

LINEAMIENTOS DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN Y RECUPERACIÓN DEL ESQUEMA REGULAR

Septiembre 2021

Contenido

Glosario de términos	3
Introducción	5
Antecedentes	6
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos	11
Alcance	12
Meta	12
Intervalos entre dosis	14
ROTAVIRUS	15
PENTAVALENTE:	16
NEUMOCOCO	17
ANTIPOLIOMIELITIS	17
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS.....	17
Estrategias de vacunación	18
Preguntas más frecuentes	18
Componente comunicacional.....	19
Registro de Información.	19
Referencia Bibliográficas.....	21

Glosario de términos

Biológicos: Término genérico con el que también se nombran a las vacunas, sueros hiperinmunes y antitoxinas heterólogas.

Campaña de vacunación: táctica intensiva, para vacunación masiva acelerada a distintos grupos de edad en un tiempo corto, que puede ser selectiva (considerando el antecedente vacunal) o indiscriminada (sin considerar el antecedente vacunal). Este tipo de jornadas se realiza con la finalidad de minimizar el riesgo de contraer enfermedades inmunoprevenibles como: sarampión, fiebre amarilla, rubéola, neumonías bacterianas, diarreas ocasionadas por rotavirus, parotiditis, entre otras.

Cobertura de vacunación-administrativa: se calcula dividiendo el número de dosis administradas, según lo informado por el sistema de registro para la población objetivo (por ejemplo, niños menores de 1 año) y se expresa como porcentaje:

Cobertura administrativa (%) = Número de dosis de vacuna aplicadas X 100

Población objetivo

Cronograma: desglose de actividades o tareas de una programación a cumplir en el tiempo.

Control: se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a conseguir un estado de control de la enfermedad, es decir, reducción de la incidencia de una enfermedad a unos niveles que dejen de constituir un problema significativo de salud pública.

Estrategia: procedimiento especial de mediano o largo plazo de índole clave, que como en la práctica militar se usa para conseguir un fin determinado.

Evaluación: conjunto de procedimientos que se utiliza para analizar la marcha del programa y obtener información acerca del cumplimiento y validez de sus objetivos, actividades, costo, resultados e impacto.

Inmunidad: capacidad del cuerpo para tolerar material que es propio de él y eliminar el material que le es extraño. La inmunidad activa es proporcionada por el propio sistema inmune de la persona, luego de la exposición al agente causal de la enfermedad o por vacunación y generalmente es duradera o permanente. La inmunidad pasiva resulta de la transferencia de anticuerpos de una persona o animal a otra (la forma más común es la que el feto recibe de la madre a través de la placenta durante el embarazo; transfusión de

sangre total o productos sanguíneos, inyección de globulina inmune o hiperinmune y antitoxinas animales, que desaparece en semanas o meses.

Inmunización: procedimiento para desarrollar protección o inmunidad contra determinada enfermedad con las vacunas (activa) o administración de anticuerpos (pasiva), para prevenir esa enfermedad, precisamente provocando factores inmunitario

Monitoreo: proceso continuo de medición y análisis sistemático de datos para dar seguimiento a la marcha de los programas y planes. Mediante información y mediciones que se obtienen con técnicas y parámetros estandarizados y sistemáticos, se puede analizar y verificar de manera regular, continua o periódica el avance y cumplimiento de los planes y las metas establecidos. Su objetivo es mostrar logros y problemas, analizar sus causas y aplicar medidas eficaces para alcanzar los resultados esperados de manera inmediata.

Población en riesgo: para la estrategia nacional de inmunizaciones es aquella que no está vacunada o no ha completado el esquema de vacunación por lo que tiene alta probabilidad de contraer enfermedades prevenibles por vacuna.

Población meta o población objetivo: personas que son parte del grupo de edad y sexo, y poseen características establecidas que permiten aplicar la estrategia de intervención

Prevención: conjunto de actividades o medidas tendientes a evitar un determinado evento o a frenar su propagación a un núcleo mayor de individuos. Para ello, se aplican estrategias y actividades que se realizan en forma anticipada, para evitar que se concrete el riesgo o minimizar sus posibles efectos.

Susceptible: persona o animal sin resistencia o inmunidad contra un agente causal determinado que lo proteja contra la enfermedad, si llega a estar en contacto con éste.

Esquema regular de vacunación: vacunación sistemática con todos los biológicos a través de los servicios rutinarios institucionales o tácticas extramurales programadas regularmente.

Operación Barrido: vacunación casa a casa de la población objeto, generalmente residente en localidades urbanas, urbano marginales o cabeceras de parroquias rurales.

Puesto fijo de vacunación: lugar estratégico señalado usualmente para vacunar que se instala de manera permanente o durante toda la duración de una campaña en sitios de afluencia de pobladores y los vacunatorios de todas las unidades de salud

Introducción

La vacunación se considera como la medida sanitaria más efectiva para el control de las enfermedades inmunoprevenibles nivel mundial, después del acceso al agua potable. Aproximadamente, tres millones de personas habitualmente niños menores de 5 años, fallecen cada año por enfermedades que son evitables por medio de la vacunación, existe la posibilidad de que la poliomielitis y el sarampión puedan ser erradicados en el curso de unos pocos años. Los países en vías de desarrollo se esfuerzan para adquirir, manejar y aplicar vacunas para toda la población. Y así, lograr coberturas adecuadas para el control y erradicación de las enfermedades. La comunidad internacional debe seguir dedicando los recursos, fondos y el talento humano necesario para seguir demostrando que la vacunación disminuye la morbilidad y mortalidad de la población mejorando su calidad de vida.

