

“XVI CONGRESO ALAPE”



El papel del pediatra en la vacunación adolescente/adulto

DR. FERNANDO MALMIERCA SANCHEZ
PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA.

SALAMANCA - ESPAÑA

Cartagena de Indias-15 noviembre 2012

Declaración de potenciales conflictos de intereses

EL PAPEL DEL PEDIATRA EN LA VACUNACIÓN ADOLESCENTE/ADULTO

Ha colaborado en trabajos de investigación patrocinados por Merck Sharp & Dohme de España S. A.; Abbot Laboratories; Ferring SA.

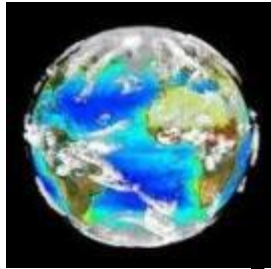
Ha realizado presentaciones en Mesas Redondas, Ponencias o similares, patrocinadas por Abbot Laboratories, GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur MSD, Wayeth España, Pfizer, Nestle España.

Ha asistido a Reuniones nacionales e internacionales patrocinadas por GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur MSD, Wayeth España, Nestle España. Ordesa.

CONSIDERACION PREVIA



Las prestaciones sanitarias tienen implicaciones Políticas, Sociales y Económicas, por lo que hay grandes diferencias según países



Por ello expondremos opciones generales, implementadas actualmente en España

Edad pediátrica: < 14 años



Prevención

Enfoque amplio:

BIOlógico, PSICOlógico, Social



Buenos hábitos en salud, DURADEROS

Prevención de infecciones inmunoprevenibles

→ 1) El Pediatra ante el adolescente



(Teoría)

Concepto de la especialidad de pediatría

Es la medicina integral del período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia

MINISTERIO
DE SANIDAD Y CONSUMO

17999

ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas.

Cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social

1) El Pediatra ante el adolescente



(Practica)

ES UN CONTINUUM

- Acciones realizadas desde el nacimiento**
- Adolescente suele verse beneficiado de ello**
- Incluida la percepción por parte del adolescente.**

1) El Pediatra ante el adolescente



Convención sobre los Derechos del Niño

(Legislación.)

-Firmado el 20 de noviembre de 1989

-Signada por España el 30 de noviembre de 1990

-El artículo 24 pide proporcionar al niño *“el más alto nivel posible de salud”,...“sobre todo en la Atención Primaria de Salud”*

1) El Pediatra ante el adolescente



Convención sobre los Derechos del Niño

(Legislación.)

-Límite temporal, lo hace en la edad de 18 años.

-El menor tiene derecho a asistencia sanitaria solo por el hecho de estar en España, hasta los 18 años

1) El Pediatra ante el adolescente

(Historia Antigua)

Las edades de la niñez en Roma

-Nascentia

-Neonatus

-Infantia (hasta 7 años)

-Pueritia (Hasta 12-14 años)

-Pubertas (14-17 años)



2) Realidad actual (noviembre 2012)



LA CRISIS



- Actuaciones que ponen en mayor dificultad la sistemática de trabajo que teníamos**
- Hace imposible intentar las mejoras que estábamos proponiendo.**
- Imposibilidad de sostener el estado de bienestar en las condiciones que teníamos,**

→ 3) PAPEL DEL PEDIATRA EN LA PREVENCIÓN



En el Adolescente e incluso el adulto

- **Prevención:** - implícita en su formación como especialista
- anterior al concepto de Atención Primaria
- Van siempre **más allá** del momento inmediato de su realización
- Mejora de **coberturas vacunales** desde la implantación de la Pediatría de Atención Primaria
- Objetivos en salud para el niño cuyos beneficios **llegan a la edad adulta.**

“pediatría geriátrica” (OCTUBRE 1992) Prf. Tojo





3) PAPEL DEL PEDIATRA EN LA PREVENCIÓN

En el Adolescente e incluso el adulto

Tratado de **pediatría** extrahospitalaria

2ª EDICIÓN ■

Capítulo 4

***Prevención de la patología del adulto desde la infancia.
Pediatría del adulto***

J. Maldonado Lozano



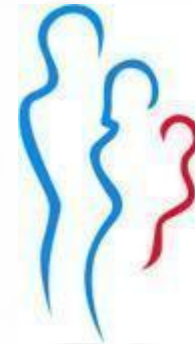
3) PAPEL DEL PEDIATRA EN LA PREVENCIÓN

En el Adolescente e incluso el adulto

CONVENIO AEP – SIP (2012)



“ Prevención de la enfermedad del adulto desde la infancia”



**Società Italiana di
Pediatria**

4) Programas de prevención en edad pediátrica



Examen de 9 -11 años

Como en etapas anteriores:

Control y evaluación peso, talla, evitar la obesidad / tensión arterial, desarrollo sexual, o temas orgánicos como agudeza visual o salud bucodental.

Atención a las inmunizaciones en esta época:

Correcciones de perdidas anteriores

Informando sobre Vacuna Hepatitis A

VPH, aunque la mayoría de las CCAA la administran posteriormente.

4) Programas de prevención en edad pediátrica



Examen de 13 - 14 - 16 años

Adquiere gran importancia y mejora la cobertura por :

- Se acaba la edad considerada pediátrica en España
- Los padres la están esperando
- Las familias consideran importante completar lo realizado con anterioridad
- Los calendarios oficiales sitúan la administración de determinadas vacunas
- El pediatra inculcan en padres y adolescentes que las inmunizaciones no se acaban con la edad pediátrica.

4) Programas de prevención en edad pediátrica



Examen de 13 - 14 - 16 años

Entrevista estructura y dirigida al preadolescente “FACTORES”:

Familia

Amistades

Colegio

Tóxicos

Objetivos

Riesgos

Estima

Sexualidad

OBJETIVOS

Modificar o reforzar positivamente

Vida de hábitos saludables

Para el adolescente – adulto

Hacerle auto-responsable

4) Programas de prevención en edad pediátrica



Examen de 13 - 14 - 16 años

Consejos:

- Alimentación,
- Ejercicio físico
- Prevención de accidentes
- Salud bucodental
- Especialmente al tabaquismo activo
- Otras drogas como alcohol y resto de drogas
- Salud sexual
- Fotoprotección
- Seguimiento de inmunizaciones

5) Características de la Atención Primaria



- Población diana: (en España) el PAP atiende de 0-14 años
- Accesibilidad / Disponibilidad / Atención Integral
- El Equipo pediátrico actúa como:
 - Figura de apego para el niño y la familia
- El acto clínico está “mediado” por:
 - la familia o los cuidadores permanentes y ocasionales.
- El Pediatra tiene:
 - Perspectiva evolutiva del niño/a y de la familia

5) Características de la PEDIATRIA A. P.



SE REALIZAN:

LABORES PREVENTIVAS

DIAGNOSTICO PRECOZ

EDUCACION EN SALUD

FIDELIZACION CON NIÑO /FAMILIA

QUE INFLUYEN EN ADOLESCENTE/ADULTO

5) Características de la PEDIATRIA A. P.



