



VACUNACIÓN UNIVERSAL Y
SEMANAS NACIONALES DE SALUD

LINEAMIENTOS GENERALES 2008

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I. OBJETIVO

II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

III. LÍNEAS DE ACCIÓN

IV. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

ACTIVIDADES PERMANENTES DE VACUNACIÓN 2008

SEMANAS NACIONALES DE SALUD 2008

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTOS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA RUBÉOLA, SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA Y SARAMPIÓN EN MÉXICO

V. CONTROL Y SEGUIMIENTO

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El Programa de Vacunación Universal creado en 1991, tomó y reorganizó las mejores experiencias de la vacunación en México, estableciendo el desarrollo de sus actividades en dos grandes estrategias: Vacunación Permanente y Acciones Intensivas.

La Vacunación Permanente se ha ofrecido sistemáticamente en las unidades de salud que cuentan con servicios de inmunizaciones y en el área de influencia de las mismas, mediante las visitas domiciliarias del personal médico, de enfermería y vacunadores. Este servicio se ha otorgado durante todos los días laborables del año, dependiendo de la disponibilidad de los biológicos y del personal de campo. Su principal objetivo es ofertar permanentemente las vacunas que necesita el menor de cinco años para completar su esquema básico, como son en la actualidad: BCG, Antihepatitis B, Pentavalente (DPaT+VIP+Hib) y Triple Viral (SRP), así como aquellos inmunógenos que se aplican en forma complementaria en diferentes grupos etáreos, tales como las vacunas antiinfluenza, antineumocóccicas heptavalente y de 23 serotipos, antirrotavirus, DPT, SR, antihepatitis B y toxoides tetánico y diftérico, algunas de las cuales se circunscriben a determinada época del año o a grupos poblacionales seleccionados epidemiológicamente.

Las Acciones Intensivas de vacunación se implantaron con el propósito fundamental de elevar las coberturas de vacunación en un periodo muy corto. Su desarrollo se programó antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que las vacunas previenen o cuando las condiciones epidemiológicas así lo exigieran, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad inmunoprevenible (bloqueos vacunales).

Las acciones intensivas de mayor trascendencia fueron evolucionando de acuerdo con la necesidad operativa, primero se denominaron Días Nacionales de Vacunación, después Semanas Nacionales de Vacunación y actualmente Semanas Nacionales de Salud.

Las Semanas Nacionales de Salud se han caracterizado por ser el primer evento de salud pública en otorgar a la niñez mexicana acciones integradas de atención primaria, cuyo eje central son las acciones de vacunación.

En México, cada año se realizan tres Semanas Nacionales de Salud. Las dos primeras se llevan a cabo en febrero y mayo respectivamente, tienen como actividad central la aplicación de vacuna Sabin a todos los menores de cinco años con el propósito de mantener la erradicación del poliovirus silvestre del territorio nacional. En el mes de octubre se efectúa la tercera, en ésta se aplica la vacuna Triple Viral a los niños de nuevo ingreso a la instrucción primaria,

así como a los niños de 6 y 7 años de edad no inscritos en el Sistema Educativo Nacional, que no han recibido la segunda dosis de este biológico; además se aplica un refuerzo con toxoide tetánico diftérico a alumnos de sexto grado de primaria.

En las tres Semanas Nacionales de Salud, como reforzamiento a las actividades permanentes, se aplican todas las vacunas para iniciar o completar esquemas vacunales en los menores de cinco años de edad, mujeres en edad fértil y grupos poblacionales específicos. También se promueven otras acciones de salud como distribución de sobres con sales hidratantes (Vida Suero Oral) y se proporciona información a los responsables de los niños menores de cinco años para el uso adecuado del Vida Suero Oral en el tratamiento de los cuadros diarreicos.

En las dos últimas Semanas Nacionales de Salud de cada año, se llevan a cabo dos intervenciones en áreas de riesgo para enfermedad diarreica, la primera es de tipo nutricional en niños de 6 meses a 4 años de edad, a quienes se les aplica una megadosis de vitamina "A" para contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, particularmente la causada por diarreas e infecciones respiratorias; y, la segunda, en niños y adolescentes (de 2 a 14 años de edad) se administra Albendazol para reducir la tasa de infestación por parásitos intestinales y disminuir el impacto negativo de las parasitosis en el crecimiento y desarrollo infantil, así como en el rendimiento escolar.

A partir del año 2004, el Consejo Nacional de Vacunación estableció la suplementación con ácido fólico a mujeres en edad fértil como una política para el fortalecimiento de su estado nutricional, a fin de prevenir los defectos congénitos del tubo neural y abatir su alta prevalencia en el país. Aunque esta actividad se promueve en Semanas Nacionales de Salud, es una acción de carácter permanente que se desarrolla en las unidades de salud por las áreas de salud reproductiva.

Las Semanas Nacionales de Salud se han constituido como una de las estrategias importantes que han fortalecido de manera muy significativa la coordinación y los vínculos de trabajo entre todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Con las Semanas Nacionales de Salud también se ha logrado una extensa y sostenida participación de las instituciones, organizaciones sociales y de la población en su conjunto a través del trabajo voluntario.

Se ha avanzado en la coordinación de acciones intensivas simultáneas con los países de la frontera sur de México y con los Estados Unidos de América, con el propósito de mejorar la vigilancia y control de los padecimientos inmunoprevenibles y evitar su importación a través de las fronteras.

Las líneas generales de acción que deberán desarrollarse en el país durante el año 2008, tanto en materia de inmunizaciones como de actividades adicionales a la vacunación que se desarrollan simultáneamente durante las Semanas Nacionales de Salud, se señalan en este documento, que constituye una guía para los Programas de Atención a la Salud de la Infancia (incluyendo Arranque Parejo en la Vida), de la Adolescencia y del Adulto.

Con la ejecución coordinada y organizada de las diferentes acciones, se coadyuvará a la reducción del rezago en salud que afecta principalmente a los grupos poblacionales más pobres del país, el cual representa uno de los desafíos más importantes para la salud pública.

En el capítulo uno, de estos lineamientos denominado **Objetivos** se establece en forma general la finalidad del presente documento.

En el capítulo dos, **Situación Epidemiológica**, se presenta a partir de 1990, la tendencia que han mostrado las diferentes enfermedades evitables mediante la vacunación y la respuesta social obtenida ante las acciones emprendidas.

En el capítulo tres, **Líneas de Acción**, se señalan las herramientas de apoyo para cumplir con las metas del programa.

En el siguiente apartado; **Líneas estratégicas**, se establecen las acciones a implementar tanto para las actividades permanentes de vacunación como en Semanas Nacionales de Salud.

Así mismo, en el último capítulo se señalan los subsistemas de **Control y Seguimiento**.

Finalmente, en el anexo N° 1 se presentan los cuadros a utilizar sectorialmente para captar y presentar la información correspondiente a las Semanas Nacionales de Salud, en estrecha correlación con el subsistema informático SENAS, en el anexo N° 2 los correspondientes a la vacunación antiinfluenza, en el anexo N° 3 a la vacunación antineumocócica heptavalente y en el anexo N° 4 a la vacunación antirrotavirus.

I. OBJETIVOS

GENERAL

Unificar los criterios de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud para la planeación, ejecución y control del componente de Vacunación Universal y de las acciones integradas de salud en las Semanas Nacionales de Salud 2008.

ESPECÍFICOS

Uniformar la metodología para delimitar los universos a vacunar por cada institución.

Definir las modalidades a seguir para el desarrollo de las actividades permanentes de vacunación.

Delimitar las actividades complementarias a desarrollar durante las Semanas Nacionales de Salud 2008.

Adecuar los Sistemas de Información para que respondan a los nuevos alcances de la Vacunación Universal: Sistemas Institucionales de Información; PROVAC, incluyendo su plataforma; SENAS (Semanas Nacionales de Salud), y los subsistemas de información para el reporte de la vacunación antiinfluenza, antineumocócica heptavalente y antirrotavirus.

II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1. Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

1.1 Poliomielitis

El último caso de poliomielitis en el país se registró en Tomatlán, Jalisco, en octubre de 1990.

La cobertura de vacunación con esquema completo de vacuna oral polivalente (VOP) tipo Sabin, según el Sistema de Información PROVAC al corte de septiembre de 2007, muestra que fue del 91.5% en los niños menores de un año de edad y de 97.6% en los niños de un año.

Las variaciones estatales fueron importantes, ya que 17 entidades federativas presentaron la cobertura de vacunación en menores de un año inferior al 95% y en seis entidades la cobertura fue inferior al 90% (Distrito Federal, Durango, Morelos, Estado de México, Jalisco, Baja California).

