

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE VENEZUELA. RECOMENDACIONES ENERO 2020 SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Juan T. Carrizo Ch. (1), Adelfa Betancourt (2), Jacqueline de Izaguirre (3), Yecenia Pérez (4),
Tatiana Drummond (3), Dina Figueroa (4), Alejandro Rísquez (2), José Levy (2), Enriqueta Sileo (5)

SITUACIÓN ACTUAL DE LA GRIPE

ESPAÑA: El informe del Sistema de vigilancia de la gripe en España correspondiente a la primera semana epidemiológica del año (semana 1/2020, del 30 de diciembre al 5 de enero) señala circulación predominante del virus A (H1N1) pdm09. La tasa de incidencia de gripe ha aumentado hasta 54,6 casos por 100·000 habitantes, el umbral epidémico a nivel nacional (52,6 casos por 100·000 habitantes).

- De las detecciones virales reportan 55,5·% son tipo A [80 % de A (H1N1) pdm09] y el 44,5·% son tipo B.

- La tasa acumulada de hospitalizaciones desde el comienzo de la temporada se sitúa en 2,8 por 100·000 habitantes, con el mayor peso entre los mayores de 64 años.

- De los casos graves hospitalizados confirmados (CGHCG), la tasa acumulada es de 1,2/100·000, el 91 % son virus de la gripe A. El 44 % de los CGHCG ocurre en el grupo de mayores de 64 años, seguido del grupo de 45 a 64 años (30 %). La letalidad entre estos pacientes es del 10·%.

SITUACIÓN DE LA GRIPE EN EUROPA Y EN EL RESTO DEL MUNDO

La actividad gripal aumenta en la mayoría de los países de la zona templada del hemisferio norte. La mayoría de los virus de la gripe detectados a nivel mundial son del tipo A (69·%), con 71·% de A (H3N2) entre los subtipos. De los virus B caracterizados, el 98 % pertenecían al linaje Victoria.

Europa predomina la gripe por virus A [mayor peso del A (H3N2), pero con A (H1N1) pdm09 en ascenso], mientras que en EE. UU. y Canadá predomina la gripe B (linaje Victoria).

En EE. UU. coexiste circulación de todos los subtipos de virus, señalando un alto porcentaje de virus tipo B/Victoria, inusual para esta época del año, seguido del virus A (H1N1) pdm09 en frecuencia. Los virus A (H3N2) y B/Yamagata circulan a un nivel muy bajo. Se han registrado, hasta la semana 52/2019 más de 55·000 hospitalizaciones (tasa 9,2/100·000) y 2900 fallecimientos relacionados con la gripe (27 de los cuales corresponden a niños, la mayoría, dos tercios de ellos, por virus B/Victoria).

-
- 1- Pediatra Neonatólogo. Coordinador Comisión.
 - 2- Pediatra Epidemiólogo,
 - 3- Pediatra Infectóloga,
 - 4- Pediatra.
 - 5- Pediatra Medicina del adolescente.

CORONAVIRUS. POTENCIAL PANDEMIA

El 9 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud informó de un nuevo coronavirus en Wuhan, provincia de Hubei, China, en curso desde diciembre de 2019. Los coronavirus son comunes en muchos animales. Esta cepa de coronavirus se transmitió originalmente de animales a humanos, ha mutado para permitir la transmisión de humano a humano y podría cambiar aún más.

Los coronavirus humanos se identificaron a mediados de la década de 1960. Los siete coronavirus que pueden infectar a las personas son: 229E, NL63, OC43, HKU1 (estos ocasionan infecciones menores comúnmente en todo el mundo) y otros más recientes SARS-CoV, MERS-CoV, y el nuevo coronavirus 2019-nCoV. El SARS-CoV es el causal del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), identificado en China en noviembre de 2002. Causó un brote mundial en 2002-2003 con 8.098 casos probables, incluidas 774 muertes. Periodo de incubación de 2- 7 días. Periodo de contagiosidad desde la aparición de los síntomas hasta dos semanas de iniciados.

El MERS-CoV responsable del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) detectado en Arabia Saudita en 2012. Hasta 2014 se han confirmado 402 casos en 12 países, con 93 muertes registradas. Periodo de incubación de 5 a 14 días.

