

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

USO CLINICO DE LAS VACUNAS EN PEDIATRÍA

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

PRESENTA:
DRA. MARÍA ISABEL CERVANTES CRUZ

TUTOR
DRA. MIRELLA VÁSQUEZ RIVERA

MÉXICO, D.F.

MMIX



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

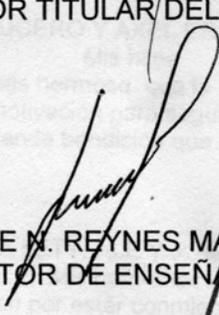
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

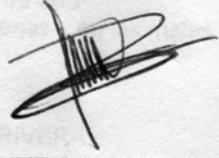
USO CLINICO DE LAS VACUNAS EN PEDIATRIA



DR. GUILLERMO SOLOMON SANTIBAÑEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. JOSE M. REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



DRA. MIRELLA VAZQUEZ RIVERA
TUTOR DE TESIS
JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE PRE Y POSGRADO



USO CLINICO DE LAS VACUNAS EN PEDIATRIA

DR. GUILLERMO SOLOMON SANTIBAÑEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. JOSE N. REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DRA. MIRELLA VASQUEZ RIVERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
DE PRE Y POSGRADO

DRA. MIRELLA VAZQUEZ RIVERA
TUTOR DE TRABAJO DE FIN DE CURSO

AGRADEZCO

A DIOS

Por darme la vida, por cada minuto que me permites vivir
junto a mis seres queridos y por cada éxito logrado en mi vida
Gracias por ser mi amigo y acompañarme siempre

A VICKY

Mi madre

A quien le agradezco por ser el ejemplo de mi vida,
por enseñarme que cada logro se disfruta más cuando se comparte
con quienes más se quieren
y por apoyarme en todas mis decisiones

A LUCERO Y AXEL ERNESTO

Mis hijos

Quienes son lo más hermoso que la vida me da brindado,
son mi motivación para seguir adelante y
son la más grande bendición que Dios me ha dado

A LETY, ALE Y JORGE

Mis hermanos

Les agradezco por estar conmigo en mis triunfos
Ellos han sido un gran apoyo en mi vida
Gracias por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas

A LA DRA. MIRELLA VASQUEZ RIVERA

Quien es un ejemplo a seguir como profesional
y como madre

Gracias por darme la oportunidad
de concluir un sueño más
ser Especialista en Pediatría

A LOS NIÑOS

DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

Les agradezco de corazón por
ser el mejor libro para
lograr mi formación como Pediatra

INDICE

VACUNAS

Poliomielitis.....	1
Tétanos.....	2
Difteria y Tétanos.....	3
Difteria, Tos ferina y Tétanos.....	4
Difteria, Tosferina acelular, Tétanos y poliomielitis inactivada.....	5
Difteria, Tosferina, Tétanos y Haemophilus influenzae tipo B.....	6
Difteria, Tosferina acelular, Tétanos, Poliomielitis inactivada y Haemophilus influenzae tipo B.....	7
Difteria, Tosferina acelular, Tétanos, Hepatitis B, Poliomielitis inactivada y Haemophilus influenzae tipo B.....	8
Hepatitis A.....	9
Hepatitis B.....	10
Hepatitis A y B.....	11
Hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo B.....	12
Haemophilus influenzae tipo B.....	13
Varicela.....	14
Sarampión, Rubéola y Parotiditis.....	15
Influenza.....	16
Rabia.....	17
Rotavirus.....	18
Streptococo Pneumoniae.....	19
Bacilo de Calmette-Guerin.....	20
Virus del Papiloma Humano.....	21

INMUNOGLOBULINAS

Tétanos.....	22
Hepatitis B.....	23
Rabia.....	24

Vacuna aprobadas en México por la dirección ejecutiva de autorización de productos y establecimientos (SIAMED).....	25
---	----

Bibliografía.....	29
-------------------	----

VACUNAS

POLIOMIELITIS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
IMOVAX POLIO	AVENTIS PHARMA	Poliovirus vivos atenuados Cepa Sabin. *Tipo 1: 1000 000 DICT. ⁽¹⁾ *Tipo 2: 100 000 DICT. *Tipo 3: 600 000 DICT.	*1ª dosis: 2 meses. *2ª dosis: 6-8 semanas de la 1ª dosis. *3ª dosis: 10-11 meses Al menos 4 meses después de la 2ª dosis.	*2 gotas (0.1ml) *Oral	*Inmunización activa contra los virus de la Poliomieltis Tipo 1,2 y 3.	*Procesos febriles agudos. *Enfermedad diarreica grave. *Infecciones respiratorias agudas graves. *Trastornos cerebrales y enfermedades neurógenas progresivas o recurrentes. *Inmunodepresión. *Embarazadas.	*Vómitos. *Diarrea. *Anorexia. *Poliomieltis asociada a vacuna.
ORAL VIRELON							
VACUNA ANTIPOLIOMELITIS							
VACUNA ANTIPOLIOMELITICA TRIVALENTE ORAL	BIMEX						
VAPIX	LABORATORIOS IMPERIALES						
POLIORAL	IVAX						

⁽¹⁾ DICT: Dosis infectante del 50% de los cultivos de tejidos.
(1,5)

TETANOS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
TETANOL BEHRING	AVENTIS PHARMA	*Toxoide Tetánico: no < de 40 U.I. / 0.5ml.	*A partir de los 2 meses de edad.	Inmunización básica: *1ª dosis: 0.5ml. *2º dosis: 4-6 semanas después de la 1ª dosis. *3ª dosis: 6-12 meses después de la 2ª dosis. *Refuerzo: Cada 10 años.	*Inmunización activa contra el Tétanos. *Profilaxis del Tétanos en caso de heridas.	*Enfermedad aguda (Excepto en postexposición). *Trombocitopenia transitoria y complicaciones neurológicas posteriores a vacuna antitetánica. *Hipersensibilidad.	*Inflamación. *Dolor. *Inflamación de ganglios linfáticos regionales. *Granuloma. *Seroma. *Cefalea. *Reacciones circulatorias. *Sudoración. *Escalofríos. *Fiebre. *Disnea. *Dolores musculares y articulares. *Nauseas. *Vómitos. *Reacciones alérgicas. *Exantema.

