

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE VENEZUELA RECOMENDACIONES ENERO 2018 SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Juan T. Carrizo Ch. (1), Adelfa Betancourt (2), Jacqueline de Izaguirre (3),
Yecenia Pérez (4), Tatiana Drummond (3), Dina Figueroa (4), Alejandro Rísquez(2),
José Levy (2), Enriqueta Sileo (5), María Teresa Ghersy (6)

SALUD: UN ESTADO DE BIENESTAR

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», así lo define la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (OMS)

En el contexto de crisis que vive Venezuela, las organizaciones de promoción de derechos humanos, en las cuales está nuestra Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, mantienen el esfuerzo continuo en el registro y documentación de las violaciones de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la población, a fin de acompañar a las víctimas y darle visibilidad a estos atropellos ante la comunidad nacional e internacional.

Como quiera que se pueda ver, el niño y adolescente venezolano es tocado en forma directa por cada una de las violaciones de los derechos humanos.

- Derechos civiles y políticos: derecho a la vida, a la integridad personal, a la igualdad, a la libertad (Libertades públicas), derecho a la vida privada, al honor, a la información, a la administración de justicia y otros.
- Derechos económicos, sociales y culturales: derecho a la seguridad social, a la salud, educación, nivel de vida adecuado y medios de subsistencia (vivienda, alimentación, agua potable, familia, ambiente, transculturización y otros.

La explotación, la orfandad, la desnutrición en niños y adolescentes aumentando cada día (UNICEF, organismo de la Organización de las Naciones Unidas, «denunció los “claros signos” de elevados niveles de desnutrición en los niños venezolanos a causa de la crisis económica que atraviesa el país», la imposibilidad de estudios, la deserción de los centros de educación y la presencia de enfermedades como la malaria, difteria y sarampión siguen ocupando terreno.

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS) en actualización epidemiológica de fecha septiembre de 2016 hasta octubre de 2017 informó que Venezuela notificó 835 casos sospe-

chosos de difteria, de los cuales 166 fueron confirmados por pruebas de laboratorio. La población más afectada es el grupo de 5 a 39 años de edad (54,3% de 5 a 19 años) y del total 51 % son mujeres. Asimismo la OPS indicó que el Ministerio de Salud notificó que el número de casos sospechosos de difteria en 2017 es 1,57 veces mayor que la cifra anunciada en 2016. En ese orden de ideas el Ministerio de Salud reconoció que la cobertura de vacunación con vacuna pentavalente (toxoides diftérico, toxoide tetánico, tos ferina, hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo b) en menores de un año fue de 67,8%, las dosis de refuerzo a niños de 5 años fue de 49,8 % y la administración de vacuna dT (toxoides diftérico/toxoide tetánico) en mujeres embarazadas y población escolar fue de 49,2 % y 68,3 % respectivamente. La OMS recomienda que las coberturas de vacunación alcancen 90 a 95%.

Respecto al sarampión la OPS en tercera actualización epidemiológica del 1 de diciembre de 2017 afirmó que desde el 3 de septiembre hasta el 18 de noviembre se identificaron 773 casos sospechosos de los cuales 431 fueron confirmados con la enfermedad. La epidemia se extiende al oriente del país. El informe detalla que no se han reportado fallecidos por sarampión. Para la fecha se desconoce oficialmente el alcance de la epidemia.

El niño y adolescente venezolano es objeto de maltrato por malas políticas gubernamentales, Venezuela carece de vacunas un “bien público universal” según la OMS, por lo tanto, poco es lo que podemos referirnos a Salud: un estado de bienestar en la población infantil.

A Venezuela no llegan desde hace más de dos años las vacunas contra Hepatitis A, Varicela, Meningococo conjugada tetravalente, Virus del Papiloma Humano (VPH), Neumococo conjugada de 10 o 13 valentes. En Venezuela la Ley de Inmunizaciones establece que la vacunación es obligatoria para todo ciudadano del país y el Estado es el responsable de suministrar las vacunas y las estrategias eficientes, eficaces y efectivas.

