
**Lineamientos Técnicos y Operativos para la
Introducción de la Vacuna Oral Bivalente contra la
Poliomielitis-VOPb, en el Esquema de Vacunación
Permanente del Programa Ampliado de
Inmunizaciones -PAI.
Colombia, marzo 2016.**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN DE PROMOCION Y PREVENCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
GRUPO DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES**

**Lineamientos Técnicos y Operativos para la introducción de la Vacuna Oral Bivalente contra la Poliomielitis -VOPb, en el Esquema de Vacunación Permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI.
Colombia, marzo 2016.**

Colombia, Marzo de 2016.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social (E)

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO

Subdirector de Enfermedades Transmisibles (E)

**COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA
AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Asesor del Despacho del Viceministro de Salud
Pública y Prestación de Servicios,
Encargado de la Subdirección de Enfermedades
Transmisibles

CONSULTORES PAI

ANA DEL CARMEN CASTAÑEDA CARVAJALINO
BRIGITTE NEFFER FOREST DUQUE
CARMEN ELISA OJEDA JURADO
CLARA LUCÍA BOCANEGRA CERVERA
JACQUELINE PALACIOS GONZÁLEZ
JAID CONSTANZA ROJAS SOTELO
JUANITA CORRAL CASTILLO
LELY STELLA GUZMAN BARRERA
MARTA EUGENIA MARIN GONZALEZ

SISTEMA DE INFORMACIÓN

CAMILO MORENO CANGREJO
ERIKA VARGAS
MANUEL LADINO PEDRAZA

ALMACEN DE INSUMOS PAI

LUZ MARINA DUQUE TORRES
NATALIA ZULUAGA SALAZAR

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

JOSÉ ORLANDO CASTILLO PABÓN
DIOSELINA PELÁEZ
LUZ AMPARO SASTOQUE DIAZ

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA
SALUD**

HERNAN RODRIGUEZ GONZALEZ
VIVIANA CALDERÓN

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
2. Epidemiología	9
2.1. Agente Causal.....	9
2.2. Distribución y estacionalidad	10
2.3. Transmisión.....	11
2.4. Tratamiento	11
3. Tipos de vacunas existentes contra la poliomielitis	11
3.1 Vacuna trivalente de polio oral- VOPT	11
3.2 Vacuna de polio inactivada- VIP.....	13
3.3 Vacuna bivalente oral contra la polio-VOPb.....	13
4. Cambio transicional de la vacuna VOPT a la VOPb.....	13
5. Introducción de la Vacuna bivalente oral contra la poliomielitis-VOPb.....	15
5.1 Objetivos del Plan de sincronización global (switch).....	15
5.2 Objetivo general de la introducción de la VOPb	16
5.3 Objetivos específicos	16
5.4 Meta	16
5.5 Población Objeto.....	16
5.6 Composición de la vacuna	16
5.7 Presentación de la vacuna	17
5.8 Esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación	17
5.9 Aplicación simultánea con otras vacunas.....	17
5.10 Instrucciones de uso.....	18
5.11 Conservación de la vacuna.....	18
5.12 Contraindicaciones	18
5.13 Advertencias especiales y precauciones de uso.....	18
5.14 Efectos adversos	19
5.15. Vacunación segura	19
5.15.1 Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización – ESAVI	19
5.15. 2 Administración segura de la vacuna	20
5.15. 3 Política de frascos abiertos.....	20
5.15. 4 Manejo de Residuos.....	21
5.15. 5 Plan de crisis	21
5.16 Almacenamiento y volumen ocupado en la red de frío	21
5.17 Responsabilidades por niveles	23
5.17.1 Ministerio de Salud y Protección Social.....	23
5.17.2 Instituto Nacional de Salud	23
5.17.3 Departamentos / Distritos.....	24
5.17.4 Municipios	24

5.17.5 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB.....	24
5.17.6 Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS.....	25
5.18 Capacitación	25
5.19 Movilización social y comunicación	25
5.20 Estrategias de vacunación	28
5.21 Sistema de información	28
5.22 Seguimiento y evaluación	28
Bibliografía consultada	29

Introducción

A raíz de la decisión tomada en la asamblea general de la Organización Mundial de la Salud-OMS en mayo de 2012, donde se declara la necesidad de la finalización de la erradicación de la poliomielitis como “emergencia programática para la salud pública mundial” y se solicita a la Directora General de la OMS desarrollar una estrategia global para la fase final de la erradicación de la poliomielitis; surge El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018, elaborado para aprovechar esta nueva oportunidad y poner fin al flagelo de la poliomielitis.

El Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, tiene como objetivo general; erradicar todo tipo de virus de la poliomielitis, esto incluye poliovirus salvaje (WPV por sus siglas en inglés), poliovirus vacunales Sabin-like y poliovirus circulantes de origen vacunal (cVDPV, por sus siglas en inglés).

Los objetivos específicos son:

- Detectar e interrumpir la transmisión del poliovirus en la población.
- Fortalecer los Programas de vacunación sistemática y retirar la vacuna antipoliomielítica oral trivalente.
- Confinar los poliovirus salvajes y vacunales y certificar la interrupción de su transmisión.
- Planificar la transmisión del legado de la lucha contra la poliomielitis.

El 25 de enero de 2013, el Consejo Ejecutivo de la OMS aprobó las metas, los objetivos y el cronograma del plan. Dentro del objetivo 2, se encuentra el **retiro de la vacuna oral trivalente, iniciándose con el retiro del componente tipo 2**, mediante el cambio de la vacuna trivalente oral-VOPt (serotipos 1, 2 y 3) por la bivalente oral-VOPb (serotipos 1 y 3), proceso conocido por todos, como el **cambio sincronizado-switch**. Esta recomendación se basa en que el virus de la poliomielitis tipo 2 se eliminó en 1999 y el uso continuado de la VOPt en las zonas donde la cobertura no es adecuada, contribuye a la aparición de poliovirus circulante derivado de vacuna-cVDPV.

En julio de 2014 el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (TAG) de la OPS, en su reunión emitió recomendaciones para la Región de las Américas relacionadas con la introducción de la VOPb. En esa ocasión, el TAG reiteró las recomendaciones presentadas durante su reunión extraordinaria realizada en abril de 2014 y las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico-SAGE 2013, respaldando los esfuerzos para erradicar la poliomielitis y los objetivos de la fase final de erradicación, dentro de ellos, los dirigidos al retiro VOPt del esquema de vacunación de rutina y su reemplazo por la VOPb.

