuerzo | |
| Embarazadas | | | | | | | | Dosis anual | | | | | | | | |
| Puerperio | | | | | | | | Dosis anual ******* | | | | | | Única dosis ***** | | |
| Personal de Salud | | 3 dosis | | | | | | Dosis anual | | | 1 dosis ******** | | | | | |

(Consultar al médico acerca de las vacunas que deben recibir los niños que comenzaron su vacunación según el calendario anterior)

VACUNARSE ES SER SOLIDARIO:
**te protege** contra muchas enfermedades
**a vos y a quienes te rodean.**

Más información
www.msal.gov.ar
vacunas@msal.gov.ar
0800-222-1002

ARGENTINA Con vos, siempre.

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

* Antes de egresar de la maternidad

** En las primeras 12 horas de vida.

*** Si no hubiera recibido el esquema completo. Aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera y la 3° dosis a los 6 meses de la primera.

**** Previene las enfermedades invasivas por neumococo.

***** Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una de Triple viral más una dosis Doble viral.

****** Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por cuatro semanas.

******* Madres de niños menores a 6 meses deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo.

******** Se indica a personal de Salud que atiende niños menores de 1 año.

********* Los que comenzaron el plan con dTap les corresponderá este refuerzo a los 21 años (o sea cada 10 años).

********** La vacuna contra el VPH está indicada solamente para niñas de 11 años.

(1) BCG Tuberculosis (formas invasivas)
(2) HB Hepatitis B
(3) DPT-HB-Hib: (Pentavalente) Difteria, tétanos, pertussis, Hep B, Haemophilus influenzae b.
(4) DPT-Hib : (Cuádruple) difteria, tétanos, pertussis, Haemophilus influenzae b.
(5) OPV: (Sabin): vacuna antipoliomielítica oral.
(6) SRP: (Triple viral): sarampión, rubéola, parotiditis.
(7) HA (Hepatitis A).
(8) DPT: (Triple bacteriana): difteria, tétanos, pertussis.
(9) dTap (Triple Bacteriana Acelular).
(10) dT (Doble bacteriana): difteria, tétanos.
(11) VPH: vacuna contra el virus del papiloma humano.
(12) SR.: (Doble viral): sarampión, rubéola.
(13) FA: Fiebre amarilla: una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.
(14) FHA: Fiebre hemorrágica argentina: una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.

## VACUNA 13 VALENTE

| Menor de 1 año | 12 a 24 meses |
|---|---|
| 2+1 | 1+1 |

Jeringa prellenada  Dosis: 0,5 ml

Protege contra la neumonía y la meningitis producida por el neumococo

Aprobada su uso en adultos (2015)

## VACUNA 23 VALENTE

Adultos mayores de 65 años ( con o sin FR)
Pacientes con FR: a partir de los 2 años de edad

Protege contra las infecciones producidas por el neumococo ,principalmente neumonias

# Vacuna contra Rotavirus

MendozA
espíritu grande

# Esquema de vacunación ideal: 2 y 4 meses

| Vía Administración | Oral |
|---|---|
| Intervalo mínimo entre dosis | 4 semanas |
| Edad máxima para la administración de la primera dosis | 14 semanas y seis días ( 3 meses y medio) |
| Edad máxima para administración de la última dosis | 24 semanas (6 meses 0 días) |

- Se puede administrar a convivientes de embarazadas

- No puede administrarse a pacientes inmunocomprometidos Sí a convivientes de inmunocomprometidos, haciendo hincapié en el lavado cuidadoso de manos y en la adecuada manipulación de pañales

- Si el niño vomita no se administra nuevamente.

# Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

# ¿Quiénes deben recibir la vacuna contra VPH?

Niñas de 11 años nacidas a partir del 1 de enero de 2000

MendozA
espíritu grande

# Vacunas disponibles contra el VPH

## GARDASIL

**Vacuna cuadrivalente recombinante contra el virus del papiloma humano, tipos 6, 11, 16 y 18. MSD.**

GARDASIL®
Human Papillomavirus Vaccine
Types 6,11,16,18

## CERVARIX

**Vacuna bivalente contra papilomavirus humano tipos 16 y 18, recombinante con adyuvante AS04. GSK.**

Cervarix®
Human Papillomavirus Vaccine [Types 16, 18]
(Recombinant, adjuvanted, adsorbed)

MendozA
espíritu grande

# Calendario de vacunación con vacuna contra el VPH ( hasta 14 años de edad)

| Primera dosis | Segunda dosis |
|---|---|
| día 0 | 6 meses de la 1º dosis |

*CERVARIX se aplicará en las niñas nacidas en los años 2000, 2001 y 2002*

*GARDASIL se aplicará en las niñas nacidas en de 2003 y 2004*

# Calendario de vacunación con vacuna contra el VPH (=/ > 14 años)

| Primera dosis | Segunda dosis | Tercera dosis |
|---|---|---|
| día 0 | 1meses de la 1º dosis | 6 meses de la 1º dosis |

# Vacuna Antigripal 2015

# Población objetivo
# (NO necesita orden médica para vacunarse)

- Personal de salud
- Embarazadas: en cualquier trimestre de la gestación
- Puérperas hasta el egreso de la maternidad (máximo 10 días post parto)
- Niños de 6 a 24 meses
- Mayores de 65 años

# Población objetivo que SI necesita orden médica para vacunarse

Personas entre los 2 años y hasta los 64 años inclusive, **con factores de riesgo.**

**IMPORTANTE**

**No son factores de riesgo** diagnósticos tales como: neumonía a repetición, alergia, sinusitis, bronquitis a repetición.

MendozA
espíritu grande

# Vacuna antigripal 2015
# Composición

## Vacuna Viraflu ®

**A** / California/7/2009 **(H1N1)**

**A** / Switzerland /9715293/2013 **(H3N2)**

**B** / Phuket /3073/2013

**Viraflu® Adultos:** jeringas prellenadas monodosis de 0,5 ml.

**Viraflu® Pediátrica:** jeringas prellenadas monodosis de 0,25 ml.

Se puede utilizar la mitad de dosis de **Viraflu adultos como dosis pediátrica**, para ello se descarta el contenido hasta la marca que tiene la jeringa y se aplican los 0,25 ml restantes.

MendozA
espíritu grande

# Vacuna antigripal 2015
# Dosis a aplicar según edad

MendozA
espíritu grande

## Vacuna antigripal 2015
## Dosis a aplicar según edad

| Grupo de edad | Dosis | Nº de dosis |
|---|---|---|
| **6 a 24 meses** | **0,25 ml** | •**Una dosis** (si hubieran recibido una o dos dosis anteriormente)<br>•**Dos dosis** si nunca recibieron |

| Grupo de edad | Dosis | Nº de dosis |
|---|---|---|
| **25 a 35 meses (grupos de riesgo)** | **0,25 ml** | •**Una dosis** (si hubieran recibido una o dos dosis anteriormente)<br>•**Dos dosis** si nunca recibieron |
| **36 meses a 8 años (grupos de riesgo)** | **0,5 ml** | •**Una dosis** (si hubieran recibido una o dos dosis anteriormente)<br>•**Dos dosis** si nunca recibieron |

MendozA
espíritu grande

El intervalo mínimo entre primera y segunda dosis es de cuatro (4) semanas.

## Vacuna antigripal 2015
## Dosis a aplicar según edad

| Grupo de edad | Dosis | Nº de dosis |
|---|---|---|
| **9 a 64 años (grupos de riesgo)** | **0,5 ml** | **Una dosis** |

MendozA espíritu grande

## Vacuna antigripal 2015
## Dosis a aplicar según edad

| Grupo de edad | Dosis | Nº de dosis |
|---|---|---|
| **Mayores de 65 años<br>Personal de Salud<br>Embarazadas** | **0,5 ml** | **Una dosis** |