La Comisión hace las siguientes indicaciones para el primer semestre de 2018.

- Poliomielitis: la primera dosis debe cumplirse con la administración de vacuna de polio inactivada (VPI) a los dos (2) meses de edad y las dosis consecuentes con bVOP
- Fiebre amarilla: administrar refuerzo en la población de las zonas geográficas con riesgo de contraer

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

Fiebre Amarilla.

- Administrar la segunda dosis de vacuna antisarampionosa de los 18 a 24 meses de edad,
- Administrar la vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente a partir de los 9 meses de edad.
- Revisión sistemática de las tarjetas de vacunación.
- Incentivar a padres o representantes a acudir en las fechas previstas en las tarjetas de control de vacunación.
- Orientar a los padres o representantes hacia las salas de vacunación del Ministerio de Salud
- Estar alertas ante el ofrecimiento de proveedores de vacunas fraudulentos.
- Alertar a padres o representantes sobre sitios públicos (farmacias, centros comerciales y otros) que publicitan la administración de vacunas importadas, sin control alguno por parte de las autoridades del Ministerio de Salud.

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

De 10 a 20% de los vacunados no desarrollan cicatriz vacunal, sin que esto se correlacione con falta de protección o 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 va-

cuna 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, enfermedad respiratoria y otras) debe evaluarse su estado de vacunación contra la hepatitis B. De no tener antecedentes de vacunación, es importante administrar la serie.

(3) Vacunas anti poliomiélitis.*

Desde el año 2014 la OMS inició la estrategia que llevará a la erradicación de la polio, al realizar el cambio de la vacuna tVPO (virus 1,2 y 3) por bVPO (virus 1 y 3).

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

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

Hijos de madres con VIH/SIDA, niños con infección documentada con VIH y otras inmunodeficiencias deben recibir vacuna IPV, 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 DTPc (Pertusis completa) o con la vacuna DTPa (Pertusis acelular). La vacuna dTpa, contentiva de menor concentración de los componentes difteria y pertusis, debe usarse como dosis única de refuerzo o como una de las dosis dentro de la serie en las situaciones:

Niños de 7 a 10 años y adolescentes.

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

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

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

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

(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, de 5 a 6 años de edad con enfermedades de alto riesgo de adquirir infecciones por Hib deben recibir una (1) dosis de vacuna pentavalente. Para aquellos infectados con VIH o con deficiencia de IgG2 deben recibir 2 dosis con intervalo de 4 a 8 semanas.

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

(6) Vacunas anti Rotavirus**

Existen actualmente en el país dos vacunas anti Rotavirus. Se recomienda su uso rutinario a partir de los 2 meses de vida. El esquema de la vacuna monovalente humana (RV1 / Rotarix®) es de dos dosis, a los 2 y 4 meses de edad. Para la vacuna pentavalente humano-bovino (RV5 / Rotateq®) se administran 3 dosis: A los 2, 4 y 6 meses. A diferencia de la VPO no debe administrarse nuevamente ante regurgitación o vomito de la misma. Para las dos vacunas la edad mínima de administración es 6 semanas y la edad máxima para la tercera dosis es 32 semanas y 0 días de edad. En caso de no estar documentada la vacuna de la dosis inicial (vacuna monovalente o pentavalente) puede continuarse el esquema con la vacuna disponible, pero cumpliendo el esquema indicado del producto. Ver gráfica I.

