



**Ministerio de
Salud**

Presidencia de la Nación

**Campaña Nacional de
Vacunación de
Seguimiento para Sarampión
Rubéola
en Niños de 1 a 4 años en
Argentina**

**Campaña de Vacunación para
poliomielitis en Niños menores de
5 años**

28 de Septiembre- 31 de Octubre 2009

Autoridades del Ministerio de Salud de la Nación Argentina

**Sr. Ministro de Salud de la Nación
Dr. Juan Luis Manzur**

**Sr Secretario de Promociones y Programas Sanitarios
Dr. Máximo Diosque**

**Sr. Subsecretario de Programas de Prevención y Riesgos
Dr. Gabriel Eduardo Yedlin**

**Sr. Director Nacional de Programas de Prevención y
Riesgos
Dr. Hugo Fernández**

**Sr. Director de Epidemiología
Dr. Juan Carlos Bossio**

Coordinación Nacional de la Campaña

Dra. Carla Vizzotti	Coordinación del Programa Nacional de Inmunizaciones
Dra. Ángela Gentile	Asesoría Programa Inmunizaciones
Dra. Alejandra Gaiano	Coordinación General
Dra. Mariel Caparelli	Coordinación Científica en Poliomielitis
Srta. Julieta Rey	Asistente de la Coordinación
Valeria Zapesochny	Coordinadora de Prensa y Comunicación MSAL
Dra. Inés Bignone	Vacunación Segura
Cdra. Ma. Laura Hernández	Administración, Finanzas y Logística
Dra. Ma. Cristina D. de Wolff	Vigilancia de Sarampión y Rubéola Capacitación
Dr. Carlos Passeggi	Laboratorio Nacional de Referencia
Dr. Carlos Pastor	
Lic. María Luisa Brero	Contralor de Vacunas CCNB – ANLIS - Malbrán
Sr. Juan Mitschenko	Logística y Distribución
Sr. Juan Manuel Contreras	Logística y Distribución - Cadena de Frío
Srta. Andrea Graziadei	Administración

Dr Carlos Castillo Solórzano

**Asesor Regional Unidad de
Inmunizaciones Wasghinton**

Dra Regina Durón

OPS/OMS

Comité Técnico Nacional

Dr Alejandro Ellis

**Comité Nacional de Infectología
Sociedad Argentina de Pediatría**

Dr Daniel Stecher

Sociedad Argentina de Infectología

Dr. Salvador García Jiménez **OPS/OMS**

Dra. Silvia Betancourt

ANMAT

Dra Carla Vizzotti

Ministerio de Salud de la Nación

Dra Angela Gentile

Dra Mariel Caparelli

Dra Alejandra Gaiano

I. INTRODUCCION

En cumplimiento a la meta de eliminación de la rubéola, el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) y a la **Consolidación de la Eliminación del Sarampión**, Argentina realizará la **Campaña de Seguimiento de Sarampión Rubéola desde el 28 de septiembre al 31 de octubre del 2009 dirigida a la población de 1 a 4 años** con la aplicación de una dosis adicional de vacuna doble viral SR, independientemente de su estado vacunal, y simultáneamente se realizará la **Campaña de Vacunación para poliomielitis, en los niños de 2 meses a 4 años inclusive**

Para alcanzar la meta de consolidación de la eliminación del sarampión, el Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por vacunación recomienda la implementación de campañas de vacunación masivas para niños entre los 1 a 4 años, y reafirma la aplicación de los otros componentes de la estrategia para alcanzar, mantener y monitorear la interrupción de la transmisión endémica del sarampión en la Región

El éxito de la estrategia de eliminación del sarampión, la rubéola, y el SRC, depende del logro de coberturas de vacunación $\geq 95\%$ en todos los grupos de edad y estratos geográficos.

Para que la campaña de seguimiento de vacunación con SR sea efectiva, es necesario alcanzar niveles de inmunidad poblacional cercanos al 100%, y realizar una búsqueda activa de la población de hombres y mujeres de 16 a 39 años con particular énfasis en hombres de 20 a 39 años hasta alcanzar coberturas administrativas de igual o mayor del 95% en todos los municipios del país.

La posibilidad de ocurrencia de un caso de poliomielitis salvaje, en nuestro país, existe mientras haya países en los cuales el poliovirus salvaje continua circulando, lo que requiere **mantener coberturas de vacunación del 95% o mayores**, para garantizar la protección desde la posibilidad de contagio a partir de un caso importado.

En el año 2009, se ha confirmado un caso de **poliomielitis por virus sabin derivado**. Los estudios genómicos, sugieren que el virus lleva 4 años aproximadamente, en circulación en nuestro país, lo que pone en riesgo a la población pediátrica, pues el virus Sabin derivado posee el mismo potencial patogénico que el virus de poliomielitis salvaje, pudiendo enfermar a niños inmunocompetentes.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La vacunación es una intervención de elevado costo/beneficio, que ha demostrado su impacto en la erradicación de la viruela a nivel mundial, la erradicación de la circulación del poliovirus salvaje de la poliomielitis, la eliminación de la circulación autóctona del virus del sarampión en América y en el control del la rubéola, avanzando hacia la interrupción de la circulación endémica del virus en América.

El sarampión es una enfermedad exantemática febril, que puede presentar graves complicaciones, en niños menores de 5 años o desnutridos, causando neumonía, laringotraqueobronquitis, ceguera,

convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomiелitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos, del sistema nerviosa central como panencefalitis esclerosante subaguda (PEES), los cuales no presentan tratamiento curativo.

La tasa de letalidad por sarampión es del 3 al 6%, siendo la más alta entre lactantes de 6 a 11 meses, los cuales, aún no reciben la vacuna antisarampionosa, según el Calendario Nacional de Inmunizaciones

Argentina ofrecerá durante la próxima Campaña de Seguimiento del 2009, una segunda oportunidad para acceder a la vacuna SR con el objetivo de **prevenir la acumulación de susceptibles a través del tiempo**, y ofrecer la vacuna SR a niños que nunca fueron vacunados, "alcanzando a las **poblaciones excluidas**" y a aquellos fueron vacunados pero que no respondieron a la vacuna.