En el mundo, en el 2019 casi 20 millones de niños no fueron vacunados o recibieron un esquema incompleto. Para el 2020 en las diferentes regiones del mundo, las coberturas de vacunación tienen diferentes comportamientos. La mayoría de las regiones han mantenido sus coberturas; sin embargo, en América estas han disminuido desde el 2010 y mayoritariamente desde el 2015. Atribuyéndose como una de las razones los procesos de reforma, que han menospreciado la importancia de los programas de inmunizaciones, restándoles competencias, liderazgo y talento humano. ¹

La pandemia de COVID-19 ha causado un importante retroceso en la vacunación infantil. En 2020, en la Región de las Américas un 18,2% (474.395) menos de niños que en 2019 recibieron las tres dosis de la vacuna DPT3 (difteria, tétanos, tosferina). Asimismo, en 2020, disminuyó un 13,9% (379.208) de niños que no recibieron la dosis de la vacuna triple viral SRP (sarampión, parotiditis y rubéola) en comparación con el año anterior.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en la Región de las Américas ha sido exitoso durante más de 40 años. Siendo un líder global en la erradicación, eliminación y el control de varias enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), tales como: viruela, poliomielitis, rubéola, síndrome de rubéola congénita, sarampión, tétanos neonatal entre otras. Además, desde la creación del PAI en 1977, se ha incrementado de una aplicación de seis vacunas en el esquema nacional de vacunación inicialmente en los países; a un promedio de 16, lo cual representa una mayor protección para la población.

Aunque en la mayoría de países de América ha logrado introducir nuevas vacunas en su esquema del programa regular. Existen países, entre ellos Ecuador, que las coberturas para las diferentes vacunas han disminuido, por ejemplo, para DPT3 como trazador, en el 2020, reportan coberturas inferiores al 75%.

La pandemia por la COVID-19, ha afectado de múltiples maneras a todos los países desde el año 2020, se han realizado esfuerzos para contener el virus, inmunizar a la población y lograr la reactivación económica y social. De esta manera, el presupuesto

¹ Referencia de la intervención del Dr. C Ruiz en la reunión del TAG de inmunizaciones 2021

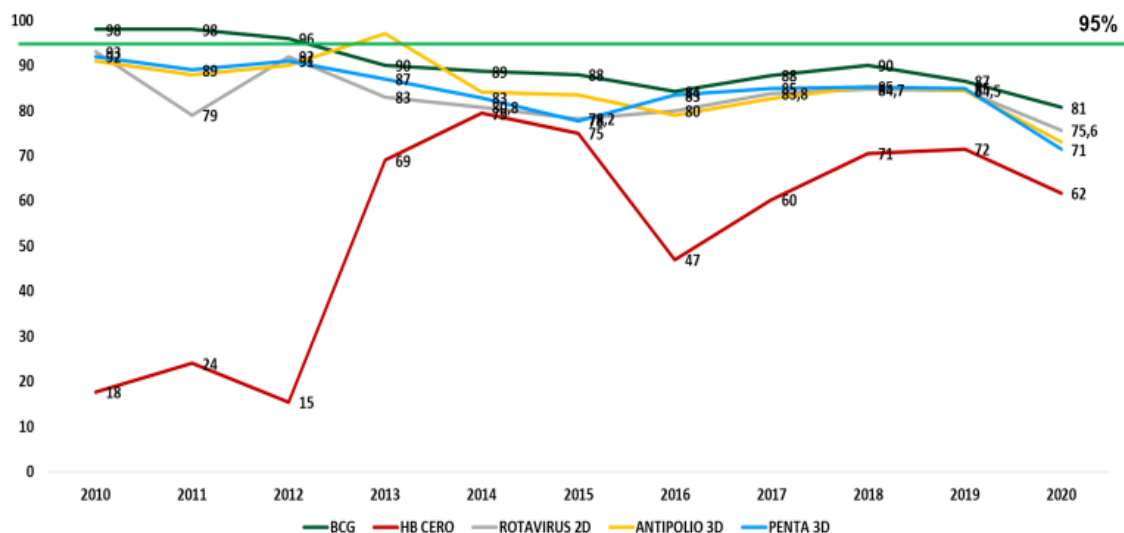
adquirir vacunas contra la COVID-19, la reasignación de recursos humanos en todos los niveles dedicados al control epidemiológico y preventivo dio como resultado: que los recursos fiscales disponibles se encaminen a la consecución de vacunas contra la COVID-19 y que el talento humano, se centre en actividades distintas a las de la vacunación del programa regular y en consecuencia disminución de las coberturas.

Antecedentes

La Pandemia de SARS-CoV2 y su influencia ha afectado notablemente las coberturas de vacunación del programa regular a nivel mundial. En el Ecuador, para la ejecución de la vacunación que es el Pilar 10 de la contención de la Pandemia, se necesitó del talento humano de todos los establecimientos de salud. Adicionalmente, la necesidad de distanciamiento social, temor al contagio en los establecimientos de salud, entre otros, originó que, en la mayoría de las provincias y cantones del país, se interrumpa o funcione de manera irregular la vacunación sistemática del esquema regular.

Para la planificación de la CAMPAÑA DE VACUNACIÓN se ha realizado un análisis de las coberturas de vacunación desde el año 2010 al 2020, verificando vacuna por vacuna en los menores de 2 años. Observándose una disminución significativa de las coberturas de vacunación en todos los biológicos del esquema regular; tanto en los menores de 1 año, como en los niños de 12 a 23 meses, gráficos N°1 y N°2.

