SALUD CENSIA SEDENA MARINA IMSS IMSS ISSSTE PEMEX

LINEAMIENTOS TÉCNICOS

ACTIVIDADES INTENSIVAS DE VACUNACIÓN CONTRA LA POLIOMIELITIS EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD. MÉXICO, 2022.

PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

ÍNDICE

1 ***Introducción*** 3

2 ***Antecedentes de la enfermedad*** 3

2.1 Situación global de la erradicación de poliomielitis 3

2.2 Hitos de la poliomielitis en México 4

2.3 Vacunación antipoliomielítica en México, 2021. 6

2.4 Riesgo de eventos y brotes por poliovirus 7

3 ***Marco normativo*** 8

4 ***Justificación*** 9

5 ***Objetivos*** 9

5.1 Objetivo general 9

5.2 Objetivos específicos 9

6 ***Estrategias de vacunación*** 10

6.1 Nivel Federal 10

6.2 Nivel Estatal 10

6.3 Nivel Jurisdiccional, delegacional, municipal y local 11

7 ***Planeación*** 11

7.1 Descripción de la vacuna, vía y sitio de aplicación 11

7.2 Población objetivo 11

7.3 Estimación de la población a vacunar 12

7.4 Duración y alcance 12

8 ***Vacunación segura*** 13

8.1 Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización 13

8.2 Errores programáticos o técnicos 13

8.3 Vacunación en el contexto de la pandemia por la COVID-19 13

9 ***Registro de logros*** 15

1 INTRODUCCIÓN

La poliomielitis es una enfermedad infecciosa que, en la época endémica era la principal causa de discapacidad temporal y permanente en menores de 5 años a nivel global, teniendo una gran trascendencia social para el desarrollo pleno de las potencialidades físicas de la población.

La vacunación como medida preventiva para este padecimiento, con la vacuna de poliovirus inactivados tipo Salk (introducida en 1956) y posteriormente el uso generalizado a partir del año 1962 de la vacuna antipoliomielítica oral tipo Sabin en México, permitieron la disminución continua del número de casos de la enfermedad al aumentar la cobertura de vacunación y concluir con el último caso reportado en México en el año 1990. Por otra parte, el éxito obtenido a nivel global y en el continente americano, propiciaron que, en 1985 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y en 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la 41ª Asamblea Mundial de la Salud se postulara a la poliomielitis como una enfermedad a erradicar a nivel global.

Los presentes lineamientos, derivan de la situación actual de rezago en la cobertura de vacunación antipoliomielítica en menores de 1 año de edad con tres dosis de la vacuna de poliovirus inactivados contenida en la formulación del biológico Hexavalente acelular, lo que supone un riesgo potencial para el país de que se presenten eventos y/o brotes de poliovirus, aun cuando continua eliminada la poliomielitis en México.

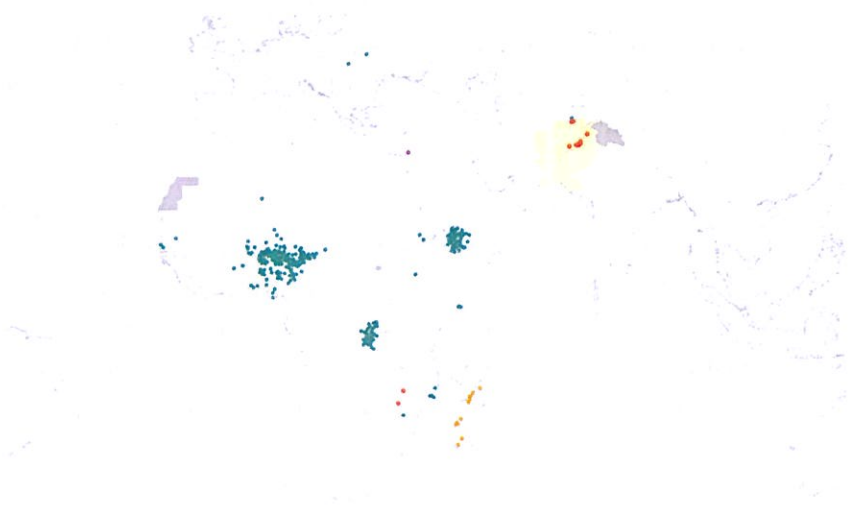
2 ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

2.1 SITUACIÓN GLOBAL DE LA ERRADICACIÓN DE POLIOMIELITIS

Los resultados de las estrategias globales de erradicación han permitido la disminución en un 99.9 % de los casos de poliomielitis hasta el año 2021, en el cual se identificó la transmisión endémica de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en únicamente dos países (Afganistán y Pakistán), dando lugar en 2015 a la declaración de la erradicación de poliovirus salvaje tipo 2 (WPV2) y del poliovirus salvaje tipo 3 (WPV3) en el 2019.