En la última campaña de seguimiento Sarampión Rubéola, del año 2005 se vacunaron 2.320.004 niños, pero no recibieron vacuna antisarampionosa 470.707 y asumiendo un fallo primario de la vacuna del 10% (232.000 susceptibles) y un fallo secundario de 5% (116000 susceptibles), se estimaría un total de **susceptibles en Argentina de 818.707 niños**.

En este contexto la campaña de seguimiento es una acción de de interés nacional en la consecución de un objetivo común, *la salud de la niñez*, y se tomará como eje la participación social en donde las instituciones del sector público, privado, las sociedades científicas y la sociedad civil, que se unirán para el mantenimiento de la erradicación de la poliomiелitis, y la consolidación de la eliminación del Sarampión/ Rubéola (SR).

Es imprescindible, articular estrategias, para asegurar que el 100% de los *niños inmunosuprimidos presenten esquema completo con IPV*, previo al inicio de la Campaña de Vacunación con Sabin, para disminuir el riesgo de la parálisis post-vaccinal, considerando que el virus Sabin circulará intensamente durante la citada Campaña.

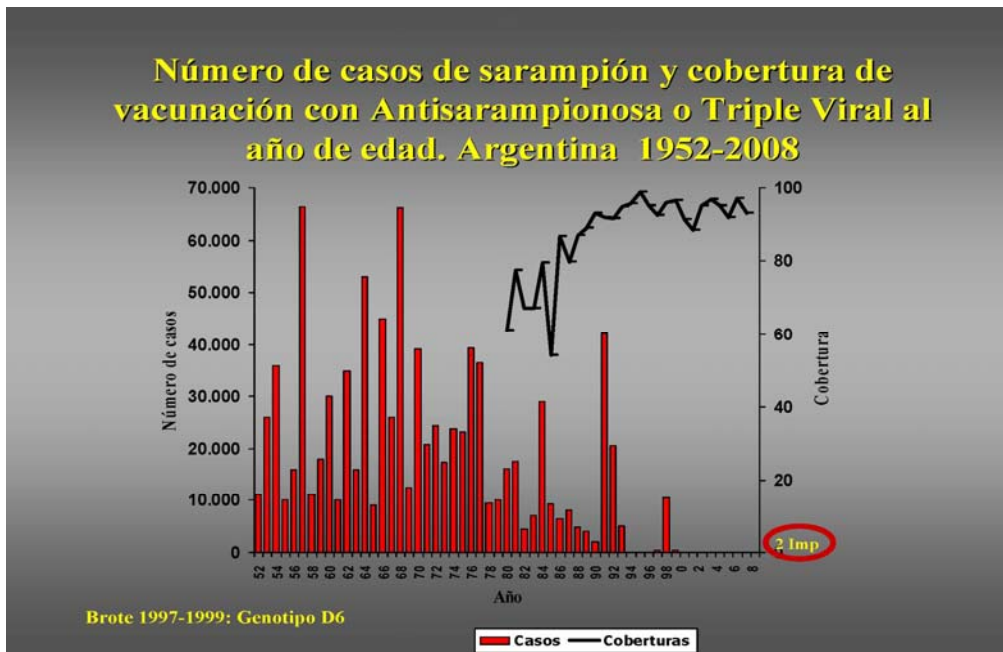
Simultáneamente se realizará una búsqueda activa de mujeres y hombres de 16 a 39 años que durante las campañas masivas realizadas en 2006, 2008 y 2009 no recibieron la vacuna doble viral, para así garantizar la **interrupción endémica del virus de la rubéola en Argentina**.

III. SITUACIÓN DEL SARAMPION, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC) y LA POLIOMIELITIS

Situación Epidemiológica del sarampión

En Argentina, el sarampión ha sido endémico en el periodo 1956-1998, con brotes epidémicos cada cuatro o cinco años, presentándose el último brote en el año **1998 con cerca de 12,000 mil casos**.

En Argentina, no se reportan casos autóctonos de sarampión, desde el año 2000, reportándose **2 casos relacionados a importación**, confirmados, en enero del 2009, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un caso importado en abril de 2009, procedente de Inglaterra con desplazamiento a Rosario y Ciudad de Buenos Aires, sin reportarse casos posteriores en ninguno de los casos.

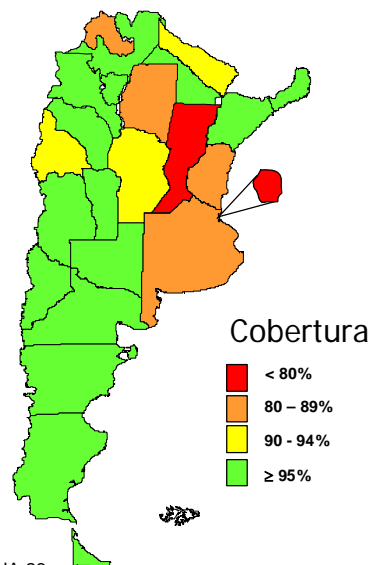


Situación Epidemiológica de la Rubéola

En el año 2007 - 2008 Argentina ha reportado **2218 casos** de rubéola. En el 2008 a partir de la semana No 35 se inicia un brote epidemiológico de rubéola, observándose en diciembre un descenso en el número de casos, lo cual se debería a la Campaña de Vacunación en Varones, pero también al silencio epidemiológico en algunas provincias, el enmascaramiento de los casos de rubéola por el aumento del número de casos de dengue (epidemia) y la concentración de esfuerzos en la vigilancia epidemiológica de la *Influenza A H1N1 swl*.