OBJETIVO:

“INCULCAR EN EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA (ADULTO) HABITOS EN SALUD, DURADEROS, SOBRE TODO EN VACUNACION”



“EL VALOR DE LA PREVENCIÓN”

**EL PEDIATRA Y
LAS ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES**

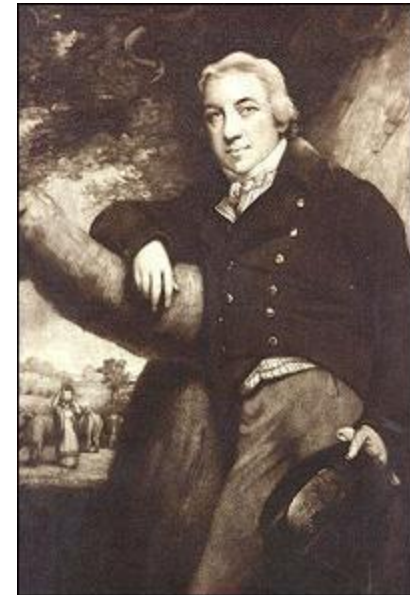
1) PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



EL MÉTODO “**CIENTÍFICO**” DE EDWARD JENNER (1798)

→ Inoculó material de una costra vacuna al hijo de un empleado, James Phipps, y 45 días después inoculó el material de una costra de un enfermo de viruela. James no presentó síntomas de enfermedad

→ Repitió los experimentos en 15 niños utilizando las costras de una ordeñadora, Sarah Nelmes, y por fin sus descubrimientos fueron publicados en 1798.



1) PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



EXPEDICION “BALMIS” (1803 -1814)

→ LLEVAR A ULTRAMAR LA VACUNA CONTRA LA VIRUELA , PORTANDOLA 22 NIÑOS HUÉRFANOS (de entre 8 y 10 años)



RECHAZO A LAS VACUNAS



Grupos antivacunas desde el principio

The Cow-Pock o los maravillosos efectos de la nueva inoculación (James Gillray, 1802)

1) PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



A. Bocquet y col. en Francia en la región de Franche-Compte, publicado en Archives de Pédiatrie, sobre 1.535.208 consultas ambulatorias a niños, realizadas durante los años 2001 y 2002,

“También se demuestra que los pediatras tienen una cobertura vacunal mejor y una mejor prevención de problemas como el raquitismo y la caries”

***Primer trabajo
Europeo***

Bocquet A. B. Comparison of prescriptions by pediatricians and general practitioners: a population-based study in Franche-Comté from the database of Regional Health Insurance Fund. Arch Pediatr. 2005;12:1688-96.

1) PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática

JC. Buñuel Álvarez^a, C. García Vera^b, P. González Rodríguez^c,
M. Aparicio Rodrigo^d, D. Barroso Espadero^e, RB. Cortés Marina^f, J. Cuervo Valdés^g,
MJ. Esparza Olcina^h, B. Juanes de Toledoⁱ, P. Martín Muñoz^j,
JL. Montón Álvarez^k, L. Perdikidis Oliveri^l, J. Ruiz-Canela Cáceres^m

^aPediatra. ABS Girona-4. Girona. España.

^bPediatra. CS José Ramón Muñoz Fernández. Investigador colaborador del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza. España.

^cPediatra. CS Manzanares El Real. Madrid. España.

^dPediatra. CS Entrevías. Madrid. España.

^ePediatra. CS Don Benito. Badajoz. España.

^fPediatra. ABS Girona-3. Girona. España.

^gPediatra. CS Urbano I. Mérida, Badajoz. España.

^hPediatra. CS Barcelona. Móstoles, Madrid. España.

ⁱPediatra. CS El Espinillo. Madrid. España.

^jPediatra. Unidad de Gestión Clínica La Plata/Palmete. Sevilla. España.

^kPediatra. CS Mar Báltico. Madrid. España.

^lPediatra. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz, Madrid. España.

^mPediatra. Distrito Sanitario Sevilla. Sevilla. España.

1) PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



LOS PAP:

- Tienen mayores porcentajes de cumplimiento del calendario oficial de vacunaciones.
- Aprovechan más las consultas por enfermedades menores para vacunar.
- Mostraron menos falsas ideas sobre hipotéticas contraindicaciones de las vacunas
- Con mayor frecuencia tienen lugares específicos en la historia clínica para registrar las vacunas administradas
- Usan técnicas para recaptar a niños y adolescentes no vacunados completamente.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:(Supl 18): s9-s72

1) PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



- Confianza de los padres con hijos en edad pediátrica y no pediátrica**
- Resultados prácticos obtenidos**
- Colaboración con los sistemas de Salud Pública**
- Confianza con el adolescente temprano**
- Sistemas de Captación implantados**

Necesidad de dejarnos desarrollar más la implicación en las consultas del adolescente



“EL VALOR DE LA PREVENCIÓN”

**REFLEXIONES SOBRE:
COBERTURAS
EN VACUNAS
EN ESPAÑA**

1) PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



acta sanitaria 

28 septiembre 2012

Especialistas de Latinoamérica, España y Portugal analizan la cobertura vacunal y la epidemia de obesidad



Especialistas de **Latinoamérica, España y Portugal** están analizando en Madrid la situación de cada uno de sus países en relación a la **cobertura vacunal** y la pandemia de la obesidad. El resultado se presentará luego a los respectivos Gobiernos y se acompañará de un conjunto de recomendaciones

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



→ 2) COBERTURAS

coberturas de vacunación (**series básicas**).

VACUNAS	1992	1998	1999	2001	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Poliomielitis	84,8	95,0	95,2	96,2	96,9	96,2	97,6	96,4	96,7	95,9	96,6	
DTPc/a	83,8	94,6	95,1	96,3	96,6	96,2	97,6	96,4	96,7	95,9	96,6	
Hib	-	81,6	92,1	96,0	96,5	96,0	97,5	96,3	96,7	95,9	96,6	
Hepatitis B	-	-	-	-	96,9	96,1	96,6	96,3	96,5	95,5	96,5	
MenC	-	-	-	86,7	96,4	95,6	97,1	96,8	97,2	97,4	97,8	

-Se alcanzan coberturas alrededor del 97%

-Van aumentando desde hace años

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



2) COBERTURAS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Vacunación de Refuerzo: Niños vacunados de 4 a 6 años						
DTPa/DT	90,8	93,8	90,8	92,3	88,3	88,9
Vacunación de Refuerzo: Adolescentes de 14 a 16 años						
Td	80,8	77,2	79,3	82,7	74,1	80,0

En algunos lugares la revisión de 14 años no la hace el pediatra



2) COBERTURAS

En las series de refuerzo

Son algo inferiores a las del primer año pero con cifras altas

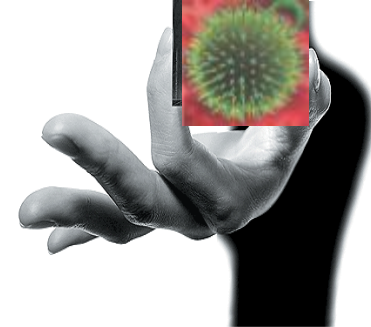
-2º años	: 94%
-4º-6º año	: 89%
-14 años	: 80%

Aumentando comparándolas con las de hace años

Ojo!!!!

