



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN,
CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución N°15 del 31 de octubre de 2012

Facultad Ciencias de la Salud

**Maestría en Gerencia de Servicios de Salud con
Especialización en Sistemas de Información**

**Educación Continua en el Personal de Salud
que labora en el Programa Ampliado de
Inmunización (PAI) en las Instalaciones de
Salud**

MARÍA ELENA UREÑA

MELIDA RODES

PANAMÁ, SEPTIEMBRE 2017.



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN,
CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución N°15 del 31 de octubre de 2012

Facultad Ciencias de la Salud

**Maestría en Gerencia de Servicios de Salud con
Especialización en Sistemas de Información**

**Educación Continua en el Personal de Salud
que labora en el Programa Ampliado de
Inmunización (PAI) en las Instalaciones de
Salud**

**Trabajo presentado como requisito para optar al grado de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud**

María Elena Ureña

Melida Rodes

Panamá, septiembre, 2017

DEDICATORIA

Le doy gracias a Dios por darme la fuerza y salud, por permitirme adquirir más conocimientos que me ayudarán a contribuir con la información de salud de Panamá.

Le doy gracias a Dios por mi familia que me ha apoyado dándome en aliento necesario para no rendirme y culminar el posgrado.

También a cada uno de los profesores que han compartido sus conocimientos y darnos otra perspectiva de la gerencia en servicios de salud. Y cada una de las características que se deben tomar en cuenta en una instalación de salud. Que nos permita brindar salud con equidad y de calidad.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	iii
Introducción	1
A. Contextualización	2
B. Objetivos del estudio	3
Educación continua para el personal de salud que labora en el programa ampliado de inmunización	
Objetivos generales	3
Objetivos específicos	3
C. Importancia y justificación	4
D. Marco referencial	5
E. Fundamentación teórica	7
Ley que regula el proceso de vacunación en Panamá	10
Inicios del Programa ampliado de inmunización en Panamá	11
F. Análisis	15
G. Conclusiones	21
H. Recomendaciones	22
I. Bibliografía	23
J. Anexos	
Imagen del sistema de captación programa ampliado de inmunización, de registros y estadísticas de salud	26
Ejemplo de vacunas que no deben repetirse	27
Hoja de registros diarios de vacuna	28
Hoja de registros diarios de código utilizado en el sistema	29
Esquema nacional de vacuna 2017	30
Esquema de nacional de vacunación	31

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud involucrados en el programa ampliado de inmunización deben tener una capacitación continua que permita tener datos confiables y completos sobre las dosis suministradas.

En Panamá, el sistema de registro que se utiliza es el registro nominal, fundamentado en una base de datos poblacional se capta la dosis suministrada a cada persona.

El programa ampliado de inmunización es desarrollado por varias disciplinas que deben trabajar en armonía para producir el resultado deseado como la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles por vacuna, entre estas disciplinas esta enfermería y registros y estadísticas de salud.

Trataremos sobre la docencia en el buen registro de la información del programa ampliado de inmunización. Mantener buenos registros permite tener sistemas de información robustos y confiables, que nos lleven a cumplir con los objetivos y metas trazadas por el país y ofrecer servicios de salud accesibles a cada grupo de edad y a todos los rincones del país.

Para lograr los objetivos del programa ampliado de inmunización siempre se debe evaluar cuales son las dificultades en las unidades ejecutoras y establecer y planificar docencias que permitan al personal desempeñarse de la mejor manera posible.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

El programa ampliado de inmunización es el sistema de información de salud de vacunas. Una de las metas en Panamá es lograr que todas las unidades ejecutoras a nivel nacional entreguen informes de producción por registro nominal.

El sistema de registro nominal de Vacunación es un registro informático, fundamentado en una base de datos poblacional, en el que se capta las vacunas aplicadas a cada persona. La información es registrada por pacientes y en el software se activan las dosis que corresponden a cada grupo de edad; es de suma importancia el registro de todos los datos del paciente, tanto en la hoja de registros diarios de vacuna por parte de enfermería, como la captación en el software por parte del estadístico.

De allí que se hace necesario una formación continua del personal en cuanto al desempeño en las unidades ejecutoras y concientizarlos sobre la importancia de su rol en el cumplimiento de sus tareas asignas; permitirá llevar un registro en el software de manera oportuna y así lograr entregar el informe a tiempo a la regional de salud que corresponde.

Se hace necesaria la entrega de información oportuna que esté disponible en el momento que se requiera consultar por los diferentes actores involucrados, que le permita planificar y distribuir los recursos de manera adecuada.

También es importante una formación continua del personal sobre modificaciones que se hagan en el esquema de vacuna y como deben ser captarse en el software del programa ampliado de inmunización.

OBJETIVO DE ESTUDIO

Educación Continua Para El Personal De Salud Que Labora En El Programa Ampliado De Inmunización

Objetivo general:

Demostrar la importancia de la educación continua para el personal que labora en el programa ampliado de inmunización (PAI), para lograr un sistema de información robusto y con datos confiables.

Objetivos específicos:

- Indicar al personal de registros y estadísticas de salud sobre la importancia de la captación de los datos en el programa ampliado de inmunización.
- Describir la importancia del cumplimiento de las funciones del personal de salud, en el programa ampliado de inmunización en las unidades ejecutoras.
- Analizar las ventajas de la educación continua en el personal de salud.

IMPORTANCIA O JUSTIFICACIÓN

La vacunación es la estrategia costo eficiente más efectiva en la atención primaria en salud con que cuenta la salud pública, permite reducir las morbilidades y mortalidad en todos los grupos de edad mediante la aplicación de vacunas; con la inmunización se evita hospitalizaciones, muertes prematuras, incapacidades y se aumenta la productividad y calidad de vida de la persona vacuna.

La educación continua de los profesionales de la salud que laboran en el programa ampliado de inmunización permitirá a cada uno de estos profesionales desempeñarse eficientemente.

En el taller sobre planificación, administración y evaluación en el módulo V, en la unidad 2: evaluación de acciones del PAI, establece que la cobertura de vacunación se calcula utilizando los informes de las instalaciones de salud.

“Se determina el número de dosis de vacuna aplicadas para completar esquemas por grupo de edad (grupo prioritario menores de un año), y se divide por la población total de dicho grupo de edad. La cobertura se estima en términos de porcentajes del total de la población objeto”.

Por consiguiente, se hace necesario capacitar al personal sobre el buen registro de los datos, captación de los mismos en el software del programa ampliado de inmunización, porque es de vital importancia para evaluar el programa, actividades, costos e impacto y efectuar las intervenciones necesarias para cumplir con los objetivos del programa.

El sistema de información del programa ampliado de inmunización permite una planificación de las necesidades de vacunas e insumos: saber qué, cuánto solicitar, se previene el desabastecimiento, se reduce y previene el desperdicio, se mejora el acceso a las vacunas.

MARCO REFERENCIAL

Se debe fortalecer las capacidades del personal de salud, para mejorar la calidad de los datos, que sean entregados de manera oportuna, y que estén disponibles cuando se requieran para la toma de decisiones, para el cumplimiento de metas y ofrecer servicios de salud equitativos y accesibles.