CUADRO 1 Y MAPA 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE RUBÉOLA 2007-2008 Y COBERTURA DE SR EN POBLACION MASCULINA DE 16 A 39 AÑOS , SEGÚN PROVINCIAS, ARGENTINA, 2008-2009*,

PROVINCIA	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS 2007-2008 HOMBRES	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS 2007-2008 MUJERES	TOTAL DE CASOS
SANTA FE	710	284	994
BUENOS AIRES	343	151	494
CORRIENTES	197	73	270
ENTRE RIOS	163	48	211
CABA	53	27	80
SAN JUAN	32	12	44
CHACO	25	14	39
TUCUMAN	16	9	25
CORDOBA	10	12	22
SANTA CRUZ	15	3	18
MISIONES	13	1	14
SAN LUIS	1	1	2
SALTA		2	2
NAUQUEM		2	2
CHUBUT	1		1
TOTAL	1579	639	2218



FUENTE: DEMSN

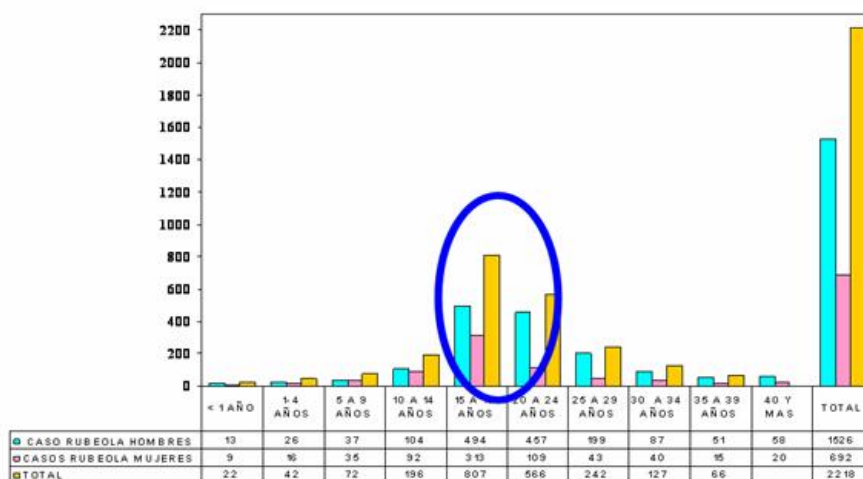
* HASTA SEMANA 23

Durante el brote antedicho, los niños menores de 10 años, representaron un 5% (110 casos), lo que es indicativo de la necesidad de lograr cobertura superior al 95% en el programa regular con la triple viral y en el grupo escolar para lograr la meta de eliminación y en la campaña de seguimiento de Sarampión Rubéola a realizarse en septiembre octubre del 2009.

Se observó que el 31% (626 casos) se presentaron en mujeres de 15 a 39 años, lo que reafirma la necesidad de realizar búsqueda activa de hombres y mujeres adultos, no vacunados entre 16 a 39 años.

Durante el 2009, han sido notificados a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, **siete casos de infección congénita por el virus de la rubéola**, un caso en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un caso en la Provincia de Buenos Aires, y cinco casos en la Provincia de Santa Fe, que se encuentran actualmente en seguimiento.

CASOS DE RUBEOLA SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, POR PROVINCIAS, ARGENTINA, 2007- 2008



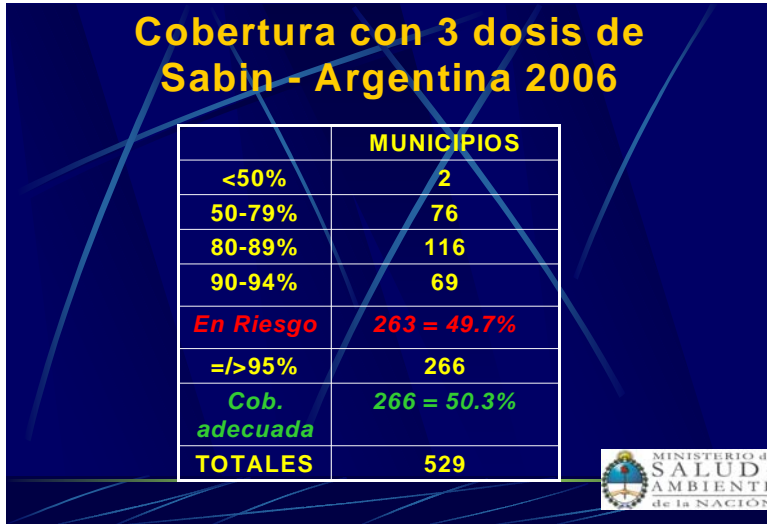
Situación Epidemiológica de la Poliomielitis

La poliomielitis fue erradicada del continente americano en el año 1994, dicha erradicación se basó en la vigilancia epidemiológica de las parálisis agudas flácidas y en las altas coberturas con 3 dosis de Sabin (mayor de 95%). Desde entonces, estos indicadores deben mantenerse en todos los municipios de nuestro país, para evitar la reintroducción del polio virus salvaje y los casos de poliomielitis asociados a virus Sabin derivados.

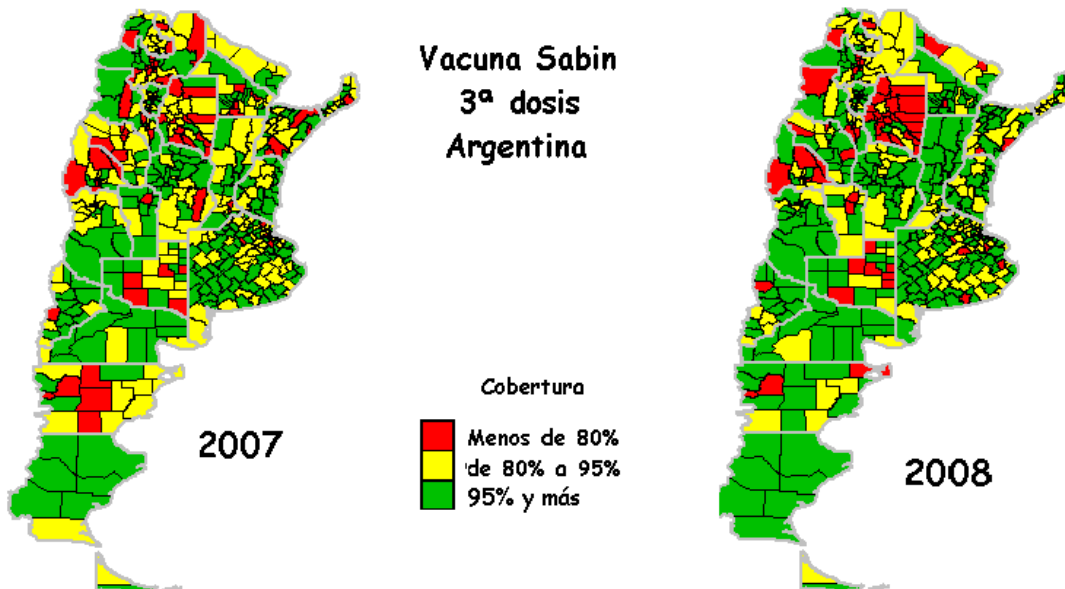
En Argentina, se implementaron operativos masivos de vacunación utilizando vacuna OPV junto con vigilancia epidemiológica reforzada de la poliomielitis desde 1971, consiguiéndose el **control de la misma hacia 1977**. Entre 1977 y 1984 se produjeron algunos brotes aislados de esta enfermedad, en su gran mayoría por poliovirus tipo 1, y **no se registró ningún caso de poliomielitis por poliovirus salvaje desde 1984**.

