



POLIOMIELITIS

“UN ARDUO CAMINO A LA ERRADICACIÓN”



Alejandro Rísquez

Profesor Titular

Cátedra de Salud Pública

Jefe del Departamento Medicina Preventiva y Social

Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina,

Universidad Central de Venezuela

risqueza@gmail.com



Vacuven su centro de vacunación



0212 5517271

0212 5512641



@Vacuven



Vacuven



vacuven2@gmail.com



Urb. San Bernardino, Av. Mariscal Sucre, Edif. Medicentro, PB, Caracas



POLIOMIELITIS: “UN ARDUO CAMINO A LA ERRADICACIÓN”

- 1. Poliomielitis generalidades**
- 2. Historia y vacunación**
- 3. Iniciativa para la erradicación 1988**
- 4. Fase final de la estrategia de erradicación
1919-1923**
- 5. Calendarios vacunales**
- 6. Preguntas y respuestas**

POLIOMIELITIS

La poliomielitis, también conocida como parálisis infantil, es una enfermedad infectocontagiosa aguda, producida por el virus de la poliomielitis, afecta al sistema nervioso y produce parálisis.

Inicia como un catarro común o como diarrea, fiebre leve, dolores musculares, cefalea, náuseas, vómitos, rigidez del cuello y espalda, pérdida de la fuerza muscular en uno o varios miembros.

Los músculos proximales de las extremidades tienden a verse más afectados que los distales; es generalmente asimétrica (no afecta ambos lados por igual) aunque puede haber parálisis en cualquier combinación de extremidades, la modalidad más común es la parálisis de una pierna.

Deja secuela típica y permanente.



POLIOMIELITIS AGUDA CIE-9 045; CIE-10 A80

Poliovirus (género *Enterovirus*) tipos 1, 2 y 3

Reservorio – Los seres humanos

Modo de transmisión – Fundamentalmente por contagio de una persona a otra, más bien por la vía fecal-oral

Materiales contaminados con heces constituyeron el vehículo de transmisión

Período de incubación – Por lo común es de 7 a 14 días para los casos paralíticos, con límites notificados de 3 a posiblemente 35 días

Período de transmisibilidad –en las secreciones faríngeas 36 horas después de la exposición a la infección, y en las heces, 72 horas después, persiste en la garganta una semana, y en las heces, de tres a seis semanas o más.

EPIDEMIAS DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS



Viruela



Poliomielitis



Lepra



Dengue



Peste Negra



Gripe Aviar



Gripe Española



Sífilis



Sida



Cólera



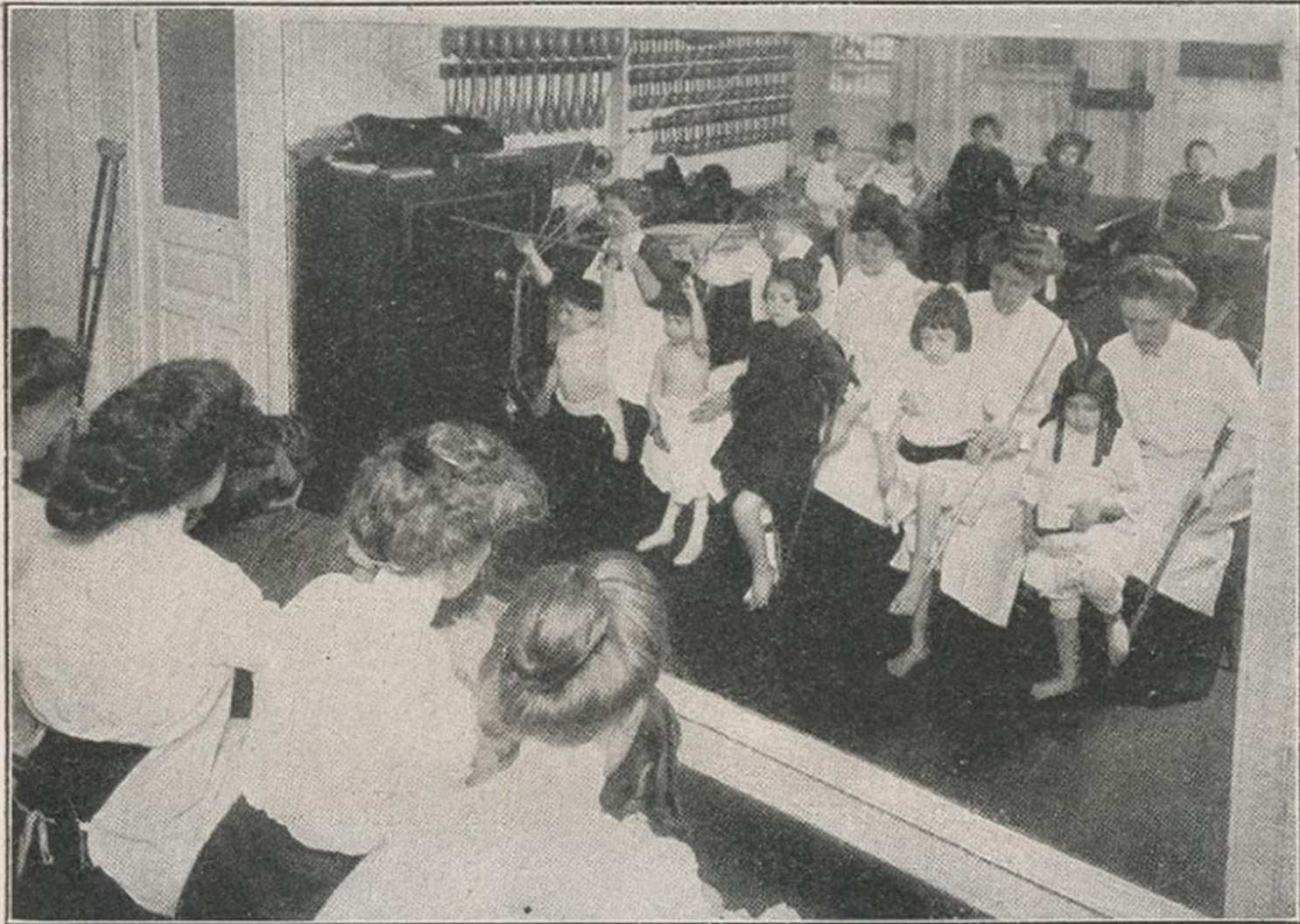
Poliomielitis



papiro de Ebers

Paludismo - Malaria

CARGA DE ENFERMEDAD



(N. Y. Hospital for Deformities and Joint Diseases.)



CARGA DE ENFERMEDAD POR POLIO



- ✓ Aun cuando se ha reducido la incidencia mundial de la polio en un 99%, se siguen registrando casos, en 2006 se registraron 1.997 casos, mientras que en el 2013 se notificaron 416 casos
- ✓ De cada 200 infecciones, una produce parálisis irreversible, generalmente de las piernas
- ✓ Un 5 a 10% de los casos paralíticos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios



ANTECEDENTES DE LA LUCHA CONTRA LA POLIO











Jonas Salk

Vacuna antipoliomielítica inactivada (Jonas Salk – 1954)



Albert Sabin

Vacuna antipoliomielítica oral activa atenuada (Albert Sabin – 1957)



IMPACTO DE LA VACUNACION



The Michigan Daily

Senate Expected To Pass 'MSU' Name Bill Today

SALK VACCINE LICENSED

Children To Get Bettered Version

Prime Heisman Report Early

Phantom? And 4th? Enigma by an Aids Today

World's Most Knowledge

Chicago Daily Tribune 60 PAGES ***SPORTS FINAL

WEDNESDAY, APRIL 15, 1953

CHICAGO'S POLIO PLAN TOLD
Salk Vaccine Called Safe, Effective

MEDICAL SOCIETY APPROVES FREE INOCULATIONS FOR 1ST, 2D GRADERS

ALPHONSE AND GASTON

Reveal Plans for Assembly Redistricting

BLIZZARD HITS IN COLORADO AND WYOMING

Blocks Highways, Dust in N.M.

Tests Show Drug Works in 80-90% of Cases

READY TO BEGIN SHOTS, NEARBY COUNTIES SAY

BY BOB GIBSON

Blizzards in Colorado and Wyoming blocked highways and caused dust storms in New Mexico.

BY HERBERT HORNOLD

Tests in the last part of the year showed that the vaccine was safe and effective.

BY BOB GIBSON

Blizzards in Colorado and Wyoming blocked highways and caused dust storms in New Mexico.

BY HERBERT HORNOLD

Tests in the last part of the year showed that the vaccine was safe and effective.

La vacuna contra la polio

"Gracias, Dr. Salk"

All Local Teams Are Rained Out

Mother Objects To Son's Golf

Journal American

7 WALL ST. SPECIAL

SALK'S VACCINE WORKS!

Official Count: Polio Vaccine Reported 80 to 90% Effective

All Local Teams Are Rained Out

NEW YORK Herald Tribune Late City Edition

Polio on Way Out, Salk Report Shows; N. Y. City Enabled to Treat 50% More

Two Shots Now, Third 7 Mo. Later

Shots Held 80 to 90% Effective

Polio Vaccine News Index

Blackmail Is Charged To South



HOME EDITION

THE CITY LIGHT

Salk Success

SALK VACCINE WHIPS POLIO

Water Fee Hike Looms

Up to 90 Per Cent Effective

Bond Issue Only Preventive

Tornado Threats For Texas

New Council States Meet

Postoffice In on Cleanup

S.A. Water Level Down 10 Feet

Three Red Envoys Saved



En 1954, EEUU estaba listo para llevar a cabo una prueba en todo el país con una versión experimental de la vacuna desarrollada por Salk, obtenida mediante inactivación del virus de la polio con formaldehido.

El 12 de abril de 1955, el Servicio de Salud Pública de los EEUU despliega la vacuna de Salk por todo el país usando como sujetos de estudio los llamados “pioneros de la polio” (alrededor de dos millones de niños a quienes sus padres propusieron como voluntarios para participar en la prueba).





El éxito no se hizo esperar; para 1957 el número de casos de polio disminuyó de 58.000 a 5.000.

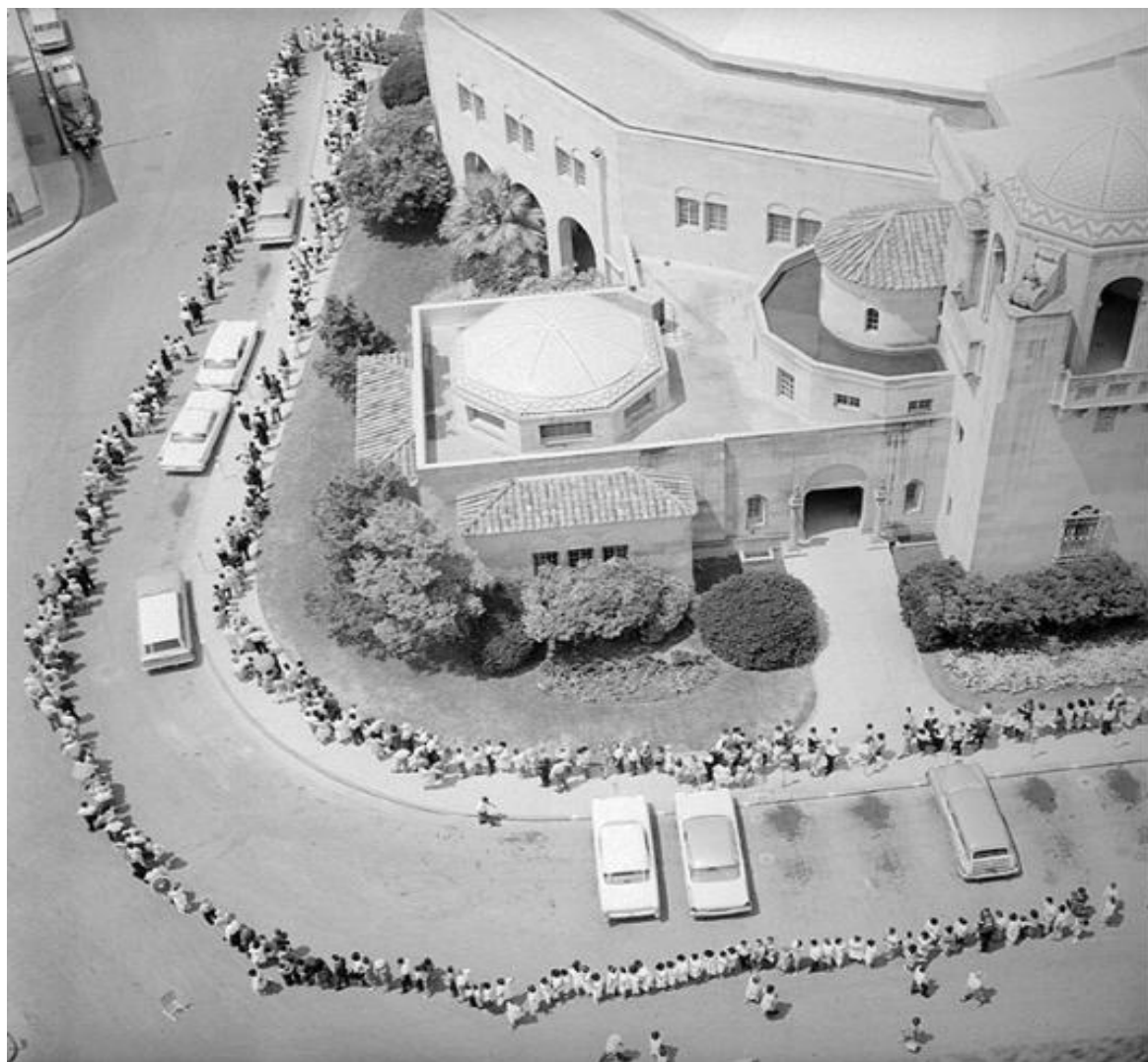






En 1957, Albert Sabin anunció que había logrado desarrollar una nueva vacuna antipoliomielítica oral, utilizando formas debilitadas del virus para implantar una infección inofensiva en los pacientes y de esta manera crearle inmunidad ante una nueva exposición al virus.