Teniendo en cuenta todo anterior y con el fin de contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial el objetivo No. 4, de “Reducir la Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años”, el Ministerio de Salud y Protección Social–MSPS, decide ingresar al esquema nacional de vacunación, la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis-VOPb, para toda la población infantil objeto del programa y define los

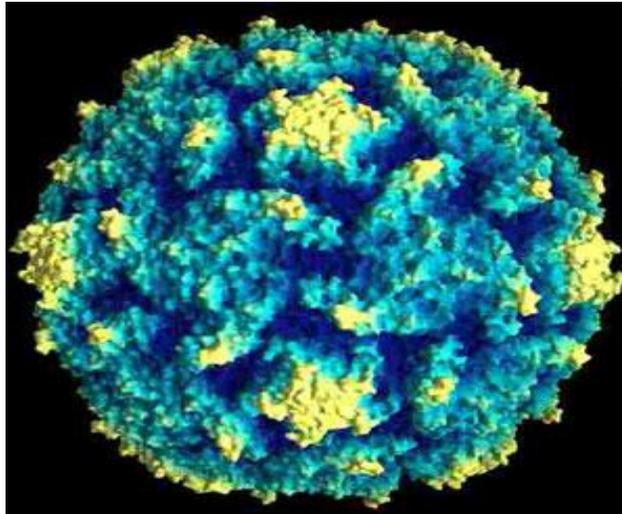
“Lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis-VOPb, en el Esquema Permanente de Vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI en Colombia, marzo 2016”.

2. Epidemiología

2.1. Agente Causal

La poliomielitis es una enfermedad muy contagiosa causada por el virus de la poliomielitis, un enterovirus de la familia *Picornaviridae*, que se subdivide en tres serotipos, denominados 1, 2 y 3.

Gráfico 1. Estructura del virus de la poliomielitis



La enfermedad afecta principalmente a los niños y se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral, o con menos frecuencia, a través de un vehículo común, como es el agua o los alimentos contaminados; se multiplica en el intestino, desde donde invade el sistema nervioso y puede causar parálisis e incluso la muerte. Tiene un período de incubación que generalmente es de 7 a 10 días, aunque puede ampliarse de 4 a 40 días.

Características de la enfermedad:

1. Los síntomas iniciales son fiebre, cansancio, cefalea, vómito, rigidez del cuello y dolores en los miembros.
2. En una pequeña proporción de los casos la enfermedad causa parálisis, la cual a menudo es permanente.
3. No tiene cura, pero es prevenible por medio de la vacunación.
4. Si la enfermedad evoluciona a una forma aguda, puede aparecer dolor muscular intenso y rigidez de cuello y espalda, con presencia de parálisis flácida.
5. La parálisis suele ser asimétrica, acompañada de fiebre en el comienzo, asociada a la disminución o la ausencia de reflejos tendinosos y sin alteraciones del sistema sensorial.
6. La parálisis de los músculos respiratorios o de la deglución, puede ser mortal. Durante la convalecencia de la enfermedad puede aparecer una leve mejoría, pero si la parálisis persiste por más de 60 días, el pronóstico de la presencia de las secuelas no es bueno.

7. Mas del 90% de las infecciones son asintomáticas, o únicamente presentan fiebre inespecífica, malestar general, cefalea, náuseas y vómito.
8. El 1 % de los casos cursa con meningitis aséptica.
9. Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y de un 5% a 10% de estos casos, fallecen por parálisis de los músculos respiratorios.

Si las condiciones de saneamiento son deficientes y las medidas higiénicas no son las óptimas, muchas personas pueden resultar infectadas a través de las manos sucias o los alimentos y el agua contaminados. Por tanto, la inmunidad intestinal es importante para prevenir la transmisión.

2.2. Distribución y estacionalidad

Los casos de poliomielitis han disminuido en más de un 99% desde 1988, cuando se calculaba que había 350.000 casos en más de 125 países endémicos, en comparación con los 416 casos notificados en el año 2013 en 8 países. Esto incluye 160 casos en países en los que la enfermedad es endémica; los demás correspondieron a la propagación internacional desde zonas endémicas, hacia zonas exentas de poliomielitis. Cuatro regiones del mundo han sido certificadas libres de circulación autóctona del virus salvaje de la poliomielitis: América (1994), Pacífico Oriental (2000), Europa (2002) y Asia (2014).

El último caso de esta enfermedad en la Región de las Américas, se detectó en 1991, en Perú, y el último caso presentado en Colombia fue en el año 1.991 en el municipio de Arjona, departamento de Bolívar

El número anual de casos notificados de poliovirus salvaje durante los últimos cinco años es de 1352 en 2010, 650 en 2011, 223 en 2012, 416 en el 2013, 359 en el 2014 y entre el primero de enero hasta diciembre de 2015 se habían confirmado 72 casos en Afganistán y Pakistán.

En el 2014, la poliomielitis siguió siendo endémica solo en algunas zonas de tres países (la zona geográfica más reducida de toda su historia), Afganistán y Pakistán. En mayo de 2014, la OMS lanzó una alerta ante el peligroso rebrote de la poliomielitis detectado ese año en diversos países de África y Asia y ante la posibilidad de que buena parte de los casos fueran ocasionados por la propagación internacional entre viajeros adultos.

La directora de la OMS, Margaret Chan, declaró la enfermedad como emergencia de salud pública de importancia internacional y pidió una acción conjunta de todos los estados miembros. Afganistán, Camerún, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Israel, Nigeria, Somalia y Siria notificaron casos de polio importado en 2014.

En el año 2015 fueron diagnosticados 72 casos de Poliovirus salvajes tipo 1 -PVW1- (19 en Afganistán y 53 en Pakistán) y solo 28 casos por poliovirus derivado de vacuna -VDPV2, excepto en la República Popular Democrática de Laos con 7 casos de poliomielitis por VDPV1. Se ha logrado un avance significativo en el último año, si se compara con los 359 casos de PVW notificados en 2014.

De las tres cepas de poliovirus salvaje (tipo 1, tipo 2 y tipo 3), el poliovirus tipo 2 se erradicó en 1999 y el último caso reportado de poliovirus tipo 3, fue en abril de 2012 en Nigeria, siendo este, el nivel más bajo jamás registrado.

Este logro supone un gran avance en la erradicación global de la polio, dado que el 80% de la población mundial vive actualmente en regiones en las que se ha certificado su eliminación y más de 10 millones de personas que hoy caminan, habrían quedado paralíticas, si no se hubieran vacunado.

2.3. Transmisión

Se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral y con menos frecuencia, a través de un vehículo común, como es el agua o los alimentos contaminados.

2.4. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas mientras la infección sigue su curso, ya que no hay ningún tratamiento específico para esta infección viral. Lo ideal es la prevención de la enfermedad con la vacunación.