Gráfico N°1. Coberturas de vacunación de BCG, HB0, ROTA2, PENTA3, ANTIPOLIO3. en niños menores de 1 año Ecuador 2010 - 2020

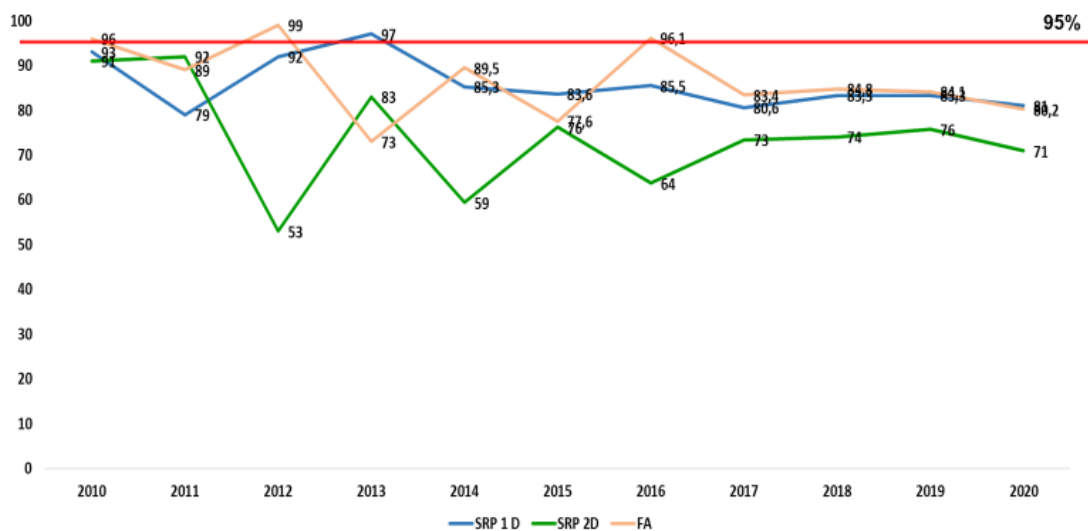


Fuente: DNAIS

Como podemos evidenciar en el *Gráfico 1*, la cobertura de la vacuna BCG se ha mantenido con un promedio de 86,5%, la vacuna HB0 en un 66%, la vacuna Rotavirus segunda dosis, antipoliomielítica y pentavalente tercera dosis alcanzan una cobertura del 81%, la vacuna de neumococo alcanzó un 86% en niños menores de un año.

Para niños de 12 a 23 meses la vacuna SRP2 alcanza un promedio de cobertura del 70%, los refuerzos de antipoliomielítica y difteria, tosferina y tétanos (DPT) el 73%, la vacuna contra la fiebre amarilla 85% y la vacuna de varicela alcanza el 79%. En niños de 5 años la vacuna antipoliomielítica y la vacuna contra la difteria, tosferina y tétanos (DPT) quinta dosis se obtiene el 70% y 80%, respectivamente. En las niñas de 9 años la vacuna HPV el promedio de estos años es el 67% de cobertura a nivel nacional. **Anexo N°1.**

Gráfico N°2. Coberturas de vacunación de SRP1, SRP2, FA, en niños de 1 año. Ecuador 2010 - 2020



Fuente: DNAIS

De la misma manera, se revisó las coberturas de vacunas contra sarampión, rubéola y la de la poliomielitis en varias cohortes de edad de menores de 9 años. Y el objetivo es recuperar las dosis no administradas en una campaña amplia de vacunación de seguimiento que será planificada para el 2022.

La población de los menores de 1 año y de los niños de 12 a 23 meses (denominador), se puede observar que se han mantenido estables, con ligeras modificaciones. No así, el número de dosis administradas que han descendido de año en año, lo que explica la disminución de las coberturas. *Tabla No 1.*

Tabla No 1. Proyección de población 2014 – 2020.

Grupo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
< 1año	336.328	335.228	334.222	333.325	332.505	331.773	331.139
12 a 23 meses	336.417	335.281	334.250	333.306	332.461	331.699	331.025

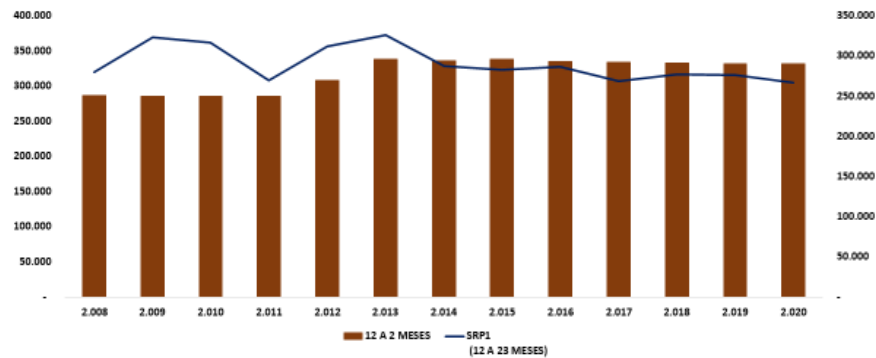
Fuente: DNAIS

Gráfico 3:



Gráfico 4:

Población y número de dosis administradas de vacuna SRP1. Ecuador 2008 - 2020



Situación de las coberturas de vacunación de enero a junio del 2021

Como hemos demostrado anteriormente, las coberturas en el Ecuador vienen disminuyendo desde hace años atrás. Esta tendencia se agudizó con el advenimiento de la Pandemia del SARS CoV- 2, que limitó el acceso de los usuarios a los centros de salud, disminuyó la cantidad de talento humano en los establecimientos, desabastecimiento de biológicos, déficit de personal, debido a que el talento humano disponible, tuvieron que hacer frente a la crisis sanitaria provocada por la Pandemia.

A continuación, resumimos las razones por las que los servicios de vacunación desde el inicio de la pandemia han sido afectados:

- Desplazamiento del personal sanitario responsable de la vacunación para atención directa de los pacientes afectados por la COVID-19 (visitas a pacientes, levantamientos de cercos epidemiológicos)-
- Profesionales de la salud contagiados y fallecidos con COVID -19 al realizar atención directa de pacientes afectados-
- Suspensión temporal en el Plan Ampliado de Inmunizaciones debido a la situación epidemiológica.
- Aprensión de la población para acudir a los establecimientos de salud por temor al contagio, disminuyendo así el acceso a la vacunación.
- Debido al cierre de fronteras y limitación de ingreso a los diferentes países el proceso de recepción y distribución del biológico se retrasó
- Los envíos al país de los biológicos por parte de las casas fabricantes, se han visto retrasados-