CDC/Mr. Stafford Smith. La multitud espera la vacuna oral contra la poliomielitis de 1962

Las ventajas de la vacuna de Sabin frente a la de Salk eran evidentes (suministro por vía oral, más barata, podía crear “inmunización pasiva”...), por lo que en 1957 la **OMS** decidió lanzar una prueba internacional de la vacuna de Sabin que tuvo gran éxito.

El 24 de abril de 1960 EEUU decidió probar la vacuna de Sabin, reduciéndose los casos de polio parálitica de 2562 a solamente 61 casos en escasamente tres años.



Figura 1. Historia natural de la poliomiелitis



Figura 4. Patogénesis de la poliomielitis

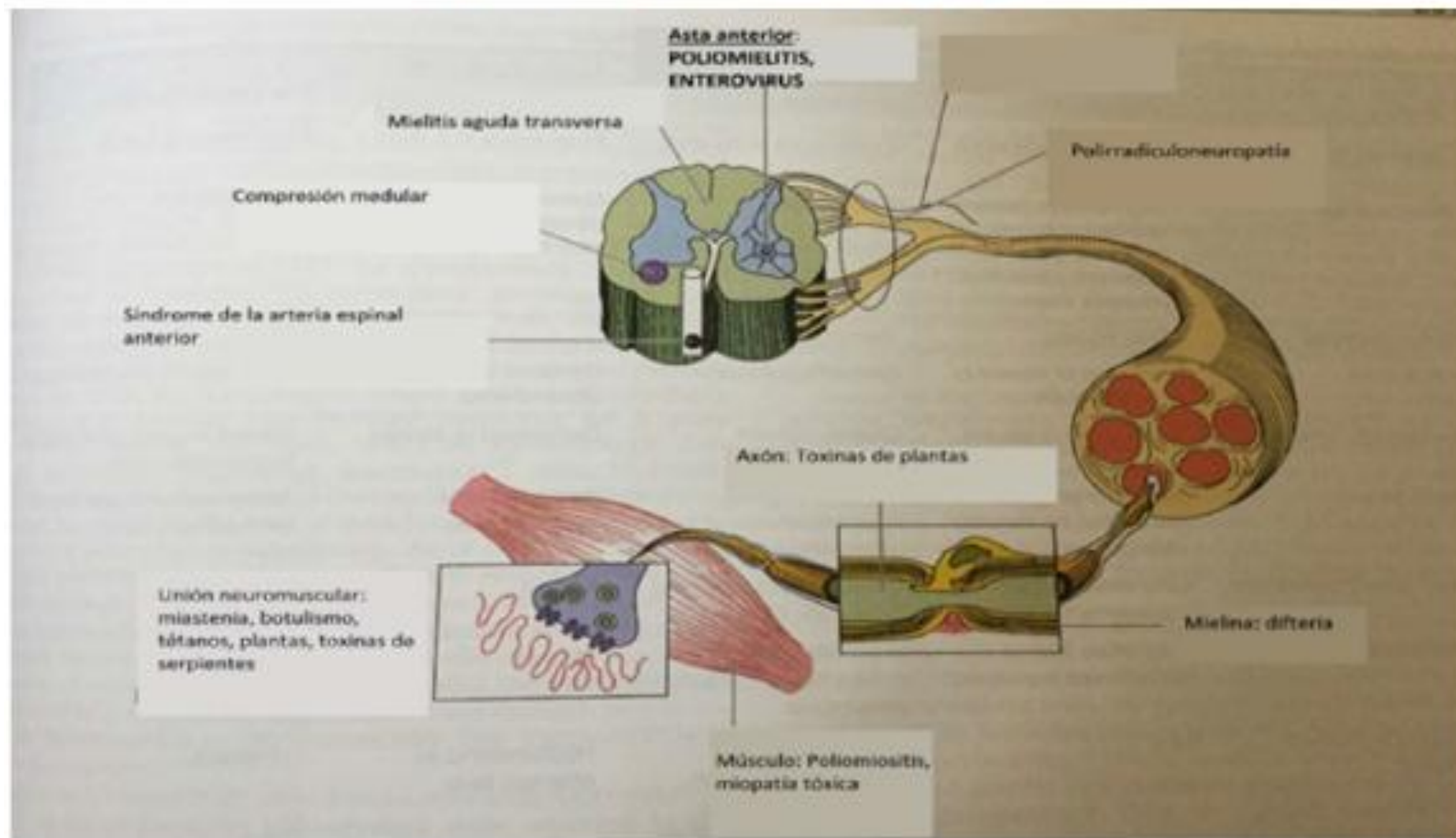
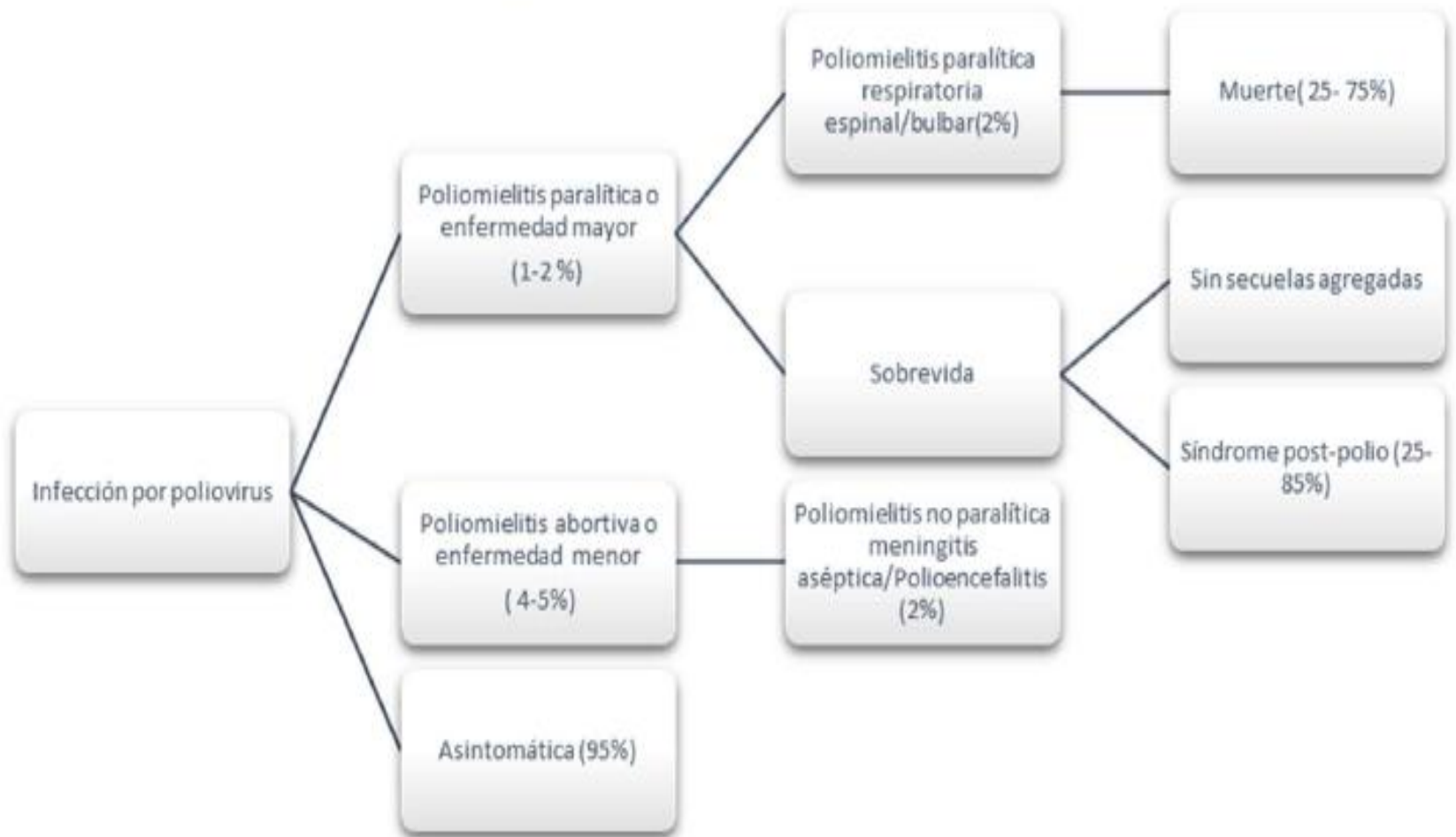
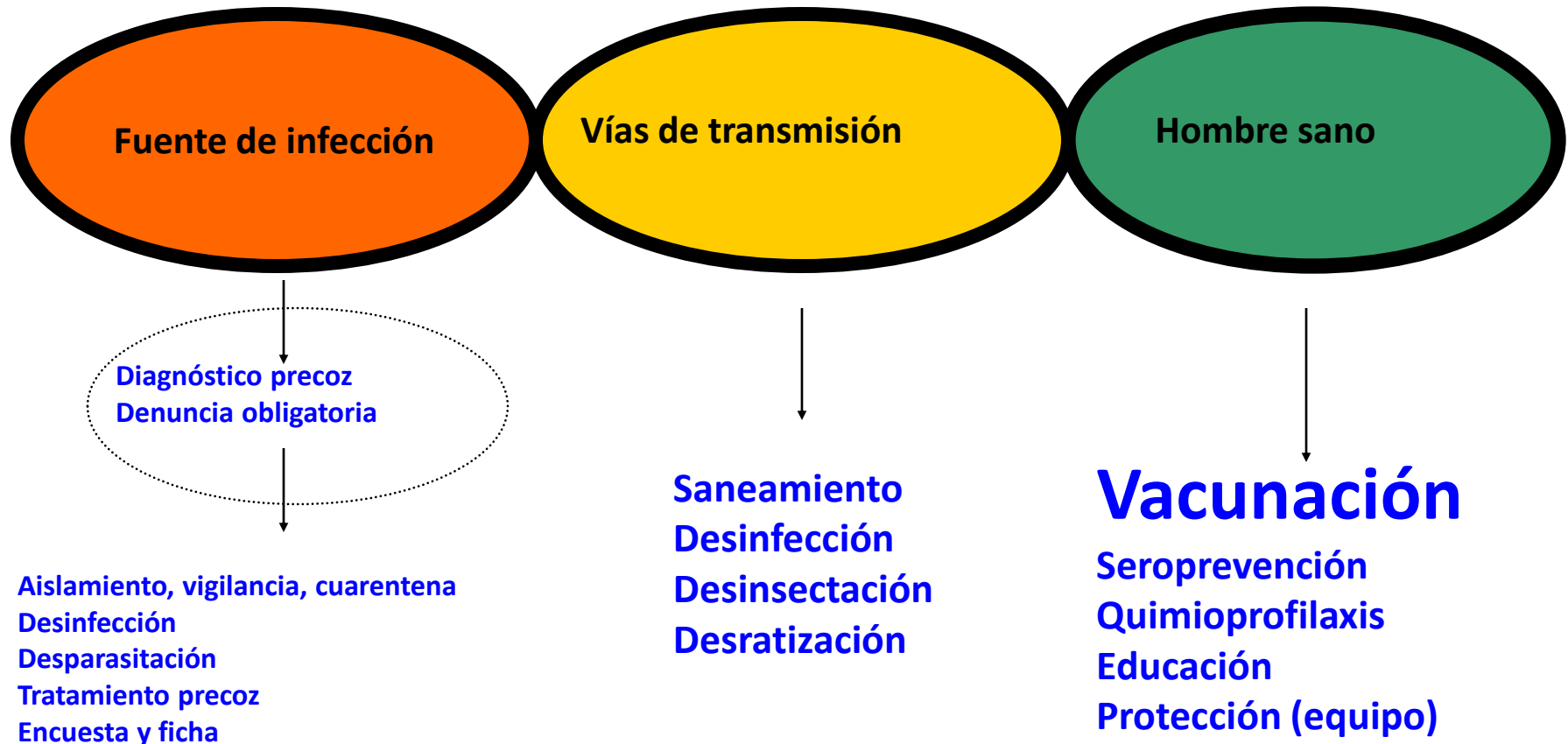


Figura 5. Presentación clínica de la poliomielitis



MEDIDAS DE CONTROL

CADENA EPIDEMIOLÓGICA VACUNO-PREVENIBLES



Único reservorio es el humano

POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE



every last child

- En 1988, la 41.a Asamblea Mundial de la Salud, adoptó una resolución sobre la erradicación mundial de la poliomielitis que marcó la creación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, encabezada por la OMS, la Asociación Rotaria Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (CDC) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Antes del lanzamiento de esta iniciativa, se registraban más de 350.000 casos anuales de parálisis poliomielítica en más de 125 países.



