

**Campaña Nacional
de Seguimiento contra**
SARAMPIÓN,
RUBÉOLA,
PAPERAS Y
POLIOMIELITIS

Autoridades

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

Dr. Alberto Fernández

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

Dra. Carla Vizzotti

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD

Dra. Sandra Tirado

SUBSECRETARIO DE ESTRATEGIAS SANITARIAS

Dr. Juan Manuel Castelli

DIRECTOR NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Dr. Hugo Feraud

Equipo de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Índice

I. Introducción	5
II. Situación epidemiológica	7
1. SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN EL MUNDO Y AMÉRICA	7
2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE POLIOMIELITIS	9
3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y POLIOMIELITIS EN ARGENTINA	10
Sarampión en Argentina	10
Rubéola Y SRC en Argentina	11
Poliomielitis en Argentina	12
Coberturas de Vacunación	13
III. Justificación de la campaña nacional de seguimiento	15
IV. Generalidades de la campaña de seguimiento de vacunación 2022	18
V. Componentes claves de la CNS de alta calidad	20
1. COMPROMISO POLÍTICO Y FINANCIAMIENTO	20
2. PLANIFICACIÓN DE LA CNS DE ALTA CALIDAD	20
3. CAPACITACIÓN	22
4. LOGÍSTICA	22
Vacuna Triple Viral (SRP)	23
Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV)	24
5. CADENA DE FRÍO	26
6. VACUNACIÓN SEGURA	26
7. REGISTROS Y SISTEMA DE INFORMACIÓN	26
8. MONITOREO DEL AVANCE DE METAS	27
9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)	27
10. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL	30
11. MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN (MRV)	31
12. SUPERVISIÓN	33
13. EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA NACIONAL DE SEGUIMIENTO Y ELABORACIÓN DE INFORME FINAL	33
VI. ANEXO: Manejo de la anafilaxia	33
VII. Referencias bibliográficas	41

I. Introducción

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Argentina es una acción conjunta del nivel nacional, jurisdiccional y local tendiente a lograr coberturas universales de vacunación y disminuir la morbi-mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles.

La amplitud de sus componentes así como la complejidad del PAI supone movilizar numerosos recursos y coordinar acciones, planteando grandes retos en el desarrollo de la gestión a nivel nacional y de las 24 jurisdicciones.

En este marco, las políticas públicas de vacunación contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis se han venido desarrollando con el fin de alcanzar cobertura de vacunación $\geq 95\%$ a fin de mantener la eliminación de estas enfermedades.

El sarampión, la rubéola y la poliomielitis son potencialmente erradicables, puesto que el único reservorio conocido es el ser humano y que para su prevención existen vacunas seguras y eficaces. Estas tres enfermedades se encuentran eliminadas de Argentina pero no del resto del mundo, por lo que para sostener los logros es indispensable lograr coberturas de vacunación óptimas y sistemas de vigilancia sensibles que puedan captar oportunamente los casos.

En 1994, los países de las Américas establecieron el objetivo conjunto de eliminar la transmisión endémica del sarampión para el año 2000, a través de la implementación de estrategias de vigilancia y vacunación recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Las medidas para lograr el objetivo propuesto se basaron en:

1. realizar por única vez una campaña nacional de puesta al día con la vacuna contra el sarampión, dirigida a niños de entre 1 y 14 años.
2. fortalecer la vacunación de rutina para alcanzar un mínimo de 95% de los niños cada año.
3. realizar campañas masivas de seguimiento cada cuatro años, con el fin de vacunar a un mínimo del 95% de los niños de 1 a 4 años con una segunda dosis de vacuna.

En septiembre de 2003, el 44º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó la resolución para eliminar la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) para el año 2010, e instó a los Estados Miembros a elaborar planes de acción nacionales para apoyar ese objetivo.

Para sostener la condición de región libre de sarampión y rubéola, los países adhirieron al *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* durante la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2017. El objetivo del plan es mantener un alto grado de inmunidad contra sarampión y rubéola en la población, y sistemas de vigilancia de alta calidad para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica. El plan contiene cuatro líneas de acción con sus respectivos objetivos e indicadores:

1. Garantizar el acceso universal de la población meta del programa rutinario a la vacunación contra el sarampión y la rubéola con dos dosis de vacuna triple viral y brindar una segunda oportunidad de vacunación a través de Campañas de Seguimiento.

2. Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, para asegurar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia.
3. Desarrollar la capacidad operativa de los países para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola. Es importante sostener el rol de las comisiones nacionales y de una comisión regional, para monitorizar los planes de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola en los años futuros.
4. Establecer mecanismos estandarizados para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica en los países.

Asimismo, desde el lanzamiento de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) en la Asamblea Mundial de la Salud en 1988, la incidencia mundial de poliomielitis se redujo más de un 99% y el número de países con virus endémico pasó de 125 a 2. En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que lograr la erradicación de todos los poliovirus (poliovirus salvaje 1, 2, 3, poliovirus vacunales o derivados de la vacuna) constituye una “emergencia programática de alcance mundial para la salud pública” e instó a la Directora General de la OMS a elaborar un plan estratégico integral destinado a la fase final de la erradicación de la poliomielitis.

En los últimos diez años, la IEMP hizo avances constantes en el camino hacia la erradicación de la poliomielitis. En 2015 y 2019 se declaró la erradicación de los poliovirus salvajes 2 y 3 respectivamente.

Con el fin de lograr un mundo sin poliomielitis, en la Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026 se proponen lograr dos metas fundamentales:

1. Detener de manera permanente la totalidad de la transmisión de poliovirus en los últimos países en los que el poliovirus salvaje (PVS) es endémico (Afganistán y Pakistán)
2. Detener la transmisión de poliovirus de origen vacunal e impedir que se produzcan brotes epidémicos en los países en los que la enfermedad no es endémica.

Cumpliendo con los compromisos asumidos, Argentina debe mantener el logro de eliminación del sarampión, la rubéola, el SRC y la poliomielitis; por ello y en el marco de las normativas regionales y mundiales, se llevará a cabo la Campaña Nacional de Seguimiento (CNS) de vacunación para niños y niñas de 13 meses a 4 años con una dosis adicional de las vacunas triple viral (SRP) y antipoliomielítica inactivada (IPV).

Estos lineamientos técnicos se proponen difundir los procesos y componentes que sustentan la Campaña de Seguimiento y presentar las acciones a ejecutar para lograr coberturas mayores al 95% y así revertir la acumulación de individuos susceptibles.

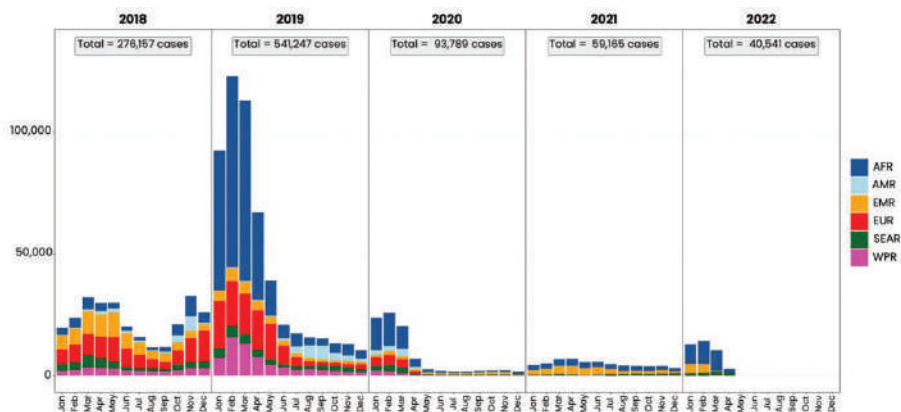
II. Situación epidemiológica

1. SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN EL MUNDO Y AMÉRICA

Entre los años 2000-2010 la cobertura estimada con una dosis de vacuna contra sarampión aumentó globalmente de un 72 a un 84%, presentando un pico del 86% en 2019, pero cayendo a un 84% en el año 2020 durante la pandemia de COVID-19.

La incidencia anual de sarampión disminuyó un 88% en el período 2000-2016, de 145 a 18 casos por millón, pero aumentó a 120 en 2019, antes de disminuir a 22 en 2020. Entre 2000-2020, el número de muertes anuales estimadas disminuyó un 94%, de 1.072.800 a 60.700, previniendo un estimado de 31.7 millones de muertes. En 2020 se reportaron 26 grandes brotes (con más de 20 casos por millón) en 5 regiones de la OMS, de los cuales 17 (65%) ocurrieron en la Región africana. **Figura 1.**

Figura 1: Distribución de casos de sarampión por mes y regiones de la OMS. 2018-2022 (*)



Fuente: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/measles>

*Datos hasta mayo 2022

En la Región de las Américas, la eliminación de la circulación endémica de sarampión se logró en el 2002, presentándose el último caso endémico en Venezuela. En el año 2016 se certificó la eliminación a nivel regional, siendo la Región de las Américas la primera en lograr este objetivo. Sin embargo, como el sarampión aún es endémico en el resto del mundo, los países de la Región están expuestos a la amenaza constante de la importación del sarampión. En el período 2017-2019 se produjo un aumento de casos: en 18 países de la Región se confirmaron 41.007 casos, registrando en 2019 una tasa de incidencia regional de 21,5 casos por millón de habitantes. El aumento de los casos notificados se debió a los grandes brotes de sarampión que tuvieron lugar en Brasil y Venezuela con 39.695 casos y 7.054 casos respectivamente, que constituyeron 93% de los casos que se notificaron durante el trienio en la Región. En estos países la circulación viral se extendió

