
	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
<b>SIVIGILA</b>				
<i>Sistema de Vigilancia en Salud Pública</i>				
<b>Boletín Epidemiológico Semanal</b>				
<i>Semana Epidemiológica No. 42</i>			<i>Octubre 13 a 19 de 2002</i>	

<b>JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN. DIA DE PONERSE AL DÍA. 27 de Octubre de 2002</b>	<b>1</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II. Situación actual del Programa Nacional de Vacunación en Colombia</b>	<b>1</b>
<b>III. Lineamientos de la jornada</b>	<b>2</b>
<b>A. Objetivo</b>	<b>2</b>
<b>B. Metas</b>	<b>2</b>
<b>IV. ESTRATEGIAS DE VACUNACION EN LA JORNADA</b>	<b>5</b>
<b>QUE PASÓ ESTA SEMANA?</b>	<b>7</b>
<b>Encefalitis equina venezolana en Santander</b>	<b>7</b>

**JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN. DIA DE PONERSE AL DÍA. 27 de Octubre de 2002**

**I. Introducción**

Ante el gran compromiso Nacional de garantizar la vacunación a la niñez Colombiana, la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud - INS ha decidido realizar la jornada nacional de vacunación "DIA DE PONERSE AL DIA", dirigida a los niños y niñas de 0 a 4 años de edad. Esta jornada se llevará a cabo en los meses de Octubre y Noviembre de 2002, dentro de la meta de obtener coberturas útiles en vacunación (superiores al 95%) con todas las vacunas en todos los municipios del país.

**II. Situación actual del Programa Nacional de Vacunación en Colombia**

Desde 1997 las coberturas en vacunación han venido descendiendo, alejándose cada vez más del 95% (cobertura útil), que es la única que garantiza el control de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación y que constituye un indicador a cumplir en los planes de control, eliminación y erradicación de las mismas.

Si bien es cierto que en el año 2000 se dio un ligero repunte en las coberturas, al evaluar el primer semestre del año 2002 con información a los meses de junio y julio se observa que:

- Con VOP, solo 7 departamentos alcanzan coberturas útiles, 15 tendrían coberturas entre el 70 y 90% y el resto (14 departamentos) coberturas entre el 30% y 70%, con un promedio nacional a final de año del 80.2%.
- Con BCG, hasta ahora, 8 departamentos tendrían coberturas útiles, 18 coberturas entre el 70% y 90%; 10 departamentos entre el 40% y el 70 %, alcanzando una cobertura nacional de 79.8%.
- Con DPT, 4 departamentos tendrían coberturas superiores al 95%, 18 contarían con coberturas entre el 70% y 90 % y 14 entre el 30% y 70%, alcanzando una cobertura nacional del 73.2%.
- Con HB, 1 departamento tendría cobertura superior a 95%, 21 obtendrían coberturas entre el 70% y 90 % y 14 entre el 30% y 70%, alcanzando una cobertura nacional a final de año de 71.8%.
- Con Hib, 2 departamentos tendrían coberturas superiores al 95%, 3 coberturas entre el 70% y 90 % y 31 entre el 20% y 70%, alcanzando una cobertura nacional a final de año de 51.8%.
- Con MMR o Triple viral, 13 departamentos tendrían coberturas superiores al 95%, 13 entre el 30 y 70 % esperándose una cobertura nacional al finalizar el año del 91.2%.

Igualmente la cobertura de vacunación en niños menores de 1 año que han debido iniciar esquema con Pentavalente, debe ser homogénea para antígenos DPT, HB y Hib, al igual el porcentaje de deserción (DPT3-DPT1).

### III. Lineamientos de la jornada

#### A. Objetivo

Intensificar a partir de esta estrategia de DIA DE PONERSE AL DIA la vacunación infantil masiva con miras a cumplir la meta propuesta por el Gobierno Nacional de obtener al final del presente año coberturas útiles de vacunación.

#### B. Metas

- Iniciar y completar esquemas a 237.642 niños menores de un año que no han recibido vacuna BCG-VOP-HB-DPT-Hib en el territorio nacional.
- Vacunar a 231.088 niños de 1 año que no han recibido la vacuna triple viral o MMR.
- Vacunar a los niños de 6 meses a 4 años de edad que no hayan recibido el refuerzo de vacuna antisarampionosa durante la jornada de seguimiento contra sarampión.
- Iniciar, completar esquemas, o colocar los refuerzos normados a niños susceptibles de 1 a 4 años, de acuerdo a la disponibilidad de biológicos en los Servicios de Salud.
- Vacunar igualmente con Td a mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años) en municipios de alto riesgo para Tétanos neonatal, y al 100% de embarazadas en el territorio nacional.

