

EL ESTADO NACIONAL
GARANTIZA
VACUNAS
GRATUITAS
EN CENTROS DE SALUD
Y HOSPITALES PÚBLICOS
DE TODO EL PAÍS.



CAMPAÑA NACIONAL DE SEGUIMIENTO CONTRA

SARAMPION RUBEOLA 2018



AUTORIDADES NACIONALES

Sr. Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Sr. Ministro de Salud de la Nación

Dr. Adolfo Rubinstein

Sr. Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Sra. Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles

Dr. Miriam Burgos

Sr. Director de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Dr. Cristian Biscayart

Coordinadores de Campaña

Dr. Cristian Biscayart

Dra. Gabriela Elbert

Lic. Alejandro Zubieta

Equipo de Campaña:

Lic. María Sol Alvarez

Lic. Analía Aquino

CPN Marilina Drewes

Lic. Natalia Gallo

Tec. Sup. Mariana Inés García

Dr. Eduardo Granados

Sr. Alberto Graziadei

Dra. Martina Iglesias

Dra. María del Valle Juárez

Dra. Nathalia Katz

Lic. Gustavo Iriarte

Dra. Marcela López Yunes

Dra. Verónica Lucconi

Lic. Daniela Mele

Ing. Amelia Monti

Dra. Silvina Neyro

Dra. Marina Pasinovich

Dra. Carolina Rancaño

Dra. Solana Rapaport

Sr. Martín Saralegui

Dr. Daniel Stecher

Anal. Sist. Inf. Patricia Torriella

Prof. María Teresa Zigrino

Laboratorio Nacional de Referencia EFE "ANLIS-Dr. Carlos G. Malbrán"

Dra. Elsa Baumeister. Jefa del Laboratorio de Virus Respiratorios.

Organización Panamericana de la Salud

Consultora en Inmunizaciones para Argentina Dra. Mirta Magariños

I. INTRODUCCIÓN	5
II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	6
III. JUSTIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA NACIONAL DE SEGUIMIENTO	10
IV. GENERALIDADES DE LA CAMPAÑA 2018	12
V. COMPONENTES CLAVES DE LA CNS DE ALTA CALIDAD	13
1. COMPROMISO POLÍTICO Y FINANCIAMIENTO	13
2. PLANIFICACIÓN DE LA CNS DE ALTA CALIDAD	13
3. CAPACITACIÓN	14
4. LOGÍSTICA	15
5. CADENA DE FRÍO	16
6. VACUNACIÓN SEGURA	16
7. REGISTRO Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	17
8. AVANCE DE META	17
9. VIGILANCIA DE EFECTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)	18
10. VIGILANCIA DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (EFE)	19
11. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL	20
12. MONITOREO	20
13. SUPERVISIÓN	21
14. EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA NACIONAL DE SEGUIMIENTO	22
VI. ANEXOS	25
VII. BIBLIOGRAFÍA	32

1. INTRODUCCIÓN

La vacunación es una intervención de elevado beneficio en relación a su costo, ha contribuido al logro de la erradicación de la viruela, así como también al avance en el camino hacia la erradicación de los poliovirus salvajes y la eliminación de la circulación del sarampión y la rubéola de la Región de las Américas.

En Argentina, uno de los objetivos principales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es la vacunación de rutina de toda la población objetivo, alcanzando coberturas iguales o mayores al 95% en todos los departamentos de todas las jurisdicciones. El país tiene una historia y cultura de vacunación, tanto por la prioridad política como por el compromiso de la comunidad que ha resultado en un fortalecimiento de la institucionalidad y la credibilidad de las acciones del Programa.

En la Asamblea Mundial de la Salud (WHA por sus siglas en inglés) del año 2010, se establecieron tres hitos para el control del sarampión para el 2015:

1. Aumento de la cobertura de rutina con la primera dosis de vacuna con componente anti sarampionoso de niños de 1 año a $\geq 90\%$ a nivel nacional y $\geq 80\%$ en cada distrito.
2. Reducción de la incidencia mundial anual de sarampión a < 5 casos por millón de habitantes.
3. Reducción de la mortalidad mundial por sarampión en un 95% de la estimada en el año 2000.

En 2012, la WHA adhirió al Plan de Acción Global de Vacunas (GVAP por su sigla en inglés), con el objetivo de eliminar el sarampión en cuatro regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 2015 y en cinco regiones para 2020.

En la Región de las Américas, la eliminación de la circulación endémica de sarampión se logró en el 2002, ocho años después que los Estados Miembros adoptaran la Resolución para la eliminación en septiembre de 1994.

En septiembre de 2003, el 44° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó la resolución para eliminar la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) para el año 2010, e instó a los Estados Miembros a elaborar planes de acción nacionales para apoyar ese objetivo, registrándose los últimos casos endémicos de rubéola y de SRC de la Región en 2009. La Región de las Américas certificó la eliminación de la circulación endémica del virus de la rubéola en el año 2015 y del sarampión en el año 2016.

Para sostener la condición de región libre de sarampión y rubéola, los países adhirieron al *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* durante la 29° Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2017. El objetivo del plan es mantener un alto grado de inmunidad contra sarampión y rubéola en la población, y sistemas de vigilancia de alta calidad para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, lo cual tendría como consecuencia la pérdida del estatus de la eliminación de estos virus en nuestra región. El plan contiene cuatro líneas de acción con sus respectivos objetivos e indicadores:

- 1) Garantizar el acceso universal de la población meta del programa rutinario a la vacunación contra el sarampión y la rubéola con dos dosis de vacuna triple viral y brindar una segunda oportunidad de vacunación a través de Campañas de Seguimiento.
- 2) Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, para asegurar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia.

- 3) Desarrollar la capacidad operativa de los países para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola. Es importante sostener el rol de las comisiones nacionales y de una comisión regional, para monitorizar los planes de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola en los años futuros.
- 4) Establecer mecanismos estandarizados para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica en los países.

Campaña de Alta Calidad

Una campaña de seguimiento de alta Calidad debe seguir los criterios de homogeneidad, oportunidad, eficacia y eficiencia según lo establecido por la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) de la OPS/OMS de octubre 2010:

- **Homogeneidad:** Alcanzar coberturas $\geq 95\%$ uniformes en todos los municipios y departamentos y por edades simples en la población objetivo.
- **Oportunidad:** Cumplir con los tiempos establecidos para cada etapa del plan de acción, en todos los componentes que integran la campaña nacional de seguimiento.
- **Eficacia:** Capacidad administrativa para alcanzar las metas o resultados propuestos. Una Campaña Nacional de Seguimiento es eficaz cuando se logra un cumplimiento $\geq 95\%$ en los niveles de cobertura nacional, provincial, municipal y departamental.
- **Eficiencia:** Capacidad de gestión para producir el máximo de los resultados con los recursos disponibles en cada nivel y en función del cumplimiento de metas en los tiempos planificados. Se debe contar con presupuesto operativo y movilización de recursos involucrando a las autoridades del nivel local, aliados estratégicos y la comunidad en general.

En la Campaña Nacional de Seguimiento (CNS) de alta Calidad contra Sarampión y Rubéola 2018, se aplicará una dosis adicional de vacuna triple viral, independientemente de las dosis recibidas anteriormente, con el objetivo de revertir la acumulación de individuos susceptibles a través del tiempo, vacunando a niños que nunca fueron vacunados como a aquellos que lo fueron pero que no tuvieron una respuesta inmune adecuada frente a la vacuna.

Estos lineamientos se proponen difundir los procesos y componentes que sustentan la campaña de Seguimiento y detallar las acciones a ejecutar, para lograr coberturas mayores al 95% y así sostener la eliminación de los virus del sarampión y la rubeola en el país.

