



# Jornada de Actualizaciones Programáticas Plan Nacional de Vacunaciones



## ¿Por qué vacunar?

Dra. Teresa Picón

Directora del Programa Nacional de Vacunaciones,

Dra. Noelia Speranza

Asistente del Programa Nacional de Vacunaciones,

Inmunizaciones, División Epidemiología, MSP

# Rol de la inmunización en la salud

- Las vacunas previenen mas de **2,5 millones de muertes por año** en el mundo
- Las vacunas y el agua potable son las estrategias de salud que más vidas salvan y **seguirán salvando** en el mundo
- Medida de **bien social**
- Parte fundamental en el **enfoque preventivo** de los servicios de atención primaria a la salud

# Programa Nacional de Vacunaciones

- Programa prioritario del MSP
- SNIS: PNV integra una de las metas prestacionales
- Actualización permanente:
  - nuevas vacunas, cambios del esquema
  - viejas vacunas ..... nuevos desafíos

## PNV: reducción equitativa y sostenida de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV)

- Erradicación: **viruela**
- Enfermedades en vía de eliminación: **polio, sarampión, rubeola, SRC**
- Enfermedades controladas: **difteria, tétanos, tétanos neonatal, pertussis, meningitis a *Haemophilus influenzae*, hepatitis B, parotiditis, hepatitis A, ...**
  
- Bloqueo de brotes
- Inmunización de rebaño: “Solidaridad inmunológica poblacional”

**Erradicación:** reducción permanente a 0 de la incidencia mundial de la infección causada por un agente específico como resultado de esfuerzos deliberados; las medidas de intervención ya no son necesarias.

**Enfermedades en vías de eliminación:** reducción a 0 de la incidencia de una enfermedad específica en un área geográfica definida como resultado de esfuerzos deliberados, pero que requieren medidas de intervención continuas.

**Enfermedades controladas:** reducción de la incidencia de la enfermedad, prevalencia, morbilidad o mortalidad a un nivel local aceptable, como resultado de esfuerzos deliberados, pero son necesarias medidas continuas de intervención para mantener la reducción.

# **Enfermedades en vías de eliminación**

# 1. Poliomiелitis

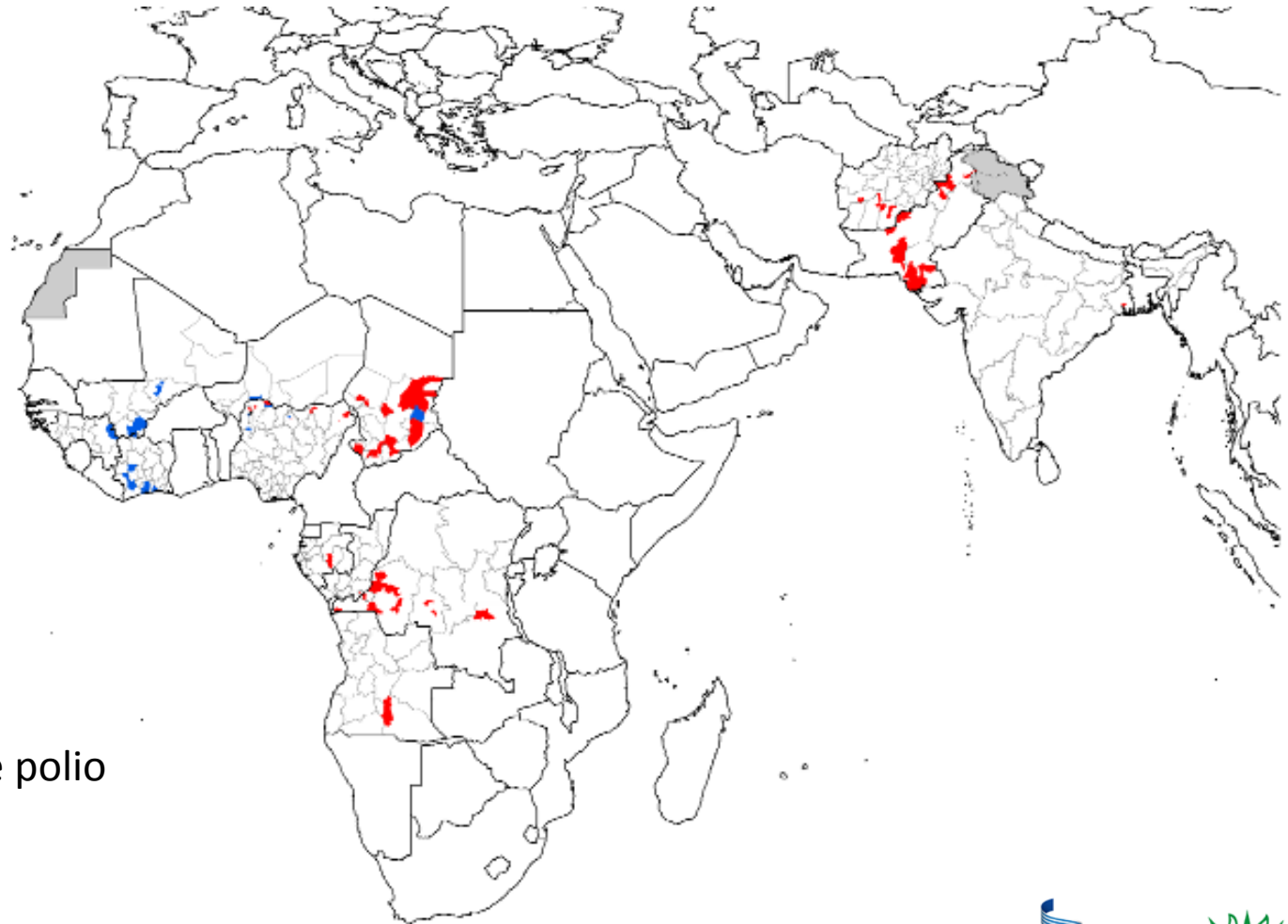
## algunas fechas...