MendozA
espíritu grande

# Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles

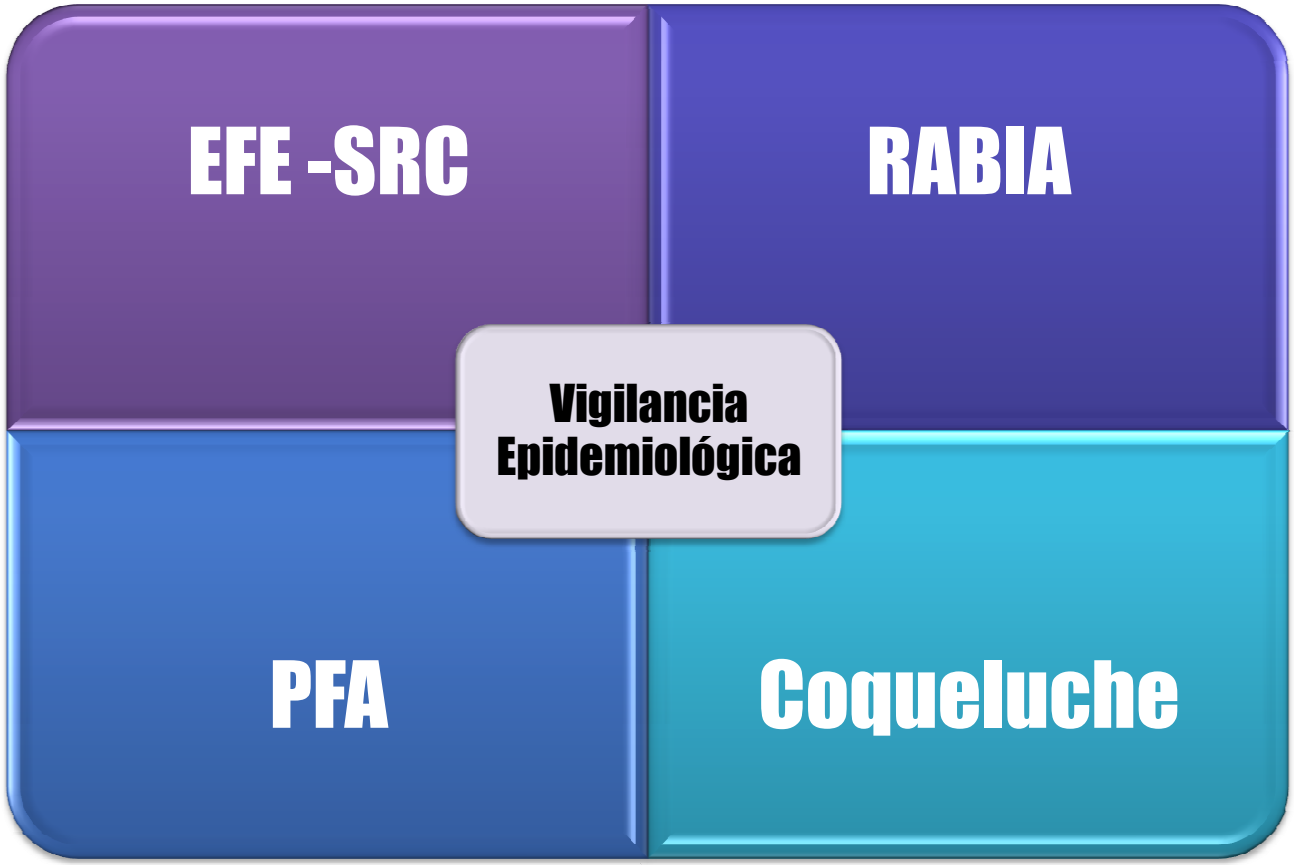
MendozA
espíritu grande

# ¿Qué significa  vigilancia epidemiológica?

**Información** + **Para la** **Acción** = **Vigilancia Epidemiológica**

MendozA
espíritu grande

# Que enfermedades vigilamos a través de nuestro programa?


EFE -SRC
RABIA
Vigilancia Epidemiológica
PFA
Coqueluche

# Vigilancia integrada de Sarampión y Rubéola

## EFE: enfermedad febril exantemática

El objetivo de la vigilancia es poder certificar la **NO** circulación del virus del sarampión y de la rubéola

# Definición de caso sospechoso de EFE

Todo paciente, independientemente de la edad, que presenta fiebre y exantema **(notificación obligatoria)**

## ¿Qué es lo primero que tenemos que hacer?

Debemos notificar por la **vía más rápida** al responsable local de inmunizaciones sobre la existencia del caso sospechoso de EFE pasando los datos principales:

Nombre y apellido del caso

Edad

Domicilio ( con la mayor precisión posible)

Tel de contacto

ESTO ES FUNDAMENTAL PARA INICIAR LAS ACCIONES DEL **BLOQUEO DENTRO DE LAS PRIMERAS 48 HS** .