En el curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) Módulo V, Programación de las Actividades de Inmunización, pág. 11, indica lo siguiente:

“La capacitación hará que el trabajador de la salud sea más competente y hábil, haciendo que el programa sea exitoso desde el punto de vista de coberturas y de costo/efectividad. El desarrollo del personal es un proceso continuo que se realiza durante un largo periodo de tiempo”.

El personal que labora en el programa ampliado de inmunización debe ser capacitado constantemente, donde se hagan las evaluaciones de los nudos críticos, en cuanto a los registros y captación de los datos, que deben ser completos lo que permitirá generar buena información.

La educación continua es el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador de salud mantener, aumentar y mejorar su competencia para que esta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades. (Mejía 1986).

Se hace necesario establecer una educación continua, que le permita al personal de salud desempeñarse de manera adecuada y con eficiencia y calidad.

La calidad de los datos es importante para vigilar el funcionamiento de un sistema de salud. Según lo indica el manual de normas y procedimientos (MINSA 2012, pág. 187), para poder evaluar la eficiencia de los programas de vacunación y el impacto que determinan sobre las enfermedades prevenibles por vacunas, es necesario contar con un eficiente y completo registro de las actividades de vacunación desarrolladas en todos los rincones del país.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Consejo Directivo de la OPS/OMS, mediante Resolución CD25.27 de octubre de 1977, se promovió el inicio del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), cuyo propósito fundamental es el de reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas, inmunizando a todos los niños y niñas como una de las estrategias de Salud para Todos en el Siglo XXI, adoptada por nuestro país como Salud Para Todos y Con Todos.

Según la Organización Mundial de la Salud, la inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, hepatitis B, el sarampión, la parotiditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2012 el Plan De Acción Mundial Sobre Vacunas 2011-2020 (GVAP por sus siglas en inglés). Uno de los objetivos de esta asamblea es hacer accesible la inmunización universal. La visión es la de un mundo en donde todos los individuos y comunidades pudieran disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

La misión del GVAP es mejorar la salud mediante la ampliación de todos los beneficios de la inmunización a todas las personas independientemente de su lugar de nacimiento, quiénes son o dónde viven.

El Plan De Acción Mundial tiene como objetivo estratégico 4, se debe tener sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente.

La meta es que todos los países deben contar con datos de alta calidad sobre cobertura de inmunización para el año 2020.

La calidad de los datos es importante para vigilar el funcionamiento de un sistema de salud. Por lo tanto, se debe realizar docencias continuas que permita a los profesionales de la salud, estar actualizado sobre las modificaciones que se presenten en el programa. Y así brindar un servicio de calidad tanto para el paciente, como en los datos que debe suministrar a los niveles superiores en tiempo oportuno.

Los datos suministrados sirven para evaluar diversos indicadores de vacunación los cuales permiten monitorear diversos aspectos del programa ampliado de inmunización: acceso, seguimiento, resultados e impacto del programa.

Según el curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) Módulo VI, Supervisión, monitoreo y evaluación. Pág. 21 se refiere a los diferentes tipos de indicadores utilizados en vacunación.

Indicadores de Gestión: (indicador de proceso)

- Número de actividades ejecutadas/número de actividades programadas.

Indicadores de sostenimiento (indicador de proceso)

- Porcentaje de fondos recurrentes (vacunas, jeringas y gastos de operación del programa) gerenciados con fondos nacionales o locales.

Indicadores de equidad (indicador de resultado)

- Número de municipios con bajas coberturas, y
- Número de municipio con altos índices de pobreza.

En Panamá sería corregimientos, distritos y provincia.

Indicadores de Impacto:

- Indicadores de morbilidad; e
- Indicadores de mortalidad.

Indicadores de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunas tales como sarampión, rubéola y poliomielitis.

Por tal razón, se hace necesario contar con un sistema de información eficiente y con registros completos de las actividades de vacunación desarrolladas por el programa ampliado de inmunización (PAI).

En el proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas desarrollado en la Asamblea Mundial De La Salud 65ª del 11 de mayo de 2012, indica lo siguiente: “La solidez de los sistemas de salud pueden evaluarse basándose en las tasas de abandono entre la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y la primera dosis de la vacuna antisarampionosa”.

Por lo tanto, la labor que desempeña el estadístico es de vital importancia para tener datos confiables, los que permitirán hacer las evaluaciones del programa y esto lo puede lograr trabajando en coordinación con el departamento de enfermería.

LEY QUE REGULA EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN PANAMÁ

La Ley No. 48 de 5 de diciembre de 2007 es la que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá. En su Artículo 1 establece como medida sanitaria de especial atención la vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles. Este proceso de vacunación será de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional.

Artículo 8. Se reconoce el derecho que tiene todo individuo, especialmente los niños, los adolescentes en los centros de custodia, los niños y adolescentes trabajadores, las embarazadas, las personas con discapacidad, los jubilados, la población de la tercera edad y las personas privadas de libertad en los centros penitenciarios, a la protección contra las enfermedades incluidas en el Esquema Nacional de Inmunización brindado por el Estado.

Las personas que ejerzan la patria potestad, la tutela o la guarda de los niños y de las personas con discapacidad tienen la obligación de cumplir las indicaciones del Ministerio de Salud en todo lo relativo a la inmunización de estos.

Artículo 9. Toda mujer embarazada será previamente informada de los beneficios y de las consecuencias, para ella y su hijo, de recibir o no la inmunización. En caso de no aceptar ser vacunada, deberá firmar el relevo de responsabilidad.

El manual de normas y procedimientos del programa ampliado de inmunización 2012 indica que el programa está dirigido a toda la población, con énfasis en los menores de cinco años y en especial a los menores de un año.

INICIOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN EN PANAMÁ

El Programa Ampliado De Inmunización (PAI) se creó el 1 de noviembre de 1978. Sin embargo, anterior a esta fecha ya se realizaban actividades de vacunación por demanda espontánea, o a través de visitas domiciliarias donde principalmente se vacunaban en áreas urbanas, semi-urbanas y algunas áreas rurales.

Según el manual de normas y procedimientos del PAI (MINSA, Panamá, 2012 pág. 9), en Panamá la introducción y aplicación de las diferentes vacunas se inicia de la siguiente manera:

BCG en 1953, Polio Salk en 1956, DPT en 1958, Polio Oral 1963, antisarampión 1972, fiebre amarilla 1974, antirrubéola 1984, MMR o SPR 1992, MR 1996, pentavalente 2001, hepatitis B en recién nacidos 2002, tetravalente 2003, influenza 2005, rotavirus 2006, hepatitis A 2007, Papiloma Virus (VPH) y neumococo polisacárido en el 2008, neumococo conjugado 2009, influenza A H1N1 pandémica 2010, inmunoglobulina tetánica 2010.

Panamá fue uno de los primeros en la región de América en lograr erradicar el sarampión en 1995; desde 1999 no tenemos síndrome de rubéola congénita, ni rubéola desde 2002; además ha logrado controlar la meningitis por *Haemophilus influenzae* y el tétanos neonatal desde 2004.

El programa administra diferentes vacunas entre estas (Hepatitis B, BCG, Polio Oral, hexavalente, Rotavirus, Neumococo Conjugado, Influenza, Hepatitis A, MMR (rubéola, sarampión, papera), Tetravalente, DPT (difteria, tos ferina y tétano), VPH, neumococo Polisacárida, MR (rubéola y sarampión).