1.2 Sarampión

Después de tres años de no existir la circulación del virus del sarampión en el país (de 1997 a 1999), en el año 2000, se presentaron 30 casos considerados como programáticamente no prevenibles por vacunación, en el Distrito Federal, Sinaloa, Baja California y Estado de México. En el año 2001, se presentaron tres casos en Quintana Roo, importados de los Estados Unidos de América. Para el año 2002, no se registraron casos. En el año 2003 se registraron 44 casos y en el 2004 se registraron 64 casos de sarampión, en el Distrito Federal (43), Estado de México (15), Hidalgo (3), Coahuila (2) y Campeche (1), reportándose el último de ellos en la semana epidemiológica N° 17. Durante el 2005 se registraron 6 casos de sarampión, en el 2006 se presentaron 6 casos en el Distrito Federal y 17 en el Estado de México. En el año 2007, al cierre preliminar del período, no se reportó ningún caso.

La cobertura de vacunación con triple viral (SRP) en niños de un año de edad, al corte de septiembre de 2007, fue de 96.4% a nivel nacional. Las entidades federativas de Baja California, Distrito Federal, Jalisco, Morelos, Estado de México presentaron una cobertura inferior al 95% (93.98%, 93.43%, 93.34%, 93.21 y

89.00% respectivamente) en el grupo de un año de edad. La cobertura de vacunación en el grupo de 1 a 4 años de edad al mes de septiembre de 2007 fue del 98.42%.

De acuerdo con las recomendaciones de la OPS, en el país se organizaron durante 2002 y 2003 y 2006 campañas de seguimiento contra el sarampión con aplicación de vacuna SR en forma indiscriminada a niños de 1 a 4 años de edad.

1.3 Tétanos Neonatal

Se ha mantenido un descenso en la morbilidad por esta enfermedad, y la tasa se encuentra por debajo del límite que la OMS considera de “eliminación” (menos de un caso por mil nacidos vivos por distrito sanitario). Considerando que el bacilo es ubicuo, su eliminación es difícil; el riesgo de contraer la enfermedad persiste en sujetos susceptibles y en recién nacidos por partos atendidos en malas condiciones de higiene. En el año 2002, se reportaron ocho casos de tétanos neonatal, uno en cada una de las siguientes entidades federativas; Chihuahua, Tamaulipas y Zacatecas, dos en Chiapas y tres en Guerrero, en el 2003 se reportaron 6 casos, dos en Yucatán, dos en Guerrero, uno en Sinaloa y uno en Veracruz. Los estados con registro de casos en 2004 fueron: Campeche, Hidalgo, Tamaulipas y Zacatecas. En 2005 sólo se presentó un caso de tétanos neonatal en el estado de Veracruz y en el 2006 se reportaron tres casos en Chiapas y uno en Nayarit. Durante el 2007 al corte de la semana epidemiológica N° 52 no se registraron casos. La cobertura nacional de vacunación con dos dosis de Td en mujeres embarazadas, fue del 88.00% al corte del PROVAC de septiembre de 2007.

1.4 Tétanos no neonatal

Para el período 1997-2002, se observa una disminución de los casos, ya que en 1997 se presentaron 169 casos, en 1998 se registraron 148 casos, en 1999 un total de 119 casos, en el año 2000 se reportaron 103 casos y en los años 2001 y 2002 se presentaron 101 casos en cada año, en el 2003 se registraron 105 casos, durante el 2004 se observó una disminución en el número de casos ya que se registraron 68 casos, presentándose un ligero incremento durante el 2005 al registrarse 71 casos. A partir del 2006 nuevamente se observó una disminución en el número de casos, registrándose 50 en ese año y 39 casos en el 2007 al corte de la semana epidemiológica N° 52, de los cuales el 89.74% de los casos se presentaron en el sexo masculino y el 10.26% en el femenino.

1.5 Rubéola

En el período entre 1990 y 2001, la cifra más alta de casos por esta enfermedad se registró en 1993 con 67,879 casos y a partir de la incorporación al esquema básico de vacunación de vacuna Triple Viral, que incluye la protección contra esta enfermedad, se observó un descenso importante, con una reducción del 90.7% en el número de casos en 2001.

En el año 2002 se registraron 3,685 casos de rubéola, en el 2003 se registraron 1,552 casos; en el 2004 hubo una reducción del 54.96% con relación al año anterior ya que se registraron 699 casos, en el 2005 se registraron 537 casos y en el 2006 se observó una disminución en el número de casos ya que sólo se registraron 74. En el 2007 al corte de la semana epidemiológica N° 51, se han registrado 179 casos de este padecimiento. En cuanto a rubéola congénita durante el 2004 se registraron 5 casos, en el 2005 un caso en el estado de Veracruz y en el 2006 se presentaron 4 casos, dos en el estado de Chiapas, uno en el Estado de México y otro en Baja California. Durante el 2007, al corte de la semana epidemiológica N° 51, nuevamente se registraron cuatro casos de rubéola congénita uno en cada una de las siguientes entidades federativas: Campeche, Oaxaca, Veracruz y Yucatán.

A partir del año 2004, México se incorpora al Plan para la Eliminación de la Rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita. En el 2005, 2006 y 2007 se continuó vacunando con SR a la población de 13 a 39 años para avanzar en la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita.

1.6 Parotiditis

En 1997 se registraron 124,189 casos, de los cuales 30,935 se presentaron en el grupo de menores de cinco años de edad. A partir de entonces con la introducción de la vacuna SRP en 1998, el número de casos en menores de cinco años de edad ha descendido, llegando a presentarse 6,662 casos en el año 2000, 4,355 casos en el 2001, 3,799 en el 2002 y 3,175 en el 2003, lo que indica una reducción del 89.74%. En el 2004 la morbilidad por este padecimiento ha disminuido, ya que se registraron 2,238 casos en el grupo de menores de cinco años, en el 2005 se registraron 2,163 casos y 2,064 casos en el 2006. Durante el 2007, al corte de la semana epidemiológica N° 51, se han registrado 7,509 casos en todos los grupos de edad.

1.7 Tuberculosis meníngea

Considerada como la forma más grave de tuberculosis; la morbilidad en el grupo de menores de cinco años de edad, continúa en descenso; durante el periodo de 1990 a 2000 el registro de casos más alto fue en 1990 con 102, en 1994 con 61 casos y la cifra menor se registró en 2000 al presentarse 18 casos, en el 2001 hubo una reducción del 38.9 por ciento en comparación con el 2000 ya que se registraron 11 casos. En el año 2002, los casos registrados se redujeron en una tercera parte en comparación con el año 2000 al presentarse únicamente 12 casos en todo el país. En 2003 y 2004 hubo una reducción del 83.3 por ciento con relación al año 2000 ya que se registraron únicamente 3 casos por año, en este grupo de edad en todo el país. En 2005 se registró un incremento de más del 250 por ciento en comparación con 2004, ya que se registraron 11 casos. Durante el 2006 se mantuvo este incremento de casos, pues se registraron 198, de los cuales 9 se presentaron en el grupo de menores de cinco años de edad. En el 2007, al corte de la semana epidemiológica N° 51, se tienen registrados 159 en todos los grupos de edad.

La cobertura de vacunación con BCG, en los menores de un año de edad, en el corte del PROVAC al mes de septiembre del 2007 fue del 98.4%, mientras que en los niños de un año fue de 99.6%.

1.8 Difteria

En México esta enfermedad se encuentra eliminada, registrándose el último caso en Lázaro Cárdenas, Michoacán, en octubre de 1991. A pesar de ello, no hay evidencia de que el agente causal esté erradicado, por lo que se mantiene la vacunación dado el riesgo de nuevas epidemias, tal como ha sucedido en países que habían logrado el control de la enfermedad y en donde ocurrió un aumento del número y gravedad de los casos en los adultos.

1.9 Tos ferina

Los casos de tos ferina en los menores de 5 años en el periodo 1996-2001, han presentado un comportamiento irregular, se observan descensos y aumentos, en 1996 se registraron 23 casos, en 1997 hubo 554 casos, 167 en 1998, 75 casos en 1999, 49 en el 2000, con un aumento a 199 casos en el 2001 y 204 en el 2002, para reducirse a 92 en el 2003. En el 2004 se registraron 124 casos en los menores de 5

años. En el 2005 hubo un incremento de 166.93% en el número de casos por este padecimiento ya que se registraron 331 casos. Durante el 2006 se registraron 171 casos, de los cuales 155 se presentaron en el grupo de menores de cinco años de edad, en el 2007, al corte de la semana epidemiológica N° 52 se tienen registrados 61 casos en todos los grupos de edad.