Pese a estos importantes logros, los casos de poliomielitis atribuibles a poliovirus derivados de la vacuna (VDPV) superan a los casos atribuibles a poliovirus silvestres. En los últimos 12 meses a nivel global, el 98 % (647 de los 660 casos) corresponden a casos de parálisis atribuibles al tipo 2; 12 casos atribuibles a VDPV1 en Madagascar y 1 caso por cVDPV3 en Israel (Figura 1).

Figura 1. Casos de poliomielitis por WPV1 y cVDPV en 2021-2022. Ultimos 12 meses.



Casos WPV1		
Pakistán	12	18-jun-22
Mozambique	1	25-mar-22
Afganistán	4	14-ene-22
Malawi	1	19-nov-21
Casos cVDPV1		
Madagascar	12	27-mar-22
Casos cVDPV2		
Ghana	1	04-jun-22
Benin	2	25-may-22
Niger	24	23-may-22
Nigeria	307	15-may-22
Chad	8	11-may-22
RD Congo	80	24-abr-22
Algeria	1	11-abr-22
Mozambique	5	26-mar-22
Yemen	119	21-mar-22
Eritrea	2	02-mar-21
Somalia	2	18-feb-22
Togo	1	21-ene-22
Ucrania	2	24-dic-21
Senegal	3	27-oct-21
Camerún	3	11-oct-21
Etiopía	3	16-sep-21
Tajikistán	2	25-jul-21
Guinea Bissau	1	15-jul-21
Afganistán	1	09-jul-21
Casos cVDPV3		
Israel	1	12-feb-22

Fuente: WHO – GPEI al 20 Jul. 2021 a 19 Jul. 2022.

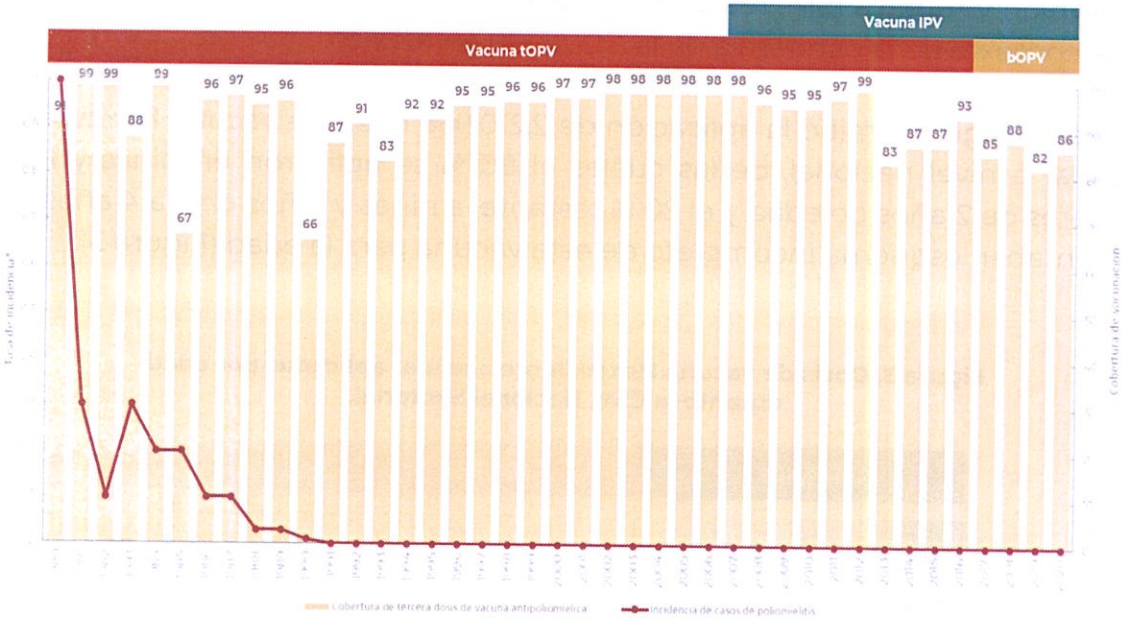
2.2 Hitos de la poliomielitis en México

En México, el registro de casos de poliomielitis paralítica se inició en 1937, como evento de notificación inmediata. Del periodo de 1937 a 1990 se registraron más de 30,138 casos, con la mayor incidencia en la década de los 50's, en esta época la enfermedad tenía un comportamiento estacional con exacerbaciones bianuales, cada año se reportaba un promedio de 1,200 casos, el 95 % de los cuales eran ocasionado por los serotipos 1 y 2.