El PAI en Panamá tiene como norte cumplir con lo siguiente según lo indica el manual de normas y procedimientos del 2012. Pág. 12-13.

Visión:

Lograr un país libre de enfermedades Inmunoprevenibles, ofreciendo a todos los niños y niñas, hombres y mujeres de Panamá, igual acceso a los servicios de vacunación.

Misión:

Programa del Ministerio de Salud, cuyo compromiso primordial es el de garantizar la disminución y eliminación de las Enfermedades Inmunoprevenibles en la población panameña, mediante la dotación oportuna de todos los Inmuno biológicos e insumos de la cadena de frío, a todas las instalaciones de salud, tanto del sector público, como privado con equidad y competencia.

Objetivos del programa

Inmunizar más del 95% de los menores de 15 años, mujeres en edad fértil y a otros grupos de población en riesgo, con el objeto de prevenir la morbi-mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas en todo el país.

Objetivo estratégico

Concertar esfuerzos de coordinación entre el sector público, privado y la comunidad organizada, para el logro de apoyo a todas las actividades del PAI.

Metas

1. Mantener en cero las tasas de morbilidad y mortalidad por poliomielitis, a través de la vigilancia activa de las parálisis flácidas agudas (búsqueda de 1 caso por cada 100,000 menores de 15 años).
2. Mantener la eliminación del sarampión, a través de las coberturas de vacunación mayores del 95%, en todos los corregimientos del país y la vigilancia activa de todos los casos sospechosos que reúnan los criterios diagnósticos.
3. Mantener la tasa de mortalidad por tétano neonatal en cero, mediante la vacunación activa a todas las MEF.
4. Mantener en cero la morbilidad por rubéola y el síndrome de Rubéola Congénita a corto plazo.
5. Lograr la incorporación de nuevas vacunas al esquema nacional de Inmunización.
6. Lograr coberturas mayores al 95%, con Pentavalente (DPT, Haemophilus Influenzae tipo B y Hepatitis B), Polio, BCG, Influenza, Rotavirus y Neumococo en los niños menores de 1 año en todos los corregimientos del país.
7. Lograr coberturas mayores al 95%, con Td Adulto en las embarazadas, Td Adulto y MR en las MEF y otros grupos de población en riesgo en todos los corregimientos del país.
8. Mantener abastecimiento oportuno y permanente de biológicos y suministros para todas las Instalaciones de Salud del país.

9. Garantizar el adecuado mantenimiento de la Cadena de Frío, en todas las Regiones de Salud del País.

10. Garantizar el asesoramiento técnico en Cadena de Frío del Nivel Nacional a todas las Regiones de Salud del país y a los médicos en el sector privado.

Según el Esquema Nacional De Vacunación 2017 de Panamá, revisado el 16 de noviembre de 2016. Se aplican vacunas a los diferentes grupos de edad:

- ✓ Niños menores de un año
- ✓ Niños(as) de 12 meses a 4 años
- ✓ Niños de 5 años a adolescentes de 19 años
- ✓ Mujeres en edad fértil (embarazadas y puérperas)
- ✓ Población adulta de 60 años y más
- ✓ Población en general
- ✓ Esquema de inmunización para niños de 4 meses a 5 años edad (niños atrasados)
- ✓ Esquema de vacunación para grupos de riesgos (CO - MORBILIDAD)

ANÁLISIS

El presente trabajo se realizó siguiendo la línea de investigación salud, ocupacional y prevención, el área en el cual nos enfocamos fue las estadísticas y el eje temático sistema de registros médicos. Tema educación continua para el personal de salud que labora en el Programa Ampliado De Inmunización (PAI).

Los elementos que interactúan son personas, datos, actividades o técnicas de trabajo que interactúan para procesar los datos desde la recolección manual en la hoja de registros diarios, que luego es digitada por personal de registros y estadísticas de salud en el programa ampliado de inmunización (PAI), todo esto da paso a una información más elaborada que se distribuye desde las unidades ejecutoras a las regionales de salud y luego es entregada a nivel nacional.

Los profesionales de salud que laboran en el programa ampliado de inmunización deben trabajar coordinadamente para lograr recopilar, procesar, transmitir información oportuna que permita realizar las evaluaciones que permitan corregir cualquier anomalía que ayude a lograr las metas y objetivos establecidos; este trabajo está enmarcado en el buen desempeño en el registros y captación de los datos del programa ampliado de inmunización.

La educación continua es vital para tener un sistema de información completo y con el mínimo de errores en su digitación y esto es posible mediante la comunicación y docencia sobre modificaciones que se hagan en el esquema de vacuna. La información es registrada mediante el sistema de registro nominal que permite conocer las dosis colocadas a cada persona.

Los registros de los datos del programa ampliado de inmunización se trabajan en conjunto con el personal de enfermería, registros y estadísticas de salud; se recibe el apoyo de personal de informática cuando se requiere instalar los ordenadores necesarios para trabajar los datos en el del programa ampliado de inmunización donde se captan los datos, el WinRAR que es para comprimir datos y el Microsoft Visual FoxPro permite la visualización de las tablas.

DOCENCIA DIRIGIDA A PERSONAL DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD 2017.

Objetivo: indicar al personal de registros y estadísticas de salud sobre la importancia de la captación de los datos del programa ampliado de inmunización.

Taller 1:

1. Cómo captar las dosis de vacuna y cómo llevar un control de los registros por tipo de vacunación y número de orden. Y así evitar duplicidad de registros.
2. Recalcar la importancia de los datos completos en la hoja de registros diarios; esto permitirá hacer un buen registro de los datos del paciente, desde el lugar donde vive, la fecha de nacimiento que es de vital importancia, ya que el software activa las dosis que corresponde a la edad del paciente. Lo que servirá para localizar a los pacientes
3. Indicar las modificaciones que se han hecho en el software, como las dosis de Tdap en embarazada, SPR o MMR (rubéola, sarampión, papera) refuerzo de 1 a 3 años, influenza en embarazadas, dosis de neumococo y VPH (virus de papiloma), rotavirus en niños de 9 a 11 meses.
4. Cómo procesar registros diarios de vacuna
5. Verificar que las dosis estén grabadas correctamente.
6. Extraer los registros mensuales
7. Formato que debe utilizarse para enviar informe por correo.
8. Indicar las vacunas que no deben ir repetida.

Describir la importancia del cumplimiento de las funciones del personal de salud del programa ampliado de inmunización en las unidades ejecutoras.

Taller 2: Concienciar al personal de salud sobre la importancia del programa ampliado de inmunización y como la información captada es de vital importancia para la toma de decisiones y lograr ofrecer un servicio de calidad con equidad a toda la población.

Es importante que se trabaje en coordinación el personal de registros y estadísticas de salud y enfermería de la unidad ejecutora.

1. Verificar que la hoja de registros diarios tenga los datos completos, legibles al momento de la entrega.
2. La información debe ser entregada diariamente para pueda ser captada en el sistema del programa ampliado de inmunización.
3. Al final del mes, se debe verificar en conjunto que la cantidad de dosis captadas son las que se han aplicado durante el mes para que luego pueda ser enviada a la regional de salud que corresponde.