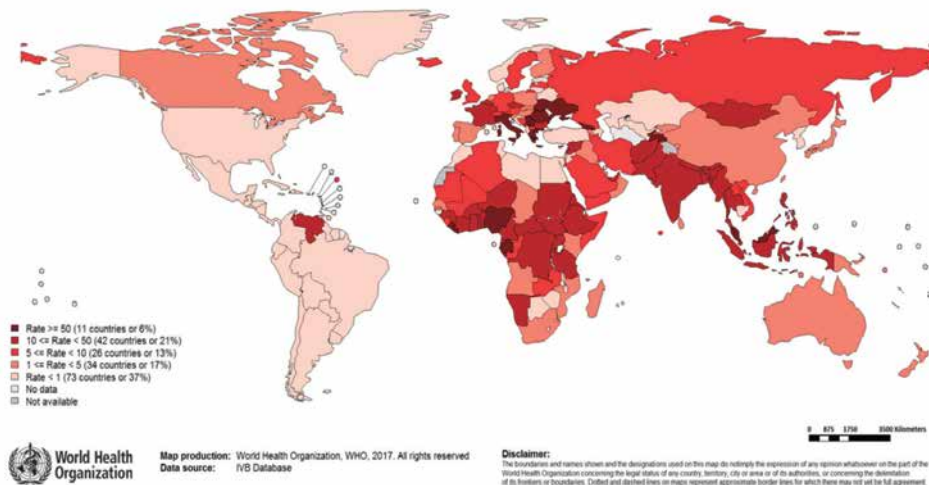
II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Sarampión en el mundo y América

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado una reducción del 84% de la mortalidad por sarampión entre el año 2000 y el 2016, lo cual representa una disminución de 550.100 a 89.780 muertes anuales. Comparando con la era anterior a la vacunación, durante este período se previnieron 20.400.000 muertes a través de la inmunización. Los casos de sarampión notificados anualmente se redujeron un 85 % en el mismo período y la incidencia se redujo un 87% de 145 a 19 casos por millón de habitantes.

El último caso endémico de sarampión en las Américas se registró en el año 2002 en Venezuela. Entre 2011 y la semana epidemiológica 18 del año 2018 se registraron un total de 5514¹ casos. Estos se clasificaron como importados, relacionados a la importación y de origen desconocido. En la figura 1, se muestran los casos de sarampión reportados en el mundo en el último año.

Figura 1: Casos de sarampión reportados en el período marzo 2017 y febrero 2018



En cuanto a la rubéola, se observó una disminución notable de casos en las Américas entre 1998 y 2009, año del último caso endémico. En la era posterior a la eliminación, en el periodo 2010-2016, ocho países reportaron 67 casos importados de rubéola: Argentina (4), Brasil (1), Canadá (18), Chile (1), Colombia (2), Guyana Francesa (1), México (2) y Estados Unidos (38).

Con respecto a SRC entre el año 2000 y 2016 se registraron 284 casos de los cuales el 96% (274) se presentaron el periodo anterior a la eliminación (2000 - 2009). Después de la eliminación, entre el año 2010 y el 2015, fueron notificados 8 casos importados de SRC en los siguientes países: Canadá (1 en 2011 y uno en 2015), Estados Unidos (3 en 2012, 1 en 2013, 1 en 2014 y 1 en 2015).

Sarampión en Argentina

En la era anterior a la vacunación, el sarampión era una enfermedad endémica con brotes epidémicos cada 2 a 3 años y afectaba predominantemente a los menores de 5 años. Se registraron brotes extensos en los años 1957, 1964 y 1968, con promedio de 60.000 casos en cada uno y tasas de incidencia entre 230 y 330/100.000 habitantes.

La vacunación contra el sarampión comenzó en Argentina en 1965, pero los resultados fueron insatisfactorios por las bajas coberturas alcanzadas en los programas y la insuficiente cantidad de vacunas adquiridas por el país. En

1. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del sarampión y de la rubéola en las Américas. Boletín Semanal [Internet]. 2018 [citado 18 junio 2018] Vol 24. N° 19:1-2. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=730&Itemid=39426&lang=es

Campaña Nacional de Seguimiento contra Sarampión-Rubéola

1971 se promulgó la Ley Nacional N°19.968 que reglamentó las campañas nacionales. Realizándose la primera de ellas al año siguiente. A partir de 1972, con la instrumentación de los operativos nacionales y la provisión de vacunas en cantidad suficiente, hubo un notable descenso en el número de casos notificados de sarampión. Sin embargo, cuando se suspendió la vacunación contra el sarampión en 1975, el número de casos notificados aumentó rápidamente registrándose el primer brote posterior a la incorporación de la vacuna entre los años 1976-1977. Con el objetivo de mitigar los efectos de la epidemia, se incentivaron las acciones de vacunación logrando entre 1976 y 1979 una disminución de los casos en un 76 %.

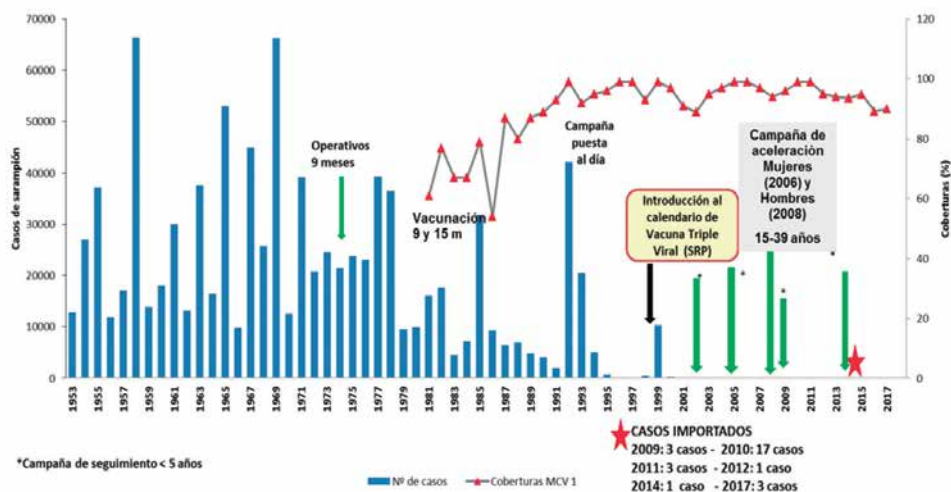
A partir del año 1980 se adoptaron diversas estrategias de vacunación contra el sarampión:

1. Vacunación por programas regulares con intensificación periódica de las actividades
2. Vacunación en masa en caso de brotes
3. Vacunación a escolares susceptibles

Entre septiembre de 1997 y fines de 1999, a partir de una importante epidemia en San Pablo (Brasil) y otros países de la región y como consecuencia de la acumulación de susceptibles menores de seis años estimada en 590.000 niños, comenzó un brote en la provincia de Misiones que luego se extendió a todo el país durante el año 1998 con un total de 10.229 casos y 247 en 1999. El grupo más afectado fue el de niños menores de 5 años (67%). El genotipo circulante fue D6, como en los demás países de la región. En este brote se registraron más de 60 fallecidos por sarampión.

En la figura 2 se grafica la epidemiología del sarampión a partir de la implementación de la vacunación, inicialmente en forma de campañas y luego con la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en 1998, año del último brote importante en el país.

Figura 2: Casos de sarampión y coberturas de vacunación antisarampiónosa al año de vida. Argentina 1952 - 2017



Los últimos casos de sarampión endémicos se identificaron en la provincia de Córdoba en febrero del año 2000.

Durante el período 2001-2008 no se detectaron casos de sarampión en la Argentina. A partir del año 2009 se comienzan a detectar casos importados y relacionados a importación. Hasta 2017 se registraron un total de 29 casos importados y relacionados. El mayor brote ocurrió en el año 2010 con 17 casos en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Si bien fue posible identificar el antecedente de viaje a Sudáfrica para asistir al campeonato mundial de fútbol solo en los primeros dos casos, se considera que este brote estuvo relacionado con la importación y que los restantes casos detectados surgieron de una transmisión secundaria del genotipo viral B3, que circulaba en el sur de África. Los últimos casos hasta la redacción del presente lineamiento se registraron en marzo de 2018 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fueron dos casos importados con antecedente de viaje a Asia y un caso secundario a uno de ellos. Se confirmó el genotipo D8. A pesar de los eventos importados registrados desde la eliminación del sarampión, nuestro país continúa siendo un país libre de circulación autóctona del virus.

