OPTIMIZACION DE LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN
Y MEJORA DE LAS COBERTURAS
CON NUEVAS TECNOLOGÍAS

SOCIEDAD CIENTÍFICA PERUANA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

SOCICEP

“Enfermería activa, liderando la salud infantil y del adolescente del Perú”

Dr. Héctor Briceño Lazo

Lima 11.07.20

HECTOR MANUEL BRICEÑO LAZO

CMP 25813 RNE 22544

pcmehbri@upc.edu.pe

Médico Asistente del Servicio de Pediatría del Hospital III Suárez Angamos - ESSALUD

Mg. Gestión y Docencia en Alimentación y Nutrición
Maestrando en Infectología Pediátrica 2020 - 2021

Docente a tiempo completo, Coordinador y Profesor de la
Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC

Unimed, Sanofi-Pasteur, Abbott, Merck Sharp Dohme, AC-Farma, TEVA, ITF FARMA

Cualquier indicación OFF LABEL mencionada será con el único objetivo de intercambio científico y no representa una promoción.

Nace un bebé en Wuhan infect...
contrareplica.mx

Coronavirus embarazada: no h...
redaccionmedica.com

Detectan coronavirus a bebé d...
reforma.com

Bebé nace con coronavirus 201...
youtube.com

Muere por coronavirus una enf...
20minutos.es

Los niños que cuidan las "madr...
mag.elcomercio.pe

El Ayuntamiento distribuye gua...
elcorreoweb.es

Una bebé de 17 días sobrevivió...
mendozapost.com

Coronavirus en la Argentina: in...
infobae.com

Nace bebé con coronavirus en ...
24morelos.com

Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic

Interim guidance
26 March 2020

World Health Organization

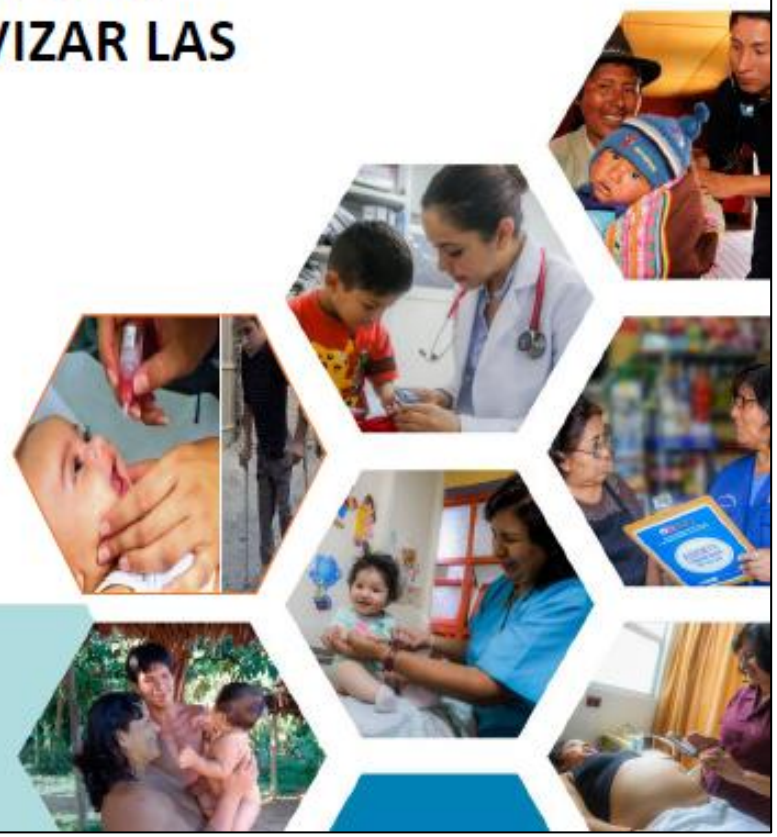
Debido a circulación global del COVID-19 y la pandemia actual, existe el RIESGO DE INTERRUPCIÓN de actividades de inmunización de rutina debido a la carga relacionada con COVID-19 en el sistema de salud y la DISMINUCIÓN DE LA DEMANDA de vacunación debido a requisitos de distanciamiento físico o reticencia de la comunidad.

incluso por breves períodos, darán lugar a un mayor número de personas susceptibles y aumentarán la probabilidad de enfermedades prevenibles por vacunación (VPD) propensas a brotes.

PERÚ | Ministerio de Salud

22-04-2020

DIRECTIVA SANITARIA 093-MINSA/2020/DGIESP
DISPOSICIONES Y MEDIDAS PARA OPERATIVIZAR LAS INMUNIZACIONES EN PERU EN EL CONTEXTO DEL COVID-19



MARIA ELENA MARTINEZ BARRERA
DIRECTORA DE EJECUTIVA
DIRECCION DE INMUNIZACIONES-DGIESP-MINSA

EL PERÚ PRIMERO

Optimización de los Programas de Vacunación y mejora de las Coberturas con Nuevas Tecnologías

PERÚ Ministerio de Salud

RECOMENDACION DE LA OMS EN CUANTO A INMUNIZACION

TENIENDO EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) EN EL DOCUMENTO "ORIENTACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE INMUNIZACIÓN DE RUTINA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS (2020)"[1]

Se hace necesario planificar estas medidas, con el fin de minimizar el riesgo **morbilidad y mortalidad** por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) que resultarían si los servicios de inmunización fueran interrumpidos en su totalidad. Cualquier interrupción de los servicios de inmunización, incluso para abreviar períodos, dará como resultado una acumulación de individuos **mayor probabilidad de brotes de EPV**. Dichos brotes pueden provocar **muertes relacionadas con EPV** y un **aumento de la carga en sistemas de salud** ya tensos brote de COVID-19

[1] WHO. World Health Organization Orientaciones sobre servicios de inmunización durante la pandemia por COVID-19 en la Región Europea" Marzo 2020. Disponible en el enlace: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/guidance-on-routine-immunization-services-during-covid-19-pandemic-in-the-who-european-region-2020

7.6. VACUNACIÓN REGULAR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y HOSPITALES:

Respetarse el esquema nacional de vacunación, los intervalos entre dosis

Evitarse oportunidades [redacted] vacunación

Eliminar todas las barreras y acciones que prolongan la estancia [redacted] en el establecimiento de salud

Los usuarios y acompañantes que acuden al servicio de vacunación deberán cumplir con el triaje al ingreso a la institución,

El personal de salud deberá registrar a los usuarios que no concretan la vacunación, para establecer la estrategia de seguimiento.

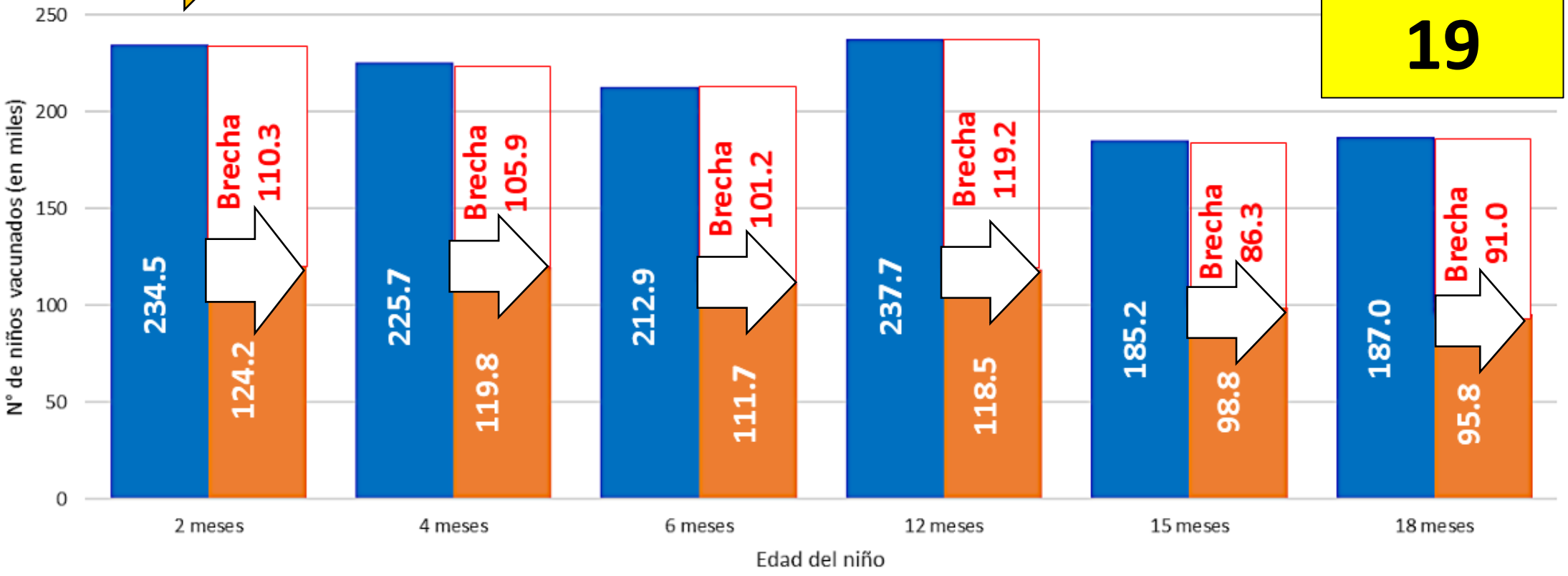
Para la vacunación materna a gestantes, deberán reforzarse los mecanismos de coordinación y operación interna de los servicios