1.10 Infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)

A partir de 1998 se inició el registro específico de este tipo de infección, reportándose en los menores de cinco años 220 casos de infecciones por Hib y 118 meningitis por Hib. A partir de 1999, año en que se incorporó al esquema de vacunación la vacuna pentavalente, que incluye la protección contra esta enfermedad, se observa una reducción de casos; para el 2001 se reportaron 68 y 15 casos, para el 2002 se reportaron 65 y 26 casos y para el 2003 se reportaron 97 y 18 respectivamente. En el 2004 se registraron 56 casos de infecciones por Hib y 9 de meningitis por Hib, en el 2005 se observó un registro de 39 y 4 casos, y en el 2006 se presentaron 22 casos de infecciones por Hib y no se registró ningún caso de meningitis por Hib.

1.11 Hepatitis B

A partir de 1999, año en que se inició la vacunación con pentavalente, que incluye la protección contra esta enfermedad, se observa una disminución en la ocurrencia de nuevos casos, registrándose una reducción del 5.4% al 2001, principalmente en menores de 15 años. Para el año 2002 se presentaron 776 casos, correspondiendo 30 casos a menores de cinco años de edad y 41 a niños de 5 a 9 años, en el 2003 se registraron 836 casos correspondiendo 37 casos a menores de cinco años de edad y 48 a niños de 5 a 9 años. En el 2004 se registraron 19 casos en los menores de 5 años y un total de 687 casos en todos los grupos de edad, durante el 2005 en los menores de 5 años se registraron 19 casos y un total de 626 casos en todos los grupos de edad. Durante el 2006 se registraron 855 casos, de los cuales 15 se presentaron en el grupo de menores de cinco años de edad, en el 2007 hasta la semana epidemiológica N° 51, se registraron 790 casos en todos los grupos de edad.

Al corte del PROVAC al mes de septiembre del 2007, la cobertura de vacunación para la vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib) en el grupo de un año de edad fue de 97.5%. Las variaciones estatales fueron importantes, ya que 18 entidades federativas presentaron la cobertura de vacunación en menores de un año inferior al 95% y 4

inferior al 95% en el grupo de un año; todas las entidades registraron una cobertura arriba del 97% en el grupo de 1 a 4 años de edad, con una media nacional de 99.13%.

Las coberturas de revacunación con DPT en el grupo de dos a cuatro años registraron un promedio nacional de 73.8% a los dos años de edad y del 85.5% a los tres años, que nos hablan del primer refuerzo, y del 64.9% a los cuatro años de edad, representados por el segundo refuerzo.

1.12 Influenza

Los registros de este padecimiento llevan varios años, sin embargo han adolecido de especificidad en el mismo, ya que en su mayor parte se reportan casos diagnosticados clínicamente, por lo que se incluían los correspondientes al resfriado común, con lo cual se registraba un muy elevado número de casos, como en 1990 con 21,429. A partir del año 2000, México se incorporó al Sistema de Vigilancia Mundial de la Influenza (Flunet). En el año 2003 se registraron 2,409 casos probables de los cuales 164 se confirmaron.

Durante el último trimestre de 2004 se inició la vacunación contra esta enfermedad en los niños de 6 a 23 meses de edad y en los adultos de 65 y más años de edad. Para el año 2005 se registraron 290 casos de influenza en todos los grupos de edad y en el 2006 se presentaron 97 casos. En el 2007, al corte de la semana epidemiológica N° 52, se tienen registrados 378 casos, lo que representa un incremento del 289% con respecto al año anterior.

En el invierno 2006-2007 se amplió el grupo de edad de 6 a 23 meses a 6 a 35 meses de edad, lográndose un avance al cierre de febrero de 2007 de un 89.8% y un 91.7% de la meta programada por el Sector Salud y la Secretaría de Salud, respectivamente. Respecto a la población de 60 y más años de edad, la meta se cumplió en un 100%.

1.13 Enfermedad neumocócica

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la neumonía por neumococo representa entre 500,000 y 1.4 millones de muertes en el mundo por año. En Francia, la cantidad de casos de neumonía por neumococo se estima en 120,000 al año; los casos de otitis ascienden a 200,000, mientras que las cifras de meningitis rondan los 3,000. En total, la cantidad de infecciones por neumococo en Francia se estima en alrededor de 450,000 por año. Los niños menores de un año presentan alta susceptibilidad, con una tasa de incidencia de 35 por 100,000. La tasa de mortalidad asociada con infecciones por neumococo es

de 1.7 por 100,000 en niños menores de 2 años. Las tasas de mortalidad generales de neumonía por neumococo se estiman en 11.5% en Estados Unidos y 22% en Canadá.

En nuestro país, las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen las principales razones de consulta médica, la causa principal de morbilidad y la tercera causa de mortalidad infantil. La prevalencia de infecciones graves por neumococo en niños mexicanos se desconoce; sin embargo, desde la introducción de la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo B se presume que el *Streptococcus pneumoniae* representa la principal causa de meningitis, neumonía, otitis y sinusitis bacteriana en niños.

En el año 2006 se inició, en dos etapas, la aplicación de la vacuna contra neumococo en niños de 2 a 23 meses de edad.

- En la primera etapa se consideró a los residentes en 58 municipios de bajo índice de desarrollo humano de 9 entidades federativas.
- En la segunda etapa se amplió a 490 municipios con 70% y más de población indígena, en 20,600 localidades de 14 entidades federativas.
- En la tercera etapa, desarrollada en el 2007, se amplió a 595 municipios con 50% y más de población indígena, que incluyen a 27,577 localidades de 16 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán.

1.14 Enfermedad diarreica por rotavirus

A partir de mayo de 2006 se inició la aplicación de 157 mil dosis (primera y segunda dosis) de vacuna contra rotavirus en los niños de 2 a 6 meses de edad de 20,600 localidades de los 490 municipios con población mayormente indígena en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán, con lo que se espera disminuir el número de muertes por diarreas en los menores de un año. Para el 2007 se universalizó la aplicación de la vacuna al mismo grupo etáreo en todo el territorio nacional.

III. LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Fortalecer los Consejos Estatales de Vacunación

Los Consejos Estatales de Vacunación asumirán plena responsabilidad, tanto en la planeación como en el desarrollo de las actividades permanentes de Vacunación y de las Semanas Nacionales de Salud; para lo cual, sesionarán tantas veces como sea necesario para precisar con suma claridad las estrategias operativas, metas y las necesidades de insumos para el cumplimiento de los objetivos.

El análisis de las actividades de planeación, supervisión y evaluación, deberá ser realizado al interior de las instituciones de salud y por los comités o grupos interinstitucionales de los diferentes niveles técnico administrativos: local o unidad médica, jurisdiccional o zonal y estatal.

2. Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial

Se establecerán convenios de coordinación entre los sectores Público, Social y Privado a efecto de que participen con el personal de salud en el desarrollo de las actividades.

Es indispensable fortalecer la coordinación con las autoridades estatales, municipales y locales para solicitar los apoyos necesarios, con el fin de asegurar el éxito de las acciones.

Al interior de cada institución de salud, las distintas áreas que tienen alguna intervención en el desarrollo de las acciones (Enseñanza, Promoción de la Salud, Salud Reproductiva, Atención a la Salud del Adulto y del Adulto Mayor, Protección Social en Salud, Programa de Ampliación de Cobertura, Caravanas de la Salud, Administración, Informática, etc.), deberán participar en la programación y supervisión de actividades, así como en la gestión de recursos.

Para las tres Semanas Nacionales de Salud se tendrá concertación con la Secretaría de Educación Pública y los Servicios Estatales de Educación para apoyar las acciones de promoción como son:

- Capacitación a los maestros de educación básica, dos semanas antes de que arranque la Segunda y Tercera Semanas Nacionales de Salud, sobre tópicos de vacunación.

- Distribución de un volante dirigido a los padres de familia, sobre parasitosis intestinal, ciclo ecológico del parasitismo, disposición adecuada de las excretas y la justificación del tratamiento con albendazol.
- Elaboración de un trabajo escolar alusivo a estos temas, con discusión en grupos de niños.
- Solicitar la firma de los padres, como control de lectura de los volantes.
- Donde sea posible: realizar asambleas de padres de familia para discutir estos temas.