La contaminación es de persona a persona. La forma principal de propagación del SRAS-CoV, el MERS-CoV y parece ser también la del 2019-nCoV es el contagio por gotitas de secreciones respiratorias cuando una persona infectada tose o estornuda y por el contacto cercano, quiere decir haber cuidado o vivido con alguien infectado.

Los síntomas en común para estos tres últimos coronavirus son fiebre (>38.0°C), dolor de cabeza, malestar general, dolor en articulaciones y músculos. Algunas personas experimentan signos de dificultad respiratoria y contraer neumonía. Los coronavirus atacan principalmente las vías respiratorias y gastrointestinales, y sus movimientos furtivos dificultan la síntesis de una vacuna o cura. Las observaciones con el comportamiento del 2019-nCoV, hasta esta fecha, apuntan a la contagiosidad aun antes de presentar síntomas con lo cual resulta más complicado la detección de las personas infectadas. Para la fecha el brote está en 18 naciones, más de 8000 casos confirmados en China de las cuales más de 200 personas han muerto. No hay tratamiento y no hay vacunas contra el coronavirus, aunque varios equipos trabajan en ello pero hay indi-

caciones que al cumplirse reducen el riesgo de infección:

- Lavarse con frecuencia las manos por lo menos 20 segundos.
- Toser y estornudar en el ángulo del codo.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca sin haberse lavado las manos
- Evitar el contacto cercano con personas que puedan estar infectadas. El 30 de enero la OMS declara Emergencia de salud pública de importancia internacional. Sin embargo estemos preparados para la expansión pandémica.

Venezuela desde 2016 carece de vacuna contra la influenza dentro del Ministerio de Poder Popular para la Salud y cifras de estadística vital son desconocidas por el gremio médico y la colectividad. La Organización Panamericana de la Salud informó que Venezuela reportó hasta el 31 de diciembre de 2019, la cantidad de 552 casos de sarampión incluidas dos defunciones y desde julio de 2016 hasta noviembre de 2019, el brote de difteria ha causado al menos 291 muertes en el país, 20 de ellas en 2019. A pesar de haber nuevas vacunas, varias de ellas incorporadas a esquemas en países de la región, Venezuela permanece al margen de tales beneficios. La Comisión mantiene las siguientes recomendaciones específicas para la situación actual en 2020.

1. Mantener la promoción dentro de la comunidad de la importancia de estar al día con las vacunas pautadas para cada grupo de edad: niños, adolescentes, adultos y mujeres en edad reproductiva.
2. Insistir con la información que básicamente el Ministerio Popular para la Salud, es el que actualmente tiene la disponibilidad en escasa cantidad las vacunas: BCG, HB, DTPw, Hib, IPV/OPV, DT, TT, SR, SRP, FA. No administra vacunas conjugada contra neumococo, vacuna contra rotavirus ni contra la influenza desde 2016.
3. Cumplir normas de prevención para influenza y coronavirus.

SUPLEMENTO

(1) Vacuna antituberculosis.

Bacillus de Calmette Guérin (BCG)*

En países con alta carga de morbilidad por tuberculosis (más de 40 casos de TB en todas sus formas por 100 000 habitantes) a todos los recién nacidos o lactantes debe administrarse dosis única de la vacuna BCG lo antes posible. No debe vacunarse contra la tuberculosis a los lactantes y niños con infección sintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ni a aquellos que sufran inmunodeficiencia por otras causas.

Puede administrarse hasta los 7 años sin previa prueba de PPD, quien no tenga antecedentes de haber recibido la vacuna y no sea contacto de caso de tuberculosis. La administración en mayores de 7 años, se hará exclusivamente por indicaciones específicas de orden médica o epidemiológica.

De 10 a 20% de los vacunados no desarrollan cicatriz vacunal, sin que esto se correlacione con falta de protección o sea indicación para revacunar. Ver gráficas I y II.

(2) Vacuna antihepatitis B. (Hep B)*

Administrar a todo recién nacido dentro de las primeras 12 horas del nacimiento, antes de su egreso de la maternidad. Cuando se desconozca el estado serológico de la madre para el Virus de la Hepatitis B (VHB), debe evidenciarse en ella, solicitando los marcadores anticuerpos Hbcore (anti Hbcore) y antígenos de superficie de virus de hepatitis B (anti HBsAg).

