



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Salud Pública



AYUNTAMIENTO DE MURCIA

Concejalía de Sanidad, Consumo y Cooperación



GUÍA PARA VACUNADORES EN CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA



Servicio de Prevención y Protección de la Salud
Febrero 2002

TELÉFONOS DE CONSULTA

Áreas I, IV, V y VI: **968 36 22 49**
Municipio de Murcia: **968 24 70 62**
Área II (Cartagena): **968 32 66 77**
Área III (Lorca): **968 46 83 00**

ÍNDICE

1. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN VACUNACIÓN	3
2. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, CUMPLIMENTACIÓN DE TARJETAS, CARNETS Y PARTES DE VACUNACIÓN	4
2.1. TARJETAS DE VACUNACIÓN	4
2.2. CARNET DE VACUNACIONES	8
2.3. LAS ETIQUETAS IDENTIFICATIVAS	9
2.4. TARJETA DE ALTA EN EL PROGRAMA	9
2.5. VACUNACIÓN DE INMIGRANTES. REGISTRO DE VACUNAS	10
2.6. VACUNACIÓN DE ESCOLARES EN EL CENTRO DE SALUD	10
3. ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS. ASPECTOS PRÁCTICOS	11
INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	12
INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	12
CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL CON LOS NOMBRES COMERCIALES DE LAS VACUNAS QUE USAMOS ACTUALMENTE Y VIA DE ADMINISTRACIÓN	13
4. CADENA DE FRÍO	14
5. CALENDARIOS DE VACUNACIÓN	16
5.1. CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL	16
5.2. CALENDARIO DE VACUNACIÓN PARA INMIGRANTES (2002)	17
5.3. CALENDARIO DE VACUNACIÓN PARA ADULTOS	18
ANEXO 1. CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES Y FALSAS CONTRAINDICACIONES	20
ANEXO 2. NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIA DE ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO	22
ANEXO 3. HOJA DE DECLARACIÓN DE NÚMERO DE DOSIS DE VACUNAS ADMINISTRADAS. MENSUAL	23

1. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN VACUNACIÓN

- Los servicios de vacunación han de ser muy accesibles, no se debe demorar la aplicación de vacunas por cuestiones de cita previa, falta de documentos, etc...
- Los niños que se presentan sólo para vacuna, deben ser atendidos de forma rápida y eficiente.
- Debemos aprovechar cualquier consulta, cualquier visita al centro para evaluar el calendario de vacunación del niño y actualizarlo.
- En materia de vacunación los servicios están orientados a la comunidad, intentando lograr altos niveles de cobertura en las poblaciones de su zona, y no sólo en los que hacen un uso activo de los servicios.
- La calidad forma parte de nuestro servicio, procuramos estar al día en materia de vacunaciones, somos amables con nuestros clientes, no les hacemos esperar más de lo estrictamente necesario, les informamos adecuadamente sobre vacunas, efectos adversos y contraindicaciones, y grabaremos en el registro informatizado personal toda las vacunas que aplicamos.
- Sólo debemos seguir las verdaderas contraindicaciones. Aceptar como verdaderas contraindicaciones trastornos que en realidad no lo son, sólo genera un aplazamiento innecesario y a veces un aplazamiento definitivo. (*Anexo*

2. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, CUMPLIMENTACIÓN DE TARJETAS, CARNETS Y PARTES DE VACUNACIÓN

La vacunación no es un acto aislado, sino un proceso, en el cual es necesario conocer las fases anteriores (dosis de vacunas y fechas), tanto desde el punto de vista individual, para completar la vacunación de una persona, como desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto para producir el fenómeno de inmunidad colectiva, evitando el riesgo de epidemia e incluso llegando a la erradicación de enfermedades.

Lo que hace el sistema de información es facilitar la consecución de nuestros fines, almacenando en la memoria del "**registro informatizado de vacunas**" los datos necesarios.

Por otra parte, los actuales movimientos migratorios y la exigencia de certificados de vacunación en la mayoría de los países hace necesario el registro de la historia vacunal de cada individuo.

Por estos motivos es muy importante cumplimentar los documentos del registro informático de vacunas:

Cada dosis se anota en una tarjeta y en el carnet de vacunaciones. El carnet se entrega al interesado y las tarjetas se acumulan en el Centro de Salud o Consultorio y se envían al programa de vacunaciones una vez al mes.

¡ UNA DOSIS, UNA TARJETA!

2.1. Tarjetas de vacunación

La tarjeta es el documento que sirve para gravar los datos en el registro informático de vacunas. (*Ver ejemplo 1*)

Los datos que se anotan en una tarjeta son:

- Vacuna y nº de orden con una X en la casilla correspondiente.
- Lote y fabricante.
- Fechas.
- Puesto de vacunación.

EJEMPLO 1

1ª DOSIS (2 meses)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**

Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**

Dirección:

Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Lote: R02	Laboratorio: SB
------------	-------------------------------------	---	---	------------------	------------------------

Meningitis C	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Lote: 74483	Laboratorio: LED
--------------	-------------------------------------	---	---	--------------------	-------------------------

DTPa-Hib(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------------	---	-------	--	--	--------------

DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
----	---	---	---	---	---	-------	--------------

DTPa	1	Lote			Laboratorio:
------	---	------	--	--	--------------

Td(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------	---	-------	--	--	--------------

Polio	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	Lote: R015	Laboratorio: SB
-------	-------------------------------------	---	---	---	---	-------------------	------------------------

Triple Vírica	1	2	3	Lote:		Laboratorio:
---------------	---	---	---	-------	--	--------------

Hepatitis B	1	2	3	Lote:		Laboratorio:
-------------	---	---	---	-------	--	--------------

Fecha de administración: **1-3-01** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**

NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.

