

Encuentro de Epidemiología  
Buenos Aires, 19 de Octubre de 2012

TALLER  
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
DE LOS ESAVIS

Dra. María Alejandra Marcos  
Médica Pediatra  
Programa de Inmunizaciones  
Ministerio de Salud Ciudad de Buenos Aires  
[inmunizaciones@buenosaires.gob.ar](mailto:inmunizaciones@buenosaires.gob.ar)

- Las vacunas disminuyen considerablemente la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles (beneficio), pero pueden causar eventos adversos (riesgo).

# ¿Qué es un Evento Supuestamente Atribuido a la Vacunación e Inmunización? (ESAVI)

Es un cuadro clínico que ocurre después de la administración de una vacuna, que causa preocupación y es supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización.

- La notificación de ESAVIS graves suscitan gran preocupación pública y del personal de salud.
- Sin embargo, muchos ESAVIS pueden ocurrir, coincidentemente tras la aplicación de una vacuna y le serán atribuidos sólo por la relación temporal.

# CLASIFICACIÓN DE LOS ESAVIS

# SEGÚN GRAVEDAD

- **Leves:** Reacciones menores, no requieren tratamiento ni prolongación de la hospitalización, síntomas y signos fácilmente tolerados.
- **Moderadas:** Requieren de terapia medicamentosa en el tratamiento específico o un aumento en la observación, hay malestar suficiente que causa interferencia con la actividad usual.
- **Graves:** Potencialmente amenazadoras de la vida, causan daño permanente, prolongan la hospitalización o requiere de un cuidado médico intensivo, acción incapacitante con inhabilidad para trabajar o realizar actividades usuales. Un **ESAVI severo** es todo aquel evento que resulte en **hospitalización o fallecimiento**.
- **Letales:** Contribuyen directa o indirectamente a la muerte del paciente.

# SEGÚN RELACIÓN CAUSAL

## **Evento coincidente**

Cuando el evento definitivamente no está relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología).

## **Evento relacionado con la vacuna**

Evento relacionado con el proceso de manejo de las vacunas (error programático).

Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna.

## **Evento no concluyente:**

Cuando la evidencia disponible no permite determinar la etiología del evento.

# VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

## **Nivel individual** (clínico)

- Estado de alerta responsable sobre el estado de salud de un individuo por parte de los agentes de salud.
- Observaciones sistemáticas y las acciones correspondientes en cada caso, cuando están indicadas.

# VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

## **Nivel poblacional** (epidemiológico)

- Es la recopilación, análisis , interpretación y difusión, en forma sistemática y constante, de datos específicos sobre eventos de salud-enfermedad para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la salud pública.

# FUNCIONES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Monitorea la incidencia de enfermedades en la población.
- Revisa la información para la toma de decisiones, los manuales, las guías, la notificación y examen de casos, el apoyo a los laboratorios y el envío de muestras.
- Investiga los casos de ESAVI.
- Planifica la realización de estudios especiales, por ejemplo, sobre municipios de bajas coberturas, carga de enfermedad, relación costo/beneficio, etc.
- Evalúa las acciones ejecutadas por los programas.

# EVALUACION DE LA CAUSALIDAD

- Para el caso de ESAVIS, es el análisis de la probabilidad de una asociación CAUSAL entre vacuna y efecto adverso.

# CRITERIOS DE CAUSALIDAD

## Bradford Hill 1965

# ASOCIACION ESTADISTICA

Se trata de establecer si existe relación entre el supuesto factor causal (la vacuna) y el efecto estudiado (el ESAVI).

Para esto nos basamos en la Vigilancia Epidemiológica, usando las tasas.

Cuando esto no es posible utilizamos la bibliografía.

Tasas en la asociación Síndrome de Guillain Barré y Vacuna H1 N1

1,92/100.000 personas vacunadas

1,21/100.000 personas no vacunadas

MMWR, June 2, 2010

# CONSISTENCIA

Consiste en conocer si esta relación causa-efecto ha sido confirmada en distintos estudios, en poblaciones y circunstancias distintas por autores diferentes.

