
**Lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización
de la vacuna inactivada contra la Poliomiélitis de
manera fraccionada-VIPf-, en el Esquema de
Vacunación, del Programa Ampliado de Inmunizaciones
-PAI-,
Colombia, septiembre 2017.**

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

Lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomielitis de manera fraccionada-VIPf-, en el Esquema de Vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI-, Colombia, septiembre 2017.

Colombia, septiembre de 2017

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 GAVRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA

Director de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres encargado de las funciones del Despacho del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

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
JAIID CONSTANZAROJAS SOTELO
JUANITA CORRAL CASTILLO
MARTA EUGENIA MARIN GONZALEZ

SISTEMA DE INFORMACIÓN

CAMILO MORENO CANGREJO
MANUEL LADINO PEDRAZA

CADENA DE FRIO E 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**

IVY TALAVERA
VIVIANA CALDERÓN

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	6
1. Antecedentes	8
1.1 Recopilación histórica, distribución y situación actual de la poliomielitis	8
1.2. Evaluación del riesgo por parte de la OMS	10
1.3. Consejos de la OMS.....	11
1.4. Recomendaciones del Grupo técnico Asesor-GTA- 2016 relacionadas al uso de VIP	11
1.5. Recomendaciones del Grupo técnico Asesor-GTA- 2017 relacionadas con el uso de VIPf.....	13
1.6 Inmunogenicidad de dos dosis de VIPf.....	14
1.7 Recomendaciones del Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones –CNPI-.....	15
1.8 Trabajo integrado con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA-.....	16
2. Utilización de la Vacuna inactivada contra la poliomielitis de manera fraccionada –VIPf.	16
2.1 Objetivo general de la introducción de la VIPf.....	16
2.2. Población Objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación:	16
2.3 Presentación de la vacuna	18
2.4 Composición de la vacuna	18
2.5 Aplicación simultánea con otras vacunas	19
2.6 Conservación de la vacuna.....	19
2.7 Contraindicaciones	19
2.8 Procedimiento de administración:	19
2.9 Vacunación segura	20
2.9.1 Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización – ESAVI.....	21
2.9.2 Inyección Segura	22
2.9.3 Política de frascos abiertos	22
2.9.4 Plan de crisis.....	22
2.9.5 Manejo de Residuos	22
2.10 Responsabilidades por niveles	22
2.10.1 Ministerio de Salud y Protección Social	22
2.10.2 Instituto Nacional de Salud	23
2.10.3 Departamentos / Distritos	23
2.10.4 Municipios	24
2.10.5 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB.....	24
2.10.6 Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS.....	25
2.10.7 Instituto Nacional para la vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA-.....	25
2.11 Movilización social y comunicación	25
2.12 Estrategias de vacunación	26
2.13 Sistema de información.....	26
2.14 Capacitación	27

2.15 Supervisión	29
2.16 Seguimiento y evaluación	29
Bibliografía consultada	29

Introducción

En mayo de 2012 en la asamblea general de la Organización Mundial de la Salud-OMS, fue tomada la decisión de la finalización de la erradicación de la poliomielitis como una “emergencia programática para la salud pública mundial” y se solicitó a la Directora General de la OMS desarrollar una estrategia global para la fase final de la erradicación de la polio; por ello surge El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018, para poner fin a esta enfermedad.

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 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 – VOPt.
- 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-VOPt, iniciándose con el retiro del componente tipo 2**, mediante el cambio de la VOPt (serotipos 1, 2 y 3) a la bivalente oral-VOPb (serotipos 1 y 3), proceso conocido por todos, como el **cambio sincronizado-switch**, realizado en Colombia los días 30 de abril y 1 de mayo del año 2016, el cual culminó exitosamente con la introducción de la VOPb en el esquema nacional.

Previo al cambio de la VOPt a la VOPb, se hizo necesario la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis-VIP- en todos los países del mundo, esto implicó un incremento en la demanda de la VIP, que no ha sido posible atender por parte de los dos laboratorios productores, lo que ha implicado una escasez mundial de la vacuna; por esta disminución en la oferta y el riesgo existente de propagación mundial de los casos de poliomielitis ocasionados por virus circulante derivado de la vacuna-cVDPV tipo 2, presente en varios países, (Nigeria, Siria, Niger, Camerún, Chad, Mozambique, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo y Mozambique, igualmente la

detección del cVDPV en muestras ambientales en la India y Pakistán,)¹, la OMS ha venido realizando recomendaciones escritas emitidas durante lo transcurrido de este año, donde especifican la necesidad imperativa de implementar la aplicación de la vacuna inactivada contra la poliomielitis de manera fraccionada -VIPf-, debido a que la escasez de dicha vacuna se puede extender hasta el año 2020².