Si el recién nacido es producto de madre con serología negativa para el VHB, se puede iniciar el esquema de vacunación a los dos meses de edad. El intervalo mínimo entre 2da y 3ra dosis, nunca debe ser menor a 8 semanas y la 3ra dosis nunca antes de los 6 meses de la primera.

El recién nacido producto de madre con serología positiva (HBsAg) para Hepatitis B debe recibir la 1ra. dosis de la vacuna en las primeras 12 horas de vida y adicionalmente 0.5 ml de inmunoglobulina anti Hepatitis B. Ésta última puede administrarse hasta el 7mo día de nacido. La 2da dosis se debe administrar al mes de edad y 3ra., no antes de los 6 meses de edad. A estos niños, posteriormente, de los 9 a 18 meses después de completar el esquema de vacunación, se les pedirá la determinación de Anti-HBsAg; si las cifras de anticuerpos son menores a 10 UI/l, debe repetirse el esquema completo.

Para la dosis en el recién nacido sólo debe administrarse la vacuna monovalente, mientras que para continuar y completar el esquema de vacunación puede utilizarse el producto monovalente o vacunas combinadas (Pentavalente o Hexavalente). Δ Ver gráfica I

A todo niño o adolescente con afecciones crónicas (diabetes, patología renal, cardiopatías, enfermedad respiratoria y otras) debe evaluarse su estado de vacunación contra la hepatitis B. De no tener antecedentes de vacunación, es importante administrar la serie.

(3) Vacunas antipoliomielitis.*

Desde el año 2014 la OMS inició la estrategia que llevará a la erradicación de la polio, al realizar el cambio de la vacuna tVPO (virus 1,2 y 3) por bVPO (virus 1 y 3). Desde el 1ro de mayo de 2016 mundialmente se administra la bVPO. Este cambio se acompaña con la recomendación de que la primera dosis se cumpla con la administración de vacuna de polio inactivada (VPI) a los dos (2) meses de edad (sola o con vacuna combinada) y, vacuna polio oral (bVPO) en las dosis subsiguientes de los cuatro (4) y seis (6) meses de edad, así como en los refuerzos y en las campañas de seguimiento.

De no cumplirse en la primera dosis la administración de la VPI, puede hacerse en cualquiera de las dosis de la serie (2da o 3ra dosis). Niños que hayan recibido solo VPI, deben recibir dosis de bVPO en campañas de seguimiento.

Hijos de madres con VIH/SIDA, niños con infección do-

cumentada con VIH y otras inmunodeficiencias deben recibir vacuna IPV, no deben recibir vacuna VPO. ΔΔ Ver gráfica I

(4) Vacunas antidifteria, tétanos y pertussis (Tos ferina)*

El esquema ideal de tres dosis más dos refuerzos, debe ser con DTPc (Pertusis completa) o con la vacuna DTPa (Pertusis acelular). La vacuna dTpa, contentiva de menor concentración de los componentes difteria y pertusis, debe usarse como dosis única de refuerzo o como una de las dosis dentro de la serie en las siguientes situaciones:

Niños de 7 a 10 años y adolescentes.

- Con esquema incompleto: Dentro de las dosis faltante debe administrarse una de dTpa las otras con dT.
- No inmunizados deben recibir la serie de tres dosis. Una de ellas debería ser con dTpa y dos dosis de dT.

La vacuna dTpa puede ser administrada en mujeres embarazadas idealmente de las 27 a 36 semanas de gestación (32 semanas en promedio), de no lograrse se debe administrar en el postparto inmediato; y posteriormente las dosis necesarias de TT o dT, a objeto de cumplir con las pautas para la eliminación del tétanos neonatal. La vacuna dTpa puede ser administrada en cada gestación. ΔΔ

En adultos (aún en mayores de 65 años), sin esquema previo o incompleto, una de las dosis debe ser dTpa.

Administrar refuerzos con dT o TT cada 10 años. Ver gráficas I y II.

Importante:

Consultar SVPP / Tips de Vacunas de septiembre y octubre de 2016. *

(5) Vacuna antihaemophilus influenzae tipo b.*

Se recomienda dosis de refuerzo de 15 a 18 meses de edad. Ver gráfica I

Niños no inmunizados, de 5 a 6 años de edad con enfermedades de alto riesgo de adquirir infecciones por Hib deben recibir una (1) dosis de vacuna pentavalente. Para aquellos infectados con VIH o con deficiencia de IgG2 deben recibir 2 dosis con intervalo de 4 a 8 semanas.