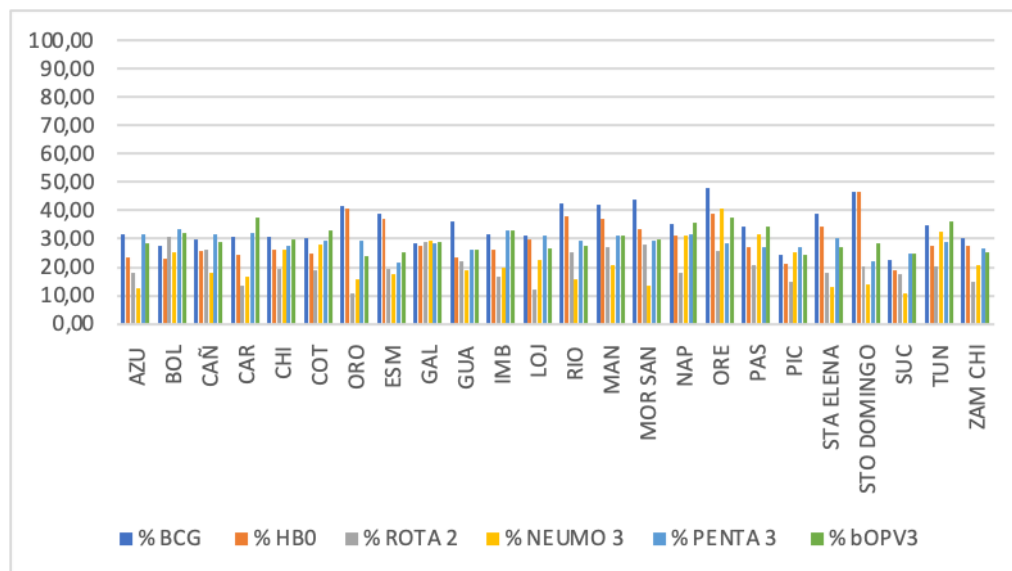
Para el mes de junio, las coberturas de vacunación de todos los biológicos deberían situarse entre el 45% y 50%. Es importante, que los niños reciban las vacunas en los tiempos establecidos de acuerdo al esquema nacional de vacunación para evitar la morbi – mortalidad de las diferentes enfermedades inmunoprevenibles o su reintroducción.

Es importante que los niños reciban las vacunas en los tiempos previstos, de acuerdo al esquema nacional de vacunación, su retraso e incumplimiento de los intervalos normados ponen a la población en situación de riesgo, con la probabilidad de adquirir o reintroducir una enfermedad inmunoprevenible que podría, perfectamente, haberse evitado.

Cuando se realiza el análisis de las coberturas de vacunación nacional en niños menores de 1 año de enero a junio de 2021, se observa que la vacuna BCG obtuvo una cobertura del 34,48%, Hepatitis B el 28,26%, Rotavirus 19,90%, Neumococo 3 - 16,70% y Pentavalente 3 alcanza un 28,05%.

En el Gráfico N°3 se evidencian las coberturas en menores de 1 año por provincia y por sitio de vacunación.

Gráfico N°5. Coberturas de vacunación por provincias, Enero – junio 2021 en menores 1 año.

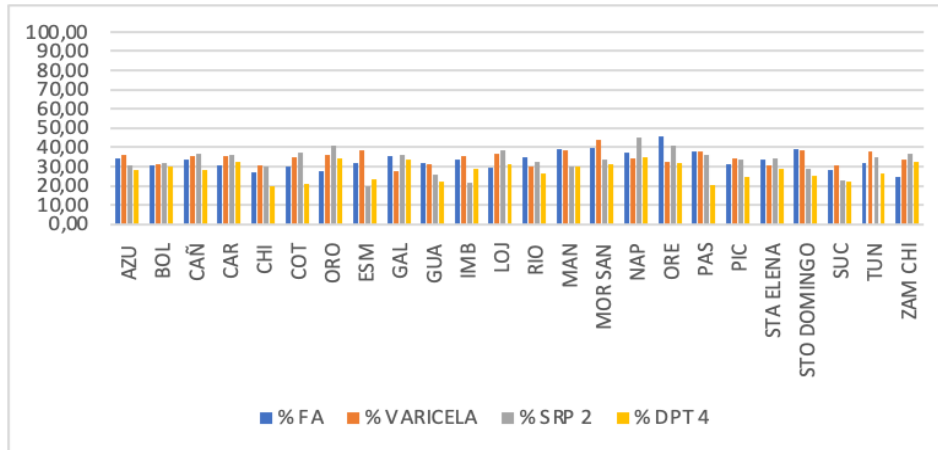


Fuente: DNAIS

Para los niños de 12 a 23 meses, el Esquema Nacional de Inmunizaciones considera, la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis (SRP), aplicada en dos dosis, a los 12 meses (SRP1) y a los 18 meses de edad (SRP2). Además, en esta edad se contempla la vacunación contra la Varicela y Fiebre Amarilla, las coberturas consideradas como óptimas son de 95% o más. *Gráfico N°4.*

Por lo antes evidenciado, podemos concluir que las coberturas del Esquema Nacional de Inmunizaciones se han visto muy comprometidas por las razones antes mencionadas. En este sentido, colocaremos todos los esfuerzos, recursos y requisitos necesarios para lograr que las coberturas de todas las vacunas del esquema incrementen significativamente.

**Gráfico N°6. Coberturas de vacunación enero – junio 2021
en niños de 12 a 23 meses.**



Fuente: DNAIS

Ante la situación expuesta, las autoridades del *Ministerio de Salud Pública (MSP)* en coordinación de la *Gerencia Institucional de la Gestión del Plan Nacional de Vacunación*, han considerado la elaboración de la **CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN**. La misma que mantendrá la intensidad de la actual vacunación contra la COVID-19, con el propósito de proteger a toda la población en especial a los niños y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) asegurando la inmunización universal, equitativa de la población y persiguiendo erradicar enfermedades.

Objetivo general

Administrar vacunas del programa regular a niños y niñas menores de 5 años y recuperar las coberturas de vacunación, con el fin de mantener el control y disminuir el riesgo de reintroducción de enfermedades inmunoprevenibles.