Teniendo en cuenta todo anterior y siguiendo las recomendaciones dadas por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico–SAGE- de la OMS y del Grupo Técnico Asesor–TAG- de la Organización Panamericana de la Salud–OPS- dadas en los años 2016 y 2017, para dar cumplimiento a los objetivos del Plan de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y a los objetivos del plan decenal de Salud pública y del programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud y Protección Social–MSPS decide implementar en el esquema nacional de vacunación, la aplicación de la vacuna inactivada contra la poliomielitis de manera fraccionada- VIPf-, para la población menor de un año de edad que inicie el esquema de vacunación contra la poliomielitis, por lo tanto define los “**Lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomielitis de manera fraccionada-VIPf-, en el Esquema de Vacunación Permanente, del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI-, Colombia, agosto 2017**”.

¹Informe de Secretaría sobre poliomielitis, 70.a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 24 de abril de 2017

²OMS-OPS. Documento técnico de directriz para la implementación del uso de dosis fraccionadas de VIP (VIPf), 23 de mayo de 2017

1. Antecedentes

1.1 Recopilación histórica, distribución y situación actual de la poliomielitis

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 34 casos notificados en el año 2016 en 3 países.

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.

En el 2014, la poliomielitis siguió siendo endémica solo en algunas zonas de tres países (la zona geográfica más reducida de toda su historia), Nigeria, Afganistán y Pakistán. En mayo de 2014, la OMS lanzó una alerta ante el peligroso resurgimiento 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 el 2014.

El número anual de casos notificados de poliovirus salvaje durante los últimos años ha venido en disminución, siendo de 1.352 en el 2010, 650 en 2011, 223 en 2012, 416 en el 2013, 359 en el 2014, 74 en el 2015 en Afganistán y Pakistán, 37 en el 2016 (Afganistán, Pakistán y Nigeria) y 8 en lo transcurrido del 2017 (Afganistán y Pakistán)³. Tabla N°1.

³<http://who.int/features/factfiles/polio/es/>

Tabla 1. Casos de polio salvaje en el mundo, serotipos 1 y 3, durante el periodo 2012-2017.⁴

Country or territory ³	Wild virus confirmed cases								
	Total					01 Jan - 01 Aug ¹		Onset of most recent type 3	Onset of most recent type 1
	2012	2013	2014	2015	2016	2016	2017		
Pakistan	58	93	306	54	20	13	3	18-Apr-12	11-Jun-17
Afghanistan	37	14	28	20	13	6	5	11-Apr-10	19-Jun-17
Nigeria	122	53	6	0	4	0	0	10-Nov-12	21-Aug-16
Somalia	0	194	5	0	0	0	0	NA	11-Aug-14
Cameroon	0	4	5	0	0	0	0	15-Oct-09	09-Jul-14
Equatorial Guinea	0	0	5	0	0	0	0	NA	03-May-14
Iraq	0	0	2	0	0	0	0	NA	07-Apr-14
Israel ⁴	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA
Syrian Arab Republic	0	35	1	0	0	0	0	NA	21-Jan-14
Ethiopia	0	9	1	0	0	0	0	NA	05-Jan-14
West Bank and Gaza	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA
Kenya	0	14	0	0	0	0	0	NA	14-Jul-13
Egypt	0	0	0	0	0	0	0	NA	03-May-04
Niger	1	0	0	0	0	0	0	19-Jan-11	15-Nov-12
Chad	5	0	0	0	0	0	0	10-Mar-11	14-Jun-12
Total	223	416	359	74	37	19	8		
Total wild virus type 1⁵	202	416	359	74	37	19	8		
Total wild virus type 3	21	0	0	0	0	0	0		
Tot. in endemic countries	217	160	340	74	37	19	8		
Tot. in non-endemic countries	6	256	19	0	0	0	0		
No. of countries (infected)	5	8	9	2	3	2	2		
No. of countries (endemic)	3	3	3	3⁶	3⁶	3⁶	3		