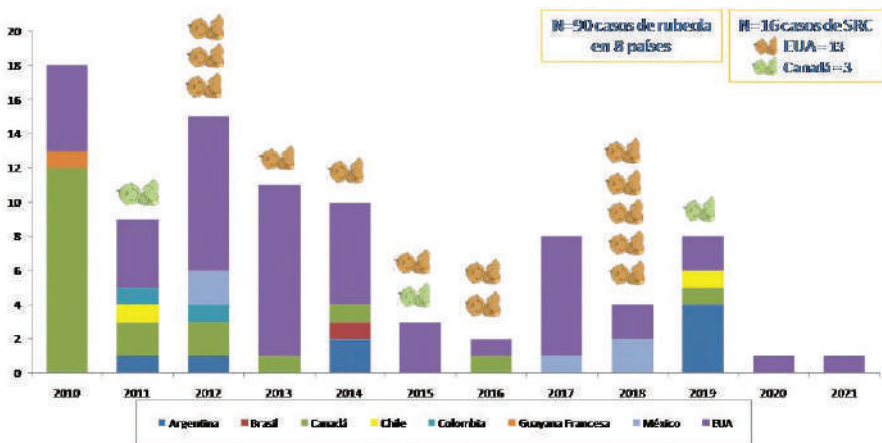
más de un año, perdiendo el estado de eliminación en 2018 y 2019 respectivamente. La Región de las Américas se dejó de considerar libre de sarampión pero 33 de los 35 países miembros mantienen el estado. A la fecha Venezuela logró interrumpir la circulación viral y se encuentra en vías de re-verificación, mientras que Brasil continúa con circulación endémica.

Con respecto a la rubéola, los casos notificados en el mundo se redujeron un 48% de 94.277 en 2012 a 49.136 en 2019, disminuyendo en 2020 a 10.194 casos. Se verificó la eliminación de la rubéola en 93 (48%) de 194 países incluyendo toda la región de las Américas, que certificó la eliminación en 2015 y la mantiene a la fecha. Para continuar avanzando en la eliminación de la rubéola en el mundo, es necesario que incorporen la vacuna los 21 países que aún no lo han hecho. Asimismo, los países que cuentan con esta vacuna en sus calendarios deben lograr y mantener la eliminación de la rubéola con una alta cobertura de vacunación y sistemas de vigilancia sensibles para la rubéola y el SRC. Cuatro de las seis regiones de la OMS han establecido metas de eliminación de la rubéola; mientras que la región de África y del Mediterráneo Oriental han expresado su compromiso con la eliminación.

En la Región de las Américas los últimos casos endémicos de rubéola y síndrome de rubéola congénita, ocurrieron en 2009 en Argentina y Brasil respectivamente.

En el período 2010-2021 se notificaron 90 casos de rubéola importados y relacionados a la importación en 8 países (Argentina, Brasil Canadá, Chile, Colombia, Guyana Francesa, México y Estados Unidos) y 16 casos de Síndrome de Rubéola Congénita importados en Estados Unidos y Canadá. **Figura 2.**

Figura 2: Distribución de casos de rubéola y SRC por año y país en la era post eliminación. Región de las Américas 2010-2021



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Datos al 31/3/22

2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE POLIOMIELITIS

En 1991 se logró la eliminación de la poliomielitis en la región de las Américas. El último caso endémico de poliovirus salvaje tipo 3 (PVS3) fue en octubre de 1990 en México y el último caso de poliovirus salvaje tipo 1 (PVS1) en agosto de 1991, en Perú. La Comisión Regional de Certificación de la Erradicación, certificó que la Región de las Américas ha estado libre de PVS durante casi 30 años, y ha determinado que el riesgo de transmisión en caso de una importación de PVS o VDPV (poliovirus derivado de la vacuna) o de una emergencia de un VDPV es el más alto desde la eliminación. La Región del Pacífico Occidental, la Región de Europa y la Región del Sudeste de Asia certificaron la erradicación en los años 2000, 2002 y 2014 respectivamente.

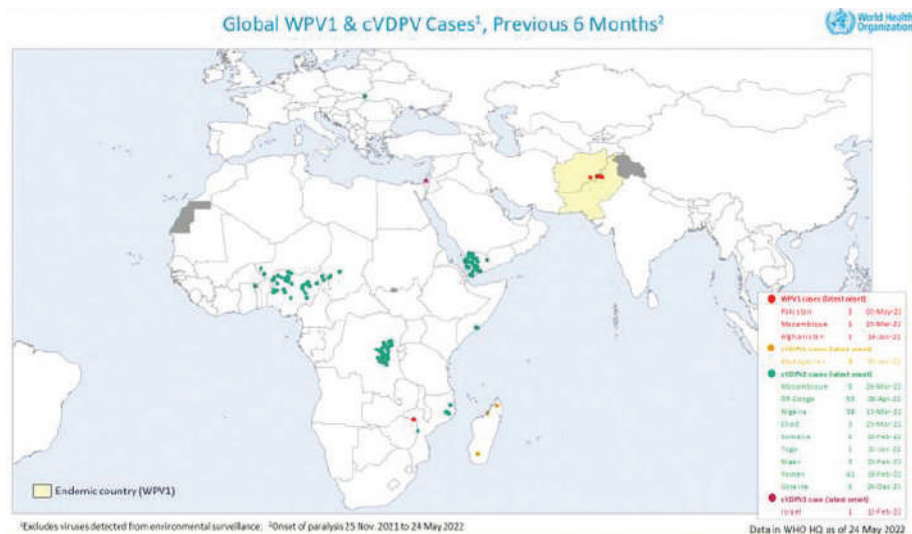
Actualmente dos países de la Región del Mediterráneo Oriental continúan con circulación endémica de poliovirus salvaje tipo 1: Pakistán y Afganistán.

Si bien la región africana fue declarada y certificada libre de polio salvaje autóctono en agosto de 2020, a la fecha se han confirmado dos casos de poliovirus salvaje tipo 1 (PSV1) en Malawi y en Mozambique. En ambos casos, se confirmó que están relacionados genéticamente con una cepa que circuló en 2019 en Pakistán.

Entre 2019 y 2021 se evidenció un número creciente de casos por poliovirus derivado de la vacuna (cVDPV), mayoritariamente tipo 2 (cVDPV2). En 2021 se identificaron 614 casos de cVDPV2 de los cuales 413 fueron en Nigeria, considerablemente menor que los 1079 casos reportados en 2020; Ucrania en 2021 reportó un caso importado de cVDPV2. Recientemente, Israel confirmó un caso de poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 3 (cVDPV3).

El control e interrupción de la circulación de VDPV y los brotes asociados a estos son fundamentales a la hora de poder alcanzar la erradicación de la poliomielitis. **Figura 3**

Figura 3: Distribución global de casos de poliomielitis por virus salvaje tipo 1 (PVS1) y circulante derivado de la vacuna (cVDPV). Octubre de 2021 a mayo de 2022 (últimos 6 meses).



Fuente: OMS

3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SARAMPiÓN, LA RUBÉOLA Y POLIOMIELITIS EN ARGENTINA

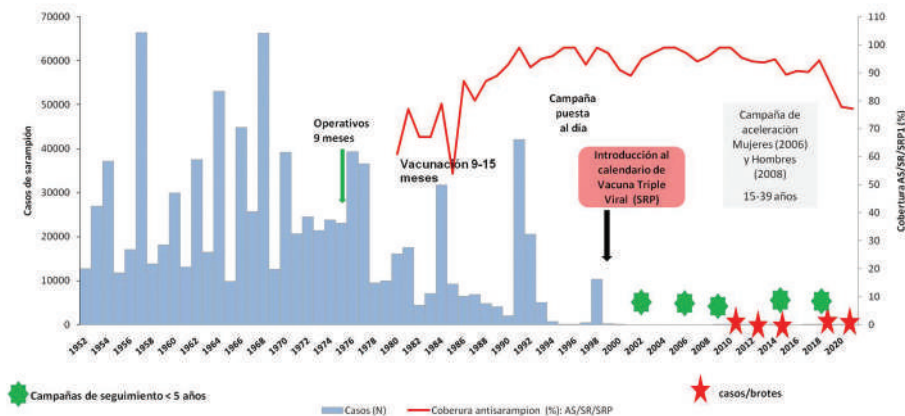
Sarampión en Argentina

Antes del inicio de la vacunación contra el sarampión en Argentina, el sarampión era una enfermedad endémica con brotes epidémicos cada 2 a 3 años y afectaba predominantemente a los menores de 5 años. Se registraron brotes extensos en los años 1957, 1964 y 1968, con un promedio de 60.000 casos y tasas de incidencia entre 230 y 330/100.000 habitantes.

En la **Figura 4** se grafica la epidemiología del sarampión a partir de la implementación de la vacunación, inicialmente en forma de campañas y luego con la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en 1998, año del último brote importante en el país.

Entre septiembre de 1997 y fines de 1999, a partir de una importante epidemia en San Pablo (Brasil) y otros países de la región y como consecuencia de la acumulación de susceptibles menores de seis años, comenzó un brote en la provincia de Misiones que luego se extendió a todo el país durante el año 1998 superando los 10.000 casos y registrándose más de 60 fallecidos por sarampión. Ese mismo año se incorporó la vacuna triple viral al CNV con un esquema de dos dosis: la primera a los 12 meses de vida y la segunda al ingreso escolar (5 años).