Los movimientos humanos permanentes hacen indispensable el sostenimiento de elevadas coberturas de vacunación en la población para lograr una adecuada inmunidad e impedir la reintroducción del virus y su circulación posterior. Por otra parte, una vigilancia epidemiológica sostenida y de calidad permite la detección oportuna de los casos sospechosos y su estudio y bloqueo exhaustivo. Las altas coberturas vacunales y la vigilancia rigurosa contribuirán a sostener la eliminación de la circulación endémica en Argentina.

Rubéola en Argentina

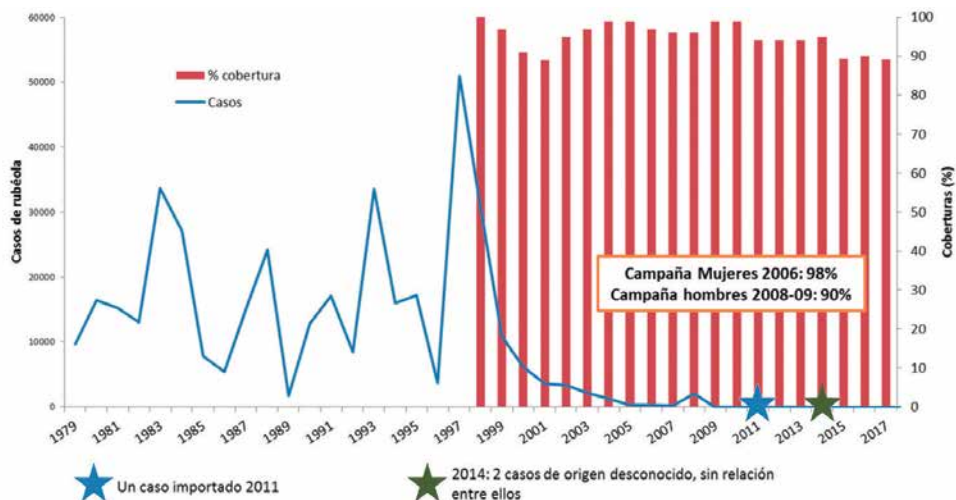
Antes de la introducción de la vacuna contra la rubéola en los esquemas regulares de inmunización, las epidemias de esta enfermedad ocurrían cada 4 a 6 años.

A partir del año 2003 comienza la vigilancia intensificada de rubéola, integrándose a la ya existente de sarampión. En agosto de 2007, se detectó un brote en Córdoba que se extendió posteriormente a San Juan, Corrientes, San Luis y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El grupo más afectado fueron los adolescentes varones. Durante 2008 se registraron casos secundarios en la mayoría de las provincias de nuestro país. Los últimos casos de rubéola endémica del país se registraron en 2009 en las provincias de Buenos Aires y Chaco. Desde la eliminación de la circulación endémica, se registraron 4 casos importados entre 2011 y 2014. (Figura 3). Luego del último brote de rubéola, se confirmaron 12 casos de SRC. Los últimos casos endémicos de Argentina se registraron en el año 2009 en Corrientes y Almirante Brown, Provincia de Buenos Aires. No se registraron casos importados posteriores a la eliminación de la circulación del virus rubéola.

La vacuna contra la rubéola, como componente de la vacuna triple viral, se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en 1998 con un esquema de dos dosis, la primera al año de vida y la segunda al momento del ingreso escolar.

En 2003, se incluyó al Calendario vacuna contra sarampión y rubéola (doble viral) durante el puerperio o inmediatamente después de aborto y la vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis (triple viral) a los 11 años.

Figura 3: casos de rubéola y coberturas de vacunación al año de vida. Argentina 1979-2017



III. JUSTIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA NACIONAL DE SEGUIMIENTO

- El sarampión es una enfermedad exantemática febril que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y laringotraqueobronquitis; enfermedades del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento curativo, como la panencefalitis esclerosante subaguda.
- La tasa de letalidad del sarampión es del 3 al 6%; la mayor se verifica entre lactantes de 6 a 11 meses, que son los que aún no han recibido la vacuna antisarampión, según corresponde por el Calendario Nacional de Vacunación. Esta tasa de mortalidad puede ascender hasta el 25% en poblaciones con desnutrición, inmunodeficiencias y con acceso deficiente a la atención de salud.
- La rubéola es una enfermedad exantemática benigna en adultos y niños. Sin embargo, cuando una mujer embarazada susceptible se expone al virus durante el primer trimestre se produce infección fetal en el 90 % de los casos, que lleva a la muerte fetal y neonatal y al SRC. El SRC se caracteriza por graves malformaciones en el recién nacido que producen sordera, ceguera y cardiopatías congénitas entre otras, así como graves trastornos de aparición tardía. No existe tratamiento específico para la rubéola ni el SRC.
- Las estrategias recomendadas por OPS para mantener la eliminación del sarampión y rubéola establecen que es necesario asegurar la inmunidad de la población evaluando la cantidad de susceptibles y programando una campaña de seguimiento cada 4-5 años o cuando la cantidad de susceptibles es similar a una cohorte de nacidos vivos.

- Desde el inicio del programa de erradicación del sarampión en 1993 y con la integración de la rubéola en 2003, se realizaron múltiples campañas de vacunación. Inicialmente, con la campaña de puesta al día contra el sarampión en 1993, se vacunaron niños entre 1y 14 años. Entre 1998 y 2014 se realizaron un total de 5 campañas de seguimiento y dos de aceleración masiva, en 2006 y 2009 para mujeres y hombres respectivamente. Con estos esfuerzos, se logró vacunar desde 1993 hasta 2017 un total de 50 cohortes de hombres y mujeres.

Tabla 1: Campañas de vacunación realizadas en Argentina desde el inicio del programa de eliminación del sarampión.

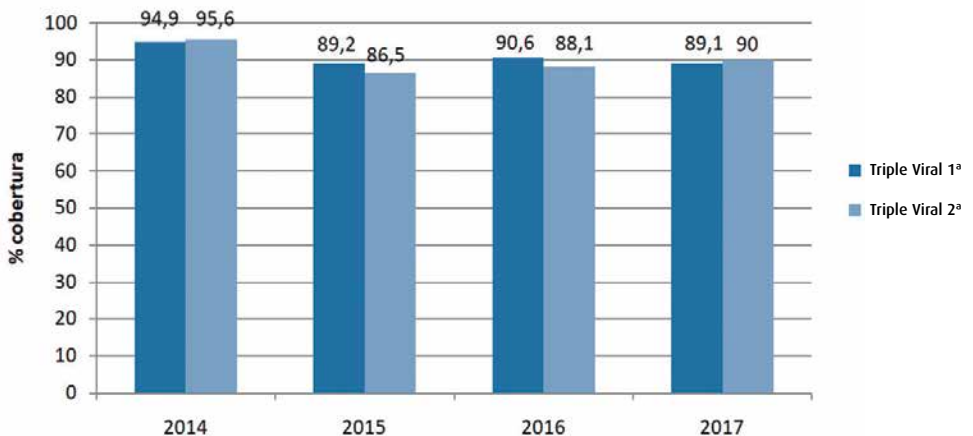
Tipo de campaña	Año de la Campaña	Tipo de vacuna usada	Grupo de edad meta	Cobertura alcanzada (%)
Puesta al día	1993	AS*	1-14	97
Seguimiento	1998	AS*	1-4	98
Seguimiento	2002	DV**	1-4	87
Seguimiento	2005	DV**	1-5	78
Aceleración	2006	DV**	mujeres 15-39	98,8
Aceleración	2008	DV**	hombres 16-39	90
Seguimiento	2009	DV**	1-4	98
Seguimiento	2014	DV**	1-4	82

* Antisarampionosa: AS

** Doble Viral: DV

- Desde la última Campaña de Seguimiento en el año 2014 las coberturas nacionales con 1a. dosis de vacuna Triple Viral fueron inferiores al 95%. Las coberturas para 2a. dosis en el mismo periodo no alcanzaron el 95%, generando año tras año acúmulo de niños susceptibles.