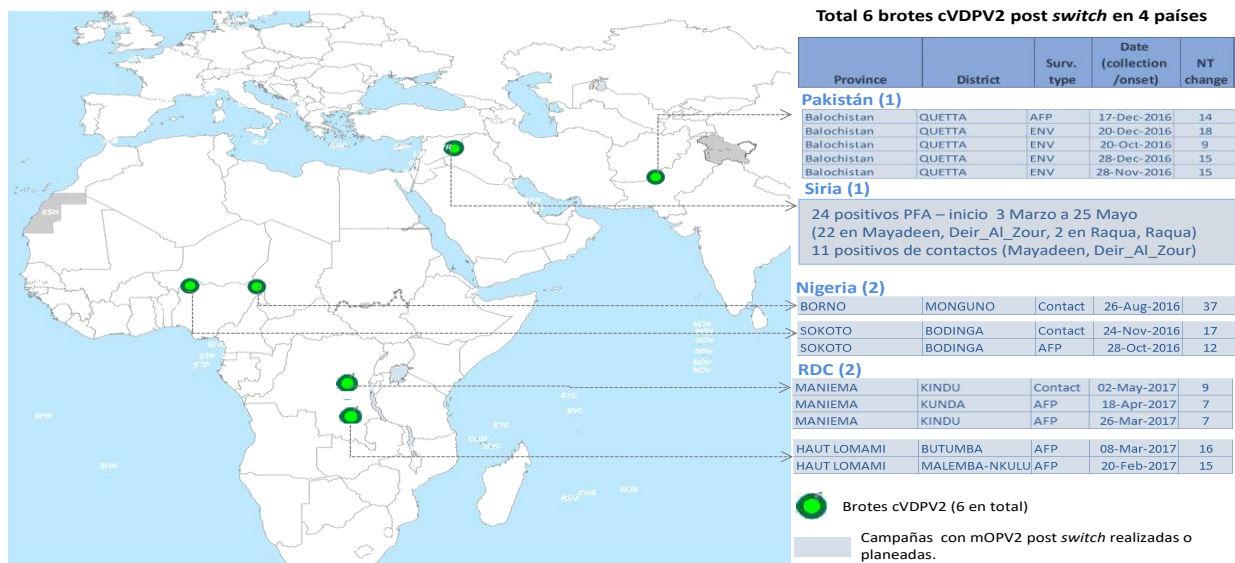
Fuente: OMS

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.

Como se puede apreciar en el gráfico 1, en el año 2016 posterior a la realización del cambio sincronizado switch, se han presentado en 4 países 6 brotes de poliomiелitis producido por virus circulante derivado de vacuna-cVDPV-, uno en Pakistán (Balochistán), uno en Siria (Al Mayadeen), dos en Nigeria (Borno y Sokoto) y dos en la República Democrática del Congo (Maneima y Haul Lomam)

⁴http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/08/MVPV_2012-2017_1AUG17.pdf

Gráfico 1. Brotes de polio virus circulante derivado de vacuna - cVDPV2- posterior al switch, 2016.



Fuente: OMS

Respuesta de salud pública en Siria: desde la confirmación del primer caso de cVDPV2 en mayo de 2017, se ha intensificado la vigilancia de las Parálisis Flácida Aguda –PFA-y en particular en el distrito de Al Mayadeen.

Tras la confirmación del brote de cVDPV2 se planificó la respuesta y en particular las actividades suplementarias de inmunización con vacuna antipoliomielítica oral-VOP- monovalente de tipo 2, de conformidad con los protocolos internacionales de respuesta a brotes. Recientemente en marzo y abril de 2017, se han realizado dos campañas con VOP bivalente. Se está realizando un análisis detallado del riesgo, evaluando la inmunidad global de la población y reforzando la búsqueda activa de otros casos de PFA. También se están reforzando las actividades de vigilancia e inmunización en los países vecinos.