MendozA
espíritu grande

# Luego de notificar al responsable local ¿como seguimos?

Se llena la ficha de notificación de EFE

Se toma una muestra de sangre para hacer serología IgM sarampión y rubéola. Muestra de orina e hisopado o aspirado nasofaringeo para detección viral

Envío de la muestra en un recipiente adecuado con refrigerante junto con la ficha de notificación al Programa Provincial de Inmunizaciones: sede vacunatorio central

El PPI envía la muestra al Laboratorio de referencia (CONI) y notifica a MSAL.

PROGRAMA PROVINCIAL DE INMUNIZACIONES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y AMBIENTE SALUDABLE

MendozA Ministerio de SALUD

**FICHA DE INVESTIGACIÓN CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (SARAMPIÓN –RUBÉOLA)**

**SR**

**DEFINICIÓN DE CASO:**
Casos sospechoso: paciente de cualquier edad, con fiebre (38° ó más) y exantema , ó en el cual un profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola.
Completar ante sospecha: Sarampión ☐ Rubéola ☐

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
Nombre y Apellido.....Sexo F ☐ M ☐
Fecha de nacimiento ...../...../..... Edad.....años .....meses
Domicilio.....Localidad.....
Departamento.....Provincia.....Tel/Cel.....
Urbano ☐ Rural ☐ Fecha de notificación...../...../.....

**DATOS DE VACUNACIÓN:** Marcar con una X

| Vacuna | si | no | desconoce | Fecha última dosis |
|---|---|---|---|---|
| Antisarampión | | | | ...../...../..... |
| Doble viral (SR), sarampión-rubéola | | | | ...../...../..... |
| Triple viral (SRP), sarampión, rubéola, paperas. | | | | ...../...../..... |

**DATOS CLÍNICOS** Marcar con una X Fecha de consulta...../...../.....

| | si | no | desconoce | Fecha de comienzo |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre | | | | |
| Exantema | | | | |
| Tos | | | | |
| Catarro Nasal | | | | |
| Conjuntivitis | | | | |
| Adenopatías | | | | |
| Artralgias /Artritis | | | | |
| | | | | |
| Embarazada | | | | Edad gestacional (semanas):<br>Lugar del parto: |
| Hospitalizado | | | | Nombre del Hospital: |
| Defunción | | | | Fecha de defunción: |

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:** Marcar con una X Fecha de investigación...../...../.....

| | Sarampión | Rubéola | Desconoce |
|---|---|---|---|
| Tuvo contacto con un caso de sarampión / rubéola 7 -23 días previos al comienzo del exantema (Si /No) | | | |
| | | | |
| | Si | No | Desconoce |
| Viajó en los 7-23 días previos al comienzo del exantema | | | |
| Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas | | | |

**ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL**

| | Si | No | | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Visita domiciliaria (dentro de las 48 hs de notificación) | | | N°de contactos: | ...../...../..... |
| Vacunación de bloqueo para sarampión | | | N°dosis aplicadas: | ...../...../..... |
| Otros | | | | ...../...../..... |

**DATOS DE LABORATORIO**
Suero:

| N°de muestra | Fecha toma de muestra | Nombre Laboratorio | Fecha de recepción Laboratorio | Fecha procesamiento | Resultado | Comentarios |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1° | | | | | | |
| 2° | | | | | | |

Otras muestras: Orina ☐ Aspirado nasofaríngeo ☐ Hisopado nasofaríngeo ☐

| Fecha de toma de muestra | Nombre de Laboratorio | Fecha de recepción Laboratorio | Fecha de procesamiento | Resultado | Comentarios |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

**CLASIFICACIÓN FINAL :** Marcar con una X

Sarampión ☐ Rubéola ☐ Descartado ☐
Confirmado por laboratorio ☐ Confirmado por nexo epidemiológico ☐ Compatible ☐