3. Actualización de la Regionalización Operativa

Se trabajarán todas las localidades de cada entidad federativa, para lo cual es indispensable que en el seno de los Consejos Estatales de Vacunación se ratifique y en su caso se actualice la regionalización operativa (de acuerdo con los lineamientos aprobados por todas las instituciones de salud), asignando a cada institución un área geográfica perfectamente definida para que no queden comunidades o niños sin atender. Especial cuidado se tendrá con los nuevos asentamientos humanos, para evitar que queden sin protección.

Se mantendrá la participación del 100% de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud y cada unidad contará con un área geográfica de su estricta responsabilidad, en la que desarrollarán las actividades permanentes de Vacunación y de las Semanas Nacionales de Salud.

Las instituciones de salud cubrirán con sus propios recursos las necesidades que surjan como consecuencia del desarrollo de las actividades.

4. Programación de actividades

Con el propósito de uniformar criterios de programación y estrategias de trabajo; los Consejos Estatales y Jurisdiccionales elaborarán interinstitucionalmente el Programa de Trabajo para las actividades permanentes de Vacunación, así como para cada una de las Semanas Nacionales de Salud.

Las metas de actividades se retomarán de la estimación que se señala en el Programa Operativo Anual 2008, cuyas bases fueron las cifras del XI Censo General de Población y Vivienda proyectadas por CONAPO para el año 2007, el concentrado de actividades de PROVAC del corte más reciente (sin ventana de oportunidad) y las matrículas escolares.

Las metas deben ser elaboradas por el nivel operativo, concentradas y validadas por los siguientes niveles y analizadas en el seno del Consejo Estatal para su rectificación o ratificación. Cada institución enviará una copia de las mismas con las firmas correspondientes a sus niveles normativos centrales.

La estimación de la meta de mensajes del personal de salud sobre infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y/o tétanos en Semanas Nacionales de Salud; se efectuará dependiendo del personal de salud que participe en el desarrollo de dichas Semanas, independientemente del número de personas informadas y sin considerar los mensajes emitidos por los medios masivos de comunicación.

5. Facilitar la participación social

Promover acciones con organismos públicos, sociales y privados a efecto de favorecer la vacunación de los niños menores de cinco años y obtener su colaboración en materia de donaciones y patrocinios para las actividades propias o para la reproducción de material promocional.

Difundir mensajes entre la comunidad para que los padres acudan con sus niñas y niños a las clínicas, hospitales, centros de salud y puestos de vacunación (perifoneo, volantes, periódicos murales, etc.).

Organizar concursos, desfiles, conferencias, eventos especiales y otros que se propongan en el ámbito estatal y local con el fin de promover las acciones de las Semanas Nacionales de Salud en cada unidad de salud.

Así mismo, es indispensable lograr la participación de los representantes de los diferentes cultos y de los comunicadores (locutores, conductores, periodistas, etc.), para tener un mayor impacto entre la población.

A las ceremonias de inauguración, para que den inicio las actividades de las Semanas Nacionales de Salud, se deberá invitar al Gobernador y su esposa, así como a los presidentes municipales y sus respectivas esposas.

Para la elaboración del programa específico de difusión estatal en el seno de los Consejos Estatales, se involucrará a los medios de comunicación con las siguientes consideraciones:

Promoción en Radio y Televisión:

Lograr una mayor participación de radiodifusoras y televisoras para que contribuyan con la difusión de impactos.

La promoción para la aplicación del toxoide tetánico diftérico a las mujeres de 12 a 45 años, será reforzada en estaciones y canales locales ubicados en los municipios en fase de ataque, así como en el Sistema de Radiodifusión de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas:

 XEQIN XEQIN La Voz del Valle San Quintín, Baja California	 XEXPUJ XEXPUJ La Voz del Corazón de la Selva X'pujil, Calakmul, Campeche	 XECOPA XECOPA La Voz de los Vientos Copainalá, Chiapas	 XEVFS XEVFS La Voz de la Frontera Sur Las Margaritas, Chiapas	 XETAR XETAR La Voz de la Sierra Tarahumara Guachochi, Chihuahua	 XEZV XEZV La Voz de la Montaña Tlapa de Comonfort, Guerrero	 XECARH XECARH La Voz del Pueblo N'ha-ñhu Cardonal, Hidalgo
 XETUMI XETUMI La Voz Mazahua Otomí Zitácuaro-Morelia, Michoacán	 XEPUR XEPUR La Voz de los Purépechas Cherán, Michoacán	 XEJMN XEJMN La Voz de los Cuatro Pueblos Jesús María, El Nayar, Nayarit	 XEGLO XEGLO La Voz de la Sierra Juárez Guelatao de Juárez, Oaxaca	 XEOJN XEOJN La Voz de la Chinantla San Lucas Ojitlán, Oaxaca	 XEJAM XEJAM La Voz de la Costa Chica Santiago Jamiltepec, Oaxaca	 XETLA XETLA La Voz de la Mixteca Tlaxiaco, Oaxaca
 XECTZ XECTZ La Voz de la Sierra Norte Cuetzalan, Puebla	 XENKA XENKA La Voz del Gran Pueblo Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo	 XEANT XEANT La Voz de las Huastecas Tancanhuitz de Santos, San Luis Potosí	 XEETCH XEETCH La Voz de los Tres Ríos Etchojoa, Sonora	 XEZON XEZON La Voz de la Sierra de Zongolica Zongolica, Veracruz	 XEPET XEPET La Voz de los Mayas Peto, Yucatán	

Medios Impresos:

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, en forma previa a cada una de las Semanas Nacionales de Salud, colocará en su página electrónica los archivos del material impreso, con el fin de que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Estatales de Salud los repliquen para su distribución y difusión.

6. Fortalecimiento de la capacitación

Con el propósito de mantener actualizado al personal operativo sobre los conceptos básicos de las actividades permanentes de Vacunación, así como de Semanas Nacionales de Salud y que puedan desempeñar correctamente sus actividades, es necesario elaborar un programa de capacitación anual en el que incluyan a todo el personal de enfermería y médico, eventual y de base, así como a vacunadores, estudiantes y pasantes en servicio social. Es conveniente que las cartas descriptivas se elaboren con la participación de todas las instituciones a efecto de unificar los criterios operativos.

Durante dos semanas previas al desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud, en todas las sesiones de capacitación, especialmente en las sesiones clínicas programadas que se efectúen en los diferentes niveles (estatal, jurisdiccional o zonal y unidades médicas), se deberán analizar específicamente aspectos sobre los diferentes componentes de las Semanas Nacionales de Salud. La capacitación al personal vacunador ya sea voluntario o de contrato, además de manejar los componentes de las Semanas Nacionales de Salud, deberá incluir los tópicos de inyecciones seguras, diferenciación acertada de las vacunas, técnicas de aplicación, simultaneidad en la aplicación de vacunas y recolección y desecho de los residuos biológico infecciosos.

7. Dotación suficiente y oportuna de insumos

Las instituciones del sector salud dotarán oportunamente a los servicios de salud de las entidades federativas con los insumos necesarios (vacunas, jeringas, etc.), recursos (jornadas para vacunadores, vehículos, gasolina, viáticos, etc.) y material impreso para las acciones de promoción, tanto para las actividades permanentes de vacunación como para las Semanas Nacionales de Salud (carteles, trípticos, volantes etc.) conforme lo tenga contemplado en su normatividad y de acuerdo con las necesidades planteadas para cada estrategia.

Se asegurará la suficiencia de equipo e insumos para la cadena de frío, así como su vigilancia, adecuada operación y mantenimiento.

8. Fomentar la práctica de la vacunación segura

Con la práctica de la vacunación segura, la acción de inyectar reduce el riesgo de la transmisión de los agentes patógenos que se diseminan por vía sistémica; mediante la correcta identificación de los frascos de biológico a utilizar, disminuyen las posibilidades de confundir las vacunas o aplicar sobredosis o utilizar una vía inadecuada de ministración.

Por otra parte, para la eliminación de las jeringas usadas, se utilizará ya sea la caja de seguridad o bien un contenedor rígido. En cuanto al resto del material utilizado se desechará conforme lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

9. Manejo adecuado de la cadena de frío

Con la finalidad de asegurar la protección inmunológica es indispensable llevar un adecuado manejo en la cadena de Frío "el sistema logístico que comprende el personal, equipo y procedimientos para conservar transportar y mantener las vacunas en condiciones óptimas de temperatura desde el lugar de fabricación, hasta el sitio donde las personas son vacunadas".