Figura 4: Coberturas de primera y segunda dosis de vacuna Triple Viral. Argentina 2014-2017



- Desde la última CNS en 2014, y considerando las coberturas de primera dosis de Triple Viral del programa regular y los niños vacunados que tuvieron falla primaria, se estima que se acumularon aproximadamente 700.000 niños de 1 a 4 años susceptibles, lo que equivale aproximadamente a una cohorte de nacidos vivos. Esto es indicativo de la necesidad de realizar la CNS para brindar una segunda oportunidad a la población que por diversas razones no tuvo acceso a los servicios de vacunación y/o no tuvo respuesta inmune a la dosis aplicada. Esta estrategia disminuirá el acúmulo de susceptibles y el riesgo consiguiente de una importación y casos secundarios.

IV. GENERALIDADES DE LA CAMPAÑA 2018

Propósito

Mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y SRC en Argentina.

Meta

Vacunar al 100% de los niños y niñas de 13 meses a 4 años, 11 meses y 29 días (4 años inclusive) con una dosis de vacuna triple viral independientemente de las dosis recibidas con anterioridad, en todas las provincias, departamentos y municipios de Argentina.

Objetivo

Alcanzar una cobertura igual o mayor al 95% con una dosis de vacuna triple viral en la población objetivo de la campaña, en todas las localidades y en cada grupo de edad de manera homogénea.

Ejecución

Del 1 de octubre al 30 de noviembre de 2018

i. Población objetivo de campaña

Niños y niñas de 13 meses a 4 años, 11 meses y 29 días, nacidos entre 1/11/2013 y 31/10/2017 independientemente de las dosis recibidas previamente.

ii. Población meta

La población meta total estimada es de 2.955.840 niños y niñas de 1 a 4 años, en las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

iii. Consideraciones

Niños que cumplen 12 meses de edad en octubre de 2018: se aplica la vacuna triple viral de calendario y se cita al mes para aplicar la dosis correspondiente a la campaña.

Niños que cumplen 12 meses en noviembre de 2018: se aplica la vacuna triple viral de calendario, por no corresponder a población de campaña.

Esquemas atrasados: Niños de 13 meses a 4 años inclusive que no certifiquen la dosis de triple viral de calendario, se aplica vacuna de campaña y se cita al mes para dosis de calendario.

NO SE SOLICITARÁ ORDEN MÉDICA PARA RECIBIR LA DOSIS TRIPLE VIRAL DE CAMPAÑA.

V. COMPONENTES CLAVES DE LA CNS DE ALTA CALIDAD

1. COMPROMISO POLÍTICO Y FINANCIAMIENTO

Por Resolución Ministerial 2334-E/2017 el Ministerio de Salud de la Nación se compromete a la provisión de vacunas, material descartable y carnés de vacunación. El aval político se traduce en la asignación del financiamiento para la CNS 2018 gestionado por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Será fundamental contar con compromiso político en cada uno de los niveles y movilizar los recursos necesarios. Asimismo, un aspecto central consistirá en la gestión de la convocatoria y declaración de adhesión a la CNS 2018 de las Asociaciones Académicas, Científicas y otras instituciones de referencia.

2. PLANIFICACIÓN DE LA CNS DE ALTA CALIDAD

El proceso de planificación de la CNS es uno de los pilares fundamentales para asegurar el logro de la meta cumpliendo los criterios de eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia.

Los procesos de planificación del programa de inmunizaciones están enmarcados en las políticas y prioridades nacionales, por lo que los lineamientos y momentos de los procesos de planificación se han de articular y complementar en todos los niveles.

Figura 5: Fases de la CNS

Fases de la CNS según períodos en meses



CNS de alta calidad según criterios de eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia

Campaña Nacional de Seguimiento contra Sarampión-Rubéola

El Ministerio de Salud de la Nación es el ente rector del sistema nacional de salud, por lo que le corresponde liderar la organización de la CNS 2018, así como movilizar, canalizar y optimizar los recursos necesarios para su ejecución.

Para garantizar el desarrollo de la CNS cada nivel se compromete a participar de todas las etapas, desde su planificación hasta la evaluación.

- **Nivel nacional:** Define lineamientos técnicos operativos e instrumentos de planificación, instancias de capacitación, provee insumos, recursos y financiamiento.
- **Nivel provincial:** Formula un plan de acción provincial en función de los lineamientos técnicos operativos de la CNS 2018. Implementa el plan de actividades con responsables, períodos, insumos y materiales, desarrollando la capacidad de los municipios en la aplicación de la microplanificación.
- **Nivel municipal:** Formula un plan de acción municipal y realiza el análisis de la situación considerando la población meta total y por edades simples, requerimientos, capacidad de frío y la caracterización de sus comunidades.

Incluye determinar las tácticas de vacunación oportunas para captar la población objetivo, estableciendo un cronograma, un plan de trabajo diario y realizando el monitoreo de vacunación y análisis de avance de meta.

Para responder a los estándares de calidad de la campaña, se estableció que durante las primeras cuatro semanas se debe vacunar al 80% de la población meta y el 20% en las siguientes cuatro semanas.

Tabla 2: Establecimiento de la meta semanal

Semanas	Meta semanal	Meta diaria
Primera semana	25%	5%
Segunda semana	25%	5%
Tercer semana	20%	4%
Cuarta semana	10%	2%
Quinta semana	5%	1%
Sexta semana	5%	1%
Séptima semana	5%	1%
Octava semana	5%	1%
Novena semana	Rastrillaje	

3. CAPACITACIÓN

El plan nacional de capacitación integra y da respuesta a todos los componentes de la Campaña de Seguimiento priorizando los acuerdos establecidos con las jurisdicciones. La propuesta de capacitación comprende:

- **Jornada de trabajo y asistencia técnica sobre criterios de calidad para Campaña Nacional de Seguimiento contra Sarampión y Rubéola.** Dirigida al equipo técnico de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI), a cargo de consultores internacionales de la Organización Panamericana de la Salud.

- **Taller Nacional.** Durante noviembre 2017 se llevó a cabo un espacio intensivo de capacitación de Campaña de Calidad dirigido a Jefes/as de los programas de inmunizaciones provinciales. Estuvo coordinado por la DiCEI y contó con la cooperación técnica de la OPS.
- **Talleres presenciales de Microplanificación.** Considerando que la microplanificación es esencial para el éxito de la campaña, se implementarán a partir del mes de abril talleres regionales para todas las jurisdicciones del país, dirigidos a personal de nivel intermedio y operativo de los programas de inmunizaciones.
- **Curso autoadministrado.** Disponible en el campus virtual de la OPS dos meses previos a la CVS. Dirigido a integrantes del equipo de salud, responsables de actividades operativas y vacunadores convocados para las acciones de la Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión y Rubéola 2018.

4. LOGÍSTICA

Para asegurar la implementación exitosa de la campaña se requiere la organización y coordinación de todos los procesos necesarios para el abastecimiento suficiente y oportuno de las vacunas e insumos en todos los vacunatorios públicos del país. Para ello, la DiCEI dotará a las provincias de:

- Vacuna triple viral monodosis que será distribuida oportunamente antes del inicio de la campaña
- Jeringa para administración
- Descartadores
- Documentos: Lineamientos técnicos, desplegables (para nivel operativo), planillas nominales diarias y de consolidado semanal, planilla de registro de monitoreo rápido de vacunación y afiche de avance de meta.

Vacuna de campaña:

La vacuna triple viral que se utilizará en la campaña es MMR11®. Es una combinación de cepas de virus vivos atenuados de sarampión, rubéola y paperas. Las cepas incluidas son: Edmonston para sarampión, Wistar RA 27/3 para rubéola y Jeryl Lynn para paperas.

La vacuna se presenta como un polvo liofilizado para reconstituir exclusivamente en su diluyente. Una vez reconstituida la vacuna, debe ser utilizada inmediatamente.

Conservación: La vacuna debe conservarse entre 2° y 8°C.

Dosis y vía de administración: La dosis indicada es de 0.5 ml y se administra por vía subcutánea.

Sitio de aplicación y procedimiento: Los sitios subcutáneos recomendados para la administración de la vacuna son la parte superior del brazo, región deltoidea o posterior del tríceps. Para aplicar se debe tomar un pliegue o pellizco para evitar llegar al músculo, insertando el bisel hacia arriba con un ángulo de 45°.