Nuevo teléfono:

(*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b

(**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

2ª DOSIS (4 meses)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**

Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**

Dirección:

Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Lote: R02	Laboratorio: SB
------------	---	-------------------------------------	---	------------------	------------------------

Meningitis C	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Lote: 74483	Laboratorio: LED
--------------	---	-------------------------------------	---	--------------------	-------------------------

DTPa-Hib(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------------	---	-------	--	--	--------------

DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
----	---	---	---	---	---	-------	--------------

DTPa	1	Lote			Laboratorio:
------	---	------	--	--	--------------

Td(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------	---	-------	--	--	--------------

Polio	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	Lote: R015	Laboratorio: SB
-------	---	-------------------------------------	---	---	---	-------------------	------------------------

Triple Vírica	1	2	3	Lote:		Laboratorio:
---------------	---	---	---	-------	--	--------------

Hepatitis B	1	2	3	Lote:		Laboratorio:
-------------	---	---	---	-------	--	--------------

Fecha de administración: **2-5-01** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**

NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.

Nuevo teléfono:

(*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b

(**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

3ª DOSIS (6 meses)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**

Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**

Dirección:

Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	Lote: R02	Laboratorio: SB
------------	---	---	-------------------------------------	------------------	------------------------

Meningitis C	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	Lote: 74483	Laboratorio: LED
--------------	---	---	-------------------------------------	--------------------	-------------------------

DTPa-Hib(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------------	---	-------	--	--	--------------

DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
----	---	---	---	---	---	-------	--------------

DTPa	1	Lote			Laboratorio:
------	---	------	--	--	--------------

Td(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------	---	-------	--	--	--------------

Polio	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	Lote: R015	Laboratorio: SB
-------	---	---	-------------------------------------	---	---	-------------------	------------------------

Triple Vírica	1	2	3	Lote:		Laboratorio:
---------------	---	---	---	-------	--	--------------

Hepatitis B	1	2	3	Lote:		Laboratorio:
-------------	---	---	---	-------	--	--------------

Fecha de administración: **2-7-01** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**

NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.

Nuevo teléfono:

(*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b

(**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

4ª DOSIS (15 meses)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**

Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**

Dirección:

Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	3	Lote:	Laboratorio:
------------	---	---	---	-------	--------------

Meningitis C	1	2	3	Lote:	Laboratorio:
--------------	---	---	---	-------	--------------

DTPa-Hib(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------------	---	-------	--	--	--------------

DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
----	---	---	---	---	---	-------	--------------

DTPa	1	Lote			Laboratorio:
------	---	------	--	--	--------------

Td(*)	1	Lote:			Laboratorio:
-------	---	-------	--	--	--------------

Polio	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
-------	---	---	---	---	---	-------	--------------

Triple Vírica	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Lote: N034	Laboratorio: MSD
---------------	-------------------------------------	---	---	-------------------	-------------------------

Hepatitis B	1	2	3	Lote:	Laboratorio:
-------------	---	---	---	-------	--------------

Fecha de administración: **3-4-02** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**

NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.

Nuevo teléfono:

(*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b

(**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

EJEMPLO 1

5ª DOSIS (18 meses)

6ª DOSIS (6 años)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**
 Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**
 Dirección:
 Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
Meningitis C	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
DTPa-Hib(*)	<input checked="" type="checkbox"/>			Lote: P008	Laboratorio: SB		
DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
DTPa	1			Lote:	Laboratorio:		
Td(*)	1			Lote:	Laboratorio:		
Polio	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	Lote: R022	Laboratorio: SB
Triple Vírica	1	2	3			Lote:	Laboratorio:
Hepatitis B	1	2	3			Lote:	Laboratorio:

Fecha de administración: **5-7-02** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**
 NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.
 Nuevo teléfono:.....
 (*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b
 (**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

7ª DOSIS (11 años) (1ª HB y TV)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**
 Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**
 Dirección:
 Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
Meningitis C	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
DTPa-Hib(*)	<input type="checkbox"/>			Lote:	Laboratorio:		
DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
DTPa	<input checked="" type="checkbox"/>			Lote: P10	Laboratorio: SB		
Td(*)	1			Lote:	Laboratorio:		
Polio	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	Lote: R022	Laboratorio: SB
Triple Vírica	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Lote: R015	Laboratorio: MSD		
Hepatitis B	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		

Fecha de administración: **1-3-01** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**
 NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.
 Nuevo teléfono:.....
 (*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b
 (**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

11 años (2ª HB)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**
 Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**
 Dirección:
 Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
Meningitis C	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
DTPa-Hib(*)	<input type="checkbox"/>			Lote:	Laboratorio:		
DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
DTPa	1			Lote:	Laboratorio:		
Td(*)	1			Lote:	Laboratorio:		
Polio	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
Triple Vírica	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Lote: R015	Laboratorio: MSD		
Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Lote: R001	Laboratorio: SB		

Fecha de administración: **8-1-2011** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**
 NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.
 Nuevo teléfono:.....
 (*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b
 (**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**
 Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**
 Dirección:
 Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
Meningitis C	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
DTPa-Hib(*)	<input type="checkbox"/>			Lote:	Laboratorio:		
DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
DTPa	1			Lote:	Laboratorio:		
Td(*)	1			Lote:	Laboratorio:		
Polio	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
Triple Vírica	1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
Hepatitis B	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Lote: R003	Laboratorio: SB		

Fecha de administración: **9-2-2011** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**
 NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.
 Nuevo teléfono:.....
 (*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b
 (**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

EJEMPLO 1

11 años (3ª HB)

14 años (Td adulto)

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**

Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**

Dirección:

Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	3			Lote:	Laboratorio:
Meningitis C	1	2	3			Lote:	Laboratorio:
DTPa-Hib(*)	1					Lote:	Laboratorio:
DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
DTPa	1					Lote:	Laboratorio:
Td(*)	1					Lote:	Laboratorio:
Polio	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
Triple Vírica	1	2	3			Lote:	Laboratorio:
Hepatitis B	1	2	3			Lote:	Laboratorio:

Fecha de administración: **8-7-2011** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**

NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.