Las personas con casos graves pueden necesitar medidas de salvamento, particularmente ayuda con la respiración. El manejo es sintomático y se trata con base en su gravedad, puede incluir:

1. Antibióticos para las infecciones urinarias y procesos respiratorios.
2. Calor húmedo (pañales calientes, toallas calientes) para reducir el dolor y los espasmos musculares.
3. Los pacientes que tienen dificultad al respirar o tienen parálisis de músculos respiratorios, pueden necesitar respirar con soporte artificial como ventiladores.
4. Analgésicos para reducir el dolor de cabeza, el dolor muscular y los espasmos.
5. Fisioterapia, dispositivos ortopédicos o zapatos correctivos, y la cirugía ortopédica para ayudar a recuperar la fuerza y funcionalidad muscular.

3. Tipos de vacunas existentes contra la poliomielitis

Hasta la fecha en el mundo se han empleado dos tipos de vacunas contra la poliomielitis, disponibles en el mercado internacional: la triple oral-VOPt y la triple inactivada contra la poliomielitis-VIPt, en este momento se define el cambio de la VOPt por la VOPb.

3.1 Vacuna trivalente de polio oral- VOPt

Es una vacuna oral, que contiene el virus del polio vivo atenuado, en sus tres serptipos 1,2 y 3; es la recomendada por la OMS para la erradicación de la poliomielitis. El uso de la VOPt ha permitido erradicar la poliomielitis en las Américas y en otras regiones del mundo, gracias a las características inmunológicas que posee esta vacuna.

Cuando se aplica la VOPt, el virus de la vacuna ingresa por la boca, se replica en los intestinos, y puede generar tres tipos de respuesta inmunológica:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -

www.minsalud.gov.co

- ✓ **Inmunidad humoral:** presencia de anticuerpos en la sangre, que protegen al organismo para que el virus no invada el sistema nervioso y cause parálisis.
- ✓ **Inmunidad en la mucosa oral:** evita la excreción del virus por las secreciones orales y su propagación por esta vía.
- ✓ **inmunidad en la mucosa intestinal:** evita la excreción del virus salvaje en las heces, por lo que los niños y las niñas vacunados con la VOPT que entran en contacto con ese virus, tienen menos probabilidad de excretarlo en las heces que las personas no vacunadas.

Los vacunados con la VOPT excretan el virus de la vacuna por las heces, con lo que se disemina en el medio ambiente y puede inmunizar a otras personas que no hayan recibido la vacuna. La VOPT ha generado beneficios innegables en la erradicación de la poliomielitis paralítica salvaje. La VOPb es tan efectiva como la VOPT en bloquear la transmisión de la enfermedad.

Las vacunas que contienen virus vivos atenuados son muy efectivas contra el virus salvaje, pero en algunos pocos casos pueden llegar a provocar parálisis flácida aguda- PFA, mediante los siguientes dos mecanismos:

- **Readquisición de la neurovirulencia:**

Los virus vivos atenuados de la VOP pueden a través de la replicación prolongada en un individuo con inmunodeficiencia o en una comunidad con baja cobertura de vacunación, readquirir la neurovirulencia y la transmisibilidad de características de los virus salvajes de la poliomielitis. Estos virus derivados de la vacuna pueden causar casos o brotes de poliomielitis paralítica. La divergencia genética de los virus de la poliomielitis tipo 1 y tipo 3 debe ser mayor de 1%, mientras que para el virus tipo 2 debe ser mayor de 0,6%.

Los poliovirus derivados de la vacuna se subdividen en tres categorías:

a. Polio virus derivado de la vacuna circulante -cVDPV: Cuando hay evidencia de la transmisión de persona a persona en la comunidad, situación conocida por primera vez en el año 2000, durante un brote en la isla La Española (Haití y República Dominicana); la experiencia reciente indica que una baja cobertura de vacunación, es un importante factor de riesgo para los brotes provocados por cVDPV. Estos virus tienen la capacidad de convertirse en endémicos, como se observó en La Española, Nigeria y Egipto, y se pueden importar y difundir en una comunidad con baja cobertura de vacunación, incluso en países desarrollados, como ocurrió en la comunidad Amish de los Estados Unidos de América.

b. Virus derivado de la vacuna relacionados con casos de inmunodeficiencia: la excreción del virus en personas con problemas del sistema inmunitario es prolongada; se ha informado de casos en que la excreción del virus persiste durante 10 años o más.

c. Virus derivados de la vacuna ambiguos: son casos de aislamientos clínicos a partir de personas sin inmunodeficiencia conocida, o aislamientos a partir de aguas residuales de origen desconocido.

- **Mutación hacia la neurovirulencia**

Este mecanismo es la causa de la poliomielitis parálitica asociada con la vacuna (VAPP). Se trata de un evento poco frecuente asociado con la administración de la VOP, causado por virus que sufrieron una mutación que provocó el retorno de su neurovirulencia. En la Región de las Américas, el riesgo estimado de VAPP en un receptor de la vacuna o en un contacto cercano es de uno por cada 7,68 millones de dosis administradas (con un intervalo de confianza de 95%, es de uno por cada 6,73 a 8,95 millones de dosis administradas). Se estima que en todo el mundo hay entre 250 y 500 casos de VAPP por año; de ellos, cerca del 40% se deben al componente del tipo 2 de la VOPT.

3.2 Vacuna de polio inactivada- VIP

En una vacuna parenteral, que contiene los virus del polio tipos 1, 2 y 3 muertos o inactivados. Se puede encontrar en varias presentaciones dependiendo del fabricante, aunque no todas están precalificadas por la OMS.

Desde el año 2005 se viene utilizando para niños inmunocomprometidos y contactos de inmunocomprometidos. Ingresó en Colombia al esquema nacional el 1 de febrero de 2015, como primeras dosis del esquema para todos los niños menores de 6 años de edad. Ver lineamiento de introducción de esta vacuna en enero 2015.

3.3 Vacuna bivalente oral contra la polio-VOPb.

La vacuna antipoliomielítica oral de tipo bivalente-VOPb, es una vacuna que contiene las suspensiones de los poliovirus tipos 1 y 3 vivos atenuados de la cepa Sabin. Preparada en las células primarias del riñón de mono.

4. Cambio transicional de la vacuna VOPT a la VOPb.

Al parecer el virus salvaje de la poliomielitis tipo 2 se erradicó en 1999 en todo el mundo, pero los virus tipo 2 relacionados con la vacuna están causando la mayoría de los brotes de cVDPV y de los casos de VAPP. Por lo tanto, en esta fase final de la erradicación mundial de la poliomielitis, el componente tipo 2 de la VOPT presenta mayor riesgo que beneficio y dificulta los esfuerzos mundiales para la erradicación. Por esta razón, la VOPT se reemplazará por la VOPb, que continuará actuando contra los tipos de virus 1 y 3. Una vez que estos dos tipos sean erradicados, la VOPb también se retirará del mercado.

