

## ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE VENEZUELA. RECOMENDACIONES PARA 2015-2016 SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

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

La Comisión de Inmunizaciones, desde el año 2000 ha venido publicando a la comunidad pediátrica el calendario de vacunación ideal para el niño venezolano. Posteriormente, en 2007, se hizo la inclusión de los adolescentes como parte del rango de acción del pediatra. Durante 15 años la Comisión ha analizado exhaustivamente, con base en la existencia de información nueva concerniente a toda vacuna, a los cambios epidemiológicos que pudieran presentar las diferentes enfermedades prevenibles por vacuna, disponibilidad de la vacuna y su posible impacto; la pertinencia o no de introducir cambios en el esquema.

Igualmente se mantiene vigilante de los progresos mundiales logrados en el área como: cambios de esquemas, caso de la vacuna antivariola; avances de mucha importancia tal como la aparición de la tecnología de la vacuna conjugada, que une antígenos polisacáridos a una proteína transportadora induciendo la inmunidad dependiente de células T, ocasionando así memoria inmunológica contra neumococos y meningococos; introducción al esquema de rutina de la vacuna contra la influenza antes de ser pauta universal (2010), la sustitución de la vacuna contra la Bordetella pertusis de células completas (DTPw) por la pertusis acelular (DTPa) y también, la dTpa para ser administradas en adolescentes, adultos jóvenes y embarazadas, inserción de las vacunas contra rotavirus y vacuna tetravalente conjugada contra el meningococo, el seguimiento de la vacuna contra el virus de papiloma humano y su futura introducción al esquema para adolescentes; así como, estar expectantes ante los adelantos en vacunas contra el dengue, virus Ébola y otras enfermedades.

Para el periodo julio 2015 a junio 2016, nuevas recomendaciones en el esquema no hay; pocas en el suplemento, sin embargo todos los Pediatras y médicos en general, tenemos que estar informados sobre las alertas de enfermedades que pueden llegar a nuestro país y sobre recomendaciones importantes de recordar.

### Alertas epidemiológicas

- ◆ OMS. “La epidemia de Ébola en África Occidental podría continuar hasta finales de 2015. Ya se cuenta con dos vacunas experimentales”.

- ◆ OMS” El sarampión todavía es común, incluidos algunos países de Europa, Asia, África y el Pacífico; los viajeros que tienen sarampión siguen exportando la enfermedad a países en donde está controlada. Los EEUU, Brasil, Canadá, México y recientemente Chile, han reportados casos en 2015”.
- ◆ OMS.”Desde enero se han reportado 16.961 casos de cólera en tres países de la Región de las Américas: Haití (16,687 casos), Republica Dominicana (273 casos) y Cuba (1 caso)”.
- ◆ OPS/OMS “Recomienda medidas para detectar y confirmar casos de infección por virus Zika y reducir la presencia del mosquito transmisor”.
- ◆ OPS/OMS ”Recomienda estar vigilante de SRAS (síndrome respiratorio agudo severo), ante la aparición Síndrome Respiratorio de Oriente Medio producido por coronavirus (MERS-CoV)”.
- ◆ OPS/OMS “Alerta presencia de virus de la rabia variante canina, por el registro de casos en zonas declaradas controladas o libre de rabia canina como son: norte de Argentina, en Paraguay, en Brasil y región de Arequipa en Perú”.

### Recomendaciones de la Comisión

- ◆ Insistir en la importancia de cumplir el esquema básico de inmunizaciones en el primer año de vida y los respectivos refuerzos vacunales.
- ◆ Concienciar a la población acerca de la importancia de vacunarse contra la Influenza anualmente.
- ◆ Todo niño menor de 5 años, durante las Jornadas Nacionales de Vacunación, debe recibir dosis adicionales de vacuna polio oral y anti sarampión para lograr la erradicación de estas enfermedades.
- ◆ Hacer partícipe a todo el grupo familiar de vacunarse, no solo a los niños y adolescentes.
- ◆ La memoria inmunológica de toda vacuna se mantiene, por lo tanto no está justificada reiniciar esquemas
- ◆ La importancia de leer el SUPLEMENTO pues contiene información relevante acerca de cada vacuna.