Aquellos niños vacunados con alguna combinación vacunal que incluya pertusis acelular, es muy importante que reciban la dosis de refuerzo, debido a la posibilidad de presentarse disminución en la producción de anticuerpos específicos contra *Haemophilus influenzae* tipo b, por interferencia inmunológica. Δ Ver gráfica I

(6) Vacunas antirotavirus**

Existen actualmente en el país dos vacunas anti Rotavirus. Se recomienda su uso rutinario a partir de los 2 meses de vida. El esquema de la vacuna monovalente humana (RV1 / Rotarix®) es de dos dosis, a los 2 y 4 meses de edad. Para la vacuna pentavalente humano-bovino (RV5 / Rotateq®) se administran 3 dosis: A los 2, 4 y 6 meses. A diferencia de la VPO no debe administrarse nuevamente ante regurgitación o

vomito de la misma. Para las dos vacunas la edad mínima de administración es 6 semanas y la edad máxima para la tercera dosis es 32 semanas y 0 días de edad. En caso de no estar documentada la vacuna de la dosis inicial (vacuna monovalente o pentavalente) puede continuarse el esquema con la vacuna disponible, pero cumpliendo el esquema indicado del producto. Ver gráfica I.

(7) Vacuna antineumocóccicas conjugada (Streptococcus pneumoniae) * ***

Se administran tres (3) dosis con intervalo de dos (2) meses y un refuerzo de los 15 a los 18 meses de edad. Los niños que reciban la primera dosis a partir de los siete (7) meses de vida, deben recibir dos (2) dosis más un (1) refuerzo. Quienes inicien esquema de 12 a 23 meses, solo recibirán dos (2) dosis. En niños sanos con edades de 24 a 59 meses sin inmunización previa, administrar una (1) dosis de vacuna conjugada PCV13, dando prioridad a niños con riesgo moderado de infección (asistencia a guarderías, casas de cuidado diario y otros).

Desde el 1 de julio de 2014 en Venezuela el PAI incluyó la vacuna PCV13, con el esquema de dos dosis: a los dos (2) y cuatro (4) meses de edad, y un (1) refuerzo de los 12 a 15 meses de edad.

Niños con alto riesgo de infección por *S. pneumoniae* mayores de 24 meses, adolescentes e individuos de todas las edades con alto riesgo a contraer infecciones por *Streptococcus pneumoniae* o sus complicaciones deben recibir en forma secuencial esquema mixto con las vacunas conjugadas y de polisacárido 23-valente de manera complementaria. (Ver vacuna Antineumocócica de polisacáridos 23-valente)

Recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunizaciones (ACIP) para esquema mixto

- Niños vacunados antes de los 2 años, con esquema completo o con 3 dosis de PCV 13, deben recibir 1 dosis de esta vacuna y con intervalo de 8 semanas una dosis de PV23.
- Niños no vacunados antes de los 2 años o con esquema menor a 3 dosis de vacunas conjugadas PCV 13, deben recibir dos dosis de esta vacuna con intervalo de 8 semanas y luego una dosis de PV23.
- Dosis única de PCV13 debe administrarse a niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad con asplenia anatómica o funcional, VIH, inmunodeficiencia primaria, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico y condiciones de riesgo (implante coclear, fuga de líquido céfalo raquídeo y otras) seguida a las 8 semanas de una dosis de VPS23.
- Individuos de 19 y más años de edad con enfermedades de inmunodepresión (insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico) asplenia anatómica o funcional, VIH, cardiopatías, enfermedades respiratorias y otras, debe administrarsele dosis única de PCV13 seguida de una dosis de VPS23, 8 semanas después. Aquellos pre-

viamente vacunados con VPS23 deben ser vacunados con dosis única de PCV13 un año después de haber recibido la VPS23. Δ

Dado que existen niños inmunizados con otras vacunas conjugadas sugerimos que el esquema mixto y complementario ya mencionado, pueda administrarse de igual forma a niños y adolescentes con alto riesgo tanto con PCV 10 como PCV 13. Ver Grafica I.

(8) Vacuna antiInfluenza ***

Toda persona \geq de 6 meses de edad debe recibir vacuna contra la Influenza.