Discreto descenso en los últimos años

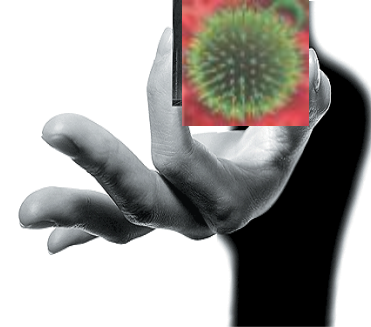
PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



3) COBERTURAS V. GRIPE ESTACIONAL

Cobertura de vacunación antigripal en ≥ 65 años. Total Nacional, 1996-2011.	
Temporada	Cobertura
2001-2002	61,9
2002-2003	67,2
2003-2004	68,0
2004-2005	68,6
2005-2006	70,1
2006-2007	67,5
2007-2008	62,3
2008-2009	65,4
2009-2010	65,7
2010-2011	56,9

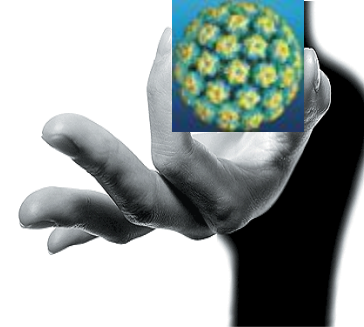
PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



3) COBERTURAS V. G. PANDEMICA

Cobertura de vacuna pandémica 2009-2010. Total Nacional.		
Grupo prioritario	CCAA con datos	Cobertura (%)
Trabajadores socio-sanitarios	15(19)	11,6
Personas que trabajan en servicios públicos esenciales	15(19)	8,8
Personas con patología de base:		
6m-17a	12(19)	15,3
17a-60a	7(19)	15,1
>60 a.	7(19)	28,5
Total grupo >6meses	15(19)	23,7
Mujeres embarazadas	15(19)	9,0

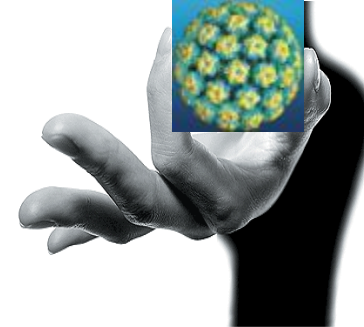
PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



4) COBERTURAS VACUNA VPH 2010

CC.AA	Población	Fuente	nº dosis	%
Andalucía	40.849	DIABACO-SIGAP	15.062	36,9
Aragón	5.519	Instituto Aragonés Estadística	3.896	70,6
Asturias	3.438	Tarjeta Sanitaria	2.882	83,8
Baleares	4.934	Censo escolar	2.461	49,9
Canarias	9.896	ISTAC	6.873	69,5
Cantabria	2.239	Instituto Cantabro Estadística	1.614	72,1

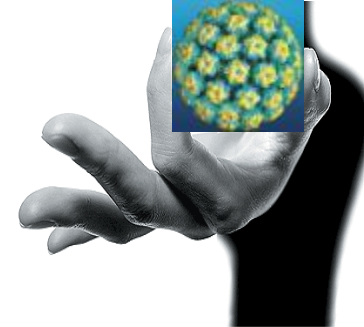
PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



4) COBERTURAS VACUNA VPH 2010

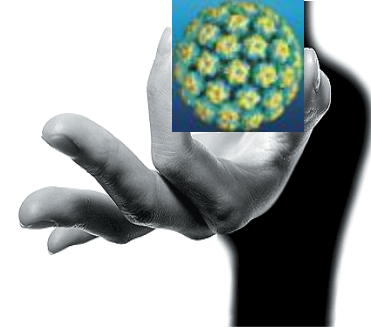
CC.AA	Población	Fuente	nº dosis	%
Castilla y León	9.858	Censo escolar	8.356	84,8
Castilla La Mancha	10.121	Tarjeta Sanitaria	5.248	51,9
Cataluña	32.437	IDESCAT	26.092	80,4
C. Valenciana	23.539	SIP (tarjeta sanitaria)	13.729	58,3
Extremadura	5.500	CIVITAS (Sis. Inf. base poblacional)	4.686	85,2
Galicia	9.570	Instituto Gallego de Estadística	7.457	77,9
Madrid	27.811	Padrón continuo 2009	19.328	69,5

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



4) COBERTURAS VACUNA VPH 2010

CC.AA	Población	Fuente	nº dosis	%
Murcia	7.341	Registro Nominal	5.451	74,3
Navarra	2.845	Censo escolar	2.406	84,6
P. Vasco	-		-	-
La Rioja	1.285	Censo Escolar	1.171	91,1
Ceuta	459	CIVITAS (Sis. Inf. base poblacional)	364	79,3
Melilla	514	INE	344	66,9
TOTAL	198.155		127.420	64,3

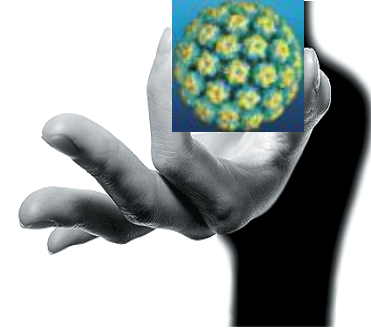


4) COBERTURAS VACUNA VPH

Dr Juan Gérvas. Razones para el “NO” respecto a la vacuna contra el vph

Razones para el “NO” (o para la moratoria) respecto a la vacuna contra el virus del papiloma humano

Escrito en Buitrago del Lozoya (Madrid, España), el miércoles 18 de febrero de 2009 por Juan Gérvas Médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Profesor (Salud Pública) en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

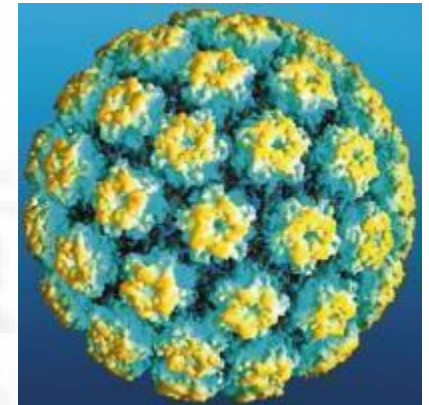


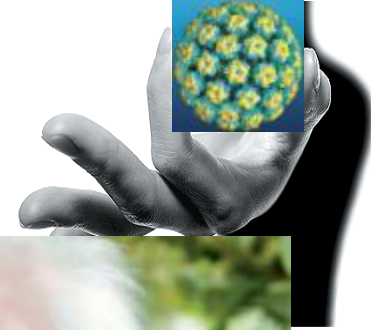
4) COBERTURAS VACUNA VPH

VPH-ESPAÑA: EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN NO SE CUMPLE EN UN 10% (2010)

Decrece el número de niñas que recibe las 3 dosis de la vacuna contra el VPH

2009 se registraron dos posibles casos de reacciones adversas a la vacuna contra el virus del papiloma humano.