- **1978:** último caso en Uruguay
- **1988 :**la OMS adoptó la resolución de erradicar la polio del mundo para el año 2000
- **1991:** último caso de polio por virus salvaje en América, en Perú
- **1994:** América es certificada libre de la enfermedad
- **2000:** la región del Pacífico Occidental (37 países) es certificada libre de polio
- **2002:** la Región Europea (51 países) es certificada libre de polio

¿podemos estar tranquilos...?



# Distribución mundial de virus polio salvaje, Junio 2011



- polio tipo 1
- polio tipo 3
- más de un tipo de polio

**Endemia:** India, Pakistán, Afganistán, Nigeria, Tajikistan  
**Re-establecimiento de la transmisión:** Angola, Congo, Chad  
**Brotos activos:** Gabón, Congo Nigeria, Mali, Cote d'Ivoire,

# Amenazas y fortalezas

## 1. Casos por virus salvaje: **importación**

Cobertura vacunal de 95% o mas

## 2. Casos por **virus vacunal**

**VDPV** virus **derivado** de vacuna:

**cVDPV** (circulante), asociado con bajas coberturas de vacunación

**iVDPV** (inmunodeficiencia), asociado con pacientes que tienen inmunodeficiencia

**VAPP**: polio paralítica **asociada** a la vacuna:

- Cuadro clínico de polio
- Recibió OPV 4-40 días antes del inicio de la parálisis
- Se aísla polio vacunal en las heces

Vigilancia de Parálisis Fláccida Aguda (PFA)

# Polio

## Plan de acción en la era de la eliminación

### 1- Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica

- ✓ Sensibilizar la sospecha y notificación
- ✓ Búsqueda activa de casos de PAF

### 2- Coberturas vacunación

- ✓ Coberturas elevadas por departamento en forma sostenida

### 3- Propuesta técnica de transición de la estrategia de vacunación

- ✓ OPV-IPV

### 4- Articulación con países limítrofes por estrategia regional



BICENTENARIO  
COLOMBIA  
1930-2020



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

## 2. Sarampión

**Erradicado del país.**

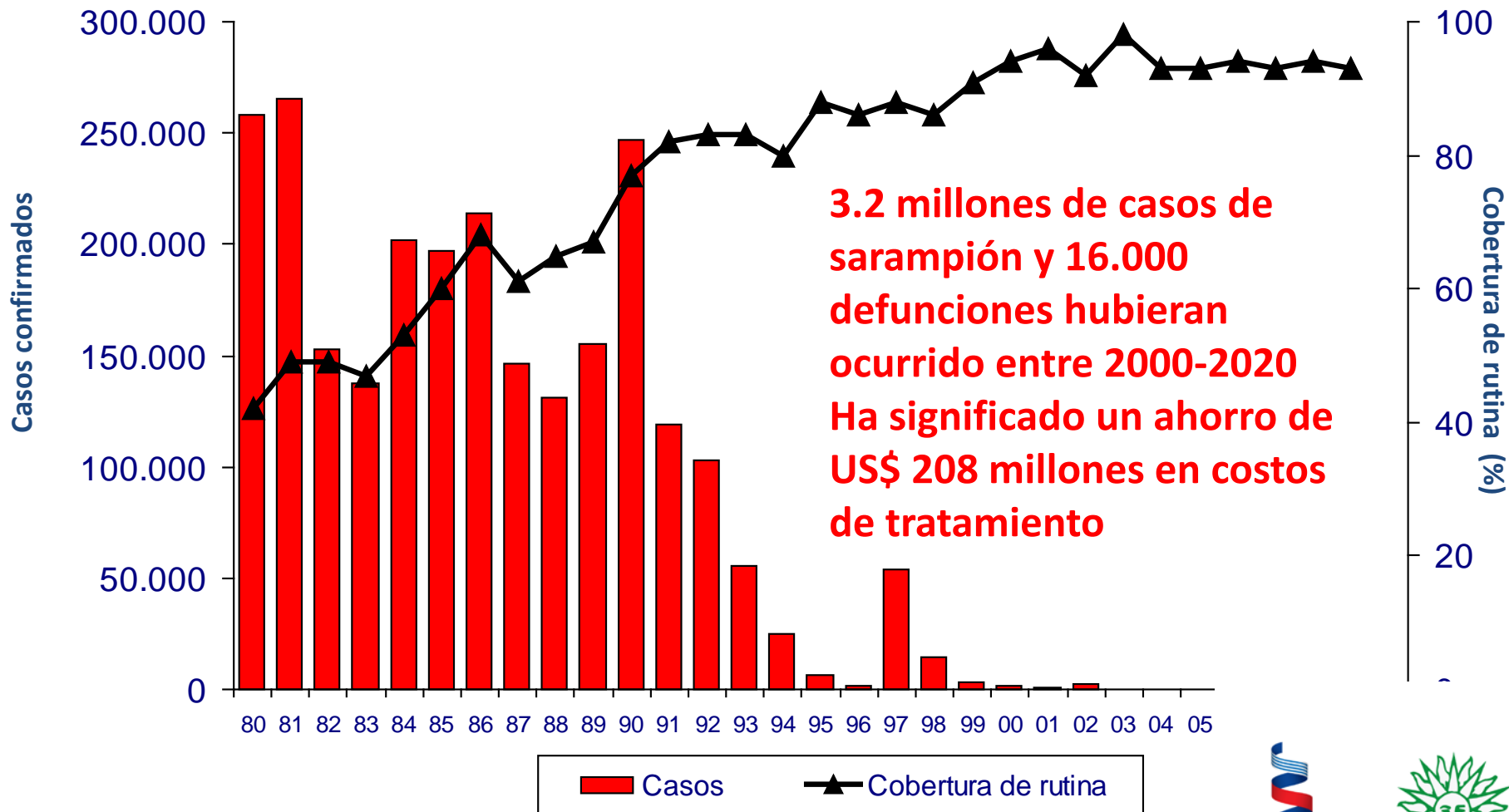
Vacuna obligatoria desde 1982,  
2ª dosis desde 1992