Nuevo teléfono:.....

(*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b

(**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

Nombre y Apellidos: **JOSÉ GARCÍA RUÍZ**

Fecha Nac.: **01 / 01 / 2001**

Dirección:

Localidad:

TARJETA DE VACUNACIÓN

A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	1	2	3			Lote:	Laboratorio:
Meningitis C	1	2	3			Lote:	Laboratorio:
DTPa-Hib(*)	1					Lote:	Laboratorio:
DT	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
DTPa	1					Lote:	Laboratorio:
Td(*)		X				Lote: R16	Laboratorio: BER
Polio	1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
Triple Vírica	1	2	3			Lote:	Laboratorio:
Hepatitis B	1	2	3			Lote:	Laboratorio:

Fecha de administración: **2-2-2015** Puesto de vacunación: **P. PRECIOSA**

NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.

Nuevo teléfono:.....

(*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b

(**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

2.2. Carnet de vacunaciones

El carnet es el documento que sirve a las personas para acudir a las sucesivas citas, así como para conocer y acreditar su estado de vacunación. (Ver ejemplo 2)

En él se anotan:

- Fecha de vacunación.
- Las vacunas administradas (X).
- La fecha de la próxima vacunación.
- El puesto de vacunación.

EJEMPLO 2. CARNET DE VACUNACIÓN

VACUNAS	FECHAS	<i>1/3/01</i>	<i>2/5/01</i>	<i>2/7/01</i>	<i>3/4/02</i>	<i>5/7/02</i>	<i>1/2/06</i>			
POLIO		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>			
DIFTERIA NIÑOS		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>			
TÉTANOS		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>			
TOSFERINA		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>			
H.INFLUENZA E B		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>				
HEPATITIS B		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>						
MENINGOCOCO C		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>						
TRIPLE VÍRICA (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)					<i>X</i>		<i>X</i>			
DIFTERIA-ADULTOS										
Fecha en que debe volver:		<i>1/5/01</i>	<i>2/7/01</i>	<i>2/4/02</i>	<i>2/7/02</i>	<i>6 AÑOS</i>	<i>11 AÑOS</i>			
Firma del Vacunador o Puesto Vacunación		<i>PLAZA PRECIOSA</i>	<i>PLAZA PRECIOSA</i>	<i>PLAZA PRECIOSA</i>	<i>PLAZA PRECIOSA</i>	<i>PLAZA PRECIOSA</i>	<i>PLAZA PRECIOSA</i>			
OTRAS VACUNAS (excepto antialérgicas y anticatarrales):										
VACUNAS	FECHAS									
Fecha en que debe volver:										
Firma del Vacunador o Puesto Vacunación										
A RELLENAR POR EL PERSONAL VACUNADOR. PONER "X" DONDE PROCEDA										

2.3. Las etiquetas identificativas

Lo normal es que cuando los padres acuden al Centro de Salud para vacunar a su hijo/a, lleven las etiquetas identificativas para adherirlas en las tarjetas (ejemplo 1). Si por alguna circunstancia (pérdida, olvido, etc...) los padres no llevan las etiquetas, lo que tenemos que hacer es anotar en una tarjeta verde, con letra clara, el nombre y apellidos y la fecha de nacimiento del niño, lo que viene a ser igual que la etiqueta.

2.4. Tarjeta de alta en el programa

Cuando detectamos el caso de algún niño que no ha llegado a recibir en su domicilio el carnet de vacunaciones..., es posible que no esté dado de alta en el programa de vacunaciones, sobre todo si procede de otra comunidad autónoma o de otro país.

En tal caso hay que rellenar una tarjeta amarilla de alta:

TARJETA DE ALTA EN PROGRAMA DE VACUNACIÓN
A rellenar por el personal vacunador.:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Nombre madre/padre/Tutor: *JOSEFA*
Apellidos madre/padre/Tutor: *RUÍZ VALVERDE*
Nombre del niño: *JOSÉ*
Apellidos del niño: *GARCÍA RUÍZ*
Fecha Nac.: Sexo: *V* Telf.: *968 000000*
Calle/Plaza: *AVDA. JUAN DE BORBÓN*
Nº.: *0* Piso: *1ª* .D.P.: *30007* .Localidad: *MURCIA*

DATOS VACUNALES
A rellenar por el personal vacunador. Poner X donde proceda:

DTP+HB+Hib	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Lote:	Laboratorio:			
Meningitis C	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Lote:	Laboratorio:			
DTPa-Hib(*)		1		Lote:	Laboratorio:			
DT		1	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:
DTPa		1		Lote:	Laboratorio:			
Td(*)		1		Lote:	Laboratorio:			
Polio	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	Lote:	Laboratorio:	
Triple Vírica		1	2	3	Lote:	Laboratorio:		
Hepatitis B		1	2	3	Lote:	Laboratorio:		

Fecha de administración: *1-3-01* Puesto de vacunación: *PLAZA PRECIOSA*
NOTA: En caso de cambio de domicilio, el personal vacunador anotará, a continuación, el número de teléfono del vacunado.
Nuevo teléfono:.....