## Estimating the Extent of Vaccine-Derived Poliovirus Infection

Wringe A, Fine PEM, Sutter RW, Ken OM (2008)

Plos One 3(10); e3433. doi 10.1371/journal.pone.0003433

Country	Number of reported cases	Type	Date of onset of Index case	Est. duration of virus circulation	Estimated number of cVDPV infections	References
Hispaniola (pop <sup>1</sup> : 16.4 million)	21 VC & 21 PC *	1	July 2000	~2 years	100,000–200,000	[12,48,49]
Madura, Indonesia (pop: 3.5 million)	46 VC and 10 PC	1	June 2005	~2 years	100,000+	[11]
Egypt (pop: 55.8 million)	30 VC	2	1988	~10 years	Several million	[1]
Philippines (pop: 75.7 million)	3 VC	1	March 2001	~3 years	1,000–10,000	[9,62]
Madagascar (pop: 16 million)	4 VC	2	March 2002	~2.5 years	10,000–50,000	[10]
China (pop: 1.3 billion)	3 VC	1	May 2004	~1 year	1,000–10,000	[8]
Madagascar (pop: 16 million)	5VC	2	April 2005	~1.5 years	10,000–50,000	[13]
Cambodia (pop: 14 million)	2 VC	3	Nov 2005	~2 years	1,000–10,000	[7,14,63]

\*VC (virologically-confirmed), PC (polio-compatible)

<sup>1</sup>approximate population size at the time of the outbreak

doi:10.1371/journal.pone.0003433.t001

# ESPECIFICIDAD

- Es más fácil aceptar una relación causa-efecto cuando para un efecto sólo se plantea una sola etiología (especificidad de la causa).

Vacuna BCG y Becegeítis

# TEMPORALIDAD

Se trata de asegurar que la vacuna ha sido aplicada antes que el supuesto efecto.

Vacuna	Manifestaciones clínicas	Tiempo de presentación
Antisarampionosa	Fiebre	5 a 12 días
	Exantema, tos, coriza, conjuntivitis Manchas de Koplik. Púrpura trombocipénica (33/1.000.000)	15 a 35 días
Antirrubeólica	Fiebre- Exantema-Linfoadenopatías Artritis-Artralgias	7 a 21 días
		7 a 21 días
Antiparotidítica	Fiebre-parotiditis Meningitis aséptica	5 a 14 días

# RELACIÓN DOSIS RESPUESTA

Denominada gradiente biológico.

La frecuencia del efecto aumenta con la dosis o el nivel de exposición.



## Low frequency of side effects following an incidental 25 times concentrated dose of yellow fever vaccine

Baixa frequência de efeitos colaterais após administração acidental da vacina contra febre amarela em dose 25 vezes concentrada

Ana Rabello<sup>1</sup>, Marcela Orsini<sup>1</sup>, Jolande Disch<sup>1</sup>, Tânia Marcial<sup>4</sup>, Maria da Luz F. Leal<sup>2</sup>,  
Marcos da Silva Freire<sup>2</sup>, Anna M. Yoshida Yamamura<sup>2</sup> and Angelo Viana<sup>3</sup>

**Abstract** In August/1999, a group of 14 adults from the staff of a private hospital in Contagem – Minas Gerais State, Brazil, received unintentionally a 25 times concentrated dose of the 17-DD yellow fever vaccine (Bio-Manguinhos), due to a mistake at the reconstitution step. All patients were clinically and laboratorially evaluated at days 5, 13 and 35 post vaccination. Frequency of side effects and clinical observations of this group of individuals were not different from the observed in recipients immunized with normal doses of the vaccine. At the second and third evaluation none of the subjects reported symptoms. None of the patients presented abnormalities at the physical examination at none of the time points and in all cases the blood examination was normal, except for a reduced number of platelets that was detected in one subject at the first and second evaluation and reverted to normal at third evaluation. At the first evaluation point, 8 subjects were serum negative and 6 serum positive for yellow fever at the plaque reduction neutralization test. In 5 subjects the observed titre was 10 times higher as the baseline of  $2.36 \text{ Log}_{10} \text{ mUI/ml}$ . The samples collected at second and third evaluation (13<sup>th</sup> and 35<sup>th</sup> days) demonstrated that all subjects responded to the vaccination with the exception of one that did not present a positive result in any of the samples collected. This evaluation confirms the safety of the 17-DD yellow fever vaccine.