La vacunación antipoliomielítica inició en 1956 con la aplicación de la vacuna inactivada de poliovirus (IPV) en zonas de alta incidencia, en 1962 fue sustituida por la vacuna oral de poliovirus atenuados tipo Sabin (OPV) monovalente que protegía específicamente contra el serotipo 1 (PV1).

En 1980 se fortalecieron las acciones rutinarias de vacunación con la implementación de las Semanas Nacionales de Vacunación contra la Poliomielitis (SNV) y en 1986 se crearon los Días Nacionales de Vacunación antipoliomielítica (DNV) que sustituyeron a las SNV, a partir de este año se aplicó la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV), estas estrategias de vacunación dieron como resultado la disminución progresiva del número de casos de poliomielitis, hasta la presencia de sólo siete casos en 1990, año donde el 18 de octubre se registró el último caso causado por el poliovirus salvaje tipo 3 en Tomatlán Jalisco, México.

Figura 2. Cobertura de vacunación e incidencia de poliomielitis por poliovirus silvestres, México 1980-2020.



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Anuarios de morbilidad; CENSIA: datos históricos de cobertura de vacunación. Hernández I, Díaz J, Cruz L, Descripción y evaluación de las estrategias nacionales de vacunación y cobertura de vacunación antipoliomielítica en México en el periodo 1991-2014.

Pese a la disminución de casos de poliomielitis y a la eliminación de este padecimiento a nivel global, se observó la incidencia de casos de poliomielitis atribuibles a VDPV, principalmente del serotipo 2. Por este motivo, en el "Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018" de la OMS, se recomendó retirar el serotipo 2 de la vacuna oral, denominándose a este procedimiento "Switch", por lo que a partir de 2016 se instrumentó el cambio de la vacuna oral tOPV por la bOPV a nivel global.

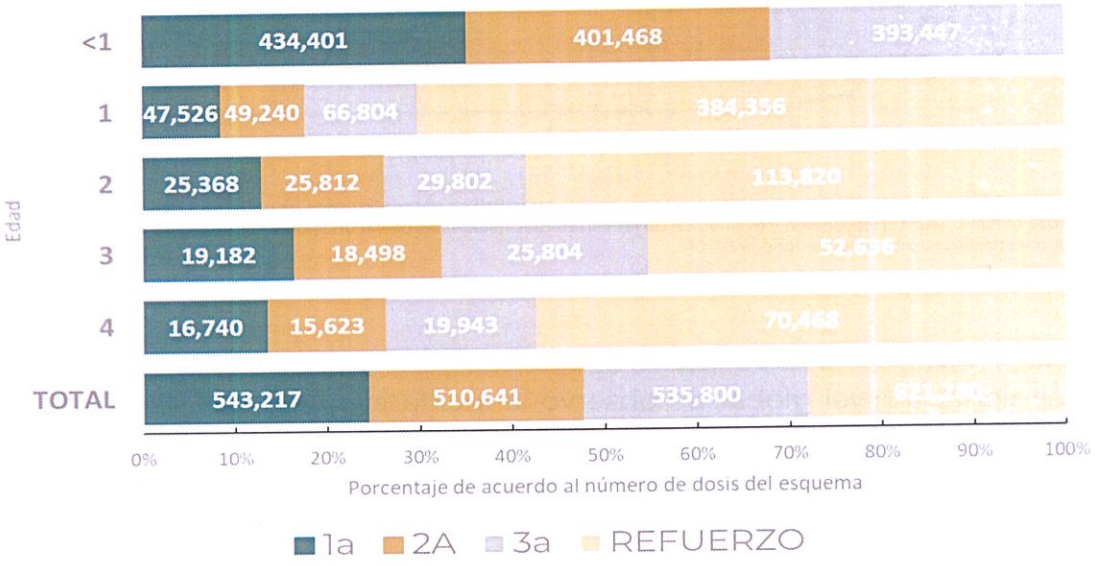
Derivado del análisis de riesgo de eventos de poliovirus y brotes por poliovirus, se identificaron coberturas insuficientes de vacunación de la vacuna IPV (Hexavalente acelular), la cual confiere protección contra los tres serotipos, mostrando una disminución persistente desde el 2013. Considerando que la vacuna bOPV, aplicada en fases intensivas, sólo ofrece protección contra los serotipos 1 y 3, y que el riesgo de poliomielitis por VDPV es mayor para el serotipo 2, en nuestro país se realizó por última vez una campaña de vacunación con la vacuna bOPV del 23 de marzo al 17 de abril del 2020.