Contraindicaciones de la vacuna triple viral:

- Reacción alérgica grave (anafilaxia) ante una dosis anterior o a componentes de la vacuna (p. ej., gelatina, neomicina).
- Los niños inmunocomprometidos NO deben recibir la vacuna triple viral:
 - Inmunodeficiencias primarias
 - Infección por VIH con recuento de linfocitos CD4 < 15%
 - Inmunosupresión por fármacos
 - Trasplantados de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos
 - Enfermedad oncológica

Precauciones

- Púrpura trombocitopénica.
- Enfermedad aguda moderada o grave.
- Reciente administración de sangre y/o hemoderivados. Se deben respetar los intervalos sugeridos²

Efectos postvacunales (ver punto 9. *Vigilancia de ESAVI*)

Uso simultáneo con otras vacunas: La vacuna triple viral puede administrarse junto con otras vacunas. De administrarse más de una vacuna, deben aplicarse en sitios anatómicos diferentes. Recordar que en la vacunación sucesiva con dos vacunas de virus atenuados parenterales debe observarse un intervalo mínimo de 28 días entre ambas.

5. CADENA DE FRÍO

Antes del inicio de la campaña se debe realizar en todos los niveles (nacional, provincial y municipal):

- Análisis de la capacidad de frío disponible
- Inventario de cajas frías y termos a fin de asegurar disponibilidad de acuerdo al requerimiento (micro-planificación)
- Plan de contingencia para el mantenimiento de la cadena de frío en caso de fallas de energía eléctrica

6. VACUNACIÓN SEGURA

El componente de vacunación segura se desarrolla a fin de garantizar seguridad para el receptor (vacunado), para el trabajador de salud (vacunador) y para el medio ambiente (comunidad). Para lograr este objetivo, es necesario observar prácticas seguras de vacunación que incluyen aspectos técnicos y procedimientos cuyo cumplimiento garantiza inmunizaciones eficaces y prestaciones eficientes.

Seguridad del vacunado:

- Controlar la fecha de vencimiento y aspecto de la vacuna.
- Preparar la vacuna en el momento de su utilización y administración, según normas establecidas.
- Administrar la vacuna por vía y sitio anatómico correcto.
- Informar en forma objetiva acerca de los efectos adversos más frecuentes.

Seguridad del trabajador de la salud (vacunador): El vacunador debe cumplir con las normas de bioseguridad:

- No encapuchar las agujas después de usarlas.
- Depositar desechos cortopunzantes en cajas apropiadas de bioseguridad.

Seguridad para la comunidad y el medio ambiente: Manejo y disposición adecuada de desechos de acuerdo a normas en relación a descarte de jeringas, agujas, llenado de cajas de eliminación, almacenamiento de cajas, descarte de algodón e insumos utilizados en la vacunación y disposición final.

2. Ver en Capítulo "Generalidades" en Recomendaciones Nacionales de Vacunación Argentina 2012. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf

7. REGISTROS Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

La dosis de vacuna triple viral de campaña se registrará en el carné de vacunación habitual en el espacio destinado a “otros”, dejando constancia de que corresponde a la dosis de campaña, fecha de aplicación, lote y vencimiento de la vacuna administrada y firma del agente interviniente.

El registro diario de las dosis aplicadas se hará en forma nominal en planillas (ANEXO A) y se consolidará en forma numérica semanalmente (ANEXO B). Este consolidado numérico será cargado en NOMIVAC-SISA semanalmente para facilitar la realización del avance de meta semanal. Sin embargo, dado que el país cuenta con un registro nominal informatizado, la carga oportuna de las dosis aplicadas permitirá el seguimiento de los niños vacunados y no vacunados para dirigir acciones a nivel local.

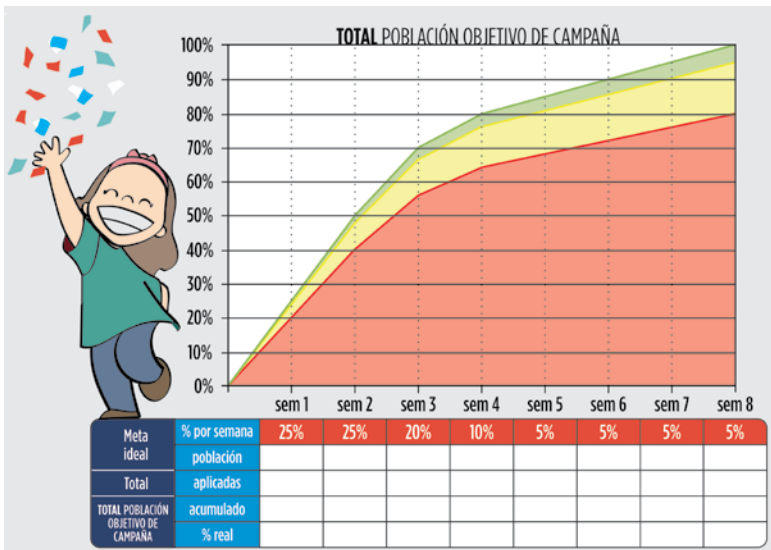
8. AVANCE DE META

El avance de meta permite al nivel operativo evaluar el cumplimiento periódico de la planificación planteada. A su vez, facilita el análisis de las dosis aplicadas por semana en relación a la población objetivo y por grupo de edad.

Todos los niveles (local, departamental, provincial y nacional), deberán realizar el avance de meta para el seguimiento de dosis aplicadas en la población objetivo total y por grupo de edad, en forma semanal para la detección y reorientación oportuna de estrategias en la búsqueda de la población pendiente de vacunar.

El avance de meta se puede realizar en forma manual (figura 6) o bien en versión digitalizada.

Figura 6: Ejemplo de gráfico de avance de meta de CNS 2018, población total objetivo



9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)

La vacuna que se utilizará en la CNS es segura y eficaz, sin embargo, pueden presentarse eventos adversos posteriores a la administración, los cuales son generalmente leves. Los beneficios de la inmunización son siempre mayores que los posibles riesgos.

En la última Campaña de vacunación, sobre un total de 2.130.633 dosis de vacuna doble viral aplicadas, se notificaron 46 eventos adversos (eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización-ESAVI) (tasa 2,15/100.000 dosis) de los cuales 2 fueron graves con recuperación *ad integrum*. Estos datos confirman la seguridad de las vacunas utilizadas en nuestro país y la necesidad de mantener un programa de vigilancia tanto para el programa regular como para las campañas.

Tener en cuenta:

- Los eventos secundarios, por lo general leves, suelen presentarse en personas que nunca han recibido esta vacuna y se presentan con menos frecuencia después de la segunda dosis.
- Las reacciones anafilácticas son raras y pueden aparecer hasta 24 horas después de aplicada la vacuna (ANEXO D: Manejo de anafilaxia).
- Ante la ocurrencia de un ESAVI se debe asegurar el cumplimiento de normas de manejo: evaluar el caso, asistir al paciente y notificar el evento a la autoridad pertinente.

Tabla 3: Reacciones esperadas con la aplicación de la vacuna triple viral

Componente	Frecuencia	Manifestaciones clínicas	Tiempo de presentación post-vacunal	Duración
Antisarampiónoso	5 - 15%	Fiebre	5 - 12 días	1 - 2 días
	5%	Exantema		
	5%	Tos - Coriza - Conjuntivitis	15 - 35 días	3 - 6 semanas
	1/30.000 - 40.000 dosis aplicadas	Trombocitopenia		
Antirrubéolico	5 - 15% (niños)	Fiebre - Exantema - Linfadenopatías	7 - 21 días	1 - 2 días
	0,5% niños	Artralgias	7 - 21 días	Entre 1 día a 3 semanas
	25% adultos	Artritis	7 - 21 días	
	10% adultos			
Antiparotidítico	1 - 2%	Fiebre - parotiditis	5 - 14 días	
		Meningoencefalitis: cepa J. Lynn 1/800,000; cepa Urabe 1/11.000	7 - 21 días	

¿Qué ESAVI se notifica?

Se notifican todos los ESAVI, independientemente que el notificador haya o no establecido una relación causal con la vacuna. La clasificación se realizará luego del análisis del evento que estará a cargo de la jurisdicción del PAI o del nivel central Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CoNaSeVa).

¿Quiénes deben notificar los ESAVI?