Estableciendo los controles para llevar un eficiente registro de las actividades de vacunación, se pueden obtener datos de alta calidad lo que permitirá evaluar la eficiencia de los programas de vacunación. Como lo indica el Manual De Normas y Procedimientos (MINSA Panamá 2012, pág. 187) “la calidad de los datos es importante para vigilar el funcionamiento de un sistema de salud”.

Tener un sistema de información de vacunas eficiente permite hacer las evaluaciones oportunas que lleve a corregir anomalías y así lograr cumplir con las metas trazadas.

Los beneficios que nos brinda el sistema de información según asesora regional de inmunización, la Dra. Danovaro Carolina, son los siguientes.

Planificación:

- Necesidades de vacuna e insumos,
- Financiera
- Adquisición de vacunas e insumos
- Distribución de vacunas

Monitoreo:

- Usando datos e indicadores estandarizados
- Con estadísticas completas y oportunas

Toma de decisiones

- Niveles locales – saber qué y cuánto solicitar
- Niveles de gestión – Toman decisiones mejor informadas

Manejo más efectivo y eficiente de los recursos

- Se previene el desabastecimiento y la sobrecarga
- Se reduce y previene el desperdicio

Reducción en las disparidades en salud

- Mejorando el acceso a las vacunas
- Con la oferta respondiendo a las necesidades

La educación continua en el personal de salud es imprescindible para lograr que el personal de salud sea competente en cada una de las funciones que desempeña dentro del programa ampliado de inmunización.

El programa ampliado de inmunización se desarrolla en un entorno cambiante, se enfrenta a grandes desafíos debido a la introducción de nuevas vacunas, los cambios en los patrones demográficos, las complejas redes de proveedores de salud y la necesidad de mantener los logros alcanzados con los anteriores esfuerzos de vacunación.

Se debe capacitar al personal de salud para que pueda tomar las mejores decisiones que asegure una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles y lograr las metas y objetivos trazados.

También se hace necesario tener los datos de la población objeto y por tal razón se debe establecer estrecha relación con las instituciones que proveen de datos de estadísticas vitales, demografía y migración para contar con denominadores exacto a la hora de sacar las coberturas.

La educación continua ayuda al personal de salud que labora en el programa ampliado de inmunización a:

- Tomar mejores decisiones operativas (día a día).
- Dar importancia a la labor que desempeña es vital para lograr tener datos disponibles cuando se necesiten.

Los datos suministrados deben ser exactos, completos y oportunos. Y así lograr la meta que es: todos los países deben contar con datos de alta calidad sobre coberturas de inmunización para el año 2020.

CONCLUSIONES

El personal de salud que labora en el programa ampliado de inmunización debe ser capacitado continuamente, ya que este se desempeña en un entorno cambiante, donde debe cumplir con las metas establecidas como el mantener una cobertura adecuada y disminuir inequidades.

Se debe hacer planificaciones anuales, que permitan desarrollar nuevas prácticas que aseguren mejor desempeño de los colaboradores de la salud que los lleve al cumplir de los objetivos que el programa ampliado de inmunización requiera alcanzar.

En la busca de soluciones a los nudos críticos se debe tomar en cuenta las opiniones del personal que se enfrenta a diario a cumplir con su tarea con los recursos disponibles.

La capacitación, adiestramiento y control de las tareas asignadas, contribuye al mejoramiento de los procedimientos y posibilita el cumplimiento de los objetivos trazados en el programa ampliado de inmunización

RECOMENDACIONES

Se debe tener a disposición del personal de salud el Manual De Normas Y Procedimientos Del Programa Ampliado De Inmunización, con el esquema de vacuna actualizado.

Tener disponibles boletines sobre cambios en las modificaciones de dicho sistema que permita al personal utilizar eficientemente el recurso disponible y así lograr una buena cobertura.

Se debe concienciar a todo el personal sobre la importancia del programa ampliado de inmunización, y que cada una de sus funciones son importantes para lograr las metas trazadas.

BIBLIOGRAFÍA

Caisé Lara, Enrique. Manual de vacunación: para médicos, enfermeras y técnicos de la salud. La Habana, Cuba: Editorial Universitaria, 2012. Propuesto Ebrary. Web. 9 August 2017.

Mayo, Miguel Antonio. Ministro de Salud. Salud preventiva. Las Vacunas salvan vida. 24 de abril de 2017.

Manual de normas y procedimientos 2012. Programa Ampliado de Inmunización - Ministerio de Salud - Panamá.

Esquema Nacional de Vacunación 2017. Ministerio de Salud Panamá. Comisión nacional asesora de prácticas de inmunización. Revisado 16 de noviembre 2016.

Alfonso Mejía. Educación Continua. Educación médica y salud, Vol. 20, No. 1 (1986).

Bernal González, Pedro José; Navarro Alonso, José Antonio. Agosto. 2006. España. Registros vacunales. 10/9/2017. Recuperado de <http://www.vacunas.org/registros-vacunales/>

Taller sobre planificación, administración y evaluación. Modulo V, vigilancia epidemiológica y evaluación de acción del PAI. OPS/OMS. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3306/Taller%20sobre%20planificacion,%20administracion%20y%20evaluacion%20modulo%20V%20vigilancia%20epidemiologica%20y%20evaluacion%20de%20acciones%20del%20pai.pdf?sequence=1>

Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo V. Programación de las actividades de inmunización. 2006. OPS/OMS.

Curso de Gerencia para el Manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo VI. Supervisión, monitoreo y evaluación.2006. OPS/OMS.

PLISA. Plataforma de información en salud de las Américas. Indicadores básicos. Cobertura de inmunización.
<http://www.paho.org/data/index.php/es/temas/inmunizaciones.html>

Conferencia inaugural. Asociación internacional de gerentes de inmunización. Estambul Turquía. Marzo 2015.

Importancia de los sistemas de información para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Dra. M. Carolina Danovaro, Asesora Regional de Inmunización. Chile diciembre 2014.

ANEXOS

IMAGEN DEL SISTEMA DE CAPTACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD

Programa Ampliado de Inmunización

Instalación: Fecha: 12/09/2017

☐ IM ☐ Gira ☐ Visitas ☐ P.E. ☐ Jor. ☐ Perif. ☐ Emp. ☐ Granjas ☐ VFS ☐ Ferias de Salud ☐ Caravanas ☐ OP N° 1

Distrito: 0 8 0 8 Correg.: 1 4 Comunidad: Zona: 1

ID (Cédula): Nombre del Paciente:

Fecha/Nac.			TIPO DE PACIENTE		Sexo		Edad del Paciente	
Años	Meses	Días	1.Aseg. 2.No Aseg	1.Emb. 2.Pue	1.Masc. 2.Fem.	EDAD (1.Días, 2.Meses 3.Años)		
12/09/1985	32	0 0	1	0	2	32	3	

VACUNAS

M	BCG	Hepatitis A	Hepatitis B	Antipolio (Oral)	HEXA.	Tdap	Penta Valente	SPR o MMR	Tetra Valente	DPT	DT Infantil	Td Adulto	MR Sar/Rub.
0													

VACUNAS

Varicela	Antipolio IVP IM	VPV	Neumo coco	Meningo coco	Fiebre Amarilla	Influenza	Antirrabica Humana	Vitamina A	Rota Virus	AH1N1	Prueba PPD	Esquema Compl.
											PPD	EC

Otras Vacunas

1. TDAP_EMB	Dosis:	R	2. NEUMO_P	Dosis:	1
3. MMR_18M	Dosis:	R	Proxima Cita:		☐ Cita Cumplida

En este programa es donde el personal de registros y estadísticas de salud ingresa los datos de vacunas aplicadas por personal de enfermería.