**Ultimo brote:** dic 1998 - ene 1999:  
- asociado a turismo con Argentina;  
- total de casos: 35 (2 importados)  
- localización geográfica: Montevideo-  
Maldonado

85% con edades 20-34 años  
29% Personal de salud



# Eliminación del sarampión, Las Américas, 1980-2010\*

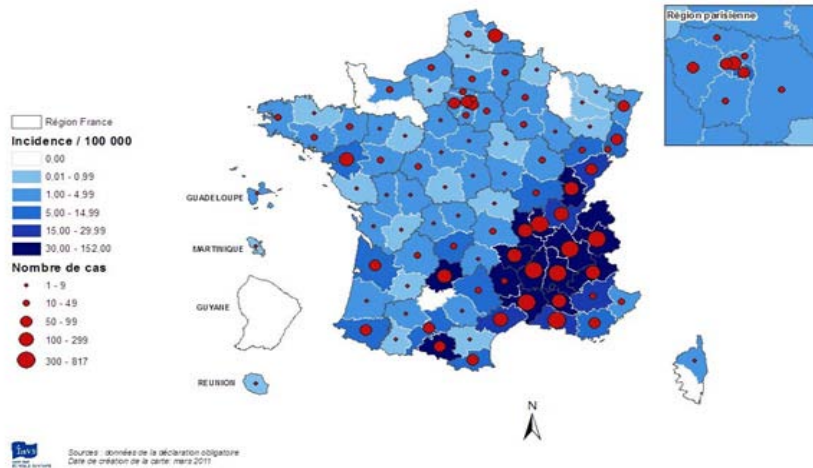
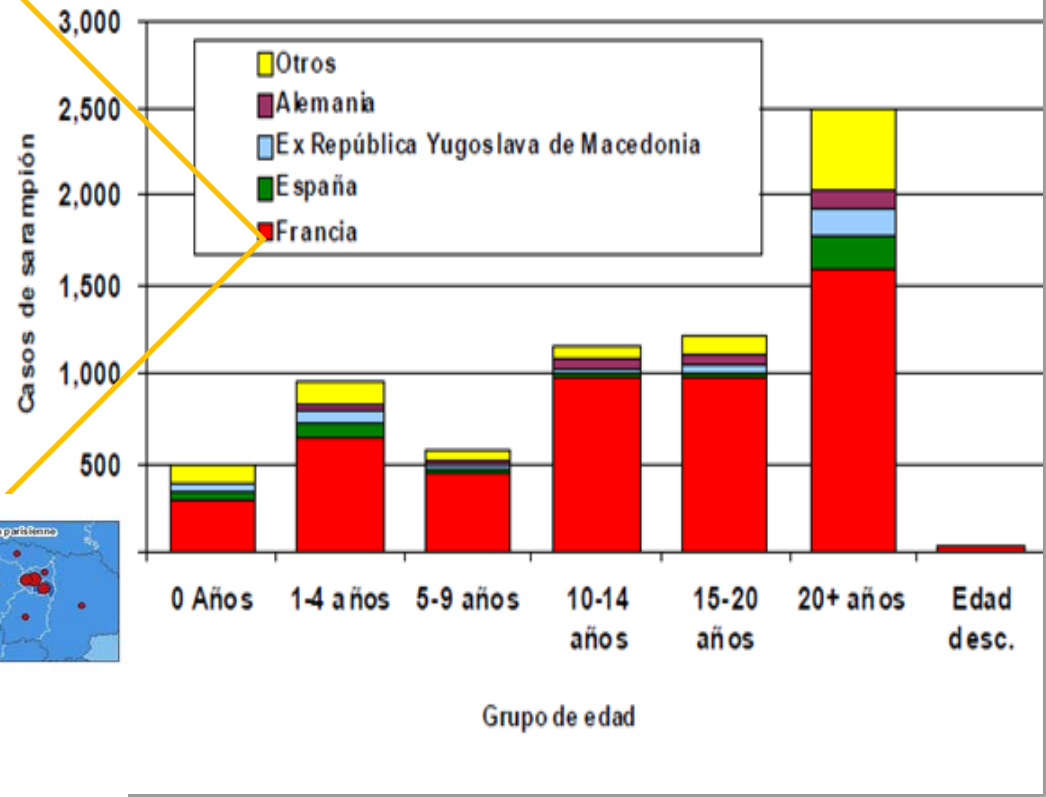


Fuente: Reporte de países a OPS/OMS. \*Datos hasta la SE 40/2010.