(1,5)

DIFTERIA Y TETANOS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
IMOVAX DT	AVENTIS PHARMA	*Toxoide Diftérico: 12.5 U.	*Niños > de 1 año: 2 dosis con intervalo de 1-2 meses y una 3ª dosis después de 6 a 12 meses.	*0.5ml. *IM. *SC ⁽¹⁾ profunda.	*> de 2 meses y < de 7 años que tengan contraindicación para recibir la vacuna de la Tos ferina. *Refuerzo cada 10 años en > de 7 años.	*Enfermedad febril aguda. *Hipersensibilidad.	*Eritema local. *Dolor local. *Induración. *Prurito en el sitio de aplicación. *Fiebre. *Cefalea. *Llanto. *Disnea. *Urticaria. *Anafilaxia.
TOXOIDES TETANICO Y DIFTERICO TD	BIRMEX	*Toxoide Tetánico: 5 U.					
ACEL-IMUNE	WYETH						

⁽¹⁾ SC: Subcutánea.
(1,5)

DIFTERIA, TOSFERINA, Y TETANOS (DPT)

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
D.T. COQ/ D.P.T.	AVENTIS PHARMA	*Toxoide Diftérico: No < de 2 UI.	*1ª dosis 2 meses.	*0.5ml. *IM profunda.	*Inmunización universal activa contra Difteria, Tétanos y Pertussis.	*Hipersensibilidad. *Encefalopatía atribuida a dosis de DPT. *Trombocitopenia transitoria o complicación neurológica posteriores a aplicación de vacuna de DPT.	*Eritema local. *Dolor local. *Induración. *Malestar gral. *Fatiga. *Cefalea. *Fiebre. *Sudoración. *Hipertonía. *Artrosis. *Mialgias. *Prurito. *Linfadenopatía. *Shock. *Convulsiones.
VACUNA ANTIPERTUSSIS CON TOXOIDE DIFTERICO Y TETANICO	BIRMEX	*Toxoide Tetánico: No < de 20 UI.	*2ª dosis 4 meses. *3ª dosis 6 meses.				
TRENIN D.P.T. BEHRING	IVAX	*Toxoide Pertussis: 8 mcg.	*Refuerzos: 15 a 24 meses. 4 años. ⁽¹⁾				
TRIACEL	SANOFI PASTEUR						
BOOSTRIX (DPaT)	GLAXO SMITHKLINE		* > de 10 años		*Inmunización de refuerzo en > de 10 años. *En heridas con posibilidad de infección de Tétanos.		

⁽¹⁾Esquema Nacional de Inmunización.
(1,5)

DIFTERIA, TOSFERINA ACELULAR, TETANOS Y POLIOMIELITIS INACTIVADA

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
INFARIX IPV	GLAXO SMITHKLINE	*Toxoide Diftérico: No < de 30 UI. *Toxoide Tetánico: No < de 40 UI. *Toxoide Pertussis: 25 mcg. *Virus de Polio inactivado tipo 1: 40 UD. ⁽¹⁾ *Virus de Polio inactivado tipo 2: 8UD. *Virus de Polio inactivado tipo 3: 32 UD.	*1ª dosis 2 meses. *2ª dosis 4 meses. *3ª dosis 6 meses. *Refuerzo 4 años.	*0.5ml. *IM *SC	*Inmunización activa contra Difteria, Tétanos, Pertussis y la Poliomieltis. *Refuerzo para niños que han sido previamente inmunizados con antígenos DPT y polio.	*Hipersensibilidad. *Encefalopatía de etiología desconocida posterior a la aplicación de vacuna con Pertussis.	*Dolor local. *Enrojecimiento. *Inflamación. *Fiebre mayor de 39 °C. *Llanto inusual. *Inquietud. *Anorexia. *Nauseas. *Vómitos. *Cefalea.

⁽¹⁾UD: unidades De Anfigeno D.
(1,5)

DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS Y HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
PROHIBIT DPT	PASTEUR MERIEUX	<p>*Polisacárido capsular de Hib⁽¹⁾: 18 mcg.</p> <p>*Toxoide Diftérico: 30 U.</p> <p>*Toxoide Tetánico: 40 U.</p> <p>*Toxoide Pertussis: 4 U.</p>	<p>*1ª dosis: 2 meses.</p> <p>*2ª dosis: 4 meses.</p> <p>*3ª dosis: 6 meses.</p> <p>*Refuerzo: 18 - 24 meses. 4 años.</p>	<p>*0.5ml.</p> <p>*IM.</p> <p>*Cuadriiceps o Deltoides.</p>	<p>*Inmunización activa contra Difteria, Tétanos, Pertussis y Haemophilus Influenzae tipo b.</p> <p>*Refuerzo para niños que han sido previamente inmunizados con antígenos DPT y Hib.</p>	<p>*Reacción anafiláctica.</p> <p>*Encefalopatía.</p>	<p>*Eritema local.</p> <p>*Dolor local.</p> <p>*Tumefacción en el sitio de aplicación.</p> <p>*Fiebre.</p> <p>*Irritabilidad.</p> <p>*Somnolencia.</p> <p>*Anorexia.</p> <p>*Vómitos.</p> <p>*Convulsiones.</p> <p>*Shock.</p>
TETRAMUNE	WYETH	<p>*Toxoide Diftérico: 12 U</p> <p>*Proteína CMR de difteria: 25 U.</p> <p>*Toxoide Tetánico: 5 U</p> <p>*Vacuna Pertussis: 160 U.</p> <p>*Disacárido capsular de Hib: 100 mcg.</p>					

⁽¹⁾ Hib.: Haemophilus influenzae tipo b.
(1,5)

DIFTERIA, TOS FERINA ACELULAR, TETANOS, POLIOMIELITIS INACTIVADA Y HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B.