4) COBERTURAS VACUNA VPH

HARALD ZUR HAUSEN ■ Premio Nobel de Medicina 2008

“De 300.000 dosis de vacunas del papiloma solo hubo tres reacciones”

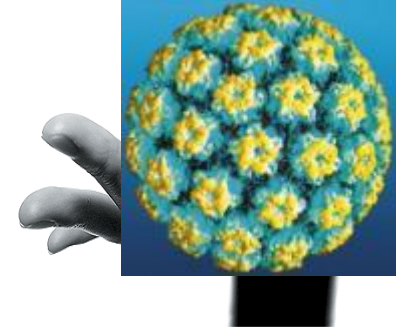
“Por los pocos años de experiencia, no se ha comprobado al cien por cien que prevenga el cáncer de cérvix”



Harald Zur Hausen, premio Nobel de Medicina. / Ferrán 1

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES

4) COBERTURAS VACUNA VPH



AAVP

ASOCIACIÓN DE AFECTADAS POR LA VACUNA DEL PAPILOMA

email: info@aavp.es
web: <http://www.aavp.es>

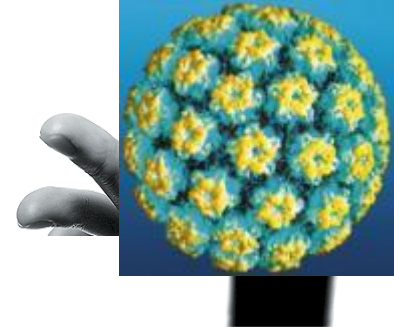
RETIRAR LA VACUNA DEL VPH ES INVERTIR EN SALUD

En otoño de 2007, cuando el Ministerio de Sanidad tomó la decisión de incluir la vacuna del virus del papiloma humano a cargo del sistema sanitario público, más de diez mil profesionales de la salud y varias asociaciones científicas expresaron su desacuerdo en el manifiesto "RAZONES PARA UNA MORATORIA EN LA APLICACIÓN DE LA VACUNA DEL VPH EN ESPAÑA". Un movimiento profesional sin precedentes por su posicionamiento y amplitud, que cuestionaba la relación entre el costo y la oportunidad de la medida, con serias dudas sobre su capacidad, eficacia y elevado precio. En sentido contrario, al mismo tiempo los métodos de prevención ya existentes - cribado con citología - mostraban alta efectividad y bajo coste, y deben seguir practicándose incluso en la población vacunada.

Se argumentaba además que España es un país con baja frecuencia y mortalidad de cáncer de cuello de útero; que la vacuna no es efectiva contra todos los serotipos cancerígenos (sólo contra el 16 y 18 que en España están presentes únicamente en el 28% de las lesiones precancerosas); que se desconoce la inmunidad que confiere (aún no se sabe si serán necesarias dosis de recuerdo)... Pese a ello, y desde el principio, la vacuna del VPH fue promocionada ante la opinión pública, como eficaz en la prevención del cáncer de cuello uterino; una hipótesis que no se ha podido demostrar, a causa de la historia natural de la enfermedad, que tarda de 20 a 30 años en desarrollarse.

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES

4) COBERTURAS VACUNA VPH



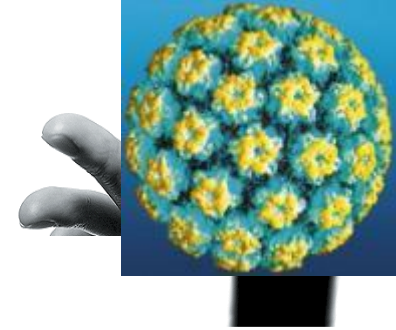
DECLARACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Después de algunos cuestionamientos públicos recientes acerca de la eficacia, eficiencia y seguridad de la vacuna frente al VPH, las Sociedades Científicas abajo firmantes queremos manifestar lo siguiente:

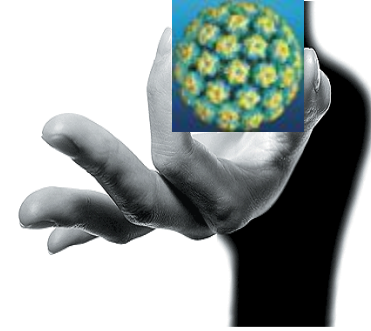
- Lamentamos profundamente el reciente fallecimiento de una joven asturiana, acaecida después de haber sido vacunada frente al VPH y al parecer relacionado con un problema médico previo. Compartimos el dolor de su familia.

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES

4) COBERTURAS VACUNA VPH



- Después de más de 120 millones de dosis revacunas del VPH distribuidas en todo el mundo, ningún acontecimiento grave acaecido en un individuo vacunado ha sido relacionado causalmente con la vacunación, incluidos los casos de fallecimiento que inevitablemente ocurren también entre los adolescentes, tanto vacunados como no vacunados. Cuando estos episodios se presentan después de la administración de una vacuna, puede existir la percepción de que ambos fenómenos están asociados causalmente. Cabe señalar que los casos de muerte asociados causalmente con una vacuna – con cualquier tipo de vacuna –, son extremadamente raros. Recuérdese, además, que los controles de seguridad que las vacunas del VPH superaron durante la fase de ensayo clínico, tutelado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y aquellos a los que están siendo sometidas en la fase actual de aplicación clínica generalizada, son los más altos y satisfactorios nunca exigidos a una



4) COBERTURAS VACUNA VPH

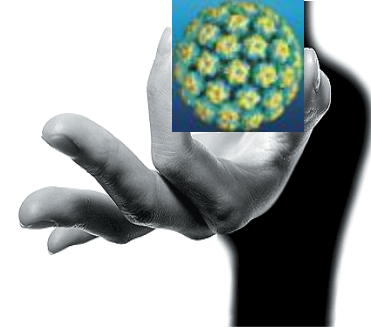
ESPAÑA HPV VACCINE ACCEPTANCE IN ADOLESCENTS IN VALENCIA, SPAIN

P. Navarro Illana

J. Puig-Barberà

J. Díez-Domingo

Conclusiones: el principal motor para la vacunación fue la recomendación positiva dada por sus pediatras o enfermeras, y también a las niñas la sensación de que estaban en riesgo de contraer la enfermedad. Por lo tanto, con el fin de aumentar el la cobertura de vacunación, personal de salud debe abogar por la vacunación y se centran en educación para la salud de las jóvenes.



COBERTURAS VACUNA VPH

COBERTURA VACUNA VPH > 18 AÑOS en España (hasta 2012)

1ª FUENTE: 16-26 años 29%

27-45 años 01,2%

2º FUENTE: 18 - 25 años 16,7%,

3ª FUENTE: 14 y 26 años. no llega al 10 %

Datos: estimativos, acumulados de las 2 vacunas existente

“EL VALOR DE LA PREVENCIÓN”

**VACUNAS
NO FINANCIADAS
Y OTRAS**

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



5) COBERTURA VACUNA NEUMOCOCO

Publicidad



REVISTA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Usuario: Contraseña: Registrarse (recuperar contraseña)

• La Revista • • Número Actual • • Números Anteriores • • Último Suplemento • • Suscripción • • Noticias •

Compartir

Artículo sin valoraciones



[Volver al índice >>](#)

[Núcleo Clínico. Originales](#)

Vacunas infantiles no financiadas ¿Cuál es la cobertura en un centro de salud urbano?