# Brotos de sarampión en Europa, 2011

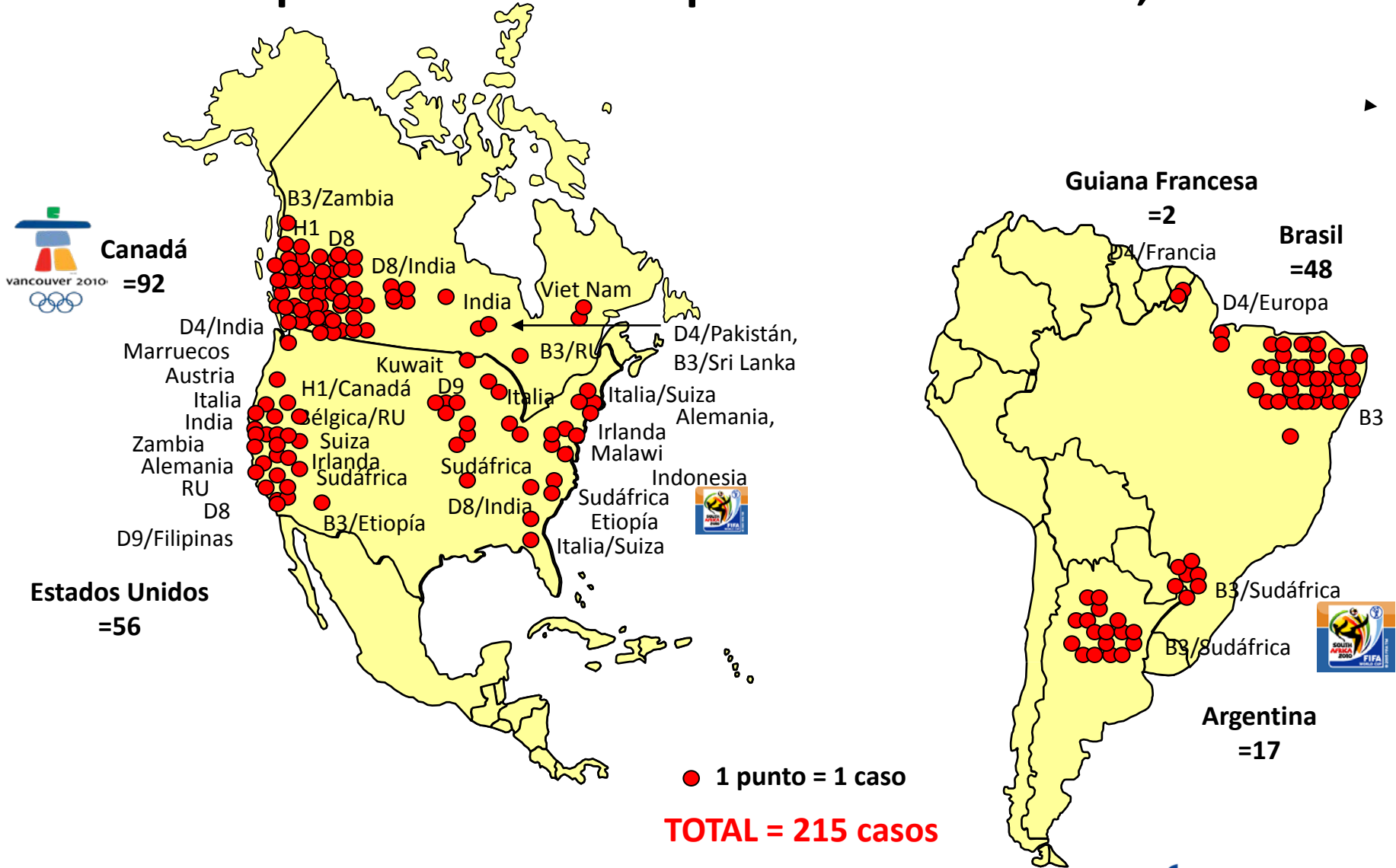
El virus del sarampión continua circulando en 38 países de Europa, particularmente en Francia, con 4937 casos informados de enero a mayo de 2011. Hasta el 6 de mayo se habían reportado 7028 casos en Europa



Fuente: [http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/Point\\_rougeole\\_190411.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/Point_rougeole_190411.pdf)

**Distribución de casos de sarampión y de la incidencia por Región, Francia octubre 2010-marzo 2011**

# Casos reportados de sarampión en las Américas, 2010\*



Nota: Casos fueron importados, relacionados con importación o de origen desconocido.

\*Datos hasta el 15 de octubre del 2010.

Fuente: informes de países a la OPS, a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Salud Pública de Canadá.



# Sarampión

## Plan de acción en la era de la eliminación

### 1. Mantener alta cobertura vacunal y a tiempo!!

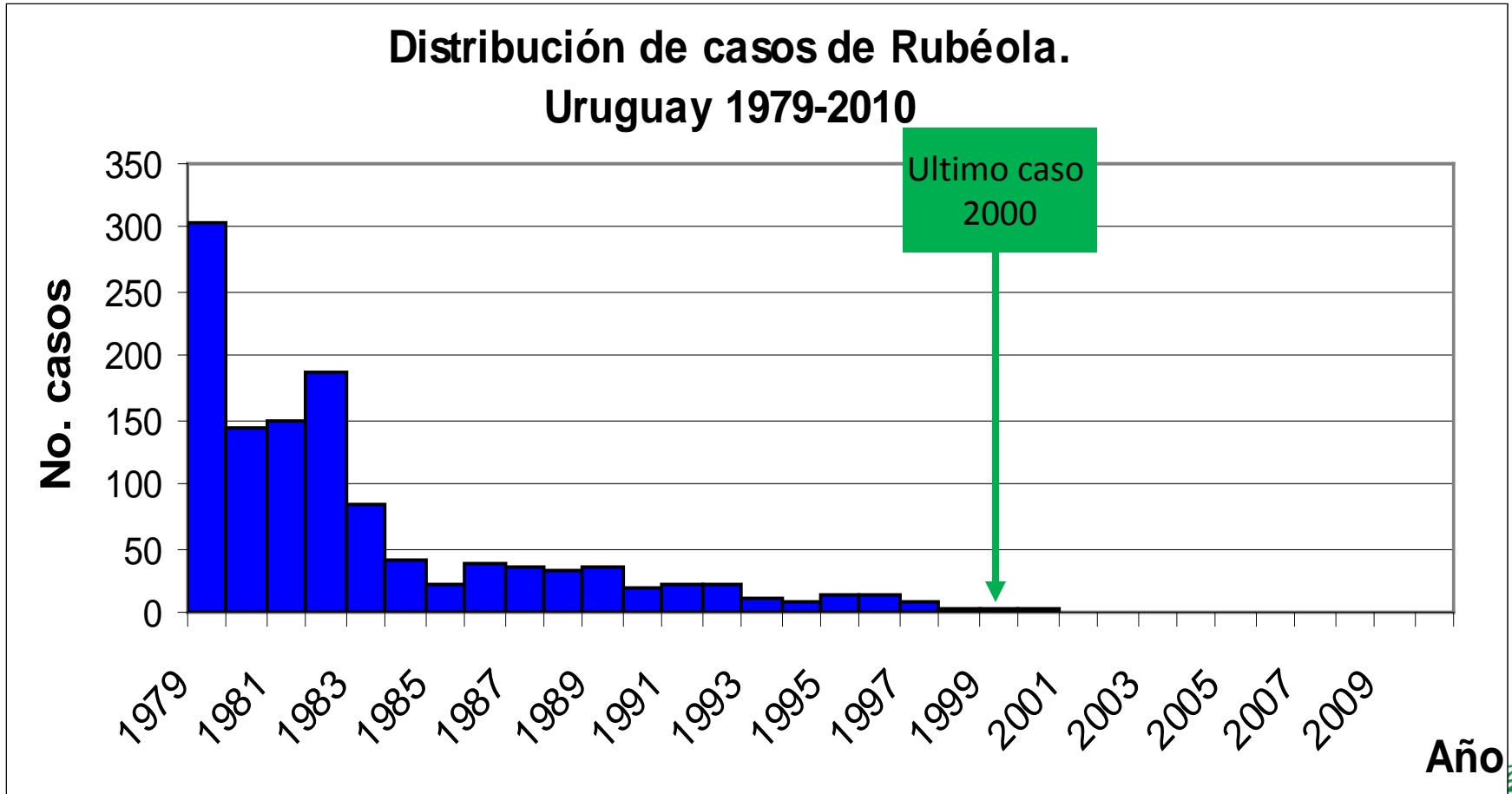
### 2. Vacunación:

- ✓ personal de salud entre 18 años y 45 años que no puedan certificar 2 dosis de vacuna antisarampionosa, deben recibir 1 dosis
- ✓ todo viajero a países con sarampión <45 años que no tengan 2 dosis de vacuna antisarampionosa recibir 1 dosis.

### 3. Notificación de Enfermedad Eruptiva Febril (EEF)

# 3. Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita (SRC)

Interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola en todos los países y ningún caso de SRC asociado a la transmisión endémica.



# Rubeola y SRC

## Plan de acción en la era de la eliminación

- 1. Fortalecimiento de la vigilancia integrada sarampión/rubéola y SRC:** riesgo de importación del virus de otras regiones
- 2. Altas coberturas vacunales y a tiempo!**
- 3. Notificación de EEF**
- 4. Búsqueda activa de casos de SRC**

# Amenazas y fortalezas

Exposición de viajeros a países con EPV



Probabilidad de recibir una importación

Probabilidad de detectar oportunamente un caso



Vigilancia epidemiológica



*NOTIFICACION*

Probabilidad de que haya un brote al recibir una importación

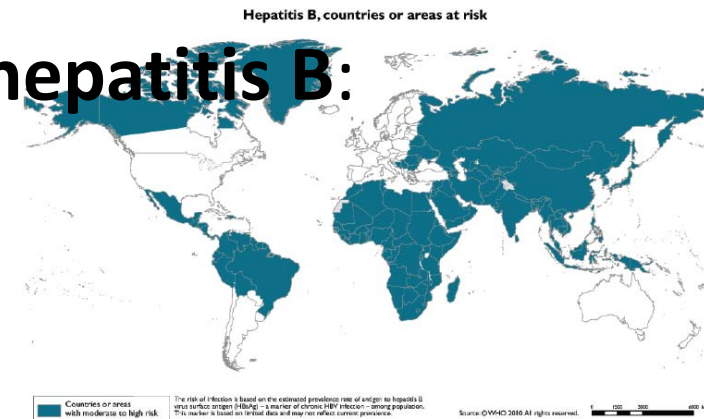


**COBERTURAS DE VACUNACION**

# **Enfermedades controladas**

# 4-8. DPT-Hib-Hepatitis b: región

- **Difteria:** distribución mundial (climas templados). Causa de importante mortalidad previo a la introducción del toxoide diftérico
- El reporte de brote de difteria mas reciente en la región ocurrió en Paraguay, en junio de 2011.
- **Tétanos:** distribución mundial (regiones densamente pobladas de altas temperaturas, con suelos ricos en materia orgánica)
- **Pertussis, *H. Influenzae* tipo b y hepatitis B:** distribución mundial



# DPT-Hib-Hepatitis b: Uruguay

- **Difteria:** último caso notificado 1975
- **Tétanos:** en 2010 fueron notificados 2 casos. Tétanos neonatal: último caso 1981
- **Pertussis:** En el año 2010 fueron notificados 36 casos en todo el país (tasa 1,11/100.000 habitantes)
- **H. Influenza tipo b:** las infecciones por H. Influenza no son sujetas de vigilancia específica (excepto MEAS)  
Desde la incorporación de la vacuna Hib en el año 1994 (monovalente) se ha producido una drástica reducción de las Meningitis por Hib en Uruguay (6 casos notificados en el año 2010)
- **Hepatitis B:** en 2010 fueron notificados 435 casos de Hepatitis no-A (B, C y otras) en todo el país, tasa de 13,42/100.000 habitantes.

# 9. Infecciones neumocócicas

En **Canadá**, la efectividad de >1 dosis de PCV7 frente a Enfermedad Invasiva por Neumococo (dentro de un esquema de 2+1) fue estimada en 92%.

En **Uruguay** vigilancia no sistemática, excepto MEAS.

Efectividad vacunal de PCV7 frente a Enfermedad Invasiva por Neumococo en niños para  $\geq 2$  dosis de 95% (MSP-CDC)

Impacto de la vacunación con PCV7 para neumonía y meningitis: a 1 año de la introducción de la vacuna hubo una rápida y significativa reducción en las tasas de hospitalización en los menores de 2 años por estas causas (Pírez MC et al. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30:1-2)

# 10. Parotiditis

**Mundo:** endémica en la mayoría de los países del mundo. En los últimos años brotes en Europa, Estados Unidos y Canadá. Los afectados principalmente pertenecen a población susceptible: jóvenes entre 15 a 23 años (sin exposición natural al virus o no han sido vacunados).