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
PEDIACEL	AVENTIS PHARMA	*Toxoide Diftérico: No < de 30 UI.	*1ª dosis ⁽¹⁾ 2 meses.	*0.5ml. *IM profunda. *antero lateral del muslo.	*Inmunización universal activa contra Difteria, Tétanos, Pertussis, Poliomieltis y Haemophilus Influenzae tipo b. *Refuerzo para niños que han sido previamente inmunizados con antígenos DPT, polio y Hib.	*Hipersensibilidad. *Encefalopatía posterior a vacuna de Pertussis.	*Dolor local. * Inflamación local. *Fiebre mayor de 39 °C. *Vómitos. *Diarrea. *Anorexia. *Somnolencia. *Fatiga. *Reacciones anafilácticas. *Shock. *Convulsiones.
PENTAMIX		*Toxoide Tetánico: No < de 40 UI.	*2ª dosis 4 meses.				
INFARIX IPV-Hib	GLAXO SMITHKLINE	*Toxoide Pertussis: 25 mcg. *Virus de Polio inactivado tipo1: 40 UD. *Virus de Polio inactivado tipo 2: 8 UD. *Virus de Polio inactivado tipo 3: 32 UD. *Conjugado de Polisacárido capsular de Haemophilus Influenzae tipo b: 10 mcg.	*3ª dosis: 6meses. *Refuerzo: 24 meses.				

⁽¹⁾Esquema Nacional de Inmunización.
(1,5)

DIFTERIA, TOS FERINA ACELULAR, TETANOS, HEPATITIS B, POLIOMIELITIS INACTIVADA Y HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
HEXAVAC	AVENTIS PASTEUR	*Toxoide Diftérico: No < de 30 UI. *Toxoide Tetánico: No < de 40 UI. *Toxoide Pertussis: 25 mcg. *Virus de Polio inactivado tipo1: 40 UD. *Virus de Polio inactivado tipo 2: 8UD. *Virus de Polio inactivado tipo 3: 32 UD. *Antígeno de superf. Hepatitis B ADN-r ⁽¹⁾ : 5mcg. *Conjugado de Polisacárido capsular de Haemophilus influenzae tipo b: 12 mcg.	Cualquiera de los esquemas: *2,3,4 meses. *3,4,5 meses. *2,4,6,meses. ⁽²⁾ *3,5 y 11 ó 12 meses. *6, 10, 14 semanas.	*0.5ml. *IM profunda..	*Inmunización universal activa frente a Difteria, Tétanos Pertussis, Hepatitis B, Poliomieltis y Haemophilus Influenzae tipo b. *Se puede administrar en niños que hayan recibido la 1ª dosis de antihepatitis B al nacer.	*Hipersensibilidad. *Encefalopatía de etiología desconocida a los 7 días siguientes a la vacunación con vacuna con componente antitosferina.	*Dolor local. * Inflamación local. *Fiebre mayor de 39 °C. *Vómitos. *Diarrea. *Anorexia. *Somnolencia. *Fatiga. *Reacciones anafilácticas. *Shock. *Convulsiones.
INFARIX HEXA	GLAXO SMITHKLINE	Se modifica: *Antígeno de superf. de Hepatitis B ADN-r: 10 mcg. *Conjugado de Polisacárido capsular de Haemophilus influenzae tipo b: 10 mcg.					
TRITANRIX HB HIBERIX							

⁽¹⁾ ADN-r: Acido Desoxirribonucleico ribosomal.

⁽²⁾ Esquema Nacional de Inmunización.

(1,5)

HEPATITIS A

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
AVAXIM	AVENTIS PASTEUR	*Purificada e inactivada Cepa HM 175 cultivada en células diploides humanas MRC-5. Infantil: 80 U de Antígeno. Adulto: 160 U de Antígeno.	*A partir de los 12 meses de edad.	*3 dosis de 0.5 ml; la 2ª debe aplicarse al mes posterior a la 1ª y la 3ª dosis 6 a 12 meses después. *IM región deltoidea. *SC (Si padecimientos hemorragiparos).	*Individuos de 1 a 15a. o sujetos mayores seronegativos. *Todos los pacientes con enfermedad crónica hepática. *Niños que viven en comunidades con elevada prevalencia de hepatitis. *Individuos con alteraciones de la coagulación. *Sujetos con riesgo ocupacional. *Homosexuales. *Usuarios de drogas inyectables. *Personas que viven en instituciones cerradas. *Contactos familiares de un caso índice.	*Antecedente de anafilaxia con dosis previa de vacuna. *Hipersensibilidad al aluminio o hidróxido de aluminio. *Embarazo.	*Dolor. *Induración. *Enrojecimiento. *inflamación. *Cefalea. *Malestar gral. *Fatiga. *Fiebre. *Náuseas. *Vómitos. *Dolor Abd. *Diarrea. *Hiporexia. *Somnolencia.
HAVRIX	GLAXO SMITHKLINE	*Infantil: 360 ó 720 U ELISA ⁽¹⁾ *Adulto: 720 ó 1440 U ELISA.					
NOTHOV	IVAX						
VAQTA	MERCK SHARP DOHNE	*Células diploides humanas MRC-5: 50 U de Antígeno.					