**INVESTIGADOR:**
Nombre y Apellido.....
e-mail.....Tel/Cel.....
Institución.....Firma y sello.....

Remitir ficha COMPLETA más muestra de 3-5 ml de suero rotulada con nombre y apellido, edad, fecha de toma de muestra, al Programa Provincial de Inmunizaciones, San Martín 488, Ciudad

## Muestras

Muestra de sangre a partir del 5°día desde el inicio del exantema. Se puede tomar hasta 30 días del comienzo del mismo

Muestra de orina hasta 14 días del inicio del exantema.

Hisopado o aspirado nasofaríngeo hasta 7 días del inicio del exantema.

# Acciones de Bloqueo

Las medidas de bloqueo deben realizarse dentro de las primeras 48 horas

**Se debe realizar visita domiciliaria del caso sospechoso y de las manzanas a la redonda (5 manzanas).**

Evaluar los carnet de vacunación y vacunar a las personas (entre 1 y 50 años) que no acrediten certificación de vacunación adecuado (dos dosis).

MendozA
espiritu grande

## Programa Provincial de Inmunizaciones

**Acciones de Bloqueo ante caso sospechoso de EFE (Enfermedad Febril Exantemática)**

Apellido y Nombre del caso sospechoso:.....

Domicilio: .....Departamento.....Tel / Cel : .....

| **Personal que realiza las acciones de bloqueo** | |
|---|---|
| Apellido y Nombre | Profesión / ocupación |
| | |
| | |
| | |
| | |

| **Acciones de bloqueo : Fecha de realización ...../...../.....** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apellido y nombre del Contacto | Edad | Tiene esquema de vacunación completo con SR ó SRP -marque con una x lo que corresponda- | | En caso de no tener esquema de vacunación completo para la edad ¿se coloca SR / SRP? -marque con una x lo que corresponda- | |
| | | sí | no | sí | no |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **Las personas en las que se deben revisar los carnets de vacunación son las que tienen entre 13 meses y 50 años de edad.<br>Las acciones de bloqueo se deben realizar dentro de las 24 hs. de notificado el caso** | | | | | |

# Vigilancia de Parálisis Aguda Fláccida
# PAF
# (Poliomielitis)

# ¿Por qué vigilar las PFA?

- Evitar la aparición de casos de polio importados de áreas endémicas: epidemia en Africa

**Los países endémicos son Nigeria, Afganistán y Pakistán**

- Detectar casos de parálisis asociados a la vacuna Sabin

- Vigilar la aparición de virus derivados de la vacuna Sabin

## Definición de caso sospechoso de PAF

Todo paciente menor de 15 años que presenta parálisis fláccida ,de inicio agudo, de origen no traumático, debe ser investigado.

# Vigilancia: incluye todas las enfermedades que se parezcan a la polio

- Síndrome de Guillain Barré
- Mielitis transversa
- Neuropatías
- Enfermedades neuromusculares
- Toxinas (Botulismo)

# ¿Cuales son los pasos a seguir para notificar una PFA?

**Caso sospechoso de parálisis fláccida aguda**

Toma de muestra: materia fecal obtenida dentro de los 14 días del inicio de la PAF.

Envío de la muestra con la ficha de notificación al Programa Provincial de Inmunizaciones: sede vacunatorio central

Envío de la muestra a laboratorio de referencia NACIONAL para realizar aislamiento viral.

Acciones de bloqueo en terreno

Envío de planillas con acciones de bloqueo al Programa Provincial de Inmunizaciones : sede vacunatorio central

MendozA
espíritu grande

PROGRAMA PROVINCIAL DE INMUNIZACIONES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA y AMBIENTE SALUDABLE

MendozA Ministerio de SALUD

# FICHA DE INVESTIGACION DE CASO PARALISIS AGUDA FLACCIDA EN MENORES DE 15 AÑOS

PF

Hoja 1

Definición de caso: todo paciente menor de 15 años que presente parálisis fláccida aguda no traumática

## 1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Año Fecha de consulta: ____/____/____ Nº de Caso_____

Apellido y nombres:_____ HC Nº _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____