COVID 19

BRECHA POR TIPO DE VACUNA

Brecha total: 614,019 niños menores de 2 años

COVID 19



E CHAPARRO 25.06.20

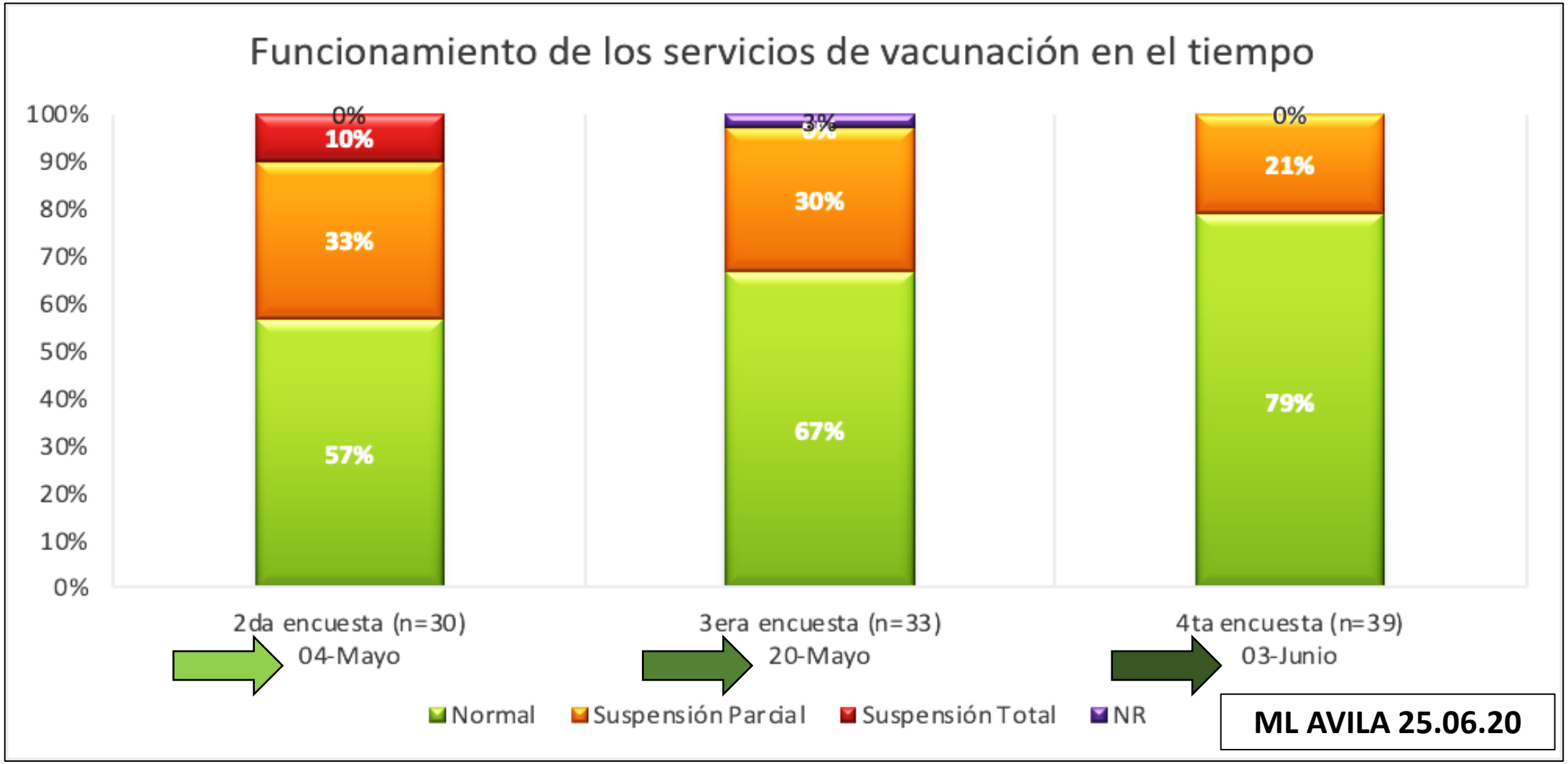
SITUACIÓN DE LAS EPVs

se ha evidenciado
una <u>CAÍDA en las COBERTURAS</u> vacunales
a nivel global y regional
con un incremento subsecuente
del RIESGO para las poblaciones
MÁS vulnerables y NO protegidas

CONSENSO LATINOAMERICANO SOBRE VACUNACIÓN Y SERVICIOS DE INMUNIZACIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID - 19

Torres Martínez, C; Aguilar Velasco; M Álvarez Moreno, C; Arbo Sosa, A; Ávila Agüero, ML; Bonvehi, PE; Brea del Castillo,J; De la Hoz Restrepo, F; De Moraes, JC; Alan Santos Domingues CM; Dueñas de Chicas, L; Fuenmayor Flor, GP; Gentile, A; González Ayala, S; Gottuzo Herencia, JE; Leite Ribeiro, JG; López, EL; López López, P ; López Medina, E; Macias Hernández, A; Mariño Drew, AC; Mascareñas de los Santos, A; Pascale, JM; Pujadas Ferrer,M; Revelo Castro, O; Safadi Palazzi, MA; Solórzano Santos, F; Torres Torreti, JP; Torres Rojas, JR.

Situación del PNI en la Región de las Américas



Fuente: Cuestionario a los Puntos focales y asesores de Inmunización OPS en país. Fecha: 3 de junio de 2020

OPS Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas

PRINCIPIOS GUÍA DE OMS / OPS

EN EL SIGUIENTE ESQUEMA SE AGRUPAN LOS PRINCIPIOS GUÍA DE LA VACUNACIÓN QUE HAN COMUNICADO EN EL ACTUAL CONTEXTO LA OMS, OPS Y ALGUNOS DE LOS MINISTERIOS DE LA REGIÓN

01

La inmunización como servicio esencial debe ser priorizada y su continuidad asegurada durante la pandemia COVID-19.

Las estrategias de inmunización deben ser adaptadas y conducidas bajo condiciones seguras para cuidadores, comunidad y personal de salud.

02

PRINCIPIOS GUÍA DE OMS / OPS

03

La vigilancia de las EPVs se debe mantener y reforzar para garantizar detección y manejo tempranos.

04

La dinámica de la pandemia debe ser continuamente monitorizada.

05

Si la provisión del servicio de inmunización se impacta negativamente por COVID-19, los países deben diseñar estrategias de puesta al día para el post-pico de la pandemia y hacer planes para anticipar una recuperación gradual.

PRINCIPIOS GUÍA DE OMS / OPS

06

Las campañas de inmunización masivas deben suspenderse temporalmente.

07

Se debe priorizar la vacunación contra influenza y neumococo en las personas con alto riesgo.

07

Se debe evaluar si es apropiado implementar estrategias alternativas (servicios móviles, domiciliarios) en el contexto local y adaptado para proporcionar seguridad al personal de salud y a los vacunados. Deben explorarse métodos innovadores para mejorar la prestación del servicio.

ESQUEMA REGULAR

La vacunación debe ser una prioridad en salud pública más allá de la pandemia. Los países deben hacer todo el esfuerzo necesario para continuar los esquemas regulares de vacunación. El cumplimiento del programa con brotes como por ejm de sarampión en curso debe ser una prioridad. Posicionar las sociedades científicas y los comités asesores de vacunación para definir estrategias de vacunación y comunicación sobre EPV durante y después del COVID.

Estrategias recomendadas

1. Independizar en lo posible el personal de vacunación de otras actividades.
2. Se recomienda a los Ministerios de Salud la priorización con logísticas de vacunación independientes del servicio de salud brindado hacia pacientes con COVID-19, para evitar riesgos de contagios y rechazo de la población por miedo a contagio.
3. Cuando sea necesario integrar vacunación a otras actividades de prevención y promoción
4. Articulación de los programas de vacunación con otros ministerios como trabajo, educación, hacienda, desarrollo social.
5. Mantener la vacunación intramural. Buscar mecanismos para permitir el transito de las personas que van al centro de vacunación.
6. Estimular la vacunación extramural, en particular para las comunidades más vulnerables y en aquello municipios con muy bajas coberturas, a través de:a. La vacunación domiciliariab. El uso de áreas novedosas, como iglesias o escuelas de tal forma que se aseguren centros de vacunación cercanos al domicilio. c. Uso de los promotores de salud en búsqueda activa de COVID.d. Considerar los estudiantes de enfermería y medicina para estos centros.
7. Reforzar la vacunación a nivel regional y sub regionales.
8. No perder ninguna oportunidad de vacunación: a. Vacunación al alta hospitalaria.b. Derivar a vacunación todo sujeto que consulte y tenga indicada alguna vacuna.
9. Uso de vacunas combinadas con el fin de asegurar coberturas, disminuir eventos adversos y por lo tanto visitas innecesarias.
10. Se pueden utilizar diferentes estrategias para municipios con circulación del SARS-CoV-2 vs municipios sin evidencia de circulación.
11. Reforzar el rol de los médicos en su consulta y de los centros de vacunación privados.
12. Estimular la vacunación en farmacias, como servicios esenciales que continúan durante el COVID-19 y tiene horarios extendidos, en particular para vacunas como Influenza y Neumococo en adultos.
13. Se recomienda el uso de esquemas acelerados.