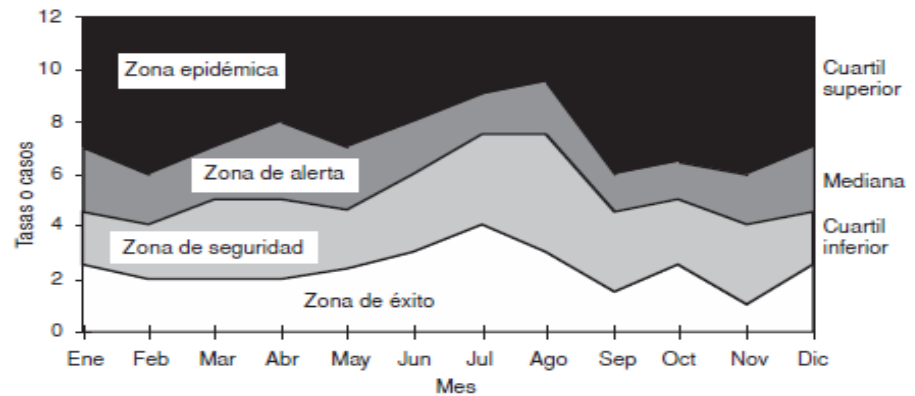
**Uruguay:** desde 1982 disminución marcada de los picos de enfermedad, que se consolidó a partir del 1992 con la 2ª dosis a los 5 años. El total de casos notificados de parotiditis en el 2010 fue 171.

**Es necesario intensificar la notificación de todas las enfermedades inmunoprevenibles para optimizar la vigilancia epidemiológica**

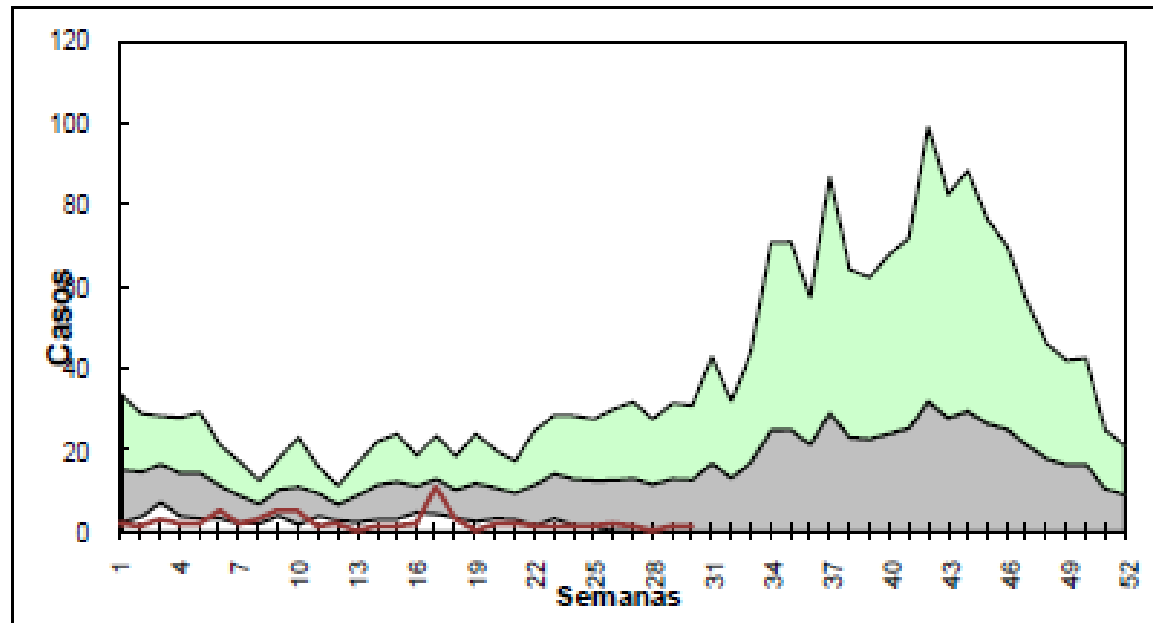
# Corredor endémico semanal de Parotiditis en el Uruguay Período 2006-2011

El corredor endémico es la **representación gráfica de la incidencia actual sobre la histórica**. Permite conocer el comportamiento de un determinado evento a fin de realizar su vigilancia epidemiológica, estableciendo 4 zonas.

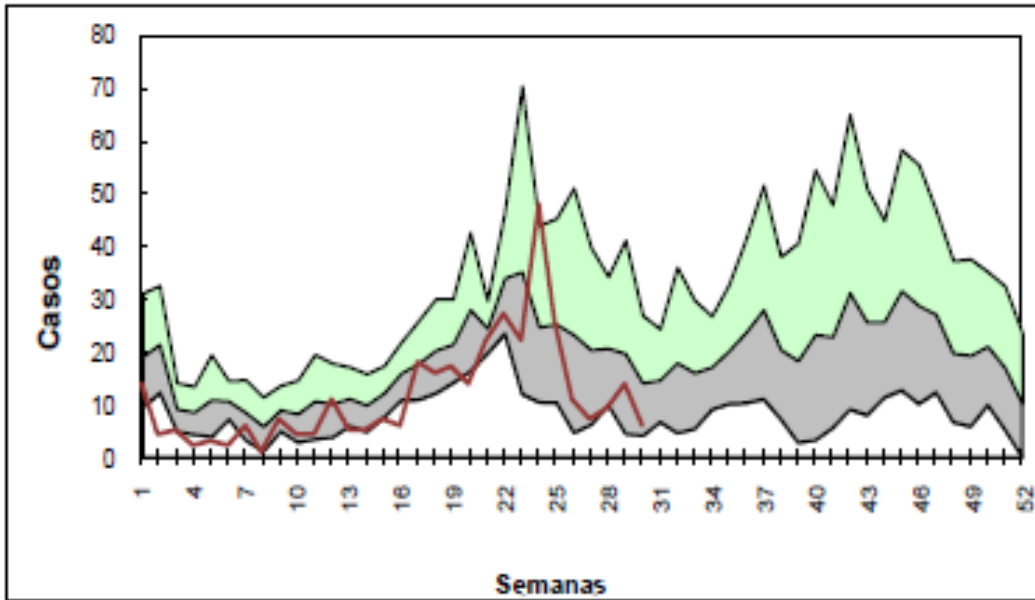
La línea roja representa la incidencia del año corriente y transcurre en **ZONA DE ÉXITO** a la SEPI 30 de 2011



Extraído de: Bortman, M. Elaboración de Corredores o Canales Endpemicos mediante planillas de cálculo. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 5(1), 1999: 1-8. Disponible en: [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n1/5n1a1.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n1/5n1a1.pdf)