Sin embargo, los datos de cobertura de vacunación que se están informando desde el año 2004 con tres dosis de Sabin de Argentina muestran datos alarmantes.

Cobertura con 3 dosis de Sabin. Argentina 2005



Mapa de coberturas por departamento correspondiente a los años 2007 y 2008.



Considerando la disminución de la tasa de notificación y las zonas de bajas coberturas con tres dosis de vacuna Sabin, existiría riesgo para la

reintroducción del poliovirus salvaje o la aparición de brotes por virus Sabin derivados.

En el año 2009, se ha confirmado un caso de poliomielitis por virus sabin derivado. Los estudios genómicos, sugieren que el virus llevaría aproximadamente 4 años, en circulación en nuestro país, lo que pone en riesgo a la población pediátrica, pues el virus Sabin derivado posee el mismo potencial patogénico que el virus de poliomielitis salvaje, pudiendo enfermar a niños inmunocompetentes.

Los virus Sabin derivados, provienen de la vacuna Sabin los que por sucesivos pasajes por intestinos de niños susceptibles se diferencian del virus vacunal recuperando la neurovirulencia y la capacidad de diseminación en poblaciones susceptibles (no vacunadas o mal vacunadas) pudiendo producir brotes. Esto sucedió entre 2000-2001 en la Isla La Española por un VDPV1 (Virus Sabin Derivado 1). En nuestro país hasta el momento se detectaron dos VDPV1, el último, en el mes de mayo del corriente en otro niño inmunosuprimido de la Pcia de San Luis. El virus detectado en este último caso tiene una diferencia con la cepa de Sabin 1 vacunal de 3,8 % lo que indicaría que el mismo pudo haber estado circulando en la población a lo largo de casi 4 años.

La única manera de evitar que estos virus se diseminen en la población produciendo brotes es mantener altas las coberturas vacunales para poliomielitis. Desde el año 2005 hay en nuestro país un 48 % de municipios en riesgo de brotes de poliomielitis, por presentar bajas coberturas vacunales, ya sea por reintroducción de un virus salvaje de las zonas endémicas o por la aparición de un VDPV.

3.1. Propósito:

-Consolidar la eliminación de sarampión e interrumpir la transmisión endémica de la rubéola y el SRC en Argentina

-Consolidar la Eliminación de la Poliomielitis en Argentina y evitar la diseminación de virus Sabin derivado

3.2.a Objetivos primarios:

-Lograr 95% de cobertura de vacunación homogénea a nivel nacional con una **dosis adicional de vacuna Sabin** en los niños y niñas de 2 meses a 4 años, 11 meses con 29 días de edad.

-Lograr coberturas de 95% o más con una **dosis de la vacuna Sarampión / Rubéola (SR)** a la población de uno a cuatro años independiente de su estado vacunal, para reducir el acúmulo de población susceptible de enfermar y/o morir por sarampión.

3.2.b: Objetivos Secundarios:

-Lograr coberturas del 95% o más en **varones y mujeres de 16 a 39 años** con Vacuna Doble Viral(SR), **que no fueron vacunados** en el

periodo 2006 - 2009, para interrumpir la transmisión endémica de la rubéola, en los municipios que no alcanzaron la meta.

-Completar esquema de vacunación con IPV en el 100% de los pacientes **inmunosuprimidos menores de 7 años**, previo al inicio de la Campaña de Vacunación para poliomielitis, con el objetivo de completar la dosis del ingreso escolar para poliomielitis en niños inmunosuprimidos.

-Mejorar coberturas para todos los inmunógenos del Programa Nacional de Inmunizaciones, con énfasis en las **poblaciones vulnerables**.

IV. a. Población objetivo para SR

-Niños y Niñas de 13 meses a 4 años, 11 meses y 29 días independientemente del estado de vacunación.

-Mujeres y hombres de 16 a 39 años no vacunados con doble viral (SR) en el periodo 2006-2009.

Recuerde:

Al aplicar 2 vacunas a virus vivos atenuados en forma parenteral (Vacuna para varicela, doble o triple viral, vacuna para la Fiebre amarilla), se pueden aplicar simultáneamente o debe esperarse 4 semanas como intervalo entre las mismas.

IV. b. Población Objetivo para Sabin

-Niños y Niñas inmunocompetentes, no hospitalizados, de 2 meses a 4 años, 11 meses y 29 días, no convivientes con inmunosuprimidos, independientemente de su estado vacunal.

IV. c. Población Objetivo para IPV.

-Niños y Niñas de 2 meses a 6 años, 11 meses y 29 días, con esquemas incompletos de vacunación para Poliomielitis con:

- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas
- Inmunosupresión por drogas
- Trasplantados de Organos Sólidos o de Médula Osea.
- Enfermedad Oncológica
- Convivientes de pacientes con enfermedad inmunosupresora.
- Expuestos perinatales al HIV

IV. d Recomendaciones del uso de Sabin, Salk y SR en huéspedes especiales

Inmunodeficiencias primarias

En las inmunodeficiencias relacionadas a linfocitos T o combinadas severas están contraindicadas todas las vacunas a bacterias o virus vivos; en las deficiencias de linfocitos B **no esta contraindicado** el uso de vacunas

contra varicela, sarampión, rubéola o paperas aunque la respuesta a las mismas puede ser mucho más pobre. **Sí se contraindica la Sabin dado que se ha visto enfermedad paralítica en personas con déficit de linfocitos B e inmunodeficiencia combinada severa.**

La protección óptima incluye la adecuada inmunización de los contactos familiares reemplazando la vacuna Sabin por vacuna Salk. Los pacientes con déficit de Ig A o de subclases de Ig G pueden recibir todas las vacunas a virus vivo , excepto Sabin.