Independizar en lo posible el personal de vacunación de otras actividades.

Estimular la vacunación extramural, en particular para las comunidades más vulnerables y en aquello municipios con muy bajas coberturas.

Uso de vacunas combinadas con el fin de asegurar coberturas, disminuir eventos adversos y por lo tanto visitas innecesarias.

Vacunas prioritarias

Vacunas para priorizar durante COVID-19 o si fuera necesario priorización:

- Infecciones en planes de eliminación y erradicación:
  - -Sarampión, rubeola, tétanos neonatal, polio.
  - -Influenza, neumococo.
- Infecciones propensas a brotes:
  - -Influenza, sarampión, meningococo, fiebre amarilla, rubeola, difteria, polio.

1. Influenza:

a. Extender indicación a otras poblaciones como:

I. Escolares por carga de enfermedad y fuente de trasmisión a adultos mayores.

II. Vacunación a personas sanas con trabajos estratégicos esenciales durante y después de COVID-19 o alto riesgo de contagio: policías, bomberos, trabajadores de bancos, conductores de transporte públicos, profesores, población carcelaria, profesores, etc.

III. Realizar las campañas de vacunación escalonada en fases de acuerdo con la carga de enfermedad:

a. Trabajadores de salud, adultos mayores y comorbilidades.

b. Embarazadas y lactante.

c. Escolares y adultos sanos trabajadores esenciales.

Iv. Aprovechar las campañas de vacunación contra Influenza para actualizar esquemas de otras vacunas.

2. Asegurar esquema de vacunación contra neumococo a adultos mayores, esquema definido por el país.

3. Asegurar máxima cobertura de serotipos circulantes para influenza y Neumococo.

4. Sarampión:

a. Dosis cero (seis meses hasta 11 meses 29 días)

b. Dos dosis a los 12 y 15 meses.

c. Si hay brote:

I. Actualizar toda la población con esquemas incompletos o sin antecedente de vacuna hasta los 49 años.

II. Cercos epidemiológicos con vacunación de contactos.

5. Polio:

a. Idealmente utilizar 4 dosis de polio inactivo con el fin de disminuir el riesgo de cVDPV .

b. Considerar vacunas combinadas con el fin de asegurar coberturas.

6. Fiebre Amarilla:

a. Población de riesgo.

b. Si hay brote asegurar dos dosis

7. Tdap en embarazadas en particular en los países donde se viene reportando coberturas históricas bajas.

Infecciones propensas a brotes y/o alta morbimortalidad: influenza, neumococo, sarampión, meningococo, fiebre amarilla, rubéola, difteria, polio.

5. Polio:

a. Idealmente utilizar 4 dosis de polio inactivo con el fin de disminuir el riesgo de cVDPV.

b. Considerar vacunas combinadas con el fin de asegurar coberturas.

7. Tdap en embarazadas en particular en los países donde se viene reportando coberturas históricas bajas.

MINISTERIO DE SALUD

No. 719-2018/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 01 de Agosto del 2018

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 141 -MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

CALENDARIO VACUNAL

VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE (DPT-HvB-Hib)

Tipo de Vacuna	COMBINACIÓN DE VACUNAS INACTIVADAS O MUERTAS
Descripción	Vacuna combinada, contiene células completas inactivadas de *Bordetella pertussis*, toxoide diftérico y tetánico, antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B, y el polisacárido conjugado de *Haemophilus influenzae* tipo b. Los toxoides de difteria y tétanos se obtienen de cultivo de *Corynebacterium difteriae* y *Clostridium tétani* respectivamente por inactivación con formaldehido y purificación. El componente de suspensión de pertussis se obtiene de cultivos de *Bordetella* de la *pertussis* tras inactivación y purificación. El antígeno de superficie de la Hepatitis B (HBsAg) se produce en células de levadura tratada genéticamente, es purificado e inactivado. El componente de Hib se prepara de polisacárido capsular de la cepa de *Haemophillus influenzae* tipo b y después de la inactivación se liga al toxoide tetánico.
Indicaciones	Prevención de la difteria, tos ferina, tétanos, enfermedades invasivas provocadas por el Hib (meningitis, neumonía) y Hepatitis B.
Esquema de Vacunación **COVID 19**	Menor de 1 año: 3 dosis (2, 4 y 6 meses de edad). De 1 a 4 años 11 meses 29 días, sin vacunación previa: se aplica el esquema (3 dosis con un intervalo mínimo de 2 meses entre dosis y **EN LOS QUE TENGAN VACUNA INCOMPLETA CONTINUAR EL ESQUEMA VIGENTE**

Cada dosis de 0.5 ml contiene:

- Toxoide Diftérico 25 Lf (30 UI)
- Toxoide Tetánico 5 Lf (40 UI)
- **B pertussis (célula entera) 16 UO (4 UI)**
- HBsAg HbsAG (rADN) 10 mcg
- Adsorbido en fosfato de aluminio, Al+++ 1.25 mg
- Tiomersal 0.005%

PENTA (DTP-Hib-HBV más POLIO IM)

HEXAVALENTE (DTaP-Hib-VHB-VPI)

CELULAR

ACELULAR

VACUNA POLIO INACTIVADA (IPV o SALK)

Tipo de Vacuna	VACUNAS DE VIRUS INACTIVADOS
Descripción	Es una vacuna inyectable compuesta por poliovirus inactivados.
Composición	Una dosis de 0.5 ml cont[illegible] Poliomielítica inactivada tipo 1 (Mahone[illegible] unidades de antígeno D*, vacuna poliomielítica inactivada tipo 2 (MEF-1) 8 unidades de antígeno D*, vacuna poliomielítica tipo 3 (Saukett) 32 unidades de
Esquema de Vacunación	Número de dosis: 2 dosis Edad: 2 y 4 meses de edad; con intervalo de 2 meses entre dosis y dosis.

VACUNA ORAL DE POLIOVIRUS (bAPO o SABIN)

Tipo de Vacuna	VACUNAS DE VIRUS VIVO ATENUADO
Descripción	Es una vacuna oral de tipo bivalente 1 y 3 (bAPO)
Composición	Una dosis de 2 gotas, contiene: Vi[illegible] polio (Sabin) crecida en el cultivo primario de riñón de mo[illegible] Tipo-I ≥ [illegible] $DICC_{50}$ Tipo III [illegible] $DICC_{50}$ Neomicina [illegible]5 mcg Estabilizador: 1M MgC12
Esquema de Vacunación	Número de dosis: 3 dosis Edad de aplicación: 1ra dosis: 6meses Refuerzos: 18 meses y 4 años.

Poliomielitis erradicada
PVS2-1999 (2015*),
PVS3-2012 (2019*) y
PVS1……..?

2003: primer caso de Poliomielitis
Virus Derivado de la Vacuna: mutación 1.2%.

2010: primer caso: Virus Similar a la Vacuna:
cambio de nucleótidos en genoma menor a 1 %.

en niños susceptibles (no vacunados)
aún en ausencia de inmunodeficiencia.

Optimización de los Programas de Vacunación y mejora de las Coberturas con Nuevas Tecnologías

PERU: paso importante al incluir las dos primeras dosis de Polio IM/inactivada (VPI),

En futuro mediato deberíamos MIGRAR a 5 dosis de IPV, al cumplir con criterios OMS para dicho propósito:

COVID 19

- Riesgo bajo de transmisión e importación
- Alta cobertura homogénea
- Buen saneamiento

?

CIRCULATING VACCINE-DERIVED POLIOVIRUS (cVDPV)	Very rare, circulating virus genetically changed from the weakened virus originally contained in OPV, which can only emerge in under-immunised populations.	Low immunisation rates, poor sanitation, high population densities.	Vaccinate all children under five years of age with OPV.	Since 2000: Type 1: Causes 13% of cVDPV **Type 2: Causes 86% of cVDPV** Type 3: Causes 1% of cVDPV

MINSA: valorar COSTOS - BENEFICIOS de esta MIGRACION en la aplicación de VPI:

ahorro, espacio para vacunas, menos errores programáticos, más adherencia, menos efectos adversos.