EJEMPLO DE VACUNAS QUE NO DEBEN REPETIRSE

VACUNAS QUE NO DEBEN REPETIRSE		
Antipolio Oral(A9) 	Antipolio Inyectable (A20)  IPV= vacuna de polio inactiva IM= intramuscular	
Neumococo conjugado o 13 valente (A22) 	Neumococo Polisacárido o 23 Valente (A29) 	
Pentavalente (A10) 	Hexavalente (A35) 	
Anti-polio (A9 ó A20)	Hexavalente (A35)	
TDAP en Embarazada (A28) 	TDAP (A37) 	
AH1N1 (A 38) 	Influenza (A25) 	
MMR (A12) Sarampión, rubéola y parotiditis “papera” 	MMR -18 Meses (A30) Refuerzo de 1 a 3 años 	MR (A17)  Sarampión y rubéola

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DIARIO DE VACUNACION
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

VACUNACIÓN 1. Institución 2. Giras 3. Visitas Hogar-Otros 4. Programa Escolar 5. Jornada 6. Penfocal	7. Empresarial 8. Granjas 9. VFO 10. Ferias de Salud 11. Caravanas 12. OPI
---	--

En este formato el personal de enfermería registra las dosis aplicadas a cada paciente.

HOJA DE REGISTRO DIARIOS DE VACUNA CON CÓDIGO UTILIZADOS EN EL SISTEMA

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DIARIO DE VACUNACION
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

VACUNACION:
1. Institucion
2. Crea
3. Vaccine Hogan-Citro
4. Programa Escolar
5. Jornada
6. Pentecost
7. Empleado
8. Grupos
9. VPS
10. Pases de Salud
11. Campesinos
12. OI*

INSTALACIÓN : FUNCIONARIO: DIA: MES: AÑO:

N°	PROCEDECIA				Z O A	NOMBRE DEL PACIENTE			M	Tipo de Paciente Aten: 2. No Atend.	1. Cui. 2. Perip.	3. Vac. 1. Hues. 2. Tre.	EDAD		BCG	Hepatitis A	Hepatitis B	Anti Polio	Hexavalente	Tdap	Penta Valente	SPR o MMR	Tetra Valente	DPT	DT Infantil	Td Adulto	MR Saram/Rubola	Varicela	Anti Polio IVP IM	VPH	Neumococo	Meningo coco	Fiebre Amarilla	Influenza	Anti-Rabica H.	Materna A	Rota Virus	AH1N1	Tdap-Emb.	NEU POLEVCARDO	MMR EN 10 MESES	PPD	
	Prov.	Dist.	Correg.	Comunidad		(Solo para RN) No. Provisional	ID del Paciente	Fecha de Nac.					1-Dias 2-Mezes 3-Años																														
1						A1	A1	F_NAC	M80	A2	A5	A6	A4	A3	A7	A31	A8	A3	A35	A37	A10	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A34	A38	A28	A29	A30	A32	
2																																											
3																																											
4																																											

Página 1

RD_VACUNAS_16-11-2016 (DICC) RD_VACUNAS_16-11-2016

Vacunación
Un gesto de amor



Esquema Nacional de Vacunación 2017

RECIÉN NACIDO



Si tiene más de 12 horas, no aplicarla e iniciar el esquema a los 2 meses.

Hepatitis B
1 dosis
BCG
1 dosis
(puede aplicarse hasta los 15 años de edad)

2 MESES 4 MESES 6 MESES



Neumococo Conjugada 13 Valente
2 dosis (4 a 8 semanas entre dosis)

Hexavalente (DPT-HIB-HPB-IPV)
3 dosis (8 semanas entre dosis)
Se puede aplicar hasta los 24 meses

2 a 11 meses
Rotavirus
2 dosis (4-8 semanas)

6 a 11 meses
Influenza
2 dosis (4 semanas)

12 MESES



Triple Viral (MMR o SPR)
1 dosis

Hepatitis A
1 dosis (se puede aplicar hasta los 5 años)

Neumococo Conjugada 13 Valente
refuerzo

12 a 15 meses

Fiebre Amarilla
1 dosis
(Disponible en las regiones de salud KUNA YALA, Darién y Pma Este)
Varicela
1 dosis

18 MESES



Polio Oral
1.er refuerzo

Triple Viral, (MMR O SPR)
Refuerzo

Hepatitis A
1.er refuerzo

Tetravalente (DPT - HIB)
1.er refuerzo

4 AÑOS



Polio Oral
2do refuerzo

DPT
2do refuerzo

6 AÑOS



Polio Oral*
Refuerzo
TDAP
Refuerzo

***Para quienes no recibieron segundo refuerzo antipolio y DPT.**
MMR
si no recibieron 2 dosis

10 AÑOS



VPH
(10 años)
Niñas y Niños
2 dosis 0 - 6 meses
TDAP
(10 años) 1 dosis

15 A 19 AÑOS



Hepatitis B
(15-19 años)
2 dosis (si nunca fue vacunado) y refuerzo

MMR
Refuerzo 2 dosis (si nunca fue vacunado)

Neumococo Conjugada 13 Valente
Población con factores de riesgo

EMBARAZADA Y PUERPERIO



Embarazadas:
TDAP
refuerzo 3er. trimestre

INFLUENZA
(1 dosis)

Puerperas:
MR
(1 dosis)
TDAP
(refuerzo) si no fue vacunada

ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS



Influenza
1 dosis cada año

Neumococo Conjugado trecevalente
(1 dosis)

Neumococo Polisacárido
(1 dosis)

TDAP
(1 dosis)

TD
2 dosis y un refuerzo

FUNCIONARIOS DE SALUD



Hepatitis A(1 dosis)
Hepatitis B
(2 dosis y refuerzo)
Influenza(1 dosis anual)
TDAP(1 dosis)
MR(1 dosis)
TD(2 dosis)
Neumococo Conjugada 13 Valente
1 dosis

PACIENTES DE ALTO RIESGO



Hepatitis B(2 dosis y 1 refuerzo)
TD Adulto(2 dosis y 1 refuerzo)
Influenza(1 dosis)
Hepatitis A(1 dosis)
Neumococo Conjugado(1 dosis)
Neumococo Polisacárido(1 dosis)

15º ANIVERSARIO DE LA SEMANA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS 2017
del 22-29 de abril




Esquema de Inmunización para Niños de 4 meses a 5 años de edad (niños atrasados) 2017