1.2. Evaluación del riesgo por parte de la OMS⁵

La detección de cVDPV2 señala lo importante que resulta que se mantenga una elevada cobertura vacunal sistemática en todos los niveles, a fin de reducir al mínimo el riesgo y las consecuencias de

⁵<http://www.who.int/csr/don/13-June-2017-polio-syrian-arab-republic/es/>

toda circulación de poliovirus. Asimismo, señala que el riesgo existente en zonas o regiones con importantes y continuos problemas de seguridad, dificultan el mantenimiento de una alta inmunidad de la población a través de la inmunización sistemática. Para detener rápidamente la transmisión de VDPV2 es necesaria una vigorosa respuesta al brote. La OMS seguirá evaluando la situación epidemiológica y las medidas que se pongan en práctica para responder al brote de cVDPV2.

1.3. Consejos de la OMS⁶

- Es importante la evaluación del riesgo y mantener intensificada la vigilancia de las PFA.
- Es importante que todos los países, en especial aquellos con viajeros frecuentes de países de zonas de riesgo de poliomielitis, refuercen la vigilancia de los casos de PFA a fin de detectar rápidamente la importación de nuevos virus y facilitar una respuesta rápida.
- Los territorios y zonas deben mantener también una cobertura vacunal superior al 95%.
- En viajes internacionales la OMS recomienda que toda persona que viaje a zonas afectadas por la poliomielitis, debe estar plenamente vacunada frente a esta enfermedad. Los residentes en zonas infectadas y los visitantes que permanezcan en ellas más de 4 semanas deben recibir una dosis adicional de VIP o una dosis de VIP entre las 4 semanas y los 12 meses previos al viaje.
- De conformidad con el concepto del Comité de Emergencia constituido en virtud del Reglamento Sanitario Internacional 2005, los esfuerzos por limitar la propagación internacional de poliovirus sigue siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional.

1.4. Recomendaciones del Grupo técnico Asesor-GTA- 2016 relacionadas al uso de VIP

El Grupo Técnico Asesor reiteró su preocupación debido al suministro mundial insuficiente de la vacuna inactivada contra la polio-VIP- y reconoce que el Fondo Rotatorio-FR- y la Unidad de Inmunización están monitoreando la situación de cerca y ajustando los calendarios de entrega de la VIP para evitar la escasez de vacuna en los países de la Región.

Debido a que el déficit mundial de la VIP se extenderá hasta el 2020, el GT Arecomienda a los países lo siguiente:⁷

1.4.1. Reducir el desperdicio de VIP

⁶<http://www.who.int/csr/don/13-June-2017-polio-syrian-arab-republic/es/>

⁷http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11038&catid=1875&Itemid=2244&lang=es

- Asegurar una estricta adherencia al esquema de vacunación, vacunando con VIP solamente los niños que hayan cumplido dos meses de edad después de la fecha de introducción de la vacuna en el país.
- Implementar integralmente la política de frascos abiertos, la cual permite el uso de frascos abiertos de la VIP por hasta 28 días, siempre y cuando se cumpla con los criterios de la política.
- Evitar siempre que sea posible, el uso de la VIP en actividades extramurales para reducir la pérdida de esta vacuna, priorizando la estrategia de canalización hacia los puestos de vacunación.
- Monitorear de cerca el suministro de la VIP en el país para asegurar que todos los servicios cuentan con esta vacuna, así como identificar aquellos servicios que presentan una pérdida excesiva, con el fin de brindar recomendaciones oportunas sobre cómo evitar estas pérdidas.

1.4.2 Prepararse para responder a una posible escasez de VIP

- Todos los trabajadores de salud deben ser informados acerca de una posible escasez de la VIP y prepararse para responder a esta eventualidad.

1.4.3. Prepararse para responder a brotes

- Todos los países deben revisar sus planes de respuesta a brotes de polio, teniendo en cuenta las directrices que se presentan en los documentos publicados por la Iniciativa Global de Erradicación de la Polio, el 20 de abril del 2016.
- Los países deben asegurarse que pueden recibir mVOP2, en caso de brote, en un corto periodo de tiempo, desde la reserva mundial de vacuna para respuesta a brotes, la cual será enviada a través de UNICEF.
- No será necesario utilizar VIP para responder a todos los brotes de polio tipo 2. Sin embargo, si se considera que el uso de VIP es necesario, la OMS recomienda que los países utilicen dosis fraccionadas, administradas por vía intradérmica, para asegurar que hay una oferta suficiente para atender a todos los países que lo necesitan.
- Los países deben evaluar su capacidad en términos de recursos humanos calificados para implementar una campaña de vacunación con dosis fraccionadas de VIP administradas por vía intradérmica. Por otra parte, los países deben asegurarse de que podrán usar la vacuna VIP según lo recomendado por la OMS para responder a los brotes. La recomendación se basa en la evidencia científica, pero no está incluida en los insertos de la vacuna, lo que significa que los países deberán utilizar las dosis fraccionadas de VIP por vía intradérmica, aunque no cuente con la indicación en los insertos/etiquetas del productor.