Los cambios en el esquema de inmunización antipoliomielítica permitieron concentrar los esfuerzos de vacunación en la puesta al día de esquemas de vacunación con la vacuna Hexavalente acelular en niñas y niños de 2 a 59 meses

de edad, como actividad complementaria de la Campaña de seguimiento de sarampión y rubéola (SR), realizada del 19 de abril al 03 de septiembre del 2021, en el contexto de la pandemia de la COVID-19 en México.

Esta estrategia permitió la aplicación de 2,210,938 dosis de vacuna Hexavalente acelular a nivel nacional, de las cuáles el 80 % se aplicaron en niñas y niños menores de 2 años de edad y el 20 % restante, a niñas y niños de 2 a 4 años que presentaban esquema incompleto de esta vacuna para la edad (Figura 3).

Figura 3. Dosis de vacuna Hexavalente acelular aplicadas por edad durante la CSV, Nacional Sectorial.

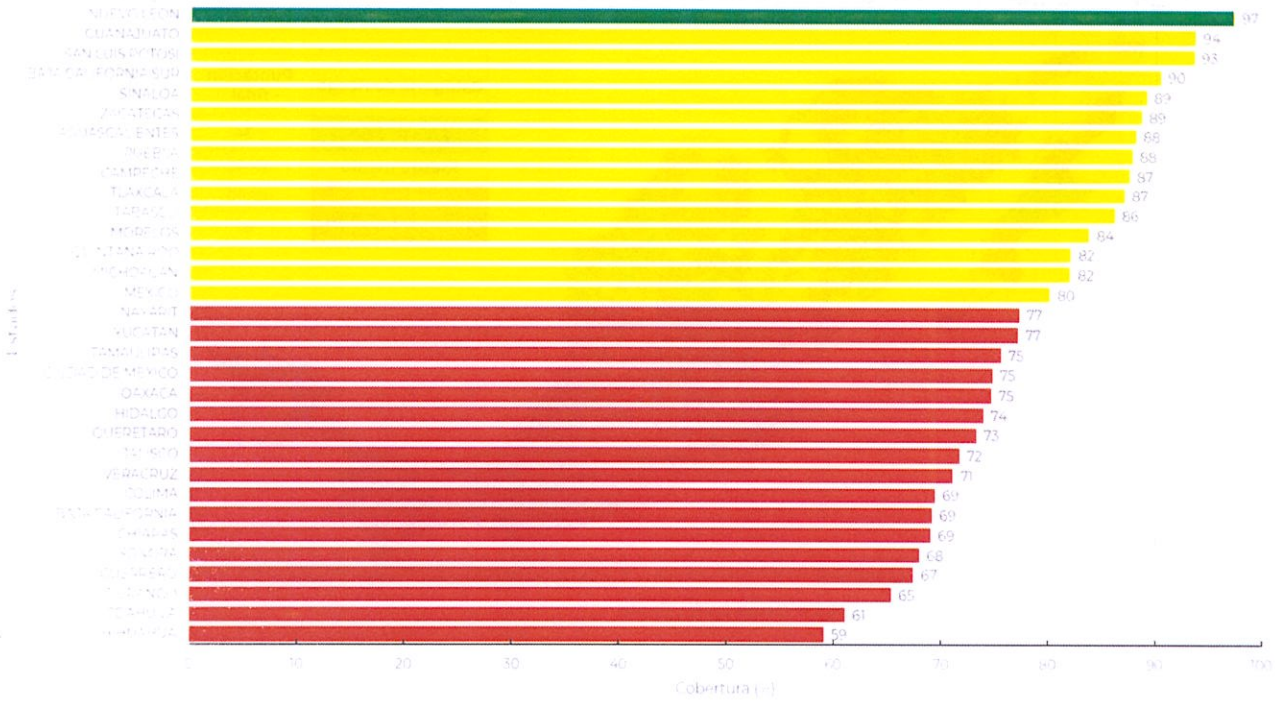


Fuente: Sistema de Información, CENSIA.

2.3 Vacunación antipoliomielítica en México, 2021.

Al cierre del año 2021, la cobertura de vacunación para la 3ª dosis de vacuna Hexavalente acelular en niñas y niños menores de 1 año de edad a nivel nacional fue del 78 %, sin embargo, en el análisis por entidad federativa se observa heterogeneidad de la cobertura, siendo Nuevo León el único estado que alcanzó una cobertura de 97 %, con lo que se cumple el indicador de cobertura ≥ 95 %. De las 31 entidades restantes, 14 alcanzaron coberturas del 80-94 % y 17 entidades tienen coberturas menores al 80 % (Figura 4).

Figura 4. Cobertura de vacunación con la IPV3 (Hexavalente 3) por entidad federativa, México, 2021.