Pacientes Hemato – Oncológicos

Recomendaciones para inmunizar a los pacientes con cáncer

VACUNA	INDICACIÓN	COMENTARIO
Sarampión-rubéola-paperas	No	Puede administrarse luego de 3 meses de finalizada la quimioterapia
Salk	Si	Es la única vacuna antipoliomielítica que pueden recibir estos pacientes

Sarampión: ante un contacto con sarampión, deben recibir gamaglobulina estándar a 0.5 ml/kg (dosis máxima 15 ml) independientemente del número de dosis previas de vacuna antisarampionosa.

Los convivientes de estos pacientes deben estar correctamente vacunados

Deben recibir todas las vacunas del calendario nacional de acuerdo a su edad con excepción de la OPV. Sólo pueden recibir vacuna IPV.

Pacientes con trasplante de médula ósea.

La pérdida de anticuerpos protectores en este grupo de pacientes se incrementa luego del trasplante entre 1 a 4 años. Es muy importante reiniciar su esquema de vacunas.

SRP o SR: luego de los 24 meses de realizado el trasplante, si las condiciones clínicas lo permiten y sin enfermedad de injerto contra huésped.

Vacunas	Postrasplante
Sarampión, rubéola, paperas o SR	A partir de los 24 meses si las condiciones clínicas lo permiten

Pacientes con trasplante de órgano sólido.

Todos los pacientes en la etapa de **Pretrasplante** deben tener su esquema de vacunación al día. Esto permitirá una adecuada protección, especialmente en los primeros 6 meses del trasplante. Dentro del esquema habitual se encuentran:

- **Antipoliomielítica: a los 2 – 4 – 6 – 18 meses y 6 años.**
- **Triple viral (sarampión, rubéola, paperas): a los 12 meses y 6 años.**

Tener en cuenta que aquellos pacientes que se trasplantarán en forma cercana (en menos de 4 semanas) **no deben recibir vacuna OPV, sarampión, rubéola o paperas** por el riesgo que en su estado de inmunodepresión desarrolle una enfermedad relacionada al virus vaccinal.

Postrasplante:

Están **contraindicadas todas las vacunas a gérmenes vivos**. Cuando se requiera la aplicación de alguna de ellas será preferible realizarla luego de **12 meses** de realizado el trasplante. Hay que tener en cuenta que a mayor inmunosupresión menor respuesta inmunogénica.

Situaciones de riesgo:

Sarampión: ante un contacto con sarampión el niño transplantado deberá recibir dentro de las 72 hs. del mismo gamaglobulina estándar a 0.5 ml/kg IM.

Convivientes de niños trasplantados.

Deberán estar adecuadamente vacunados contra: sarampión, varicela, influenza, rubéola, parotiditis, **poliomielitis**. **Ninguna persona en contacto estrecho con pacientes inmunosuprimidos debe recibir vacuna OPV, en este caso se indicara vacuna IPV.**

Pacientes VIH

Los pacientes infectados por el VIH tienen respuestas inmunogénicas dispares y estas están relacionadas al grado de progresión de la enfermedad, y su correspondiente compromiso inmunológico. Es **conveniente vacunar a estos niños en etapas tempranas de la enfermedad.**

Esquema recomendado

Sabin	Contraindicada
SRP o SR	<u>Con CD4 mayor a 15%</u>

La vacuna triple viral y otras vacunas que contienen el componente antisarampionoso están contraindicadas en los pacientes HIV con inmunosupresión severa (ver tabla), se deben vacunar los pacientes HIV con CD4 mayor a 15%.

Recuento de linfocitos T CD4+ según edad y porcentaje del total de linfocitos como criterio de inmunosupresión severa en pacientes HIV infectados

Criterio	Edad <12 meses	Edad 1-5 años	Edad 6-12 años	Edad ≥13 años
Total de linfocitos T CD4+	<750/μl	<500/μl	<200/μl	<200/μl
ó	ó	ó	ó	ó
% de linfocitos T CD4	<15%	<15%	<15%	<14%

Queda contraindicada la vacuna Sabin, utilizar en ese caso vacuna Salk.

Pacientes que reciben corticoides

Las personas que reciben tratamiento corticoideo prolongado a altas dosis ($\geq 2\text{mg/kg/día}$ o $\geq 20\text{ mg/día}$ de prednisona o sus equivalentes durante ≥ 14 días) **no deben recibir vacunas a microorganismos vivos atenuados por lo menos hasta 1 mes de suspendido el tratamiento.**

El resto de la corticoideoterapia **no** es una contraindicación para recibir vacunas a microorganismos vivos atenuados

Pacientes con enfermedades crónicas: displasia broncopulmonar, cardiopatías, nefropatías, desnutrición severa, prematurez, diabéticos, enfermedad celíaca, ambulatorios: Pueden recibir SABIN

Esquemas de vacunación recomendados a los contactos directos de pacientes inmunosuprimidos

Sabin	Contraindicada
Salk	Recomendada
SR	Recomendada

EN PACIENTES HOSPITALIZADOS NO USAR SABIN, SI COMPLETAR ESQUEMA CON SALK DE POSEER ESQUEMA INCOMPLETO SI LA EXPECTATIVA DE INTERNACION ES MAYOR A 21 DÍAS, Y AL ALTA APLICAR SABIN.

Recuerde: No hay intervalo mínimo para la aplicación de Sabin e IPV, pues la IPV es una vacuna inactivada.

V. Meta:

Superar el 95% de cobertura con dosis adicional de vacuna antipoliomielitis oral y doble viral en el 100% de provincias, municipios y departamentos de Argentina.