A niños $<$ de 9 años que reciban la vacuna por primera vez, administrar 2 dosis con intervalos de 4 semanas. En menores de 36 meses se utiliza dosis pediátrica (0,25 ml), a partir de los 36 meses (0,5 ml). Posteriormente administrar una dosis anual. Ver gráficas I y II

Dado que la inmunidad es de corta duración, se recomienda la vacunación anual para una óptima protección contra la gripe, para todas las personas con edades de 6 meses en adelante, como la primera y mejor manera de proteger contra la influenza La Comisión de Inmunizaciones hace las siguientes indicaciones:

- Toda embarazada a cualquier edad gestacional, de ser posible se encuentre en el segundo o tercer trimestre. Vacuna inactivada. ΔΔ
- Toda persona sana con edad \geq a los 6 meses.
- Toda persona con edad \geq a los 6 meses que tenga alguna enfermedad crónica o condición de riesgo a padecer la influenza y complicaciones.
- Personas en contacto o al cuidado de personas de riesgo:
 - Trabajadores del sector de la salud. ΔΔ
 - Representantes y cuidadores de niños menores de seis meses de edad.

Todas las vacunas contra la influenza 2017-2018 han sido fabricadas para brindar protección contra cuatro virus.

(9) Vacunas antisarampión, antirubéola y antiparotiditis* *

Desde 2017 está indicada la vacuna para control de brote a partir de los seis (6) meses hasta los 11 meses de edad. Esta dosis no se contabiliza para el cumplimiento del esquema de rutina de dos dosis. Pauta que ha de cumplirse al administrar la primera dosis a los 12 meses de edad. La segunda dosis de los 18 a 24 meses

de edad. Esto para favorecer la pronta eliminación del sarampión y por la actual situación epidemiológica en nuestro país, recordando que el intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas. De no tener este esquema en los primeros 10 años debe cumplirse en la adolescencia. Ver gráficas I y II

Siguiendo pautas de la OMS /OPS /MPPS, para lograr la erradicación del Sarampión, es obligatorio la administración de dosis adicionales en las Campañas de Seguimiento y man-

tener altos porcentajes de cobertura de vacunación a nivel nacional y local (mayor de 90 %). ΔΔ

Importante:

Consultar SVPP / Tips de Vacunas de Enero de 2018. ELIMINACION DEL SARAMPIÓN. GUIA PRÁCTICA. *

(10) Vacuna antiamarilica (Fiebre Amarilla).* *

La persistencia de focos geográficos reactivados, ratifica la necesidad de vacunar a partir de los 12 meses de edad. En situación de epidemia la vacuna debe administrarse a partir de los 6 meses de edad, sin embargo el médico debe conocer y estar vigilante al riesgo teórico de encefalitis, que puede presentarse en niños de 4 a 9 meses de edad. En caso de vacunar a mujeres en lactancia, ésta debe suspenderse durante 14 días por el riesgo de pasar el virus vacunal al lactante. ΔΔ

La única institución autorizada para expedir el certificado internacional de vacunación antiamarilica es el MPPS. En mayo de 2013 la OMS declaró la no necesidad de administrar refuerzo. Sin embargo es aceptado que los países que consideren administrar el refuerzo en la población de las zonas de riesgo para Fiebre Amarilla, pueden hacerlo. Ver gráficas I y II

(11) Vacuna antihepatitis A. (HepA) *

Se administran dos (2) dosis con intervalo mínimo de seis (6) meses. La primera dosis se administra a los 12 meses de edad y la segunda dosis se debe administrar con intervalo de seis (6) meses a 18 meses en forma ideal o más. El esquema de la vacuna puede cumplirse en niños y adolescentes a cualquier edad. La dosis pediátrica se indica a menores de 18 años.

Sobre la base del elevado reporte de casos de Hepatitis A en los últimos seis meses del año 2018, ocasionados por múltiples factores en nuestro país (ser Venezuela área endémica, ausencia desde hace dos años de la vacuna, deterioro de las condiciones socioeconómicas de la población, déficit en el suministro de agua potable, mal manejo de las aguas servidas y otros) aunada a resultados de estudios de la eficacia y seguridad de la vacuna en lactantes y adultos que viajan a zonas de alto riesgo endémico de hepatitis A, la comisión recomienda la administración de una dosis de la vacuna desde los 6 a los 11 meses de edad, dosis que no se tomara en cuenta para cumplir el esquema de rutina de dos (2) dosis a partir de los 12 meses de vida.