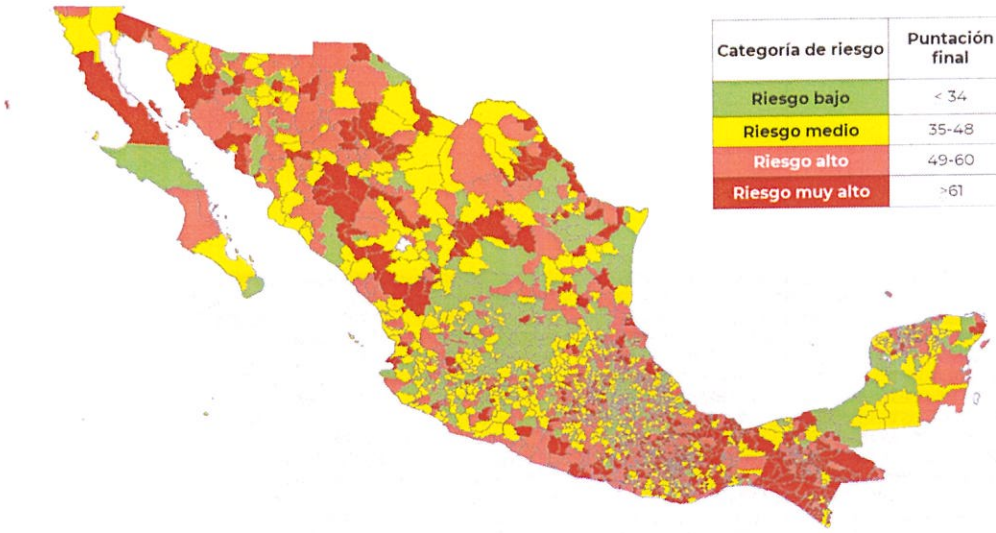
Fuente: RDA-SIS remitidos al CENSIA.

2.4 Riesgo de eventos y brotes por poliovirus

En el contexto de las acciones para avanzar hacia la Certificación de la erradicación de la poliomielitis, se realizó un análisis de riesgo de evento o brote por poliovirus en México a nivel municipal, utilizando la herramienta para la categorización del riesgo con base en el puntaje obtenido en la ponderación de indicadores de vacunación, vigilancia epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA), casos y brotes de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) en los últimos 5 años y el acceso a servicios básicos de agua e higiene.

Los resultados del análisis a nivel municipal con base en la información del año 2021 categorizan al 47 % de los municipios del país (1,149 municipios) en alto y muy alto riesgo de evento o brote por poliovirus, 31 % en riesgo medio (772 municipios) y al 22 % en riesgo bajo (Figura 5).

Figura 5. Categorización del riesgo de evento o brote por poliovirus a nivel municipal.



Categoría de riesgo	Puntación final	Municipios
Riesgo bajo	< 34	**548** (22%)
Riesgo medio	35-48	**772** (31%)
Riesgo alto	49-60	**657** (27%)
Riesgo muy alto	>61	**492** (20%)

Fuente: Elaboración propia. Datos: DGE-CENSIA.

3 MARCO NORMATIVO

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4° Derecho a la salud.
2. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
3. Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2019-2024.
4. Programa de Acción Específico del Programa de Vacunación Universal.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
7. Norma Oficial Mexicana NOM 220-SSA1-2016, Instalación y operación de la Farmacovigilancia.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
9. Manual de Vacunación. CENSIA 2021.
10. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI). DGE 2020.

4 JUSTIFICACIÓN

Debido a la pandemia por la COVID-19, se observó la disminución en la vigilancia epidemiológica de la PFA y en las actividades de vacunación a nivel global, aun cuando fueron consideradas como actividades esenciales en la mayoría de los países, situación que aumenta el riesgo de eventos y brotes en caso de importación de poliovirus salvaje o de poliovirus derivado de vacuna circulante (cVDPV) en los países que han logrado la eliminación de este padecimiento.

Por lo anterior, es necesario fortalecer las coberturas de vacunación antipoliomielítica, para prevenir eventos de poliovirus y brotes de poliomielitis asociados a la importación de poliovirus salvajes o derivados de la vacuna en México, contribuyendo a su vez a la validación de los componentes de cobertura de vacunación y contención de la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis.