VI. Ambito: Nacional

VII. POBLACIÓN OBJETO Y DEFINICIÓN DE ACCIONES

Población	Acciones
Niños y niñas de 2 meses a 4 años, 11 meses y 29 días de edad.	Aplicar una dosis adicional de vacuna Sabin, independientemente de su estado vacunal (interrogar previamente, sobre inmunosupresión en el niño o en convivientes) <i>Deben respetarse el intervalo mínimo de 4 semanas entre 2 dosis de Sabin</i>
Niños y Niñas de 1 a 4 años, 11 meses y 29 días de edad	Aplicar una dosis de la vacuna SR, independiente de su estado vacunal a excepción de: Aquellos niños y niñas que recibieron una dosis de SRP y que al momento de la campaña no han transcurrido cuatro semanas de la dosis anterior. Población que aun no recibió dosis de esquema de SRP: Aplicar dosis de SRP
En los municipios con menos de 95% de cobertura con SR para adultos Varones y mujeres entre 16 y 39 años que no hayan recibido DV en campañas anteriores.	Aplicar una dosis de la vacuna DV.

7.1. POBLACIÓN META

La población meta de la Campaña antipoliomielitis, de seguimiento de sarampión y la búsqueda activa de hombres y mujeres no vacunados en periodo 2006- 2009, se programará por provincias y al interior de las mismas por regiones de salud, departamentos, partidos o municipios, de acuerdo a la estimación de población según grupos objetos.

Monitoreo, supervisión y evaluación, como el mecanismo de control de la gestión de todo el proceso de planificación y ejecución de las Campañas para cumplimiento de las metas establecidas.

IX. ACTIVIDADES SEGÚN COMPONENTES

Conducción y Coordinación

A nivel nacional el Ministerio de Salud Nación, interactuará con otros Ministerios, instituciones, Organizaciones no Gubernamental, Gremios, asociaciones y Sociedades Científicas

El *Ministro de Salud* a nivel de las provincias será el responsable de la conducción de ambas campañas , para lo cual deberá asignar responsabilidades a nivel de direcciones de epidemiología y de inmunizaciones de manera que se garantice la incorporación del personal de salud, comunitario, municipal y local, en la búsqueda de la población pendiente hasta alcanzar la meta propuesta según objetivos.

Realizar coordinación intersectorial, socializando los objetivos de la campaña con el gobierno provincial, municipal y local, así como las diferentes instituciones y organizaciones de la provincia, regiones, departamentos, municipios y unidades de salud para que en forma coordinada contribuyan con recursos necesarios con énfasis en regiones, departamentos y municipios de riesgo.

Planificación y micro planeación

Cada provincia , regiones, departamentos municipios , partidos y centros de salud debe elaborar plan de acción que incluya la **planificación por componente, organización, ejecución y evaluación** de la campaña de seguimiento y de poliomielitis, según objetivos propuestos , el cual debe consolidar las acciones por Municipios y deberá ser presentado y revisado al 1º de septiembre del 2009 considerando:

-Análisis de población de 1-4 años para doble viral, análisis de población de 2 meses a 4 años para Sabin, estimación de coberturas para IPV en inmunosuprimidos menores de 7 años y población pendiente de hombres de 16 a 39 años para dupla viral.

-Identificación de susceptibles según municipios y localidades de riesgo por coberturas inferiores al 95% para Sabin a la 3º dosis y SRP al año de vida durante el primer semestre 2009

-Programación de inmunobiológico Sabin, SR, jeringas para SR por municipio.

-Estratificación de las ciudades de mayor concentración poblacional, por barrios y colonias, para realizar la vacunación en el menor tiempo posible a través de brigadas de vacunación masiva y activa utilizando croquis, realizando las acciones de vacunación hasta lograr coberturas no inferiores al 95% para población menor de 5 años para Sabin, de 1 a 4 años con SR y de 16 a 39 años en hombres,

-Definición de tácticas locales de vacunación que permitan el acceso de la población menor de 5 años a los servicios de vacunación: Puestos móviles, puestos fijos, líderes comunitarios, considerando como prioridad las sedes

de centros de salud y hospitales y localidades de gran concentración poblacional, determinando rutas críticas según tipo de táctica, **rendimiento del recurso vacunador por localidad y necesidades de transporte.**

-Programación, calendarización y distribución de inmunobiológicos, y otros insumos, requeridos para la ejecución de la campaña de seguimiento, de acuerdo a los niveles de la red de servicios de salud.

-Calendarización del proceso de supervisión provincial departamental y municipal.

-Definición del presupuesto general, detallando por rubro de gasto (gastos de viaje, según tipo y número de recursos, número de localidades y número de días) por fuente de financiamiento nacional y externa gestionada.

Consideración de información y elementos necesarios para la micro planeación

Capacitación.

Asistir a la capacitación del nivel central y **capacitar a todo el personal involucrado en tareas de la campaña**

Organizar equipos facilitadores departamentales y municipales para capacitar a los equipos locales vacunadores en los lineamientos de la campaña de seguimiento.

Movilización y comunicación social.

Conformación de **comité multidisciplinario** institucional e interinstitucional a nivel nacional, departamental y municipal para la promoción y movilización social.

Formulación e implementación de la estrategia de movilización, **participación social y comunicación social**, determinando las acciones a realizar en el área de información, educación y comunicación, previo y durante la campaña, involucrando todos los sectores a nivel nacional, provincial, Departamental, Municipal.

Facilitar **participación de entidades del sector salud** presentes en el área de influencia.

Promover la participación de **organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la programación y ejecución de actividades.**

Incentivar la participación activa de la comunidad para lograr la meta propuesta, a través de convocatoria de líderes locales y barriales, iglesias, clubes, etc.

Reunión con **medios de comunicación masiva** a nivel nación, provincia, departamentos y municipios, para presentar objetivos de la campaña, para obtención de apoyo en la difusión de mensajes, reportajes, foros, etc.

Diseño, validación, **impresión y distribución de material audiovisual** para promoción de la campaña a nivel nación (afiches, banner, hojas volantes de promoción de la campaña, spot de televisión, folletos informativos para medios de comunicación, personal de salud, actores sociales y población objeto) fortaleciendo la gestión provincial, municipal y local en la producción de material.