**Key-words:** Yellow fever. Vaccination. Safety.

**Resumo** Em agosto/1999, em consequência de engano na etapa de diluição, um grupo de 14 funcionários de um hospital privado de Contagem – Minas Gerais, Brasil, foi imunizado com uma dose 25 vezes mais concentrada do que a recomendada da vacina 17-DD contra febre amarela (Biomanguinhos). Todos os pacientes foram acompanhados através de exames clínicos e laboratoriais nos dias 5, 13 e 35 após a imunização. A frequência de efeitos colaterais e as manifestações clínicas e laboratoriais não diferiram das observadas em indivíduos imunizados com doses convencionais da vacina. Ao tempo da segunda e terceira avaliações, nenhum dos pacientes relatava sintomas e nenhum deles apresentou anormalidades ao exame físico. Apenas um paciente apresentou alteração laboratorial, sendo observada plaquetopenia no momento da primeira e da segunda avaliação, que retornou aos valores normais ao terceiro exame. A primeira avaliação, seis pacientes apresentavam resposta imune ao teste de redução de neutralização em placa. Em cinco pacientes, o título foi 10 vezes maior do que o valor de corte de  $2.36 \text{ Log}_{10} \text{ mUI/ml}$ . As amostras de sangue colhidas aos tempos 2 e 3 (13 e 35 dias) demonstraram que quase todos os indivíduos responderam à vacinação, com a exceção de um que não apresentou positividade em nenhum dos tempos de avaliação. Este episódio confirma a segurança da vacina 17-DD contra febre amarela.

**Palavras-chaves:** Febre amarela. Vacinação. Efeitos adversos.

# PLAUSIBILIDAD BIOLÓGICA

El contexto biológico existente debe explicar lógicamente la etiología por la cual una causa produce un efecto.

Componente Sarampión:

Fiebre

Exantema, tos, coriza, conjuntivitis

Manchas de Koplik.

Púrpura trombocipénica

# COHERENCIA

La interpretación de causas y efectos no pueden entrar en contradicción con el comportamiento propio de la enfermedad.