Epidemiología enfermedades Inmuno-Prevenibles



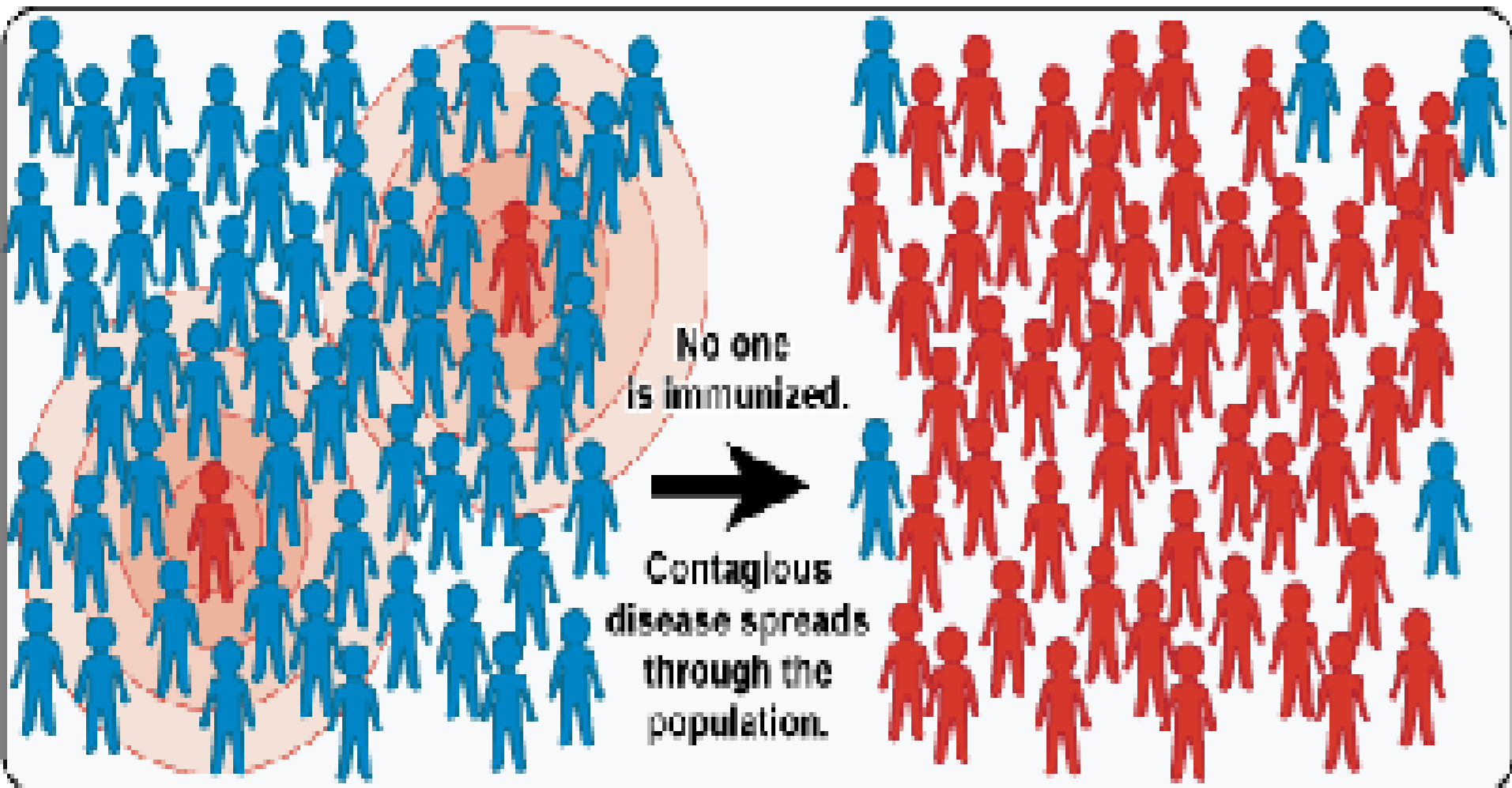
= not immunized but still healthy



= immunized and healthy

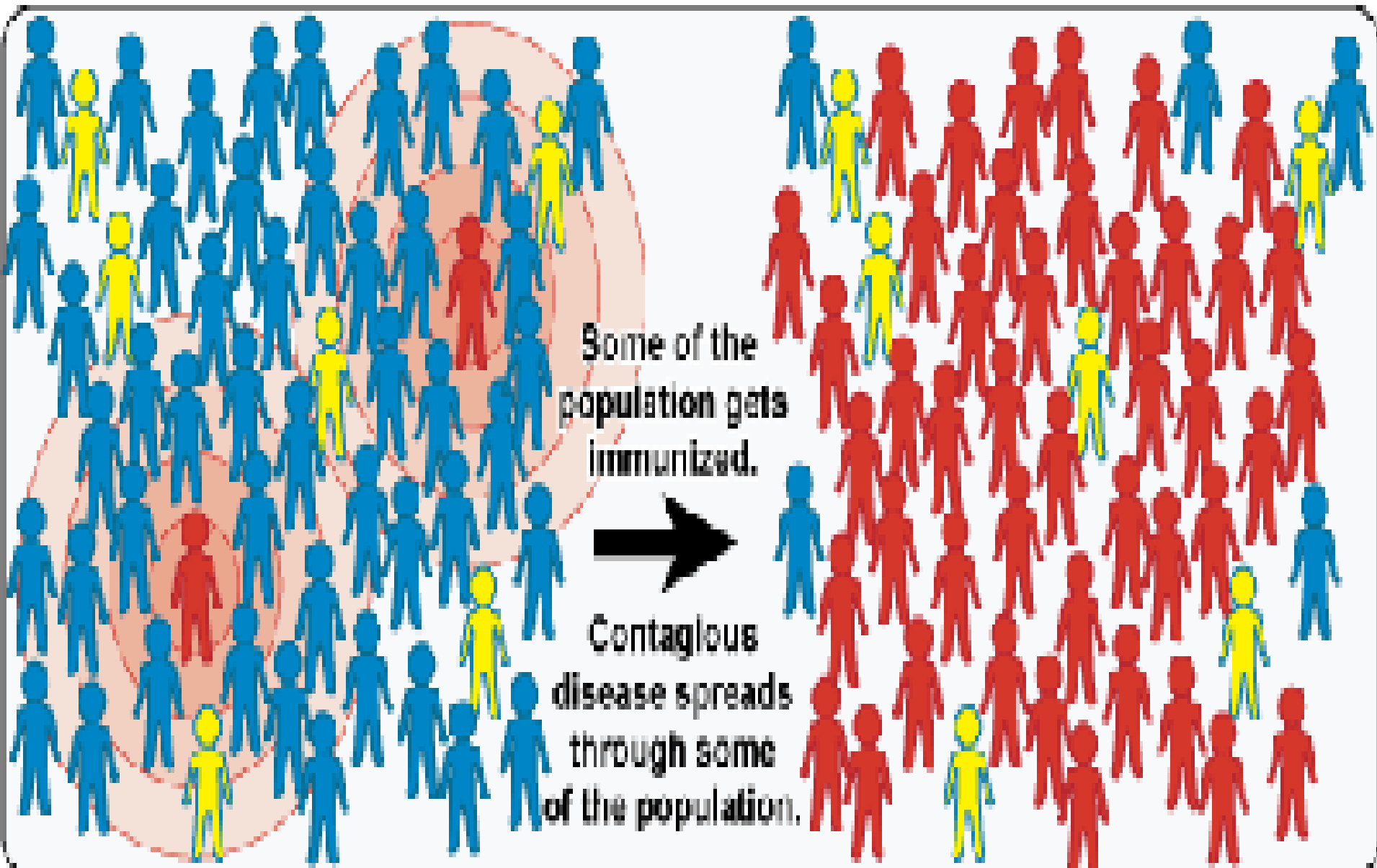


= not immunized, sick, and contagious



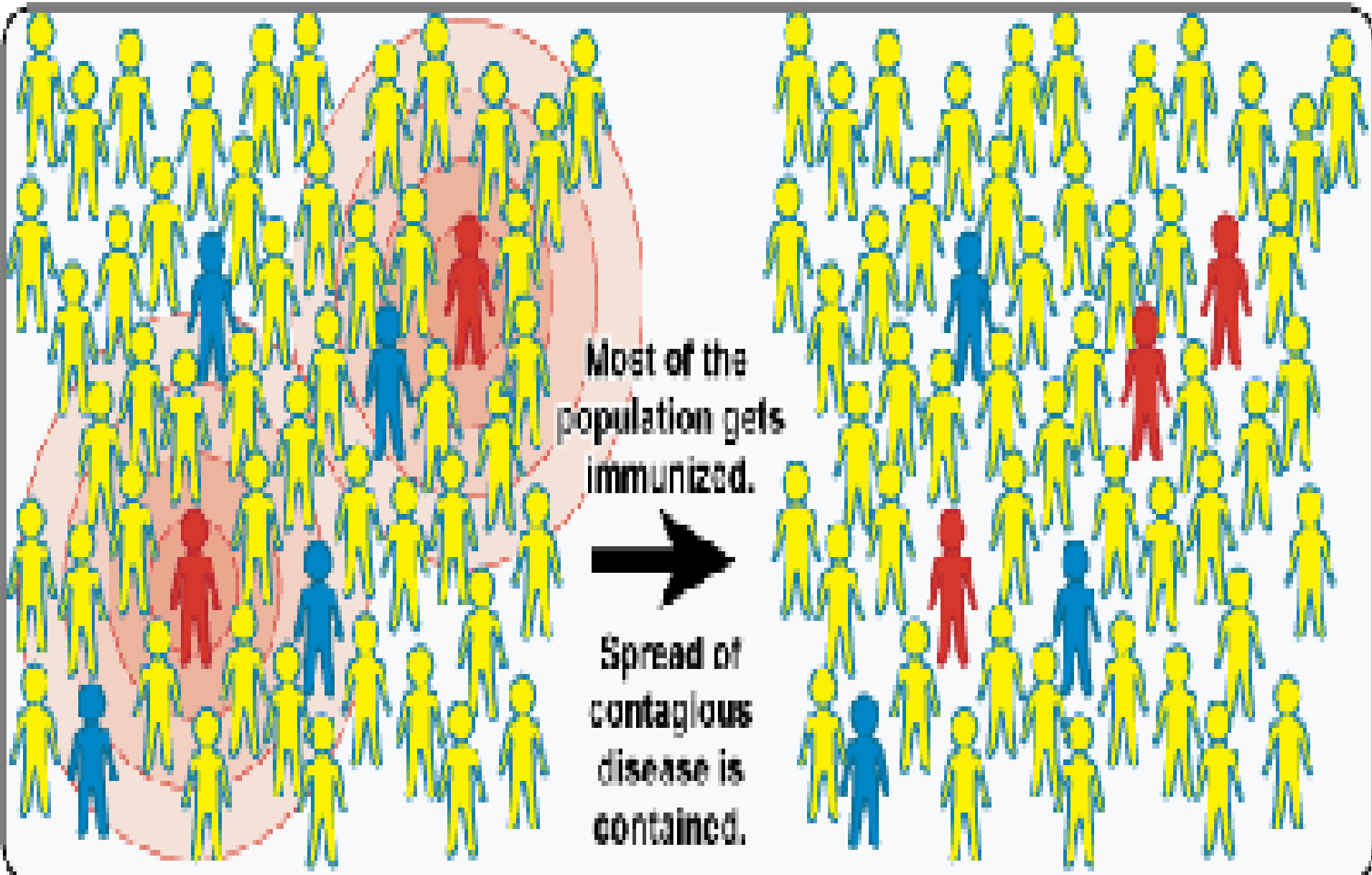
Epidemiología enfermedades Inmuno-Prevenibles

Tristemente esta es nuestra realidad



Epidemiología enfermedades Inmuno-Prevenibles

Situación ideal (altas coberturas)



Número de casos de poliomielitis y coberturas de vacunación con tOPV en menores de un año. Región de Las Américas, 1970-2012



 *Virus derivado de la vacuna Tipo 1 en 2000 y 2001: 21 casos*

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).