PENTA (DTP-Hib-HBV más POLIO IM) vs HEXAVALENTE (DTaP-Hib-VHB-VPI).

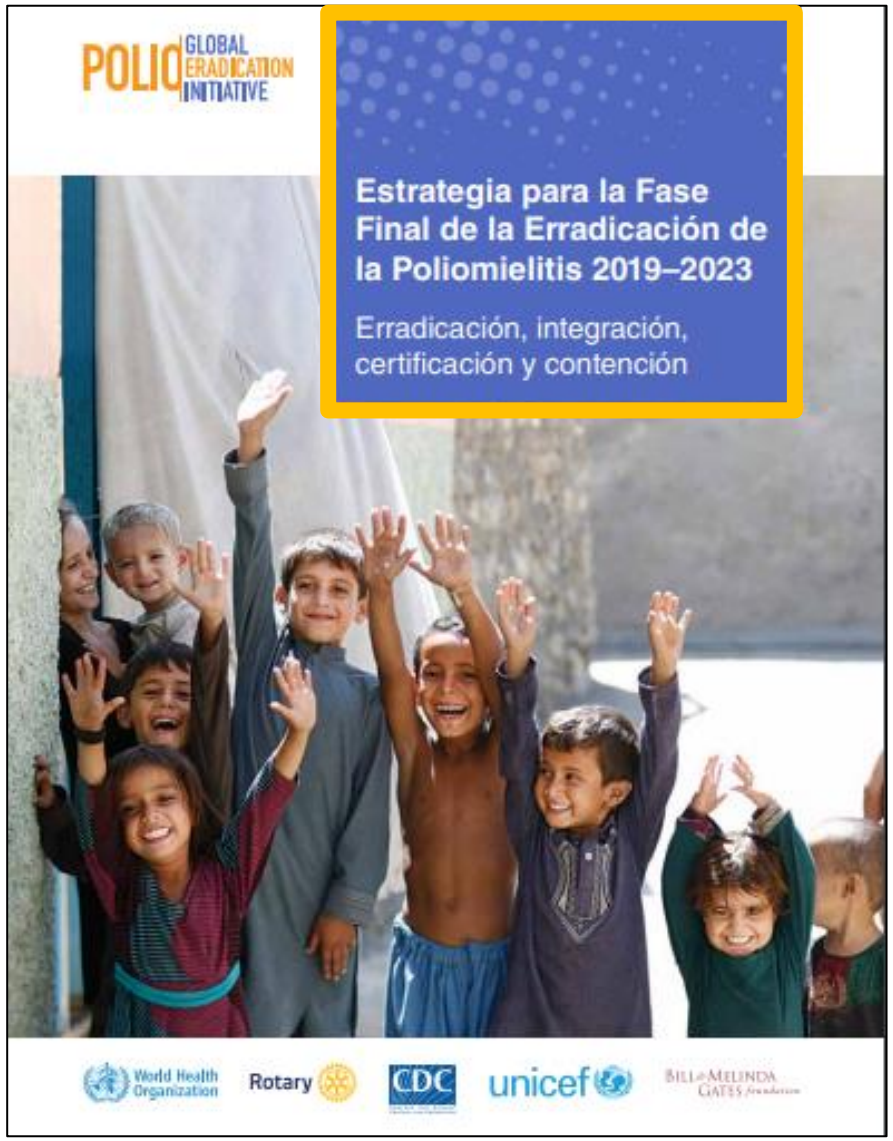


Tabla 1. ***Objetivos de la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023***

Objetivo 1: Erradicación	• Interrupción todos los poliovirus salvajes (WPV) • Acabar brotes de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) en los 120 días posteriores a su detección y eliminar el riesgo de futuros VDPV
Objetivo 2: Integración	
Objetivo 3: Certificación y contención	

Cuando la transmisión del poliovirus salvaje se detenga en todo el mundo, los virus de la vacuna ORAL serán la única fuente de poliovirus vivos en la comunidad y podrían conducir a la reaparición de la polio.

Fuente: OMS.

Virus de la vacuna si circula en un periodo prolongado de tiempo sin interrupción, puede mutar y, en el transcurso de 12-18 meses, volver a adquirir neurovirulencia.

…ese poliovirus salvaje: el tipo 3 ha sido certificado como erradicado a nivel mundial, por la Comisión Global para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis.

El profesor David Salisbury, presidente de la Comisión Global Independiente para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, presenta el Certificado oficial de erradicación de WPV3 al Dr. Adhanom Ghebreyesus. © WHO

ACUERDOS Y CONCLUSIONES

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

?

57.º CONSEJO DIRECTIVO

71.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030

El primer nivel de atención es el principal pilar de la eliminación

La participación de la sociedad civil y la comunidad

CD57/7
Anexo C
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

INICIATIVA DE LA OPS PARA LA ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES: POLÍTICA PARA APLICAR UN ENFOQUE INTEGRADO Y SOSTENIBLE DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

COVID 19

UNA REFLEXION ADICIONAL……

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Oficina Regional para las Américas

Actualización Epidemiológica
Difteria

6 de diciembre de 2019

Resumen de la situación en las Américas

En 2019, Colombia, Haití y la República Bolivariana de Venezuela han reportado casos confirmados de difteria. En 2018, estos mismos tres países también notificaron casos confirmados.

Colombia: un menor de 4 años, de nacionalidad venezolana; Difteria confirmada, en el departamento de Norte de Santander (sin antecedentes de vacunación).

Venezuela: brote de difteria inició en 07.2016 y sigue activo.

Hasta la SE 48 - 2019: notificaron 3.033 casos sospechosos (324 en 2016, 1.040 en 2017, 1.208 en 2018 y 461 en 2019), de los cuales se confirmaron 1785 (579 por laboratorio y 1.206 por criterio clínico o nexo epidemiológico).

291 defunciones (17 en 2016, 103 en 2017, 151 en 2018 y 20 en 2019).

2019 Tasa de letalidad: más alta 5 a 9 años (33%), grupo de 1 año (25%) y el grupo de 40 a 49 años (20%).

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Salud Pública | Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades

MINISTERIO DE SALUD - PERU

Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades

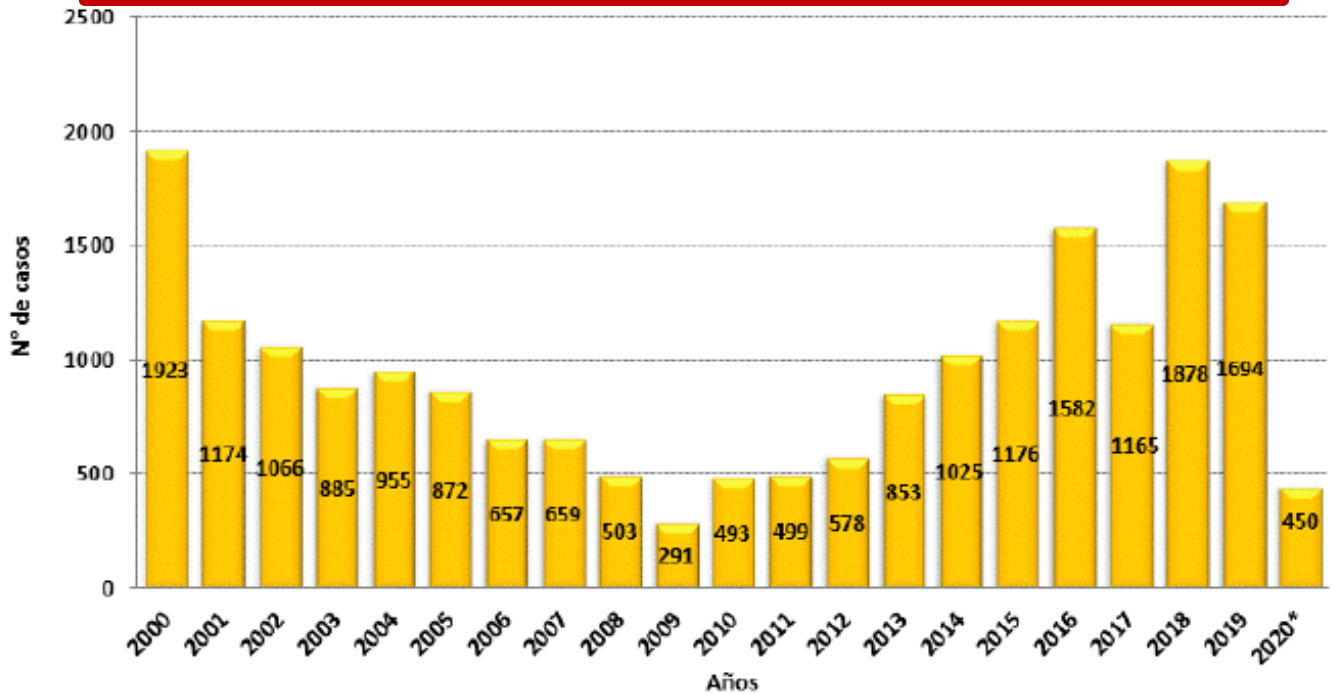
Sala de situación de salud

Perú a la SE 24 - 2020

La sala de situación de salud es un producto del Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud. Se autoriza su uso total o parcial siempre y cuando se citen expresamente las fuentes de información de este producto.