Adicionalmente, al utilizar la vacuna hexavalente acelular además de proteger contra la poliomielitis, se contribuye a la protección contra las enfermedades causadas por *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium tetani*, *Bordetella pertussis*, virus de Hepatitis B y *Haemophilus influenzae tipo b*.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Elevar la cobertura de vacunación antipoliomielítica en menores de 1 año, mediante la aplicación de la vacuna de poliovirus inactivados (IPV), contenida en la formulación antigénica múltiple conocida como vacuna Hexavalente acelular, para disminuir el riesgo de eventos y brotes por poliovirus en México.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Alcanzar la cobertura de vacunación homogénea ≥95 % con la 3ª dosis de vacuna IPV (hexavalente acelular) en el Programa de Vacunación Universal (PVU) 2022.
- Aumentar las coberturas de vacunación en 17 estados prioritarios con alto riesgo de eventos o brotes por poliovirus mediante la implementación de planes subnacionales.

- Contribuir a la protección contra las enfermedades causadas por *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium tetani*, *Bordetella pertussis*, virus de Hepatitis B y *Haemophilus influenzae tipo b*.

6 Estrategias de vacunación

Atendiendo a las características de universalidad del Programa de Vacunación, se deberán disminuir las oportunidades perdidas de vacunación, garantizando el cumplimiento de las siguientes responsabilidades y estrategías.

6.1 Nivel Federal

1. Establecer las prioridades de acción, definir metas, plazos, responsabilidades y recursos para cada uno de los componentes del programa.
2. Capacitar a los responsables del Programa de Vacunación Universal, referente a los presentes lineamientos.
3. Coordinar y proporcionar asesoría a las entidades federativas.
4. Monitorear y evaluar el cumplimiento de las metas.
5. Documentar las actividades y elaborar el Informe Nacional de la Campaña.

6.2 Nivel Estatal

1. Respetar e implementar acciones para cumplir con los acuerdos generados en la planeación interinstitucional, para lograr la operación eficiente de la campaña de vacunación por las unidades de salud en su ámbito de aplicación y responsabilidad poblacional.
2. Ejecutar y coordinar la campaña de vacunación y proporcionar asesoría técnica al nivel jurisdiccional.
3. Acordar, previo al arranque de la campaña, las áreas en donde se colocarán puestos de vacunación fijos, semifijos y móviles, según institución, con base en la categorización municipal de riesgo.
4. Orientar y armonizar las actividades operativas, a partir de la definición de los objetivos y metas nacionales, contextualizadas en el análisis de la situación local, según las características de la población.
5. Participación de los líderes de la comunidad, en las estrategias de comunicación social (impresa, de persona a persona, pinta de bardas, redes sociales, perifoneo, etc.) que permitan la promoción y uso de los servicios de vacunación, incluyendo horarios y fechas de colocación de puestos de vacunación.

6. Asegurar la capacitación al personal de salud referente a los presentes lineamientos, bajo el principio de vacunación segura, a fin de cubrir satisfactoriamente las metas y abatir oportunidades perdidas de vacunación, así como en red de frío, y registro de la información.
7. Monitorear y evaluar el cumplimiento de las metas a nivel estatal y municipal.
8. Elaborar el informe final a nivel estatal firmado de conformidad por cada uno de los representantes de todas las Instituciones.

6.3 Nivel Jurisdiccional, delegacional, municipal y local

1. Vacunación en todas las unidades de salud del Sector Salud.
2. Colocación permanente de puestos de vacunación en las unidades de primer, segundo nivel y de proceder en las de tercer nivel. Así como organización de brigadas de vacunación para la realización de barridos casa a casa.
3. En todas las unidades de salud, puestos fijos/semifijos y brigadas de vacunación se deberá ofertar el servicio de vacunación y vacunar a toda la población del grupo blanco que la solicite, sin distinción de derechohabiencia de las personas.
4. Prestación de servicios de vacunación durante todo el horario de trabajo de las unidades de salud, considerando que en los lugares que se requiera, deberán ampliarse los horarios de vacunación y la oferta de servicios de vacunación en sábado y domingo.

7 Planeación

7.1 Descripción de la vacuna, vía y sitio de aplicación

La vacuna Hexavalente acelular es una preparación de vacuna antipertussis acelular con toxoides diftérico y tetánico, anti poliomielítica inactivada, anti hepatitis B recombinante y conjugado de *Haemophilus influenzae tipo b*, adsorbida.

La vía de aplicación es intramuscular (IM) en todos los grupos de edad en los que está indicada la vacunación. Para los menores de 18 meses de edad, se aplica en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo derecho, y a partir de los 18 meses de edad en la región deltoidea del brazo izquierdo.

7.2 Población objetivo

El esquema básico consiste en 3 dosis de 0.5 mL administradas a los 2, 4 y 6 meses de edad, a intervalos de al menos 4 semanas. Por lo que, la población objetivo de

la Campaña son las niñas y niños menores de un año de edad, con esquema incompleto para la edad.

Cuadro 2. Esquema de vacunación antipoliomielítica en México 2022.