Figura 4: Casos de sarampión y coberturas de vacuna con componente contra sarampión (antisarampionosa, doble o triple viral) al año de vida. Argentina 1952-2021.



Los últimos casos de sarampión endémico se identificaron en la provincia de Córdoba en febrero del año 2000.

Durante el período 2001-2008 no hubo casos de sarampión en la Argentina mientras que en 2009 se comienzan a detectar casos, con un total de 43 hasta el año 2018. Los brotes más importantes de este período ocurrieron en los años 2010 (17 casos) y 2018 (14 casos).

A partir del 2019 y secundario al gran aumento de casos en todo el mundo y en países de la región, se registró el mayor brote desde la eliminación de la circulación endémica confirmándose 179 casos de origen desconocido y 20 casos importados. El brote se extendió por 29 semanas, detectando el último caso en la semana 12/2020.

En el transcurso del 2022, en la semana 13 se notificó un caso importado, sin casos secundarios reportados en el seguimiento.

Rubéola y SRC en Argentina

Antes de la introducción de la vacuna contra la rubéola en los esquemas regulares de inmunización, las epidemias de esta enfermedad ocurrían cada 4 a 6 años. El mayor registro de casos notificados fue en 1997, superando las 50.000 y afectando principalmente a niños menores de 9 años. Posterior a la introducción de la vacuna triple viral (vacuna contra sarampión, rubéola y paperas) al CNV en 1998, las tasas de notificación se redujeron en todos los grupos etarios.

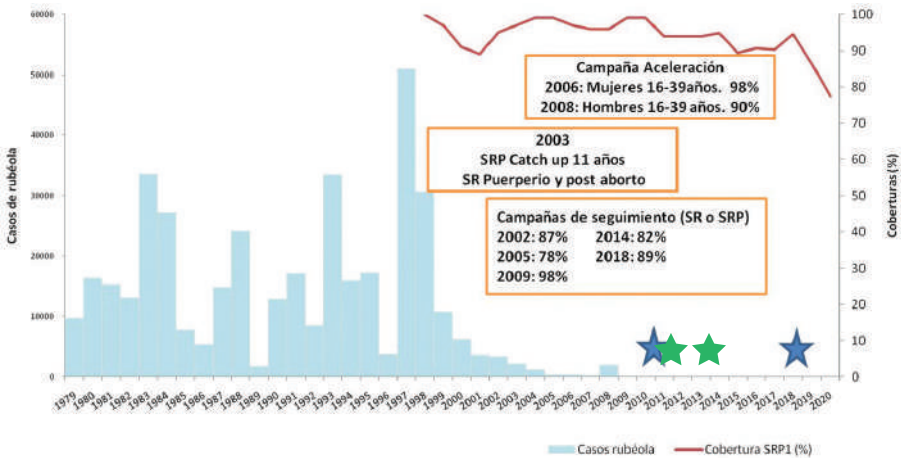
En 2003 Argentina adhirió a la meta regional de eliminación de la rubéola y el SRC que contemplaba acciones de vacunación y de vigilancia entre otras. De este modo en ese mismo año, se incorporó

la vacunación con doble viral en el puerperio inmediato o post aborto, la vacuna triple viral a los niños de 11 años como recuperado de esquemas ("catch-up") y comenzó la vigilancia intensificada de rubéola, integrándose a la ya existente de sarampión. Con el objetivo de aumentar la inmunidad en las cohortes de adultos jóvenes, en 2006 se realizó la campaña de aceleración para mujeres de 16-39 años y en 2008 para hombres 16-39 años (**Figura 5**).

El último brote endémico de esta enfermedad se extendió entre la semana epidemiológica 21 de 2007 y la semana 5 de 2009, confirmándose más de 2000 casos en 16 de las 24 jurisdicciones del país. El grupo de edad más afectado fue el de adolescentes varones.

Luego de este brote de rubéola, se confirmaron 12 casos de SRC y dos casos de infección por rubéola congénita. Los últimos casos endémicos de rubéola de Argentina se registraron en el año 2009 en la semana 4 en Las Palmas (Chaco) y en la semana 5 en Almirante Brown (provincia de Buenos Aires) y los últimos casos de SRC fueron en Almirante Brown y Goya (Corrientes). Desde la eliminación de la circulación endémica del virus rubéola en el año 2009, se registraron 8 casos importados de rubéola y no se notificaron casos de SRC.

Figura 5: Casos de rubéola y coberturas de vacunación al año de vida. Argentina 1979-2021.



★ Casos importados o relacionados a importación: 2011 (1) y 2019 (4)

★ Casos de origen desconocido: 2012 (1) y 2014 (2)

Poliomielitis en Argentina

En Argentina las últimas epidemias de poliomielitis ocurrieron en 1955-1957, 1971, 1979-1980 y 1983. El último caso de poliomielitis por virus salvaje se produjo en nuestro país en 1984 en Orán, Provincia de Salta.

En el año 1971 se incorpora la vacuna Sabin oral trivalente (tOPV) al Calendario Nacional, ese mismo año se inicia la vigilancia epidemiológica. En 1985, Argentina adhirió a la iniciativa de OPS para erradicar a los PVS de las Américas.

En el periodo 1975-2021 se produjeron 9 casos de parálisis aguda asociada al virus de la vacuna (VAPP), el último en el año 2016, tres casos con aislamiento de VDPV en huéspedes inmunocomprometidos (iVDPV) en 1998, 2009 y 2018; y un caso en 2011 de aVDPV (poliovirus derivados de vacuna ambiguos).

Un sistema de vigilancia de Parálisis Aguda Fláccida (PAF) es sensible cuando la tasa de notificación de casos sospechosos es mayor a 1 caso / 100.000 menores de 15 años. Esta tasa se ha logrado en forma sostenida en el país desde el año 2000 hasta el 2019. Sin embargo, la pandemia de Covid-19 impactó también en los indicadores de la vigilancia de 2020, siendo la tasa de notificación de 0.76/100.000 en menores de 15 años y en 74% de los casos se obtuvo una muestra adecuada de materia fecal.

Los indicadores del 2021, muestran una ligera mejoría en la tasa de notificación, alcanzando el valor de 1.17/100.000 menores de 15 años a nivel nacional, el 81 % de las muestras remitidas al laboratorio fueron adecuadas, pero solo el 62% de los casos fueron investigados dentro de las primeras 48 horas. Resulta muy preocupante el silencio epidemiológico identificado en el 86% de los municipios relevados a nivel nacional.

Coberturas de vacunación

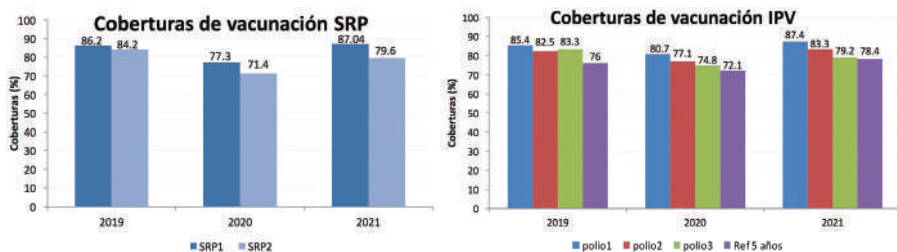
Las coberturas nacionales de vacunación de Argentina han registrado un descenso gradual y progresivo en el período 2009-2019, que se vio acrecentado por la pandemia de COVID-19. En la década 2009-2019 se vio una disminución de 14 puntos para tercera dosis de vacuna contra la poliomielitis (de 97 a 83%) y de 15 puntos para la 1º dosis de vacuna triple viral (86% en 2019).

En las vacunas del ingreso escolar (DPT, SRP y antipoliomielítica) también se observa una disminución de 15 puntos o más para el mismo período. Así, en 2019 las coberturas nacionales no superaron el 90% para ninguna de las vacunas del CNV. Las coberturas descendieron aún más por el impacto de la pandemia de COVID-19, con una disminución promedio en el año 2020 similar al que se había registrado entre 2009-2019, profundizando la situación ya desfavorable de 2019. En el año 2020, ninguna vacuna del CNV en ningún grupo etario ha superado un valor del 80% de cobertura a nivel nacional.

La disminución en las coberturas registradas implica una significativa cantidad de la población objetivo que no ha sido alcanzada por los servicios de inmunizaciones y, por ende, un incremento sustancial de individuos susceptibles que, acumulados con los de años anteriores, generan un escenario que predispone y favorece la reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles.

Las bajas coberturas ubican al país en un nivel de riesgo muy alto para la reintroducción de sarampión, rubéola y poliovirus salvajes. La presentación de casos de VDPV se redujo desde la incorporación del esquema completo con IPV a partir del 1 de junio de 2020, sin embargo existe la posibilidad de importación desde países de la región que continúan utilizando esquema combinados bOPV/IPV.

Figura 6: Coberturas de vacunación triple viral (SRP) y antipoliomielítica (IPV). Argentina 2019-2021.



Fuente: Área de datos DICEI. Año 2021 datos parciales sujetos a modificaciones.

III. Justificación de la Campaña Nacional de Seguimiento

El sarampión es una enfermedad exantemática febril que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomiелitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento, como la panencefalitis esclerosante subaguda. La tasa de letalidad del sarampión es del 3 al 6%; la mayor se verifica entre lactantes de 6 a 11 meses, que son los que aún no ha recibido la vacuna antisarampionosa, según corresponde por el Calendario Nacional de Vacunación. Esta tasa de mortalidad puede ascender hasta el 25% en poblaciones con desnutrición, inmunodeficiencias y con acceso deficiente a la atención de salud.