### C. Población Objeto

La población objeto a cubrir durante la jornada son los niños y niñas de 0 a 4 años de edad en todo el territorio nacional.

La definición de personas a vacunar se calcula con base a la cobertura alcanzada en la población programada para cada uno de los biológicos para el presente año proyectada según el censo de población DANE de 1993. Los municipios que tienen censos de canalización podrán ajustar su población meta haciendo el trámite ante la Dirección de Salud Departamental correspondiente quien hará lo mismo ante el PAI nacional.

### D. Vacunas a utilizar:

- **Vacuna Oral de Poliovirus (VOP o tipo Sabin).**

Es una vacuna preparada con cepas de los diferentes virus vivos atenuados para uso oral; por ser replicativa, es la que más simula el proceso natural de la infección. Estimula la producción de anticuerpos secretores IgA y circulantes IgG. La vacuna oral trivalente es de mejor utilización en nuestro medio. Su color varía de amarillo pálido a rosado claro, se presenta en frascos goteros de 10 a 20 y hasta 25 dosis. Cada dosis contiene:

Poliovirus 1 1.000.000 TCID50  
Poliovirus 2 100.000 TCID50  
Poliovirus 3 600.000TCID 50  
7 microgramos de Sulfato de Neomicina B.

- **Vacuna contra la Difteria Tétanos y Pertusis: monovalente DPT:**

La vacuna consiste en una suspensión de bacterias muertas combinada con los toxoides Diftérico y Tetánico, así como vacuna pura de Bordet-Gengou (Pertussis). Un mililitro contiene de 25 a 50 Lf de Antígeno Diftérico purificado y adsorbido: 20.000 a 40.000 millones de Bordetella Pertussis, Agente conservador 0.01% de Tiomersal.

- **Vacuna Contra la Hepatitis B Monovalente HB**

Las vacunas contra la Hepatitis B son fracciones virales inactivadas. Algunas se producen con partículas virales inactivadas provenientes de la sangre de enfermos o de portadores, mientras que otras (Recombivax y Engerix-B) provienen de producción del antígeno en bacterias o levaduras por tecnología de DNA recombinante. Se presenta en ampollas de 1 ml. Los constituyentes de las vacunas varían en pureza de las subunidades virales y el contenido antigénico, pero todas contienen alumbre y preservativos. Dosis pediátrica: 0.5 ml equivalente a 10 mcg

- **Vacuna Contra la Meningitis causada por Haemophilus Influenzae tipo B Hib Monovalente (Hib):**

Es una vacuna conjugada anti-haemophilus influenzae tipo b, compuesta por oligosacáridos cortos conjugados a una proteína transportadora CRN variante, no tóxica. Cada dosis de 0.5 ml de vacuna (obtenida mezclando el contenido del frasco con el contenido de la ampolla o jeringa), se prepara en un excipiente de 1 mg de Hidróxido de Aluminio y 0.05 mg de tiomerosal. Su presentación es en frasco de 1 dosis con 0.25 ml de vacuna pre-envasada en jeringa con 0.25 ml de suspensión de hidróxido de aluminio. Dosis 0.5 ml.

- **Vacuna Contra la Tuberculosis (BCG):**

La vacuna que actualmente utiliza el programa es la vacuna de Glucamato BCG (Japón), es una vacuna congelada y deshidratada viva hecha con extracto de (strain) concentrado de Mycobacterium bovis, se utiliza para la prevención de la tuberculosis la vacuna debe conservarse a temperatura entre 2 y 8 grados protegida de la luz, para su reconstitución utilizar únicamente el diluyente indicado. La presentación de esta vacuna es en frascos de 10 dosis / de 0.5 mg de BCG, la cual se diluye en 1.0 ml de diluyente, la dosis a aplicar es 0.1 ml, via intradérmica.

- **Vacuna Pentavalente (DPT-HB-Hib):**

La presentación Pentavalente que esta utilizando actualmente el programa consta de una vacuna combinada DPT+HB en suspensión y otra Liofilizada correspondiente al antígeno Hib las cuales deben mezclarse adecuadamente antes de proceder a su aplicación. Viene por presentación de una y dos dosis.

La fracción DPT-HB contiene fracciones de Difteria (D) y Tétanos (T), bacterias inactivas de Pertussis (Pw) y el principal antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B purificado (HBV) adsorbido en sales de aluminio. 0.5 ml de vacuna contiene no menos de 30UI de toxoide D adsorbido, no menos de 60UI de Toxoide T adsorbido, no menos de 4 UI de Pw y 10 mg de proteína HbsAG recombinante.