Último caso causado por el virus salvaje de la poliomielitis, Perú (1991)

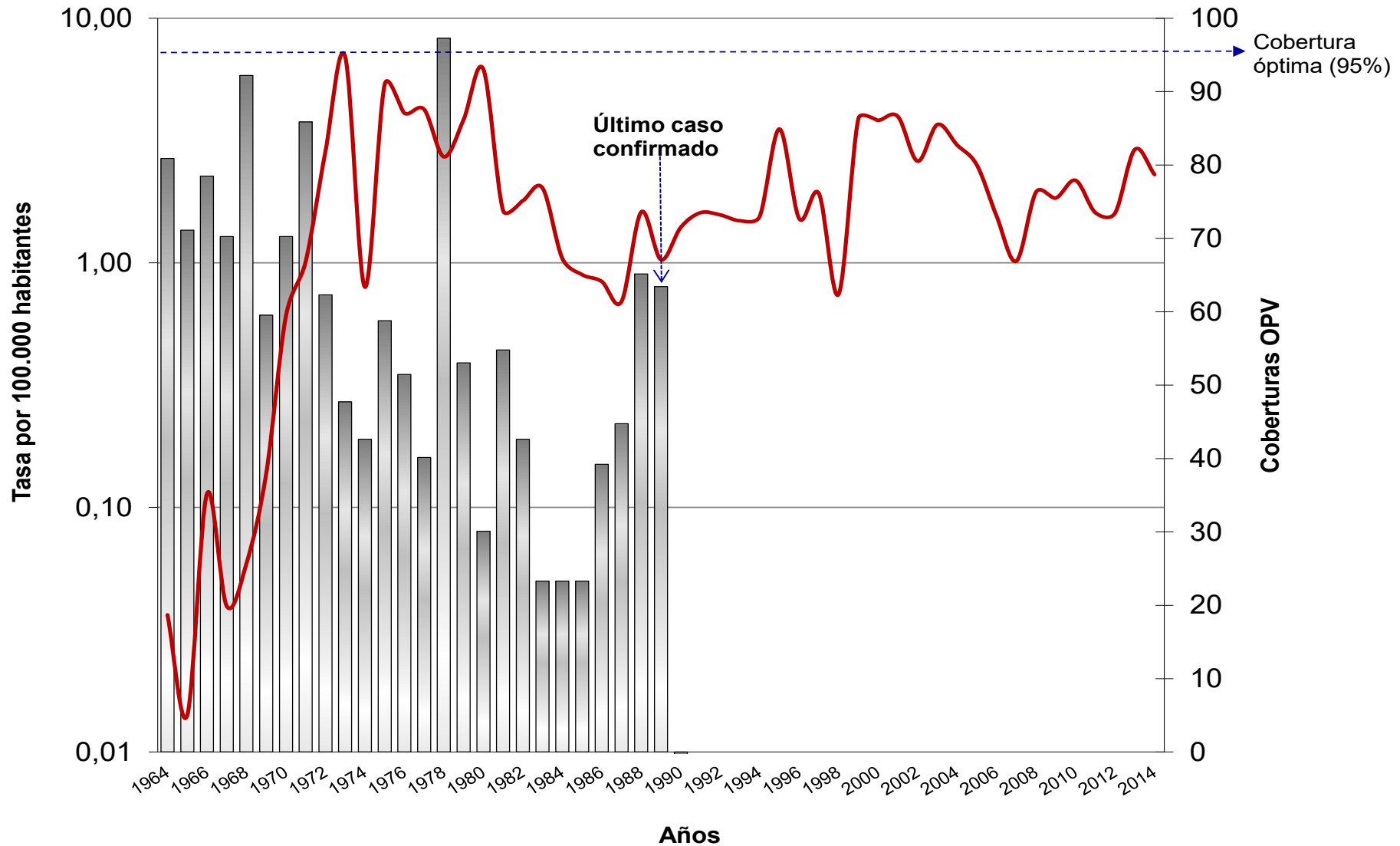


INCLUSIÓN DE VACUNAS EN EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

vacuna	Año de Introducción
Antivariólica*	1931
Antipoliomielítica Oral	1962
Triple Bacteriana	1962
Toxoide tetánico	1962
Antisarampionosa	1968
BCG	1987
Trivalente Viral	1999
Antihepatitis B	1998 (riesgo) 2000 (< 1 a)
Antihaemophilus influenzae tipo b	2000
Pentavalente	2004
Toxoide diftérico	2004
Antimeningocócica BC	2006
Antirrotavirus	2006
Anti-influenza estacional	2006
Antineumococo 23 valente	2008
Antineumococo 13 valente	2014



Tasa de morbilidad por poliomielitis por 100.000 habitantes y coberturas de vacunación con OPV. Venezuela, 1964-2014



Fuente: Anuario de inmunizaciones en Venezuela 1997. MSAS. Base de datos PNV03 (SISPAI) 2014. Dirección de inmunizaciones MPPS.



Plan de Acción Mundial sobre Vacunas

2011–2020

En el año 2012 fue aprobado el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (PAMV), para alcanzar los objetivos de la visión del Decenio de las Vacunas de hacer accesible la inmunización universal.



Objetivos generales del Decenio de las Vacunas (2011–2020)

Conseguir un mundo libre de poliomielitis



Cumplir con los objetivos mundiales y regionales de eliminación



Cumplir con los objetivos de cobertura de vacunación en todos los países, regiones y comunidades



Desarrollar e introducir vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas



Superar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducir la mortalidad infantil



Actualmente el 80% de la población mundial vive en regiones en las que se ha certificado la eliminación de la poliomielitis:

- **1994:** interrupción de la circulación autóctona del virus salvaje de polio en el continente Americano.
- **1999:** erradicación mundial del poliovirus salvaje de tipo 2.
- **2000:** interrupción de la circulación autóctona del virus salvaje de polio la Región del Pacífico Occidental.
- **2002:** interrupción de la circulación autóctona del virus salvaje de polio la Región de Europa.
- **2014:** interrupción de la circulación autóctona del virus salvaje de polio la Región del Sudeste Asiático (incluyendo la India).



¡ATENCIÓN! ¡ATENCIÓN! ¡ATENCIÓN!



Independientemente de la estrategia de vacunación, la IPV sólo se empleará como primera dosis del esquema contra la poliomielitis, empleándose para las segunda y tercera dosis, así como para los refuerzos, la OPV.

¡ATENCIÓN! ¡ATENCIÓN! ¡ATENCIÓN!



Gobierno Bolivariano
de Venezuela
























Ministerio del Poder Popular
para la Salud



Vacunación



Impacto de las Vacunas en Las Américas

Enfermedad	Antes de las Vacunas	Después de las Vacunas	Logros
 Poliomielitis	 234.240 (1951-1955)	0 (1994-2014)	 ELIMINADA
 Sarampión	 1.004.272 (1980-1984)	 4.831 (2010-2015)	 ELIMINADO
 Rubéola	 370.567 (1997-2001)	 64 (2010-2015)	 ELIMINADA
 Neonatal Tétanos	 6.532 (1997-2001)	 110 (2010-2015)	 ELIMINADO
 Difteria	 22.238 (1997-2001)	 135 (2010-2015)	 CONTROLADA
 Tos Ferina	 459.717 (1997-2001)	 258.973 (2010-2015)	 CONTROLADA