Para lo cual se deberán garantizar los recursos fundamentales que intervienen en el sistema de la Cadena de Frío:

- El humano, que administra y manipula las vacunas,
- El material para el almacenamiento, conservación y la distribución de las vacunas, y
- El financiero, para asegurar la operación de los recursos humanos y materiales.

10. Vigilancia de eventos temporalmente asociados a la vacunación

Se consideran como eventos temporalmente asociados a la vacunación (ETAV) a las manifestaciones clínicas que se presentan dentro de los 30 días siguientes a la aplicación de una o más vacunas y que no pueden ser atribuidas inicialmente a alguna entidad nosológica específica.

Estos eventos pueden no ser debidos a la vacuna, pero pueden ser atribuidos a la misma. Pueden presentarse en un período posterior a la vacunación, por lo que se asocian temporalmente, haciéndose necesaria una investigación que demuestre si en realidad el evento observado fue causado o no por la vacuna.

Los ETAV se clasifican según su expresión clínica en leves, moderados y graves. Por asociación epidemiológica pueden clasificarse en causales, coincidentes, errores técnicos y desconocidos.

Considerando que durante todo el año se aplican vacunas y sobre todo durante las Semanas Nacionales de Salud, (debido a un mayor número de dosis aplicadas) puede haber un incremento real o evidente de los ETAV, es necesario fortalecer la vigilancia para detectar los ETAV manteniendo un control permanente del monitoreo de los mismos y aumentar el conocimiento de la comunidad al respecto.

Los eventos temporalmente asociados a la vacunación sujetos a vigilancia son:

- Todos los eventos leves, moderados y graves (presentados dentro de los 30 días posteriores a la vacunación).
- Todos los eventos por asociación epidemiológica.
- Todas las defunciones temporalmente asociadas con la vacunación.
- Todos los casos de personas hospitalizadas, relacionados con la vacunación.

La vigilancia de los ETAV se llevará a cabo por los responsables del Programa y los prestadores de servicios de salud de las instituciones que integran el sector salud y participan en las acciones de Vacunación Universal. Consiste en realizar un estudio clínico epidemiológico que incluye las actividades siguientes:

- Entrevistar al vacunado o en su caso a los responsables y/ o familiares de los vacunados

- Notificación a la autoridad inmediata durante las primeras 24 horas, mediante el formato ETAV-1
- Elaboración de una historia clínica
- Solicitud de pruebas de laboratorio
- Supervisión de la red de frío
- Búsqueda activa de ETAV en las personas vacunadas con el mismo número de lote
- Llenado de encuestas de campo
- Envío de muestras de vacunas con el mismo número de lote al nivel superior
- Llenado del formato ETAV 2

Las definiciones de casos así como cada una de las acciones específicas a realizar en caso de presentarse algún ETAV, se describen en el Manual de Procedimientos Técnicos de Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación.

11. Vigilancia Epidemiológica

Las medidas dirigidas a fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica ante la presencia de casos sospechosos o confirmados de enfermedades prevenibles por vacunación deberán realizarse de manera coordinada entre las diferentes instituciones del Sector Salud, a través de los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica, según lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica y las disposiciones que para tal efecto hayan emitido la Dirección General Adjunta de Epidemiología y el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

IV. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las actividades permanentes de Vacunación y las Semanas Nacionales de Salud son estrategias que se ubican en el marco de la eficiencia, calidad y equidad de los servicios de salud, que ofrecen coordinadamente las instituciones del Sistema Nacional de Salud a la población del país, incluyendo a la que reside en localidades carentes de unidades de salud.

Las estrategias se llevarán a cabo en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, con los recursos propios de cada institución, en puestos semifijos ubicados en sitios estratégicos y mediante recorridos de brigadas casa por casa en aquellos sitios donde así se requiera.

Para el 2008 se tiene considerada una intervención intensiva extraordinaria denominada “Campaña de vacunación en adolescentes y adultos para la eliminación de la rubéola, síndrome de rubéola congénita y sarampión en México”, cuyos lineamientos generales se establecen por separado de este documento.

VACUNACIÓN PERMANENTE

A partir del año 2007, por acuerdo del Consejo Nacional de Vacunación, se modificó el esquema de vacunación reemplazándose las vacunas antipoliomielítica oral tipo Sabin y pentavalente con componente pertusis de células completas (DPT+HB+Hib) por las vacunas pentavalente con componente pertusis acelular (DPaT+VIP+Hib) y vacuna antihepatitis B infantil.

Con el propósito de incrementar las coberturas de vacunación con todos los biológicos en la población de responsabilidad institucional, en las unidades de salud, incluyendo las hospitalarias, se aplicarán tanto intra como extramuros las siguientes vacunas, con las modalidades propias que se señalan en algunas de ellas:

VACUNA BCG

Una dosis de 0.1 ml a los recién nacidos o a los menores de cinco años de edad que no fueron vacunados oportunamente. Dado el desabasto que se ha padecido con esta vacuna, se sugiere a los Servicios Estatales de Salud que establezcan estrategias a nivel local que permitan la optimización en su uso, reduciendo el desperdicio de la misma. Para casos especiales, remitirse a la normatividad aplicable.

VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL TIPO SABIN

En la Primera y la Segunda Semanas Nacionales de Salud 2008: Se aplicará una dosis de 0.1 ml (dos gotas) a los menores de 5 años de edad. En el caso de los menores de un año de edad, solo se aplicará cuando ya hayan recibido al menos dos dosis de vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DPaT+VIP+Hib), se exceptuará su aplicación en aquellos niños a los cuales les corresponda recibir dosis de esquema con esta última vacuna.

En cercos epidemiológicos por Parálisis Flácida Aguda, se utilizará conforme se encuentra normado.

VACUNA PENTAVALENTE CON COMPONENTE PERTUSSIS ACELULAR (DPaT+VIP+Hib)

Se aplicarán cuatro dosis de 0.5 ml, a los dos, cuatro, seis y dieciocho meses de edad. En el caso de aquellos menores que inicien el esquema en una edad más avanzada, los intervalos para la aplicación de las dosis serán de dos meses entre la primera y la segunda dosis, dos meses entre la segunda y la tercera dosis, y de doce meses entre la tercera y la cuarta dosis, finalizando siempre su aplicación antes de cumplir cinco años de edad (0-2-2-12).

Dado el cambio de esquema de la vacuna pentavalente con componente pertussis de células completas (DPT+HB+Hib) a la vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DPaT+VIP+Hib), se darán en la operatividad situaciones de aplicación de esquemas mixtos, en las cuales deberá completarse el esquema con esta última vacuna.

El personal de salud deberá tener especial cuidado en esta transición para garantizar que los menores reciban todos los inmunógenos, tal es el caso de quienes recibieron pentavalente con componente pertussis de células completas (DPT+HB+Hib) y completen su esquema con vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DPaT+Hib+VIP), quienes deberán recibir por separado la dosis de esquema de vacuna antihepatitis B.

VACUNA ANTIHEPATITIS B PEDIÁTRICA

Preferentemente se aplicará en el recién nacido antes del egreso hospitalario y, en caso extremo, dentro de los 7 días después del nacimiento. Se darán tres dosis de 0.5 ml (5 ó 10 µg): al recién nacido y a los dos y seis meses de edad.

En el caso de que los menores no sean vacunados dentro de los primeros 7 días de nacidos, los intervalos de aplicación serán de dos meses entre la dosis inicial y la segunda dosis y de cuatro meses entre la segunda dosis y la tercera.

En aquellos casos en que se utilice la vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DPaT+VIP+Hib) para completar el esquema iniciado con la vacuna pentavalente con componente pertussis de células completas (DPT+HB+Hib), la aplicación de vacuna antihepatitis B podrá realizarse simultáneamente con la aplicación de la pentavalente en sitios de inyección diferentes y considerar un intervalo de dos meses entre segunda y tercera dosis.

VACUNA TRIPLE VIRAL (SRP)

Se aplicarán dos dosis de 0.5 ml: al cumplir un año de edad y a los seis o siete años de edad.

Estratégicamente seguirá realizándose la vacunación a escolares de primer grado de primaria durante la Tercera Semana Nacional de Salud, así como de los no inscritos en el Sistema Educativo Nacional de 6 y 7 años de edad, que no hayan recibido la segunda dosis con triple viral.