(7) Vacuna anti neumocócicas 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 Gráfica 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 36 meses se utiliza dosis pediátrica (0,25 ml), a partir de los 36 meses (0,5 ml). Posteriormente administrar una dosis anual. Ver gráficas I y II

Dado que la inmunidad es de corta duración, se recomienda la vacunación anual para una óptima protección con-

tra la gripe, para todas las personas con edades de 6 meses en adelante, como la primera y mejor manera de proteger contra la influenza

La Comisión de Inmunizaciones hace las siguientes indicaciones:

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

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

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

La dosis inicial debe administrarse a los 12 meses de edad. La segunda dosis de los 18 a 24 meses de edad. Esto para favorecer la pronta eliminación del sarampión y por la actual situación epidemiológica en nuestro país, recordando que el intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas. De no tener este esquema en los primeros 10 años debe cumplirse en la adolescencia. Ver gráficas I y II

Siguiendo pautas de la OMS /OPS /MPPS, para lograr la erradicación del Sarampión, es obligatorio la administración de dosis adicionales en las Campañas de Seguimiento y mantener altos niveles de cobertura de vacunación a nivel nacional y local (mayor de 90%). $\Delta\Delta$

Importante: Consultar Tips de Vacunas de Enero de 2018. ELIMINACION DEL SARAPIÓN. GUIA PRÁCTICA.

(10) Vacuna anti amarílica (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. $\Delta\Delta$

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

(11) Vacuna 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 a 18 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. $\Delta\Delta$ 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, uno de los más importantes es el del estado Sucre donde se aisló recientemente el serogrupo W. En los datos aportados en los informes anuales de SIREVA II (2013), se observa que los serogrupos B, Y y C afectó a los menores de un año y, en menores de 5 años, así como en el grupo de 5 a 14 años fueron los serogrupos B, C y Y como causantes de meningitis y sepsis. En el grupo de 15 a 25 años predominó el serotipo C, seguido de B y Y.

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

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

La Comisión de Inmunizaciones de la SVPP recomienda administrar:

Vacunas conjugadas tetravalente contra meningococo

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

Niños sanos y alto riesgo de infección por meningococos.

- Para niños sanos, administrar la primera dosis a partir de los 9 meses de edad y la segunda dosis a los

12 a 15 meses de edad. Cumplir un refuerzo en la adolescencia (de 11 a 19 años).

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

Adolescentes sanos sin antecedentes de vacunación.

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

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

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

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

15) Vacuna Anti neumocócica de polisacaridos

23-valente * *

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

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

16) Anti Virus de Papiloma Humano (VPH)

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

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

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

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

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

LLAMADAS EN EL SUPLEMENTO

- * Incluida en el esquema oficial del Ministerio Popular Para la Salud (MPPS).
- ** Incluida en el esquema oficial desde enero de 2014 pero no administrada regularmente desde el segundo semestre de 2016.
- ** Incluida en el esquema oficial desde 2006 pero no administrada regularmente desde hace 15 meses.
- * Incluidas en el esquema ideal de la SVPP. Se administraban en consulta privada. Disponibilidad muy limitada.

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 la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

2da ed. Libro electrónico. Editorial Panamericana
Disponible en:
<http://www.medicapanamericana.com/eBooks.aspx>

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

Gráfica I
ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS EN VENEZUELA, ENERO 2018.
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										
Anti poliomielitis (3)		VPI*	VPI-bVPO	VPI-bVPO		VPI-bVPO		VPI-bVPO			
Anti Difteria, Tétanos y Pertussis (4)		DTP _c DTPa	DPT _c DTPa	DPT _c DTPa		DPT _c DTPa		DTPa	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 Sarampión, Rubéola y Parotiditis (9)					SRP 1		SRP 2		SRP		
Anti Fiebre amarilla (10)					FA			FA			
Anti Hepatitis A (11)					H A		HA				
Anti Varicela (12)					Varicela			Varicela	Varicela		
Anti Meningococo conjugada A,C,Y,W-135 (13)				1ra	2da						
Anti Streptococcus pneumoniae 23V (14)									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

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

Gráfica II
ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA ADOLESCENTES EN VENEZUELA, ENERO 2018
SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA.

EDAD VACUNA	10 a 18 años
Anti Hepatitis B (2)	SERIE
Anti Difteria, Tétanos y Pertusis (4)	dTpa / dT / TT
	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.svpediatrica.org