Autores:

Vázquez Fernández ME^a, Bustamante Marcos P^b, Herrero Bregón B^c, Muñoz Moreno MF^d, de Santiago García M^e, Barriada Álvarez L^f

^aPediatra. CS Arturo Eyries. (Área Oeste). Valladolid. España.

^bMR-MFyC. CS Arturo Eyries. (Área Oeste). Valladolid. España.

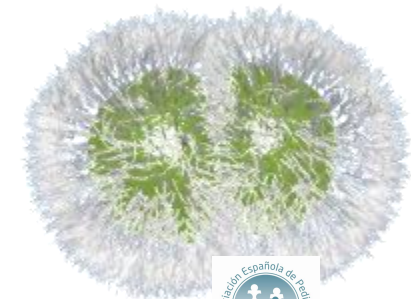
^cMR-MFyC. CS Arturo Eyries. (Área Oeste). Valladolid. España.

^dUnidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

^ePediatra. CS Arturo Eyries. Área Oeste Valladolid. Valladolid. España.

^fEnfermera. CS Arturo Eyries. Área Oeste Valladolid. Valladolid. España.

Correspondencia: ME Vázquez. Correo electrónico: marvazfer@hotmail.com



PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



5) COBERTURAS VACUNA NEUMOCOCO

español

24 meses, generalmente a los 10 meses. Los resultados del análisis se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Vacunación frente al neumococo. Periodo del 1 de enero de 2009 al 1 de enero de 2010

	Vacunados correctamente (4 dosis)	Vacunados (3 dosis) 6-12 meses	Vacunados (2 dosis) 12-24 meses	Incorrectamente vacunados (faltan dosis)	No vacunados
Pediatra 1	64,66% (N = 64)	4,04% (N = 4)	1% (N = 1)	12,12% (N = 12)	18,18% (N = 18)
Pediatra 2	65,08% (N = 41)	0% (N = 0)	1,59% (N = 1)	11,11% (N = 7)	22,22% (N = 14)
Totales	64,81% (N = 105)	2,47% (N = 4)	1,23% (N = 2)	11,73% (N = 19)	19,76% (N = 32)

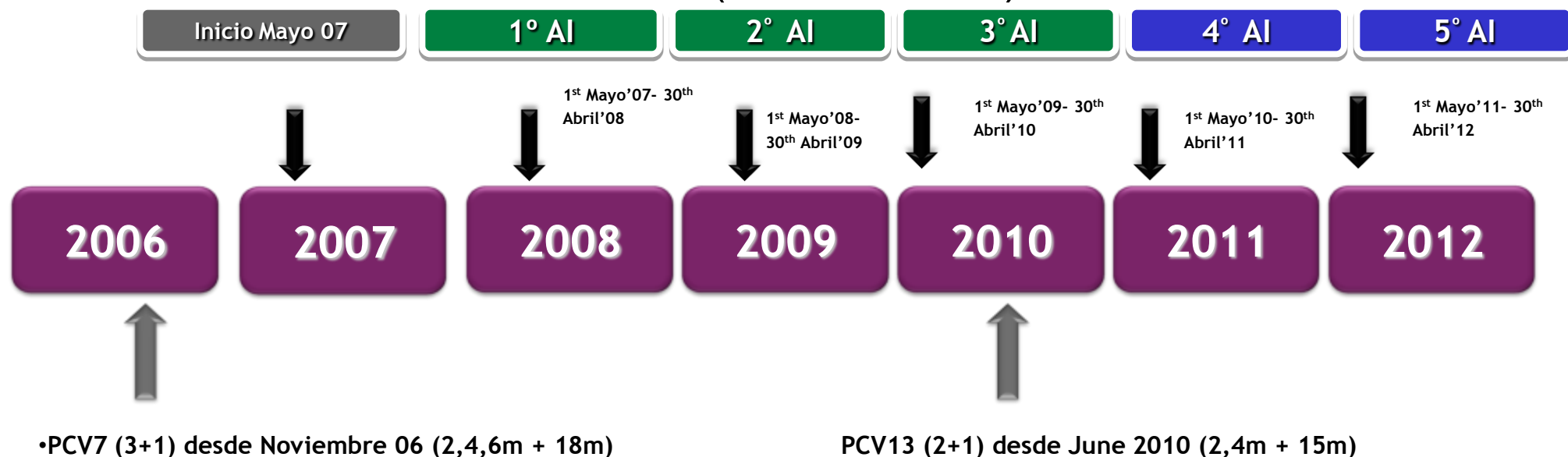
http://www.pap.es/FrontOffice/_9U-hRYwLWO2wJDXnEneiVw



ESTUDIO HERACLES



Estudio epidemiológico prospectivo para estimar el impacto de la enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* en la población pediátrica tras la implementación de la vacunación antineumocócica en la Comunidad de Madrid (2007 – 2013)