1.4.4. Evaluar la capacidad para introducir la VIP fraccionada por vía intradérmica en el programa de rutina, si fuera necesario.

- Todos los países deben iniciar la evaluación de la capacidad del programa para implementar un esquema de dosis fraccionadas. Esto incluye evaluar la disponibilidad de personal capacitado para aplicar la vacuna por vía intradérmica, la disponibilidad de jeringas para la aplicación de BCG, los costos programáticos y la viabilidad de implementar este esquema. Además, los países deben evaluar si serán necesarios cambios o adecuaciones en el sistema de información del programa de inmunización.

- Debido a que la recomendación para el uso de VIP en dosis fraccionadas se basa en evidencias científicas, pero no está incluida en los insertos de la vacuna, los países deben asegurarse que podrían utilizar la vacuna en dosis fraccionadas aun cuando no cuenten con la indicación del productor en los insertos/etiquetas.

1.4.5. Fortalecer la vigilancia epidemiológica

- El GTA reitera que debido al riesgo de aparición de cVDPV2 en la fase post cambio de vacuna oral contra la polio (switch), todos los países deben mantener sistemas de vigilancia sensibles con el fin de detectar rápidamente e interrumpir la circulación del poliovirus tipo 2.

- Los países deben esforzarse por cumplir con los indicadores de calidad de la vigilancia de PFA:

Notificación de al menos 1 caso de PFA por 100.000 niños menores de 15 años de edad.

Por lo menos el 80% de los casos con muestras adecuadas.

Por lo menos el 80% de los casos investigados dentro de las 48 horas después de la notificación.

1.5. Recomendaciones del Grupo técnico Asesor-GTA-2017 relacionadas con el uso de VIP⁸

La evidencia científica disponible ha demostrado que dos dosis fraccionadas de VIP administradas vía ID presentan mayor seroconversión para todos los serotipos que una sola dosis administrada de manera intramuscular. Los anticuerpos maternos interfieren con la respuesta inmunológica, principalmente contra el serotipo 2, pero hay menos interferencia cuando la primera dosis es administrada a partir de los 2 meses de edad. También, cuanto mayor sea el intervalo entre las dosis fraccionadas, mejor es la respuesta inmunológica. Los eventos adversos no son más frecuentes cuando la VIP se administra vía ID que vía IM, en general, son reacciones locales leves como eritema e induración.

⁸ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862%3Atechnical-advisory-group-vaccine-preventable-diseases&catid=1549%3Ainformation-products&Itemid=39430&lang=es

Después de haber revisado las proyecciones de producción y entrega de la VIP adquiridas a través del FR y considerando la posible amenaza de desabastecimiento de la VIP en los países de la Región, así como la evidencia sobre la inmunogenicidad de la VIPf, el GT Arecomienda:

- Los países que administran más de 100.000 mil dosis de VIP por año y tienen la capacidad técnica para realizar una capacitación y supervisión adecuada, deberán comenzar a preparar de forma inmediata la implementación del uso de un esquema de VIPf. Estos países incluyen: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, **Colombia**, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.
- Administrar un esquema secuencial de dos dosis de vacuna fraccionada seguidas por dos o tres dosis de VOPb, con la primera dosis a los dos meses de edad y con intervalos de 8 semanas entre las dosis del esquema básico durante el primer año de vida.
- Brasil y Uruguay, que introdujeron la VIP antes del 2015 y que utilizan un esquema de tres dosis de VIP, deberán evaluar sus esquemas de vacunación según la disponibilidad actual de la vacuna.
- Guatemala, Haití y República Dominicana deberán considerar cuidadosamente su capacidad de introducir un esquema de VIPf, sopesando los requerimientos de capacitación y supervisión y la necesidad de alcanzar una cobertura alta, con el riesgo de enfrentarse a un desabastecimiento. El GTA evalúa que quizás sea mejor si estos países no introducen el esquema de dosis fraccionadas en este momento.
- Los países que usan menos de 100.000 dosis de VIP por año, probablemente enfrentarán mayor pérdida de la vacuna, si no son capaces de utilizar la cantidad de dosis fraccionada de cada vial, dentro del marco de tiempo de la política de frascos abiertos. Por lo tanto, estos países deberán evaluar cuidadosamente su situación porque puede que no sea apropiado que introduzcan el esquema de dosis fraccionadas.
- El GTA enfatiza la importancia de alcanzar y mantener coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% en cada distrito o municipalidad.
- El GTA reitera sus recomendaciones de mayo del 2016.