El SAGE ha hecho un llamado para que se retire del mercado mundial la VOPT en el año 2016 y una vez lograda la erradicación mundial (que se espera para el año 2018), se pondrá fin al uso de la VOPb. Como medida de mitigación de riesgos, el SAGE recomienda que antes del cambio de la VOPT a la VOPb, todos los países que actualmente solo usan la VOPT en sus programas de vacunación, introduzcan al menos una dosis de la VIP en sus esquemas de rutina, antes de finales de 2015, situación ya cumplida en Colombia.

La VOP y la VIP cuando se utilizan juntas, proporcionan la mejor forma de protección en las etapas finales de la erradicación mundial de la poliomielitis.

A continuación y para mayor claridad se muestra este comparativo entre las vacunas VOP y VIP.

Comparativo entre VOP y VIP	
Vacuna oral contra la poliomielitis (VOP)	Vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP)
Administrada en gotas.	Administrada en inyección.
Contiene virus vivos, debilitados.	Contiene virus muertos.
Proporciona inmunidad a través del intestino e inmunidad colectiva asociada.	Proporciona inmunidad a través de la sangre.
La VOPt protege frente a los tipos 1, 2 y 3.	La VIP protege frente a los tipos 1, 2 y 3.
La VOPb protege frente a los tipos 1 y 3.	
La VOPb debe incluirse en todos los calendarios de vacunación mundiales entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016.	Debe incluirse en todos los calendarios de vacunación mundiales a finales de 2015.
La VOPb en Colombia se incluye en el esquema de vacunación el 1 de mayo de 2016.	La VIP en Colombia se incluyó de manera universal como primera dosis para todos los menores de 6 años el 1 de febrero de 2015

A continuación se detallan algunas preguntas aclaratorias del cambio sincronizado a realizarse **el 1 de mayo de 2016**.

1. ¿Cuál es su función como trabajador de salud en el cambio de la VOP?

Asegurarse de que la VOPb esté disponible en todos los puntos de vacunación, a partir del 1 de mayo de 2016.

Después del día del Switch, (1 de mayo de 2016), utilizar **ÚNICAMENTE** la VOPb. Cualquier área que siga usando la VOPt después de este día, corre el riesgo de generar y exportar poliovirus circulantes de tipo 2 derivados de la vacuna, que podrían poner en riesgo de brote de polio tipo 2, a las zonas vecinas.

Asegurarse de que la VOPt se destruya adecuadamente, entre los días 1 y 4 de mayo de 2016. En el día del Switch, hay que retirar todas las VOPt de la cadena de frío, tanto viales abiertos como viales sin abrir, colocarlas en una bolsa específicamente marcada y destruir los viales de VOPt, tal como se ha indicado en los lineamientos del plan de cambio sincronizado.

2. Se debe estar preparado para responder las preguntas acerca del cambio de la VOP.

¿Cuáles son los mensajes fundamentales relacionados con este cambio?

Rta: Es posible que el público general no sepa que hay 3 tipos de poliovirus y probablemente el cambio de la vacuna no sea notorio para los cuidadores, por lo que quizá no le pregunten acerca del Switch. Si le preguntan, puede tranquilizar a los cuidadores y al público explicando que esta combinación de VIP y VOP mantendrá a sus hijos y a la comunidad libre de la poliomielitis.

La VOPb simplemente sustituye a la VOPt? SI. La VOPb sigue el mismo esquema de vacunación que la VOPt, tiene las mismas características de administración que la VOPt y puede ser administrada a niños y niñas que ya recibieron la vacuna VOPt anteriormente.

¿Los niños estarán protegidos frente al poliovirus salvaje del tipo 2 o al poliovirus de tipo 2 derivado de la vacuna? ¿Cómo estarán protegidos?

Rta: La primera dosis de VIP ayudará a proteger a los niños, de los poliovirus tipos 1, 2 y 3.

¿Si un niño recibió antes un tipo de VOP y ahora recibe un nuevo tipo de VOP?, ¿Es adecuado combinar estas vacunas?

Rta: Ambos tipos de VOP son vacunas sumamente seguras y pueden darse al mismo niño en diferentes visitas.

Si los países tienen suministros sin usar o existencias de la VOPt después de la fecha del Switch, ¿pueden usar dichos suministros de VOPt?

Rta: No. Todos los países, y todos los establecimientos de salud, tienen obligatoriamente que dejar de usar la VOPt entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016. Colombia lo hará el 1 de mayo. Todas las reservas restantes de VOPt deben destruirse de acuerdo a las normas definidas por el país. Cualquier área que siga usando la VOPt después de que el resto haya pasado a la VOPb, pone a las comunidades vecinas en riesgo de sufrir un brote de poliovirus circulantes de tipo 2 derivados de la vacuna.

5. Introducción de la Vacuna bivalente oral contra la poliomiелitis–VOPb.

La vacuna bivalente oral contra la poliomiелitis se ingresa al esquema permanente de vacunación nacional, a partir del 1 de mayo de 2016, la introducción de esta vacuna se debe realizar de manera sincronizada a nivel mundial, proceso llamado internacionalmente Plan de sincronización global.

5.1 Objetivos del Plan de sincronización global (switch).

- Interrumpir la emergencia de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) y los casos de poliomiелitis paralítica asociada con la vacuna (VAPP), causado por el componente del poliovirus tipo 2 contenido en la VOPt.
- El retiro planificado del componente tipo 2 de esta vacuna, como parte de la estrategia mundial para la fase final de la erradicación mundial de la poliomiелitis.
- Retirar la VOPt e introducir la VOPb de manera exitosa, el **1 de mayo de 2016**.
- Planificar las necesidades de VOPt, para reducir al mínimo el desperdicio de esta vacuna.
- Evitar el desabastecimiento de VOPt antes del switch y de la VOPb después del switch.
- Verificar entre el 1y el 04 de mayo de 2016, que no existe en el territorio la VOPt.

5.2 Objetivo general de la introducción de la VOPb

Disminuir el riesgo de la presencia de eventos adversos o polio paralítico asociado a la aplicación de la VOPt y la presencia de brotes provocados por cVDPV, los cuales se deben principalmente al componente Sabin tipo 2 de la VOPt.

5.3 Objetivos específicos

- Aplicar la VOPb como esquema, en cuatro dosis de vacunación contra la poliomielitis. (Segunda, tercera, primer y segundo refuerzo).
- Dar cumplimiento a las sugerencias del SAGE de la OMS y del TAG de la OPS.

5.4 Meta

Aplicar a partir del 1 de mayo de 2.016 en todo el territorio nacional, la vacuna de VOPb a 491.448 niños y niñas (según meta programática 2016) menores de un año de edad y a los susceptibles menores de 6 años de edad, que requieran segundas y terceras dosis de esquema, al igual que el primer y segundo refuerzo de vacunación contra la poliomielitis.

5.5 Población Objeto

Niños y niñas menores de 6 años de edad, para continuar y terminar su esquema de vacunación contra la poliomielitis.