(*) DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular y Hemophilus Influenzae b
(**) Td: Tétanos, difteria de adultos.

Y anotar al dorso las dosis de vacunas que lleven puestas con anterioridad para que al darlos de alta en el registro, queden anotadas todas sus dosis.

2.5. Vacunación de inmigrantes. Registro de Vacunas

Siempre que capturemos a un inmigrante procederemos a revisar su estado vacunal, aprovechando cualquier visita al centro de salud.

Procederemos por este orden:

1.- Anotar en el dorso de una tarjeta verde o en cualquier otro documento las fechas de vacunación de las que lleva puestas, o hacer fotocopia de su carnet de vacunación, para enviarla con las demás tarjetas del mes.

2.- Anotar todos sus datos de identificación poniendo especial cuidado en el nombre y apellidos, que suelen dar lugar a confusión, en una tarjeta de alta en el programa de vacunación (amarilla).

3.- Iniciar o completar su vacunación de acuerdo con el calendario de vacunaciones para inmigrantes (pág.....)

2.6. Vacunación de escolares en el centro de salud

Normalmente los escolares de 11 y 14 años se vacunan en los colegios e institutos y sus vacunas se registran, mediante los documentos de vacunación escolar (anexo.). Algunos escolares se vacunan en el centro de salud, normalmente por no haberlo hecho en el colegio. **En estos casos sus dosis se registrarán mediante tarjetas verdes ordinarias del registro de vacunación** (ejemplo 1).

3. ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS. ASPECTOS PRÁCTICOS

Cuatro son las cuestiones a tener en cuenta a la hora de administrar las vacunas:

Primera.- Asegurarnos de qué vacuna debemos administrar en cada caso.

Para asegurarnos de la vacuna que debemos administrar en cada caso, lo primero que haremos es ver el carnet de vacunación del paciente y anotar en él y en la tarjeta de vacunación las vacunas que vamos a administrar (ejemplos 1 y 2), en todo momento durante la preparación de la vacuna tendremos a la vista el carnet de vacunación.

Segunda.- Descartar la existencia de contraindicaciones e informar sobre las posibles reacciones adversas.

Descartar la existencia de contraindicaciones e informar de las posibles reacciones adversas.

A tal fin interrogaremos al paciente, si es adulto, o a los padres si es un niño, sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Padece alguna enfermedad aguda o crónica?
- ¿Padece algún tipo de inmunodeficiencia el paciente o sus familiares directos?
- ¿Alergias conocidas a los componentes de las vacunas?
- ¿Está tomando algún medicamento?
- ¿Le han administrado gammaglobulina recientemente?
- ¿Ha presentado alguna reacción severa a anteriores dosis de vacuna?

Finalmente informaremos sobre la posibilidad de que se presenten algunos efectos secundarios, tales como fiebre, malestar general, inflamación, induración y dolor en el lugar de la inyección, dentro de las 48 horas siguientes a su administración en el caso de DTPA, HB, Hib, Meningo C.

Y la posibilidad de que aparezca malestar general, fiebre y en algún caso exantema a los 7 u 8 días de administrar la vacuna Triple Vírica.

En ambos casos se informará de la posibilidad de administrar paracetamol para el alivio de estos síntomas.

Tercera.- Elegir la vía y lugar de administración adecuada.

Se administran por vía **intramuscular profunda** todas las vacunas que contienen adyuvantes como el hidróxido y fosfato de aluminio, estas vacunas son DTPa, DTPe, HB, Td, T, Dt, y sus combinaciones, y meningococo C conjugada.

En los **niños de 2 a 18 meses**, se recomienda la **cara externa del muslo** (músculo vasto externo). A esta edad los músculos glúteos están poco desarrollados, de tal modo que abunda en la zona glútea el tejido graso. Si administramos la vacuna en tejido graso, su absorción podrá ser demasiado lenta, aumentando la frecuencia e intensidad de las reacciones locales de inflamación, induración y dolor, y quizás restar potencia a la vacuna.

Para llegar bien al muslo elegiremos la aguja de cono azul de 25mm de longitud, reservando la de cono naranja para niños de bajo peso, y para las inyecciones subcutáneas.

En los adultos y niños de 6, 11 y 14 años las vacunas de DTPa, Td y Hepatitis B se administran por vía intramuscular en el deltoides, utilizando aguja de cono azul y en el caso de algunos niños de 6 años con poca grasa se puede utilizar la aguja naranja de 16 mm de longitud.

Cuarta.- Preparar y administrar las vacunas

Atemperar y homogeneizar

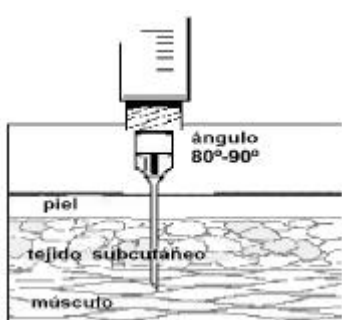
- La vacuna se saca del frigorífico, se disuelve (si es una preparación liofilizada), y se frota enérgicamente entre las manos con el fin de elevar su temperatura, para que no esté tan fría y sobre todo para conseguir la mezcla homogénea de todos sus componentes, sin grumos y sin que queden restos de vacuna adheridos a las paredes del frasco.

- Se extrae con una aguja y se inyecta con otra, pues los restos de vacuna que pudieran quedar adheridos al exterior de la aguja se depositarían en el tejido celular subcutáneo provocando irritación, inflamación, induración y dolor.