La rubéola es una enfermedad exantemática benigna en adultos y niños. Sin embargo, cuando una mujer embarazada susceptible se expone al virus durante el primer trimestre se produce infección fetal en el 90 % de los casos, que lleva a la muerte fetal y neonatal o al síndrome de rubéola congénita (SRC). El SRC se caracteriza por graves malformaciones en el recién nacido que producen sordera, ceguera y cardiopatías congénitas entre otras, así como otros trastornos de aparición tardía. No existe tratamiento específico para la rubéola ni el SRC.

Las estrategias recomendadas por OPS para mantener la eliminación del sarampión y rubéola establecen que es necesario asegurar la inmunidad de la población evaluando la cantidad de susceptibles y programando una campaña de seguimiento cada 4-5 años o cuando la cantidad de susceptibles es similar a una cohorte de nacidos vivos.

Desde el inicio del programa de erradicación del sarampión en 1993 y con la integración de la rubéola en 2003, se realizaron múltiples campañas de vacunación. Inicialmente, con la campaña de puesta al día contra el sarampión en 1993, se vacunaron niños entre 1 y 14 años. Entre 1998 y 2018 se realizaron un total de 6 campañas de seguimiento y dos de aceleración masiva, en 2006 y 2009 para mujeres y hombres respectivamente.

Tabla 1: Campañas de vacunación realizadas en Argentina desde el inicio del programa de eliminación del sarampión.

	AÑO DE LA CAMPAÑA	TIPO DE VACUNA USADA*	GRUPO DE EDAD META	POBLACIÓN VACUNADA	COBERTURA ALCANZADA (%)
Puesta al día	1993	AS	1-14 años		97
Seguimiento	1998	AS	1-4 años		98
Seguimiento	2002	SR	1-4 años	2.609.350	87
Seguimiento	2005	SR	1-4 años	2.274.851	78
Aceleración	2006	SR	mujeres 15-39	6.718.314	98,8
Aceleración	2008	SR	hombres 16-39	6.478.313	90
Seguimiento	2009	SR	1-4 años	2.766.691	98
Seguimiento	2014	SR	1-4 años	2.341.717	82
Seguimiento	2018	SRP	1-4 años	2.502.701	88,9

***AS:** Antisarampionosa; **SR:** doble viral (Sarampión-Rubéola); **SRP:** triple viral (Sarampión-Rubéola-Paperas)

Desde la última Campaña de Seguimiento en el año 2018 se acumularon aproximadamente 700.000 niños de 1 a 4 años susceptibles, valor que supera a una cohorte de nacidos vivos. Esto es indicativo de la necesidad de realizar la CNS para brindar una segunda oportunidad a la población que por diversas razones no tuvo acceso a los servicios de vacunación y/o no tuvo respuesta inmune a la dosis aplicada. Con esta estrategia se propone disminuir el acúmulo de susceptibles y el riesgo consiguiente de un brote.

La poliomielitis es una enfermedad altamente contagiosa ocasionada por el virus de la poliomielitis, que puede ocasionar parálisis permanente. Luego de la recuperación clínica, es posible desarrollar el síndrome postpolio de 15 a 40 años, que se caracteriza por dolores musculares, debilidad de los miembros y nuevos episodios de parálisis. Se ha descrito que 2 a 10 de cada 100 niños con poliomielitis paralítica mueren debido a que la parálisis afecta a los músculos respiratorios. El Grupo Técnico Asesor de Enfermedades Prevenibles por Vacunación del OPS y la Comisión Regional de Certificación de la Fase Final de la Erradicación de la Polio en las Américas han determinado que el riesgo regional de transmisión en caso de una importación de un PVS o VDVP, es el más alto desde la eliminación de la polio en las Américas. En este sentido resulta prioritario mejorar las estrategias de captación de niñas y niños para el recupero de esquemas en la población menor de un año de edad, fortalecer la vigilancia de PAF y considerar la implementación de actividades suplementarias de vacunación de ser posible de manera integrada con sarampión y rubéola.

Con el propósito de sostener la eliminación de sarampión, rubéola y poliomielitis, se realizará en Argentina la Campaña Nacional de Seguimiento de Vacunación de alta calidad desde el 1 de octubre al 13 de noviembre de 2022, para la población de 13 meses a 4 años inclusive, con la aplicación de una dosis adicional de las vacunas triple viral (SRP) y antipoliomielítica (IPV) independientemente de las dosis recibidas previamente.

Crterios para Campaña de Seguimiento de Alta Calidad

Según lo establecido en la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud de OPS, para asegurar alcanzar los objetivos de una campaña de vacunación, se deben seguir criterios de calidad:

- **Homogeneidad:** Alcanzar coberturas $\geq 95\%$ uniformes en todos los municipios y departamentos y por edades simples en la población objetivo.
- **Oportunidad:** Cumplir con los tiempos establecidos para cada etapa del plan de acción, en todos los componentes que integran la campaña nacional de seguimiento.
- **Eficacia:** Capacidad administrativa para alcanzar las metas o resultados propuestos. Una Campaña Nacional de Seguimiento es eficaz cuando se logra un cumplimiento $\geq 95\%$ en los niveles de cobertura nacional, provincial, municipal y departamental.
- **Eficiencia:** Capacidad de gestión para producir el máximo de los resultados con los recursos disponibles en cada nivel y en función del cumplimiento de metas en los tiempos planificados. Se debe contar con presupuesto operativo y movilización de recursos involucrando a las autoridades del nivel local, aliados estratégicos y la comunidad en general.

IV. Generalidades de la Campaña de Seguimiento de Vacunación 2022

Propósito

Sostener la eliminación del sarampión, la rubéola, el SRC y la poliomielitis en Argentina.

Mea

Vacunar al 100% de los niños y niñas de 13 meses a 4 años, 11 meses y 29 días (4 años inclusive) con una dosis adicional de las vacunas triple viral (SRP) y antipoliomielítica inactivada (IPV), independientemente de las dosis recibidas previamente

Objetivo

Alcanzar una cobertura igual o mayor al 95% con una dosis de vacuna SRP y una dosis de la vacuna IPV en la población objetivo, en todas las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el 100% de los departamentos

Población objetivo

Niños y niñas de 13 meses a 4 años, 11 meses y 29 días (nacidos entre 1/11/2017 al 31/8/2021), de las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Duración

Período de ejecución (vacunación) del 1 de octubre al 13 de noviembre de 2022.

Consideraciones

- **Coadministración con otras vacunas:** niños y niñas mayores de 13 meses que concurren por la vacuna contra varicela o contra fiebre amarilla, deberán ser coadministradas con vacunas SRP e IPV de campaña.
- **Esquemas atrasados:** niños y niñas de 13 meses a 4 años inclusive que no certifiquen la dosis de triple viral del año o alguna de las 3 dosis de IPV (2, 4 y 6 meses) deberán recibir las vacunas de campaña y se los/las citará en un mes para completar las dosis de vacunas correspondientes al calendario. Durante el período de ejecución de la CNS se priorizarán las dosis de Campaña.

- **Intervalo entre vacunas de virus vivo atenuado:** niños y niñas que recibieron vacunas a virus vivo atenuado (triple viral, varicela o fiebre amarilla) en las últimas 4 semanas, se deberá aplicar la vacuna IPV y citar para la dosis de campaña de triple viral una vez cumplido el intervalo mínimo de 28 días entre vacunas a virus vivo atenuado.
- **Contraindicación de vacunación con triple viral:** niños y niñas con contraindicación de recibir la vacuna triple viral, deben recibir la vacuna IPV correspondiente a la CNS.
- **Los niños y niñas nacidos antes del 01 de abril de 2020** (previo al cambio del esquema combinado de IPV/bOPV a esquema completo de IPV) y que presenten esquema completo para la edad de 4 dosis (IPV a las 2 y 4 meses y bOPV a los 6 y 18 meses) también deben recibir la dosis adicional de IPV correspondiente a la CNS.

No se solicitará orden médica para recibir las dosis de Triple Viral e IPV de campaña.

V. Componentes claves de la CNS de alta calidad

1. COMPROMISO POLÍTICO Y FINANCIAMIENTO

Por Resolución Ministerial 2022-1167-APN-MS, el Ministerio de Salud de la Nación se compromete a la provisión de vacunas, material descartable y carnet de vacunación. El aval político se traduce en la asignación del financiamiento de la CNS 2022 gestionado por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

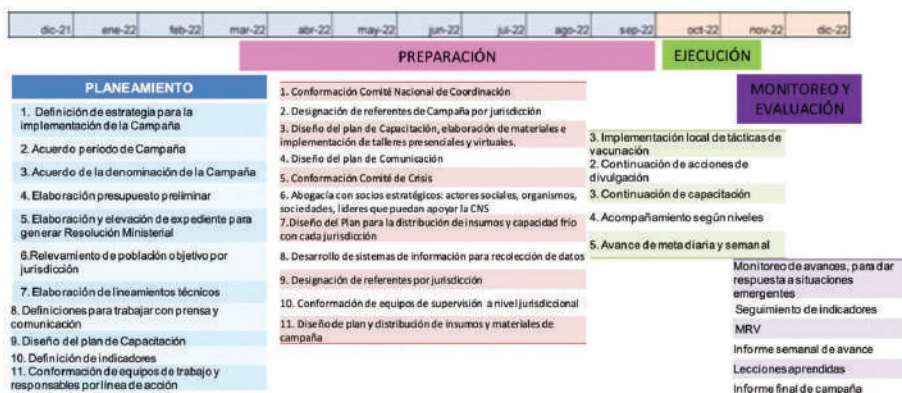
Los niveles jurisdiccionales y municipales deberán gestionar ante sus autoridades políticas de apoyo como la declaración de prioridad o interés provincial/municipal de la CNS 2022. Asimismo, un aspecto central consistirá en la gestión de la convocatoria y declaración de adhesión a la CNS 2022 de las Asociaciones Académicas, Científicas y otras instituciones de referencia.