La fracción Hib contiene 10 Ug de polisacárido capsular purificado unido por convalecencia a aproximadamente 30 ug de toxoide tetánico.

- **Toxoide Tetánico Difterico (Td):**

Suspensión estéril de toxoides Difterico y tetánico, 1 ml de vacuna Td contiene de 1 – 2 Lf de antígeno difterico purificado y absorbido y de 10 – 20 Lf de antígeno tetánico purificado y absorbido. La presentación de esta vacuna es en frascos de 10, cada dosis corresponde 0.5 ml su aplicación vía IM profunda.

El TT o el Td nunca se deben congelar deben conservarse refrigerados (2 a 8 grados centígrados). Si bien, en circunstancias de fallas de la red de frío, no deben desecharse, pues ambos toxoides resisten a temperatura ambiente menor de 25 grados hasta por 4 semanas.

- **Vacuna Triple viral (MMR):**

El tipo de vacuna será la que contiene los virus vivos atenuados de sarampión cepa Schwartz, obtenidos en cultivo de células de embrión de pollo; virus vivos atenuados de rubéola cepa Wistar RA 27-3, obtenidos en cultivos de células diploides humanas y

virus atenuados de la parotiditis cepa Urabe AM 9, obtenidos en células de embrión de pollo.

Además, contiene solución salina estabilizante, c.s.p. 0.5 ml y no más de 10 g de sulfato de neomicina (residuo del proceso de producción). La vacuna se presenta liofilizada en frasco ampolla de 10 dosis con su respectivo diluyente, cada dosis corresponde a 0.5 ml.

- **Vacuna Antisarampión:**

El tipo de vacuna será la que contiene los virus vivos atenuados de sarampión, cepa Edmonston-Zagreb. La vacuna se presenta liofilizada en frasco ampolla de 10 dosis con su respectivo diluyente cada dosis corresponde a 0.5 ml y su aplicación se debe hacer por vía subcutánea.

#### **IV. ESTRATEGIAS DE VACUNACION EN LA JORNADA**

Las estrategias de vacunación a emplear, depende de la situación particular de la población a vacunar, el acceso a los servicios existentes y disponibles, los recursos disponibles, la experiencia previa actividades similares, etc, algunas de estas estrategias son:

- **Vacunación Intramural o Institucional**

En la jornada se deba facilitar el acceso permanente de tal forma que toda IPS preste el servicio durante las 8 horas de la jornada. Se debe ampliar el horario de vacunación en aquellas IPS que tengan horarios parciales para la prestación del servicio.

Aprovechar todo contacto de la población objeto con los servicios, independiente del motivo de consulta y del estado de afiliación al SGSSS. Todas las IPS que presten servicios de vacunación deben establecer puestos adicionales en los servicios de consulta externa y urgencias, así como vacunar todo paciente hospitalizado que no tengan contraindicaciones.

Las EPS privadas y las ARS deben coordinar, facilitar, participar, brindar apoyo logístico y velar porque se realice la vacunación de su población afiliada. Es importante en estas entidades concertar entre ellas y con la red pública, para garantizar la universalidad de la vacunación en todos los niños. Además, deben garantizar el diligenciamiento de los registros respectivos y su remisión a los programas de vacunación de los municipios o departamentos, según la directriz nacional.

- **Vacunación Extramural o Comunitaria:**

- Visitas casa a casa en especial en las áreas rurales y/o zonas urbano marginales poco accesibles al programa regular y barrios sin acceso a servicios de salud
- Brigadas de penetración en zonas de difícil acceso, con previa promoción de la vacunación por concentración. En áreas de conflicto se debe buscar el apoyo de las misiones médicas, de ONG's y de la CICR.

- Vacunación casa a casa en zonas urbanas con alto riesgo. Vacunación con puestos fijos en zonas de concentración poblacional (mercados, plazas, parques, terminales de transporte, guarderías, centros educativos etc.)
- Vacunación con Puestos móviles complementarios a los puestos fijos, en zonas urbanas altamente pobladas, con rotación cada 3 a 4 horas.

## QUE PASÓ ESTA SEMANA?

- Continuamos en silencio epidemiológico para sarampión. No se han confirmado casos desde la semana epidemiológica 36.

-

### **Encefalitis equina venezolana en Santander**

- Esta semana se notificó un caso de encefalitis equina venezolana humana, en el corregimiento de Carpintero, Municipio de Puerto Wilches, Santander. Está pendiente la investigación del caso.

## SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

**BARRANQUILLA, BOGOTA, CAQUETA, RISARALDA.**

**El porcentaje de cumplimiento de notificación para esta semana fue de 67.2%.**

La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las 6 p.m. del día miércoles de cada semana.

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>