El profesional de la salud matriculado que asista a una persona con sospecha de un ESAVI debe notificarlo en el componente ESAVI de la plataforma NOMIVAC-SISA que se accede por el link <https://sisal.msal.gov.ar/sisa/>.

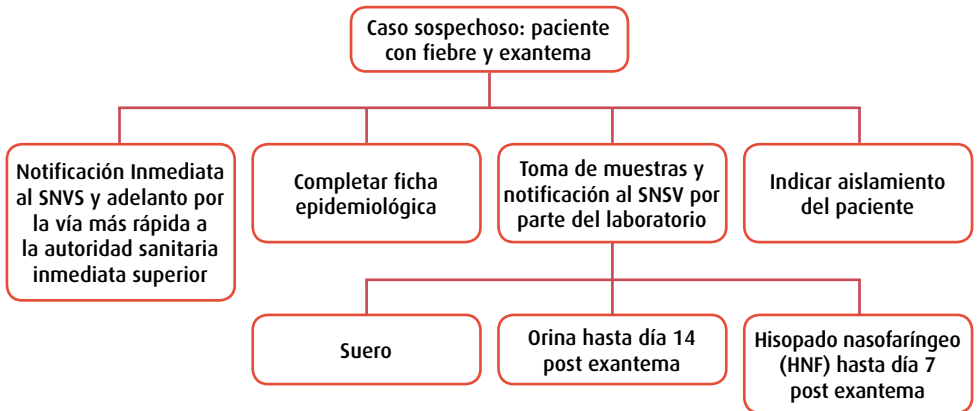
10. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (EFE)

Se debe investigar inmediatamente a todo paciente que cumple con la definición de caso sospechoso de sarampión/rubéola o EFE.

Caso sospechoso de EFE: Paciente de cualquier edad que presente fiebre de 38° C o más y exantema generalizado, o que un profesional de la salud lo sospeche, independientemente del antecedente de vacunación.

En la figura 7 se muestra el algoritmo de estudio de caso sospechoso de EFE

Figura 7: Algoritmo de estudio de caso sospechoso de EFE



Recordar que en el contexto de la CNS, todo paciente que presente fiebre y exantema luego de la vacunación debe notificarse tanto como ESAVI como caso sospechoso de EFE.

11. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL

La formulación e implementación de la estrategia de comunicación y movilización social de la CNS 2018 tiene por objetivo movilizar a todos los adultos responsables de los niños de 13 meses a 4 años 11 meses y 29 días, para lograr una cobertura ≥ 95 % en el 100% de los municipios. Para sostener la convocatoria y adhesión a la campaña, las acciones de comunicación se implementarán antes y durante su ejecución.

Acciones integradas de comunicación durante la campaña

- Comunicación y divulgación a través de medios masivos, digitales y alternativos.
- Conferencias de prensa con autoridades del nivel nacional, provincial y local.
- Actos de lanzamiento de la CNS en todos los niveles.
- Movilización social a través de estrategias que convoquen a la comunidad.

12. MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN (MRV)

Los objetivos del MRV son:

- Identificar a los no vacunados y sus razones.
- Supervisar la calidad del trabajo de las brigadas de vacunación de manera sistemática y en corto tiempo.
- Evaluar la efectividad de las estrategias de vacunación utilizadas.
- Tomar decisiones y realizar intervenciones para lograr la meta.

A su vez, el MRV sirve como herramienta de evaluación externa para certificar el logro de las metas de cobertura.

Para la elección del área a monitorear se debe tener en cuenta áreas densamente pobladas donde se encuentren niños de la población objetivo, asentamientos de población en zonas periféricas urbanas, población con alto tránsito o circulación, zonas con elevada afluencia de turistas internacionales, zonas de difícil acceso: geográfico, cultural o socioeconómico.

En cada MRV se entrevistarán los adultos responsables de niños de la población objetivo de campaña para verificar su antecedente de vacunación. Se considera niño vacunado, aquel que certifique la dosis de campaña aplicada en carné de vacunación.

Se visitarán todas las viviendas hasta encontrar 20 niños, registrando el estado vacunal con vacuna triple viral de campaña (Ver planilla en ANEXO C). Siempre considerando que por cada edad simple de la población objetivo se deberá relevar 5 niños o niñas.

Cálculo del número de MRV a realizar en cada municipio:

1. Seleccionar el rango que comprende la población objetivo de ese municipio.
2. Multiplicar por el porcentaje estandarizado según tabla 4.

Tabla 4: Porcentaje de población a monitorear según rango de población objetivo

Rango de población objetivo de campaña	Porcentaje de población a monitorear
> 100.000	2%
50.000 – 100.000	3%
10.000 – 49.999	4%
5.000 – 9.999	5%
2.000 – 4.999	8%
1.000 – 1.999	13%
500 – 999	20%
250 – 499	35%
< 250*	50% - 100%

Cantidad de Monitores:
Población objetivo x
porcentaje a monitorear

MRV de supervisión: Este monitoreo lo realiza el supervisor y coordinador de supervisores para identificar a los no vacunados, evaluar la calidad del trabajo de las brigadas de vacunación y evaluar la efectividad de las tácticas de vacunación utilizadas por el servicio de salud.

Monitoreo intermedio: Lo realiza el establecimiento de salud o el municipio cuando se ha finalizado la vacunación de todas las localidades del área de responsabilidad según lo planificado, o si se identificaron localidades que de acuerdo a la microplanificación no han alcanzado coberturas $\geq 95\%$.

Monitoreo final: Lo realiza la provincia con el objetivo de verificar que no se encontraron bolsones de población susceptible (no vacunados) mayor al 5%.

13. SUPERVISIÓN

Durante las etapas de planificación, preparación y ejecución de campaña, se realizarán actividades de supervisión tanto en el nivel nacional como en el provincial:

- **Nacional:** Asignando referentes nacionales a cada provincia quienes serán los enlaces técnicos.
- **Provincial:** De igual manera el nivel provincial deberá asignar referentes en cada municipio.
- **Local:** Orientará las acciones al proceso de sistematización y reporte de los avances parciales y finales.

Tanto en el proceso de supervisión del nivel nacional, provincial o local algunos aspectos a considerar son:

- Cronograma de la supervisión según etapas (organización, programación, ejecución) de la campaña, analizando con los equipos locales al final de la jornada las fortalezas, debilidades y medidas correctivas para el logro de la meta propuesta.
- Supervisión de la modalidad de registros.
- Supervisión de las actividades que comprenden el proceso de vacunación segura como desecho de vacuna y otros materiales.
- Verificar el cumplimiento de directrices de la CNS y microplanificaciones locales.
- Revisar el desempeño del equipo y llevar a cabo acciones correctivas si es necesario.

14. EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA NACIONAL DE SEGUIMIENTO

Los niveles nacional, provincial, departamental y municipal deberán analizar los resultados de la CNS por componentes, de acuerdo a los indicadores establecidos por cada criterio de alta calidad: eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia.

Cada jurisdicción deberá elaborar un informe final, identificando fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, así como las recomendaciones y lecciones aprendidas, traducidas en buenas prácticas tanto a nivel del fortalecimiento del programa regular como para futuras campañas.

Indicadores de evaluación de la CNS de alta calidad

A los efectos de cumplir con una CNS de alta calidad se seleccionaron los indicadores a aplicar según cada criterio que se detallan a continuación:

Tabla 5: Indicadores de calidad de la CVS según criterios de eficacia, homogeneidad, eficiencia y oportunidad.