2. PLANIFICACIÓN DE LA CNS DE ALTA CALIDAD

El proceso de planificación de la CNS es uno de los pilares fundamentales para asegurar el logro de la meta cumpliendo los criterios de eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia. Se desarrolla en cada uno de los niveles con actividades claves enmarcadas en la prioridad política y técnica de la CNS.

La planificación consta de 4 fases: planeamiento o programación, preparación, ejecución y monitoreo y evaluación.

Figura 7: Fases de la CNS.



Para garantizar el desarrollo de la CNS cada nivel debe participar de todas las etapas de la planificación, incluida su evaluación.

- **Nivel nacional:** Define lineamientos técnicos e instrumentos de planificación, instancias de capacitación, provee vacunas e insumos necesarios y financiamiento.
- **Nivel jurisdiccional:** Formula un plan de acción provincial en función de los lineamientos técnicos de la CNS 2022. Implementa el plan de actividades con responsables, períodos y requerimientos. Favorece la capacidad de los municipios en la elaboración y desarrollo de la microplanificación, realiza la supervisión, evaluación de avances y elaboración de informe final.
- **Nivel municipal:** Formula un plan de acción local a partir del análisis de situación, considerando la población meta total y por edades simples, requerimientos necesarios, capacidad de frío y la caracterización de sus comunidades.

Incluye determinar las tácticas y estrategias de vacunación oportunas para captar la población objetivo, estableciendo un cronograma, un plan de trabajo diario y realizando el análisis de avance de meta y monitoreo de vacunación.

Para responder a los estándares de calidad de la campaña y alcanzar las metas establecidas, durante las primeras cuatro semanas se deberá vacunar al 80% de la población objetivo y el 20% restante en las siguientes dos semanas.

Tabla 2: Establecimiento de la meta semanal. CNS 2022.

SEMANAS	META POR SEMANA
Primera semana	30%
Segunda semana	25%
Tercera semana	15%
Cuarta semana	10%
Quinta semana	10%
Sexta semana	10%
Séptima semana	MRV
Octava semana	MRV

80%
para fin de la
4ta semana

3. CAPACITACIÓN

Cada CNS es una actividad única y siempre habrá información actualizada que transmitir así como lecciones aprendidas y buenas prácticas para compartir de campañas anteriores.

El plan de capacitación integra y da respuesta a todos los componentes de la CNS de alta calidad priorizando los acuerdos establecidos con las jurisdicciones.

La capacitación se inició a nivel nacional con encuentros de trabajo y asistencia técnica sobre criterios de calidad para CNS del equipo técnico de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) con consultores internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La propuesta de capacitación para el nivel subnacional y local de la CNS 2022 comprende:

- **Curso Gerencial para Planificación Campaña de Seguimiento de Alta Calidad** destinado a jefas y jefes PAI e integrantes del equipo de gestión de los programas de inmunizaciones de las 24 jurisdicciones, durante los meses de abril y mayo. Coordinado por la DiCEI en cooperación técnica de la OPS.
- **Curso virtual de Programación de la Campaña Nacional de Seguimiento de Vacunación** para integrantes del equipo de salud del nivel intermedio y local, con rol de supervisión o coordinación de los programas de inmunizaciones, durante los meses de junio y julio.
- **Curso autoadministrado CNS 2022**, disponible en el campus virtual de OPS, un mes previo y durante la ejecución de la CNS dirigido a vacunadores, registradores, promotores y voluntariado, responsables de actividades operativas y convocados para las acciones de la Campaña Nacional.

Considerando que la microplanificación es esencial para el éxito de la campaña, las jurisdicciones deberán desarrollar instancias de capacitación según lineamientos técnicos de la CNS, adaptados a su realidad local, priorizando los contenidos del plan de acción de la jurisdicción.

4. LOGÍSTICA

Para asegurar la implementación exitosa de la campaña se requiere la organización y coordinación de todos los procesos necesarios para el abastecimiento suficiente y oportuno de las vacunas e insumos en todos los vacunatorios públicos del país. Para ello, la DiCEI dotará a las provincias de:

- Vacuna triple viral monodosis con su diluyente correspondiente,
- Vacuna IPV frascos multidosis por 5 dosis,
- Jeringas y agujas,
- Descartadores,
- Lineamientos técnicos de Campaña,
- Dípticos para nivel operativo,
- Carnet unificado de vacunación,
- Materiales para difusión de la CNS.

Vacuna Triple Viral (SRP)

Agente inmunizante

Es una suspensión liofilizada de una combinación de cepas de virus vivos atenuados de sarampión, rubéola y parotiditis. Existen a la fecha diferentes vacunas comerciales que varían en las cepas incluidas, con similar respuesta inmunológica. En esta campaña se utilizarán vacunas de los laboratorios Merck Sharp & Dohme (MSD-MMR11®) y GlaxoSmithKline (GSK-PRIORIX®).

Para sarampión, las cepas son Schwarz (GSK) o Edmonston-Zagreb (MSD), para rubéola todas tienen la cepa Wistar RA27/3 y para parotiditis cepas RIT 4385 (GSK) y Jeryl Lynn (MSD).

Presentación: frascos monodosis

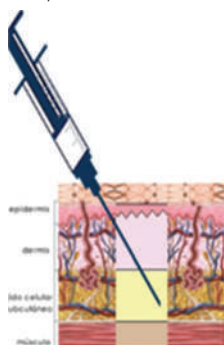
La vacuna se presenta como un polvo liofilizado para reconstituir exclusivamente con su diluyente. Una vez reconstituida la vacuna, debe ser utilizada inmediatamente.

Conservación:

- La vacuna debe conservarse entre +2°C y +8°C.
- No congelar la vacuna SRP liofilizada ni el diluyente.
- Almacenar en el envase original protegida de la luz

Dosis y vía de administración: La dosis indicada es de 0.5 ml y se administra por vía subcutánea.

Figura 8: Técnica de aplicación subcutánea para la vacuna SRP.



Sitio de aplicación y procedimiento: Cara externa o posterior del brazo (músculo deltoides). Para aplicar se debe tomar un pellizco e insertar la aguja con un ángulo de 45° para evitar llegar al músculo.

Contraindicaciones de la vacuna triple viral:

- Reacción alérgica grave (anafilaxia) ante una dosis anterior o a componentes de la vacuna como por ejemplo gelatina y neomicina.
- Los niños inmunocomprometidos **NO** deben recibir la vacuna SRP:
 - » Inmunodeficiencias primarias
 - » Infección por VIH con recuento de linfocitos CD4 < 15%

- » Inmunosupresión por fármacos
- » Trasplantados de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos
- » Enfermedad oncológica activa

Precauciones

- Púrpura trombocitopénica.
- Enfermedad aguda moderada o grave.
- Reciente administración de sangre y/o hemoderivados. Se deben respetar los intervalos sugeridos de 6 y 7 meses respectivamente.

En la vacunación sucesiva con vacunas parenterales de virus atenuados (triple viral, varicela y fiebre amarilla), debe observarse un intervalo mínimo de 28 días entre las dosis.

Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV)

Agente inmunizante

La vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV o Salk) es una suspensión acuosa de cepas (Salk o Levine) de virus poliomiélfíticos tipo 1, 2 y 3 obtenidas en cultivos de células de riñón de mono y posteriormente inactivadas en formaldehído.

Los principios activos correspondientes a una dosis de 0,5 mL son:

- Poliovirus inactivado Tipo 1: 40 U.D.
- Poliovirus inactivado Tipo 2: 8 U.D.
- Poliovirus inactivado Tipo 3: 32 U.D.
- U.D. = Unidad de antígeno D.

Puede contener vestigios de polimixina B, neomicina y estreptomicina.

Presentación: frascos multidosis por 5 dosis. No requiere reconstitución.

Conservación:

- El color de la vacuna puede variar entre naranja-amarillo y naranja rojizo.
- La vacuna IPV NO se debe congelar ni exponer al calor. La "prueba de agitación" no sirve para determinar si la IPV se ha congelado. Ante la sospecha de que la IPV ha estado congelada, no utilizar, poner en cuarentena e informar el desvío.
- La vida útil es de 36 meses cuando se almacena en una refrigeradora entre +2°C +8°C, se protege adecuadamente de la luz y no sobrepasa la fecha de vencimiento indicada.
- Política de frascos abiertos: Una vez abierto el vial deberá utilizarse dentro de los 28 días siguientes, según aprobación y recomendación de la OMS.

Dosis y vía de administración: La dosis indicada es de 0,5 mL y se administra por vía intramuscular.

Sitio de aplicación y procedimiento: Cara externa o posterior del brazo (músculo deltoides). Para aplicar, se debe insertar la aguja en forma perpendicular con un ángulo de 90° respecto al plano de la piel para llegar a la masa muscular profunda. (Figura 9)

Figura 9: Técnica de aplicación intramuscular de la vacuna IPV.



Contraindicaciones:

- Reacción alérgica grave (anafilaxia) ante una dosis anterior o a componentes de la vacuna como estreptomicina, neomicina o polimixina B.

Precauciones:

- Enfermedad aguda grave.