# 11. Varicela. Corredor endémico 2006-2011 (SEPI 30)

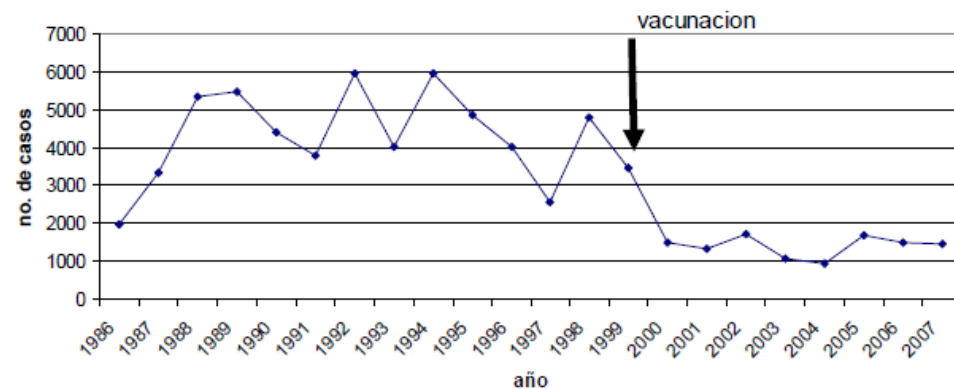


En los países templados como Uruguay, la enfermedad tiene un comportamiento endemo-epidémico de distribución estacional con dos picos de incidencia en las SEPI 23 y 42

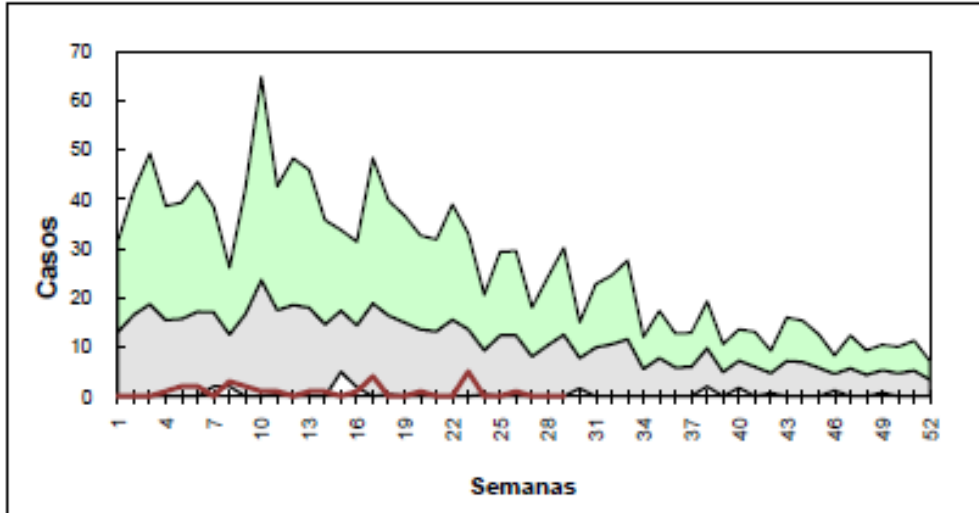
Desde la incorporación en 1999 de la vacuna antivariélica se observa una franca reducción en la incidencia de casos notificados (aprox 1/3 respecto a la incidencia promedio previo a la incorporación de la vacuna).

En 2010 fueron notificados 553 casos en todo el país

Casos notificados de Varicela Uruguay 1986-2007



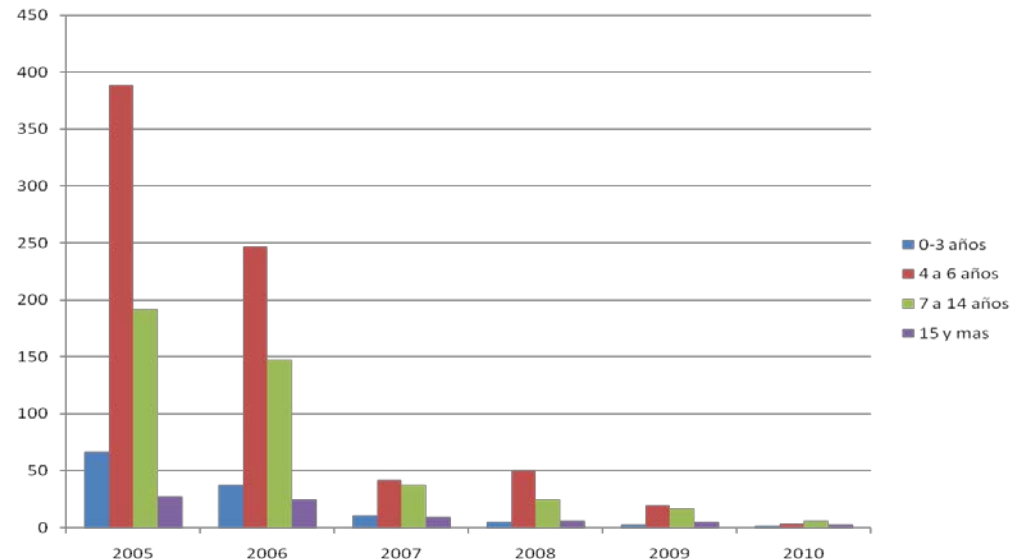
# 12. Hepatitis A



Uruguay se encuentra catalogado como país de endemicidad intermedia. El corredor endémico semanal a la SEPI 30 de 2011 transcurre **en ZONA DE ÉXITO**

Desde la introducción de la vacuna anti-hepatitis A (2008), es posible observar una caída en el número de casos notificados.

La evolución de las tasas de hepatitis A entre 2005-2010 disminuyó de 69,6 a 2,7 y los brotes de 22 durante 2005–2008 a escasos brotes intrafamiliares y en escuelas en 2010.



Evolución de casos de hepatitis A de acuerdo a grupos etarios. Uruguay. 2005-2010.