VACUNA ANTIINFLUENZA PEDIÁTRICA

La aplicación de esta vacuna es una actividad permanente circunscrita al último trimestre del año. Se deberá vacunar al 100% de la población de 6 a 35 meses de edad cumplidos en el trimestre octubre - diciembre de 2008 y a la población de 3 a 9 años de edad considerada de alto riesgo, entendiendo como tal la que presenta asma y otras enfermedades pulmonares crónicas, cardiopatías, VIH, hemoglobinopatías (anemia de células africanas o falciformes), problemas renales crónicos, diabetes mellitas y artritis. Existirá la posibilidad de ampliar los grupos de edad en función de los recursos disponibles por cada institución y a los acuerdos que se establezcan al interior del CONAVA.

La dosificación de la vacuna será de 0.25 ml para la población de 6 a 35 meses y de 0.5 ml a partir de los 36 meses de edad. La población menor de 9 años de edad recibirá dos dosis con intervalo de un mes, en el caso de que no

haya sido vacunada en años anteriores, de lo contrario sólo se le aplicará una dosis. A los nueve años de edad, sólo se aplicará una dosis.

La vacunación arrancará simultáneamente con el inicio de la Tercera Semana Nacional de Salud (6 de octubre). Se procurará finalizar la aplicación de primeras dosis el 7 de noviembre y de segundas dosis el 12 de diciembre en el 80% de la población.

Como excepción a este punto, se podrá extender la aplicación de segundas dosis para los meses de enero y febrero a los niños que cumplan 6 meses de edad en noviembre y diciembre y sean vacunados durante dichos meses con primera dosis.

VACUNA ANTIINFLUENZA ADULTOS

Se considerará la aplicación de una sola dosis de 0.5 ml al 100% de la población de 50 y más años de edad.

La vacunación arrancará simultáneamente con el inicio de la Tercera Semana Nacional de Salud (6 de octubre), fortaleciéndose durante la Semana de Salud para Gente Grande.

En la medida de lo posible, cuando alguna institución utilice vacuna antiinfluenza en presentación multidosis para su aplicación en los diferentes grupos de edad, deberá evitarse el desperdicio de la misma, por lo que al finalizar la vacunación de un determinado grupo poblacional, el remanente de cada frasco podrá utilizarse inmediatamente en otro grupo en lugar de desecharlo.

VACUNA ANTINEUMOCÓCCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE

La aplicación de esta vacuna es una actividad permanente circunscrita geográfica y epidemiológicamente a los 595 municipios con población mayormente indígena. Se aplican tres dosis de 0.5 ml, a los dos, cuatro y doce meses de edad. Para los nuevos municipios que se incorporen, se considerará la población de 2 meses de edad para iniciar el esquema.

Cuando un niño entre 2 y 11 meses de edad ha recibido la primera dosis de vacuna contra neumococo conjugada heptavalente y no recibe por cualquier razón su segunda dosis a la edad correspondiente, se continuará con la

segunda dosis de la misma vacuna en la edad en que se presente y la tercera dosis se dará seis meses después de la última aplicación.

En el caso de que los Servicios Estatales de Salud o alguna institución decidan incorporar población de otros municipios o áreas de responsabilidad, los insumos y logística se realizarán exclusivamente con recursos propios.

VACUNA ANTIRROTAVIRUS

Esta vacuna se universalizó en todo el territorio nacional en el transcurso del 2007. El esquema de vacunación óptimo son dos dosis de 1 ml: a los 2 y 4 meses de edad y ningún niño deberá recibir su primera o segunda dosis después de los seis meses con veintinueve días de edad.

VACUNA DPT

Se aplican dos dosis de 0.5 ml a los dos y cuatro años de edad, exceptuando la población que reciba la cuarta dosis de vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DPaT+VIP+Hib) a los dieciocho meses de edad.

TOXOIDES TETÁNICO Y DIFTÉRICO (Td)

Se aplicará a personas de doce y más años de edad, preferentemente las mujeres en edad fértil y las embarazadas. Las personas que completaron su esquema con Pentavalente o DPT recibirán una dosis cada diez años. Las no vacunadas, o con esquema incompleto de Pentavalente o DPT, recibirán al menos dos dosis, con intervalo de cuatro a ocho semanas entre cada una y revacunación cada diez años. En las mujeres embarazadas, se debe aplicar en cualquier edad gestacional: si no cuentan con antecedente vacunal con Td en los cinco o diez años previos, iniciar esquema y posteriormente, una dosis de refuerzo con cada embarazo hasta completar cinco dosis y revacunación cada diez años. Si cuentan con antecedente vacunal con Td en los cinco o diez años previos, aplicar refuerzos como se señaló anteriormente. En zonas de alta endemia tetanígena, el período para revacunarse puede reducirse a cada cinco años. La dosificación es de 0.5 ml.

VACUNA ANTIHEPATITIS B PARA ADOLESCENTES

Dos dosis de 20 µg a escolares de sexto grado de primaria del ciclo escolar 2008-2009, considerando un intervalo de un mes entre dosis.

VACUNA SR

La aplicación de esta vacuna se efectuará bajo dos modalidades:

1. Para bloqueos vacunales: se utilizará conforme se encuentra normado.
2. Para la Campaña de Vacunación en Adolescentes y Adultos para la Eliminación de la Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita y Sarampión en México. Se aplicará una dosis a hombres y mujeres de 19 a 29 años de edad, conforme se establece en los Lineamientos Generales del Plan de Acción de la citada Campaña.

VACUNA ANTINEUMOCÓCCICA 23-SEROTIPOS

Se aplicará a partir de los 60 años de edad bajo los siguientes criterios:

Población de 60 a 64 años de edad: Una dosis de 0.5 ml al grupo de riesgo, entendiendo como tal al que presenta depresión inmunológica o enfermedades crónicas. Para este grupo se considerará revacunación única, cinco años después de la vacunación inicial.

Población sana y susceptible de 65 años de edad: Dosis única de 0.5 ml. No revacunar.

Para la vacunación permanente se dará importancia especial a la vacunación de los niños menores de 5 años, con énfasis en los menores de un año y a los de un año de edad, así como a su incorporación al Censo Nominal para el seguimiento de su esquema básico, particularmente en aquellas áreas con bajas coberturas.

Se informará a las madres o responsables de los niños menores de cinco años sobre los aspectos básicos de la vacunación como: vacuna que se le aplica, enfermedades que previene, reacciones esperadas, cuidados en el hogar después de la aplicación, periodicidad con la que se deben aplicar las dosis de las distintas vacunas, riesgos en los que se encuentran los niños no vacunados e importancia de la Cartilla Nacional de Vacunación.

Las localidades sin servicios permanentes de salud deberán ser visitadas por brigadas de vacunadores o equipos del PAC, Progresas u otros.

Las actividades de vacunación permanente se reforzarán en cada Semana Nacional de Salud.

SEMANAS NACIONALES DE SALUD

La estrategia denominada Semanas Nacionales de Salud tiene como objetivo general romper en corto tiempo la cadena de transmisión de algunos padecimientos o, en su caso, mantener eliminada la transmisión autóctona de éstos, mediante el otorgamiento de acciones simultáneas para la prevención de las enfermedades evitables por vacunación, diarreas e infecciones respiratorias agudas, a la vez que se trata de reducir deficiencias de la nutrición. El universo objeto de estas acciones corresponde a la población infantil, preescolar, escolar, mujeres de 12 a 44 años de edad y hombres de 12 años de edad y más que radiquen en municipios con casos de tétanos neonatal y no neonatal.

Durante las tres Semanas Nacionales de Salud, adicionalmente a la vacunación, se distribuirán sobres de “Vida Suero Oral” y durante la Segunda y Tercera Semanas Nacionales de Salud se proporcionarán otras acciones del paquete básico tales como: administración de Vitamina “A” y desparasitación intestinal con Albendazol.

Para el año 2008, se realizarán tres Semanas Nacionales de Salud:

La **Primera Semana Nacional de Salud** se desarrollará del 16 al 22 de febrero.

Acciones en todo el territorio nacional:

1. Aplicación de vacuna antipoliomielítica tipo Sabin a la población menor de 5 años para mantener erradicada la poliomielitis en todo el territorio nacional. En el caso de los menores de un año de edad, solo se aplicará a aquellos que hayan recibido previamente dos dosis de vacuna inactivada de poliovirus a través de la vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DPaT+VIP+Hib).
2. Reforzamiento de la vacunación permanente: Completar esquemas básicos (BCG, Pentavalente acelular, antihepatitis B, Triple viral SRP, antirrotavirus, antineumocócica heptavalente), aplicación de refuerzos de la vacuna DPT.

3. Distribución de un sobre de “Vida Suero Oral” a cada una de las madres y responsables de los menores de cinco años que entren en contacto con los servicios de salud.
4. Reforzamiento de la ministración de Suplementos de Vitaminas y Minerales, Hierro y Ácido Fólico a la población en riesgo.
5. Informar a las madres y responsables de los menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, su manejo en el hogar y la identificación de los signos de alarma.