5.6 Composición de la vacuna

En el momento el país cuenta con la disponibilidad de VOPb de dos tipos de laboratorios. A continuación se dispone de la información suministrada por cada uno de los insertos de la vacuna de ambos laboratorios.

Descripción de elementos	Laboratorio Instituto Serum de la India LTD.	Laboratorio Bharat-Biotech
Nombre de la vacuna	Vacuna Antipoliomielítica (oral) Bivalente	BIOPOLIO B1/3. Vacuna contra la poliomielitis Bivalente, viva oral, para niños y adultos
Descripción	Es una vacuna que contiene las suspensiones de los tipos 1 y 3 de poliovirus vivo atenuado (cepa Sabin). Cosechadas en los cultivos de células del riñón de mono. La vacuna cumple con los requisitos de la OMS.	Contiene una suspensión atenuada del virus vivo de la poliomielitis tipo 1 y tipo 3 cepa Sabin, preparado en células primarias de riñón de mono. La vacuna cumple con los requisitos de la OMS.
Componentes	Cada dosis de 2 gotas contiene: 15 mcg de neomicina.	Cada dosis contiene no menos de: Virus tipo I: 10 a la 6,0 DICC50

	Trazas de eritromicina y kanamicina Polisorbato 80. Virus de polio tipo I: 106,0 DICC50 Virus de polio tipo III: 105,8 DICC50	Virus tipo III: 10 a la 5,8 DICC50 Neomicina y kanamicina como antibióticos.
Estabilizador	Cloruro de Magnesio de 1 Molar. 1M MgCl ₂	Cloruro de Magnesio- MgCl ₂

Fuente: inserto de la vacuna VOPb

5.7 Presentación de la vacuna

Vacuna líquida para administración vía oral, dos gotas, suministro con gotero o dispensador.

Laboratorio Instituto Serum de la India LTD.	Laboratorio Bharat-Biotech
Frasco de vidrio de 1 ml, de 10 dosis Frasco de vidrio de 2 ml, de 20 dosis	Puede venir en dos presentaciones frasco de vidrio de 10 dosis y frasco de vidrio de 20 dosis.

Fuente: inserto de la vacuna VOPb

5.8 Esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación

EDAD	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
DOSIS	SEGUNDA	TERCERA	1er Refuerzo	2º Refuerzo
TIPO DE VACUNA	VOPb	VOPb	VOPb	VOPb

En el cuadro anterior se especifica la edad, esquema, intervalo, tipo de vacuna, de cualquiera de los dos laboratorios disponibles a utilizarse, a partir del **1 de mayo de 2016** en el programa permanente de vacunación nacional, para los niños y niñas menores de 6 años de edad, que requieran la segunda, tercera dosis, el primero y segundo refuerzo. La sobredosis, si ocurriera, no resultará en ningún efecto nocivo.

Se ratifica que en todos los menores de 6 años de edad, la primera dosis de vacuna contra la poliomielitis se debe realizar con la vacuna de polio inyectada o inactivada-VIP, de igual manera, iniciar y continuar hasta completar esquema de vacunación a niños inmunocomprometidos o contacto de personas inmunocomprometidas.

5.9 Aplicación simultánea con otras vacunas.

Laboratorio Instituto Serum de la India LTD.	Laboratorio Bharat-Biotech
Puede ser administrada segura y eficazmente, con las vacunas de sarampión, rubeola, parotiditis, VIP, DPT, DT, TT, Td, BGC, Haemophilus influenzae	Puede ser administrada con seguridad y eficacia, al mismo tiempo con sarampión, rubeola, paperas, VIP, DPT, DT, TT, Td, BGC, Haemophilus influenzae tipo b, fiebre

tipo b, fiebre amarilla, hepatitis B y suplemento de vitamina A.	amarilla, hepatitis B, suplemento de vitamina A.
--	--

Fuente: inserto de la vacuna VOPb

5.10 Instrucciones de uso.

El vial debe ser agitado suavemente para evitar la formación de espuma, pero lo suficiente para obtener una mezcla homogénea de los contenidos. Retire la tapa de goma y fijar el pre-esterilizado cuenta-gotas de plástico suministrado junto con el vial. Mantener el vial invertido en posición inclinada y apretar suavemente el cuentagotas de plástico para expulsar la vacuna gota a gota.

Instrucciones de uso para el gotero

- Usar los goteros suministrados por los laboratorios el Serum Institute of India Ltd y Bharat-Biotech.
- El gotero debe ser descartado junto con el vial de la vacuna ya que la re-utilización de goteros de un frasco a otro puede llevar a grietas y fugas.
- Siempre sostener el frasco en la posición inclinada para la administración de la vacuna.
- Oprimir el gotero suavemente, justo encima de la boquilla con la parte suave de los dedos evitando el contacto con las uñas.
- Colocar el frasco junto con el gotero en una posición vertical después de la aplicación de cada dosis.
- Volver a colocar la cubierta de la boquilla en el gotero, cuando transcurre un periodo de tiempo entre dos administraciones consecutivas de la vacuna.

5.11 Conservación de la vacuna

Almacenar a temperatura entre +2°C y + 8°C (refrigeración). **NO CONGELAR.** Descartar la vacuna si ha sido congelada.

5.12 Contraindicaciones

Los laboratorios Instituto Serum de la India LTD y el Laboratorio Bharat-Biotech, informan que no se producen efectos adversos por la administración de la VOPb en un niño enfermo. En caso de diarrea o vómito (incluyendo infección gastrointestinal) la dosis recibida no se cuenta como parte del esquema y debe repetirse después de que el niño se recupere.

5.13 Advertencias especiales y precauciones de uso

La posibilidad de reacciones alérgicas en individuos sensibles a los componentes de la vacuna debe ser evaluada. Como la reacción alérgica a la eritromicina y kanamicina.

En el caso de antecedentes de inmunodeficiencia:

Los individuos infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana-VIH, sean sintomáticos o asintomáticos, deben inmunizarse con la VOPb, de conformidad con los esquemas estándares. Sin embargo la vacuna está contraindicada en personas con la enfermedad primaria de inmunodeficiencia o una respuesta inmune suprimida por causa de la medicación, leucemia, linfoma o la malignidad generalizada. Para este tipo de personas es recomendable la vacuna de VIP.

5.14 Efectos adversos

En la gran mayoría de los casos no existen efectos secundarios. Muy raramente, puede ocurrir la parálisis asociada con la vacuna (en un caso por un millón de dosis administradas). Las personas en estrecho contacto con un niño recién vacunado pueden muy raramente correr el riesgo de la poliomielitis paralítica asociada con la vacuna.

5.15. Vacunación segura

5.15.1 Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización – ESAVI

Para cumplir con los lineamientos de vacunación segura con esta vacuna, como con cualquiera de las otras incluidas en el esquema nacional, se deberá garantizar el tratamiento y seguimiento a las reacciones adversas que se presenten en la población después de la administración.