⁽¹⁾ELISA: Ensayo inmunoabsorbente enzimático.
(1,5)

HEPATITIS B

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
HEPATIVAX	AVENTIS PHARMA	*Antígeno de superficie de Hepatitis B purificado DNA-r Pediátrico: 10 mcg/1 ml. Adulto: 20 mcg/1 ml	*Nacimiento. ⁽¹⁾ *Nacimiento, a los 2 y 6 meses. ⁽²⁾ *Cualquiera de los siguientes esquemas: -0,1,y6 meses. -0,1y 2 meses con refuerzo a los 12 meses. -0,7 y 21 días con refuerzo a los 12 meses.	*>20 años: 20mg (1ml). *<20 años: 10 mg (0.5ml). *En VIH: 20 mg (1ml).	*Inmunización universal activa contra la infección del VHB ⁽³⁾ causada por todos los subtipos conocidos. *Embarazadas. *Personal al cuidado de la salud. *Pacientes que reciben con frecuencia productos sanguíneos. *Personal y residentes de instituciones. *Personas por riesgo a su comportamiento sexual. *Drogadictos. *Viajeros a áreas con alta endemia de VHB. *R.N. de madres portadoras de VHB. *Originarios de áreas de alta endemia de VHB. *Anemia de células falciformes. *Candidatos a transplantes de órganos. *Pacientes con enf. Hepática crónica. *Alcohólicos. *Contacto de las personas anteriores.	*Hipersensibilidad.	*Dolor. *Eritema. *Edema en el sitio de inyección. *Fatiga. *Fiebre. *Malestar general. *Mareo. *Cefalea. *Parestesias. *Náuseas. *Diarrea. *Vómitos. *Dolor abdominal. *PFH ⁽⁴⁾ anormales. *Artralgias. *Mialgias. *Exantema. *Prurito. *Urticaria. *Anafilaxia. *Reacc. Anafilactoides. *Síncope. *Hipotensión. *Parálisis *Neuropatía. *Neuritis. *Encefalitis *Encefalopatía. *Convulsiones. *Meningitis. *Trombocitopenia. *Artritis. *Broncoespasmo *Angioedema. *E. multiforme. *Vasculitis. *Linfadenopatía.
ENGERIX B	GLAXO SMITHKLINE						
HEPAVAX GENE	GRUPO CARBEY						
VIRALINTE	IVAX						
H-B-VAX II	MERCK SHARP DOHNE						
HEBERBIOVAC HB	NUTRIMEDI						
EUVAX-B	PISA						
PROBIVAC B	PROBIOMED						
B-VAXIN	IVAX	Antig. de superficie de Hepatitis B purificado DNA-r: 20 mcg/1 ml					

⁽¹⁾ Al nacimiento para profilaxis de madres portadoras del Virus de la Hepatitis B: debe aplicarse en las primeras 12 hrs. de nacido más gammaglobulina hiperinmune específica contra Hepatitis B.

⁽²⁾ Esquema Nacional de Inmunización.

⁽³⁾ Virus de la Hepatitis B.

⁽⁴⁾ PFH: Pruebas de función hepáticas

(1,5)

HEPATITIS A y B

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
TWINRIX	GLAXO SMITHKLINE	<p>*Pediátrico: -Antígeno viral de la Hepatitis A inactivada Cepa HM 175: 360 U ELISA.</p> <p>-Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B: 10 mcg/1ml.</p> <p>*Adulto: -Antígeno viral de la Hepatitis A inactivada Cepa HM 175: 720 U ELISA.</p> <p>-Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B: 20 mcg/1 ml.</p>	*A partir de 1 año de edad.	<p>*>20 años: 20mg (1ml).</p> <p>*<20 años: 10 mg (0.5ml).</p> <p>*En VIH: 20 mg (1ml).</p>	*Adultos y niños, no inmunes, que estén en riesgo de infecciones del VHA y VHB.	*Hipersensibilidad.	<p>*Dolor. *Eritema. *Edema en el sitio de inyección. *Fatiga. *Fiebre. *Malestar general. *Mareo. *Cefalea. *Parestesias. *Náuseas. *Diarrea. *Vómitos. *Dolor abdominal. *PFH anormales. *Artralgias. *Mialgias. *Exantema. *Prurito. *Urticaria. *Anafilaxia. *Reacc. Anafilactoides. *Síncope. *Hipotensión. *Parálisis. *Neuropatía. *Neuritis. *Encefalitis. *Encefalopatía. *Convulsiones. *Meningitis. *Trombocitopenia. *Artritis. *Broncoespasmo. *Angioedema. *E. multiforme. *Vasculitis. *Linfadenopatía.</p>

HEPATITIS B Y HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
COMVAX	MERCK SHARP DOHNE	*Haemophilus Influenzae tipo b: 7.5 mcg FPR ⁽¹⁾ . *Nisseria Meningitidis: 125 mcg CPME ⁽²⁾ . *HbsAg: 5 mcg.	*2, 4 y 12 a 15 meses.	*0.5ml. *IM.	*En niños con riesgo de enfermedad invasora por Haemophilus Influenzae y contra la infección de todos los subtipos conocidos de VHB.	*Hipersensibilidad. *Embarazadas.	*Dolor. *Eritema. *Induración en el sitio de inyección. *Irritabilidad. *Somnolencia. *Anorexia. *Vómitos. *Fiebre. *Diarrea. *Infecciones de vías respiratorias.

⁽¹⁾ FPR: Fosfato de Polirribosilribitol.

⁽²⁾ CPME: Complejo proteínico de la Membrana externa.

(1,5)

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
PROHIBIT	PASTEUR MERIEUX	Haemophilus Influenzae tipo b: 7.5 mcg FPR. Se agrega: Neisseria meningitidis: 125 mcg CPME.	*2 a 6 meses: 3 dosis.	*0.5ml. *IM.	*Todos paciente inmunocomprometidos, especialmente en anemia de células falciforme, leucemias, infectados por VIH y esplenectomizados.	*Enfermedad febril aguda grave. *Embarazadas. *Reacciones previas al timerosal.	*Eritema. *Dolor. *Induración en el sitio de aplicación. *Fiebre. *Irritabilidad. *Somnolencia. *Anorexia. *Vómitos. *Diarrea.
HIBTITER	WYETH LEDERLE		*7 a 11 meses: 3 dosis.				
PEDVAX HIB	MERCK SHARP DOHNE		*12 a 14 meses: 2 dosis *Después de los 15 meses: una dosis. *Cada dosis con un intervalo de 2 meses.				