Acciones básicas en municipios específicos:

6. Iniciar o completar el esquema con Td a las mujeres de 12 a 44 años de edad, con énfasis en las embarazadas y hombres que radican en los municipios en fase de ataque para el control de tétanos neonatal y no neonatal.
7. Información a las mujeres en edad fértil sobre la prevención del tétanos neonatal, en los municipios en fase de ataque.
8. Informar sobre tétanos a la población residente en municipios de alta migración que reciba Td.

La **Segunda Semana Nacional de Salud** se desarrollará del 17 al 23 de mayo.

Acciones básicas en todo el territorio nacional:

1. Aplicación de vacuna antipoliomielítica tipo Sabin a la población menor de 5 años para mantener erradicada la poliomielitis en todo el territorio nacional. En el caso de los menores de un año de edad, solo se aplicará a aquellos que hayan recibido previamente dos dosis de vacuna inactivada de poliovirus a través de la vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DPaT+VIP+Hib).
2. Reforzamiento de la vacunación permanente: Completar esquemas básicos (BCG, Pentavalente acelular, antihepatitis B, Triple viral SRP, antirrotavirus, antineumocócica heptavalente), aplicación de refuerzos de la vacuna DPT.

3. Distribución de un sobre de “Vida Suero Oral” a cada una de las madres y responsables de los menores de cinco años que entren en contacto con los servicios de salud.
4. Reforzamiento de la ministración de Suplementos de Vitaminas y Minerales, Hierro y Ácido Fólico a la población en riesgo.
5. Informar a las madres y responsables de los menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, su manejo en el hogar y la identificación de los signos de alarma.

Acciones básicas en municipios específicos:

6. Iniciar o completar el esquema con Td a las mujeres de 12 a 44 años de edad, con énfasis en las embarazadas y hombres que radican en los municipios en fase de ataque para el control de tétanos neonatal y no neonatal.
7. Ministración de una megadosis de vitamina “A” a la población de seis meses a cuatro años de edad en los municipios de riesgo para las enfermedades diarreicas, con la siguiente dosificación; 6 a 11 meses: 100 mil U.I.; 1 a 4 años: 200 mil U.I.
8. Ministración supervisada por el personal de salud de una dosis (400 mg) de albendazol a la población de dos a 14 años de edad en municipios de riesgo para las enfermedades diarreicas. La utilización de la presentación en suspensión o tabletas, dependerá de la facilidad que tenga el niño para ingerir el medicamento.
9. Información a las mujeres en edad fértil sobre la prevención del tétanos neonatal, en los municipios en fase de ataque.
10. Informar sobre tétanos a la población residente en municipios de alta migración que reciba Td.

La **Tercera Semana Nacional de Salud** se desarrollará del 6 al 10 de octubre.

Acciones básicas en todo el territorio nacional:

1. Vacunación con SRP a los escolares de primer grado de primaria y los no inscritos en el Sistema Educativo Nacional de 6 y 7 años de edad, que no hayan recibido la segunda dosis con triple viral durante el año 2008.
2. Vacunación indiscriminada con una dosis de Td a escolares de sexto grado de primaria y no inscritos en el Sistema Educativo Nacional de 12 años de edad.
3. Reforzamiento de la vacunación permanente: Completar esquemas básicos (BCG, Pentavalente acelular, antihepatitis B, Triple viral SRP, antirrotavirus, antineumocócica heptavalente), aplicación de vacuna antiinfluenza y refuerzos de la vacuna DPT.
4. Distribución de un sobre de “Vida Suero Oral” a cada una de las madres y responsables de los menores de cinco años que entren en contacto con los servicios de salud.
5. Reforzamiento de la ministración de Suplementos de Vitaminas y Minerales, Hierro y Ácido Fólico a la población en riesgo.
6. Informar a las madres y responsables de los menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, su manejo en el hogar y la identificación de los signos de alarma.
7. Informar sobre tétanos y tétanos neonatal a los escolares que reciban Td.

Acciones básicas en municipios específicos:

8. Iniciar o completar el esquema con Td a las mujeres de 12 a 44 años de edad, con énfasis en las embarazadas y hombres que radican en los municipios en fase de ataque para el control de tétanos neonatal y no neonatal.
9. Ministración de una megadosis de vitamina “A” a la población de seis meses a cuatro años de edad en los municipios de riesgo para las enfermedades diarreicas, con la siguiente dosificación; 6 a 11 meses: 100 mil U.I.; 1 a 4 años: 200 mil U.I.
10. Ministración supervisada por el personal de salud de una dosis (400 mg) de albendazol a la población de dos a 14 años de edad en municipios de riesgo para las enfermedades diarreicas. La utilización de

la presentación en suspensión o tabletas, dependerá de la facilidad que tenga el niño para ingerir el medicamento.

11. Informar sobre tétanos a la población residente en municipios de alta migración que reciba Td.

V. CONTROL Y SEGUIMIENTO

Para el control de las actividades es indispensable detectar y corregir desviaciones, y en su caso, modificar las estrategias y reprogramar actividades. Conviene para ello, que las instituciones participantes en su conjunto y en el seno de los Consejos Estatales, analicen mensualmente el avance en el desarrollo de las acciones permanentes.

Sistema de Cartillas Nacionales de Salud:

Cartilla Nacional de Vacunación. Niñas Niños y Adolescentes. Desde el nacimiento hasta los 19 años de edad.

Cartilla Nacional de Salud de la Mujer. 20 a 59 años.

Cartilla Nacional de Salud del Hombre. 20 a 59 años.

Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor. 60 años en adelante.

Todas las dosis de vacunas que se apliquen se anotarán en la Cartilla que corresponda, dependiendo de la edad del usuario del servicio.

Cuando no se presente la Cartilla, deberá proporcionarse una nueva si no cuenta con ella, o en caso de olvido de la misma, excepcionalmente se entregará un comprobante de vacunación, indicándole que acuda a la unidad de salud para actualizar datos.

PROVAC

Las coberturas por grupo de edad y tipo de biológico se evaluarán a través del PROVAC, sistema de información automatizado, común a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, que consta de formatos, flujos y procedimientos homogéneos al interior de cada institución.

El PROVAC es un sistema computarizado en el que se llevará el registro nominal de los menores de ocho años y de las mujeres embarazadas, proporciona informes analíticos que se utilizarán en la toma de decisiones, para la planeación de estrategias operativas, en la evaluación de coberturas. Dichos informes se deben utilizar en los

diferentes niveles de responsabilidad: estatal, delegacional, zonal, jurisdiccional, municipal, por localidad, sector, manzana, área geoestadística básica y por unidad médica operativa.

Las fechas límites para la entrega de este informe, así como el correspondiente al trimestral de tétanos, en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, son las siguientes:

CORTE	FECHA DE ENTREGA
Diciembre 2007	14 de enero de 2008
Marzo 2008	10 de abril de 2008
Junio 2008	10 de julio de 2008
Septiembre 2008	10 de octubre de 2008
Diciembre 2008	14 de enero de 2008

Censo nominal

Durante el desarrollo de las actividades se deberá asegurar la incorporación de los niños no registrados en el Censo Nominal.

Se deberán utilizar los listados de niños con esquema incompleto que emite el PROVAC, por área de responsabilidad o localidad, para que se actualicen los Censos Nominales. Si algún niño recibe una dosis para esquema y no aparece en dichos listados, se anotará ya sea en la parte inferior de la hoja del listado o en el formato específico del Censo Nominal.

Con base en los listados se debe realizar la actualización del Censo Nominal y posteriormente intercambiar los listados entre las unidades de salud e instituciones dentro de las diversas áreas de responsabilidad, conforme a la regionalización establecida.

SUBSISTEMAS DE INFORMACIÓN

Las metas y actividades realizadas durante las actividades permanentes de vacunación se reportarán en las fechas y los formatos establecidos en cada una de las instituciones del sector salud, que participan en la Vacunación Universal.

Para el caso de la vacunación antiinfluenza, antineumocócica heptavalente y antirrotavirus, se llevará un registro adicional mensual para el seguimiento de las actividades. Cuando estas coincidan con las Semanas Nacionales de Salud, deberán registrarse tanto en el Subsistema específico como en el SENAS, a fin de evaluar ambas acciones. En la evaluación anual que se realice por vacuna, deberá reducirse la cifra reportada en el SENAS para evitar la duplicación de las actividades.