# ¿Por qué vacunar?

- Porque es una de las formas de prevención primaria más importante y eficaz con las que contamos para estar protegidos de muchas enfermedades
- Porque es una responsabilidad colectiva
- Implica conocer, educar y saber comunicar

# **Situaciones especiales de vacunación**

# 1. Embarazo

Las embarazadas sólo deben vacunarse cuando:

- es improbable que la vacuna cause daño,
- el riesgo de exposición a la enfermedad es alto
- la infección implica un riesgo significativo para la madre y/o feto

**Es recomendable es que las mujeres en edad genital activa tengan sus vacunas al día en todo momento.**

En Uruguay la única vacuna obligatoria durante el embarazo es la DT

Está recomendada, además, la vacuna antigripal antes del inicio de la temporada invernal, que no sólo protege a las madres sino también a su hijo durante los primeros 6 meses de vida durante los cuales no puede recibir esta vacuna.

# **Contraindicaciones de vacunas durante el embarazo**

- Vacunas a virus vivos (antivaricela, anti Sarampión, Rubeola y Paperas , antipolio). Puede plantearse una excepción cuando hay alta probabilidad de susceptibilidad y exposición a la infección, que representa una amenaza vital para el feto y/o la madre.

**Lo recomendable en estas situaciones es tener el esquema de vacunación al día previo al embarazo**

## **Falsas contraindicaciones:**

- Vacunación de convivientes de las embarazadas con vacunas a virus vivos
- Lactancia

# Vacunas durante el embarazo en situaciones especiales:

- Mujeres con alto riesgo de infecciones neumocócicas o meningocócicas pueden utilizarse estas vacunas
- En embarazadas que tengan indicación pueden administrarse vacunas antihepatitis A o B.
- En caso de indicación de vacuna anti rábica debe administrarse igual que en mujeres no embarazadas.
- El uso de vacuna contra fiebre amarilla (a virus vivos) debe considerarse en casos de viajes inevitables con alto riesgo de contraer la enfermedad.
- Para muchas vacunas no hay datos disponibles sobre su seguridad ni su eficacia por lo que se recomienda no utilizarlas en caso que no sea estrictamente necesario **y comunicar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia en caso de administración inadvertida.**

## 2. Trabajadores de la salud

- La vacunación cumple un rol de suma importancia, no solo para preservar la salud de los demás, sino para protección individual de enfermedades prevenibles por vacunas ante el riesgo de exposición laboral.
- Desde setiembre de 2005 (decreto del 19/9/2005) se ha establecido la obligatoriedad de la vacunación contra la hepatitis B como condición de ingreso para los trabajadores de la salud pública y privada de todo el país.
- El resto de las vacunas recomendadas no son obligatorias, pero se promueve que cada institución inste a su personal de salud a recibirlas.
- Es fundamental poder protegernos y proteger a los demás, y es el mejor ejemplo a la hora de recomendar la importancia de mantener las vacunas al día

# Algunas vacunas recomendadas a trabajadores de salud

Vacuna	Esquema	Observaciones
<b>Antigripal</b>	1 dosis i/m	Provista por MSP durante las campañas.
<b>SRP</b>	1 dosis s/c	Entre 18 años y 45 años que no puedan certificar 2 dosis
<b>Antivaricela</b>	2 dosis s/c (0, 1 mes)	Sin inmunidad previa (no enfermedad)
<b>Antihepatitis B</b>	3 dosis i/m (0, 1 y 6 meses)	Obligatoria desde 2005 para trabajadores de salud.
<b>DT</b>	1 dosis i/m cada 10 años	Es obligatoria en toda la población
<b>Antihepatitis A</b>	2 dosis (0, 6 meses)	Según riesgo individual de exposición
<b>Antineumococo</b>	1 dosis im	Según condiciones médicas individuales y en mayores de 65 años

**3. Viajeros:** dentro de la información brindada por el MSP a través de la pagina interactiva “es simple! vacunate! se puede obtener información sobre las vacunas que es necesario tener según el país de destino”

Inicio Vacunas por edad Centros de Vacunación Preguntas Frecuentes **Vacunas para viajeros**

Estas recomendaciones son a partir del Internacional Travel and Health de la OMS que se actualiza anualmente, de acuerdo a la información brindada por cada país. **Recomendaciones generales**

## País al que viaja?

Seleccione el país que viaja y enterese que vacunas debe tener

Selecciona una ubicación ▾

**es Simple! vacunate!**

SI VIAJA CON NIÑOS O ESTAS EMBARAZADA CONSULTE A TU MÉDICO

Por + información: comuníquese con el Departamento de Vigilancia en Fronteras: **24018816.**

Aduana/Ostenda

[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy) - [infovacunas@msp.gub.uy](mailto:infovacunas@msp.gub.uy)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
RESPONSABILIDAD EN LA SALUD

Organización Panamericana de la Salud  
Miembro de la Organización Mundial de la Salud

# Actualizaciones CEV

## **1. Niño que no recibió BCG al momento de nacer o luego de haber alcanzado los 2500 gramos**

- Deberá recibir vacuna BCG hasta los 4 años de edad inclusive (si no presenta contraindicaciones).
- En el caso de administrar vacuna BCG a un niño que ya ha cumplido 1 año de edad, la dosis será de 0,1 ml y se aplicará por vía intradérmica.

## 2. Hepatitis B

### Niños 12 años:

- Si se constata que en el Certificado de Vacunación el niño ya recibió **tres dosis** de vacuna DPT-HB-Hib **NO** será necesario aplicar la vacuna HB a los 12 años de edad.
- Si el niño no recibió un total de 3 dosis de vacuna DPT-HB-Hib, deberá recibir las tres dosis de vacuna contra hepatitis B a los 12 años

### Policía ejecutiva y bomberos:

- Desde el 2010 es obligatorio para policía ejecutiva y bomberos

### **3. CEV atrasado: hasta cuando recibir vacunas**

- Hepatitis A: 2 dosis
- Varicela: 1 dosis (hasta los 12 años)
- SRP: recomendable 2 dosis en menores de 45 años