Esto es especialmente importante en las vacunas que administramos a los 2, 4, 6 18 meses y 6, 11 y 14 años (DTPe, DTPa, Hib, HB, Meningo C y Td).

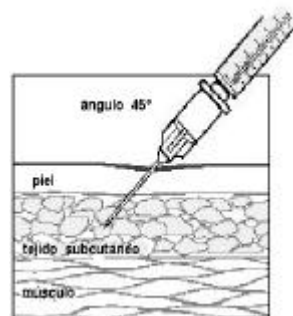
Inyección intramuscular

Se realiza sujetando firmemente la zona donde vamos a inyectar, introduciendo la aguja con un ángulo de 80-90°, y se inyecta lentamente.

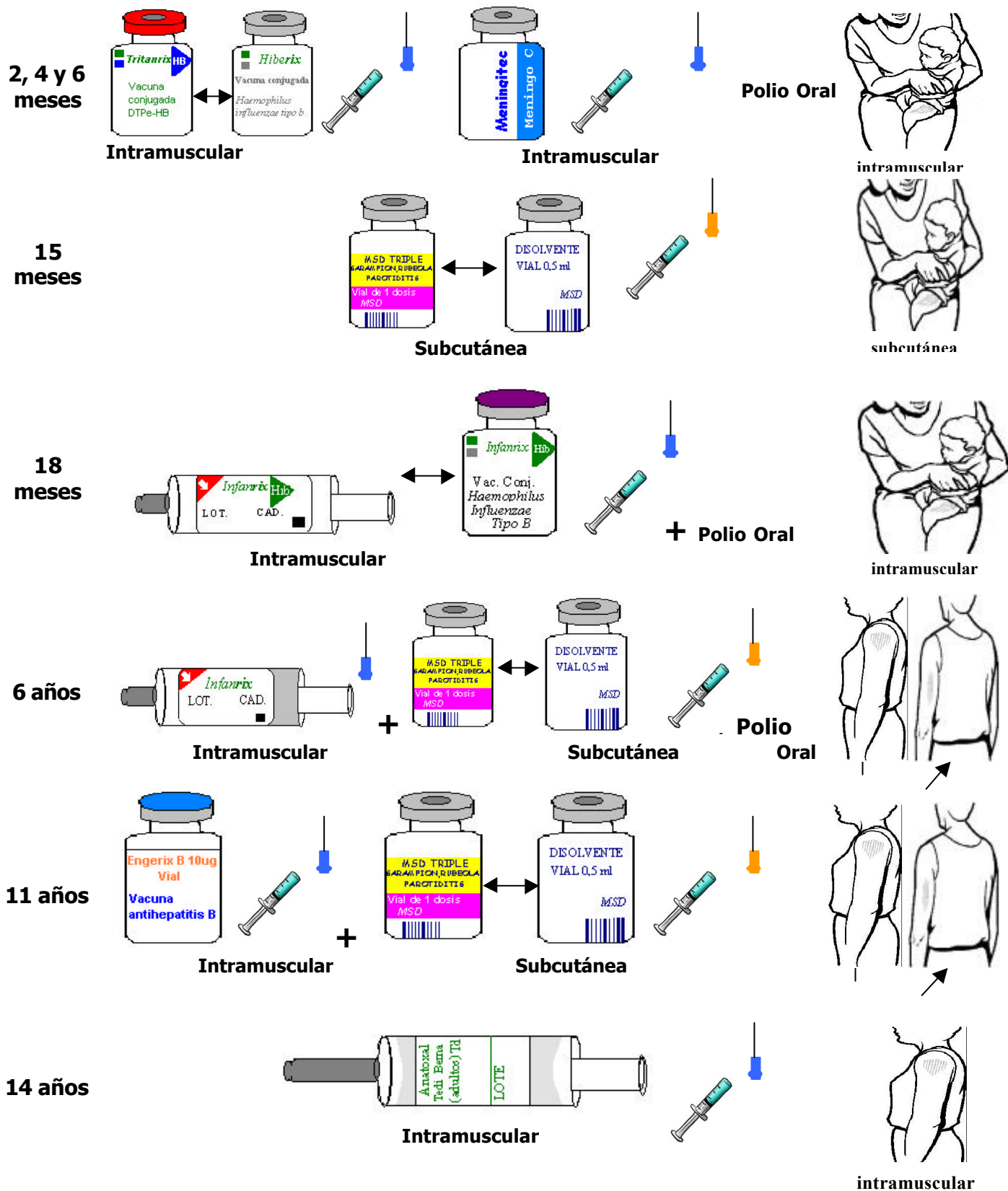


Inyección subcutánea

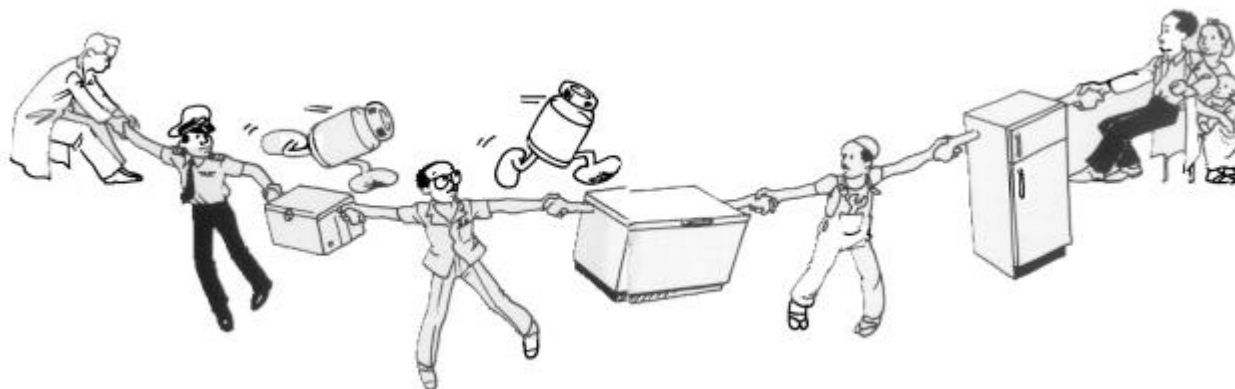
El mismo procedimiento descrito para la inyección intramuscular, pero cogiendo un pellizco y pinchando con un ángulo de 45° entre los pliegues formados por la piel pellizcada.