Tipo de vacuna	Hexavalente acelular (DPaT+IPV+HB+Hib)			
Dosis	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Dosis de Refuerzo
Dosis de IPV correspondiente	**Polio 1**	**Polio 2**	**Polio 3**	**Polio 4**
Edad de administración	2 meses	4 meses	6 meses	18 meses

Fuente: Manual de Vacunación 2021 (3).
Notas: *DPaT*: Vacuna triple bacteriana contra Difteria, tétanos y tosferina acelular
IPV: Vacuna antipoliomielítica de poliovirus inactivados
HB Vacuna antihepatitis B.
Hib: Vacuna anti *Haemophilus influenza* tipo b.

7.3 Estimación de la población a vacunar

La población por vacunar durante la actividad intensiva se obtendrá de acuerdo con la estimación de rezagos en vacunación al primer semestre del 2022, de acuerdo con la población de responsabilidad institucional para el año 2022.

7.4 Duración y alcance

La campaña de vacunación **iniciará el 05 de septiembre de 2022 y terminará el 25 de noviembre de 2022.** Considerándose dos etapas:

Etapa intensiva: Se realizarán acciones intensivas para iniciar o completar esquemas de vacunación con la vacuna Hexavalente acelular de acuerdo con la edad, en niñas y niños menores de 1 año, con ***duración de 4 semanas a partir del 05 al 30 de septiembre del 2022.***

Etapa de seguimiento: Se realizarán actividades de seguimiento para completar esquemas de al menos 3 dosis en niñas y niños que en la etapa intensiva iniciaron esquemas o recibieron la segunda dosis de la vacuna hexavalente acelular. Esta etapa se realizará ***del 01 de octubre al 25 de noviembre del 2022.*** Considerando que el intervalo mínimo para recibir la segunda o tercer dosis es de 4 semanas.

Se deberá tener un avance igual o mayor al ***80 % a nivel nacional al 30 de septiembre de 2022 y del 100 % a la fecha de término de la campaña***. La conclusión de la campaña estará sujeto al abasto oportuno de la vacuna.

8 VACUNACIÓN SEGURA

8.1 EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN

Los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), se refieren a cualquier efecto no esperado sobre la salud de las personas vacunadas: manifestaciones clínicas o enfermedad, que ocurre después de la vacunación y que puede o no, tener una relación causal con la vacunación.

Para el manejo de riesgos asociados a la aplicación de la vacuna en el país, se deberá realizar con oportunidad la identificación, notificación, investigación y evaluación de los ESAVI con base en el "Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)" de la Dirección General de Epidemiología (DGE).

8.2 ERRORES PROGRAMÁTICOS O TÉCNICOS

Se deberá procurar la detección y notificación de todos los errores programáticos o técnicos ocurridos durante la vacunación, como los listados a continuación:

- Inyección no estéril.
- Error de reconstitución de la vacuna.
- Inyección en sitio anatómico equivocado.
- Transporte o almacenamiento incorrecto de las vacunas.
- Inobservancia de las contraindicaciones.

8.3 VACUNACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19

La vacunación figura como servicio esencial en la prestación de servicios de salud, por lo que se debe asegurar su continuidad. Para ello se deberán implementar las siguientes acciones:

Durante todas las fases de semáforo epidemiológico:

a. Medidas preventivas para el personal vacunador

- Lavarse las manos con agua y jabón (o usando soluciones alcoholadas desinfectantes) antes y después de aplicar la vacuna, observando siempre los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Secarse las manos con toallas desechables o secarlas al aire libre en posición vertical y sin sacudirlas.
- Evitar tocarse ojos, nariz y boca, y lavarse las manos después en caso de haberlo hecho.

- Vigilar que el tutor legal del menor que acude a vacunar utilice en todo momento el cubrebocas el cual deberá proteger nariz y boca.
- Debido a que no es posible mantener la sana distancia entre los vacunadores y las personas a vacunar (1.5 m), el personal vacunador usará cubrebocas, tapando boca y nariz completamente. El uso de equipo completo de protección personal no es necesario para las actividades de vacunación.
- Limpiar y desinfectar al inicio de la jornada laboral todas las áreas de trabajo con énfasis en el puesto de vacunación, área de aplicación y/o administración de vacunas.
- Mantener limpias y desinfectadas todas las áreas de trabajo durante la jornada laboral.
- Revisar que, en caso de que haya fila o personas en la sala de espera para la vacunación, cumplan con la sana distancia en (1.5 m).
- Contar con los materiales necesarios para la limpieza adecuada del área de trabajo: jabón, desinfectante de superficies, escobas, trapeadores, jaladores, papel higiénico, toallas desechables, etc.
- Favorecer la ventilación natural y la iluminación solar, mantener ventanas y puertas abiertas, vigilar la conservación de la vacuna dentro del rango normado.