(1,5)

VARICELA

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
OKAVAX	AVENTIS PASTEUR	*Virus de varicela-zoster vivos atenuados Cepa Oka: 1000 UFP.	*12 meses de edad en adelante.	*De 12 meses hasta 12 años de edad: 1 dosis de 0.5ml. *De 13 años y mayores: 2 dosis de 0.5 ml con un intervalo de 6 a 10 sem. *SC.	*Inmunización activa contra varicela en individuos sanos. *En pacientes de alto riesgo y sus contactos sanos, susceptibles de contraer la enfermedad. *En Leucemia aguda si no han enfermado de varicela o son seronegativos. *Pacientes bajo tratamiento inmunosupresor cuando presentan una remisión hematológica completa de la enfermedad y cuenta total de linfocitos por lo menos 1,200 por mm ³ o que no exista ninguna evidencia de inmunodeficiencia celular. *Paciente programado para trasplante de órganos pocas semanas antes de administrar el tratamiento inmunosupresor. *Pacientes con enfermedades crónicas.	*Si se recibe tratamiento con aspirina, suspenderlo por 6 sem. posterior a la aplicación de la vacuna. *Reacción anafiláctica a neomicina y gelatina. *Embarazo. *Inmunodeficiencia celular que tengan una cuenta total de linfocitos menor de 1,200 por mm. ³ *Terapia prolongada de inmunosupresión. *Enfermedad febril aguda grave.	*Exantema maculopapulovesicular. *Dolor en sitio de aplicación. *Eritema. *Fiebre. *Cefalea. *Parestesias. *Fatiga.
VARILRIX	GLAXO SMITHKLINE	*No menos de 2000 UFP.					
VARIVAX	MERCK SHARP DOHNE	*Virus de varicela-zoster vivos atenuados Cepa: OKA/Merck.					

(1,5)

SARAMPION, RUBEOLA Y PAROTIDITIS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
TRIMOVAX	AVENTIS PHARMA	*Virus vivos atenuados de Sarampión (Cepa Schwarz): no < de 1000DICT.	*12 meses y 6 años. ⁽¹⁾	*0.5ml. *SC.	*Inmunización universal activa contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis. *VIH asintomático.	*Embarazo. *Inmunodeficiencias 1ª y 2ª. *Reacción anafiláctica a la neomicina o gelatina.	* Enrojecimiento. *Dolor local. *Inflamación. *Púrpura trombocitopénica. *Fiebre entre los 5 y 15 días. *Exantema entre los 5 y 6 días después de administración. *Crisis convulsivas febriles. *Parotiditis. *Diarrea. *Vómitos. *Anorexia. *Infecciones de vías respiratorias superiores. *Linfadenopatía. *Artralgias. *Anafilaxia.
VACUNA TRIPLE VIRAL	BIRMEX	*Virus vivos atenuados de Parotiditis (Cepa RIT 4385): No < de 5000DICT.	*12-18 meses				
VACUNA CONTRA EL SARAMPION, PAROTIDIS Y RUBEOLA			*4-6 años				
PRIORIX	GLAXO SMITHKLINE	*Virus vivos atenuados de Rubéola (Cepa Wistar RA 27/3): no < de 1000DICT.	*14-16 años (si no recibió la 2da. Dosis entre los 4-6 años).				
MORUPAR	IVAX						
M-M-R-II	MERCK SHARP DOHNE						

⁽¹⁾Esquema Nacional de Inmunización.
(1,5,6,7)

INFLUENZA

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
FLUZONE	AVENTIS PASTEUR	*Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza inactivados, cepas (2005/2006).	*Mayores de 6 meses.	*6, 7 meses y anual hasta los 35 meses. ⁽²⁾	*Inmunización universal activa y profilaxis de la Influenza.	*Anafilaxia al huevo (sobre todo a proteínas).	*Dolor.
FLUARIX	GLAXO SMITHKLINE	-Cepa de tipo A/California/7/2004 8H3N2): 15 mcg HA ⁽¹⁾ .		* 6 a 35 meses: 0.25 ml, en 2 dosis.	*Cardiopatías	*Enf. Febril grave y aguda.	*Eritema.
AGRIPPAL S1	IVAX	-Cepa de tipo A/Caledonia/20/99(H1N1): 15 mcg HA.		* 3 a 8 años: 0.5 ml en 2 dosis.	*Enfermedad renal	*Sensibilidad al timerosal.	*Fiebre que se presenta 6 a 12 hs después de la vacuna y dura de 1 a 2 días.
INFLUVAC	LANDSTEINER SCIENTIFIC	-Cepa de tipo A/New Caledonia/20/99(H1N1): 15 mcg HA. -Cepa de tipo B/Shanghai/361/2002: 15 mcg HA.		* 9 a 12 años: 0.5 ml en 1 dosis. * < 9 años: 2 dosis con diferencia de 4-6 meses. * El esquema se repite cada año, pero solo 1 dosis para todas las edades. *IM. *SC profunda (en tendencia a hemorragias).	*Inmunocomprometidos *Pacientes con tratamiento prolongado con aspirina. * > de 65 años (según la CDC ⁽³⁾ , de 50 años) *Hemoglobinopatías * > de 6 meses que por edad y condición tienen riesgo de padecer enf. grave. *Trabajadores de la salud o contactos con personas de riesgo. *Toda persona que desee disminuir el riesgo de ser infectada por la gripe.		*Malestar gral. *Reacciones alérgicas. *Choque. *Enf. respiratoria. *Trombocitopenia transitoria. *Convulsiones. *Sx. de Guillan-Barré.

⁽¹⁾ HA : Hemaglutinina.

⁽²⁾ Esquema Nacional de Inmunización.

⁽³⁾ CDC: Centers for Disease Control.