Domicilio actual:_____ Tel. propio o vecino:_____

Referencia de ubicación domicilio:_____ Localidad_____

Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

## 2. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia:_____ Departamento:_____ Localidad:_____

Establecimiento Notificante:_____ Público ☐ Privado ☐ S.Social ☐ Otro ☐

Apellido y Nombre del Profesional:_____ Fecha de Notificación: ____/____/____

Tel.:_____ Fax: :_____ e-mail:_____

## 3. DATOS DE VACUNACION

Vacuna SABIN Si ☐ No ☐ N/S ☐ Nº de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____

Vacuna SALK Si ☐ No ☐ N/S ☐ Nº de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____

## 4. DATOS CLINICOS

Fecha de comienzo de la investigación: ____/____/____

**Inmunodeficiencia** Si ☐ No ☐ Especificar: _____

| PRODROMOS | FIEBRE | RESPIRATORIOS | DIGESTIVOS | MENINGEOS | DOLOR MUSCULAR |
|---|---|---|---|---|---|
| No | | | | | |
| Sí | | | | | |
| No Sabe | | | | | |

**Parálisis** Semana Epidemiológica Nº_____

Inicio ____/____/____ Fiebre Si ☐ No ☐ N/S ☐ Días de instalación total de la parálisis _____

| MIEMBRO | PARALISIS | | | | | | REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS (*) | | | | | SENSIBILIDAD(*) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PROXIMAL | | | DISTAL | | | | | | | | | | | | |
| | Si | No | NS | Si | No | NS | N | H | D | A | NS | N | H | D | A | NS |
| Brazo derecho | | | | | | | N | H | D | A | NS | N | H | D | A | NS |
| Brazo izquierdo | | | | | | | N | H | D | A | NS | N | H | D | A | NS |
| Pierna derecha | | | | | | | N | H | D | A | NS | N | H | D | A | NS |
| Pierna izquierda | | | | | | | N | H | D | A | NS | N | H | D | A | NS |

(*) N – Normal, H – Aumentado, D – Disminuido, A – Ausente, NS – No Sabe (Marcar lo que corresponda)

**Progresión de la Parálisis**

| ASCENDENTE | DESCENDENTE | SIN PROGRESIÓN | SIMÉTRICA | ASIMÉTRICA | DESCONOCIDA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Compromiso de pares craneanos Si ☐ No ☐ N/S ☐

Compromiso respiratorio Si ☐ No ☐ N/S ☐

ARM Si ☐ No ☐ N/S ☐

LCR Si ☐ No ☐ Disociación albúmino/citológica Si ☐ No ☐ Fecha ____/____/____

MendozA espíritu grande

## Muestras

**Materia fecal** - no menos de una cucharada sopera en un frasco limpio de boca ancha de plástico - **dentro de los primeros 14 días de comenzado el cuadro clínico**. En **casos excepcionales**, de no poder recoger la muestra en ese período, puede tomarse hasta dentro de los 60 días de comenzado el cuadro clínico.

**Acciones de bloqueo en terreno**

Se deben chequear los carnet de vacunación de los contactos cercanos menores de 18 años cercanos del caso sospechoso.

**El bloqueo se realiza con SABIN ORAL**

**La vacuna SALK no es útil para las acciones de bloqueo**

PROGRAMA PROVINCIAL DE INMUNIZACIONES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA y AMBIENTE SALUDABLE

MendozA Ministerio de SALUD

**FICHA DE INVESTIGACION DE CASO**
**PARALISIS AGUDA FLACCIDA**
**EN MENORES DE 15 AÑOS** PF

Hoja 2

## 5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis
¿Dónde residió? Lugar_____ Fecha _____/_____/_____
¿Viajó? Si ☐ No ☐ Lugar_____ Fecha _____/_____/_____
En esa zona hubo algún caso de poliomielitis? Si ☐ No ☐

## 6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Vacunación de bloqueo Si ☐ No ☐ Nº de dosis _____ Fecha _____/_____/_____