En espera de su inclusión en el PAI. Ver gráficas I y II

(12) Vacuna antivaricela *

Se administran dos (2) dosis. La primera dosis debe administrarse a los 12 meses de edad y la segunda de los cuatro (4) a los seis (6) años de edad. Según situación epidemiológica el intervalo mínimo entre dosis es de cuatro (4) semanas. En los adolescentes no vacunados se administran 2 dosis con intervalos de 3 meses. En espera de su inclusión en el PAI. ΔΔ Ver gráficas I y II

(13) Vacunas antimeningococo *

El meningococo (*N. meningitidis*) causa enfermedad endémica y también epidémica, principalmente meningitis y meningococemia. En Venezuela desde 2009, circulan los serogrupos B, C, Y, en ese respectivo orden. Se conocen brotes en distintas zonas del país, uno de los más importantes es el del estado Sucre donde se aisló recientemente el serogrupo W. En los datos aportados en los informes anuales de SIREVA II (2013), se observa que los serogrupos B, Y y C afectó a los menores de un año y, en menores de 5 años, así como en el grupo de 5 a 14 años fueron los serogrupos B, C y Y como causantes de meningitis y sépsis. En el grupo de 15 a 25 años predominó el serotipo C, seguido de B y Y.

Las vacunas contra meningococo se recomiendan en el presente esquema a niños y adolescentes sanos y con alto riesgo a contraer la enfermedad (déficit de componentes del complemento, asplenia anatómica o funcional, inmunodeficiencias primarias y situaciones de endemia o hiper-endemia), con base en las consecuencias de la enfermedad y de sus complicaciones.

Las vacunas no conjugadas, por su poca inmunogenicidad en niños menores, solo deben ser administradas a partir de los 2 años de edad y dependiendo de la situación epidemiológica se harán las recomendaciones al respecto.

La Comisión de Inmunizaciones de la SVPP recomienda administrar:

Vacunas conjugadas tetravalentes contra meningococo

Venezuela hasta el momento ha registrado una vacuna conjugada tetravalente contra meningococos A/C/Y/W (MCV4). Actualmente solo la MCV4-D (MENACTRA®). Licencia concedida por el MPPS para administrar a partir de los 9 meses de edad hasta los 55 años.

Niños sanos y alto riesgo de infección por meningococos.

- Para niños sanos, administrar la primera dosis a partir de los 9 meses de edad y la segunda dosis a los 12 a 15 meses de edad. Cumplir un refuerzo en la adolescencia (de 11 a 19 años).
- Para niños sanos, sin antecedentes de vacuna antes de 24 meses, es decir de 2 a 10 años, administrar una dosis y refuerzos en la adolescencia.
- Para niños con alto riesgo de infección por meningococo con déficit de los componentes del complemento o con asplenia anatómica o asplenia funcional o VIH; administrar la primera dosis a los nueve (9) meses de edad y la segunda dosis ocho semanas (8) después. Refuerzo cada cinco (5) años. Este esquema debe cumplirse después de al menos cuatro (4) semanas de finalizada la serie de vacunas conjugadas contra el neumococo.

Adolescentes sanos sin antecedentes de vacunación.

- Preferiblemente administrar a los 11 a 12 años más refuerzo a los 16 años.
- Sí, se administra de 13 a 15 años, el refuerzo debe ser administrado de los 16 a 18 años.

- Sí, se administra a los 16 años, una sola dosis.

Adolescentes con alto riesgo de infección por meningococo con déficit de los componentes del complemento o con asplenia anatómica o asplenia funcional o VIH, sin antecedentes de vacunación de los nueve (9) meses de edad a los diez (10) años; administrar esquema de dos (2) dosis con ocho (8) semanas de intervalo y refuerzo cada cinco (5) años a partir de la fecha de la última dosis. Ver Gráficas I y II.

La vacuna MCV4-D también está indicada a trabajadores del sector salud y viajeros a zonas de alta endemicidad: una dosis hasta los 55 años de edad. ΔΔ

NOTA: Recientemente en USA han sido introducidas dos (2) nuevas vacunas conjugadas contra el meningococo B. Al estar registradas en Venezuela esta Comisión hará las respectivas recomendaciones.