Consideraciones en huéspedes inmunocomprometidos:

La inmunodeficiencia (como la infección por VIH) no es una contraindicación para recibir IPV.

Las niñas y niños nacidos prematuros deben recibir la dosis adicional de IPV.

En los pacientes que recibieron tratamiento inmunosupresor, se deberá respetar el intervalo entre la finalización de éste y la aplicación de la vacuna, a fin de asegurar una respuesta inmune adecuada:

- 6 a 12 meses post trasplante
- 3 meses después de quimioterapia
- 1 mes después de corticoterapia sistémica
- 1 mes post radioterapia total

Puede administrarse simultáneamente con otras vacunas. De administrarse más de una vacuna, deben aplicarse en sitios anatómicos diferentes.

5. CADENA DE FRÍO

Antes del inicio de la campaña se debe realizar la evaluación de la cadena de frío en todos los niveles (nacional, provincial y municipal):

- Análisis de la capacidad de frío disponible.
- Inventario de conservadoras frías y termos a fin de asegurar disponibilidad de acuerdo al requerimiento (microplanificación).
- Requisito de paquetes fríos.
- Plan de contingencia para el mantenimiento de la cadena de frío en caso de fallas de energía eléctrica.

6. VACUNACIÓN SEGURA

El componente de vacunación segura es fundamental para garantizar la seguridad del receptor (la persona que recibe la vacuna), del trabajador de salud (vacunadores) y para el medio ambiente (comunidad). Para lograr este objetivo es necesario observar prácticas seguras de vacunación que incluyen aspectos técnicos y procedimientos cuyo cumplimiento garantiza inmunizaciones eficaces y prestaciones eficientes.

Seguridad para quien recibe la vacuna:

- Vacunas que cumplen con criterios de calidad: controlar fecha de vencimiento y aspecto.
- Adecuado almacenamiento y conservación de vacunas y diluyentes
- Técnicas de administración seguras (recordar que la vacuna triple viral es subcutánea y la vacuna IPV se administra intramuscular).
- Cumplimiento de política de frascos abiertos.

Seguridad para vacunadores:

- Manejo y principios de normas de bioseguridad aplicadas al acto de vacunación.
- Manejo adecuado del material corto punzante y material infeccioso.

Seguridad para la comunidad:

- Correcto manejo y disposición final de los residuos originados en el acto de vacunación de acuerdo a normas vigentes en el país.

7. REGISTROS Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

El registro de las dosis aplicadas se hará de forma nominal en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC) o en el registro nominal propio de cada jurisdicción, el cual deberá interoperar con el NOMIVAC para enviar los registros nominales correspondientes diariamente.

Los registros nominales de vacunación electrónicos (RNVe) son herramientas que facilitan el seguimiento de los esquemas de vacunación de cada persona y el mantenimiento de su historial de

vacunación y que, por lo tanto, ayudan a mejorar el desempeño del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Además, permite disminuir la revacunación por falta de carnet, evitar la duplicación de registros y proveer datos confiables para la toma de decisiones, como, por ejemplo, dónde ir a buscar a las personas no vacunadas, para así garantizar el derecho a la vacunación equitativa.

Por otro lado, como constancia para la persona vacunada, las dosis aplicadas de vacunas triple viral e IPV de la CNS deberán registrarse en el carnet unificado de vacunación habitual en el espacio destinado a "otros", dejando constancia de que corresponden a las dosis de campaña, fecha de aplicación, lote de vacuna administrada y firma del agente interviniente.

8. MONITOREO DEL AVANCE DE METAS

El análisis del avance de metas permite al nivel operativo evaluar el cumplimiento periódico de la planificación planteada. Todos los niveles (local, departamental, jurisdiccional y nacional) deberán realizar el avance de metas para el seguimiento de dosis aplicadas en la población objetivo total y por grupo de edad en forma diaria y semanal, para la detección y reorientación oportuna de estrategias en la búsqueda de la población pendiente de vacunar.

Para facilitar el análisis, desde el equipo de datos de DiCEI se enviará diariamente un informe de coberturas de las vacunas de la campaña. El análisis incluirá: dosis aplicadas diarias por jurisdicción desagregadas por departamento y por grupo de edades simples, así como la población objetivo pendiente de vacunar. Esta información estará también disponible en la nube para el uso de cada jurisdicción.

9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)

Las vacunas que se utilizarán en la CNS son seguras y eficaces, sin embargo, como aplicará un número de dosis de SRP e IPV mayor al habitual, se podrán encontrar eventos que habitualmente se presentan con baja frecuencia. Además, la presencia de eventos adversos post vacunación podría impactar negativamente sobre el cumplimiento de la campaña. En este sentido, la vigilancia de seguridad de las vacunas de campaña es un aspecto clave para el éxito de la misma. Se requiere implementar un sistema de vigilancia de ESAVI que permita una rápida detección y toma de conductas para cada caso, además de facilitar la generación de informes con el fin de garantizar una buena estrategia comunicacional.

Tener en cuenta:

- Los eventos secundarios, por lo general leves, suelen presentarse en personas que nunca han recibido esta vacuna y se presentan con menos frecuencia después de la segunda dosis.
- Las reacciones anafilácticas son raras y pueden aparecer hasta 24 horas después de aplicada la vacuna (ANEXO: Manejo de anafilaxia).
- Ante la ocurrencia de un ESAVI se debe asegurar el cumplimiento de normas de manejo: evaluar el caso, asistir al paciente y notificar el evento a la autoridad pertinente.

Tabla 3: Reacciones esperadas con la aplicación de las vacunas Triple viral (SRP) e IPV

COMPONENTE	EVENTO	INTERVALO CON LA VACUNA	FRECUENCIA ⁽¹⁾
Sarampión	Fiebre	5-12 días	5-15%
	Exantema febril ⁽²⁾		
	Tos, coriza, conjuntivitis		
	Trombocitopenia ⁽³⁾	15-35 días	1/30 000 dosis aplicadas
Rubeola	Exantema febril	7-21 días	5-15%
	Linfadenopatías		
	Artralgias		0,5%
Parotiditis	Fiebre y parotiditis	5-14 días	1-2%
	Meningitis aséptica	7-21 días	1/1000000 dosis aplicadas ⁽⁴⁾
Eventos comunes SRP	Convulsiones febriles	Variable	1/3000 dosis
Polio	Induración, dolor y eritema local	Inmediato	3-18 %
	Fiebre	Variable	38%

Notas

- (1) El intervalo es el referido en la literatura. Si el ESAVI se presenta fuera de este intervalo debe ser igualmente notificado.
- (2) En el caso de exantema febril deben realizarse dos notificaciones simultáneas: la notificación de ESAVI y de Enfermedad Febril Exantemática (EFE).
- (3) Se considera trombocitopenia a un recuento de plaquetas inferior a 150.000/mm³
- (4) Corresponde a la cepa Jeryl-Lynn que se utilizará en vacuna SRP de campaña.

La vigilancia se basará en la notificación de los eventos supuestamente atribuidos a vacunas e inmunizaciones (ESAVI) que se definen como *cualquier situación de salud no esperada (síntomas/ o signo no favorable o no intencionado, hallazgo anormal de laboratorio) que ocurre posterior a la vacunación y que no necesariamente tiene una relación causal con la vacunación o con el producto biológico*. Dichos eventos deberán ser notificados al momento de ser detectados por el personal de salud que asista a la persona vacunada. Las notificaciones se realizan en la plataforma SISA mediante un formulario en línea al cual se accede a través del siguiente link: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>. Para ello no se requiere ninguna clave de acceso, solo poseer

matrícula de medicina, enfermería o farmacia/bioquímica. Un instructivo para la notificación puede encontrarse en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/instructivo-notificacion-esavi-2021-online.pdf>

Importante: los eventos deben ser notificados al momento de ser detectados sin esperar a establecer si hay una relación causal con la vacuna.

También se deberán notificar aquellos eventos considerados como desvíos de las recomendaciones técnicas, tales como:

1. Aplicación de vacunas incorrectas
2. Desvíos en el almacenamiento, conservación y/o preparación de las vacunas
3. Administración de la vacuna en un lugar anatómico incorrecto o con un intervalo no recomendado
4. Aplicación de las vacunas en los casos en que tuviera contraindicación

Una vez recibida la notificación, el comité de vigilancia realizará el análisis del evento a fin de establecer la clasificación del evento, las medidas a tomar con la persona vacunada y generar un informe para la correcta comunicación. Las y los notificadores deberán recolectar todos los datos necesarios para poder realizar un análisis y clasificación correcta de los ESAVI. Dichos datos están incluidos en la ficha de investigación correspondiente.

Clasificación de los ESAVI

Una vez recibida la notificación, el equipo de seguridad en vacunas de la DiCEI con el apoyo de la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CoNaSeVa) realizará el análisis del evento a fin de arribar a un diagnóstico y posterior clasificación de acuerdo a las recomendaciones de OMS/OPS.

Vigilancia de EFE en contexto de CNS

Considerando que el cuadro de fiebre y exantema es una de las reacciones esperables posterior a la vacunación con triple viral, es importante que estos casos se notifiquen simultáneamente como ESAVI y Enfermedad Febril Exantemática (EFE). Para el estudio de estos casos, es fundamental la toma de muestra de orina e hisopado nasofaríngeo para detección viral, además de las muestras de suero, para así poder diferenciar los virus vacunales de un posible virus de sarampión o rubéola salvajes.

Se debe investigar inmediatamente a todo paciente que cumple con la definición de caso sospechoso de sarampión/rubéola o EFE.