Según el protocolo de vigilancia en Salud Pública de los ESAVI (*Fuente: Protocolos de Vigilancia en Salud Pública -ESAVI. Instituto Nacional de Salud. Junio, 2014*), solamente se deben notificar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública–SIVIGILA, aquellos que cumplan con los criterios de clasificación de caso sospechoso y tener una clasificación final según la causalidad:

Criterios de casos sospechosos a notificar: Para efectos de la vigilancia en salud pública, los eventos que deberán ser notificados son aquellos que cumplen con la definición operativa de caso y los siguientes criterios:

- Eventos que requieren hospitalización
- Eventos que ponen en riesgo la vida
- Errores relacionados con el programa
- Eventos que causan discapacidades
- Eventos que estén por encima de la incidencia esperada en un conglomerado de personas.
- Cualquier muerte que ocurra dentro de las 4 semanas siguientes a la administración de una vacuna, y se relacione con el proceso de vacunación o inmunización.
- Cualquier rumor sobre la seguridad de una vacuna que se genere en medios de comunicación.

Clasificación final de casos notificados: Se cuenta con un periodo de cuatro semanas epidemiológicas a partir de la notificación, para que las UPGD realicen la respectiva clasificación final de cada uno de los casos:

- Caso relacionado con la vacuna: Caso sospechoso en el cual el evento ha sido descrito como una reacción después de la administración de la vacuna, debido a sus propiedades o componentes, cumpliendo con criterios de causalidad.

5.15. 2 Administración segura de la vacuna

Dar cumplimiento a las instrucciones dadas para la aplicación, administración, uso y manejo de la vacuna. Antes de vacunar un niño(a) tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Explique a la madre o acompañante, el procedimiento y el número de vacunas a aplicar al niño o niña.
- Carné del niño o niña
- Edad
- Vacuna correcta
- Dosis correcta
- Vía de administración
- Fecha de vencimiento de la vacuna
- Revisar indicaciones y presencia de contraindicaciones para la aplicación de la vacuna
- Almacenamiento de la vacuna según normas de red de frío
- Cumplimiento de las normas de bioseguridad vigentes.

Una vez realice el procedimiento, registre inmediatamente la dosis administrada en el carné de vacunación, en el formato de registro diario de vacunación y en el sistema de información nominal del PAI.

5.15. 3 Política de frascos abiertos

La presentación actual de la VOPb a aplicarse a la población infantil es multidosis de 10, o de 20 dosis. Se debe tener claridad que presentación se está manejando en el punto de vacunación y asegurar el cumplimiento de la política de frascos abiertos que nos autoriza a utilizar la vacuna intramuralmente por 21 días, después de haber sido abierta para aplicar la primera dosis, teniendo los cuidados de asepsia de asepsia y los demás que se indican la política de frascos abiertos multidosis en Colombia.

Los laboratorios productores solicitan tener en cuenta en la utilización de la vacuna las siguientes condiciones:

Que la fecha de vencimiento no se haya sobrepasado, que las vacunas se hayan conservado en condiciones apropiadas de cadena en frío, el septo del vial de la vacuna no se haya sumergido en agua y se haya utilizado la técnica aséptica para retirar todas las dosis. Se debe tener la precaución de la no contaminación del gotero con la saliva de algún niño vacunado.

5.15. 4 Manejo de Residuos

Debe darse cumplimiento a la normatividad vigente en el manejo de los residuos sólidos generados en el programa y de igual manera el cumplimiento a las recomendaciones de prevención de accidentes o errores que puedan afectar al usuario, al vacunador o al medio ambiente.

5.15. 5 Plan de crisis

Las entidades territoriales deben mantener activo el Plan de manejo de crisis, y ajustarlo debido a la introducción de esta nueva vacuna y el desarrollo del cambio sincronizado-switch, que se realizará en todo el país el 1 de mayo de 2016. Tener claridad en el manejo de la investigación correspondiente de los posibles ESAVI que se pudieran presentar, según las directrices del Instituto Nacional de Salud – INS, el resumen que aparece en este documento y el manejo adecuado de la información.

5.16 Almacenamiento y volumen ocupado en la red de frío

El laboratorio Bharat Biotech productor de la vacuna entregada por la OPS al MSPS, presenta este producto en viales multidosis dentro del empaque primario, en caja de cartón con dimensiones de 4 cm de alto, 11.5 cm de ancho y 11.5 cm de largo, lo que requiere un volumen de la caja de 529 cm³ o 0.529 litros.

Gráfico 2. Presentación de la vacuna del laboratorio Bharat Biotech



Si consideramos que los termos utilizados en Colombia son los listados en la siguiente tabla, se debe considerar el número de dosis que es posible almacenar en un termo dejando como mínimo, el 50% del termo para los demás biológicos del esquema permanente, sin deterioro de la caja y con los paquetes refrigerantes respectivos.

Cuadro 1. Capacidad de dosis de vacuna de Polio oral-VOPb por tipo de termo.

Termo	Marca	Modelo	Volumen en litros	Número de dosis sin caja
	Dometic – Electrolux	RCW 2	0,6	11
		RCW 4	3	57
	Thermos (King Seeley)	3504 UN/CF	1,7	32
		AOV	AVC 44	1,6
	APEX	IVC – 9AF	1,6	30
	GIOSTYLE		2,6	49

Cálculos realizados a partir del volumen de la unidad de empaque.

En la tabla anterior, se discriminan el número de dosis de la VOPb en cada termo, sin y con la caja. Siguiendo las recomendaciones del MSPS en el sentido de evitar el contacto físico directo entre el vial sin caja con el paquete refrigerante, se debe ubicar un recipiente plástico que contenga estas vacunas, cuando se ubica la vacuna en la caja de cartón siliconado proveniente de fábrica, no se requiere recipiente adicional, dado que este lo protege del contacto directo con el paquete refrigerante y de la humedad que se puede generar.

Cuadro 2. Capacidad de dosis de vacuna de Polio oral VOPb por tipo de caja térmica.

Marca	Modelo	Volumen en litros	Número de dosis con caja
Dometic – Electrolux	RCW 8	5,3	100
	RCW 12	8,5	161
	RCW 25	20,7	391
AOV	ACB – 264SL	6	113
	ACB-324SS	15	284
	ACB-246LS	16	302
	ACB-503L	23,3	440
	ACB-444L	23	435
	ACB-316L	22	416
APEX	ICB-BF	5	95
	ICB-14F	15	284
	ICB-11F	23	435
CIP	LSR 50	21.6	408
	LSR 100	9.2	174

Cálculos realizados a partir del volumen de la unidad de empaque.