(1,5)

RABIA

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
VERORAB ⁽¹⁾	AVENTIS PHARMA	*Células vero.	*Todo pacientes independientemente de la edad.	*Postexposición: -Paciente que nunca ha recibido esquema de vacunación: a) Vacuna de cerebro de ratón lactante: 0.5ml niños 1 ml adultos 14 dosis, una cada 24 hrs y 2 últimas de refuerzo en los días 10 y 20 (total 16 dosis). *SC. *Región deltoidea. b) Vacuna de células diploides humanas: 1ml los días 0,3,7,14 y 28. *IM. *Región Deltoidea, en lactantes en región anterior del muslo. c) Vacuna de células vero: 0.5ml los días 0,3,7,14 y 30. *IM. *Dosis preexposición: 0.1 ml. -Vacunas celulares y de embrión de pato: 3 dosis. *IM o Intradérmica los días 0,7 21 o 28. -Vacuna de cerebro de ratón lactante: 1ml 3dosis *SC. los días 0,7 y 28, y un refuerzo a los 90 días.	*Todo pacientes independientemente de la edad, de la especie animal que lo haya atacado y del tipo de exposición con animal sospechoso o comprobado con rabia. *Personas de alto riesgo como veterinarios, trabajadores de laboratorio, entrenadores de animales, exploradores que puedan tener exposición a animales infectados.	*No hay por el curso fatal de la rabia. *Se deben tomar precauciones en pacientes alérgicos a neomicina, estreptomycin y polimixina. *En embarazadas se prefiere la vacuna producida en células vero y células diploides humanas.	En vacuna de células diploide humanas: *Prurito. *Dolor. *Edema que dura de 24 a 48 hrs. *Cefalea. *Nauseas. *Mialgias. *Sx. de Guillain-Barré. *Hipersensibilidad. *Anafilaxia.
RABIVAC ⁽¹⁾	IVAX						En vacuna de células vero: *Eritema. *Induración *Prurito. *Adenopatía regional. *Fiebre. *Cefalea. *Astenia. *Eritema.
RABIPUR ⁽¹⁾							En vacuna de embrión de pato. *Eritema. *Dolor local, *Sistémicas (raras).
LISSAVAC		*Embrión de pato.					En vacuna de cerebro de ratón lactante: *Sx. de Guillain-Barré. *Encefalitis. *Parálisis.
FUEN		*Cerebro de ratón lactante.					

(1) Vacunas aprobadas en México por la Dirección ejecutiva de Autorización de Productos y establecimientos SIAMED.
(1,5)

ROTAVIRUS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
ROTARIX	GLAXO SMITH KLINE	*Rotavirus vivos atenuados humano, cepa RIX4414: No < de 10 DICT.	*1º dosis entre 6 y 14 semanas de edad. *2ª dosis entre 14 y 24 semanas. *Intervalo entre cada dosis no debe ser inferior a 4 semanas. (1)	*1ml. *Oral.	*Inmunización universal activa y prevención de la gastroenteritis causada por rotavirus.	*Hipersensibilidad. *Enf. Gastrointestinal crónica. *Malformación congénita no corregida del tracto gastrointestinal.	*Fiebre. *Anorexia. *Diarrea. *Vómitos. *Irritabilidad.
ROTA TEQ	SANAFI PASTEUR MSP	*Rotavirus vivos atenuados WC3 serotipos: G1, G2, G3, G4, G9.	*3 dosis, con intervalo entre cada dosis de 1 a 2 meses.				

(1)Esquema Nacional de Inmunización.

(1)

STREPTOCOCO PNEUMONIAE

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONE	EFFECTOS ADVERSOS
PNEUMO-23	AVENTIS PHARMA	Streptococo pneumonia Serotipos: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17, 18C, 19A, 20, 22F, 23F Y 33F.	*2,4 y 12 meses. ⁽¹⁾ *1ª dosis: 2 meses. *Intervalo entre cada dosis de 4 a 8 sem. *La 4ª dosis entre	*0.5ml. *SC. *IM. *Deltoides o tercio medio de cara exterior del muslo.	*Inmunización universal activa y prevención de enfermedad neumocócica en menores de 2 años. *Mayores de 2 años con: -Enf. Cardiovascular crónica. -Alcoholismo. -Enf. Crónica hepática. -Asplenia funcional o anatómica. -Nativos de Alaska e índios americanos. -Inmuno-comprometidos. -2 sem. previas a una esplenectomía. -Infección por VIH. *Mayores de 65 años. -Hemoglobinopatías. -Sx. Nefrótico. -IRC. -Transplantes. -DM tipo 1. -Fístula de LCR ⁽²⁾ .	*Hipersensibilidad. *En pacientes con Tx. de quimioterapia, radioterapia e inmunosupresores. *Embarazadas.	*Fiebre. *Dolor local. *Eritema. *Inflamación. *Induración en el sitio de aplicación. *Astenia. *Malestar gral. *Linfadenitis. *Trombocitopenia. *Anemia hemolítica. *Reacciones anafilactoides. *Enf. del suero. *Artralgias. *Artritis. *Mialgias. *Cefalea. *Parestesia. *Radiculopatía. *Sx. de Guillain-Barre. *Erupción. *Urticaria.
PULMOVAX	MERCK SHARP DOHNE	Streptococo pneumonia Serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F: 25 mcg de cada serotipo.	12-15 meses y por lo < 2 meses después de la 3ª dosis. *7-11 meses: 3 dosis. *12-23 m.: 2 dosis. *24 m. a 9 a.: 1 dosis. *> de 50 años				
PREVENAR	WYETH	Streptococo pneumonia Serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F: 2 mcg. Serotipo 6B: 4 mcg.					

⁽¹⁾Esquema Nacional de Inmunización.

⁽²⁾LCR: Líquido Cefalorraquídeo.