## 7. EXAMENES DE LABORATORIO

Materia Fecal Si ☐ No ☐
Fecha Muestra _____/_____/_____ Fecha Recepción del Laboratorio _____/_____/_____
Resultado: Enterovirus ☐ Adenovirus ☐ Polio ☐ Vacunal ☐ Salvaje ☐ Negativo ☐
Otros ☐ _____ Fecha _____/_____/_____

## 8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Evaluación a los 60 días: Si ☐ No ☐ Fecha: _____/_____/_____
Parálisis Residual Si ☐ No ☐ N/S ☐ Atrofia Si ☐ No ☐ N/S ☐ EMG Si ☐ No ☐

**CLASIFICACIÓN FINAL** Fecha_____/_____/_____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Polio ☐ | Compatible con Polio ☐ | Relacionado con VOP ☐ | | |
| Descartado: G. Barré ☐ | Neuritis Traumática ☐ | Mielitis Transversa ☐ | Tumor ☐ | Otros ☐ |

Fecha_____/_____/_____

_____
Firma y Sello Médico

**Remitir ficha COMPLETA, resumen de Historia Clínica y muestra de materia fecal, al Programa Provincial de Inmunizaciones, San Martín 488, Ciudad, Tel/FAX: 0261- 4293594**
**e-mail: inmen@mendoza.gov.ar**

MendozA espíritu grande

# Vigilancia de Coqueluche

## Definición de caso sospechoso de COQUELUCHE

**Menores de 6 meses**: Toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: Apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA PROVINCIAL DE INMUNIZACIONES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA y AMBIENTE SALUDABLE

MendozA Ministerio de SALUD

# FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS DE COQUELUCHE

**Definición de caso sospechoso**

**Menores de 6 meses**: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.

**Mayores de 6 meses hasta 11 años:** tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.

**Mayores de 11 años:** tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante

**En caso de brote se ajustará la definición de caso sospechoso de acuerdo a la situación epidemiológica**

**1. DATOS DEL NOTIFICADOR**

Establecimiento notificador:.....Localidad.....
Departamento.....Provincia.....
Apellido y nombre del profesional notificante.....
Tel /Cel.....e-mail.....

**2. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre.....Edad.....FN...../...../.....
Sexo : F ☐ M ☐ Domicilio.....Localidad.....
Departamento.....Provincia.....Tel/Cel.....
Datos útiles para identificar la vivienda.....

**3. DATOS CLÍNICOS** Fecha de inicio de los síntomas...../...../..... Fecha de consulta...../...../.....

Marcar con una X los principales signos y síntomas que se presentaron:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tos | ☐ | Estridor inspiratorio | ☐ | Apnea | ☐ |
| Tos paroxística | ☐ | Vómitos después de toser | ☐ | Neumonía | ☐ |
| Fiebre | ☐ | Síntomas catarrales | ☐ | | |
| Cianosis | ☐ | Convulsiones | ☐ | | |

**4. DATOS DE VACUNACIÓN** (evaluar con carnet)

Pentavalente (DPT-Hib-HB) n° de dosis : 1 - 2 - 3 (marque con un círculo lo que corresponda) Fecha última dosis...../...../.....
Cuádruple (DTP-Hib) Fecha...../...../.....
Triple bacteriana celular (DPT) Fecha última dosis...../...../.....
Triple bacteriana acelular (dTap) Fecha...../...../.....

**5. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Estuvo en contacto con pacientes con tos persistente o síntomas similares a los del caso? No ☐ Si ☐ ¿Quién?.....
¿Tuvo conocimiento de algún caso confirmado de coqueluche? No ☐ Si ☐ ¿Viajó en los últimos 30 días? No ☐ Si ☐
¿Dónde?..... ¿Durante el viaje tuvo contacto con alguna persona con tos persistente? No ☐ Si ☐
¿Asiste a alguna institución? No ☐ Si ☐ Domicilio (escolar, laboral, etc.).....