Triple viral y tumefacción parotídea

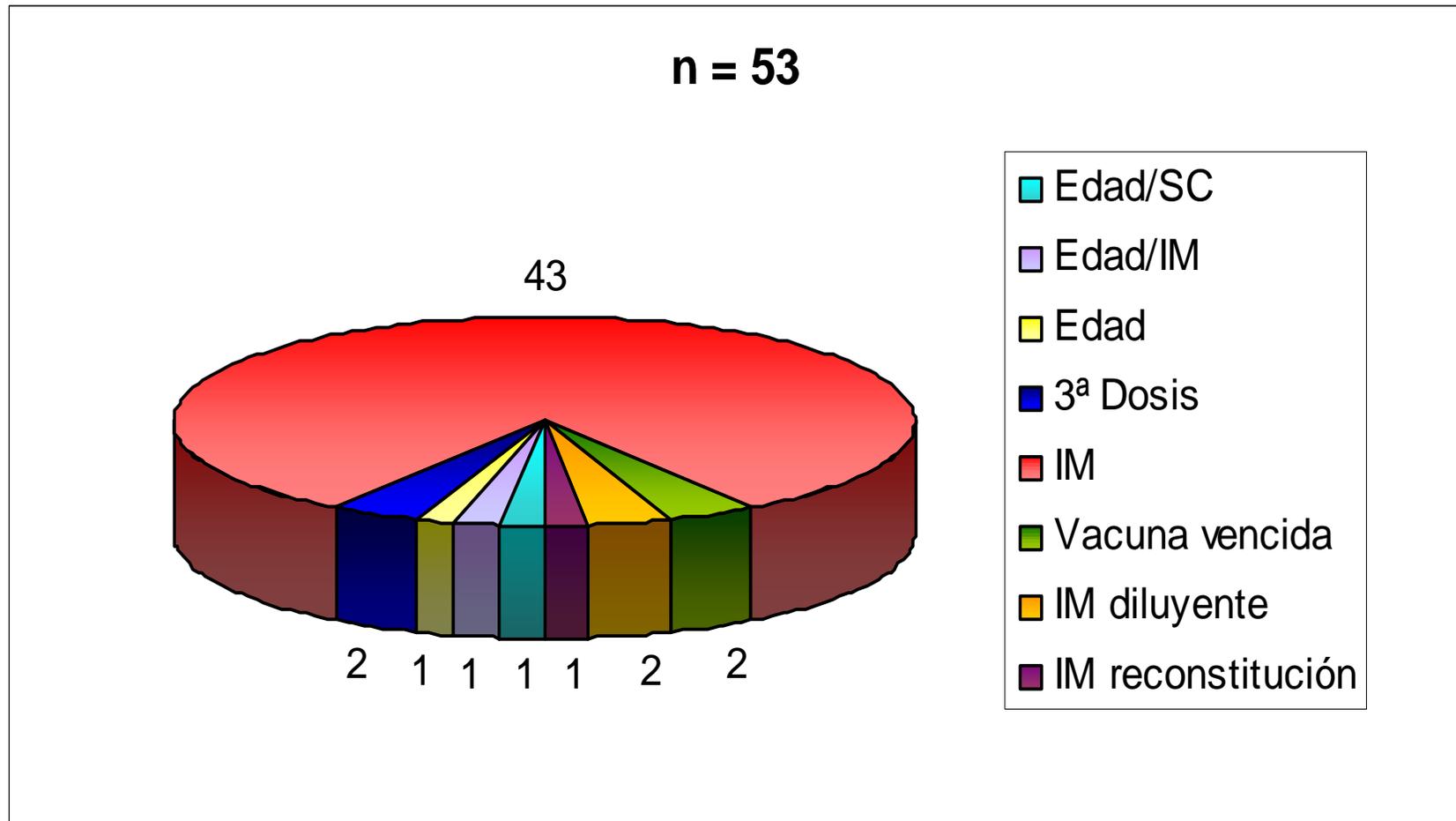
# EXPERIMENTACIÓN

- Se trata de reproducir experimentalmente la asociación causa-efecto, o incidir en la causa para alterar el efecto cuando no sea posible o no se considere ética otra modalidad de experimentación.

Aprender con los errores programáticos

# ERRORES PROGRAMÁTICOS ROTAVIRUS

## Año 2008



# ANALOGÍA

- Si un factor de riesgo produce un efecto a la salud, otro con características similares debiera producir el mismo impacto a la salud.

Anafilaxia

¡¡¡AHORA VAMOS A TRABAJAR!!!



# SITUACIONES PROBLEMAS

- ¿Considera que se trata de un ESAVI?
- ¿Se deben solicitar estudios complementarios?
- ¿Cómo lo clasificaría?



# CASO N ° 1

## **R. B.**

- Edad 7 años
- Sexo masculino
- Condiciones médicas relevantes: no refiere
- Fecha vacunación 12/5/08
- Fecha aparición de síntomas: 27/05/08
- Descripción de los síntomas: Tumefacción Parotídea izquierda
- Vacunas recibidas: Triple viral, Sabin, DPT.

- Toma de muestras: 29/05/08 Saliva y orina.
- Resultados:
- Detección de genoma viral para parotiditis. Técnica PCR. Material saliva. Positivo.
- Tipificación molecular. Muestra saliva. Positivo
- Se obtuvo un porcentaje de similitud del 98,5 con la cepa vacunal L-Zagreb.
- Esto indicaría la producción de un efecto adverso de la vacuna aplicada que contiene dicha cepa.

- **CLASIFICACIÓN DEL ESAVI**

Tipo 2 b

Evento relacionado con los componentes  
propios de la vacuna

# Parotiditis post vacuna

- Tumefacción uni o bilateral parotídea o de otras glándulas salivales.
- Duración: 1-2 días.
- Aparece 7-21 días post vacuna.