(1)

BACILO DE CALMETTE-GUERIN

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
VACUNA BCG 500 BEHRING	AVENTIS PHARMA	*Bacilos vivos atenuados de Mycobacterium Bovis Liofilizada de la subcepa Copenhagen 1331: 0.1ml= 200 000 UFC.	*Recién Nacidos. ⁽¹⁾	*0.1ml.	*Inmunización universal activa y prevención de las formas miliar y meníngea de la Tuberculosis.	*Padecimientos febriles agudos. *RN con peso < a 2 000 grs. *Desnutrición grave. *Afecciones cutáneas en sitio de aplicación. *Enfermos de Leucemia y linfomas con tratamiento inmunosupresor. *Pacientes con cuadro clínico de SIDA.	*Linfadenitis. *Ulceración. *Osteitis. *Enf. Diseminada. *Lupus vulgaris.
THERACYS			*< de 15 años.	*Intradérmica.			
MERIEUX			*Personas mayores con riesgo de contraer Tuberculosis extrapulmonar.	*Deltóides der.			
TUVAX	LABORATORIOS IMPERIALES						

⁽¹⁾Esquema Nacional de Inmunización.

(1)

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
GARDANIL	MSD	*VPH tipos: 6, 11, 16 y 18.	*Mujeres a partir de los 9 años. *Idealmente antes de comienzo de actividad sexual.	*1ª dosis: 0.5ml. *2ª dosis: A los 60 días después de la 1ª dosis. *3ª dosis: A los 6 meses de la 1ª dosis.	Prevención de: *Displasia del cuello uterino de alto grado. *Carcinoma cervical. *Lesiones displásicas vulgares de alto grado. *Condiloma acuminado.	*Hipersensibilidad.	*Fiebre. *Dolor local. *Eritema local. *Hemorragia en sitio de aplicación. *Prurito.

(1)

INMUNOGLOBULINAS

TETANOS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	CONTENIDO	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
TETANO-GAMMA P	AVENTIS BEHRING	*Inmunoglobulina humana hiperinmune antitetánica: 250 U.I.	*Todas las edades.	*1ml. *IM. *En heridas no atendidas adecuadamente 2ml. *En quemaduras extensas se recomienda otra dosis de 1ml en 36 hrs posterior a la quemadura. *En tratamiento del Tétanos: Dosis única de 3000 a 6000 U.I.	*Profilaxis del Tétanos en personas no inmunizadas o insuficientemente inmunizadas con heridas recientes. *Tratamiento del Tétanos clínicamente manifiesto.	*No las hay por la letalidad del Tétanos. *Si Hipersensibilidad, hay que adoptar medidas de precaución para el tratamiento de Choque.	*Sensibilidad. *Inflamación local. *Aumento de temperatura. *Reacciones cutáneas. *Náuseas. *Vómitos. *Malestar gral. *Cefalea. *Reacciones circulatorias. *Reacciones alérgicas/anafilactoides. *Choque.

(5)

HEPATITIS B

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS B P BEHRING	AVENTIS BEHRING	<p>*Proteínas humanas: 100-170 mg/ml.</p> <p>*Anticuerpos para el Antígeno de la Hepatitis B: Por lo menos 200 U.I./ml.</p>	*Todas las edades	<p>*Profilaxis simultanea: 0.06 ml/kg de peso corporal + la vacuna de la Hepatitis B.</p> <p>*En Recién Nacidos 1ml.</p> <p>*Profilaxis continua: 0.06ml/kg de peso corporal cada 3 meses.</p> <p>*IM.</p>	<p>Profilaxis del VHB personas:</p> <p>*Expuestas a un incremento en el riesgo de infección, simultáneamente con la vacuna de la Hepatitis B.</p> <p>*Que han estado en exposición de la Hepatitis B.</p> <p>*Sin respuesta conocida (Antígenos antihepatitis B no medibles después de 6 meses de vacunación).</p> <p>*Inmediatamente después de recibir la vacuna antihepatitis B o la inmunoglobulina antihepatitis B si existe riesgo de infección.</p> <p>*En personal médico.</p> <p>*Contactos cercanos con personas que tienen Hepatitis B.</p> <p>*Recién Nacidos hijos de madres Antígeno de superficie de la Hepatitis B positivo.</p> <p>*Que reciben frecuentemente transfusiones de productos sanguíneos.</p> <p>*Quienes no son susceptibles de desarrollar una adecuada protección.</p>	<p>*Trombocitopenia grave.</p> <p>*Trastornos de la coagulación.</p> <p>*Hipersensibilidad.</p>	<p>*Dolor local.</p> <p>*Reacciones cutáneas.</p> <p>*Aumento de temperatura.</p> <p>*Náuseas.</p> <p>*Vómitos.</p> <p>*Taquicardia.</p> <p>*Bradicardia.</p> <p>*Hipotensión.</p> <p>*Sudoración.</p> <p>*Vértigo.</p> <p>*Enrojecimiento.</p> <p>*Urticaria.</p> <p>*Disnea.</p> <p>*Choque.</p>

(5)

RABIA

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	FORMULACION	EDAD DE APLICACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
BERIRAB P	AVENTIS BEHRING	*Inmunoglobulina humana antirrábica: mínimo 150U.I./ml.	*Todas las edades.	*20 U.I./kg de peso corporal. Dosis única.	*Profilaxis de la Rabia después de la exposición sospechosa ⁽¹⁾ en personas que no tienen o presentan una protección incompleta por vacunación ⁽²⁾ .	*No existen ya que la Rabia manifestada clínicamente es mortal.	*Dolor local. *Reacciones cutáneas. *Aumento de temperatura. *Náuseas. *Vómitos. *Taquicardia. *Bradicardia. *Hipotensión. *Diaforesis. *Mareos. *Eritema. *Urticaria. *Disnea. *Choque.
KAMRAB	LANDSTEINER SCIENTIFIC			*La mitad de la dosis debe inyectarse alrededor de la herida y el resto IM en Glúteo.	*La administración es llevada a cabo exclusivamente en conjunto con una vacunación antirrábica.	*Si Hipersensibilidad, hay que adoptar medidas de precaución para el tratamiento de Choque.	

⁽¹⁾ Debe considerarse exposición sospechosa cuando: Se presenten daños causados por animales silvestres o domésticos que se sabe o se sospecha que tienen Rabia (También por mordidas de murciélagos con el virus Duvenhage), contacto con membranas mucosas, o piel, especialmente cualquier piel dañada, con saliva de un animal que se conozca o sea sospechoso de tener Rabia; contacto con membranas mucosa, o piel no intacta con cebos de vacunación.