1- Pediatra Neonatólogo. Coordinador Comisión.  
2- Pediatra Infectóloga.  
3- Pediatra Epidemióloga.  
4- Pediatra.

## SUPLEMENTO

### (1) Vacuna anti tuberculosis.

#### **Bacillus de Calmette Guérin (BCG)**

En países con alta carga de morbilidad por tuberculosis, 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 sin previa prueba de PPD, hasta los 7 años; que no tengan 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 y/o epidemiológica.

En Venezuela se administra la cepa Copenhagen. De 10 a 20% de los vacunados no desarrollan cicatriz vacunal, sin que esto se correlacione con falta de protección; no siendo esto indicación para revacunar. Ver gráficas I y II.

### (2) Vacuna anti Hepatitis 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/I, 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, respiratorias y otras) debe revisarse su estado de vacunación contra la hepatitis B. De no tener antecedentes de vacunación, es de mucha importancia la administración de la serie.

### (3) Vacunas anti poliomielitis.

Dada la disponibilidad en el país de vacuna de polio inactivada (VPI) combinada con otros antígenos y teniendo alto margen de seguridad, debería ser utilizada como vacuna ideal, debido a los riesgos producidos por VPO como son: Polio paralítica asociada a la vacuna (VAP) y cepas circulantes de Polio derivada de la vacuna (cVDP) que pueden originar brotes de enfermedad paralítica.

En Venezuela hasta el momento el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) administra vacuna de anti polio oral (VPO), a menores de 5 años en forma rutinaria y en las campañas de seguimiento, ya que con ella se ha logrado la erradicación de la polio en algunos continentes.

Hijos de madres con VIH/SIDA, niños con infección documentada con VIH y otras inmunodeficiencias no deben recibir vacuna VPO. ΔΔ Ver gráfica I

### (4) Vacunas anti difteria, tétanos y pertussis

#### **(Tos ferina)**

El esquema ideal de tres dosis más dos refuerzos, debe ser 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 situaciones de:

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 debe ser utilizada 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. ΔΔ

En adultos (aun 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.

### (5) Vacuna anti Haemophilus influenzae tipo b.

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

Niños no inmunizados, mayores de 59 meses con enfermedades de alto riesgo de adquirir infecciones por Hib deben recibir 1 dosis de vacuna pentavalente acelular. 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 anti Rotavirus**

Existe 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 anti neumocócica 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 Anti neumocócica 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 administrarse dosis única de PCV13 seguida de una dosis de VPS23, 8 semanas después. Aquellos previamente 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 anti-Influenza**

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 35 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. ΔΔ
- ◆ Toda persona sana con edad  $\geq$  a los 6 meses.
- ◆ Toda persona sana 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 2015-2016 han sido fabricadas para brindar protección contra cuatro virus.

**(9) Vacunas anti sarampión, anti rubéola y anti parotiditis**

La dosis inicial debe administrarse a los 12 meses de edad. La segunda dosis de los 4 a 6 años. Según situación epidemiológica 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 mantener altos niveles de cobertura de vacunación a nivel nacional y local (mayor de 90 %). ΔΔ

#### **(10) Vacuna anti amarilica (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 anti amarilica es el MPPS. En mayo de 2013 la OMS declaró la no necesidad de administrar refuerzo. Ver gráficas I y II

#### **(11) Vacuna anti Hepatitis 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 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. En espera de su inclusión en el PAI. Ver gráficas I y II

#### **(12) Vacuna anti varicela**

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 anti meningococo**

El meningococo, *N meningitidis* causa enfermedad endémica y también epidémica, principalmente meningitis y meningococcemia. En Venezuela desde 2009, circulan los serogrupos B, C, Y en ese respectivo orden. Se conocen brotes en distintas zonas del país, sin precisión estadística concreta. En los datos aportados en los informes anuales de SIREVA II (2010, 2011 y 2012), a pesar de ser con pocas muestras, se observa que en los menores de un año y en menores de 5 años, causantes de meningitis y sépsis, predomina el serogrupo B, seguido del C; de los 5 a los 14 años los serogrupos que predominan son el C y B. El serogrupo Y aparece en casos diseminados en los diferentes grupos etarios.