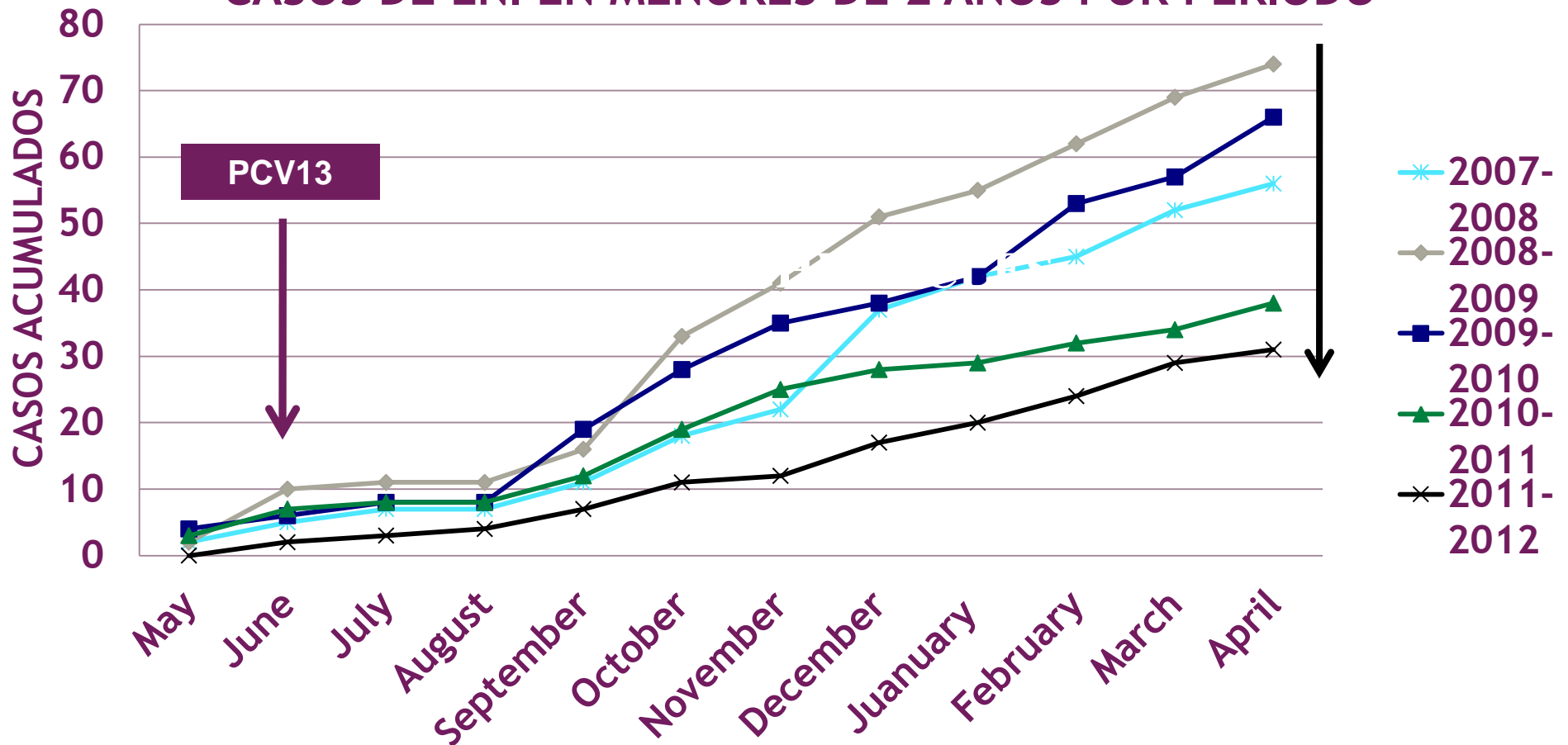


ESTUDIO HERACLES

PCV13 desde 7 junio 2010 (2+1). Catch-up desde 18 meses – 24 meses
 PCV7 desde 6 noviembre 2006 – junio 2010 (3+1)



CASOS DE ENI EN MENORES DE 2 AÑOS POR PERIODO





V. Neumo Adulto: Grupos de riesgo establecidos

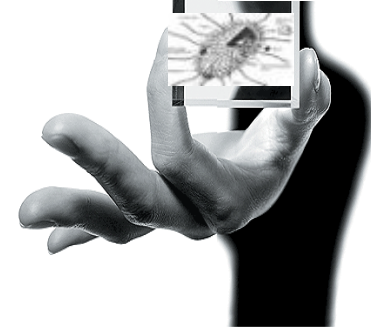
FINANCIADA: 50 años de edad o mayores con:

Inmunodeficiencia/ Inmunosupresión

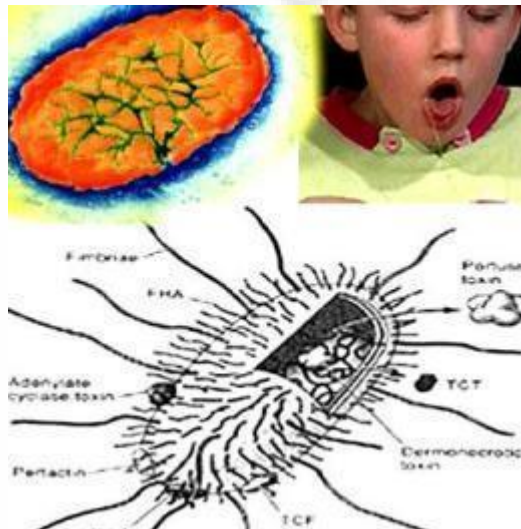
- Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple
- Insuficiencia renal, síndrome nefrótico
- Transplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas
- Tratamiento quimioterápico o inmunosupresor,
- Infección por VIH.

NO FINANCIADA: 50 años de edad o mayores sanos

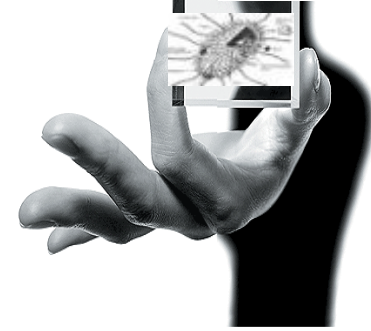
PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



6) VACUNA TOS FERINA

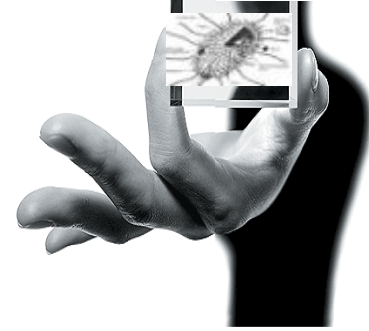


Asociación Española de Pediatría



6) INCREMENTO CASOS TOS FERINA

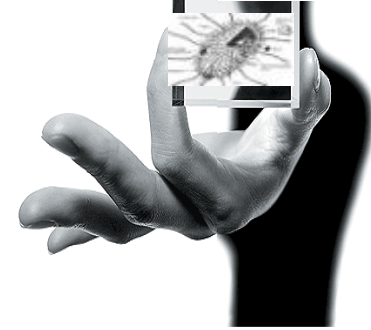
- **MEJORES METODOS DIAGNOSTICO: PCR en tiempo real, métodos serológicos (antitoxina pertúsica), más sensibles que el cultivo tradicional**
- **SUBJETIVAMENTE HAN AUMENTADO LOS CASOS**
- **MUY GRAVE EN LACTANTES PEQUEÑOS**
- **¿NO HAY? O ¿NO SE DECLARAN?**
- **LA MAYORIA DE CASOS NO PASAN DE ATENCION PRIMARIA**
- **NO DIAGNOSTICOS DE CASOS EN ADULTO**