**6. LABORATORIO**

| Tipo de muestra | Fecha | Lugar al que se envía la muestra | Técnica (serología, PCR, cultivo) | Resultado |
|---|---|---|---|---|
| Hisopado | | | | |
| Aspirado | | | | |
| Esputo | | | | |
| Suero | | | | |

**7. ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL**

| Contactos | N° de contactos estudiados | N° de contactos que recibieron ATB | Esquemas controlados | Esquemas completos |
|---|---|---|---|---|
| Familiares | | | | |
| Escolares | | | | |
| Laborales | | | | |
| Institucionales | | | | |

**8. EVOLUCIÓN**

Internación No ☐ Si ☐ Lugar ..... Fecha ingreso...../...../.....
Tratamiento ATB realizado.....
Complicaciones No ☐ Si ☐ ¿Cuáles?.....
Secuelas No ☐ Si ☐ Cuáles?.....
Fallecido No ☐ Si ☐ Fecha...../...../.....

**9. CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO**

Caso confirmado ☐ Caso probable ☐ Caso descartado ☐

**REMITIR COPIA A:**

Departamento de Epidemiología: Avenida España 1425, 1°piso, Ciudad.
Tel: 261- 4294478 FAX: 261-4250486 e-mail: epidemiología@mendoza.gov.ar

Casos **CONFIRMADOS**

El Programa Provincial de Inmunizaciones notifica
a las Áreas Departamentales de Salud
Nombre y Apellido, domicilio y tel. del paciente para poder
realizar el bloqueo y la quimioprofilaxis correspondiente

**En coqueluche hacemos**

- **Acciones de bloqueo**
- **Acciones de quimioprofilaxis**

# Acciones de Bloqueo

A-Revisar los carnets de vacunación de los contactos menores de 7 años. Los niños de 7 años ó más NO deben ser vacunados.

B-Los niños que han recibido 3 dosis de vacuna, pueden recibir la 4° dosis si han pasado 6 meses ó más de la 3° dosis.

C-Los niños que tienen 3 dosis colocadas y 1 refuerzo, pueden completar la 5° dosis si han pasado 3 años ó más del refuerzo; en este caso no es necesario el refuerzo escolar.

# Acciones de Quimioprofilaxis

A. Se administrará dentro de los 21 días de iniciado los síntomas del caso sospechoso
B. Administrar a todos los contactos familiares y otros contactos cercanos cualquiera sea la edad o el estado inmunitario. Los antibióticos utilizados son los macrólidos

## AZITROMICINA

| | |
|---|---|
| **Menor de 1 mes** | **10mg/kg/día (cada 24 horas) por 5 días.** |
| **1-5 meses** | 10mg/kg/día (cada 24 horas) por 5 días. |
| **6 meses y niños** | 10mg/kg/día (cada 24 horas) el día 1(máximo 500mg) y luego 5mg/kg/día (cada 24horas) desde el día 2 al 5 (máximo 250mg/día) |
| **Adolescentes y adultos** | 500mg/día el primer día y luego 250mg/día desde el día 2 al 5. |

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA PROVINCIAL DE INMUNIZACIONES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA y AMBIENTE SALUDABLE

**Coqueluche: Acciones de Bloqueo y Quimioprofilaxis de contactos**

Área Departamental.....Fecha de investigación:.....

Apellido y Nombre del caso índice.....Domicilio.....Tel/Cel.....

Equipo responsable de las acciones en terreno.....

| Contactos investigados | Edad/sexo * | | Relación con el caso ** | Síntomas respiratorios | | Estado de Vacunación*** | | | | | | Quimioprofilaxis indicada**** | | | | Muestra | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellido y Nombre | M | F | | Si | No | Pentavalente 1° dosis | Pentavalente 2°dosis | Pentavalente 3°dosis | Cuádruple (DPT-Hib) | DPT | dTap | Eritromicina | Azitromicina | Claritromicina | TMS | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **La madre del caso índice recibió dTap (triple bacteriana acelular) durante el embarazo (marcar con una cruz lo que corresponda)** | | | | | | | | | | | | **si:** | | **no:** | | | |

*Anotar la edad en años ó meses en la columna de sexo según corresponda

** Anotar el vínculo familiar o institucional según corresponda

***Marcar con una X las dosis que constan en carnet de vacunación y con un círculo si se aplica una dosis ó refuerzo

Firma y sello responsable

MendozA
espíritu grande

MUCHAS GRACIAS