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Salud Pública | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Número de casos de hepatitis B, Perú 2000 – 2020*



Hasta la SE 24 - 2020, se han notificado 450 casos de hepatitis B en el Perú.

En el 2019, en el mismo periodo, se notificó 995 casos con una TIA de 3.06 casos por 100 mil hab. No se reporto fallecido.

Número de casos, incidencia y defunciones por hepatitis B, Perú 2015* – 2020*

Años	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N° de casos	627	840	719	982	995	450
Incidencia por 100 mil hab.	1.99	2.64	2.25	3.07	3.06	1.38
Defunciones	2	4	4	5	0	2

Fuente : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 24 - 2020

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Salud Pública | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Distribución de casos de hepatitis B por grupos de edad y género, Perú 2020*

	N° casos	%	TIA por 100 mil Hab.
Según grupo de edad			
Niños (0 - 11 años)	17	3.78	0.26
Adolescentes (12 - 17 años)	11	2.44	0.35
Joven (18 - 29 años)	145	32.22	2.26
Adulto (30 - 59 años)	248	55.11	1.99
Adulto mayor (60 + años)	29	6.44	0.70
Perú	**450**	**100.00**	**1.38**
Según género			
Hombres	171	38.00	1.06
Mujeres	279	62.00	1.70

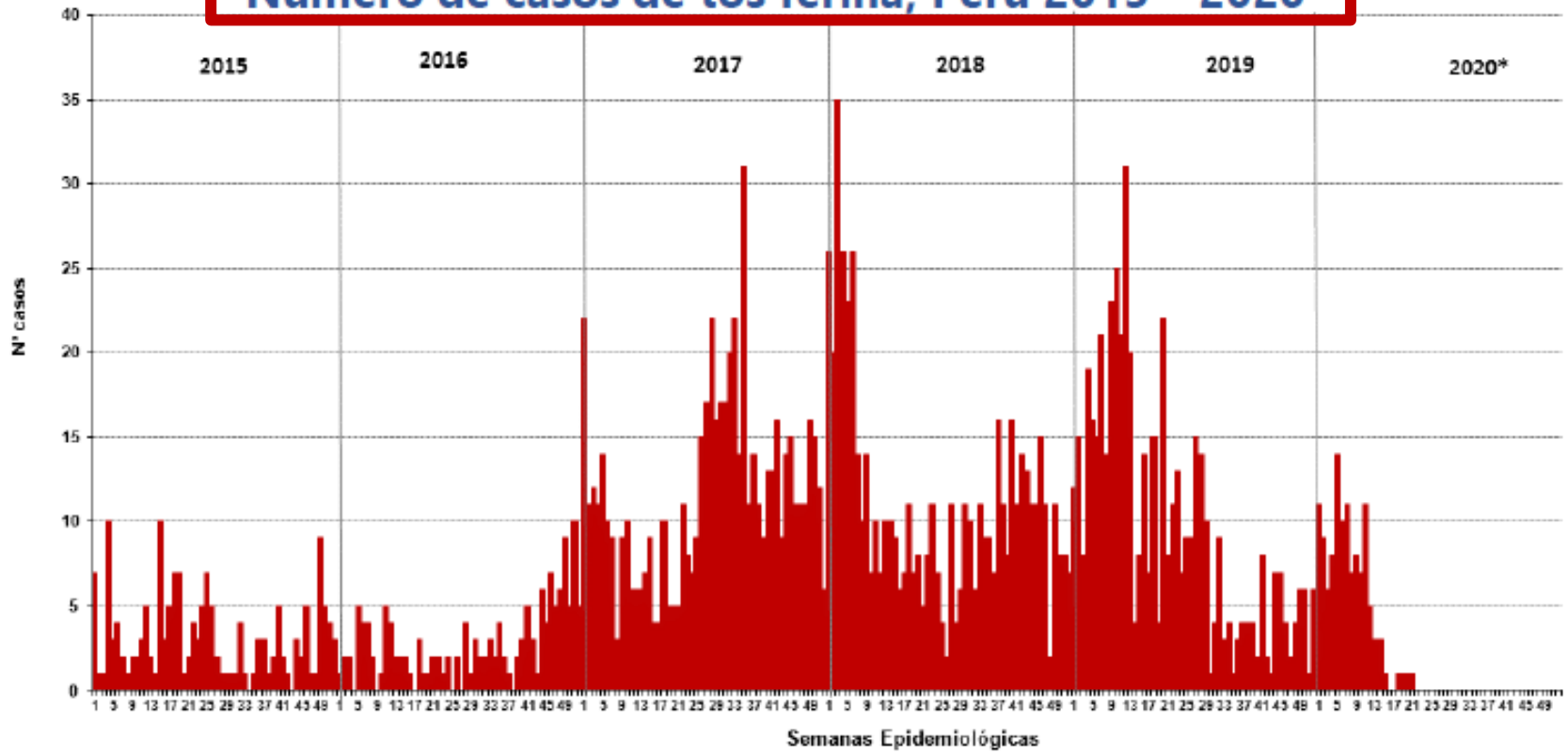
El 55.11% de los casos se reportaron en el grupo de 30-59 años y el 32.22% en el grupo de 18-29 años.

Las tasas de incidencia acumulada fueron altas en los grupos de edad de 18 - 29 años y 30 - 59 más.

Fuente : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 24 - 2020

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Salud Pública | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Número de casos de tos ferina, Perú 2015 – 2020*



Hasta la SE 24 - 2020, se han notificado 118 casos de tos ferina en el país. No se reportó fallecidos de tos ferina.

En el 2019, en el mismo periodo, se notificó 352 casos en el Perú, la TIA fue de 1.08 casos por 100 mil hab. Se notificó 09 muerte por tos ferina.

Número de casos, incidencia y defunciones por tos ferina, Perú 2015* – 2020*

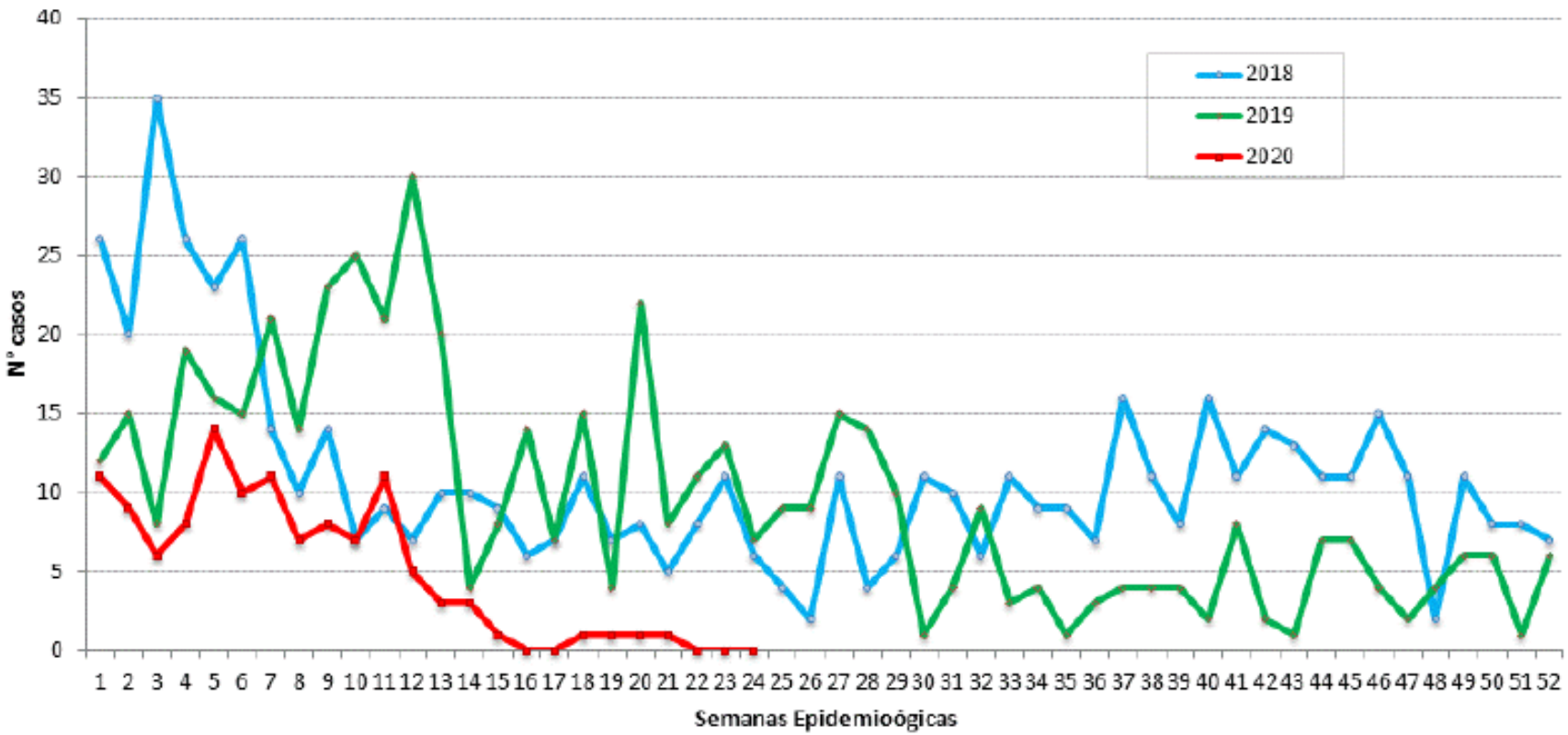
Años	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N° de casos	91	49	204	315	352	118
Incidencia por 100 mil hab.	0.29	0.15	0.64	0.98	1.08	0.36
Defunciones	2	2	8	6	9	0

Fuente : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 24 - 2020

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Salud Pública | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Número de casos de tos ferina por SE, Perú 2018 – 2020*

En la SE 24 - 2020 No [redacted] casos de tos ferina, El acumulado en el Perú es 118 casos. En el 2018 el pico máximo de casos que se reportó en la SE 3 (35 casos).