Caso sospechoso de EFE: Paciente de cualquier edad que presente fiebre de 38° C o más y exantema generalizado, o que un profesional de la salud lo sospeche, independientemente del antecedente de vacunación.

10. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL

El objetivo del componente comunicación es alcanzar a quienes por diferentes motivos (acceso geográfico, cultural y económico) no acceden a la vacunación rutinaria. Para ello la información debe ser clara, favorecer la aceptación y confianza de los responsables de llevar a vacunar a los niños y niñas y del personal de salud, así como lograr el involucramiento y la movilización de actores clave.

Planificación de acciones de comunicación según momentos claves:

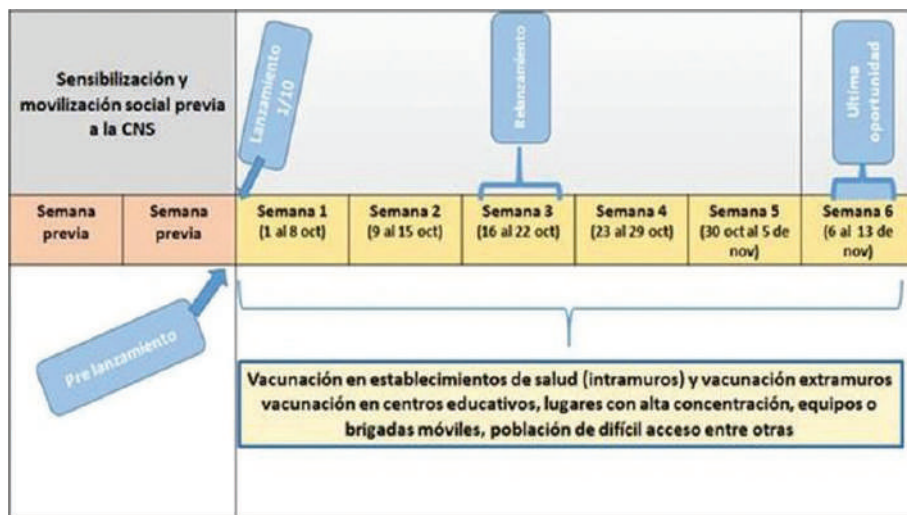
Pre-lanzamiento: momento para sensibilización y movilización social comenzando 2 semanas antes del inicio de la campaña e intensificando 48 hs previas al lanzamiento.

Lanzamiento: acto de inauguración de la CNS a nivel nacional y en todas las jurisdicciones.

Relanzamiento: momento clave, de acuerdo al avance de meta alcanzado, para reorientar la estrategia de comunicación.

Última oportunidad: estrategia dirigida para captar a los niños y niñas que no fueron alcanzados por la vacunación hasta ese momento.

Figura 10: Planificación de las acciones de comunicación durante la CNS.



Comunicación en crisis

Es importante estar adecuadamente preparado para cualquier evento que pueda debilitar la confianza en la vacunación del programa de rutina o durante la CNS. En la fase de preparación de la CNS debemos recopilar evidencias, contactar a los actores claves, establecer mecanismos de respuesta, relacionarse con todos los actores relevantes para mantener al público informado, monitorear a los medios y las redes sociales.

A fin de poder dar una respuesta rápida y eficaz el plan de comunicación en crisis debe considerar lo siguiente:

- Crear confianza, esto implica la inclusión de información sobre los posibles eventos adversos a los padres y madres de familia y la comunidad en general.
- Sensibilizar al personal de salud para facilitar el tratamiento temprano de los eventos adversos, exponiendo los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización/ESAVI previsibles, la incidencia observada y la notificación inmediata.
- Capacitar al personal de salud sobre cómo informar a los padres, madres y al público, acerca de los ESAVI y las inquietudes sobre los riesgos.
- Difundir rápidamente la información en caso de iniciarse una investigación sobre algún ESAVI, estableciendo vínculos con los canales de comunicación, líderes comunitarios y personal de salud locales.
- Designar voceros calificados y respetados en todos los niveles.

11. MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN (MRV)

El MRV es una herramienta que complementa el análisis de la cobertura administrativa, identificando a la población objetivo vacunada y no vacunada en un espacio geográfico determinado.

Una vez finalizado el periodo de ejecución (vacunación) de la CNS y hasta el 30 de noviembre, se realizarán los MRV. Los objetivos del MRV son:

- Identificar a los no vacunados y sus razones.
- Supervisar la calidad del trabajo de las brigadas de vacunación
- Evaluar la efectividad de las estrategias de vacunación utilizadas
- Tomar decisiones y realizar intervenciones para lograr la meta.

Asimismo, el MRV sirve como herramienta de evaluación externa para certificar el logro de las metas de cobertura.

Para la elección del área a monitorear se debe tener en cuenta áreas densamente pobladas donde se encuentren niños y niñas de la población objetivo, asentamientos de población en zonas periféricas urbanas, población con alto tránsito o circulación, zonas con elevada afluencia de turistas internacionales, zonas de difícil acceso, geográficas, culturales o socioeconómicas.

En cada MRV se entrevistarán los adultos responsables de niños/as de la población objetivo de campaña para verificar su antecedente de vacunación. Se considera niño/a vacunado/a, aquel que certifique la dosis de campaña aplicada en el carnet de vacunación.

Se visitarán todas las viviendas hasta encontrar 20 niños, registrando el estado vacunal con vacuna SRP e IPV. Considerar que por cada edad simple de la población objetivo se deberá relevar 5 niños o niñas.

Monitoreo intermedio: Lo realizará el establecimiento de salud o el municipio cuando se ha finalizado la vacunación de todas las localidades del área de responsabilidad según lo planificado.

Monitoreo final: Lo realizará la provincia con el objetivo de verificar que no se encontraron bolsones de población susceptible (no vacunados) mayor al 5%.

Cálculo de población a monitorear por departamento:

1. Seleccionar el rango que comprende la población objetivo de ese departamento.
2. Multiplicar la población objetivo del departamento por el % a monitorear según **Tabla 4**. Por ejemplo: población de 50.000 habitantes, el % a monitorear es del 3%. Es decir la población a monitorear es $50.000 \times 3/100$.

Cálculo del número de MRV a realizar:

- Dividir por 20 el número de población a monitorear (cálculo anterior).

Tabla 4: Porcentaje de población a monitorear según rango de población objetivo.

RANGO DE POBLACIÓN OBJETIVO DE CAMPAÑA	PORCENTAJE DE POBLACIÓN A MONITOREAR
> 100.000	2%
50.000 – 100.000	3%
10.000 – 49.999	4%
5.000 – 9.999	5%
2.000 – 4.999	8%
1.000 – 1.999	13%
500 – 999	20%
250 – 499	35%
< 250*	50%-100%

CANTIDAD DE MRV A REALIZAR:

Población objetivo x porcentaje a monitorear / 20.

Los MRV se realizarán en el 100% de los municipios del país según cálculo anterior. La selección de áreas a monitorear se podrá realizar:

1. "Por conveniencia": en municipios de alto riesgo para importación de sarampión, rubéola y polio y/o aquellos que presenten coberturas administrativas mayores de 100% o menores de 95%.
2. "Por sorteo": en municipios con coberturas entre 95% y 99.9%

12. SUPERVISIÓN

Durante las etapas de planificación, preparación y ejecución de campaña, se realizarán actividades de supervisión en todos los niveles para llevar a cabo acciones correctivas si fuera necesario.

Aspectos a considerar en la supervisión:

- Cronograma de la supervisión según etapas (organización, programación, ejecución) de la campaña, analizando con los equipos locales al final de la jornada las fortalezas, debilidades y medidas correctivas para el logro de la meta propuesta.
- Cumplimiento de directrices de la CNS y microplanificaciones locales.
- Monitoreo de la modalidad de registros.
- Control del proceso de vacunación segura.
- Desempeño del equipo.

13. EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA NACIONAL DE SEGUIMIENTO Y ELABORACIÓN DE INFORME FINAL

Los niveles nacional, jurisdiccional y departamental deberán realizar reuniones de evaluación para analizar los resultados de la CNS por componentes, de acuerdo a los indicadores establecidos por cada criterio de alta calidad: eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia. (Tabla 5)

Tabla 5: Indicadores de calidad de la CNS según criterios de eficacia, homogeneidad, eficiencia y oportunidad

	INDICADORES	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	ESPERADO	NIVEL DE APLICACIÓN
Eficacia	Cobertura de vacunación para SRP	Dosis de SRP aplicadas a niños de 13 meses a 4 años por nivel X 100/ población objetivo total	≥ 95%	Nacional, jurisdiccional, departamental
	Cobertura de vacunación para IPV	Dosis de IPV aplicadas a niños de 13 meses a 4 años por nivel X 100/ población objetivo total	≥ 95%	Nacional, jurisdiccional, departamental
	Realización de MRV	Número monitoreos realizados por departamentos/ Total de MRV programados	100%	Departamental
Homogeneidad	Cobertura homogénea por departamento	Número de departamentos (o jurisdicciones) con coberturas >95% x 100/ total departamentos (o jurisdicciones)	≥ 95%	Jurisdiccional, nacional
	Cobertura homogénea por edades simples	Número de departamentos con coberturas >95% en las 4 edades X 100 / total departamentos	≥ 95%	Jurisdiccional
Eficiencia	Simultaneidad IPV-SRP	Número de niños por grupo etario que recibieron SRP e IPV x 100/población objetivo del mismo grupo etario	100%	Jurisdiccional, nacional
Oportunidad	Abastecimiento de vacunas e insumos por nivel	Abastecimiento de vacunas y jeringas a nivel local/departamental 15 días previos al inicio de la CNS x 100/ Total de centros por nivel	100%	Local, Departamental, nacional

Elaboración del informe técnico final

Tras la finalización de la campaña, incluidas las actividades de monitoreo, cada jurisdicción deberá elaborar un informe final, identificando fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, así como lecciones aprendidas y recomendaciones traducidas en buenas prácticas tanto a nivel del fortalecimiento del programa regular como para futuras campañas.