Elaboración y difusión de información elaborada por el nivel central e información provincial, regional, departamental y municipal de **información**

sobre la campaña, y avances de la misma, para población en general, población objeto, medios de comunicación, etc.

Realización de **conferencia de prensa de Lanzamiento a Nivel Nacional** a nivel nacional y provincial previo y al final de la campaña.

Organización de los actos de inauguración de la campaña, a nivel nación, provincial, Regiones, Departamentos y municipios.

Gestión de espacios gratuitos en medios de comunicación de radio y TV para la participación de autoridades de salud y actores sociales en la divulgación de la campaña, a través de foros, noticieros, programas de salud, y otros.

Sistematización y documentación de las acciones de movilización, participación y comunicación social desarrolladas durante la jornada.

Definir formas para monitorear e informar el avance en la meta de la población vacunada diaria y semanalmente.

Sistema de información

Socialización de lineamientos de registro de la información: Establecer un sistema de recolección de datos parciales y finales durante la campaña en los diferentes niveles:

- Nivel Local, Municipal, Regiones, departamentos y provincias
- Registrar la dosis aplicada en el carnet, y en la planilla.
- Revisar el registro de dosis aplicadas al fin del día con el supervisor.
- Participar en la validación, *consolidación*, envío y análisis de la información para los cortes de cobertura de vacunación establecida.
- Realizar monitoreos de la campaña en sus diferentes componentes.
- Producir informes de su departamento para tomar decisiones oportunas.
- Divulgar los resultados finales entre los participantes en la campaña: instituciones, profesionales, técnicos y comunidad.
- Realizar el proceso de microprogramación en conjunto con sus niveles locales

Vigilancia Epidemiológica:

Monitoreo de eventos adversos graves secundarios a la aplicación de vacunas y documentándolos e investigándolos de acuerdo a normas.

Realización de búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión, y rubéola a nivel local (personal vacunador) conjuntamente con las actividades de Vacunación casa a casa.

Vacunación Segura.

Programación, distribución y utilización de cajas de eliminación de jeringas de acuerdo a población a vacunar en brigadas, en puestos fijos y puestos móviles, etc., para eliminar de manera segura jeringas con agujas y frascos utilizadas en la vacunación.

Monitoreo, supervisión y evaluación.

Monitoreo

Monitoreo diario con los equipos supervisores del nivel provincial regional, departamental y municipal para revisar los avances de la campaña y proponer alternativas de intervención para corregir **debilidades identificadas, elaborando informes y divulgarlos en todos los niveles.**

Estimar la cobertura de vacunación con SR en los niños de 13 meses a 4 años y de Sabin en niños de 2 meses a 4 años.

Identificar áreas críticas en el avance de las coberturas de vacunación

Focalizar la supervisión y monitoreo en terreno (rápido y sistemático)

Identificar personas "no vacunadas" y sus razones para no vacunarse

Tomar decisiones y realizar intervenciones en base a la información para lograr la meta.

UTILIZAR GRAFICO DE AVANCE DE METAS

Supervisión

Organización de **equipos de supervisión** a nivel nación, provincia, departamentos, municipios, para revisión y capacitación en manejo de guía de supervisión de la campaña, para su aplicación en los diversos niveles de la red de servicios desde la etapa de programación hasta la evaluación.

Ejecución de la calendarización 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.

Considerar los elementos claves de la supervisión Organización y programación, capacitación del personal, disponibilidad y conservación de la vacuna, recursos humanos, físicos y presupuestarios, Sistema de información, comunicación, abogacía y participación social, técnica de aplicación de la vacuna, registro de dosis aplicadas, Descarte de vacuna y otros materiales, avance hacia el cumplimiento de meta de 100% de cobertura, desarrollo de los Monitoreos Rápidos de Cobertura y Evaluación final de las actividades.

Evaluación

Para evaluar los resultados de la campaña, cada provincia, región sanitaria Departamento de Salud, municipio deberá utilizar los indicadores propuestos por inmunizaciones los cuales deberá incorporar al informe provincial.

Indicador	Construcción del indicador
Coberturas con dosis de vacuna Sabin	Número de niños de 2 meses a 4 años vacunados con dosis adicional de <u>vacuna Sabin</u> , incluyendo dosis de <u>esquema X 100</u> Total de población meta de 2 meses a 4 años
Cobertura con dosis de vacuna SR	Número de niños de 1 - 4 años vacunados con dosis de vacuna de <u>SR X 100</u> Total de población meta de 1-4 años

Porcentaje de hombres de 16-39 años con dosis de SR	$\frac{\text{Número de Hombres de 16-39 años encontrados sin dosis de SR}}{\text{Total de población Pendiente meta de 16- 39 años programada}} \times 100$
Porcentaje de monitoreos rápidos de cobertura (MRC) que muestra que la cobertura de vacunación con SR es inferior al 95%	$\frac{\text{Número de MRC realizados en localidades con coberturas} < \underline{95\%} \text{ durante la campaña para SR}}{\text{Total MRC realizadas durante la campaña por provincia, departamento y municipio}} \times 100$

Preparación de **informe escrito** de los logros de la campaña, a nivel local municipal, Región Departamental, provincia y Nacional y divulgación a todos los actores sociales, Organismos de Cooperación Internacional, ONG's/ OPD's, empresa privada, medios de comunicación y ministerios que apoyaran la campaña.

Preparación y realización de evaluación provincial, regional, departamental de la campaña.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	AGOSTO-SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Estimar poblaciones cautivas y no cautivas	+			
Instituciones que aporten recursos humanos	+			
Estimar necesidades de equipos de vacunadores, insumos, transporte, cadena de frío en poblaciones cautivas	+			
Estimar necesidades de equipos de vacunadores, insumos, transporte, cadena de frío en poblaciones no cautivas	+			
Mapas y croquis para vacunación casa por casa	+			
Cálculo de vacunas, jeringas, planillas, carnets	+			
Plan de suministro de insumos	+			
Manejo de desechos	+	+		
Difusión local	+	+	+	+
Programar puestos de vacunación	+			
Definir responsabilidades, plan de supervisión	+			
Supervisión de los micro planes en el terreno		+	+	+
Organizar nodos y responsables de carga de datos	+			
Talleres de capacitación a nivel jurisdiccional	+			
Talleres de capacitación a nivel local	+			
Supervisión de las capacitaciones	+	+		

XII. Anexos

ANEXO I. CALCULO DE POBLACION SUSCEPTIBLE

Población objetivo para SR Niños y Niñas de 13 meses a 4 años 11 meses y 29 días independientemente del estado de vacunación.