⁽²⁾ Las personas son consideradas como incompletamente protegidas en los siguientes casos: Recibieron una vacuna de efectividad dudosa; recibieron una vacuna con una potencia de < 2.5 U. I. por dosis; el programa de vacunación se interrumpió y la vacunación no fue suficiente para una inmunización básica; la inmunización activa completa data de hace más de 5 años.

(5)

**VACUNAS APROBADAS EN MÉXICO POR LA DIRECCIÓN
EJECUTIVA DE AUTORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y
ESTABLECIMIENTOS
(SIAMED)**

VACUNA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
BCG	VACUNA BCG 500 BEHRING	AVENTIS PHARMA
	THERACYS	
	MERIEUX	
	TUVAX	LABORATORIOS IMPERIALES
DPT	D.T. COQ/ D.P.T.	AVENTIS PHARMA
	VACUNA ANTIPERTUSSIS CON TOXOIDE DIFTERICO Y TETANICO	BIRMEX
	TRENIN D.P.T. BEHRING	IVAX
	TETRAMUNE	WYETH
DT	IMOVAX DT	AVENTIS PHARMA
	TOXOIDES TETANICO Y DIFTERICO TD	BIRMEX
	ACEL-IMUNE	WYETH
PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib)	TRITANRIX-HB	GLAXO SMITHKLINE
PENTAVALENTE (DPT+ IVP+ Hib)	PENTAXIM	AVENTIS PHARMA
	PEDIACEL	

**VACUNAS APROBADAS EN MÉXICO POR LA DIRECCIÓN
EJECUTIVA DE AUTORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y
ESTABLECIMIENTOS
(SIAMED)**

VACUNA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	HIBTITER	WYETH LEDERLE
	PEDVAX HIB	MERCK SHARP DOHNE
HEPATITIS B	HEPATIVAX	AVENTIS PHARMA
	ENGERIX B	GLAXO SMITHKLINE
	HEPAVAX GENE	GRUPO CARBEY
	VIRALINTE	IVAX
	HEBORBIOVAC HB	NUTRIMEDI
	EUVAX-B	PISA
	PROBIVAC B	PROBIOMEDI
	B-VAXIN	IVAX
ANTISARAMPION, PAROTIDIS, RUBEOLA	TRIMOVAX	AVENTIS PHARMA
	VACUNA TRIPLE VIRAL	BIRMEX
	VACUNA CONTRA EL SARAMPION, PAROTIDIS Y RUBEOLA	
	PRIORIX	GLAXO SMITHKLINE
	MORUPAR	IVAX

**VACUNAS APROBADAS EN MÉXICO POR LA DIRECCIÓN
EJECUTIVA DE AUTORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y
ESTABLECIMIENTOS
(SIAMED)**

VACUNA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
ANTISARAMPION, PAROTIDIS, RUBEOLA	M-M-R II	MERCK SHARP DOHNE
POLIO	IMOVAX POLIO	AVENTIS PHARMA
	ORAL VIRELON	
	VACUNA ANTIPOLIOMELITIS	
	VACUNA ANTIPOLIOMELITICA TRIVALENTE ORAL	BIMEX
	VAPIX	LABORATORIOS IMPERIALES
	POLIORAL	IVAX
ANTIRRABICA HUMANA INACTIVADA EN CELULAS VERO	VERORAB	AVENTIS PHARMA
	RABIVAC	IVAX
	RABIPUR	
DT+ POLIOVIRUS	DULTAVAX	AVENTIS PHARMA
HEPATITIS A	AVAXIM	AVENTIS PASTEUR
	HAVRIX	GLAXO SMITHKLINE
	NOTHOV	IVAX

**VACUNAS APROBADAS EN MÉXICO POR LA DIRECCIÓN
EJECUTIVA DE AUTORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y
ESTABLECIMIENTOS
(SIAMED)**

VACUNA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
VARICELA	OKAVAX	AVENTIS PASTEUR
	VARILRIX	GLAXO SMITHKLINE
	VARIVAX	MERCK SHARP DOHNE
ROTAVIRUS	ROTARIX	GLAXO SMITH KLINE
	ROTA TEQ	SANAFI PASTEUR MSP
VACUNA ANTINEUMOCOCCICA	PNEUMO-23	AVENTIS PHARMA
	PULMOVAX	MERCK SHARP DOHNE
	PREVENAR	WYETH

BIBLIOGRAFIA

- 1.-CDC. Epidemiology and prevention of vaccine preventable diseases. Sixth edition- Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, January 2000. [18 de febrero de 2002].
- 2.-Pareja Bezares A, Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Gómez Marco JJ, Mayer Pujadas MA et al. Grupo de trabajo de Enfermedades Infecciosas. Grupos de Expertos del PAPPS. Prevención de las enfermedades infecciosas. Atención Primaria 2001; 28 Supp 2: 72-95.
- 3.-MMWR. General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP) 2002; 51 (RR02).
- 4.-Fingar AR, Francis BJ. Adult Immunization. American College of Preventive Medicine. Practice Policy Statement. 1998. [18-2-2002].
- 5.-Rosenstein S.E. PLM Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, México, Ediciones PLM, S.A. de C.V. 2007;53:838,934,1023-1024,1027,1338,1899.
- 6.-Control and Prevention of Rubella: Evaluation and Management of Suspected Outbreaks, Rubella in Pregnant Women, and Surveillance for Congenital Rubella Syndrome. MMWR Recomm Rep. 2001 Jul 13; 50(RR-12):1-23.
- 7.-Watson JC, Hadler SC, Dykewicz CA, Reef S, Phillips L. Measles, mumps, and rubella--vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 1998 May 22;47(RR-8):1-57.
- 8.-Dirección ejecutiva de autorización de productos y establecimientos (SIAMED) 2004.