Calendario de vacunación infantil con los nombres comerciales de las vacunas que usamos actualmente y via de administración



4. CADENA DE FRÍO



Las vacunas son productos biológicos, que precisan para su correcta conservación ser almacenadas a una temperatura de entre 2 y 8° C.

Cada vacuna tiene una tolerancia distinta a la alteración de esta temperatura óptima. En general las vacunas de virus vivos (triple vírica y polio), toleran bien la congelación y son más resistentes al calor. Las demás no toleran la congelación, pero sí cierta elevación de temperatura, durante un tiempo limitado.

1.- Vacunas que no se afectan por la congelación:

- Polio y Triple Vírica (Sarampión, Rubeola y Parotiditis)

2.- Vacunas que no se deben utilizar tras la congelación:

- | | |
|---------|---------------------------------|
| - DTPe | - Neumocócica |
| - DTPa | - Polio inactivada |
| - Dt | - Hepatitis A y B |
| - Td | - Meningocócica C conjugada |
| - T | - Haemophilus influenzae tipo B |
| - Gripe | |

Vacuna	Exposición a temperatura < 0° C	Exposición a temperatura entre 8° C y 25° C
Polio Oral	Usar	<24 horas: usar en 3 meses >24 horas: desechar
Triple Vírica (liofilizado)	Usar	<24 horas: usar 24-72 horas: usar en 3 meses 3 días: desechar
DTP-Hib, DTPa-HIB, Hepatitis B, Hib, Polio inactivada, Gripe, Td/T	Desechar	< 5 días: usar 5 días: desechar

EN CASO DE ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO:

1º) **ANOTE LA HORA Y LA TEMPERATURA INTERIOR DE LA CÁMARA**, estos datos servirán para valorar la posible afectación de las vacunas.

2º) **COMPROBAR QUE LLEGA ELECTRICIDAD A LA CÁMARA**. Ver los automáticos en el cuadro eléctrico del centro.

3º) SI PERSISTE LA AVERÍA, **PONER LAS VACUNAS A SALVO EN OTRO/S REFRIGERADORES DEL CENTRO, E INCLUSO DE FUERA DEL CENTRO. (¡EL TIEMPO ES ORO!)**

4º) **LLAMAR A LOS TELÉFONOS 968.24.70.62 o 968.24.71.12**

Areas 1, 4, 5 y 6: FAX: **968365115**

Municipio de Murcia: FAX: **968247804**

Area II (Cartagena): FAX: **968326690**

Area III (Lorca): FAX: **968441183**

5. CALENDARIOS DE VACUNACIÓN

5.1. Calendario de vacunación infantil

CALENDARIO VACUNAL INFANTIL

VIGENTE A PARTIR DEL AÑO 2001

EDAD	Difteria	Tétanos	Tosferina	H.i.b.	Hepatitis B*	Polio	Triple Vírica** (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)
MESES	2	●	●	●	●	●	
	4	●	●	●	●	●	
	6	●	●	●	●	●	
	15						●
	18	●	●	● acelular	●	●	
AÑOS	6	●	●	● acelular		●	●
	11				●		●
	14	● Difteria Tipo Adulto	● ***				

En recién nacidos de madre portadora de AgsHB. 1ª dosis de vacuna e inmunoglobulina al nacer, la 2ª dosis de vacuna a los 2 meses, y la 3ª a los 6 meses.

** En situación de especial riesgo, se puede adelantar a los 9 meses, revacunando a los 15.

*** Conviene administrar la vacuna antitetánica-antidiftérica tipo adulto cada 10 años, durante toda la vida.

5.2. Calendario de vacunación para inmigrantes (2002)

EL ORIGINAL REDUCIDO A TAMAÑO DIN A4

5.3. Calendario de vacunación para adultos

EL ORIGINAL REDUCIDO A DIN A4

CALENDARIO DE VACUNACIÓN PARA ADULTOS (CONTINUACIÓN)

ANEXO 1. Contraindicaciones, precauciones y falsas contraindicaciones

Cuadro. Guía de contraindicaciones y precauciones de la inmunizaciones, enero de 1997

Observación. Esta información se basa en las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) y del Comité sobre Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics (AAP). A veces estas recomendaciones difieren de las contenidas en el prospecto del envase del fabricante. Para obtener información más detallada los prestadores deben consultar las recomendaciones publicadas por el ACIP y la AAP y la contenida en los prospectos del envase del fabricante.