Casos de Enfermedad



= 100.000



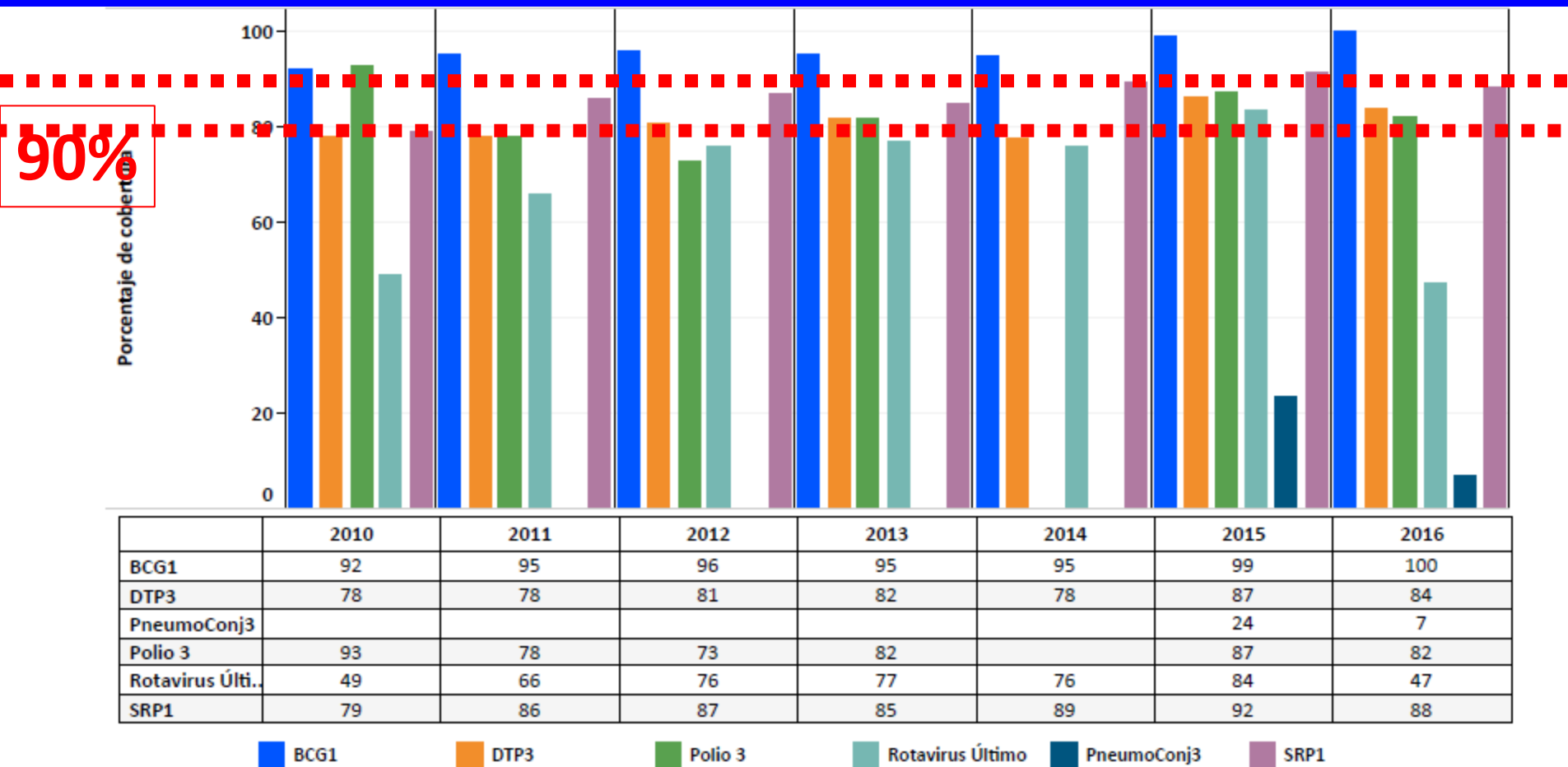
= 1.000



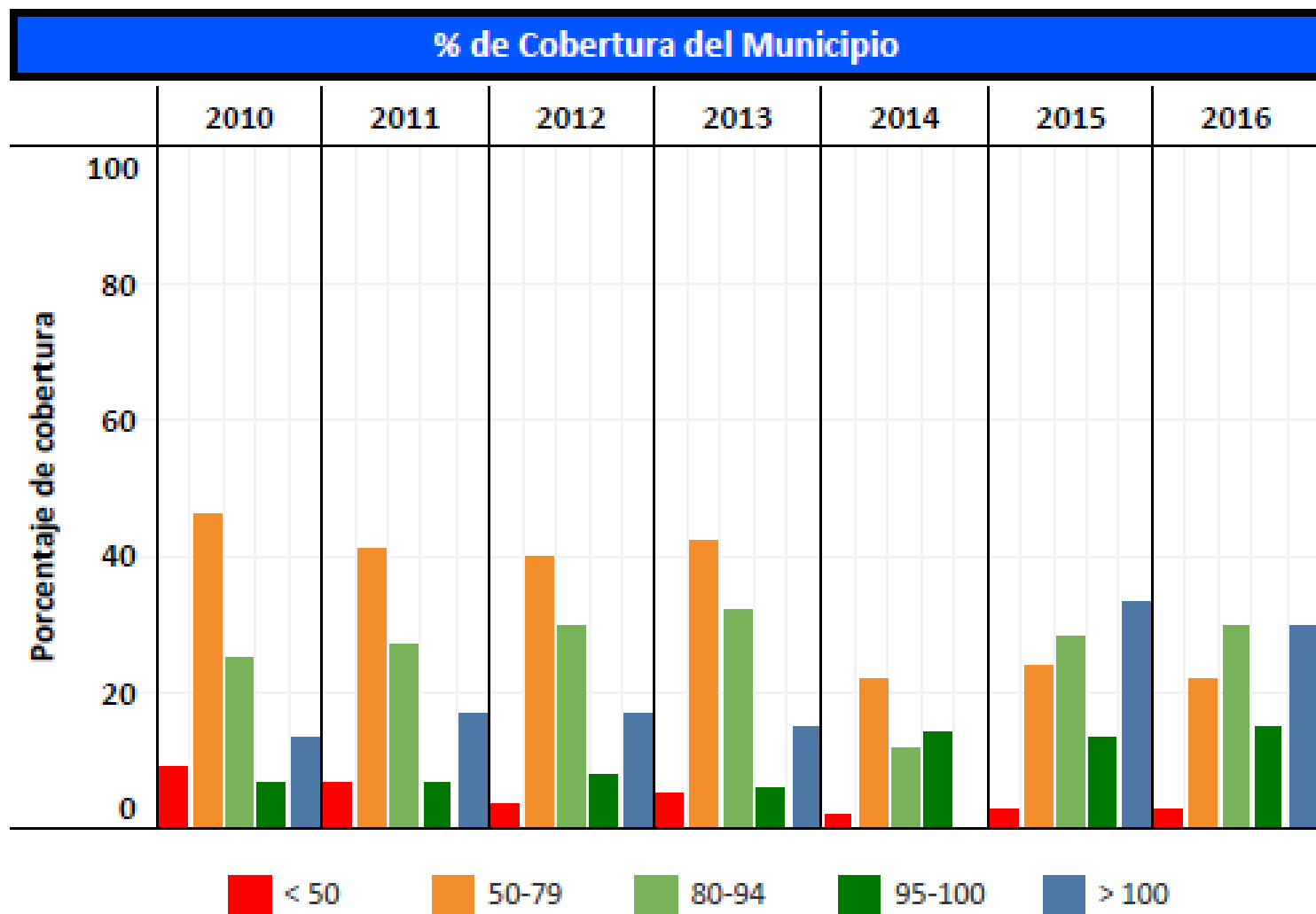
= 100

Fuente: Informes de los países a la OPS

Cobertura inmunizaciones Venezuela 2010-2017



Cobertura inmunizaciones Venezuela 2010-2017

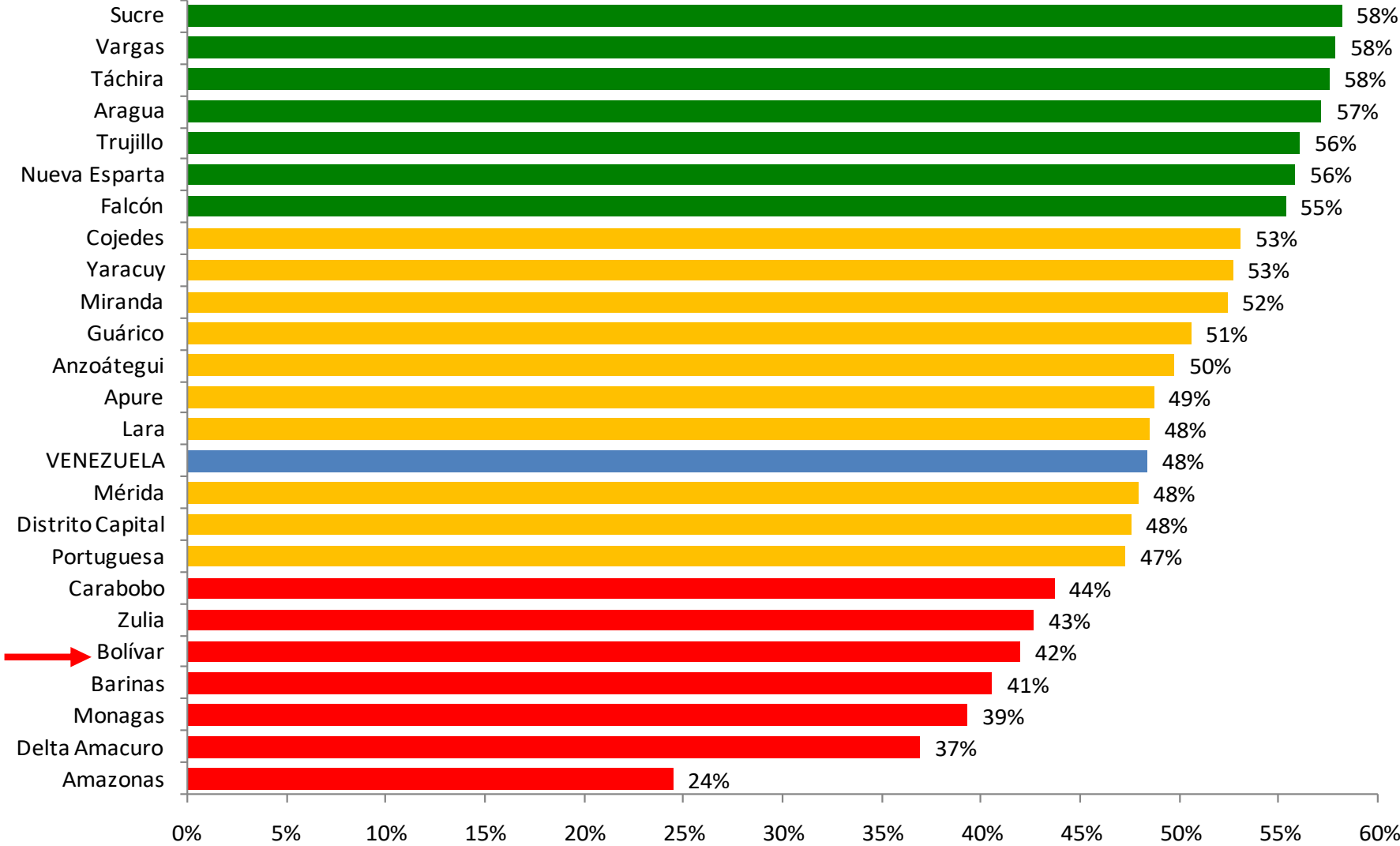


Cobertura inmunizaciones Venezuela 2010-2017

Desabastecimiento de Vacuna

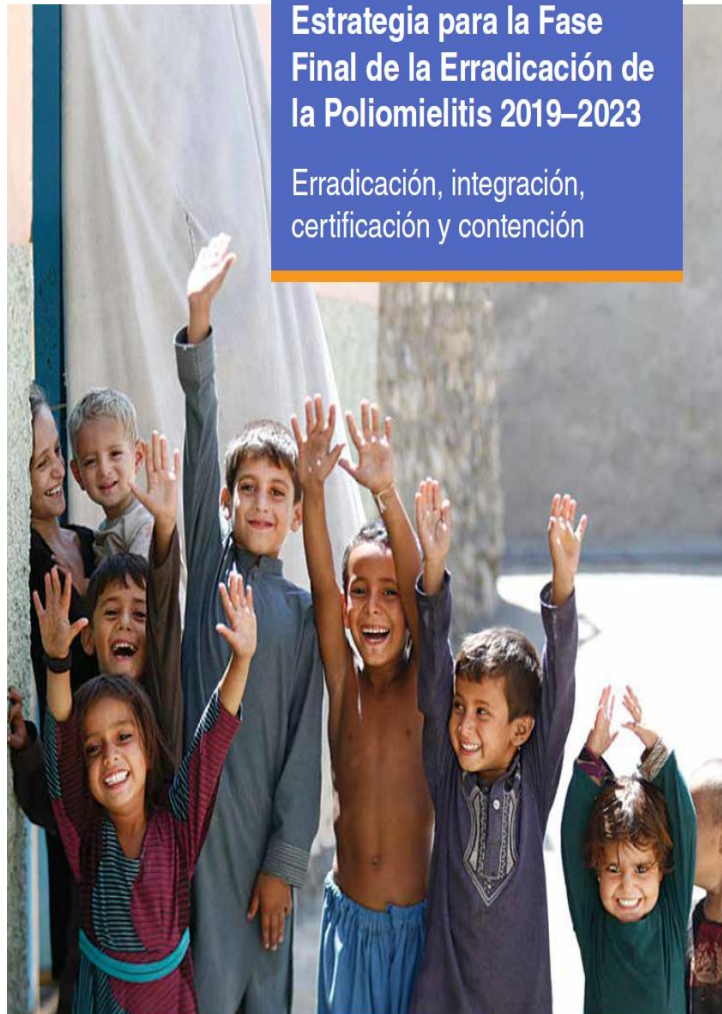
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	No	No		No	Sí	No
Fiebre amarilla	Sí			No	Sí	No
Influenza	No	No		No	No	No
IPV						Sí
Jeringas desechables	No		Sí	Sí	No	No
Pneumo Conj				No	Sí	Sí
Polio	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Rotavirus	No	No		No	No	Sí
Tdap						NA
Toxoide tetánico	No	No		No	No	No
Vacunas contra el sarampión	No	No		No	No	No
Vacunas que contienen DTP	No	No		No		No
Vacunas que contienen hepatitis B	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Vacunas que contienen Hib				No		No
VPH						

Coberturas de vacunación Penta3 según Estado y criterio de riesgo. Venezuela, Enero a Julio de 2016.



Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023

Erradicación, integración,
certificación y contención

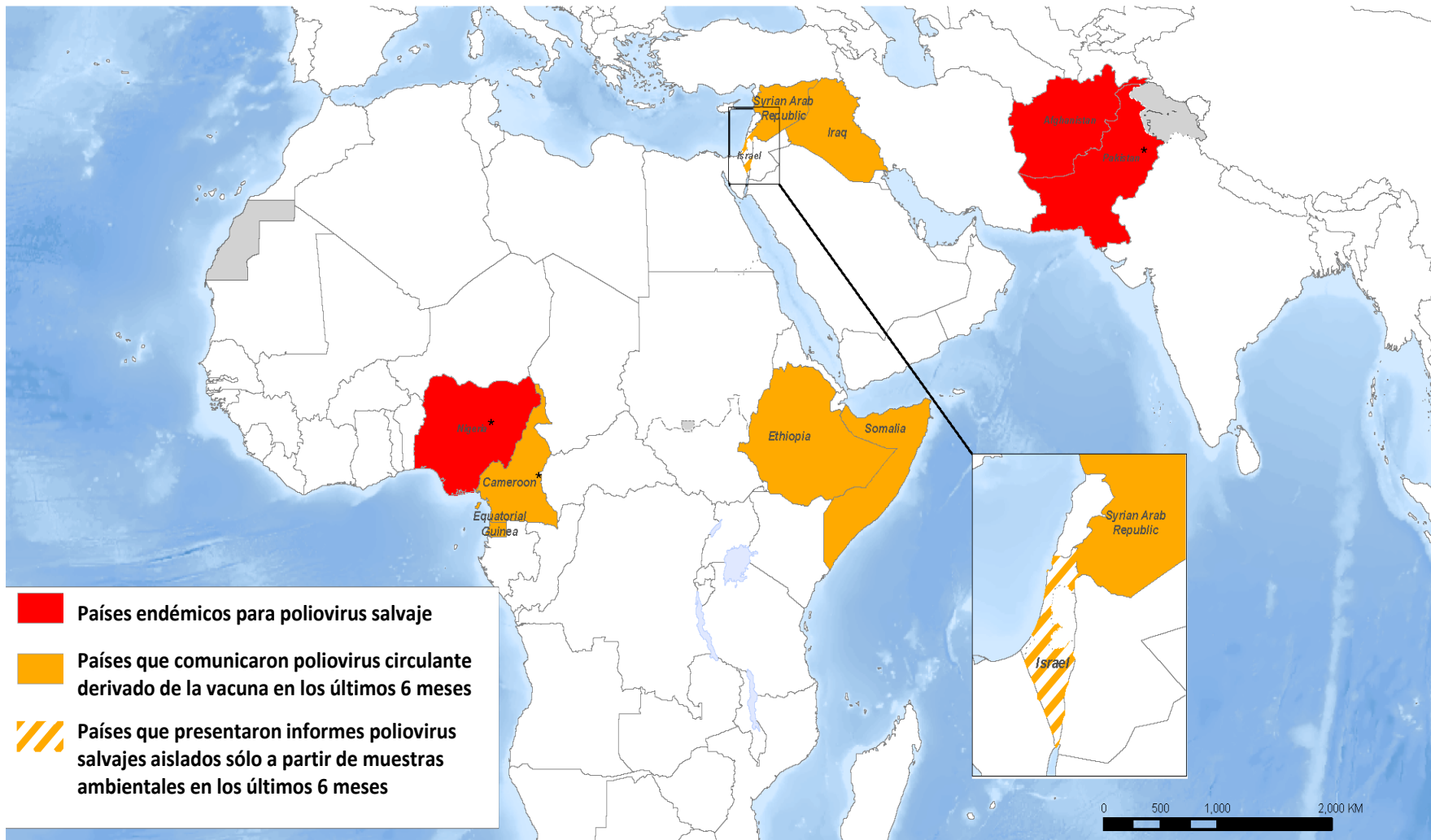


En 1988, cuando la Asamblea Mundial de la Salud declaró su compromiso con la erradicación y, con ese objetivo, se formó la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP), había 350 000 casos anuales de WPV en 125 países. **A finales de 2018, solo se identificaron 33 casos, todos ellos en dos países colindantes (Afganistán y Pakistán).**

El éxito de la IEMP es evidente. No solo ha conseguido arrinconar el WPV en determinados puntos geográficos del mundo, sino que también ha eliminado sucesivamente diferentes tipos de WPV.

**En 2015 la erradicación WPV de tipo 2
El WPV 3 no se detecta desde 2012 y
el WPV1, su incidencia se ha reducido en más
del 90 % desde 2014**

Distribución Mundial de la Poliomielitis, 2014



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014.

«No hay razón alguna para que la poliomielitis persista en ningún lugar del mundo»

1 Ver To succeed by 2023 – Extraordinary joint statement to polio eradicators, emitido por los presidentes del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE), la Junta de Seguimiento Independiente (IMB), el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CMC) el 23 de enero de 2019 (<http://polioeradication.org/news-post/to-succeed-by-2023-extraordinary-joint-statement-to-polio-eradicators/>).

Tabla 1. Objetivos de la Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023

Objetivo 1: Erradicación	<ul style="list-style-type: none">• Interrupción de la transmisión de todos los poliovirus salvajes (WPV)• Acabar con todos los brotes de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) en los 120 días posteriores a su detección y eliminar el riesgo de futuros VDPV
Objetivo 2: Integración	<ul style="list-style-type: none">• Contribuir al refuerzo de la inmunización y de los sistemas sanitarios para conseguir la erradicación de la poliomielitis y mantenerla• Asegurar una vigilancia sensible del poliovirus integrándola en los sistemas de vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV) o enfermedades transmisibles• Prepararse y responder en caso de futuros brotes y emergencias
Objetivo 3: Certificación y contención	<ul style="list-style-type: none">• Certificación de la erradicación del WPV• Contención de todos los poliovirus

TYPES OF POLIOVIRUS	DEFINITION	RISK FACTORS	TO STOP TRANSMISSION	STRAINS
WILD POLIOVIRUS (WPV)	Infectious virus that invades the nervous system. Can cause paralysis or death.	Low immunisation rates, poor sanitation, high population densities.	Vaccinate all children under five years of age with OPV.	Type 1: Caused 100% of 2016 cases Type 2: Eradicated in 1999 Type 3: Last seen in 2012
CIRCULATING VACCINE-DERIVED POLIOVIRUS (cVDPV)	Very rare, circulating virus genetically changed from the weakened virus originally contained in OPV, which can only emerge in under-immunised populations.	Low immunisation rates, poor sanitation, high population densities.	Vaccinate all children under five years of age with OPV.	Since 2000: Type 1: Causes 13% of cVDPV Type 2: Causes 86% of cVDPV Type 3: Causes 1% of cVDPV





Sociedad Venezolana de Salud Pública Red Defendamos la Epidemiología Nacional

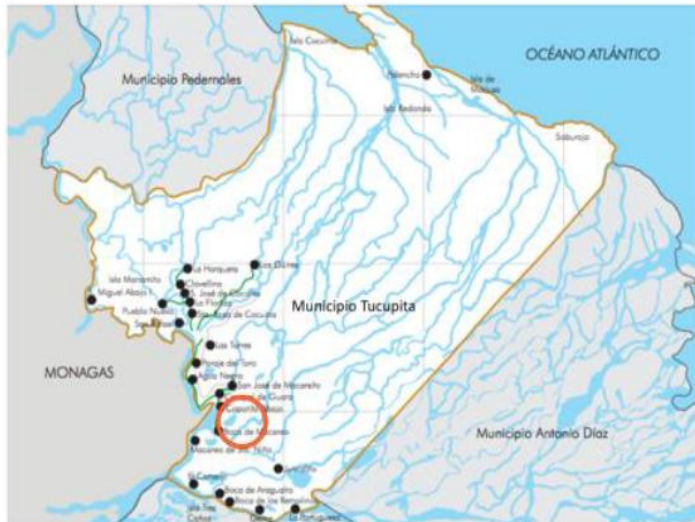
Reporte de casos de parálisis fláccida aguda con identificación de virus de polio en niños del estado Delta Amacuro, Venezuela

5 de junio de 2018

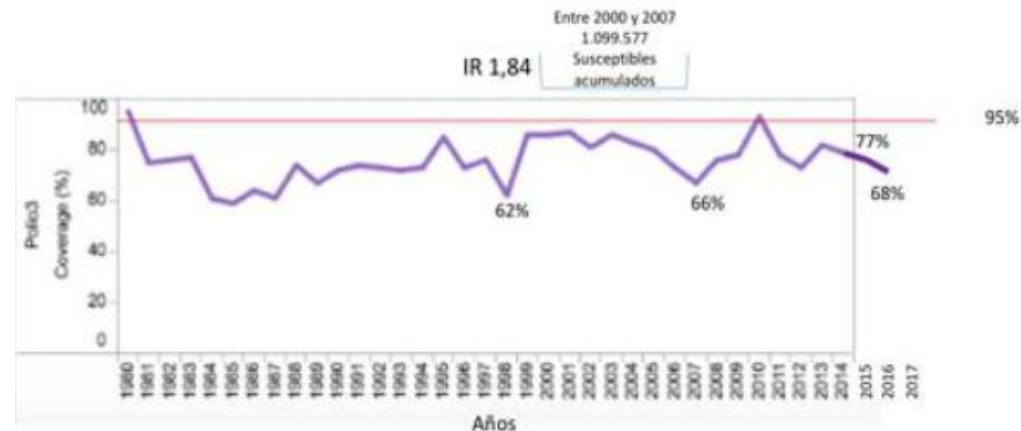
(Informe Preliminar)

De fuente no oficial, confiable, se conoció de la existencia de al menos 4 casos de parálisis fláccida aguda, identificados en el estado Delta Amacuro, Venezuela, en la comunidad La Playita del Volcán, Parroquia Juan Millán, del Municipio Tucupita. (Fig 1), cuyos habitantes pertenecen a la etnia indígena Warao.

Figura 1
Municipio Tucupita, Estado Delta Amacuro



Venezuela. Coberturas de vacunación contra Poliomielitis, VPO hasta 2015, VPI 2016



Riesgos que amenazan el éxito de la erradicación del WPV

El primer reto subyacente es que la vacuna llegue a todos los niños.

Zonas de difícil acceso

Desplazamientos y migración masiva

Prohibiciones para vacunar (Afganistán y Nigeria)

Grupos que rechazan la vacuna *(desinformación, la desconfianza, las creencias culturales, el cansancio o que tengan otras prioridades hacen que los cuidadores no permitan a los vacunadores realizar su labor)*

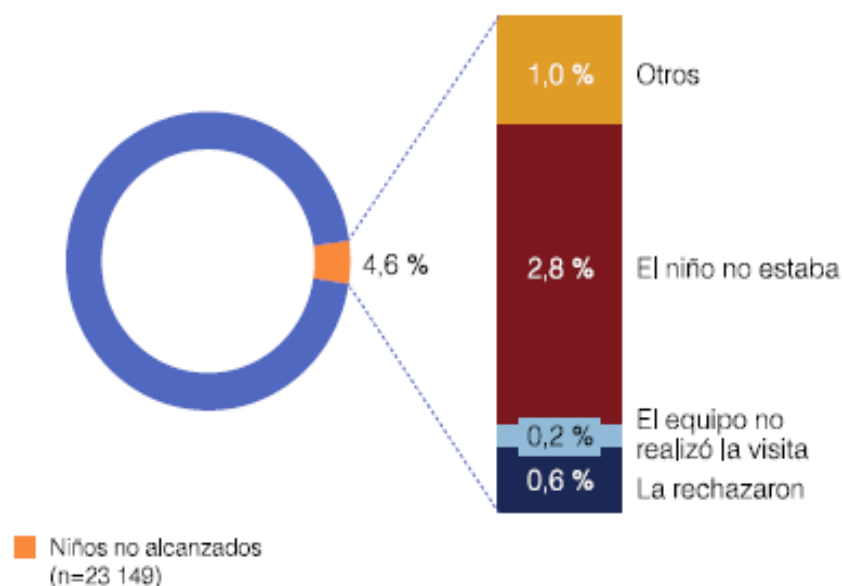
La Estrategia para la Fase Final de la Erradicación 2019–2023 aborda los tres riesgos fundamentales que amenazan la erradicación mundial del WPV:

- 1. Inseguridad y conflicto:** *La inseguridad puede motivar que las familias se muden en masa a campos de refugiados o de desplazados internos (IDP). Se debe brindar seguridad a los vacunadores.*
- 2. Sistemas sanitarios débiles o frágiles:** *En este escenario, muchos grupos de niños no están bien inmunizados, o no lo están en absoluto, lo que implica un alto riesgo de circulación y de brotes de poliovirus importado y la emergencia del poliovirus derivado de la vacuna (VDPV).*
- 3. Riesgos relacionados con las operaciones, la gestión y los recursos:** *Los riesgos operacionales relacionados con la obtención de los recursos necesarios (apoyo económico, reservas y suministro de vacunas y recursos humanos) siguen siendo críticos para el éxito de la IEMP.*

Imagen 5. Razones por las que no se alcanzó a niños en las regiones de mayor riesgo en zonas accesibles de Afganistán y Pakistán, 2018