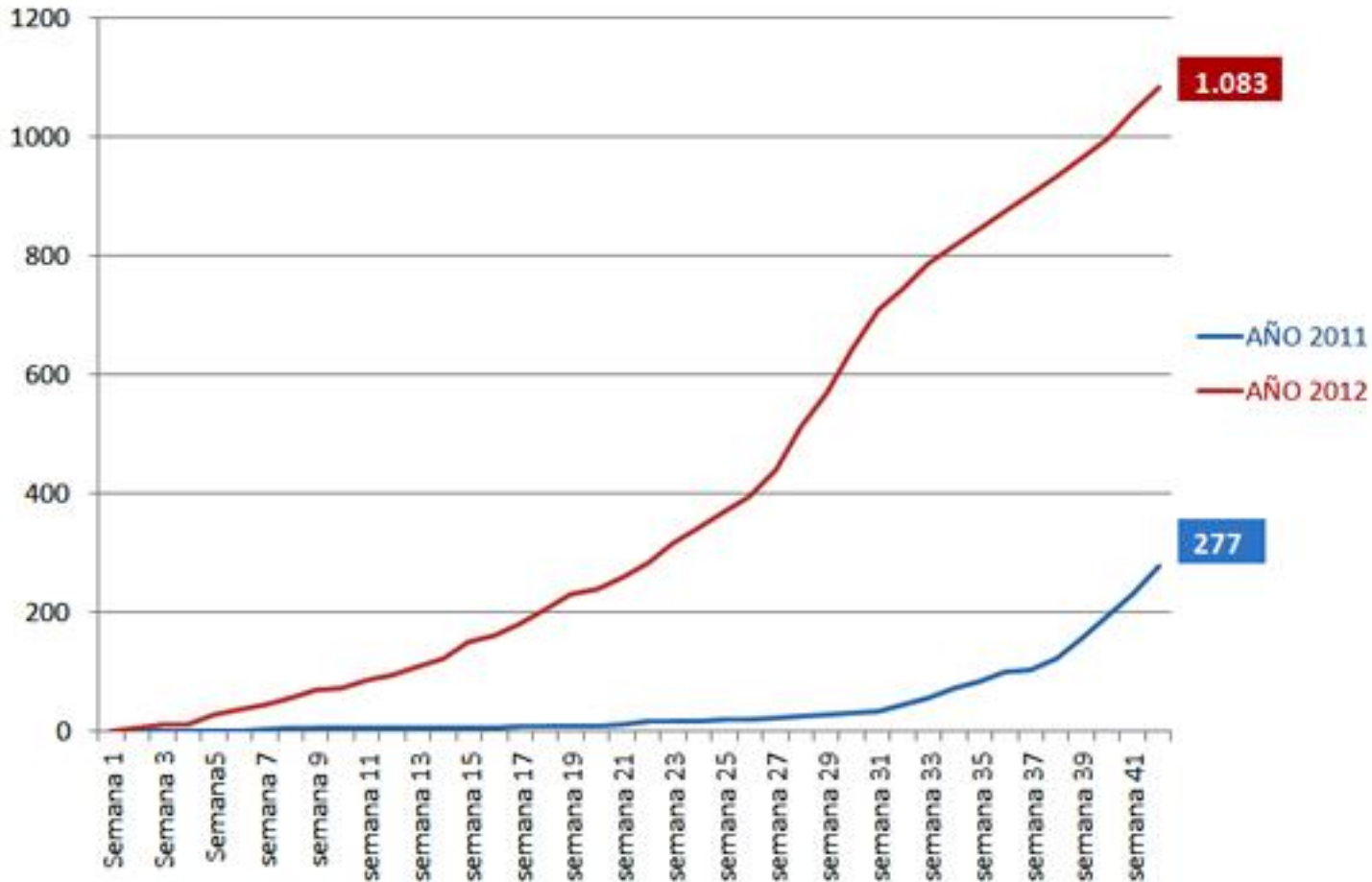
6) INCREMENTO CASOS TOS FERINA

- **GRAN CANARIAS 27 Octubre 2012**
 - 1083 casos declarados (sobrediagnosticos?)
 - Confirmados PCR 20%
 - Causas?
 - OBJETIVOS:**
 - Vacunar a todos los convivientes con menores 1 año

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES

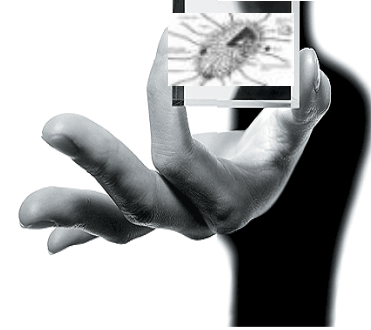


6) INCREMENTO CASOS TOS FERINA

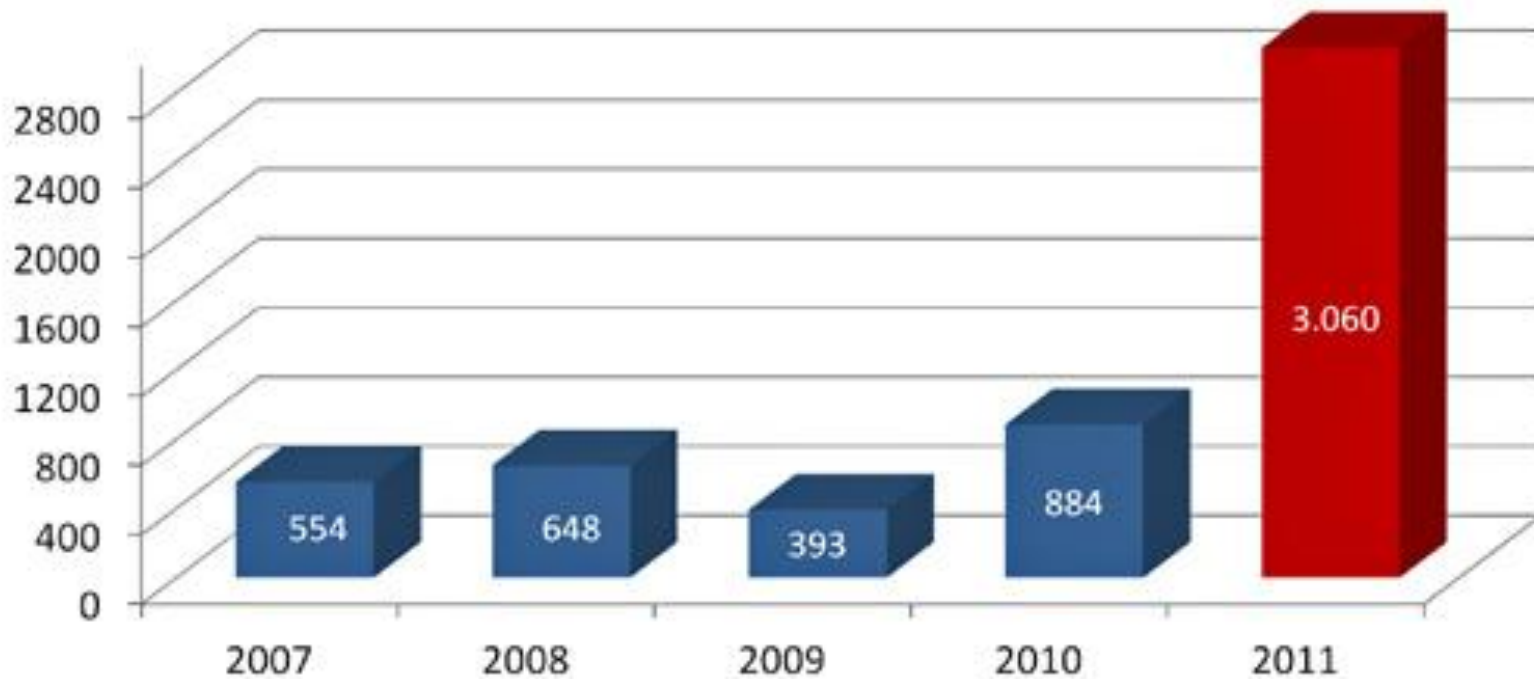


Casos declarados (EDO). Semanas 1 a la 42, comparativas, de 2011 y 2012.