Vacuna	Contraindicaciones y precauciones reales	No reales (se pueden administrar las vacunas)
GENERAL PARA TODAS LAS VACUNAS (DTP/DTPa, OPV, IPV, TRIPLE VÍRICA, Hib, HBV, Var)	<p>La reacción anafiláctica a una vacuna contraindica otras dosis de esa vacuna.</p> <p>La reacción anafiláctica a un componente de la vacuna contraindica el uso de vacunas que contengan esa sustancia.</p> <p>Enfermedades moderadas o graves con fiebre o sin ella.</p>	<p>Reacción local leve a moderada (dolor, enrojecimiento, tumefacción) luego de una dosis de un antígeno inyectable.</p> <p>Fiebre de bajo grado o moderada después de una dosis previa de la vacuna.</p> <p>Enfermedad aguda leve con fiebre de bajo grado o sin ella.</p> <p>Tratamiento actual con antibióticos.</p> <p>Fase de convalecencia de enfermedades.</p> <p>Prematurez (igual dosis e indicaciones que para los lactantes normales de término).</p> <p>Exposición reciente a una enfermedad infecciosa.</p> <p>Antecedentes de alergia a la penicilina u otras alergias inespecíficas o el hecho de que los familiares tengan estas alergias.</p> <p>Embarazo de la madre o de un contacto doméstico.</p> <p>Contacto doméstico no vacunado.</p>
DTP/DTPa	<p>Encefalopatía dentro de los 7 días de la administración de la dosis previa de DTP/DTPa.</p> <p>Precauciones:</p> <p>Fiebre 40,5°C dentro de las 48 horas posteriores a la vacunación con una dosis previa de DTP/DTPa.</p> <p>Colapso o estado similar al shock (episodio hipotónico-hiporreactivo) dentro de las 48 horas de haber recibido una dosis previa de DTP/DTPa (véase nota al pie 2 con respecto al manejo de los niños con antecedentes personales de convulsiones en cualquier momento)</p> <p>Llanto persistente e inconsolable que dura 3 horas, dentro de las 48 horas de haber recibido una dosis de DTP/DTPa</p> <p>Síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis³</p>	<p>Antecedentes familiares de convulsiones²</p> <p>Antecedentes familiares de síndrome de muerte súbita del lactante</p> <p>Antecedentes familiares de un efecto adverso luego de la administración de DTP/DTPa</p>
POLIO ORAL	<p>Infección por HIV o un contacto doméstico con infección por HIV</p> <p>Inmunodeficiencia conocida (tumores hematológicos y sólidos; inmunodeficiencia congénita y tratamiento inmunosupresor prolongado)</p> <p>Contacto doméstico inmunodeficiente</p> <p>Precaución¹: embarazo</p>	<p>Lactancia</p> <p>Antibioticoterapia actual</p> <p>Diarrea leve</p>
POLIO INACTIVADA	<p>Reacción anafiláctica a la neomicina o a la estreptomina</p> <p>Precaución¹: embarazo</p>	
TRIPLE VÍRICA (Sarapión, Rubeola, Parotiditis)	<p>Reacción anafiláctica a la neomicina</p> <p>Embarazo</p> <p>Inmunodeficiencia conocida /tumores hematológicos y sólidos; inmunodeficiencia congénita; infección grave por HIV y tratamiento inmunosupresor prolongado)</p> <p>Reacción anafiláctica a la gelatina</p> <p>Precauciones^{1,6}:</p> <p>Administración reciente (dentro de los 3 a 11 meses, dependiendo del producto y de la dosis) de inmunoglobulina</p> <p>Trombocitopenia y antecedentes de púrpura trombocitopénica⁷</p>	<p>Tuberculosis o PPD positiva</p> <p>Reacción simultánea a la tuberculina⁵</p> <p>Lactancia</p> <p>Embarazo de la madre del receptor</p> <p>Miembro de la familia o contacto doméstico inmunodeficiente</p> <p>Infección por HIV</p> <p>Reacciones no anafilácticas a los huevos o a la neomicina</p>
Hib	Ninguna	
Vacuna contra la hepatitis B	Reacción anafiláctica a la levadura de cerveza	Embarazo
Vacuna contra la varicela	<p>Reacción anafiláctica a la neomicina y a la gelatina</p> <p>Infección por HIV</p> <p>Inmunodeficiencia conocida (tumores hematológicos y sólidos; inmunodeficiencia congénita y tratamiento inmunosupresor prolongado)</p> <p>Embarazo</p> <p>Precaución¹:</p> <p>Administración reciente (dentro de los 5 meses) de inmunoglobulina⁸</p> <p>Antecedentes familiares de inmunodeficiencia⁹</p>	<p>Inmunodeficiencia en un contacto doméstico</p> <p>Contacto doméstico con infección por HIV</p> <p>Embarazo de la madre del receptor</p>

Cuadro. Guía de contraindicaciones y precauciones de las inmunizaciones, enero de 1997. (Continuación)