	Indicadores	Construcción del indicador	Esperado	Nivel de aplicación
EFICACIA	Cobertura de vacunación en campaña por nivel	Dosis de vacuna triple viral aplicadas a niños de 1-4 años por nivel X100/población objetivo total	≥ 95%	Nacional, provincial, departamental
	Porcentaje de niños vacunados según MRV	Población de 1-4 años no vacunada encontrada en MRV por nivel local X 100/ Total de población de 1-4 años encontrada durante el MRV	<5%	Local
	Capacitación del personal de salud en CNS	Personal de salud capacitado en los lineamientos de la CNS por nivel de salud (curso virtual, talleres regionales y réplicas provinciales, instancias de capacitación internas) X 100/ personal que trabaja en la CNS	100%	Provincial
	Componente de cadena de frío	Número de vacunatorios supervisados cumpliendo con normas de cadena de frío X 100/ total de puestos de vacunación fijo supervisados	100%	Provincial
	Componente de logística	Número de vacunatorios con faltante de vacuna x 100/ total de vacunatorios	0%	Provincial
	Realización de MRV	Número de municipios que realizaron al menos un MRV durante la CNS x 100/ Total de municipios	100%	Provincial, departamental
	Componente sistema de información	Cantidad de consolidados numéricos ingresados semanalmente en forma oportuna/total de consolidados a ingresar en la fecha de corte.	100%	Provincial, nacional
	Componente vacunación segura	Número de puestos de vacunación supervisados descartando jeringas correctamente x 100/ Total de puesto de vacunación supervisados	100%	Provincial, Local

HOMOGENEIDAD	Cobertura homogénea por departamento	Número de departamentos o jurisdicciones con coberturas $>95\% \times 100 / \text{total departamentos}$	$\geq 95\%$	Provincial, nacional
	Cobertura homogénea por edades simples	Número de departamentos con coberturas $>95\%$ en las 4 edades $\times 100 / \text{total departamentos}$	$\geq 95\%$	Provincial
EFICIENCIA	Planes provinciales aprobados y financiados	Porcentaje de provincias con planes aprobados, financiados y ejecutados	100%	Provincial, Nacional
	Presupuesto	Porcentaje de ejecución de las transferencias recibidas	100%	Provincial
	Costo por niño vacunado en CNS	Cálculo de costo*		Provincial
OPORTUNIDAD	Abastecimiento de vacunas e insumos por nivel	Abastecimiento de vacunas y jeringas a nivel local/departamental 15 días previos al inicio de la CNS $\times 100 / \text{Total de centros por nivel}$	100%	Provincial, Nacional
	Cumplimiento de la meta de cobertura en el tiempo establecido.	Número de jurisdicciones que alcanzaron cobertura $> 95\%$ en los 2 meses de campaña $\times 100 / \text{Total de Jurisdicciones}$	100%	Nacional
	Oportunidad en microplanificación	Número de departamentos que presentaron la microplanificación previo al inicio de la CNS $\times 100 / \text{Total de departamentos de la provincia}$	100%	Provincial
	Reporte semanal a NOMIVAC	Número de jurisdicciones que reportan semanalmente en NOMIVAC/ total de jurisdicciones	100%	Nacional

*sólo costos directos

Informe técnico, formulación, revisión y reunión técnica

Tras la finalización de la campaña, incluidas las actividades de monitoreo, se deben realizar reuniones de evaluación en todos los niveles y el informe final a nivel provincial que deberá considerar los siguientes aspectos:

- Logros alcanzados según niveles.
- Porcentaje final de cobertura administrativa total, según nivel y edades simples.
- Evaluación de indicadores de la CNS alta calidad (tabla 5).
- Evaluación cualitativa de las diversas etapas y componentes de la CNS.
- Utilización de biológicos: detallar total de dosis recibidas, dosis aplicadas y dosis en stock. En caso que el porcentaje de pérdida sea mayor al 5%, especificar las causas. Se entiende por porcentaje de pérdida: $(\text{dosis en stock} - \text{dosis aplicadas}) / \text{dosis recibidas} \times 100$.
- Resultados de los MRV.
- Vigilancia epidemiológica de ESAVI.
- Cálculo de costo por niño vacunado y gastos adicionales del nivel provincial.
- Acciones futuras en el caso de no alcanzar meta propuesta.
- Lecciones aprendidas y su aplicación para fortalecimiento del programa regular.
- Describir las estrategias de movilización, participación y comunicación social, con énfasis en la medición de impacto de los medios y materiales educativos en el logro de los objetivos propuestos.
- Identificación de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (análisis FODA).

El informe deberá ser presentado a las autoridades nacionales dentro de los 15 días posteriores a la finalización de la CNS.

El comité nacional de coordinación de CNS de acuerdo a las reuniones e informes técnicos de las jurisdicciones, elaborará el informe final del país.

VI. ANEXOS

ANEXO A: PLANILLA DE REGISTRO DIARIO DE VACUNADOS


PLANILLA DIARIA DE CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPION - RUBÉOLA.
Destinada a niños nacidos entre el 1/11/2013 al 31/10/2017
Octubre - Noviembre 2018

En esta planilla solo se registran las dosis de vacuna triple viral (SRP) de CAMPAÑA.


Provincia _____ Fecha: _____
Departamento _____ Lote: _____
Localidad _____
Vacunatorio _____

N°	DNI	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)	DOMICILIO Y PROVINCIA (Especificar dirección e indicar si fuera No Residente-NR)	Triple Viral (SRP)*			
					13 meses a 23 meses	2 años	3 años	4 años
1			/ /					
2			/ /					
3			/ /					
4			/ /					
5			/ /					
6			/ /					
7			/ /					
8			/ /					
9			/ /					
10			/ /					
11			/ /					
12			/ /					
13			/ /					
14			/ /					
15			/ /					
Totales								


(*) Registre con una cruz (X) en el grupo de edad correspondiente. Responsable de la vacunación: _____



República Argentina
argentina.gob.ar/salud
Av. 9 de Julio 1925, Buenos Aires, Argentina



DIRECCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

ANEXO B: PLANILLA DE REGISTRO CONSOLIDADO SEMANAL.

**CONSOLIDADO SEMANAL DE CAMPAÑA NACIONAL
DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN - RUBÉOLA
Octubre - Noviembre 2018**

SEMANA
de / / 18 a / / 18

Provincia
Departamento
Localidad
Vacunatorio

VACUNA SRP ADMINISTRADA COMO DOSIS DE CAMPAÑA (1)

Población objetivo	Cantidad de dosis de Triple Viral de Campaña
13 meses al 23 meses	
2 años	
3 años	
4 años	
Total semana	

(1) En esta tabla se informa el número de dosis aplicadas por campaña, la información surge de la suma de dosis registradas en la planilla diaria por grupo de edad

RECUERDE.

Niños entre 13 meses a 4 años que no certifiquen dosis de SRP del año de vida completar esquema y registro de SRP como CAMPAÑA además de citar al mes para aplicar dosis de SRP del Calendario Nacional de Vacunación.

Niños que cumplen 12 meses en octubre 2018 se aplica vacuna SRP correspondiente a Calendario Nacional de Vacunación y se cita al mes para aplicar dosis de CAMPAÑA

República Argentina
argentina.gob.ar/salud

Av. 9 de Julio 1925, Buenos Aires, Argentina

DIRECCIÓN DE
CONTROL DE ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

ANEXO D: MANEJO DE LA ANAFILAXIA

DEFINICIÓN

Es un síndrome clínico que se caracteriza por:

- Presentación repentina.
- Progresión rápida de síntomas y signos.
- Compromiso de múltiples sistemas orgánicos (más de dos), a medida que progresa (cutáneo, respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal).

La sola presencia de alergia cutánea no define anafilaxia.

Las reacciones anafilácticas comienzan, por lo general, unos minutos después de la aplicación de la vacuna. Es importante reconocerlas rápidamente a fin de aplicar el tratamiento. Si se presenta enrojecimiento, edema facial, urticaria, picazón, edema de labios o glotis, sibilancias y/o dificultad respiratoria, el paciente debe ser acostado con los miembros inferiores elevados. Lo primero es asegurar el mantenimiento de la vía aérea y oxigenación, y gestionar el traslado al servicio de emergencias (guardia) o cuidados críticos.

CARACTERÍSTICAS

- Se estima que se presenta en un rango de 1 a 10 por cada millón de dosis distribuidas dependiendo de la vacuna estudiada.
- La recurrencia no es infrecuente, pudiendo ocurrir en un período de dos a 48 horas.
- La intensidad del proceso suele relacionarse con la rapidez de la instauración de los síntomas (entre escasos minutos y dos horas).
- Se presenta con una amplia combinación de síntomas y signos.