Las dosis que se apliquen durante las Semanas Nacionales de Salud no deberán registrarse en el Sistema de Información en Salud (SIS), a fin de evitar duplicidad de datos con el Sistema de Información Computarizado de las Semanas Nacionales de Salud (SENAS).

Las indicaciones y formatos específicos para los subsistemas de información de Semanas Nacionales de Salud, vacunación antiinfluenza, vacunación antineumocócica heptavalente y vacunación antirrotavirus, se presentan en los anexos finales de estos lineamientos.

Supervisión

La supervisión es un importante instrumento que nos permite identificar problemas técnico administrativos y plantear alternativas de solución, así como medidas correctivas y preventivas pertinentes en los diferentes niveles de atención, esta actividad permiten alcanzar las metas y objetivos dentro de los plazos establecidos.

Su propósito fundamental será asesorar al personal para que desarrolle en forma óptima las tareas que tienen encomendadas y vigilar el desarrollo de las actividades tanto permanentes como en Semanas Nacionales de Salud.

Para tal efecto se reforzará la supervisión de las actividades permanentes y durante las Semanas Nacionales de Salud, se integrarán equipos interinstitucionales que lleven a cabo esta actividad en los niveles estatal, regional y operativo. Se utilizarán guías elaboradas en forma sectorial para mantener criterios uniformes de supervisión y cada

institución se encargará de llevar a cabo el seguimiento a las observaciones emitidas a las unidades de su responsabilidad.

Seguimiento

Se verificarán los avances de la vacunación y de las demás actividades con el propósito de detectar rezagos, en los niveles local, zonal o jurisdiccional y regional o estatal.

El logro se calculará de acuerdo con la acción programada y para las Semanas Nacionales de Salud exclusivamente con el grupo blanco.

En los diferentes niveles de la estructura de salud (estatal o regional, jurisdiccional o zonal y local) se deberá contar con la siguiente información de su área de responsabilidad:

- a) Total de niños menores de cinco años que determina la proyección 2008 del Consejo Nacional de Población y su correlación con la inscrita en el Censo Nominal.
- b) Coberturas de vacunación por tipo de biológico y grupo de edad del corte de PROVAC más reciente.
- c) Total de esquemas completos terminados.
- d) Total de dosis aplicadas por tipo de biológico.
- e) Total de localidades existentes y su correlación con las trabajadas.
- f) Total de municipios considerados en fase de ataque y su correlación con los trabajados. De estos municipios es importante además contar con la información actualizada de cobertura con segundas dosis de toxoide tetánico diftérico en las mujeres de 12 a 44 años.
- g) Total de escuelas existentes bajo su responsabilidad y su correlación con las trabajadas (Semanas Nacionales de Salud).

- h) Número de alumnos de primer grado vacunados y su correlación con los inscritos en las escuelas primarias (Semanas Nacionales de Salud).
- i) Relación de localidades o áreas de riesgo para las infecciones respiratorias agudas y diarreas, así como de las escuelas primarias y secundarias que se encuentran ubicadas en éstas (Semanas Nacionales de Salud).

Evaluación

La evaluación de las actividades permanentes de vacunación se deberá realizar mensualmente, tanto a nivel local, como jurisdiccional, delegacional o zonal y estatal, y enviar cada tres meses un corte estatal del PROVAC al nivel nacional.

Al finalizar las actividades de cada una de las Semanas Nacionales de Salud, los Consejos Estatales deberán analizar los logros alcanzados, así como las contingencias que afectaron positiva o negativamente el desarrollo de las acciones, con la finalidad de buscar las estrategias que permitan mejorar estas actividades.

ANEXO N° 1 SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN PARA SEMANAS NACIONALES DE SALUD (SENAS)

Las metas de actividades en Semanas Nacionales de Salud: Deberán registrarse en los formatos de **METAS DE VACUNACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA SEGÚN INSTITUCIÓN** (SNS-METAS-EF-VAC) y **METAS DE ACTIVIDADES ADICIONALES POR ENTIDAD FEDERATIVA SEGÚN INSTITUCIÓN** (SNS-METAS-EF-AA), informando el global de las acciones previstas a realizar en la entidad federativa correspondiente.

Recursos: Se registrarán en el Formato SNS-RFH.

Ceremonia Inaugural: Se registrará en el Formato SNS-CI.

Informe Preliminar de Actividades Realizadas: Se registrará en el Formato SNS-IPAI.

Informes Finales: Se registrarán en los formatos SNS-CE-Sab, SNS-CE-Td, SNS-CE-SR, SNS-CE-SRP, SNS-CE-Pent, SNS-CE-BCG, SNS-CE-VSO, SNS-CE-VitA y SNS-CE-Alb.

Formatos Intermedios: Los formatos SNS-CI-Sab, SNS-CI-Td, SNS-CI-SR, SNS-CI-SRP, SNS-CI-Pent, SNS-CI-BCG, SNS-CI-VSO, SNS-CI-VitA y SNS-CI-Alb, se pueden utilizar en las unidades de salud que tengan bajo su responsabilidad otras unidades o brigadas.

Formatos Primarios: Los formatos SNS-RD-Sab, SNS-RD-Td, SNS-RD-SR, SNS-RD-SRP, SNS-RD-Pent, SNS-RD-BCG, SNS-RD-VSO, SNS-RD-VitA y SNS-RD-Alb; serán llenados directamente por el responsable de la actividad.

La información se deberá notificar al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en los formatos y fechas que se describen en el cuadro siguiente:

FORMATOS	NOTIFICACIÓN AL CENSIA		
	PRIMERA SNS	SEGUNDA SNS	TERCERA SNS
<ul style="list-style-type: none"> • Metas de Actividades por Institución • Recursos Físicos y Humanos por Institución 	15 de enero	14 de abril	1 de septiembre
<ul style="list-style-type: none"> • Informe de la Ceremonia Inaugural 	18 de febrero	19 de mayo	6 de octubre
<ul style="list-style-type: none"> • Informe Preliminar de Actividades por Institución 	25 de febrero	26 de mayo	13 de octubre
<ul style="list-style-type: none"> • Concentrados Estatales de las Actividades Realizadas 	10 de marzo	9 de junio	3 de noviembre

La información de metas, recursos y actividades realizadas deberá ser validada por las instituciones del Sector y deberá entregarse a los Consejos Estatales, cinco días hábiles antes de la fecha establecida para el envío al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, con el propósito de que dichos Consejos integren y validen la información y se registre en los formatos establecidos. Cada institución enviará una copia de los formatos validados a sus niveles normativos centrales.

Después de recibida la información en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, no habrá lugar a rectificaciones, toda vez que ya fue consensuada y validada por las instituciones del Sector.

El reporte de las actividades realizadas se reportará al correo electrónico censia_senas@salud.gob.mx

ANEXO N° 2 SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN PARA VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA EN LA TEMPORADA INVERNAL 2007-2008

El avance de las actividades realizadas se reportará al correo electrónico censia_influenza@salud.gob.mx en el formato "Informe quincenal de avance en dosis aplicadas del Sector Salud", validándose en los COEVA's antes de su remisión al nivel nacional, bajo el siguiente calendario: el 15 de octubre, 5 y 19 de noviembre, 3 y 17 de diciembre del 2007, 7 y 21 de enero de 2008 y el informe final el 4 de febrero de 2008.

ANEXO N° 3 SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN PARA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCCICA HEPTAVALENTE

El avance de las dosis aplicadas se reportará en los formatos establecidos, validándose por la o las instituciones que participaron en la aplicación de la vacuna, antes de su remisión al nivel nacional (CENSIA). Para tal fin, las metas a considerar serán las anualizadas que correspondan.

El reporte de avance de las dosis aplicadas se realizará con la fecha de corte del SIS y se remitirá dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que se informa al correo electrónico censia_neumococo@salud.gob.mx. Cabe señalar que las dosis que se informen en este Subsistema específico, deberán registrarse en el SIS, por lo que deberá tenerse presente dicha situación para evitar el reporte duplicado de acciones en otro tipo de informes o evaluaciones.

ANEXO N° 4 SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN PARA VACUNACIÓN ANTIRROTAVIRUS

El reporte de avance de las dosis aplicadas se realizará con la fecha de corte del SIS y se remitirá dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que se informa al correo electrónico censia_rotavirus@salud.gob.mx. Cabe señalar que las dosis que se informen en este Subsistema específico, deberán registrarse en el SIS, por lo que deberá tenerse presente dicha situación para evitar el reporte duplicado de acciones en otro tipo de informes o evaluaciones.