1. Los sucesos o trastornos enumerados como precauciones, si bien no constituyen contraindicaciones, deben ser revisados con cuidado. Se deben considerar los beneficios y los riesgos de administrar una vacuna específica en estas circunstancias. Si se cree que los riesgos superan a los beneficios la inmunización debe ser suspendida; si se cree que los beneficios superan a los riesgos (por ejemplo, durante un brote o un viaje al extranjero) se debe administrar la inmunización. La decisión de administrar o no la DTPa o la DTP a los niños con trastornos neurológicos subyacentes comprobados o sospechados y cuándo hacerlo debe tomarse en forma individual. Sobre la base de fundamentos teóricos, es prudente evitar la vacunación de las mujeres embarazadas. Sin embargo, si la paciente requiere protección inmediata contra la poliomielitis debe recibir la vacuna OPV y no la IPV.
2. Debe considerarse la administración de acetaminofeno antes de la inmunización con DTPa o DTP y después cada 4 horas durante 24 horas en los niños con antecedentes personales de convulsiones o con antecedentes familiares de convulsiones en hermanos o padres.
3. La decisión de administrar dosis adicionales de DTPa o de DTP debe basarse en la consideración del beneficio de otra vacunación versus el riesgo de recurrencia del síndrome de Guillain-Barré. Por ejemplo, se justifica completar la serie primaria en los niños.
4. Existe el riesgo teórico de que la administración de varias vacunas de virus vivos (p.rj. OPV y Triple Vírica) dentro de los 30 días (4 semanas) de la otra si no se administra en el mismo día produzca una respuesta inmune subóptima. Sin embargo, no existe ningún dato para sustanciarlo.
5. La vacunación contra el sarampión puede suprimir transitoriamente la reactividad tuberculínica. La vacuna TRIPLE VÍRICA puede administrarse después de la prueba tuberculínica o el mismo día. Si se ha administrado la vacuna TRIPLE VÍRICA recientemente se debe posponer la reacción tuberculínica hasta 4-6 semanas después de la administración de la TRIPLE VÍRICA. Si se administra la vacuna TRIPLE VÍRICA simultáneamente con la reacción tuberculínica se debe utilizar la reacción de Mantoux y no la prueba con punciones múltiples, porque ésta requiere confirmación en caso de ser positiva, lo que deberá posponerse 4-6 semanas.
6. En el pasado una reacción anafiláctica a la ingestión de huevos se consideraba una contraindicación a menos que se hubiera realizado la prueba cutánea y, si estaba indicada, la desensibilización. Sin embargo, ya no se recomienda la reacción cutánea. Para mayor información véanse las recomendaciones de la AAP en el *Red Book* 1997 y del ACIP.
7. La decisión de vacunar debe basarse en la consideración de los beneficios de la inmunidad al sarampión, la parotiditis epidémica y la rubéola versus el riesgo de recurrencia o exacerbación de la trombocitopenia posterior a la vacunación o de las infecciones naturales causadas por los virus del sarampión o la rubéola. En casi todos los casos los beneficios de la vacunación serán mucho mayores que los riesgos potenciales y justificarán la administración de la vacuna TRIPLE VÍRICA, particularmente en vista del riesgo aún mayor de trombocitopenia después de la enfermedad sarampionosa o rubéolica. Sin embargo, si ha habido un episodio previo de trombocitopenia en estrecha proximidad temporal con la vacunación tal vez sea prudente no administrar una dosis posterior.
8. No se debe administrar la vacuna contra la varicela durante 5 meses como mínimo después de la administración de sangre (excepto eritrocitos lavados) o transfusiones de plasma, inmunoglobulina o VZIG. No se debe administrar inmuglobulina o VZIG durante 3 semanas después de la vacunación a menos que sus beneficios sean superiores a los de la vacunación. En estos casos el vacunado debe volver a recibir la vacuna 5 meses más tarde o se debe evaluar su inmunidad 6 meses después y revacunarla si es gramnegativo.
9. No se debe administrar la vacuna contra la varicela a un miembro de la familia con antecedentes familiares de inmunodeficiencia hasta que se haya documentado el estado inmune del receptor y de los otros niños de la familia.

ANEXO 2. NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIA DE ROTURA DE LA CADENA DE FRIO

PUESTO DE VACUNACIÓN:

NOMBRE DEL RESPONSABLE:

Fecha en la que se produjo la avería: ____/____/____.

- Duración aproximada:

Interrupción de funcionamiento: _____ horas.

Congelación: _____ horas.

Descongelación: _____ horas.

- Avería que la ha condicionado (descripción breve de lo ocurrido):

- Temperatura actual del frigorífico: _____ °C

- T^a del frigorífico máxima registrada: _____ °C

- T^a del frigorífico mínima registrada: _____ °C

- Vacunas afectadas:

Polio Oral : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote: _____ fecha caducidad: _____

Polio Inactivada.. : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote: _____ fecha caducidad: _____

DTPa-HB-Hib : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote: _____ fecha caducidad: _____

Meningitis C : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

DTPa-Hib : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

Hepatitis B..... : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

Triple Vírica..... : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

Hib..... : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

DTPa..... : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

Td..... : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

Gripe..... : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

Pneumococo 23. : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

Pnerumococo 7.. : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

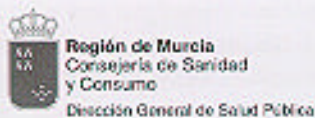
Otras : N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

N. Comercial: _____ nº dosis ___ lote _____ fecha caducidad: _____

ANEXO 3. HOJA DE DECLARACIÓN DE NÚMERO DE DOSIS DE VACUNAS ADMINISTRADAS. MENSUAL



HOJA DE DECLARACION DE NUMERO DE DOSIS DE VACUNAS ADMINISTRADAS. MENSUAL

Programa de vacunaciones

Centro de Salud / Municipio:

Relativo al mes:

Fecha actual:

• Poner n.º de dosis en cada casilla:

VACUNACION INFANTIL	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	4.ª dosis
Polio				
DTP-HB-Hib				
Meningitis C				
DTPa-Hib				
TV				

VACUNACION ESCOLAR	6 años	11 años			14 años
Polio					
DTPa					
Td					
TV					
HB		1.ª	2.ª	3.ª	
Mantoux	POSITIVO	NEGATIVO			

VACUNACION ADULTO	1.ª	2.ª	3.ª	R
Tétanos				
TV				
Polio Inyectable				
Otras:				

NOTA: Enviar estos datos al Programa de Vacunaciones (Consejería de Sanidad, preferiblemente vía Fax: 988 36 51 15) dentro de los cinco primeros días del mes siguiente al declarado.