Población Objetivo para Sabin: Niños y niñas de 2 meses a 4 años, 11 meses y 29 días, independientemente de su estado de inmunización, tomando 4 semanas de intervalo mínimo entre ambas dosis de sabin.

Meta: Superar el 95% de cobertura con doble viral y Sabin en todos los municipios de Argentina.

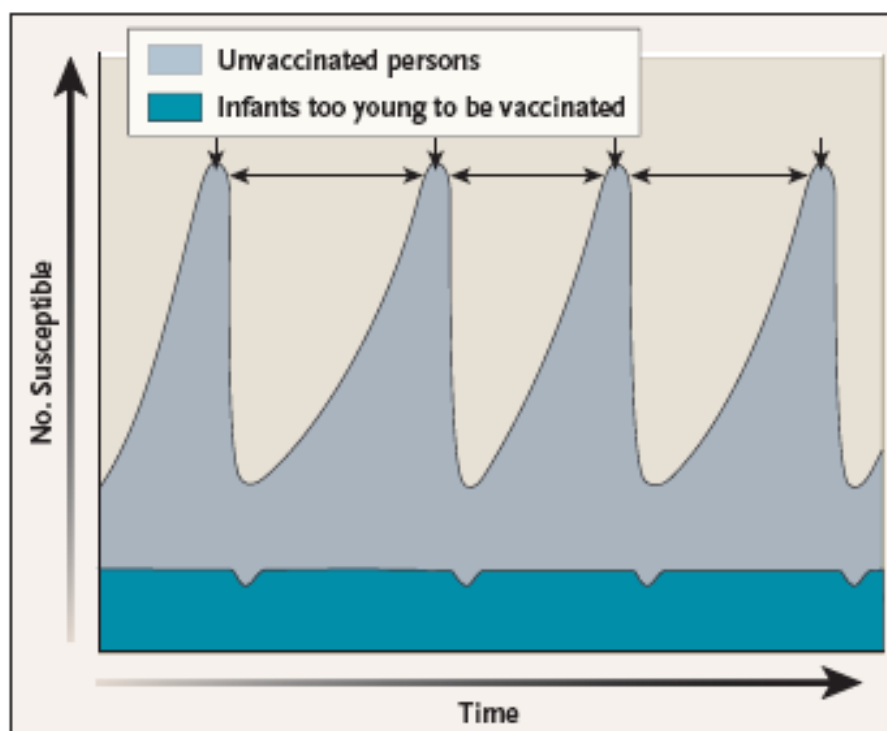
Ámbito: Nacional

ACCIONES SEGÚN PROPORCION DE NIÑOS SUSCEPTIBLES

% de la población	Acciones	Comentarios	Excepciones/Otra
10% - 14%	Mantenimiento del Prog. Reg.	Verificar niveles	Si hay casos
15% - 19%	Mantenimiento del Prog. Reg.	<u>Campaña de seguimiento cada 4 años</u>	Si hay casos: Campaña de Barrido en la área
20%+	Mantenimiento del Prog. Reg.	Campaña de Barrido	Si no hay casos: Búsqueda activa

ARGENTINA TIENE 700.000 NACIDOS VIVOS AL AÑO. SI ASUMIMOS UNA COBERTURA DE ANTISARAMPIONOSA DE UN 90% Y UNA EFECTIVIDAD DE LA VACUNA DE UN 90% $0,9*0,9*700.000=567000$ INMUNES= 133.000 SUSCEPTIBLES AL SARAMPION POR AÑO!!!

ACUMULO TEMPORAL DE SUSCEPTIBLES AL SARAMPION



Anexo II, Información y elementos necesarios para la micro planeación.

Determinar las **características, cantidad** de población y **tácticas** efectivas para vacunarla, estimar las **necesidades** de *todos* los recursos requeridos por provincia, departamento/municipio y localidad

- Estimación de poblaciones y metas a vacunar
- Recursos físicos: lugares y horarios en donde vacunar (Hospitales, salitas, escuelas), vehículos para traslados
- Recursos humanos: número de personas (vacunadores, registradores, supervisores), horarios habituales y horas extras, voluntarios
- Requerimientos de insumos: vacunas, jeringas, algodón, termos, cajas de bioseguridad, carnés, registros y papelería, entre otros
- Cadena de frío: traslado, espacio frío para almacenamiento, cuotas y mecanismos de distribución para garantizar conservación de la vacuna
- Necesidades de materiales y otros recursos logísticos para una efectiva comunicación social
- Mecanismos para garantizar el suministro oportuno, mantenimiento apropiado y desecho de biológicos e insumos
- Flujo y responsables de captura, procesamiento y análisis de datos de metas de coberturas de vacunación

- Presupuesto necesario para cumplir con el plan de actividades y asegurar los recursos y logística que movilice los equipos de vacunación y supervisión
- Cronograma de las actividades de capacitación, supervisión, comunicación y movilización social, vacunación según modalidad (cautiva y altas concentraciones, casa por casa), incluyendo la etapa de monitoreos rápidos de coberturas
- Datos de población del establecimiento, localidad, departamento y provincia de niños y niñas de 13 meses a 4 años y hombres de 16 a 39 años pendientes
- Listas y poblaciones centros educativos: jardines maternos y de infantes, centros educativos y de trabajo que concentran hombres
- Listas de instituciones de recreación que agrupan gran proporción de niños pre-escolares.
- Sitios de alta concentración para ubicar los puestos de vacunación: paradas de ómnibus, subterráneo, centros comerciales, eventos masivos, otros par ubicar población masculina de 16 a 39 años