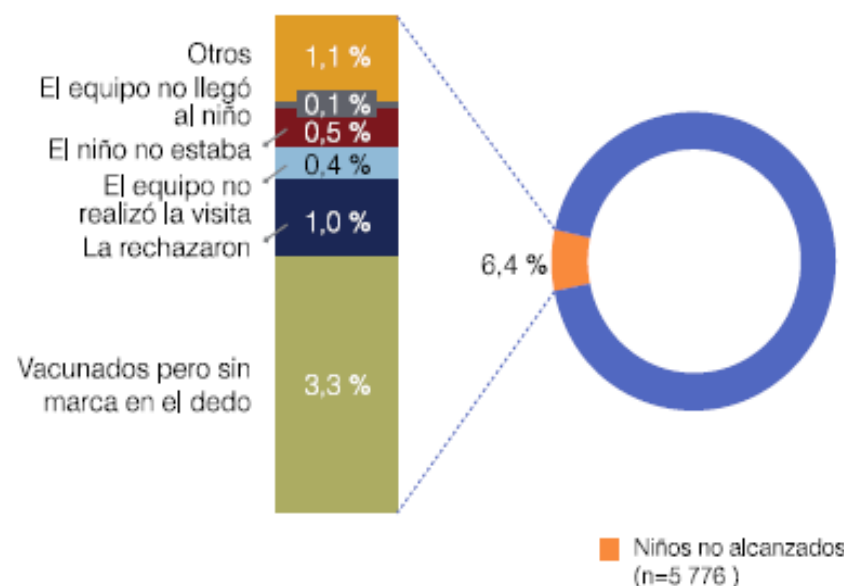
Cobertura de la campaña de vacunación en Afganistán

Total de niños estimado (n=509 728)



Seguimiento de la campaña de vacunación en Afganistán

Total de niños estimado (n=90 292)

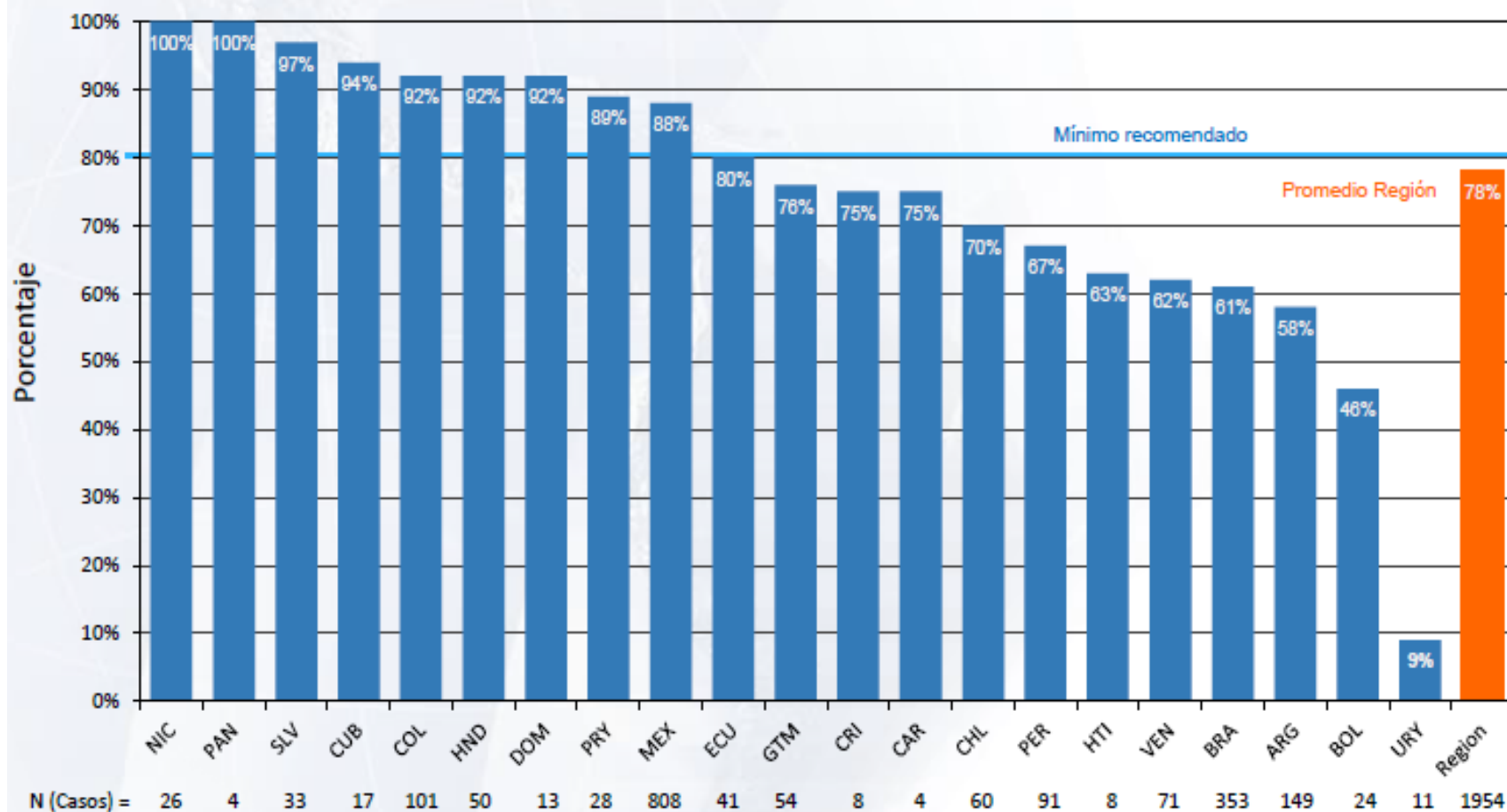


PCA: Seguimiento de la campaña de vacunación; PCM: Seguimiento de la campaña de vacunación.

Nota: «Vacunados pero sin marca en el dedo» se basa en la información proporcionada por el tutor. Al no poder ser validada, el niño se clasifica como no alcanzado.

Fuentes: Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Pakistán. Plan Nacional de Acción de Emergencia para la Erradicación de la Poliomielitis 2018/2019. Islamabad: CNOE; septiembre de 2018 y Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Afganistán. Presentación ante el Grupo de Asesoramiento Técnico, enero de 2019.

Porcentaje de casos de PFA con muestras adecuadas por país, últimas 52 semanas



Últimas 52 semanas epidemiológicas (2018/41 – 2019/40)

Sin datos para CAN, EUA. Datos al 5 de octubre del 2019

Fuente: Reportes de países en OPS



Cuadro 3. Indicadores de los productos incluidos en el marco de seguimiento y evaluación propuesto para el plan de acción estratégico sobre la transición

Objetivos	Indicadores de productos	Definición
Mantener al mundo libre de poliomielitis después de la erradicación	1. Cobertura de la vacuna con poliovirus inactivados	Cobertura de superior al 90% con dos o más dosis de vacuna con poliovirus inactivados en todos los países con instalaciones antipoliomielíticas esenciales que contienen poliovirus
	2. Vigilancia de alta calidad de la parálisis flácida aguda	Detección anual de, al menos, un caso de parálisis flácida aguda no poliomiélica por cada 100 000 habitantes menores de 15 años. En las regiones endémicas, para garantizar una sensibilidad todavía mayor, la tasa debería ser de dos casos por cada 100 000 habitantes menores de 15 años
	3. Respuesta a eventos relacionados con la poliomiélica	Interrupción de todo nuevo brote de poliovirus en un máximo de 120 días
	4. Confinamiento	Dstrucción o retención de materiales infecciosos o potencialmente infecciosos, con verificación y validación de los poliovirus Todas las instalaciones esenciales de confinamiento de poliovirus tienen un certificado válido de confinamiento
Fortalecer la vigilancia y los sistemas de inmunización	1. Cobertura de las vacunas con componente antisarampionoso (MCV1 y MCV2) ¹	Número y proporción de países que ofrecen MCV1 y MCV2 a través de servicios sistemáticos, con niveles de cobertura de la segunda dosis de la vacuna con componente antisarampionoso superiores al 90% en el ámbito nacional y al 80% en todos los distritos
	2. Gasto público en inmunización sistemática por recién nacido	Gastos en inmunización sistemática financiados por el sector público, tal y como se declaran en el formulario conjunto de notificación, divididos por el número de nacidos vivos según las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas
	3. Ampliación de la vigilancia y el sistema de laboratorios en el ámbito de país	Número de países en los que la transición contribuye a la ampliación y el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y de los laboratorios conexos
Fortalecer la preparación, la detección y la capacidad de respuesta ante emergencias para ayudar a aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	1. Detección de emergencias sanitarias en una fase temprana y respuesta rápida	Detección, verificación y respuesta tempranas a las emergencias que se deben notificar en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
	2. Prevención de epidemias y pandemias	Cobertura vacunal de los grupos de riesgo para las enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas (como la fiebre amarilla, el cólera, la meningitis y la gripe pandémica)
	3. Países preparados para emergencias sanitarias	Informes anuales de autoevaluación de los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)

¹ MCV1 y MCV2 se refieren a la primera y la segunda dosis de la vacuna con componente antisarampionoso.

Ante todo, la *Estrategia para la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis 2019–2023* refleja la *urgencia de erradicar* **la poliomielitis, al haber sido esta declarada emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en 2014 de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).**

La confirmación de su condición de ESPII señala la importancia de la erradicación como objetivo de salud mundial y asunto de seguridad sanitaria mundial.



**World Health
Organization**

We, the members of the
Global Commission for
the Certification of Poliomyelitis Eradication,
conclude today, 17 October 2019,
that

**indigenous wild poliovirus type 3
has been eradicated worldwide.**

**CERTIFICATE
OF
ERADICATION**

WILD POLIOVIRUS TYPE 3

Geneva, Switzerland

Professor David Salisbury, Chair
WHO European Region

Professor Yagoub Al-Mazrou
WHO Eastern Mediterranean Region

Professor Rose Leke
WHO African Region

Professor Mahmudur Rahman
WHO South-East Asian Region

Dr Arlene King
WHO Region of the Americas

Dr Nobuhiko Okabe
WHO Western Pacific Region



RETOS



Gobierno **Bolivariano**
de Venezuela

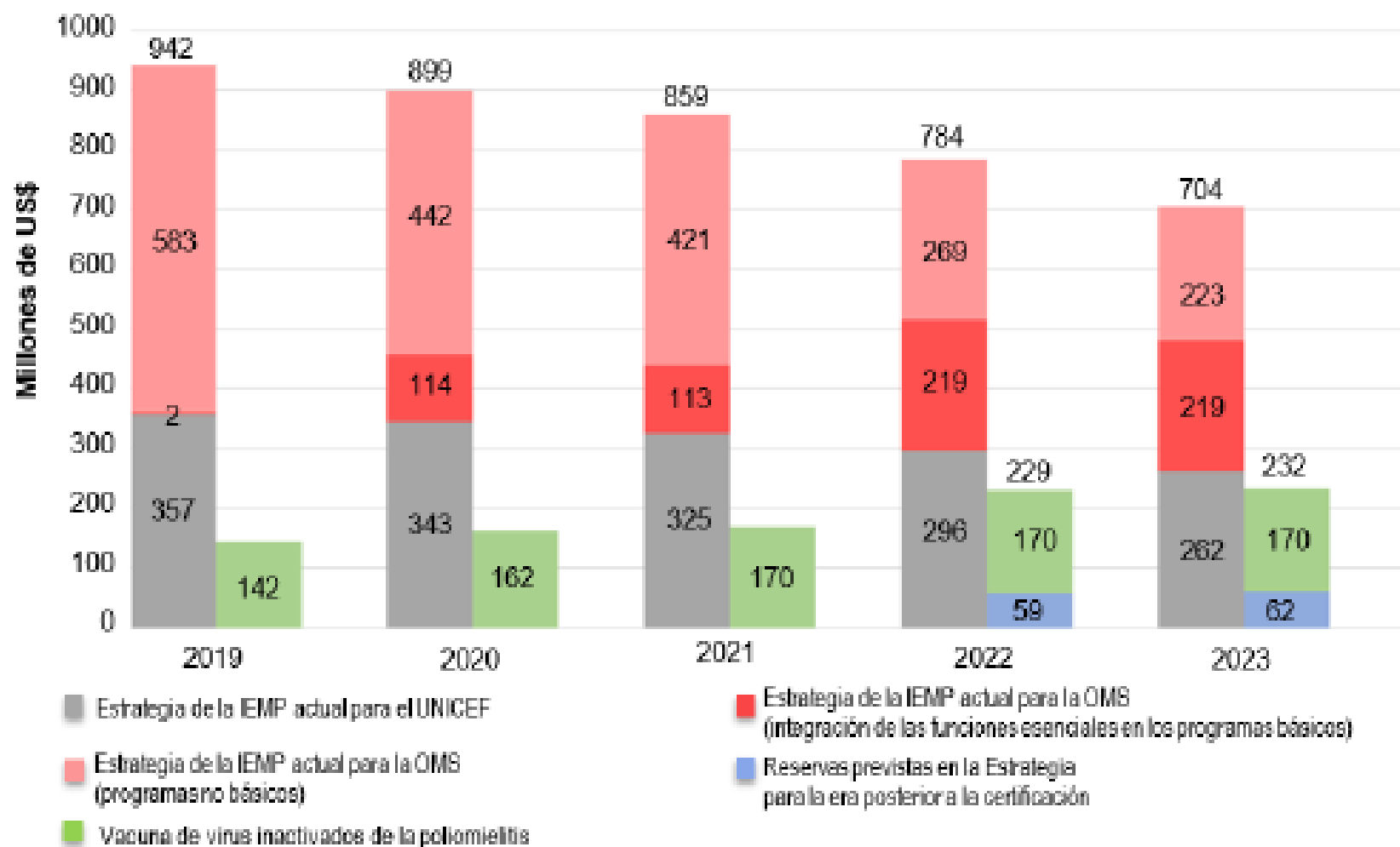
Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**