b. Prestación de servicios de vacunación contra hexavalente acelular acorde al semáforo epidemiológico:

ROJO	
Vacunación en unidades de salud	• Programación de sesiones de vacunación a grupos, por horarios. • Vacunación de personas que acuden espontáneamente a los servicios de salud. • Cumplir con el equipo de protección personal y de distanciamiento físico (1.5 metros). • Reducir al mínimo la estancia de las personas a vacunar en el establecimiento de salud. • Separación física de las áreas de vacunación de la de los servicios de consulta médica.
Puestos semifijos y móviles.	• Previo a la vacunación, colocación de promoción o perifoneo, señalando día y hora en la que se acudirá a vacunar, localización de los puestos de vacunación, y medidas de sana distancia que debe cubrir la población cuando acuda a solicitar la vacuna. • Al momento de la vacunación, perifoneo en la comunidad notificando la localización de los puestos de vacunación exhortando a la población a acudir a estos lugares preservando las medidas de seguridad.
NARANJA	
Vacunación en unidades de salud	• Vacunación de forma ordinaria en las unidades de salud. • Cumplir con el equipo de protección personal y de distanciamiento físico social (1.5 metros).

El informe final, con las firmas de todos los representantes institucionales a nivel estatal deberá ser enviado a más tardar el 13 de enero de 2023, al correo electrónico censia.info@salud.gob.mx.

Los problemas técnicos y dudas con la plataforma de registro, se tratarán directamente con el Ing. Emilio Guerra Macias, al correo electrónico emilio.guerra@salud.gob.mx.

Dr. José Luis Díaz Ortega
Director del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIA-Secretaría de Salud

Dra. Samantha Gaertner Barnad
CENSIA-Secretaría de Salud

Dr. Leopoldo García Velasco
Jefe de Área de Enfermedades Prevenibles por Vacunación
IMSS-OBLIGATORIO

Mtro. Isboset Alvarado Soriano
Jefe del Departamento de Vacunación
ISSSTE

Dr. José Misael Hernández Carrillo
Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
IMSS-BIENESTAR

Cap. De Navío SSN. MCN. Urol. San Juán Padrón Lucio
Director General Adjunto de Sanidad Naval
SEMAR

Dr. Alejandro Juárez Parres
Coordinador de Vacunas y Vigilancia Epidemiológica
PEMEX

Gral. Bgda. M.C. Guadalupe Maza de la Torre
Director General de Sanidad Militar
SEDENA

Puestos semifijos y móviles	• Asegurar las medidas generales de higiene y distanciamiento físico en los puestos de vacunación. • Perifoneo en la comunidad notificando la localización de los puestos de vacunación exhortando a la población a acudir a estos lugares. Coordinación con líderes de la comunidad para la promoción y difusión de la campaña.
AMARILLO	
Vacunación en unidades de salud y Puestos semifijos y móviles.	Igual que semáforo naranja.
VERDE	
Vacunación en unidades de salud y Puestos semifijos y móviles.	Igual que semáforo naranja.

9 REGISTRO DE LOGROS

Se pone a su disposición el sitio http://siscensia.salud.gob.mx/ donde deberán reportar el **avance de aplicación de la vacuna Hexavalente acelular**. El CENSIA generará cortes de información semanales, **todos los viernes a las 16:00 horas de la Ciudad de México**, por lo que se deberá actualizar esta información a más tardar a las 14:00 horas de esos días, con la finalidad de emitir informes y a partir de ellos conocer, de forma ágil, el avance en las actividades. El acuerdo nacional es que las Instituciones de Salud actualizarán la información semanalmente hasta el nivel de unidad médica pudiendo implementar centros regionales de captura. El informe de seguimiento, será enviado a las entidades federativas e instituciones del sector, a más tardar los días martes de cada semana.

Las entidades federativas tendrán máximo 7 días para la validación de los datos de sus instituciones correspondientes en la plataforma de registro. Para esto, cada entidad generará los usuarios que considere necesarios para realizar la captura y validación de información, por institución de salud.

El registro de las actividades de vacunación en el sitio de seguimiento semanal http://siscensia.salud.gob.mx/ es independiente del registro de las actividades en el sistema de información oficial de cada institución y solo constituye una herramienta para monitorear con facilidad el avance periódico durante la temporada invernal. Por lo que todas las dosis aplicadas se deben registrar en los sistemas formales de información de cada institución, conforme el mes en que se aplican, por lo que debe verificarse la congruencia entre estos sistemas.