# Recolección de muestras

- Saliva: colocar en frasco de urocultivo.  
Recogida 2 - 3 días antes, y 4 - 5 días después de la aparición de la inflamación parotídea.
- Suero: 5 ml. En tubo estéril con tapón de goma o rosca.
- Orina: en frasco de urocultivo. Juntarla durante los primeros 5 días de la enfermedad.
- LCR: ante sospecha de meningitis o meningoencefalitis. Recogido durante los primeros 3 días de la meningitis viral.

Todas las muestras deben tomarse en la 1º semana de inicio del cuadro clínico.

# ENVIO DE MUESTRAS

- Enviarlas refrigeradas con hielo común o sachets. Si se guarda refrigerar a 4°. No congelar. No requieren medio de transporte.
- Acompañadas de Resumen HC:  
fecha inicio de los síntomas, vacunación, toma de muestras, tipo y marca de la vacuna recibida. N° fax para remitir los resultados.
- Remitir la muestra a Dra. Freire, Servicio de Neurovirosis del Instituto Malbrán.
- Ficha de ESAVI al Programa de Inmunizaciones.

## CASO N ° 2

- **DV. E.**
- Edad 2 meses
- Sexo masculino
- Condiciones médicas relevantes: no refiere
- Fecha de vacunación: 22/12/09
- Fecha aparición de síntomas: 23/12/09
- Descripción de los síntomas: fiebre, anemia hemolítica severa. Estuvo en UTIP en ARM, recibió 12 transfusiones.
- Vacunas recibidas: Pentavalente, Sabin.

- Paciente previamente, alimentado con pecho y leche maternizada.
- Ingresa con fiebre y dificultad respiratoria. Se interpreta con sepsis y recibe expansión con SF, se toman hemocultivos, se realiza punción lumbar y se indica ceftriaxone EV.
- Ingresa a UTIP con un Hematocrito de 5,6 y una hemoglobina 1,7. Recibe 2 transfusiones de GR e ingresa a ARM.
- Total 12 transfusiones
  
- Hematología: anemia hemolítica no esferocítica más trombocitopenia de probable etiología infecciosa.
- Serologías: todas negativas.
- Inmunidad humoral y celular: normal.
- Fue evaluado por toxicología.
- Impresión clínica diagnóstica: hemoglobinopatía o alteración enzimática del hematíe que no puede ser confirmada o descartada.
- La madre tomaba ibuprofeno. El niño empeoraba cuando se alimentaba con leche materna.

- **CLASIFICACIÓN DEL ESAVI**

Tipo 3

Cuando la evidencia disponible no permite  
determinar la etiología del evento

## CASO N ° 3

- **J. J.**
- Edad 2 años
- Sexo masculino
- Condiciones médicas relevantes: no refiere
- Fecha de vacunación: 29/03/10
- Fecha aparición de síntomas: 29/03/10
- Descripción de los síntomas: Fiebre. Neumonía con supuración pleuropulmonar.
- Vacunas recibidas: Vacuna monovalente H1N1

- **CLASIFICACIÓN DEL ESAVI**

Tipo 1

**Evento coincidente**

Cuando el evento definitivamente no está  
relacionado a la vacuna  
(enfermedad producida por otra etiología)

## CASO N ° 4

- **DV. O.**
- Edad 85 años
- Sexo masculino
- Condiciones médicas relevantes: patología coronaria. Medicado con anticoagulantes, enalapril, atenolol, alprazolam, sinvastatina, AAS. El día 21/4 presentó hemorragia digestiva baja por hemorroides. Por lo que suspendió los anticoagulantes y AAS.
- Fecha de vacunación: 23/4/10
- Fecha aparición de los síntomas: 23/4/10
- Descripción de los síntomas: Hematoma importante en brazo izquierdo.
- Vacunas recibidas: Vacuna monovalente H1N1.

# Pacientes con trastornos de la coagulación

- Uso de agujas finas 23 G.
- Compresión por 10 minutos de la zona del pinchazo.
- Posibilidad de aplicar algunas vacunas subcutáneas.