El informe deberá considerar los siguientes aspectos:

- Logros alcanzados según niveles.
- Porcentaje final de cobertura administrativa total, según nivel y edades simples.
- Evaluación de indicadores de la CNS alta calidad (tabla 5).
- Evaluación cualitativa de las diversas etapas y componentes de la CNS.
- Utilización de biológicos: total de dosis recibidas, total de dosis perdidas (especificando causas) y total de dosis no utilizadas.
- Resultados de los MRV y plan de intervención según resultados.
- Vigilancia epidemiológica de ESAVI.
- Identificación de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (análisis FODA).
- Lecciones aprendidas y su aplicación para fortalecimiento del programa regular.
- Conclusiones y recomendaciones.

El comité nacional de coordinación de CNS de acuerdo a las reuniones e informes técnicos de las jurisdicciones, elaborará el informe final del país.

Cada jurisdicción debe presentar el informe final a las autoridades nacionales, en las dos semanas posteriores a la finalización de la CNS para su consolidación final y oportuna difusión.

VI. ANEXO: Manejo de la anafilaxia

Definición

Es un síndrome clínico que se caracteriza por:

- Presentación repentina.
- Progresión rápida de síntomas y signos.
- Compromiso de múltiples sistemas orgánicos (más de dos), a medida que progresa (cutáneo, respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal).

La sola presencia de alergia cutánea no define anafilaxia.

Las reacciones anafilácticas comienzan, por lo general, unos minutos después de la aplicación de la vacuna. Es importante reconocerlas rápidamente a fin de aplicar el tratamiento. Si se presenta enrojecimiento, edema facial, urticaria, picazón, edema de labios o glotis, hipotensión, sibilancias y/o dificultad respiratoria, el paciente debe ser acostado con los miembros inferiores elevados. Lo primero es la aplicación de adrenalina intramuscular y asegurar el mantenimiento de la vía aérea permeable y la oxigenación y gestionar el traslado al servicio de guardia o cuidados críticos.

Prevención

- Realizar una cuidadosa anamnesis dirigida a los posibles antecedentes de alergias antes de aplicar la vacuna. Recordar que las alergias leves no son contraindicación para la administración.
- Mantener en control a la persona hasta 30 minutos después de la administración de la vacuna.
- **Todos los vacunatorios deben estar provistos de un equipo para el tratamiento de anafilaxia.**

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Para definir anafilaxia se deben presentar al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

Inicio súbito (minutos o pocas horas), con afectación de piel y mucosas y al menos uno de los siguientes síntomas:

A. Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia)

B. Disminución de la tensión arterial sistólica o hipoperfusión (síncope, hipotonía, incontinencia)

CRITERIO 2 Dos o más de los siguientes síntomas que ocurren rápidamente después de la exposición al alérgeno:	A. Afectación de piel y mucosas (urticaria, enrojecimiento, prurito, angioedema)
	B. Compromiso respiratorio
	C. Disminución de la tensión arterial sistólica o síntomas asociados a hipoperfusión
	D. Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, vómitos)
CRITERIO 3 Disminución de la tensión arterial tras la exposición:	A. Lactantes de 1 mes a 12 meses: tensión arterial < 70 mm Hg
	B. Niños de 1 año a 10 años: tensión arterial < (70 mm Hg + [edad en años x 2])
	C. Niños > 11 años: tensión arterial sistólica < 90 mm Hg o descenso 30 % de su tensión basal

Tratamiento de la anafilaxia

1. **Activar de inmediato el sistema de alerta.**
2. **Colocar al paciente en posición de decúbito supino o con los pies elevados.**
3. **Monitoreo estricto de signos vitales. Administrar oxígeno manteniendo una saturación mayor al 95%.**
4. **Medicación:**

- **ADRENALINA por vía intramuscular (IM):** ES EL PILAR DEL TRATAMIENTO. SE DEBE ADMINISTRAR DE INMEDIATO. EL RETRASO EN SU ADMINISTRACIÓN EMPEORA EL PRONÓSTICO. LA PRIMER DOSIS DE ADRENALINA DEBERÁ SER ADMINISTRADA DE INMEDIATO POR EL PERSONAL QUE ASISTA AL EVENTO.

Dosis: 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg) de la concentración 1:1000, hasta un máximo de 0,3 – 0,5 mL por vía intramuscular (IM). Puede repetirse cada cinco a quince minutos hasta 3 veces. Ej: si el paciente pesa 20 kg se aplicarán 0,2 mL, que corresponden a 2 décimas de la jeringa.

Lugar de administración: región anterolateral del muslo.

En anafilaxia refractaria a dosis múltiples o en shock profundo, administrar adrenalina endovenosa en hospital de alta complejidad.

- **ANTIISTAMÍNICOS:** Son eficaces para la urticaria y/o angioedema, pero **no controlan los síntomas de anafilaxia**. No administrarlos como primera línea. Sin embargo, deberán administrarse después del episodio para prevenir recurrencias.
- **CORTICOESTEROIDES:** La administración temprana después de la adrenalina y del antihistamínico ayuda a prevenir la recurrencia de los síntomas y la fase tardía. Se deben administrar durante tres a cuatro días.
- **OXÍGENO:** Se administra a los pacientes con cianosis, disnea o sibilancias.
- **DROGAS BRONCODILADORAS:** La adrenalina suele aliviar la presencia de broncoespasmo. Se puede complementar con salbutamol, pero no reemplaza en ninguna circunstancia a la adrenalina.

MEDICACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIA DE ANAFILAXIA

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS MÁXIMA	REPETICIÓN
Oxígeno				
Adrenalina 1/1000 1 mL = 1 mg ampolla de 5 mL	0,01 mL/kg (1 décima cada 10 kg) EJ: si el paciente pesa 20 kg, se aplicarían 0,2 mL que corresponden a 2 décimas de la jeringa.	IM	0,3 - 0,5 mL por vez	Cada 15 a 20 minutos. Se puede repetir 3 veces
Difenhidramina (Benadryl®)	Inicial: 1-2 mg/kg/ dosis Mantenimiento: 2-5 mg/kg/día	IM/EV/SC	Ataque: 50 mg Mantenimiento: 300 mg/día VO	
Hidrocortisona	Inicial: 10 mg/kg/ dosis Mantenimiento: 5 mg/kg/día cada 6 horas	EV	400mg/dosis EV	
Metilprednisolona	Inicial: 1-2 mg/kg/ dosis Mantenimiento: 1-2 mg/kg/día c/6 a 8 horas	EV/ IM	60 mg/día VO	

IM: intramuscular

EV: endovenosa

SC: subcutánea

VO: via oral

Errores más comunes en el tratamiento y prevención de anafilaxia

- Presumir que el cuadro anafiláctico mejorará en forma espontánea
- Suponer que los corticoides o los antihistamínicos pueden sustituir la función de la adrenalina. La mayoría de los casos mortales de anafilaxia se deben a la no utilización de la adrenalina, o a su uso tardío
- Considerar que la adrenalina se acompaña de efectos cardíacos importantes. Para el paciente es peor el estado de shock.
- Confiarse, cuando existe una mejoría rápida del paciente. En numerosos casos, estas personas pueden presentar gravísimas reacciones de tipo tardío. Es un error muy frecuente no internar a estos pacientes para observación y monitorización después del episodio.

Todo personal de salud debe estar debidamente capacitado para utilizar adrenalina por vía intramuscular ante un cuadro de anafilaxia. El equipo para tratamiento del caso de anafilaxia debe estar disponible y ser conocido por el personal del vacunatorio que asiste al paciente.

VII. Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del sarampión y de la rubéola en las Américas. Boletín Semanal [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>
2. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Red Book 2021-2024 Report of the Committee of Infectious Diseases. 32th Edition. Disponible en: <https://redbook.solutions.aap.org/DocumentLibrary/Red%20Book%202015%201.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. 29º Conferencia Sanitaria Panamericana. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023. Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34417/CSP29.R11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. (PAHO WHO) Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Disponibles en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=2204&Itemid=40899&lang=en
5. (WHO) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Washington: Guía para la implementación de campañas de alta calidad: Sarampión y Rubéola. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511254>
6. Nuevo esquema de vacunación antipoliomielítica. Lineamientos técnicos 2020. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en : https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-06/vacunacion-antipoliomilitica_lineamientos_2020.pdf
7. Estrategia de Erradicación de la Poliomiélitis 2022-2026. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345645/9789240026049-spa.pdf>
8. Datos poliomiélitis: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>
9. Immunogenicity and Effectiveness of Routine Immunization With 1 or 2 Doses of Inactivated Poliovirus Vaccine: Systematic Review and Meta-analysis <https://academic.oup.com/jid/article/210/1/S439/2193871?login=false>
10. <https://polioeradication.org/>

**Las vacunas nos protegen.
Son buenas para todas y todos.**

argentina.gob.ar/salud
0800.222.1002
Av. 9 de Julio 1925. C.A.B.A.



Ministerio de Salud
Argentina

***primero
la gente***