PREVENCIÓN

- Realizar una cuidadosa anamnesis dirigida a los posibles antecedentes de alergias antes de aplicarla vacuna. Recordar que las alergias leves no son contraindicación para la administración.
- Mantener en control a cada paciente 20-30 minutos después de la administración.
- **Todos los vacunatorios deben estar provistos de un equipo para el tratamiento de anafilaxia.**
- Es recomendable que los pacientes con antecedentes de reacciones graves reciban las dosis posteriores de la vacuna en un centro hospitalario, con supervisión del médico.

CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas pueden ser:

- *Inmediatas*: comienzo en minutos hasta 1 hora.
- *Tardías*: comienzo entre 4 a 8 horas.

Reacciones sistémicas graves: Pueden ser súbitas o progresar rápidamente. En algunas ocasiones pueden presentarse directamente con broncoespasmo, disnea, edema de laringe con ronquera y estridor, cianosis y puede llegar hasta paro respiratorio. El edema gastrointestinal y la hipermotilidad puede provocar náuseas, vómitos, diarrea, cólicos, incontinencia fecal o urinaria, convulsiones, tanto por irritación del sistema nervioso central como

hipoxia, colapso cardiovascular con hipotensión, arritmias cardíacas, shock y coma. Los síntomas de colapso cardiovascular y los signos de falla respiratoria pueden ser muy rápidos e incluso ser los primeros signos objetivos de una manifestación de anafilaxia.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Para definir anafilaxia se deben presentar al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1 Inicio súbito (minutos a 4 horas), con afectación de piel y mucosas y al menos uno de los siguientes síntomas:	A. Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia).
	B. Disminución de la tensión arterial sistólica o síntomas asociados de hipoperfusión (síncope, hipotonía, incontinencia).
CRITERIO 2 Dos o más de los siguientes síntomas que ocurren rápidamente después de la exposición al alérgeno:	A. Afectación de piel y mucosas (urticaria, enrojecimiento, prurito, angioedema).
	B. Compromiso respiratorio.
	C. Disminución de la tensión arterial sistólica o síntomas asociados a hipoperfusión.
	D. Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, vómitos).
CRITERIO 3 Disminución de la tensión arterial tras de la exposición	A. Lactantes de 1 mes a 12 meses: tensión arterial < 70 mm Hg.
	B. Niños de 1 a 10 años: tensión arterial < (70 mmHg + [edad en años x 2]).
	C. Niños > 11 años: tensión arterial sistólica < 90 mmHg o descenso 30 % de su tensión basal.

Para el diagnóstico diferencial deben considerarse:

- Reacción vagal o lipotimia: Mientras que estas dos entidades presentan palidez y pérdida de conciencia en forma brusca, en la anafilaxia son más frecuentes **las manifestaciones cutáneo-mucosas y de las vías aéreas superiores**.
- Síndrome de hipotonía-hiporrespuesta (SHH): Se puede presentar en las primeras 24 horas, con palidez, cianosis, hipotonía, fiebre, disminución del estado de conciencia, colapso, hipersomnolia prolongada. Una diferencia importante con anafilaxia es que en SHH se mantienen los pulsos centrales (carotídeo, etc.)

TRATAMIENTO

1. Colocar al paciente en posición de decúbito supino o con los pies elevados.

2. Medicación:

- **ADRENALINA** por vía intramuscular (IM): **ES EL PILAR DEL TRATAMIENTO Y SE DEBE ADMINISTRAR DE INMEDIATO. EL RETRASO EN SU ADMINISTRACIÓN EMPEORA EL PRONÓSTICO.**

Dosis: 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg) de la concentración 1:1000, hasta un máximo de 0,3-0,5 mL por vía intramuscular (IM). Puede repetirse cada cinco a quince minutos.

Lugar de administración: región anterolateral del muslo.

En la anafilaxia refractaria a dosis múltiples o en shock profundo se debe trasladar al paciente a un hospital de alta complejidad para la administración de adrenalina por vía intravenosa (IV).

- **ANTIISTAMÍNICOS:** Son eficaces para la urticaria y/o angioedema, pero **no controlan los síntomas de anafilaxia**. No administrarlos como primera línea. Sin embargo, deberán administrarse después del episodio para prevenir recurrencias.
- **CORTICOESTEROIDES:** la administración temprana después de la adrenalina y del antihistamínico ayuda a prevenir la recurrencia de los síntomas y la fase tardía. Se deben administrar durante tres a cuatro días.
- **OXÍGENO:** se administra a los pacientes con cianosis, disnea o sibilancias.
- **DROGAS BRONCODILADORAS:** habitualmente, la adrenalina alivia la presencia de broncoespasmo. Sin embargo, cuando este fármaco no es suficiente para mejorarlo, se puede nebulizar con salbutamol.

Errores más comunes en el tratamiento y prevención de anafilaxia:

- Presumir que el cuadro anafiláctico mejorará en forma espontánea.
- No usar la adrenalina adecuadamente:
 - suponer que los corticoides o los antihistamínicos pueden sustituir la función de la adrenalina. La mayoría de los casos mortales de anafilaxia se deben a la no utilización de la adrenalina, o a su uso tardío
 - es peor el estado de shock que el uso de adrenalina
- No internar al paciente para observación: no debe confiar cuando existe una mejoría rápida del paciente y darlo de alta, ya que en numerosos casos estos enfermos pueden presentar gravísimas reacciones de tipo tardío. Es un error muy frecuente no internar a estos pacientes para observación y monitoreo posteriormente al episodio

MEDICACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIA DE ANAFILAXIA

Medicamento	Dosis	Vía de administración	Dosis máxima	Repetición
Oxígeno				
Adrenalina 1/1000 1 mL = 1 mg ampolla de 5 mL	0,01 mL/kg (1 décima cada 10 kg) Ej: si el paciente pesa 20 kg, se aplicarían 0,2 mL que corresponden a 2 décimas de la jeringa.	IM	0,3 - 0,5 mL por vez	Cada 15 a 20 minutos. Se puede repetir 3 veces
Difenhidramina (Benadryl ^{MR})	<i>Inicial:</i> 1 - 2 mg/kg/dosis	IM/ EV/ SC	<i>Ataque:</i> 50 mg	
	<i>Mantenimiento:</i> 2 - 5 mg/kg/día		<i>Mantenimiento:</i> 300 mg/día VO	
Hidrocortisona	<i>Inicial:</i> 10 mg/kg/dosis	EV	400 mg/dosis EV	
	<i>Mantenimiento:</i> 5 mg/kg/día cada 6 horas			
Metilprednisolona	<i>Inicial:</i> 1 - 2 mg/kg/dosis	EV/ IM	60 mg/día VO	
	<i>Mantenimiento:</i> 1 - 2 mg/kg/día cada 6 a 8 horas			

IM: intramuscular**EV:** endovenosa**SC:** subcutánea**VO:** vía oral

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del sarampión y de la rubéola en las Américas. Boletín Semanal [Internet]. 2018 [citado 18 junio 2018] Vol 24. Nº 19:1-2. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=730&Itemid=39426&lang=es
2. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Red Book 2015 Report of the Committee of Infectious Diseases. 30th Edition. Disponible en: <https://redbook.solutions.aap.org/DocumentLibrary/Red%20Book%202015%201.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023. Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34417/CSP29.R11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. (CDC): Center for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: CDC; Mayo 2018 [citado 18 junio 2018]. Rubéola [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/hcp/index.html>
5. (ECDC) European Centre for Disease Prevention and Control [Internet]. European Union: ECDC; Junio 2018 [citado 18 junio 2018]. Informes mensuales de monitoreo de sarampión y rubeola. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/measles>
6. (PAHO WHO) Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington: PAHO WHO; Junio 2018 [citado 18 junio 2018]. Sarampión: Alertas y actualizaciones epidemiológicas. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=2204&Itemid=40899&lang=en
7. (WHO) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Washington: WHO; Abril 2018 [citado 18 junio 2018]. Datos epidemiológicos, guía para campañas de alta calidad: Sarampión y Rubeola [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/immunization/diseases/measles/en/>
8. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Documentación Nacional para e verificación de la eliminación del sarampión y la Rubéola y el síndrome de Rubéola Congénita en Argentina. Buenos Aires: Ediciones Ministerio de Salud de la Nación; Diciembre 2013. p.105
9. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Sostenibilidad de la eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Buenos Aires: Ediciones Ministerio de Salud de la Nación; Mayo 2016. p.97