Tipo de Vacuna	Edad Mínima (1era dosis)	Período o Intervalos de la Aplicación entre cada Dosis			
		Primera a Segunda Dosis	Segunda a Tercera Dosis	Tercera Dosis a 1 refuerzo	Primer refuerzo a 2do refuerzo
Hepatitis B	Si a los 18 meses no ha recibido ninguna dosis	4 semanas	6 meses después de aplicada la segunda		
B.C.G.	(al nacer) aplicar al primer contacto desde el nacimiento hasta los 15 años de edad		Ninguno		
VARICELA	3 AÑOS	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	4 a 5 Años
Hexavalente	2 meses	4 semanas: si la primera dosis se administró antes de los doce meses 8 semanas: si la primera dosis se administró entre los 12 y 14 meses de edad 4 Semanas: si la primera dosis se administró entre 14 a 16 meses de edad	4 semanas: si la edad actual es menos de 12 meses. 8 semanas (como dosis final): ² si la edad actual es de 12 meses en adelante y la segunda dosis se administró antes de los 15 meses. 4 semanas: si la primera 2da dosis se administró a los 14 o 15 meses.		
Neumococo Conjugado	6 meses 7 meses 8 meses	6 meses 7 meses 8 meses	8 meses 9 meses 10 meses		12 meses 12 meses 12 meses
Neumococo Conjugado	9 meses 10 meses 11 meses	9 meses 10 meses 11 meses	11 meses 12 meses 13 meses		15 meses 15 meses 15 meses
Tetralente	18 meses			8 semanas (Como dosis final): niños entre 18 meses y 5 años que hayan recibido tres dosis de pentavalente antes de los 15 meses	
Hepatitis A		12 meses a 5 años	Dosis de refuerzo entre los 6 meses y 5 años		
D.P.T	18 meses	4 semanas después de la primera Hexavalente, Tetralente o D.P.T	4 semanas	12 meses después de la tercera dosis	3 a 4 años después del primer refuerzo con Tdap
MMR	12 meses	19 -48 meses después de la primera dosis			

Si el bebé tiene menos de 12 meses de edad y las primeras dosis fueron de tetralente, la tercera (y última) dosis debe administrarse entre los 12 y 15 meses de edad y por lo menos 8 semanas después de la segunda dosis y aplicar la Hepatitis B separadas según normas. Cuando se apliquen vacunas simultánea en un mismo sitio de inyección se deberá mantener una distancia de 2.5 cm.



2017



Mujeres en Edad Fértil (Embarazadas y Puérperas)

Tipo de vacuna	Población a Vacunar	N° de dosis	Intervalo Entre Cada Dosis	Dosis, Vía y Lugar de Aplicación
TD Adulto (1)	Mujeres en edad fértil incluyendo a las gestantes en cualquier etapa del embarazo	2 dosis y un refuerzo al año de la última dosis.	4 Semanas entre la Primera y Segunda y un refuerzo un año después de aplicada la segunda. Luego cada 10 años	0.5cc Vía Intramuscular en deltoides
M.R (2)	M.E.F. y Puérperas en el Puerperio Inmediato.	Si nunca ha sido vacunado	Ninguno	0.5cc Vía Subcutánea, en el Área del Deltoides.
Influenza	Embarazadas independiente de su periodo de gestación.	1 dosis	Anualmente	0.5cc Vía Intramuscular en el deltoides.
Tdap (3)	A todas las Embarazadas en cada embarazo a partir del 3er Trimestre en el Control Pre Natal. En el Puerperio Inmediato a las Puérpera que no se han vacunado en el Embarazo.	Refuerzo	Ninguno	0.5cc Vía Intramuscular en el deltoides.

1 Si la mujer embarazada tiene dos dosis y un refuerzo de TD colocar una Tdap a partir del tercer trimestre independientemente como refuerzo

2 Si nunca a sido vacunada contra el Sarampión y la Rubéola. A cada MEF se le recomienda tener dos dosis con anti rubéola previa revisión de historia vacunal.

3 La Tdap se aplicará como una dosis en cada embarazo y reemplazará cualquiera de las dosis de Td Adulto. La pareja y cuidadores se vacunaran durante el control Prenatal o Puerperio, una vez cada 5 años.



Población en General



2017



Tipo de vacuna	Población a Vacunar	N° de dosis	Intervalo Entre Cada Dosis	Dosis, Vía y Lugar de Aplicación
Hepatitis B	Funcionarios y Estudiantes de Ciencias de la Salud, Privados de Libertad, Trabajadoras Comerciales del Sexo, Contactos de casos sospechosos, Manipuladores de Alimentos y Desechos peligrosos (Aguas servidas, Desechos biológicos y Desechos Hospitalarios) Hombre que tienen sexo con hombres, Víctimas de abuso sexual o violaciones.	2 dosis y 1 refuerzo	4 semana entra la primera y la segunda y un refuerzo 6 meses después de aplicada la segunda	1cc Vía Intramuscular, en el Músculo Deltoides.
TD Adulto (1)	Población General, Privados de Libertad, Trabajadoras del Sexo Comercial y Manipuladores de Alimentos y Desechos peligrosos (Aguas servidas, Desechos biológicos y Desechos Hospitalarios) Funcionarios y Estudiantes de Ciencias de la Salud	2 dosis y 1 refuerzo al año de la última dosis	4 Semanas entre la Primera y Segunda y un refuerzo un año después de aplicada la segunda. Luego cada 10 años.	0.5cc Vía Intramuscular en deltoides
M.R	Población General, Privados de Libertad, Manipuladores de Alimentos Trabajadoras del sexo Comercial, Funcionarios y Estudiantes de Ciencias de la Salud, Otros grupos específicos priorizados.	1 dosis si nunca ha sido vacunado	Ninguno	0.5cc Vía Subcutánea, en el Área del Deltoides.
Influenza	Funcionarios y estudiantes de Ciencias de la Salud, Población Indígenas cautivos en áreas Comarcales y grupos esenciales. Adultos de 50 años en adelante.	1 dosis	Anualmente	0.5cc Vía Intramuscular en el deltoides.
Hepatitis A	Funcionarios y estudiantes de Ciencias de la Salud, Manipuladores de Alimentos, en el Perifoco a todos los contactos de los casos sospechosos de Hepatitis A; en edades de 18 a 64 años. Trabajadoras del sexo comercial.	1 dosis	Ninguno	0.5cc Vía Intramuscular en el Deltoides
Neumococo Conjugado	Funcionarios y Estudiantes de Ciencias de la Salud.	1 dosis	Dosis única	0.5cc Vía Intramuscular en el Deltoides
Tdap	Funcionarios y Estudiantes de Ciencias de la Salud, Cuidadores de los Recién Nacidos, Pareja de Embarazada y Puérperas, Manipuladores de Alimentos. En el Perifoco a los contactos de casos sospechosos de Tosferina y Síndrome Coqueluchoide. En edades de 4 a 64 años.	Refuerzo	Ninguno	0.5cc Vía Intramuscular en el deltoides.
Varicela (2)	Funcionarios y Estudiantes de Ciencias de la Salud, Contactos susceptibles de casos de Varicela en situación de brote.	2 dosis	4 a 8 semanas	0.5cc Vía Subcutánea en el deltoides

1 Recordar que si nunca fue vacunado, aplicar dos dosis a intervalos de cuatro semanas entre cada una y una dosis de refuerzo un año después de aplicada la última dosis, esto brindara una protección mínima de 10 años. Reemplazar cualquiera de las dosis de TD por una Tdap en aquellos grupos que este indicado la vacuna. En los cuartos de urgencia debe haber permanentemente inmunoglobulina para cuando se requiera (partos en casa fortuitos, heridas expuestas, etc.)