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 epidemia o hiper-epidemia).

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 hará las recomendaciones al respecto.

Actualmente están disponibles en el país dos vacunas conjugadas contra el meningococo. Por la gravedad de la enfermedad y su alta mortalidad, la Comisión de Inmunizaciones de la SVPP recomienda administrar:

##### **1.- Vacuna conjugada contra meningococo C**

- ◆ Niños sanos menores de 6 meses: Esquema de dos (2) dosis a los 2 y 4 meses más refuerzo entre 12 a 15 meses de edad.
- ◆ Niños sanos de 6 meses a 11 meses administrar una (1) dosis con refuerzo después de los 12 a 15 meses de edad.
- ◆ Cuando se administra por primera vez en mayores de 1 año administrar dosis única.

##### **2.- Vacunas conjugadas tetravalente contra meningococo**

Venezuela hasta el momento cuenta con una vacuna conjugada tetravalente contra meningococos A/C/Y/W-135 (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 de alto riesgo de infección por meningococo, (con déficit de los componentes del complemento, o asplenia anatómica o asplenia funcional o VIH); administrar la primera dosis a los 9 meses de edad y la segunda dosis con intervalo de 8 semanas, y refuerzos cada 5 años. Este esquema debe administrarse después de al menos 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 mas refuerzo a los 16 años.
- ◆ Si se administra de 13 a 15 años, el refuerzo debe ser administrado de los 16 a 18 años.
- ◆ Si se administra a los 16 años, una sola dosis.

*Adolescentes con alto riesgo de infección por meningococos con déficit de los componentes del complemento o con asplenia anatómica o asplenia funcional o VIH, sin antecedentes de vacunación de los 9 meses de edad a los 10*

años; administrar esquema de dos (2) dosis con 8 semanas de intervalo y refuerzo cada 5 años a partir de la última dosis.

*La Comisión de Inmunizaciones recomienda que a niños con alto riesgo para contraer enfermedad por meningococo administrar dos dosis de vacuna contra meningococo C (2 y 4 meses) y a partir de los 9 meses administrar la vacuna tetravalente conjugada MCV4-D. A partir de 6 meses el esquema es una dosis meningococo C y con separación de 3 meses, administra la vacuna tetravalente conjugada. 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 55 años. ΔΔ

### 15) Anti neumocócica 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.

## NOTA IMPORTANTE

### Anti Virus de Papiloma Humano (VPH)

Hay tres tipos de vacunas contra el virus de papiloma humano (VPH), no disponibles en Venezuela, en fase de evaluación para su aprobación por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), son las siguientes:

- ◆ 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 Gardasyl 9 que protege contra 9 serotipos: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58. Aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) de los EEUU en diciembre de 2014.

La vacuna fue aprobada en los E.E.U.U y Europa para su uso de forma rutinaria en los dos sexos. En Venezuela se espera la aprobación del Ministerio de Salud. Esta Comisión espera dicha aprobación para hacer las recomendaciones formales en niños y adolescentes venezolanos.

## LLAMADAS EN EL SUPLEMENTO

- Δ Actualmente en Venezuela no están disponibles presentaciones comerciales de algunas vacunas como son la antivaricela, 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 Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 2<sup>da</sup> 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 Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 2<sup>da</sup> ed. Libro electrónico. Editorial Panamericana. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com/eBooks.aspx>

Ver archivo adjunto  
ESQUEMA DE INMUNIZACIONES  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES  
DE VENEZUELA  
Cuadro 1 y Cuadro 2