Objetivos específicos

- Vacunar a niños y niñas menores de un año con la dosis que le corresponda según el esquema nacional de inmunizaciones, con vacuna BCG, HB0 con una dosis, Pentavalente, neumococo, antipoliomielítica con primera, segunda y tercera dosis, y con vacuna Rotavirus con primera y segunda dosis.
- Vacunar a niños y niñas menores de un año rezagados con la dosis que le correspondía del esquema nacional de inmunizaciones. Con vacuna BCG (una dosis), Pentavalente, neumococo, antipoliomielítica con primera, segunda y tercera dosis, y con vacuna Rotavirus (de acuerdo con las recomendaciones técnicas).

- Vacunar a niños y niñas de 12 a 23 meses con la dosis que le corresponda según el esquema nacional de inmunizaciones con vacuna SRP, DPT, antipoliomielítica, fiebre amarilla y varicela.
- Vacunar a niños y niñas de 12 a 23 meses que no se vacunaron con la dosis que le correspondía del esquema nacional de inmunizaciones con vacuna SRP, DPT, antipoliomielítica, fiebre amarilla y varicela.
- Vacunar a niños y niñas menores de 5 años con influenza, cuarta dosis de DPT y bOPV, de acuerdo con la disponibilidad de estas vacunas.

Alcance

La presente Campaña Nacional de Vacunación se realizará en un período de 4 semanas intensivas, el período de ejecución será ininterrumpido en el mes de octubre, es decir contempla los fines de semana, y se continuará con el esquema regular y acortado hasta diciembre de 2021.

Este documento es de cumplimiento obligatorio en todo el Sistema Nacional de Salud.

Meta

La meta es vacunar a todos los niños y niñas que correspondan de acuerdo a la edad y rezagados de enero a septiembre. En la *Tabla No 2* se detalla la población óptima a vacunar y los porcentajes a cubrir con la campaña intensiva de vacunación en niños y niñas menores de 1 año y de 12 a 23 meses.

Tabla 2. Número y porcentaje de niños rezagados de enero a septiembre en el país de acuerdo con las coberturas programáticas.

ECUADOR	POBLACIÓN < 1 AÑO	BCG		ROTA 2 marzo a septiembre*		NEUMO 3		PENTA 3		bOPV3	
		Niños/as	%	Niños/as	%	Niños/as	%	Niños/as	%	Niños/as	%
Población a vacunar	330.580	65556	20%	113978	34%	159722	48%	99.577	30%	100575	30%

ECUADOR	POBLACIÓN 1 AÑO	FA		SRP 2		VARICELA		DPT 4	
		Niños/as	%	Niños/as	%	Niños/as	%	Niños/as	%

Población a vacunar	330.345	74413	23%	125728	38%	67929	21%	111367	34%
---------------------	---------	-------	-----	--------	-----	-------	-----	--------	-----

Fuente: DNAIS

El cálculo de la meta de población a vacunar se realiza de acuerdo con los datos demográficos de niños menores de 2 años que debería estar inmunizada, en relación con la población y dosis aplicadas. *Tabla No 3.*

Tabla No 3. Proyección de rezagados por biológico y por edad a vacunar por provincia

BIOLÓGICO	DOSIS	ZONA 1	ZONA 2	ZONA 3	ZONA 4	ZONA 5	ZONA 6	ZONA 7	ZONA 8	ZONA 9	TOTAL PAIS
BCG TOTAL	Dosis Unica	6.532	4.144	10.867	23.253	8.208	5.592	3.867	49.998	15.646	128.107
HB 0	Dosis Unica	8.203	5.266	12.743	21.633	11.804	8.202	4.752	19.048	17.594	109.245
ANTIPOLIO / f. I.P.V	fIPV 1ra dosis	10.045	2.259	11.557	13.195	19.060	6.042	8.054	12.847	16.177	99.236
	fIPV 1ra dosis	11.712	3.299	11.704	16.727	20.727	6.505	9.031	15.387	15.905	110.997
	3ra dosis	8.427	4.257	10.954	9.485	15.100	7.239	7.982	15.389	17.231	96.064
PENTAVALENTE (DPT + HB+H/b)	1ra dosis	6.235	4.231	11.342	16.304	5.196	5.295	6.101	6.858	16.512	78.074
	2da dosis	6.168	2.540	11.678	25.038	8.933	5.736	6.476	10.282	16.337	93.188
	3ra dosis	8.763	3.849	11.986	19.083	12.699	6.169	6.142	13.275	15.398	97.364
NEUMOCOCO CONJUGADA	1ra dosis	7.209	1.225	12.708	17.537	10.578	8.266	5.677	12.518	16.013	91.731
	2da dosis	10.242	2.946	12.632	12.705	16.957	9.778	7.966	19.104	15.854	108.184
	3ra dosis	11.145	3.469	12.589	15.806	20.701	10.561	8.488	18.478	15.519	116.756
ROTAVIRUS	1ra Dosis	8.241	4.328	17.215	18.090	10.947	7.680	7.758	14.245	19.181	107.685
	2da Dosis	10.982	5.349	17.122	15.343	16.147	8.600	10.507	17.691	19.397	121.138
SRP 1	Dosis Unica	12.400	4.524	10.009	13.151	12.695	8.526	5.137	18.801	15.571	100.814
VARICELA	Dosis Unica	7.463	4.146	8.968	19.196	15.106	7.837	4.663	13.109	10.655	91.143
SRP 2	Dosis Unica	13.380	4.939	10.573	11.707	14.917	9.124	4.725	22.716	15.136	107.217
FA	Dosis Unica	8.140	3.227	9.349	20.892	11.277	8.405	6.526	12.385	13.030	93.231
DPT	4ta Dosis	9.676	4.532	11.480	15.585	15.391	10.130	6.796	19.806	16.189	109.585
bOPV	4ta Dosis	9.040	4.038	9.591	16.078	16.912	10.704	7.023	20.534	17.467	111.387
DPT	5ta Dosis	16402	7.688	17.459	9.048	6.400	11.215	14.018	29.570	20.089	131.889

bOPV	5ta Dosis	16147	7.548	16.856	7.814	6.919	11.838	13.187	29.886	21.694	131.889
------	-----------	-------	-------	--------	-------	-------	--------	--------	--------	--------	---------