15) Vacuna antineumocócica de polisacáridos 23-valente* *

No debe administrarse antes de los 2 años de edad. Para niños, adolescentes y adultos de todas las edades se debe cumplir esquema mixto con vacunas antineumocócica conjugadas (esquemas previos completos de VCN 10 o VCP 13), el intervalo mínimo con esquema completo previo de vacuna anti neumocócica conjugada es 8 semanas.

Desde febrero de 2013 el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunizaciones (ACIP) recomienda la revacunación hasta dos (2) dosis antes de los 65 años de edad con VPS23 después de transcurridos cinco (5) años de la primera dosis. Esta pauta aplica para niños, adolescentes y adultos con asplenia anatómica o funcional, incluyendo enfermedad de células falciformes o con una condición de inmunocompromiso. No se recomienda más de dos (2) dosis. Si se administra primero la PCV-23 debe esperarse un (1) año para administrar la VNC-13. Ver gráfica I y II.

16) Antivirus de Papiloma Humano (VPH)

En la actualidad hay tres tipos de vacunas contra el virus de papiloma humano (VPH) aprobadas en los E.E.U.U y Europa para su uso de forma rutinaria en los dos sexos:

- Vacuna tetravalente contra los serotipos de VPH 6, 11, 16 y 18. (Gardasil®, Merck).
- Vacuna bivalente contra los serotipos 16 y 18 (Cervarix®, Glaxo SmithKline).
- Vacuna nonovalente (Gardasil® 9, Merck) que protege contra 9 serotipos: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58.

En Venezuela se registró la Vacuna tetravalente, la Comisión recomienda la administración de la vacuna en adolescentes de los dos sexos a partir de los 10 años. El esquema a cumplir son tres (3) dosis con intervalos de 8 semanas, vía intramuscular. Pudiéndose administrar desde los 9 años de edad. Esta vacuna no se ha incluido en el esquema del MPPS ni se ofertó para la administración en consulta privada. Ver gráfica II.

Todas las vacunas contra el VPH fueron ensayadas en

miles de personas alrededor del mundo antes de ser aprobadas. Estos estudios no mostraron graves efectos secundarios. Tampoco ninguna muerte ha sido vinculada con cualquiera de las vacunas; solo los efectos secundarios comunes y leves que incluyen dolor en el lugar donde se administra la vacuna, fiebre, mareo y náuseas.

El desfallecimiento tras recibir la inyección es más común entre las mujeres adolescentes que entre niñas o mujeres adultas. Con el fin de evitar que la gente sufra alguna lesión debido al desmayo, se recomienda un periodo de reposo de 15 minutos tras recibir cualquier vacuna para personas de cualquier edad.

LLAMADAS EN EL SUPLEMENTO

- * Incluida en el esquema oficial del Ministerio Popular Para la Salud (MPPS).
- ** ELIMINADA 1ER SEMESTRE DE 2018 del esquema oficial del MPPS.
- ** Incluida en el esquema oficial del MPPS desde 2006 pero no administrada regularmente desde 2017.
- * Incluidas en el esquema ideal de la SVPP. Se administraban en consulta privada. NO DISPONIBLES EN EL PAIS.

* <http://www.svpediatria.org/secciones/publicaciones/tips-de-vacunas/>

Δ Actualmente en Venezuela no están disponibles presentaciones comerciales de algunas vacunas como son la antivariçela, anti Hib, vacunas combinadas tetravalentes (DTP-HB, DTPa-Hib) ni la combinada de hepatitis A/B, que podrían ser opción para el cumplimiento de esquemas vacunales. La Comisión sugiere consultar el Manual de Vacunas de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 2da ed. Libro electrónico. Editorial Panamericana Disponible en:

<http://www.medicapanamericana.com/eBooks.aspx>

ΔΔ Existen situaciones del individuo donde la administración de vacunas se hace especial como son embarazo, viajeros, niños y adolescentes con inmunocompromiso primario o secundario, en las cuales se manejan pautas ajustadas a cada condición. Por no ser competencia del Pediatra general la Comisión recomienda consultar, para cada tema de interés, el Manual de Vacunas de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 2da ed. Libro electrónico. Editorial Panamericana. Disponible en:

<http://www.medicapanamericana.com/eBooks.aspx>*