Para el caso de los refrigeradores empleados en Colombia, se hace un análisis similar de la capacidad de almacenamiento para cajas de una dosis.

Cuadro 3. Capacidad de dosis de vacuna de Polio oral VOPb por tipo de refrigerador.

Refrigerador o módulo cuarto frío	Número de parrillas o canastas	Cajas por cada parrilla superior	Cajas por cada parrilla inferior	Dosis total
Vestfrost MK 304 – 108 litros	7	116	87	4060
Vestfrot MK 204 – 108 litros	5	123	82	4100
Vestfrost MK 144 – 45 litros	3	57	28	1700
Dometic TCW 2000 AC – 76 litros	4	72	72	2880
Dometic TCW 3000 AC – 126 litros	5	143	95	4760
Módulo estantería 45 cm x 90 cm x 40 cm	1	306	-	6120

Cálculos realizados a partir del volumen de la unidad de empaque.

La vacuna se debe almacenar y transportar en el empaque original para proteger de la humedad y contaminación, sin deteriorar el protector plástico transparente. Para el almacenamiento en las neveras horizontales, cuartos fríos y centros de acopio, se debe conservar en la caja original, la cual provee la protección de la vacuna contra la humedad y contra el contacto directo con las pilas, paredes y otras superficies frías.

5.17 Responsabilidades por niveles

5.17.1 Ministerio de Salud y Protección Social

- Suministrar la vacuna y demás insumos para la ejecución de esta intervención.
- Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales y demás organismos del sector en el desarrollo, implementación, ejecución, evaluación y seguimiento de esta intervención.
- Elaborar y socializar el lineamiento técnico para la introducción de la VOPb.
- Informar a la sociedad colombiana de pediatría del cambio a realizarse en la utilización de la vacuna VOPb.

5.17.2 Instituto Nacional de Salud

- Actualizar el lineamiento para realizar la vigilancia epidemiológica de los casos de parálisis flácida aguda -PFA.
- Capacitar, asesorar y brindar asistencia técnica a las entidades territoriales y demás actores, sobre la vigilancia epidemiológica de las PFA y de los ESAVI.
- Analizar y procesar la información generada de la vigilancia epidemiológica de las PFA y de los ESAVI en el país.

5.17.3 Departamentos / Distritos

- Adoptar y adaptar el lineamiento para realizar la vacunación de la población objeto de esta intervención.
- Garantizar el cumplimiento del lineamiento en los municipios e IPS.
- Facilitar la coordinación de acciones entre la nación y los municipios e IPS.
- Capacitar al personal de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el lineamiento de la VOPb.
- Brindar asistencia técnica a los municipios en la implementación de este lineamiento y de la operación del sistema de vigilancia en salud pública.
- Establecer alianzas estratégicas que permitan el cumplimiento de las metas y objetivos de esta intervención.
- Seguir a la cohorte establecida en el 100% de los municipios e IPS.
- Cumplir con el envío mensual de la información de los vacunados.
- Almacenar las vacunas cumpliendo las normas de cadena de frío vigentes.
- Realizar la asignación y entrega de la vacuna y demás insumos, de acuerdo a los requerimientos municipales, previa programación.

5.17.4 Municipios

- Capacitar al personal de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, ESE e IPS en el lineamiento de la VOPb.
- Verificar el cumplimiento de este lineamiento en las IPS vacunadoras.
- Almacenar las vacunas cumpliendo con las normas de cadena de frío vigentes.
- Realizar la asignación y entrega de la vacuna y demás insumos, de acuerdo a los requerimientos por cada IPS.
- Realizar seguimiento a la cohorte vacunal.
- Realizar la vigilancia epidemiológica de los ESAVI, en especial a los casos de PFA.
- Consolidar la información mensual del reporte de los vacunados, y enviarlo al nivel territorial superior.
- Cumplir con el envío mensual de la información de sus vacunados en los formatos actualizados.

5.17.5 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB

- Establecer estrategias para garantizar el seguimiento de la cohorte vacunal.
- Garantizar la vacunación de su población afiliada.
- Garantizar la gestión del riesgo en ésta población.
- Garantizar la estrategia de “vacunación sin barreras” con su red prestadora de servicios.
- Analizar la información suministrada por las IPS públicas y privadas de la red de prestadores, respecto al cumplimiento de la meta, para garantizar la vacunación al 100% de sus afiliados objeto de esta intervención.
- Garantizar la inducción a la demanda de la población objeto.

5.17.6 Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS

- Garantizar la aplicación de la nueva vacuna bivalente oral contra la poliomielitis-VOPb, a la población objeto.
- Diligenciar el 100% de la información requerida en los registros de información del PAI, generando la especificidad del registro de la aplicación de la VOPb en los diarios de vacunación y en el reporte mensual de dosis aplicadas que se envía en la plantilla.
- Cumplir las normas de bioseguridad vigentes.
- Garantizar la red de frío, según las normas vigentes.
- Aplicar la estrategia de vacunación sin barreras.
- Brindar educación a los usuarios, sobre el cumplimiento del esquema completo de vacunación.
- Generar la información de vacunados por EAPB.
- Disminuir las oportunidades perdidas de vacunación.

5.18 Capacitación

La capacitación en este lineamiento va dirigido al personal administrativo y operativo del programa en las IPS vacunadoras, a los profesionales que de manera privada ejercen esta actividad y con mayor énfasis a todos los vacunadores, la cual estará a cargo de las entidades territoriales de cada nivel y debe ser realizado durante el mes de marzo y abril de 2016.

Todo el personal de salud de los diferentes niveles debe recibir la adecuada capacitación sobre todos los aspectos relacionados con la introducción de la VOPb y el desarrollo del cambio sincronizado de manera exitosa en el 100% de las IPS vacunadoras.

Algunos temas claves a ser abordados en las capacitaciones, entre otros son:

- Conocimiento total del proceso de cambio sincronizado-switch, en el 100% de las IPS vacunadoras. Ver documento del plan enviado en agosto 2015 y los ajustes y propuestas enviadas en el año 2016.
- El esquema de vacunación contra la poliomielitis continúa siendo el mismo, solo se cambia una vacuna oral (VOPt), por otra vacuna oral (VOPb).
- La población objeto
- La especificidad del registro de la VOPb

5.19 Movilización social y comunicación

Para el logro de resultados satisfactorios en la introducción de esta vacuna, es determinante contar con el trabajo integrado entre las entidades responsables de la ejecución del switch, que conlleve a un proceso con éxito y así disminuir el riesgo de posibles brotes de poliomielitis por virus tipo 2.