Fuente : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA (*) Hasta la SE 24 - 2020

Distribución de casos acumulado de tos ferina por grupos de edad y género, Perú 2020*

	N° casos	%	TIA por 100 mil Hab.
Según grupo de edad			
Niños (0 - 11 años)	112	94.92	1.73
Adolescentes (12 - 17 años)	3	2.54	0.10
Joven (18 - 29 años)	1	0.85	0.02
Adulto (30 - 59 años)	2	1.69	0.02
Adulto mayor (60 + años)	0	0.00	0.00
Perú	**118**	**100.00**	**0.36**
Según género			
Hombres	73	61.86	0.45
Mujeres	45	38.14	0.27

El 94.92% de los casos se reportaron en el grupo de edad 0-11 años.

La tasa de incidencia acumulada fue alta en el grupo de 0-11 años

Fuente : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 24 - 2020

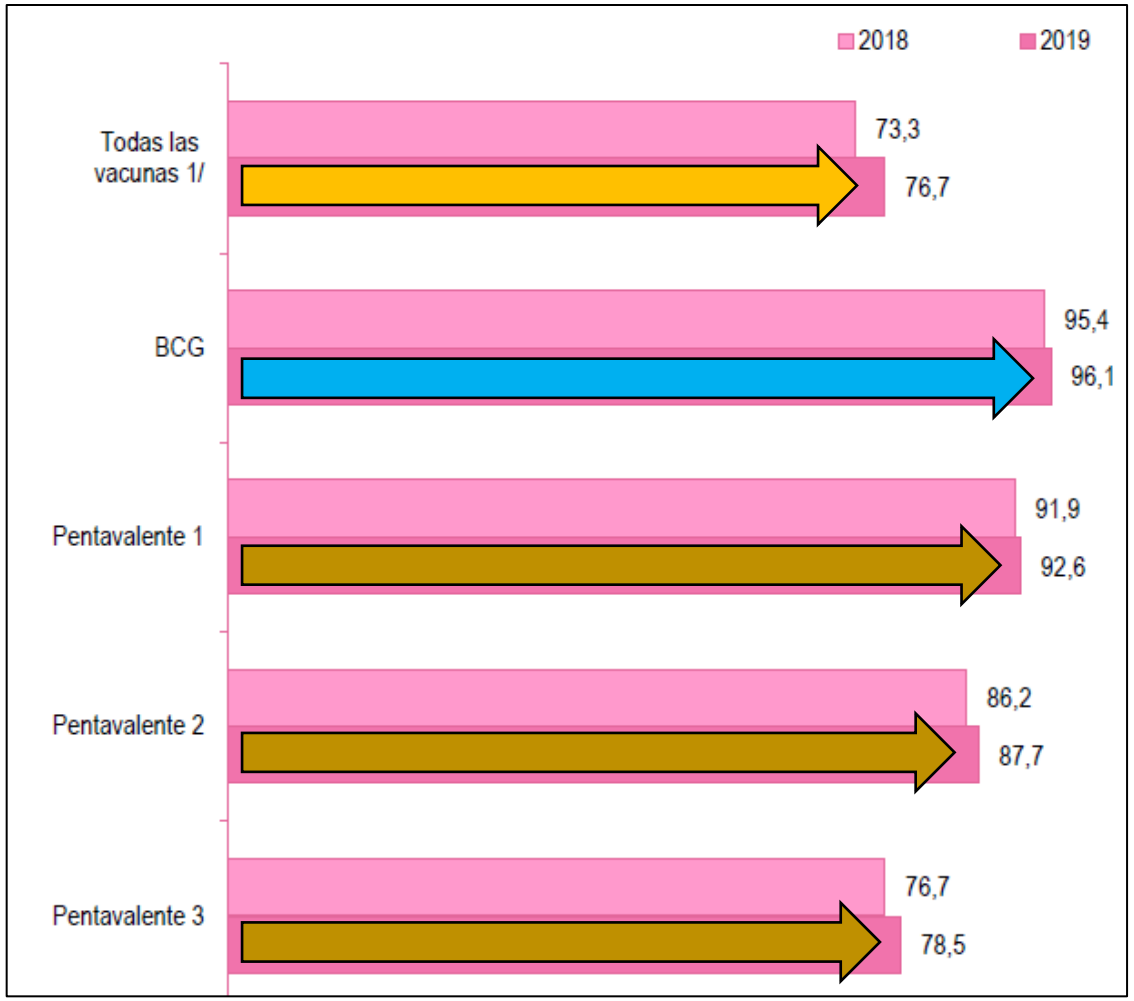
9. SALUD INFANTIL

INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática

Perú

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019

NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 MESES DE EDAD CON VACUNAS DE ACUERDO A SU EDAD SEGÚN TIPO DE VACUNA RECIBIDA 2018 - 2019



"Todas las vacunas" < 12 meses: 1 dosis BCG, 3 dosis Pentavalente, 3 dosis antipoliomielítica, 2 dosis Rotavirus y 2 dosis Neumococo.

Nota:
Cuadro base: Cuadro 9.3A del Informe principal de la ENDES 2019.
1/ "Todas las vacunas" comprende las vacunas completas para menores de 12 meses de edad: 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de la vacuna antipoliomielítica, 2 dosis de Rotavirus y 2 dosis de Neumococo.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Cobertura vacunas básicas completas en el 2019 fue mayor en 26,7 puntos porcentuales en comparación al 2014

“Todas las vacunas” < 12 meses:
1 dosis BCG, 3 dosis Pentavalente,
3 dosis antipoliomielítica, 2 dosis Rotavirus
y 2 dosis Neumococo.

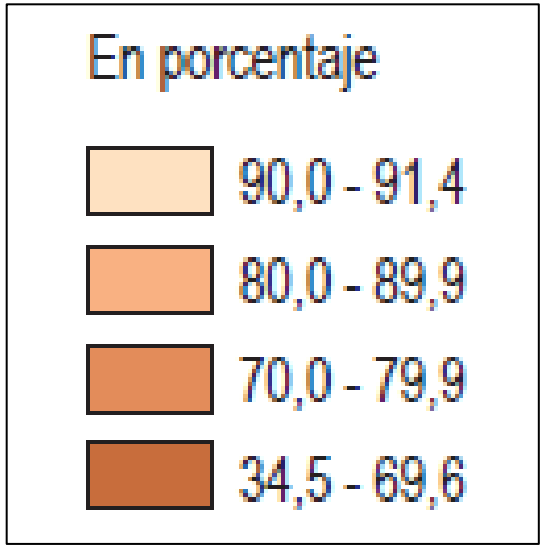
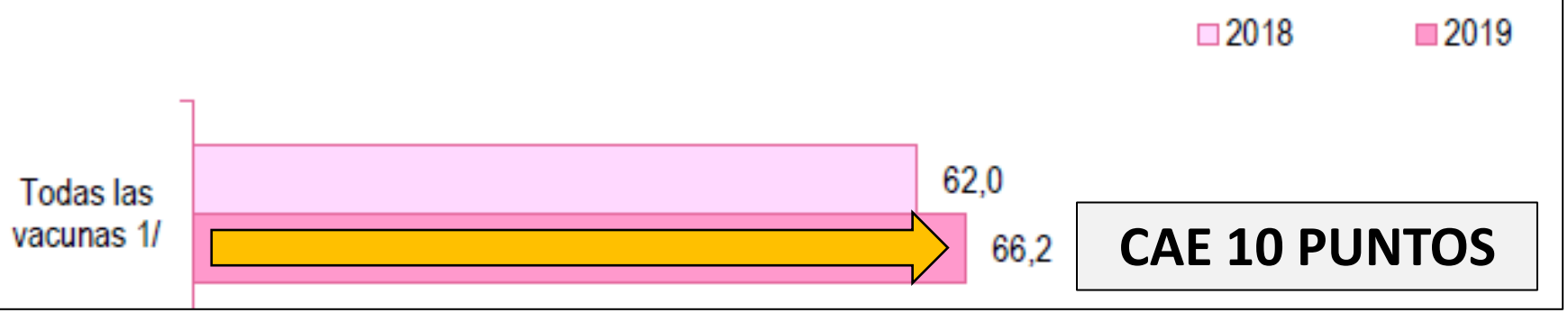