- **CLASIFICACIÓN DEL ESAVI**

Tipo 2 a

Evento relacionado con el proceso de manejo de las vacunas  
(error programático)

## CASO N ° 5

- **V. M.**
- Edad 13 años
- Sexo femenino
- Condiciones médicas relevantes: no refiere.
- Fecha de vacunación: 30/5/12
- Fecha aparición de los síntomas: 2/6/12
- Descripción de los síntomas: Fiebre, cefaleas, encefalitis, meningoencefalitis.
- Vacunas recibidas: dTpa, Hepatitis B 1° dosis.

- Se realiza punción lumbar: LCR 32 elementos leucocitos, proteínas 4,5, glucorraquia 0,28 (glucemia 0,98) Cultivos negativos (enterovirus, varicela, herpes, TBC)
- Serologías: HIV negativo
- RMN. Imágenes bulbares y mesencefálicas dudosas.
- El 5/6 se encuentra con marcha inestable, alucinaciones, movimientos coreoatetósicos y ante deterioro neurológico se deriva a UTIP.

- Paciente en coma en ARM.
- TAC con edema cerebral difuso, ventrículos colapsados.
- LCR: citoquímico 2 células. Proteínas 100 mg.  
PCR herpes negativo. Micobacterias y  
gérmenes comunes negativos. Tinta china  
negativa. PCR Epstein Barr positiva
- Restitución ad integrum.

- **CLASIFICACIÓN DEL ESAVI**

Tipo 1

**Evento coincidente**

Cuando el evento definitivamente no está  
relacionado a la vacuna  
(enfermedad producida por otra etiología)

## Dónde comunicar un ESAVI y mandar la ficha

- Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires

Las Heras 2670

Tel. 4809-2000/2001 internos 2229-2230-2239-2242-2244

Fax 4809-2000/2001 interno 2230

[inmunizaciones@buenosaires.gob.ar](mailto:inmunizaciones@buenosaires.gob.ar)

ANMAT  
Av de Mayo 869



SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
VIGILANCIA DE EFECTOS ADVERSOS SUPUESTAMENTE  
ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN ESAVI

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE



PROGRAMA  
NACIONAL DE  
INMUNIZACIONES

**1- Procedencia:**

**2- Tipo de ESAVI: Marcar con una X**

Provincia: Ciudad de Buenos Aires	Asociado a la vacuna*:
Localidad:	Asociado a la vacunación**:

**3- Datos del paciente.**

Apellido			
Nombre			
Edad:	Fecha nacimiento	Sexo:	
Domicilio:			
Teléfono:			

**4- Condiciones médicas relevantes previas a la vacunación: Marcar con una X las condiciones que estén presentes**

Alergias:	A que:		
Diabetes:	Hepatopatías:	Disfunciones renales:	Inmunosupresión:
Desnutrición	Enfermedades autoinmunes	Otras:	

**5-Medicación concomitante**

--

**6- Descripción del ESAVI. Marque con una X los síntomas presentes**

Fecha de vacunación	___/___/___				
Fecha de aparición del ESAVI	___/___/___				
Fecha de notificación	___/___/___				
<b>Síntomas locales</b>	Hinchazón	Dolor	Eritema		
Induración	Absceso	Ulceración:	Otros:		
<b>Síntomas generales</b>	Fiebre	Rash	Malestar general	Irritabilidad	Cefalea
Convulsiones	Encefalitis	Meningoencefalitis	Hipotonía	Parotiditis	Diarrea
Tumefacción parotídea bilateral	Tumefacción parotídea unilateral		Tumefacción submaxilar		
Otras:					

**3.a- Resultado del ESAVI: Marque con una X**

Requirió tratamiento: Si	No	Cual:		
Recuperado ad integrum: Si	No	Secuelas: Si	No	Cuales:
Hospitalización: Si	No	Fallecido: Si	No	

**7- Estudios complementarios (para evaluación de evento actual): Marque con una X los laboratorios pedidos**

Serología: Si	No	Resultados:
CR: Si	No	Resultados:
Saliva: Si	No	Resultados:
Laboratorio: Si	No	Resultados:

**8- Datos del laboratorio productor POR FAVOR COMPLETAR ESTOS DATOS.**

Tipo de vacuna	Nº de lote/serie	Sitio aplicación	Dosis	Laboratorio productor
¿Recibió otras dosis previas de la misma vacuna? Si                  No		Fecha: ____/____/____ N° dosis:		
¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas? Si                  No		¿Recibió otras vacunas en las últimas 4 semanas? Si                  No		
Cuales:		Cuales:		
¿Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas? Hermanos, padres		Si                  No		
Cuales:				

**9- Marco de aplicación de la vacuna: marque con una X      10- Lugar de vacunación: Marque con una X**

Campaña:	Hospital:
Cumplimiento del calendario:	Centro de atención primaria:
Indicación médica (ámbito privado):	Vacunatorio:
Otro (ej: brote):	Farmacia:
	Terreno:
	Otros:

**11-Datos del comunicador:**

Apellido	
Nombre	
Lugar de trabajo:	
Mail:	Teléfono:

**Clasificación del ESAVI:**

**Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires.** Monasterio 480 Planta Baja.

Teléfono: 41233173-74-75. Fax: 41233344-45.

Mail: [inmunizaciones@buenosaires.gov.ar](mailto:inmunizaciones@buenosaires.gov.ar)

Definiciones:

\*Asociado a la vacuna: Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna

\*\*Asociado a la vacunación: Evento relacionado con el proceso de manejo de las vacunas, error programático.



PAIS: ARGENTINA PROVINCIA (Estado o Distrito)		4. CONDICIONES MEDICAS RELEVANTES PREVIAS A LA VACUNACION			
2. TIPO DE ESAVI Asociado a la vacuna <input type="checkbox"/> Asociado a la vacunación <input type="checkbox"/>		Alergias <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hepatopatías <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Disturbios Renales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Inmunosupresión VIH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tratamiento Esteroides <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
3. DATOS DEL PACIENTE: Apellido:..... Nombre:..... Edad:..... Sexo:..... Talla:..... Pc:..... Peso:..... Pc:..... Domicilio:.....		5. MEDICACION CONCOMITANTE			
6.1 Fecha de Notificación: ___/___/___ Fecha de vacunación: ___/___/___ Fecha de aparición de ESAVI: ___/___/___ DESCRIPCION DEL ESAVI (incluyendo duración) ..... ..... .....		7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS POST ESAVI Laboratorio, Rx, EEG, otros			
		6.2 RESULTADO DEL ESAVI			
		Requirió tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Recuperado "ad integrum" <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Secuelas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
8. DATOS DE LA VACUNA					
Tipo de vacuna	N° de Lote/serie	Sitio aplicación	Dosis	Laboratorio	Productor
¿Recibió otras dosis previamente del mismo tipo de vacuna? SI <input type="checkbox"/> Cuando: ___/___/___ NO <input type="checkbox"/>		Tiene antecedentes familiares de reacciones a vacunas ¿Hermanos, padres, abuelos? SI <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?..... NO <input type="checkbox"/>			
¿Recibió al mismo tiempo otras vacunas? SI <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?..... NO <input type="checkbox"/>		10. MARCO DE APLICACION DE LA VACUNA Durante la campaña <input type="checkbox"/> Por cumplimiento de Calendario <input type="checkbox"/> Indicación Médica (ámbito privado) <input type="checkbox"/> Otros (brote....) <input type="checkbox"/>			
¿Recibió otras vacunas en las 4 últimas semanas? SI <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?..... NO <input type="checkbox"/>					
9. LUGAR DE VACUNACION Hospital <input type="checkbox"/> Centro de atención primaria <input type="checkbox"/> Vacunatorio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/>		DATOS DEL COMUNICADOR Nombre:..... Apellido:..... Lugar:..... Teléfono:..... E-mail:.....			
Resultado ESTUDIO ESAVI Causalidad:.....		NOTIFICACION N°..... Código ATC.....			

Dirección: Av. de Mayo 869, piso 11. CP1084 Bs.As. Tel: (011) 4340-0800 Int. 1166  
 Fax (011)4340-0866. E-mail: snfvg@anmat.gov.ar



© www.123rf.com

# PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

piba / gobBsAs

[inmunizaciones@buenosaires.gov.ar](mailto:inmunizaciones@buenosaires.gov.ar)

**MUCHAS GRACIAS**