2 Si transcurre más de ocho semanas de aplicada la primera dosis no se reiniciará esquema. **En caso de brotes el intervalo es de 12 semanas.**

COMISION NACIONAL ASESORA DE PRÁCTICAS DE INMUNIZACIONES

REVISADO 16 NOVIEMBRE 2016



NIÑOS DE 5 AÑOS A ADOLESCENTES DE 19 AÑOS



2017



Tipo de vacuna	Edad a Vacunar	N° de dosis	Intervalo Entre Cada Dosis	Dosis, Vía y Lugar de Aplicación
Polio Oral (1)	5 años Kinder	Refuerzo	Ninguno	De 2 a 3 gotas Vía Oral (según la casa comercial)
Polio Inactivado (2)	5 años Kinder	Refuerzo	Ninguno	0.5cc Intramuscular área en el musculo Deltoides
Hepatitis B (3)	15 - 19 años	2 dosis y un refuerzo	4 semana entre la primera y la segunda y un refuerzo 6 meses después de aplicada la segunda.	0.5cc Vía Intramuscular, en el musculo deltoides
M.M.R (4)	Escolar y adolescentes de 15 a 19 años si nunca han sido vacunados.	Refuerzo	Ninguno	0.5cc Vía subcutánea en el área del Deltoides
Neumococo Conjugado (5)	5-19 con condición de riesgo.	1 dosis	Ninguno	0.5cc Vía intramuscular en el Área de Deltoides.
Neumococo Polisacárido (6)	7 años	Refuerzo	5 años después de la primera dosis	0.5cc Vía intramuscular en el Área de Deltoides.
INFLUENZA (7)	5-19 años con Condición de riesgo	1 dosis	Ninguno	0.5cc vía intramuscular en el Área del Deltoides.
Tdap (8)	10 años	Refuerzo	Ninguno	0.5cc Vía intramuscular, en el músculo deltoides
Papiloma Virus (9)	10 años (10 años 11 meses 29 días)	2 dosis	6 meses después de la primera	0.5cc Vía intramuscular en el musculo deltoides

1 Polio Oral, este refuerzo le será administrado en caso de que no recibió su segundo refuerzo.

2 Solo se aplicará a Inmunosuprimidos.

3 Solo se aplicará a los adolescentes que no comprueben haber sido vacunados con Pentavalente o Hepatitis B. (Prevía revisión de tarjeta)

4 Si nunca ha sido vacunado aplicar dos dosis con intervalo de treinta días. Si tiene una dosis completar con el refuerzo.

5 Para niños con alto riesgo de Enfermedad Neumocócica Anemia Falciforme, VIH, Inmunocomprometidos, Infecciones virales del tracto respiratorio, enfermedad cardiovascular, pulmonar, hepática, renales crónicas, Asplenia anatómica o funcional, Fistula del Líquido Cefalorraquídeo e Implantes Cocleares.

6 Para niños con alto riesgo de Enfermedad Neumocócica Anemia Falciforme, VIH, Inmunocomprometidos, Infecciones virales del tracto respiratorio, enfermedad cardiovascular, pulmonar, hepática, renales crónicas, Asplenia anatómica o funcional, Fistula del Líquido Cefalorraquídeo e Implantes Cocleares. (Si nunca fue vacunado)

7 Los niños < 9 años si nunca han recibido la vacuna aplicar 2 dosis con intervalo de 4 semanas.

8 Si el niño no completó el esquema con Pentavalente o DPT y está en edad escolar (6años), aplicar la vacuna (Tdap).

9 Respetar el intervalo mínimo de 6 meses


NIÑOS (AS) DE 12 MESES A 4 AÑOS


2017



Tipo de Vacuna	Edad a Vacunar	N° de dosis	Intervalo entre cada dosis	Dosis, Vía y lugar de aplicación
Neumococo Conjugado	12 meses	1 refuerzo	6 a 9 meses después de la segunda dosis	0.5cc Vía Intramuscular, en el muslo (cara antero lateral)
Triple Viral M.M.R. o SPR (1)	12 meses	1 dosis	De 6 a 8 meses después de la primera dosis	0.5cc Vía Subcutánea, en el Área de Deltoides.
	18 meses	1 refuerzo		
Hepatitis A (2)	12 meses	1 dosis	6 a 12 meses de la primera dosis.	0.5cc Vía Intramuscular en el muslo (cara antero lateral)
	18 meses	1 refuerzo		
Varicela (1) (3)	15 meses	1 dosis	Ninguno	0.5cc Vía Subcutánea en el área del Deltoides
Fiebre Amarilla (4)	15 meses	1 dosis	Ninguno	0.5cc Vía Subcutánea área del Deltoides
Neumococo Polisacárido (5)	24 meses	1 dosis	Ninguno	0.5cc Vía Intramuscular en la cara antero lateral del muslo
Polio Oral Bi Valente	18 meses	1er refuerzo	12 meses después de la tercera dosis de Polio	De 2 a 3 gotas (según la Casa Comercial) Vía Oral
	4 años	2do refuerzo	De 2 ½ a 3 años, después del primer refuerzo	
Polio Inactivado (6)	18 meses	1er refuerzo	12 meses después de la tercera dosis de Polio	0.5cc Vía Intramuscular, en el muslo(cara antero lateral)
	4 años	2 do refuerzo	De 2 ½ a 3 años, después del primer refuerzo	
Tetraivalente (DPT-Hib)	18 meses	1er refuerzo	Hasta 47 meses como primer refuerzo, si el niño no llega oportunamente	0.5cc Vía Intramuscular en el muslo (cara antero lateral)
DPT	4 años	2do refuerzo	De 2 ½ a 3 años, después del primer refuerzo con Tetraivalente.	0.5cc Vía Intramuscular en el muslo (cara antero lateral)
	12 a 59 meses	1 dosis		0.25cc Vía Intramuscular, área antero lateral del muslo/o deltoides

1. Al aplicar las vacunas MMHR o la Varicela a pacientes VIH, siempre y cuando el valor del CD4 sea $\geq 0 = a 15\%$ en los menores de 1 año $0 = o > a 750$ células x microlitro de 1 a 5 años $0 = o > a 7500$ células x microlitro, 6 años y+ $0 = a 200$ células x microlitro.

2. Se puede aplicar hasta los 4 años 11 meses 29 días (después de los 2 años solo 1 dosis y se registrará como primera)

3. En caso de brote aplicar 2 dosis con el intervalo mínimo de 12 semanas (3 meses)

4. Sólo se aplicará en las Regiones de Darién, Kuna Yala Panamá Este y en Vacunación Internacional.

5. Para niños con alto riesgo de Enfermedad Neumocócica Anemia Falciforme, VIH, Inmunocomprometidos, Infecciones virales del tracto respiratorio, enfermedad cardiovascular, pulmonar, hepática, renales crónicas, Asplenia anatómica o funcional, Fístula del Líquido Cefalorraquídeo e Implantes Cocleares.

6. Solo se aplicará a Inmunosuprimidos.

7. Si ya fue previamente vacunado, sólo se colocará una dosis. Si se aplica 2 ó más vacunas aplicar Influenza en el deltoides. Si el niño es mayor de 3 años aplicar 0.5cc. en el primer año de vida no recibió la vacuna o recibió solo una dosis, aplicar dos dosis de la vacuna con intervalo de cuatro semanas.