FINANCIACIÓN DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

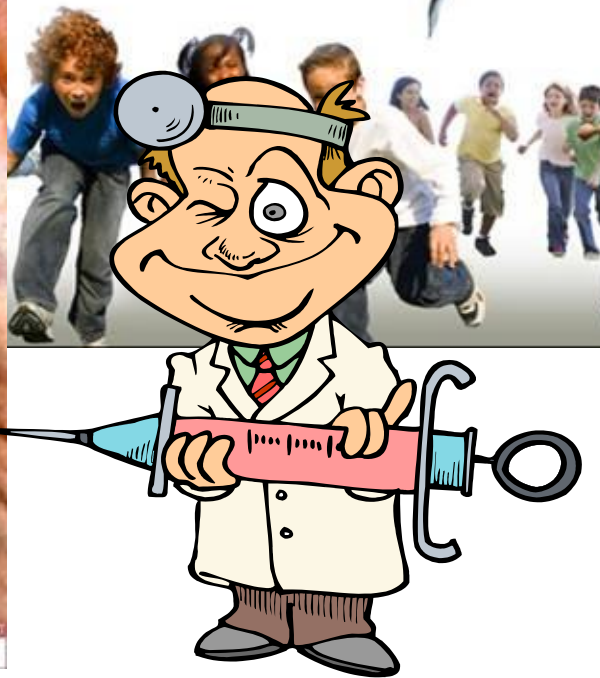
El presupuesto mundial previsto para aplicar el Plan Estratégico 2019-2023 es de US\$ 4200 millones, de los cuales todavía quedan por movilizar US\$ 3270 millones.

Figura: costos (en millones de US\$) para lograr la erradicación y el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis en cada uno de los cinco años de 2019 a 2023





Ingredients: Mercury, Formaldehyde, Aluminum Phosphate, Aspartame, Human Fetal Tissue, Monkey Kidney & Lung Cells, MSG, Bovine Fetal Serum



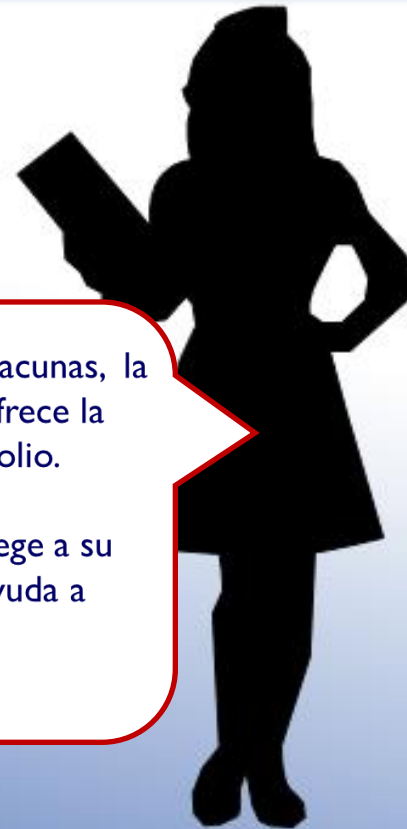
¿COMO DEBE RESPONDERSE A LAS PREGUNTAS COMUNES DE LOS PADRES Y CUIDADORES?




¿Por qué necesita mi niño dos vacunas diferentes contra la poliomielitis?

Combinar el uso de las dos vacunas, la IPV y la vacuna oral (OPV), ofrece la mejor protección contra la polio.

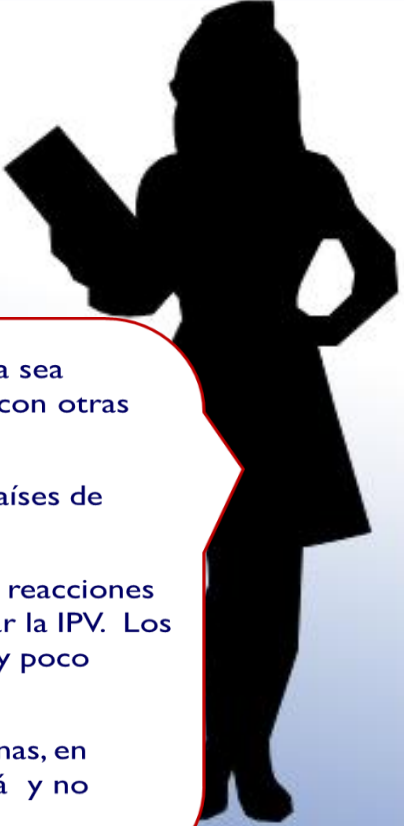
Gracias a las vacunas se protege a su niño(a) y al mismo tiempo ayuda a proteger a la comunidad.



¿COMO DEBE RESPONDERSE A LAS PREGUNTAS COMUNES DE LOS PADRES Y CUIDADORES?



¿La IPV tiene efectos secundarios?

- 
- La IPV es una vacuna muy segura ya sea aplicándola sola o en combinación con otras vacunas.
 - La IPV se ha usado en más de 60 países de todo el mundo durante décadas.
 - Eventualmente, podrían producirse reacciones locales leves después de administrar la IPV. Los efectos secundarios graves son muy poco frecuentes.
 - Al igual que sucede con otras vacunas, en algunas horas, el niño se recuperará y no tendrá molestias.





Gráfica I
ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS EN VENEZUELA, JULIO 2017.
SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

EDAD VACUNA	RN	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4-6 años	7-9 años	
Anti tuberculosis (1)	BCG										
Anti Hepatitis B (2)	HB	HB	HB	HB							
Anti poliomielitis (3)		VPI*	VPI-bVPO	VPI-bVPO		VPI-bVPO			VPI -bVPO		
Anti Difteria, Tétanos y Pertussis (4)		DPT_C DTPa	DPT_C DTPa	DPT_C DTPa		DPT_C DTPa			DTPa		
									dTpa / dT/ TT dTpa / dT/TT		
Anti Haemophilus influenzae tipo b (5)		Hib	Hib	Hib		Hib		Hib			
Anti rotavirus (6)		RV1 RV5	RV1 RV5	RV5							
Anti Streptococcus pneumoniae 10 ó 13 V (7)		VCN	VCN	VCN		VCN		VCN	ALTO RIESGO VCN 13 V ESQUEMA MIXTO		
Anti Influenza (8)		Anti influenza									
Anti Sarampión, Rubéola y Parotiditis (9)						SRP 1				SRP 2	SRP
Anti Fiebre amarilla (10)						FA	FA				
Anti Hepatitis A (11)						HA		HA			
Anti Varicela (12)						Varicela			Varicela		Varicela
Anti Meningococo conjugado C (13)		1ra	2da								
Anti Meningococo conjugada A,C,Y,W-135 (14)					1ra	2da					
Anti Streptococcus pneumoniae 23V (15)									ALTO RIESGO ESQUEMA MIXTO		

Edad o rango de edad para administrar esquema básico

Edad o rango de edad para administrar refuerzos

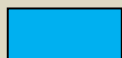
Edad o rango de edad para administrar esquema básico

ADMINISTRAR A SANOS Y ALTO RIESGO



Gráfica II
ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA ADOLESCENTES EN VENEZUELA. JULIO 2017
SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA.

EDAD	10 a 18 años
VACUNA	
Anti Hepatitis B (2)	SERIE
Anti Difteria, Tétanos y Pertusis (4)	dTpa / dT / TT
Anti Streptococcus pneumoniae 13-V (7)	ALTO RIESGO ESQUEMA MIXTO
Anti Influenza (8)	Anti Influenza
Anti Sarampión, Rubéola y Parotiditis (9)	SERIE
Anti Fiebre amarilla (10)	FA
Anti Hepatitis A (11)	SERIE
Anti Varicela (12)	SERIE
Anti Meningococo conjugada A/C/Y/W-135 (14)	
Anti Streptococcus pneumoniae 23V (15)	ALTO RIESGO ESQUEMA MIXTO
VPH (16)	SERIE

 Edad o rango de edad para administrar esquema básico

 Edad o rango de edad para administrar refuerzos

 Edad o rango de edad para administrar esquema básico

 ADMINISTRAR A SANOS Y ALTO RIESGO

Se recomienda leer Suplemento en página web: www.svpdiatria.org

VACUNAS DEL ADULTO VENEZOLANO

VACUNAS	19 a 64 años	65 o más años
dT (DIFTERIA-TETANOS) dTpa	Una dosis cada 10 años	
INFLUENZA (ANTIGRIPAL) tri y cuadrivalente	A grupos de riesgo anual	una dosis anual
NEUMOCOCO 23 / 13 CONJUG	A grupos de riesgo anual	Previa 23v luego 1 año 13v.naive: una dosis 13v luego 8 semanas la 23v
HEPATITIS B	3 dosis	
HEPATITIS A	2 dosis para los no inmunes	
SRP (SARAMPION- RUBEOLA-PAPERAS)	1 o 2 dosis si no hay inmunidad	Excepcional
VARICELA (LECHINA)	2 dosis para los no inmunes	
FIEBRE AMARILLA	Una dosis para toda la vida	
MENINGOCOCO CONJUGADA A+C + Y +W135	A los contactos íntimos y los grupos de riesgo	
Herpes zoster	A partir de los 50a a grupos de riesgo todos de 60 o más	
RABIA	Pre-exposición a los grupos de riesgo 0,7,28 d.; y post-exposición 0,3,7,14,28 d.	

TABLA 1. Calendario de vacunación recomendado para las personas de 0 a 18 años de edad

VACUNA		MESES											AÑOS				
		RN	2	3	4	5	6	12	15	18	23	2-3	4-6	9	10-12	13-17	
BCG ¹		✓															
Hepatitis B ² (HepB)		✓	✓				✓										
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ³ (Hib)			✓		✓		✓			✓							
Difteria, Tétanos y Pertussis acelular (DTPa) o Difteria, Tétanos y Pertussis de células enteras DTP ⁴			✓		✓		✓			✓				✓			
Tétanos, Difteria y Pertussis acelular (dTpa) ⁵																✓	
Difteria y Tétanos (dT) ⁶																✓	
Polio Inactivada ⁷ (VPI)			✓		✓		✓					✓					
Neumocócica conjugada ⁸ (VPC)			✓		✓		✓										
Sarampión-Rubéola-Parotiditis ⁹ (SRP)							✓		✓								
Varicela ¹⁰ (VAR)							✓					✓					
Influenza ¹¹							✓										
Rotavirus ¹² (VR) VR-1 (2 dosis) y VR-5 (3 dosis)			✓		✓		✓										
Hepatitis A ¹³ (HepA)								✓									
Virus Papiloma Humano ¹⁴ (VPH2 y VPH4)																✓	
Meningocócica ¹⁵	conjugada C	Indicadas en calendario, según epidemiología regional, así como en el control de brotes epidémicos y en las personas con factores de riesgo de infección.															
	conjugada ACWY																
	serogrupo B																
Fiebre amarilla ¹⁶ (FA)		Indicadas en calendario, según epidemiología regional, así como en el control de brotes epidémicos y en las personas con factores de riesgo de infección.															



Vacuven su centro de vacunación



0212 5517271

0212 5512641



@Vacuven



Vacuven



vacuven2@gmail.com



Urb. San Bernardino, Av. Mariscal Sucre, Edif. Medicentro, PB, Caracas

SIGUENOS:



**VACUVEN SU CENTRO
DE VACUNACION**

@VACUVEN

VACUVEN





**Departamento Medicina
Preventiva y Social
Escuela Luis Razetti, Facultad
de Medicina, UCV**

Agradecido por la invitación, muchas gracias!

Alejandro Rísquez Parra

Profesor Titular / Médico pediatra epidemiólogo
Jefe del Departamento Medicina Preventiva y Social
Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV
Comisión de Inmunizaciones SVPP 2015-2018

risqueza@gmail.com