GRÁFICO N° 9.7

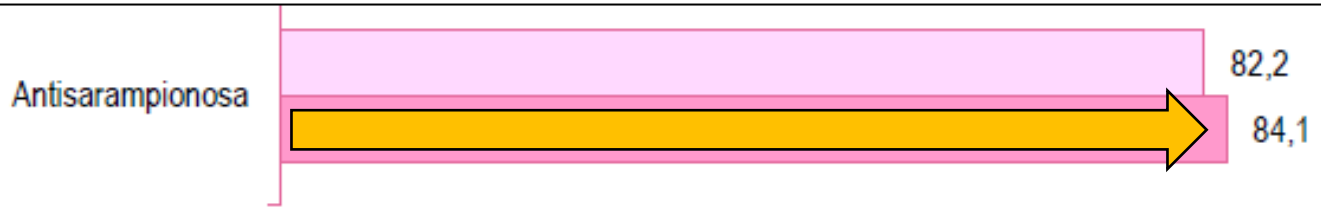
NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 24 MESES DE EDAD CON VACUNAS DE ACUERDO A SU EDAD SEGÚN TIPO DE VACUNA RECIBIDA 2018 - 2019

(Porcentaje)

< 12 MESES: 76.7



CAE 10 PUNTOS



< 36 MESES: 60.7 CAE 16 PUNTOS

Nota:
Cuadro base: Cuadro 9.6A del Informe principal de la ENDES 2019.

"Todas las vacunas" < 24 meses: 1 dosis BCG, 3 dosis Pentavalente, 3 dosis antipoliomielítica, 2 dosis Rotavirus, 3 dosis Neumococo, 2 dosis SRP, 1 dosis refuerzo DPT y 1 dosis refuerzo Polio.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Cobertura vacunas básicas completas en el 2019 fue mayor en 21.3 puntos porcentuales en comparación al 2014

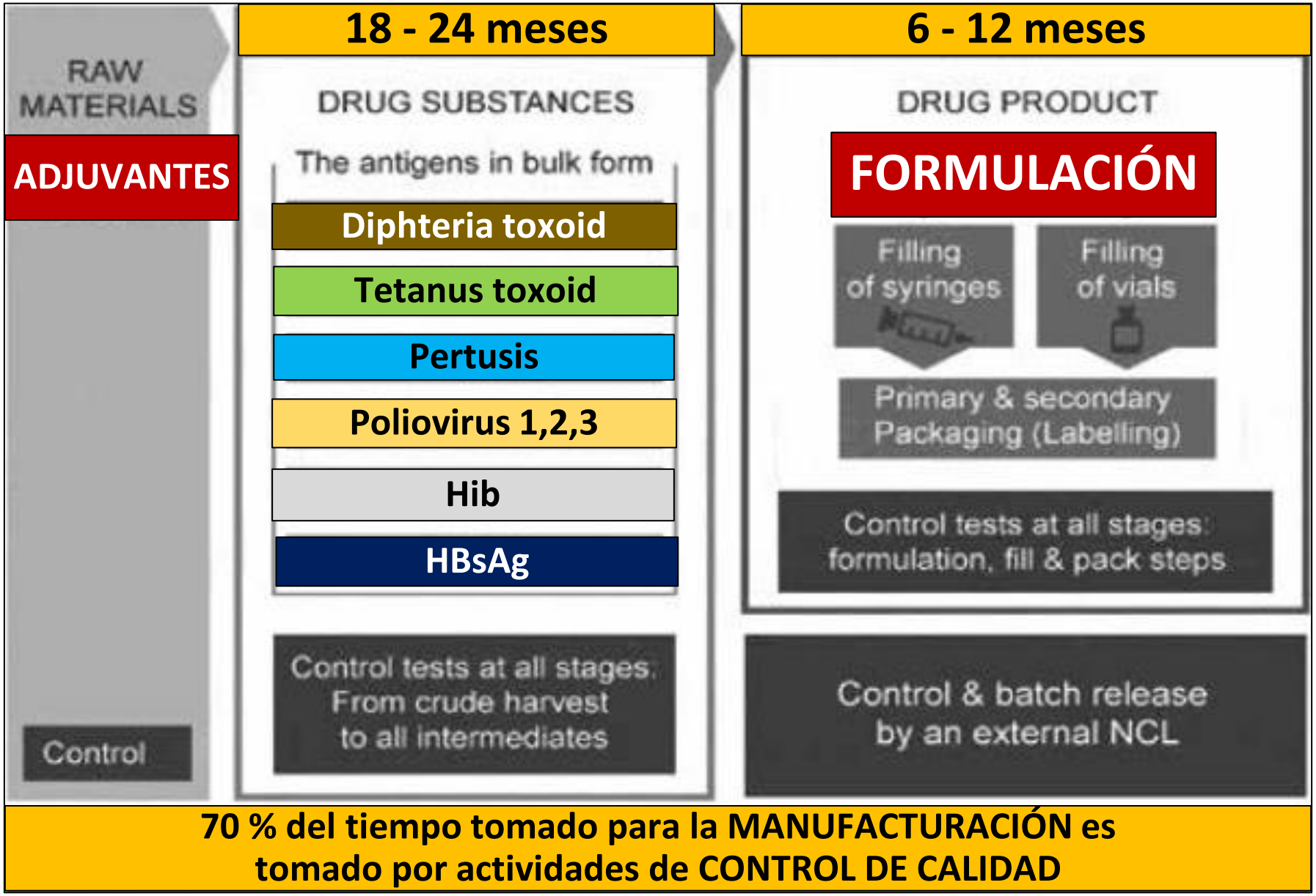
JPMH
Journal of Preventive Medicine and Hygiene

J Prev Med Hyg . 2018 junio; 59 (2): E107 – E119.
Publicado en línea el 1 de junio de 2018.

PMCID: PMC6069402
PMID: 30083617

VACUNAS HEXAVALENTES:
características de los productos disponibles y consideraciones prácticas de un PANEL de Expertos Italianos.

A. Orsi , [1] C. Azzari , [2] E. Bozzola , [3] G. Chiamenti , [4] G. Chirico , [5] S. Esposito , [6] F. Francia , [7] P. Lopalco , [8] R. Prato , [9] R. Russo , [10] A. Villani , [3,11] y E. Franco [12]



J PREV MED HYG 2018; 59: E107-E119

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA VALIOSA en prevención de Enfermedades infecciosas y la Salud pública, debido a su gran valor económico y de salud desde las perspectivas individual, social y del sistema de salud.

Necesitamos MÁS información sobre los beneficios de las herramientas innovadoras de vacunación, como las **VACUNAS COMBINADAS.**

VACUNAS COMBINADAS aseguran con UNA SOLA inyección: Inmunización múltiple.

Reducción en número de administraciones: disminución en los accesos ambulatorios y MEJOR PERFIL de seguridad de programas de vacunación; dado que una proporción significativa de eventos adversos post inmunización resulta del acto de inyección.

SIMPLIFICA la introducción prospectiva de nuevas vacunas en un CALENDARIO de vacunas MENOS concurrido.