COMISION NACIONAL ASESORA DE PRÁCTICAS DE INMUNIZACIONES REVISADO 16 NOVIEMBRE 2016



NIÑOS MENORES DE 1 AÑO



MINISTERIO DE SALUD Esquema Nacional de Vacunación 2017



Tipo de vacuna		EDAD A VACUNAR	Nº DE DOSIS	INTERVALO ENTRE CADA DOSIS	DOSIS, VÍA Y LUGAR DE APLICACIÓN
Hepatitis B	(1)	*Recién nacidos antes de las 12 horas	1	-	0.5cc intramuscular área del muslo (antero lateral)
B.C.G	(2)	Recién nacidos	1	-	0.05cc o 0.1cc según inserto del proveedor. vía intradérmica en la inserción del músculo deltoides izquierdo
Neumococo Conjugado		2-4 meses	2	4-8 semanas	0.5cc Vía Intramuscular en el área antero lateral del muslo.
Hexavalente (DPT+Hib+Hep.B+Polio Inactivado)	(3)	2-4-6 meses	3	4-8 semanas	0.5cc intramuscular área del muslo (antero lateral)
Influenza	(4)	6-11 meses	2	4 semanas	0.25cc intramuscular, área antero lateral del muslo/ o deltoides.
Rotavirus	(5)	2-4 meses	2	4-8 semanas	1cc vía oral

1 En los casos de partos fortuitos o fuera de la institución, se podrá aplicar la vacuna hasta las 24 horas de vida.

2 Aplicarse a todos los R.N. independientemente de su peso.

3 Se puede aplicar hasta los 2 años / 11 meses, 29 días.

4 Asegurar que el menor de un año reciba las 2 dosis. Si se aplica Neumococo y Hexavalente, aplicar Influenza en el Deltoides.

5 Se puede aplicar a niños hasta los 11 meses y 29 días. Se puede aplicar a niños de madres VIH positivas o inmunosuprimidos, exceptuando los niños con inmunodeficiencia severa congénita.

COMISION NACIONAL ASESORA DE PRÁCTICAS DE INMUNIZACION REVISADO 16 DE NOVIEMBRE 2016



Esquema de Vacunación para Grupos de Riesgo (CO- MORBILIDAD)



Tipo de vacuna	Población a Vacunar	N° de dosis	Intervalo Entre Cada Dosis	Dosis, Vía y Lugar de Aplicación
Hepatitis B	Inmunosuprimidos, VIH, Trasplantados, oncohematológicos, Pacientes con patologías crónicas del Hígado, Riñón, Diabetes independientemente de la edad.	2 dosis y 1 refuerzo	4 semana entra la primera y la segunda y un refuerzo 6 meses después de aplicada la segunda	1cc Vía Intramuscular, en el Músculo Deltoides.
TD Adulto (1)	Inmunosuprimidos, VIH, Trasplantados, oncohematológicos,	2 dosis y 1 refuerzo al año de la última dosis	4 Semanas entre la Primera y Segunda y un refuerzo un año después de aplicada la segunda. Luego cada 10 años.	0.5cc Vía Intramuscular en deltoides
Influenza	Pacientes con patologías crónicas del aparato circulatorio, respiratorio, riñón, metabólicas, Asmáticos, Inmunosuprimidos, Obeso, Fumadores, oncohematológicos, esplenectomizados, transplantados, VIH, independientemente de la edad.	1 dosis	Anualmente	0.5cc Vía Intramuscular en el deltoides.
Hepatitis A	Contactos de los caso sospechoso de Hepatitis A, Inmunosuprimidos, VIH, oncohematológicos, personas con patología crónicas y alteraciones de la coagulación	1 dosis	Ninguno	0.5cc Vía Intramuscular en el Deltoides
Neumococo Conjugado (2)	Pacientes con las siguientes condiciones de Riesgo, independientemente de la edad: Diabéticos, Enfermedad Cardíaca Crónica (incluye Hipertensión Arterial), Enfermedad Pulmonar crónica (Asmáticos, EBPOC), Enfermedades Hepáticas Crónica Alcoholismo, Obesos, Fumadores. Pacientes con las siguientes condiciones de Alto riesgo independientemente de la edad: Inmunosuprimidos, (VIH, Inmunodeficiencia Congénitas o Adquiridas Insuficiencia Renal Crónica, Síndrome Nefrótico, Leucemias, Linfomas, Enfermedades de Hodgkin, Tumores, Tratamiento con Drogas Supresoras, Tratamientos con Corticoides por tiempos prolongados, Radioterapias, Trasplante de Órgano Sólidos, (Mielomas Múltiples), Asplenia de cualquier causa, Fístula LCR, Implantes Cocleares	1 dosis	Dosis única. Si ya recibió Neumococo Polisacárido: Un (1) año o más de intervalo entre las dos vacunas. Comenzando siempre primero con la conjugada Estos pacientes deberán recibir las 2 vacunas pero con 8 semanas de intervalos y comenzando siempre con la conjugada	0.5cc Vía Intramuscular en el Deltoides
Neumococo Polisacárido (2)	Pacientes con las siguientes condiciones de Riesgo, independientemente de la edad: Diabéticos, Enfermedad Cardíaca Crónica (incluye Hipertensión Arterial), Enfermedad Pulmonar crónica (Asmáticos, EPOC), Enfermedades Hepáticas Crónica Alcoholismo, Obesos, Fumadores. Pacientes con las siguientes condiciones de Alto riesgo independientemente de la edad: Inmunosuprimidos, (VIH, Inmunodeficiencia Congénitas o Adquiridas Insuficiencia Renal Crónica, Síndrome Nefrótico, Leucemias, Linfomas, Enfermedades de Hodgkin, Tumores, Tratamiento con Drogas Supresoras, Tratamientos con Corticoides por tiempos prolongados, Radioterapias, Trasplante Órgano Sólidos, (Mielomas Múltiples), Asplenia de cualquier causa, Fístula LCR, Implantes Cocleares	1 dosis	Una dosis única. Un (1) año o más de intervalo entre las dos vacunas. Comenzando siempre primero con la conjugada. Una dosis ocho semanas después de haber recibido Neumococo Conjugado con un refuerzo a los cinco años.	0.5cc Vía Intramuscular en área del Deltoides

1.- Recordar que si nunca fue vacunado, aplicar 2 dosis, a intervalo de 4 semanas entre cada una y 1 dosis de refuerzo un (1) año después de aplicada la última dosis, esto brindará una protección Minima de 10 años. Se Puede reemplazar cualquiera de las dosis por una TDAP.
En los cuartos de urgencia debe haber permanentemente Inmunoglobulina Antitetánica para cuando se requiera.

2. En caso de pacientes de alto riesgo, aplicar las 2 vacunas con intervalo de 8 semanas comenzando siempre con el Neumococo Conjugado, en caso de que haya recibido Neumococo Polisacárido, el intervalo debe ser un (1) año o más entre las dos vacunas.

Una dosis un año después de haber recibido Neumococo Conjugado COMISION NACIONAL ASESORA DE PRÁCTICAS DE INMUNIZACIONES. REVISADO 16 NOVIEMBRE 2016