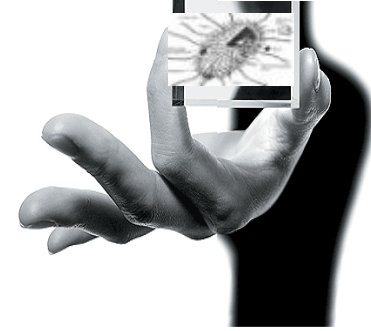
PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



6) INCREMENTO CASOS TOS FERINA



Centro Nacional de Epidemiología. Casos (EDO) en España desde 2007 a 2011



6) INCREMENTO CASOS TOS FERINA

Tos ferina en el primer año de vida en una región con elevada cobertura vacunal

**-Dada la elevada incidencia de la tos ferina en lactantes,
-Es urgente el desarrollo de nuevas estrategias vacunales que contribuyan a proteger a este grupo de población¹.**

- 1)La vacunación global de adolescentes,**
- 2)vacunación padres, hermanos y convivientes con los neonatos,**

-Dos estrategias ya recomendadas por la Global Pertussis Initiative y algunos países y comités de vacunación

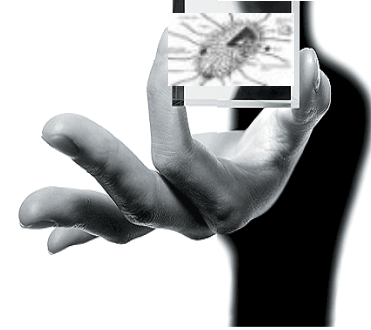


REVISIÓN DE VACUNACIÓN TETANOS-DIFTERIA-TOS FERINA




Ante la situación actual de tos ferina:

- 1- Importante infradeclaración
- 2-Resurgimiento en determinados países
- 3- Aumento de incidencia en adolescentes y adultos (cuyo diagnóstico de sospecha es bajo)
- 4 -Aumento del número de casos en lactantes (sobre todo menores de 6 meses)
- 5 -Mejora de métodos diagnósticos (PCR)
- 6 -Protección difícil del lactante menor de 6 meses

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



6) INCREMENTO CASOS TOS FERINA

 <p>GENERALITAT VALENCIANA</p>  <p>LaFe Departament de Salut</p>	<p>Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Prevención de Riesgos Laborales</p>	 <p>LaFe Hospital Universitari i Politecnic</p>
--	--	--

Consideramos relevante establecer para el control de la enfermedad la inmunización de contactos de los lactantes y entre ellos el personal sanitario por su especial importancia. (Cocoon strategy)

Por lo cual se solicita la revisión del estado vacunal de tétanos-difteria-tosferina de todos los trabajadores de los siguientes servicios:

- Pediatría
- Obstetricia
- Urgencias pediátricas

Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría

2012

www.vacunasaep.org

VACUNA	Edad en meses						Edad en años		
	0	2	4	6	12-15	15-18	2-3	4-6	11-14
Hepatitis B ¹	HB	HB	HB	HB					
Difteria, tétanos y tos ferina ²		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		Tdpa	Tdpa
Poliomielitis ³		VPI	VPI	VPI		VPI			
Haemophilus influenzae tipo b ⁴		Hib	Hib	Hib		Hib			
Meningococo C ⁵		MenC	MenC	MenC	MenC				
Neumococo ⁶		VNC	VNC	VNC	VNC				
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁷					SRP		SRP		
Virus del papiloma humano ⁸									VPV 3d
Rotavirus ⁹		RV - 2 o 3 dosis							
Varicela ¹⁰					Var		Var		
Gripe ¹¹				Gripe					
Hepatitis A ¹²				HA - 2 dosis					

- Sistemática
- Recomendada
- Grupos de riesgo



Este calendario de vacunación diseñado para la edad pediátrica, indica las edades para la administración de las vacunas consideradas por el CAV-AEP con perfil de sistemáticas, recomendadas y aquellas para situaciones de riesgo. En caso de no llevarse a cabo la vacunación en las edades establecidas, deben aplicarse las recomendaciones de vacunación con pauta acelerada. Consulte el calendario de vacunación de su comunidad autónoma y póngase en contacto con las autoridades sanitarias locales (sistema de vigilancia de reacciones adversas de las vacunas) para declarar los eventos clínicos relevantes que ocurran después de la administración de una vacuna.



El Mirador

La vacuna antipoliomielítica, de solución a problema



23/07/2012, Juan Gérvas

Frente al optimismo de quienes, con la OMS al frente, habían vaticinado la erradicación de la poliomielitis, el analista pone de manifiesto cuáles son los problemas por resolver y, sobre todo, cómo la propia vacuna oral contribuyó a la difusión de la enfermedad

PEDIATRA VS. INMUNIZACIONES



PINCELADAS

[Cochrane y vacuna antigripal: razón frente a barbarie](#)

acta sanitaria 

El Mirador

03/09/2012, Juan Gérvas



La proximidad de la nueva campaña de vacunación contra la gripe lleva al comentarista a rescatar los estudios, con especial referencia a la revisión Cochrane, que cuestionan tal actuación preventiva.

...“En síntesis, di simplemente "no" a la vacuna de la gripe para ti y para tus pacientes. Di sin más "no" y mira a los ojos de los que la ofrecen, promocionan y venden y busca sus conflictos de interés (o, directamente, su interés).”



DIARIO MEDICO

EL DATO

110.000
bebés nacen cada año en el mundo con el síndrome de rubéola congénita

Aunque los esfuerzos de vacunación por parte de la Organización Mundial de la Salud casi han controlado esta infección vírica, regiones africanas y del sudeste asiático continúan padeciéndola. El Plan Estratégico Mundial contra el Sarampión y la Rubéola 2012-2020 contempla para finales de 2020 eliminar el sarampión y la rubéola al menos en cinco regiones de la OMS.



CONCLUSIONES

- EL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA ESPECIALISTA PREPARADO PARA LA ASISTENCIA INTEGRAL AL ADOLESCENTE**
- RAZONES TEORICAS, PRACTICAS, LEGALES**
- EL PAP EXPERTO EN ATENCION PREVENTIVA**
- LOS PAP EXPERTOS VACUNOLOGOS**



CONCLUSIONES

- PAP BIEN ACOGIDO POR LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE**
- CON EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO HAY QUE TENER UNA ACTITUD PROACTIVA RESPÈCTO A LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES**
- SE DEBE INCULCAR EN EL ADOLESCENTE LA AUTOPREOCUPACION POR LA VACUNACIÓN**



CONCLUSIONES

-LOS PROFESIONALES QUE CUIDEN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL ADULTO DEBEN TENER UNA ACTITUD MAS “ PROACTIVA” CON LAS VACUNACIONES

-DEBEMOS CONTRARRESTAR LOS GRUPOS ANTIVACUNAS

**-EL GASTO EN PREVENCION SIEMPRE ES COSTE/BENEFICIO
ESO SI ES EFICIENCIA**

**MUCHAS
GRACIAS**