J PREV MED HYG 2018; 59: E107-E119

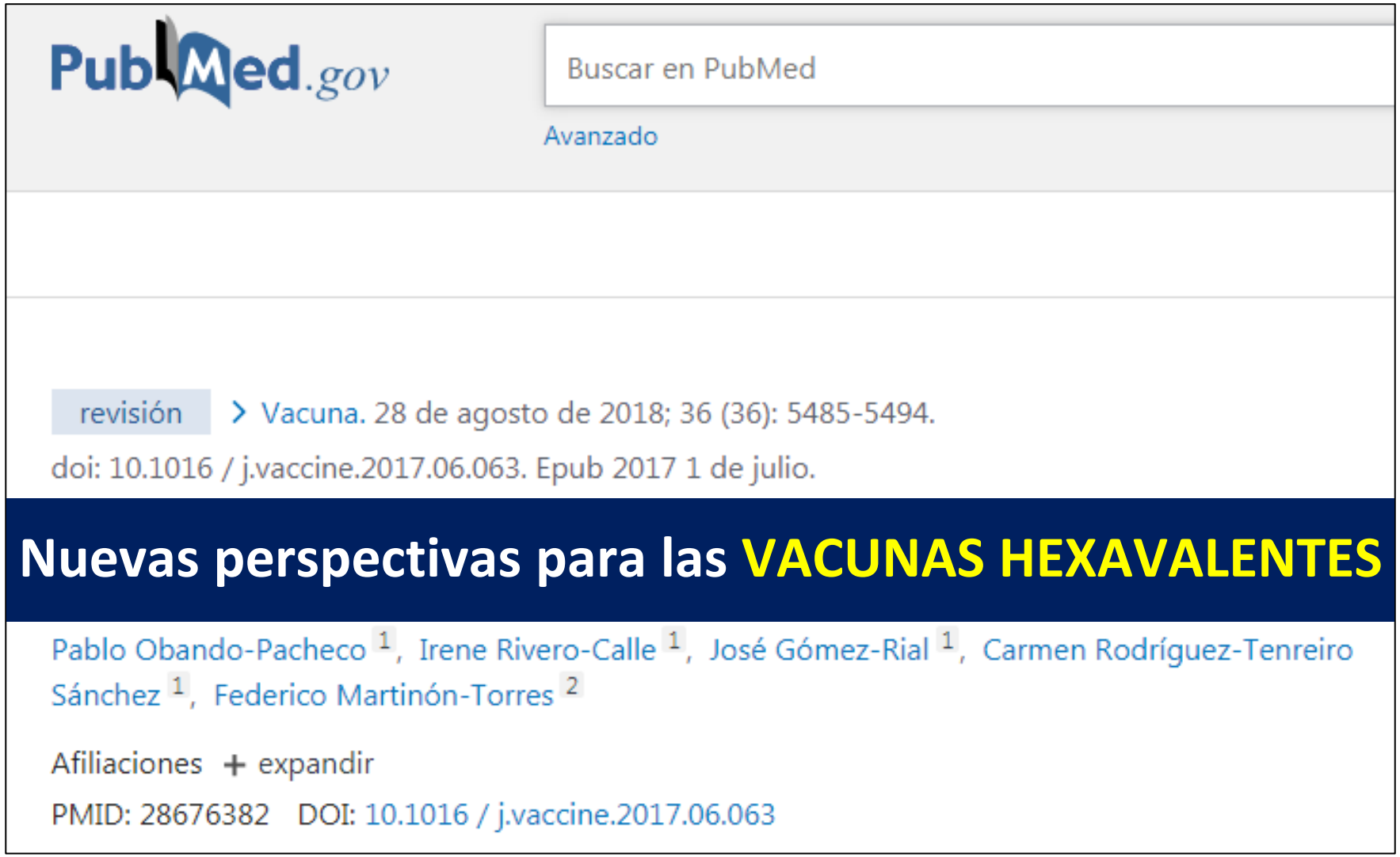
Seguridad e inmunogenicidad de vacunas hexavalentes no cambian significativamente cuando se administran conjuntamente con otras vacunas incluidas en el PAI.

REDUCE el número de administraciones y, por lo tanto, la frecuencia de reacciones locales al sitio de inyección y de llanto; así como también REDUCE el número de visitas y el acceso necesarios para completar el programa de vacunación

NO hay diferencias en Inmunogenicidad entre diferentes formulaciones de antígeno; sin embargo, preferible continuar programa con la misma vacuna con la que se inició.

Formulación en JERINGA PRECARGADA REDUCE riesgo de posibles errores y el tiempo de preparación y administración.

J PREV MED HYG 2018; 59: E107-E119



Revisión de los perfiles farmacéuticos de las tres vacunas Hexavalentes disponibles actualmente.
Se revisa la seguridad, administración conjunta, tolerabilidad y otras preocupaciones prácticas de su uso.

OPTIMIZACION DE LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN
Y MEJORA DE LAS COBERTURAS
CON NUEVAS TECNOLOGÍAS

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Beneficios de las Vacunas Hexavalentes

Menos inyecciones: MÁS NIÑOS recibirán las vacunas recomendadas a tiempo.
Menos demoras en la protección de la enfermedad.

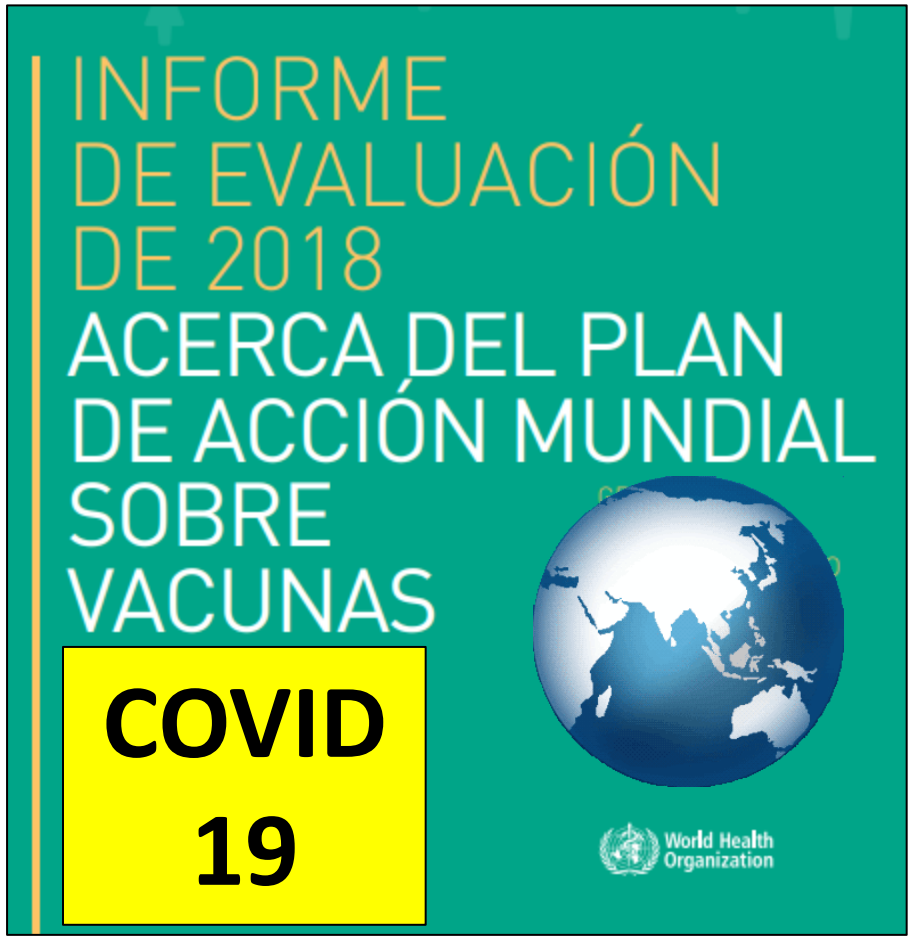
Beneficios para NIÑOS

- Menos inyecciones
- Menos dolor e incomodidad
- Protección a tiempo

ML AVILA 25.06.20

Beneficios para PADRES

- Menos visitas al médico
- Menos molestias y costos (menos visitas)
- Más tiempo libre (trabajo o familia)



Para hacer frente a estos retos,
el mundo de la inmunización debe tratar de
mantener sus conquistas logradas con gran dificultad,
pero también ha de hacer más y mejor,
lo cual puede significar hacer las cosas de otra forma.
La equidad debe ser un factor importante,
para garantizar el acceso y beneficios de la vacunación,
en particular las poblaciones más desfavorecidas,
marginadas y de difícil acceso,
entre ellas las de desplazados o afectados de otro
modo por desastres naturales y conflictos.

Gracias

Virus aislado de las heces del niño con parálisis pos vacunal: **diferencia de los nucleótidos es menor a 1%** se considera **"Virus Similar a la Vacuna";**
cuando la diferencia es **mayor al 1 % del virus vacunal original: "Virus Derivados de la Vacuna" VDPV y en este caso si las condiciones de salubridad son deficientes, estos virus pueden transmitirse por la vía fecal oral y producir otros casos de polio paralítica en niños susceptibles (no vacunados) aún en ausencia de inmunodeficiencia.**

Principales factores de riesgo para que ocurra un brote por este "virus derivado" VDPV son:
Bajas coberturas de vacunación anti-polio.
Saneamiento ambiental deficiente que favorezcan la contaminación fecal oral del agua y alimentos.
Tardía detección de los primeros casos.
Tardía respuesta gubernamental para lograr una cobertura de vacunación adecuada

Los casos de Polio Paralitica por Virus Similar a la Vacuna, se explican por lo conocido según la literatura científica que el **virus de la vacuna antipolio (Sabin) puede producir muy raramente cuadros de polio paralitica en niños que presentan trastornos inmunológicos como la Agammaglobulinemia o Hipogammaglobulinemia congénita.**
Polio Paralitica por Virus Derivado de la Vacuna es el que tiene mayor importancia epidemiológica, ya que estos "Virus Derivados" pueden transmitirse por la vía fecal oral y afectar a cualquier niño inmunocompetente que no esté vacunado. Ninguno de los casos por Virus Similar a la Vacuna se relaciona epidemiológicamente con el caso de Poliomielitis por Virus Derivado (VDPV).