Las tres estrategias de trabajo integrado recomendadas son:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

La planeación y preparación del proceso debe ser de manera coordinada entre las siguientes entidades:

- Secretarías de salud departamental, (salud pública, vigilancia, Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, salud ambiental o saneamiento básico).
- Secretarías de salud municipales o quien realice sus funciones.
- Gerentes de Empresas Sociales del Estado-ESE e IPS vacunadoras que manejen la VOPT.
- Instituciones que realizan en el departamento el manejo de los residuos hospitalarios o material de riesgo biológico.
- Delegado INVIMA regional o departamental.
- Personerías municipales, para la solicitud del acompañamiento, veeduría y verificación del proceso.
- Procuraduría delegada para la Infancia, adolescencia y familia
- Veedurías ciudadanas, para la solicitud del acompañamiento, veeduría y verificación del proceso.
- Otros, según consideren.

Socialización de los lineamientos a:

- Secretarías de salud municipales o quien realice sus funciones.
- Gerentes de Empresas Sociales del Estado-ESE e IPS vacunadoras que manejen la VOPT.
- Instituciones que realizan en el departamento el manejo de los residuos hospitalarios o material de riesgo biológico.
- Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, para su apoyo en auditorías.
- Delegado INVIMA regional o departamental.
- Médicos Pediatras
- Coordinadores PAI municipales
- Coordinadores PAI de IPS vacunadoras y de ESEs
- Vacunadores responsables de los puntos de atención.

Notificación escrita de las responsabilidades en la ejecución de las actividades del Plan a:

- Secretarías de salud municipales o quien realice sus funciones.
- Gerentes de Empresas Sociales del Estado-ESE e IPS vacunadoras que manejen la VOPT.
- Gerentes de instituciones que realizan en el departamento el manejo de los residuos hospitalarios o material de riesgo biológico, en este caso específico debe notificarse la necesidad imperativa de la inactivación y eliminación de la vacuna VOPT, durante los días 1 al 6 de mayo de 2016.
- Coordinadores PAI municipales
- Coordinadores PAI de IPS vacunadoras y de ESE
- Vacunadores responsables de los puntos de atención.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -

www.minsalud.gov.co

Para un switch exitoso es necesario:

- Un plan cuidadosamente elaborado y detallado
- Profesionales de la salud y vacunadores bien capacitados
- Monitoreo efectivo de las instalaciones de salud almacenan y aplican la VOPt, para asegurar que la misma no esté disponible para ser administrada en el país, a partir del 1 de mayo. No puede encontrarse en red de frío la vacuna y debe destruirse entre el 1 y 6 de mayo.
- Una contención efectiva de todos los poliovirus tipo 2.

Entre los tópicos que pueden y deben desarrollarse en las capacitaciones están:

- El proceso de erradicación mundial de la poliomielitis y la necesidad de prepararse para la fase final del proceso de erradicación.
- El papel que desempeñó la VOP en la erradicación de la poliomielitis en las Américas y el mundo.
- La transición en la introducción secuencial de la VIP como parte de la estrategia final para la erradicación mundial de la poliomielitis.
- Plan de cambio sincronizado-switch y la necesidad de seguir usando la VOP mientras haya casos de poliomielitis salvaje en el mundo.
- La importancia de aplicar todas las vacunas del esquema de rutina correspondientes a la edad, en una misma visita o de manera simultánea.

Es fundamental realizar alianzas con:

- Sociedades científicas y académicas como la Sociedad Colombiana de Pediatría
- Médicos generales y pediatras de todas las IPS
- Procuradurías Delegadas Regionales para la Familia, Infancia y Adolescencia, para el logro de las metas del programa.
- Personerías municipales, para la solicitud del acompañamiento, veeduría y verificación del proceso.
- Gerentes de Empresas Sociales del Estado-ESE e IPS vacunadoras que manejen la VOPt.
- Instituciones que realizan en el departamento el manejo de los residuos hospitalarios o material de riesgo biológico.
- Delegado INVIMA regional o departamental.
- Veedurías ciudadanas, para la solicitud del acompañamiento, veeduría y verificación del proceso.
- Madres comunitarias del ICBF
- Madres líderes de Mas Familias en Acción

5.20 Estrategias de vacunación

Para la implementación de este lineamiento en cuanto a la aplicación de la vacuna, se debe garantizar las estrategias de: Vacunación institucional, puestos fijos, casa a casa, brigadas, equipos móviles, micro concentración y canalización, de acuerdo a las condiciones de cada región.

5.21 Sistema de información

La introducción de la VOPb no exige actualización y capacitación del personal, para que realicen el registro en los diarios de vacunación, en el carné de vacunas y en el reporte mensual de dosis aplicadas que se envía al Ministerio en la plantilla Excel. El registro adecuado es fundamental para evaluar el resultado de la introducción de esta vacuna y la cobertura alcanzada en la población objeto.

El sistema de información nominal del programa, realizará los ajustes respectivos para facilitar el registro correspondiente de las dosis de VOPb y de VIP, en la población infantil.

5.22 Seguimiento y evaluación

Se evaluarán los resultados de cumplimiento con segundas dosis y de cobertura con terceras dosis, por medio de los siguientes indicadores:

Indicador	Descripción
Porcentaje de cumplimiento con segundas dosis de VOPb en menores de un año, seguimiento mensual y anual.	Número de niños y niñas menores de un año vacunados con segundas dosis de VOPb / número de niños y niñas menores de un año programados a vacunarse en el año 2016* 100.
Cobertura con terceras dosis de VOPb en menores de un año, seguimiento mensual y anual.	Número de niños y niñas menores de un año vacunados con terceras dosis de VOPb / número de niños y niñas menores de un año programados a vacunarse en el año 2016* 100.

Bibliografía consultada

Directrices de apoyo sobre el cambio de la OPV trivalente a la OPV bivalente: “el Switch”, OPS

Insertos de las vacunas VOPb, de los laboratorios Laboratorio Instituto Serum de la India LTD. Y Laboratorio Bharat-Biotech.

Documento informe de la reunión regional de polio, Brasil, diciembre 2015.

Guía Práctica para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud, Washington, D.C., 2014, 30 pag.

Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013 – 2018, Organización Mundial de la salud, Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org.

Documento técnico Informe Final, del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, XX, Marcando el Rumbo en Inmunización, Reunión, Washington D.C., 19 al 19 de octubre, 2012.

Documento técnico Informe Final, del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, XXI Reunión, Quito, Ecuador, 3 al 5 de julio de 2013.

Documento técnico Informe Final, del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, XXII Reunión, Washington D.C., 1 y 2 de julio, 2014.

Boletines de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11015%3A2015-from-topv-bopv-supporting-technical-documents&catid=1629%3Apolio-featured-items&Itemid=1707&lang=es

Comunicado de Emergencia de Salud Pública Internacional (ESPII), Implicación para las Américas, región libre de poliovirus salvaje, OMS, OPS, mayo, 2014.

<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Circulatingvaccinederivedpoliovirus.aspx>

<http://www.who.int/topics/poliomyelitis/es/>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/es/>

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27448&langes