Fuente: DNAIS

Intervalos entre dosis

La mayoría de las vacunas en el calendario para niños, niñas y adolescentes obligan a usar dos dosis o más para estimular una respuesta adecuada y persistente de anticuerpos. Los estudios han demostrado que, si se aplica en la edad recomendada y se sigue el intervalo preciso entre las aplicaciones se obtiene protección y eficacia óptima. (7)

Aunque el esquema regular, tiene fijado los intervalos entre dosis establecidos, la aplicación de dosis de vacunas “combinadas” en lapsos más breves (esquema acortado), se requiere en circunstancias en que el lactante o el niño/a está rezagado/a y necesita ponerse al día en sus esquemas, en forma acelerada como en la situación descrita. Es importante no administrar las vacunas a intervalos menores de los *mínimos* recomendados o en edades más tempranas de la mínima recomendada.

En el caso de la vacuna de varicela, se pueden administrar simultáneamente con la vacuna triple vírica, pero de no ser así, se recomienda un intervalo de, al menos, un mes entre las mismas para evitar una posible interferencia en la respuesta inmunitaria.

Para el caso de vacuna sarampión, rubéola, paperas o fiebre amarilla que no se administren simultáneamente, deben estar separadas al menos por 4 semanas. Las vacunas de antígenos vivos orales (ej. OPV, fiebre tifoidea) pueden ser administradas antes, simultáneamente o después de las vacunas vivas parenterales. (7)

Vacunas vivas parenterales (SRP, varicela, herpes zóster y fiebre amarilla) y vacuna viva influenza intranasal (LAIV): si no se administraron en la misma visita, deben estar separadas por al menos 4 semanas (8).

El efecto de la administración no simultánea entre las vacunas contra la fiebre amarilla y rubéola, parotiditis y varicela son desconocidos, por lo tanto, es conveniente administrarlas simultáneamente o separadas al menos por 4 semanas.

Esquema de vacunación a aplicar

Esquema	Edad	Vacunas	Intervalos	1 Dosis	2 Dosis	3 dosis
Acortado	Mayores a 2 meses	Rotavirus	1 mes	>2 meses	1 mes de la primera dosis	

	(Nacidos a antes del 31 de julio 2021)	Pentavalente	1 mes	>2 meses	1 mes de la primera dosis	1 mes de la segunda dosis
		Neumococo	1 mes	>2 meses	1 mes de la primera dosis	1 mes de la segunda dosis
		Antipoliomielitis	2 meses	> 2 meses fIPV	2 meses de la primera dosis fIPV	1 mes de la segunda dosis bOPV
		SRP	1 mes	12 meses	4 semanas de la primera dosis	

Fuente: Esquema de vacunación nacional 2019 – Documentos de posición OMS

ESQUEMA REGULAR

Se aplicará el esquema regular de vacunación a todos/as los/as niños/as nacidos/as a partir del 1ro de agosto, respetando todos los intervalos establecidos.

Es importante recalcar, en este proceso de vacunación no perder la oportunidad de aplicar las dosis de refuerzos a los niños de 5 años (bOPV y DPT), para garantizar la recuperación de coberturas.

ESQUEMA ACORTADO

ROTAVIRUS

La vacuna de rotavirus se debe administrar la primera dosis a partir de los dos meses máximo hasta los 3 meses 29 días y la segunda dosis máxima hasta los 7 meses 29 días de edad.

Es importante referir que, si un niño no ha recibido la vacuna rotavirus puede administrarse la primera dosis máximo hasta los 3 meses 29 días de edad, en este caso

para cumplir el esquema acelerado deberá administrarse la segunda dosis un mes después de la primera dosis de vacuna.

PENTAVALENTE:

Este documento describe los siguientes escenarios que se pueden identificar en territorio (hasta los 11 meses 29 días):

- **Primer escenario**

Cómo cumplir esquema con uso de vacuna pentavalente ante la captación de un niño(a) que no ha sido vacunado en ningún momento es decir NO tiene antecedente vacunal con pentavalente:

Tan pronto se capte a un niño(a) sin ninguna dosis de vacuna pentavalente se puede administrar con un intervalo entre dosis *de un mes*. Ejemplo:

Un niño de 8 meses de edad:

Primera dosis: el momento de la captación.

Segunda dosis: un mes después de la primera dosis (9 meses de edad).

Tercera dosis: un mes después de la segunda dosis de aplicación de la vacuna pentavalente (10 meses de edad).

- **Segundo escenario**

Cómo cumplir esquema con uso de vacuna pentavalente ante la captación de un niño(a) que tiene tan solo una dosis de vacuna pentavalente y tiene 11 meses de edad.

Primero verificar edad; la fecha de primera dosis de vacuna pentavalente y si existe mínimo un intervalo de 1 mes entre dosis anterior. Aplicar la segunda dosis de pentavalente y convocar para la siguiente dosis 1 mes después.

Cuando el/a niño (a) acude para la tercera dosis, ya tendría 12 meses de edad se completa el esquema de vacunación tercera dosis con vacuna DPT y Hb pediátrica.

- **Tercer escenario**

Cómo cumplir esquema con uso de vacuna pentavalente ante la captación de un niño (a) que tiene dos dosis de vacuna pentavalente.

Primero verificar edad; la fecha de primera y segunda dosis de vacuna pentavalente y si existe mínimo un mes de intervalo entre dosis proceder a la aplicación de la tercera dosis de pentavalente.

NEUMOCOCO

Toma de decisiones conforme a lo realizado con la vacuna pentavalente.

ANTIPOLIOMIELITIS

Se aplicará el intervalo de dos meses entre la primera y segunda fIPV, e intervalo de un mes entre segunda fIPV y tercera de bOPV.

SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS

El personal de la unidad operativa podría identificar los siguientes escenarios en territorio (de 12 meses hasta 23 meses 29 días):

- **Primer escenario**

Cómo cumplir esquema con uso de vacuna SRP ante la captación de un niño(a) que no ha sido vacunado en ningún momento, es decir NO tiene antecedente vacunal preventivo de sarampión, rubéola y parotiditis.

Tan pronto se capte a un/a niño(a) sin ninguna dosis de vacuna SRP se puede administrar con un intervalo entre dosis de un mes. Ejemplo:

Un niño de 18 meses de edad:

Primera dosis SRP: el momento de la captación.

Segunda dosis: un mes después de la primera dosis de SRP (es decir el niño tendrá 19 meses de edad).

- **Segundo escenario**

Cómo cumplir esquema con uso de vacuna SRP ante la captación de un niño (a) que tiene tan solo una dosis de vacuna SRP y tiene 20 meses de edad.

Primero verificar edad; la fecha de primera dosis de vacuna SRP y si existe mínimo un intervalo de 1 mes entre dosis proceder a la aplicación de la segunda dosis de SRP.

- **Tercer escenario**

Si el niño (a) tiene un registro de haberse aplicado la SRP1 a los 13 meses de edad y se lo capta a los 20 meses de edad se deberá administrar la segunda dosis de SRP.

Estrategias de vacunación

La campaña se desarrollará en 4 semanas intensivas, y se continuará de forma regular en los Centros de Salud de acuerdo a sus horarios de atención hasta el mes de diciembre 2021, y se considerarán las siguientes estrategias:

1. Vacunar en puestos fijos de establecimientos de salud a la población por libre demanda.
2. Vacunación con brigadas móviles en lugares donde se pueda concentrar a la población objetivo.
3. Brigadas móviles para vacunar a población de difícil acceso geográfico.
4. Evitar la reubicación de los vacunadores o personal responsable de inmunizaciones hacia otras actividades asistenciales, excepto que sea extremadamente necesario debido a la situación epidemiológica del área.
5. Continuar con la movilización y participación social lograda en la vacunación contra la COVID-19, involucrar a la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, instituciones del sector público y red complementaria. Conformar comités de apoyo en cada cantón.

Preguntas más frecuentes

¿Vacuno a un niño con COVID-19?	No
¿Cuándo vacunaré a un niño que presento diagnóstico de COVID-19?	Esperamos que pase 2 semanas después de presentar síntomas o alta hospitalaria, realizar una prueba rápida de diagnóstico previa la vacunación para evaluar la factibilidad de administrarle el biológico.
¿Vacuno a un niño sospechosa con COVID-19?	No, se debe postergar la vacunación hasta estar seguro que no es diagnóstico COVID-19.
Cuando una madre es positiva a COVID-19, ¿se vacunará el recién nacido?	Proceder a la vacunación contra Hepatitis B y BCG.
Cuando una madre es sospechosa a COVID-19 y nace el bebé ¿qué vacunas recibirá el recién nacido?	Se podrá aplicar la vacuna de la Hepatitis B y BCG.
Cuando la madre es positiva para Hepatitis B y COVID-19 confirmado o en estudio, ¿se vacuna el bebé?	Se podrá aplicar la vacuna contra hepatitis B e inmunoglobulina en las primeras 12 horas.

Componente comunicacional.

Diseñar una estrategia comunicacional (informativa-promocional) que permita difundir los beneficios que tiene la aplicación de todas las vacunas del esquema regular de inmunización en la salud de la población menor de 2 años. Esta estrategia debe incluirse en todos los medios de comunicación (Televisión – Radio – Redes Sociales – Establecimientos de salud - etc)

Objetivos específicos:

- Aumentar las coberturas del Esquema Nacional de Inmunizaciones en niños menores de 5 años y en rezagados.
- Difundir el proceso de vacunación en todos los medios de comunicación de todo el territorio de manera atractiva, ágil, sencilla y cercana.
- Concientizar a las autoridades y población general sobre la importancia y necesidad de la vacunación.
- Mantener stock permanente de todas las vacunas
- Implementar herramientas, alertas y lineamientos para el proceso de vacunación y manejo de vacunas.
- Considerar propaganda por parte de deportistas olímpicos como referente de un futuro saludable y deseable para las niñas y niños del país.
- Sensibilizar a la población en general sobre la importancia de las vacunas para contrarrestar la morbilidad y mortalidad de las enfermedades que producen.
- Establecer acciones de abogacía con instituciones públicas y privadas para la reproducción de materiales informativos y la difusión de spots (testimonios) en programas y medios de comunicación local y nacional.
- Solicitar el apoyo de los medios de comunicación masiva para la difusión de los mensajes promocionales y de sensibilización a los líderes de opinión.
- Diseñar materiales gráficos (afiches, folletos, cartillas, banderolas) para redes sociales y otros medios no tradicionales.
- Establecer agenda de medios o ciclo de entrevistas con voceros locales y nacionales, expertos, profesionales de la salud.

Registro de Información.

El registro de información se llevará a cabo a través de:

1. Registro de vacunas: Formulario digital de captación temprana y de captación tardía con sus respectivos consolidados y Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS).
2. Ficha de ESAVI: Ficha de notificación de ESAVI
3. Libreta de salud.

4. Tarjetas de control de vacunación.

El registro de cada dosis administrada debe ser registrada en el PRAS, en caso de que esto no sea posible se lo debe hacer en los formularios nominales digitales de captación temprana o tardía. Se debe actualizar el esquema de vacunación del niño por cada registro en el PRAS. Cada formulario contendrá los catálogos de las vacunas disponibles en la Esquema Nacional de Inmunizaciones. Solo se debe registrar o en el PRAS o en la matriz, no en ambas. Los formularios digitales se enviarán de manera semanal a un repositorio determinado por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información (DNEAIS) y esta información, validada, será consolidada con los reportes nominales del PRAS (enviados por la DNTICS) por la DNEAIS.

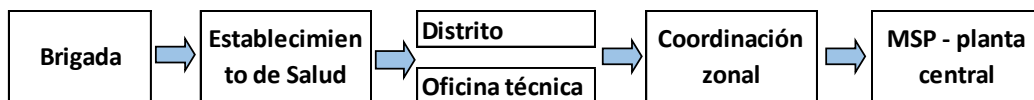
Para evitar duplicidad de registros, los formularios no solo contendrán la información del esquema para menores de 2 años, sino también el esquema para el resto de la población. Del mismo modo, para facilitar el registro, los formularios estarán basados en el actual *Registro Diario Nominal de Vacunación de la COVID19* (MSP / Matr. 001 / 2021).

La información oportuna y de calidad permite realizar medidas correctivas en las modalidades de vacunación durante y después de la Campaña para el alcance de las metas propuestas.

El sistema de información ha establecido instrumentos específicos para ser utilizados durante la Campaña de vacunación tanto para el registro diario de captación temprana como de captación tardía como para los consolidados de los mismos de las dosis aplicadas.

Las unidades operativas enviarán las matrices digitales a la Dirección distrital (responsabilidad de las ENI distritales, con el apoyo de Estadística), oficina técnica, que, a su vez, enviarán a las Coordinaciones Zonales para el consolidado a nivel nacional. El reporte semanal consolidado, responsabilidad de la DNEAIS, será enviado a la Gerencia Técnica del Plan de Vacunación cada día lunes hasta el mediodía.

Flujo de la información



- Se dispone en cada unidad operativa del formulario digital de registro de vacunación de las dosis aplicadas.
- Si se usa parte diario físico en caso de atenciones extramurales será el único caso en que hay que pasar los datos del parte diario al formulario digital.
- Si se registra en PRAS esos datos no deben mandarse al Distrito pues esa información será obtenida desde nivel central directamente. Sin embargo, el

- Distrito y los establecimientos deben revisar diariamente los datos en el reporte nominal y consolidado del PRAS para verificar la validez de la información.
- Al final de la jornada de trabajo, en el caso de usar el formulario o matriz digital, las brigadas revisarán críticamente los datos y los consolidarán en el formulario digital correspondiente y le entregan al supervisor o responsable de la estrategia de inmunización en el centro de salud, quien es el responsable de validar la información.
 - El responsable de la estrategia de inmunización del centro, después de revisar los datos, remite semanalmente el concentrado a la Dirección Distrital.
 - El nivel zonal consolida los datos semanalmente por cantón y remite semanalmente a la Provincia.
 - Estadística provincial consolida los datos semanalmente por cantón y remite semanalmente al nivel nacional.
 - El consolidado semanal permite evaluar los avances y tomar acciones para mejorar estrategias de vacunación si es necesario.
 - La retroalimentación se hará semanalmente según el nivel.
 - A nivel nacional, por tanto, llegarán desde cada Coordinación Zonal los reportes consolidados de la matriz digital, y esta información será consolidada con los reportes del PRAS extraídos desde el nivel nacional directamente.

Referencia Bibliográficas

1. <https://www.karger.com/Article/PDF/173255>
2. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-1-marzo-2021>
3. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-difteria-23-abril-2021>
4. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-22-julio-2021>
5. <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2012/01/Norma-PNI-MINSAL-2011.pdf>
6. https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/Normas_nacionales_03-04.pdf
7. <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2012/01/Norma-PNI-MINSAL-2011.pdf>
8. https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/04%20Dic%209_00%20Dra%20%20Gonzalez.pdf
9. https://www.who.int/immunization/documents/Measles_Spanish.pdf
10. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310968/WER9408.pdf>
11. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342905/WER9628-301-319-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/rotavirus>

13. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/polio>
14. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/pneumococcus>

	Responsables	Cargo	Firmas
Elaborado y Revisado por:	Dra. Cristina Aldaz	Gerente Institucional de la Gestión del Plan Nacional de Vacunación	
Aprobado por:	Dr. Edison Ligña	Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control	
Aprobado por:	Dr. Francisco Pérez	Subdirector Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	

ANEXOS

Anexo No 1. Coberturas de vacunación por tipo de vacuna por grupo programático. Ecuador años 2014 – 2020.

RANGO DE EDAD	VACUNA	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
MENOR DE 1 AÑO	BCG	88,7	88,0	84,2	87,8	90,0	86,5	80,7
	HB CERO	79,4	75,0	47,0	60,3	70,5	71,5	61,7
	ROTAVIRUS 2D	80,8	78,2	80,0	83,8	84,7	84,5	75,6
	ANTIPOLIO 3D	84,1	83,5	78,9	82,7	85,4	84,5	73,1
	NEUMO 3D	111,2	80,6	84,0	83,1	85,0	83,2	75,7
	PENTA 1D	83,9	79,8	82,0	83,5	85,9	85,2	74,5
	PENTA 2D	84,3	79,8	82,5	83,9	86,3	85,6	74,3
	PENTA 3D	82,9	77,7	83,4	84,9	85,2	84,9	71,4
12 a 23 meses	SRP 1 D	85,3	83,6	85,5	80,6	83,3	83,3	81,0
	SRP 2D	59,4	76,2	63,7	73,4	74,0	75,7	70,9
	FIEBRE AMARILLA	89,5	77,6	96,1	83,4	84,8	84,1	80,2
	VARICELA	74,1	78,2	83,5	80,7	82,0	80,9	78,6
	OPV 4D	65,5	75,6	76,9	75,7	76,2	76,7	70,0
	DPT 4D	69,5	59,4	80,1	75,9	75,6	76,7	75,8
5 AÑOS	DT pediátrica	82,8	66,3	74,5	87,3	-	-	-
	OPV 5D	-	-	-	-	62,9	80,0	67,7
	DPT 5D	-	-	-	-	64,4	81,7	96,2
9 AÑOS	HPV 2D	73,0	4,0	86,9	120,7	84,9	66,8	34,5

Fuente: DNAIS