1.6 Inmunogenicidad de dos dosis de VIPf⁹

⁹ Hiromasa Okayasu, Carolyn Sein, Diana Chang Blanc, Alejandro Ramirez Gonzalez, Darin Zehrung, Courtney Jarahian, Grace Macklin, and Roland W Sutter, El Diaio de Enfermedades Infecciosas, Investigación, Políticas y Contención, realizado por el Departamento de Erradicación de la Poliomielitis, y el Programa Ampliado de Vacunación, Vacunas y Biológicos, de la Organización mundial de la Salud-OMS-, Ginebra, Suiza y Washington, 2017.

“Una dosis fraccionada de la vacuna de poliovirus inactivado-VIPf-, administrado por vía intradérmica confiere una quinta parte de la vacuna completa administrada por vía intramuscular y ofrece una estrategia potencial de ahorro de dosis para extender los suministros mundiales de VIP, así como para mejorar la inmunidad de la población. Múltiples estudios han evaluado la inmunogenicidad de la vacuna VIPf intradérmica, comparado con la dosis intramuscular completa, demostrando resultados alentadores.

Proveer vacunación a través de la ruta intradérmica es un medio efectivo de aplicar vacunas, dada la alta concentración de células inmunes (presentadoras de antígenos, plasmáticas, Langerhans y macrófagos) en la epidermis (capa más externa de la piel). Consecuentemente, la menor dosis intradérmica de algunas vacunas puede potencialmente inducir una respuesta inmune igual o incluso superior que una dosis que es administrada intramuscularmente o subcutáneamente, si es administrada de forma correcta.

El concepto de vacuna inactivada de virus de polio –VIPf- reducida -o fraccional- ha sido evaluado en varios ensayos clínicos en los pasados 50 años. Un estudio reportado por Jonas Salk en 1953, usando la primera generación de VIP antes de que la vacuna de VIP de potencia mejorada estuviera disponible, concluyó que la vacunación contra la polio dada por ambas rutas, intradérmica (usando una dosis de 1 a 10 de la dosis estándar) e intramuscular, demostraron inmunogenicidad sustancial.

Los ensayos conducidos entre 1957 y 1979 (de nuevo usando la versión sin potencia mejorada de la vacuna), así como los estudios con la vacuna mejorada contra VIP en India en los noventa, encontraron que cuando fueron aplicadas como primera dosis o dosis de refuerzo, una dosis intradérmica de 0.1 ml de VIP (un quinto de la dosis convencional de 0.5 ml), indujo una respuesta inmune similar a la de dosis completa intramuscular.

Una revisión bibliográfica realizada por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades – CDC- (por sus siglas en Inglés) y de la OMS, concluyó que la respuesta inmunológica posterior a la administración de 2 dosis de VIPf vía ID es similar a la aplicada vía intramuscular.”

1.7 Recomendaciones del Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones –CNPI-

El 13 de febrero de 2014, el Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones-CNPI, organismo asesor para este Ministerio en temas del PAI y en lo referente a la inclusión de nuevas vacunas, recomienda la introducción de la VIP de manera secuencial, aplicando la primera y segunda dosis del esquema nacional de vacunación contra la polio con VIP, con ello se da protección contra la enfermedad y se reduce el riesgo de efectos adversos asociados a la aplicación de la vacuna viva oral; con el uso de la dosis fraccionada, el país se está dando cumplimiento a esta recomendación.

1.8 Trabajo integrado con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA-

Este Ministerio informa al INVIMA la necesidad del uso de la dosis fraccionada de la vacuna de polio inactivada, con el fin de garantizar la vacunación de la población infantil menor de 6 años de edad, según las recomendaciones de la OMS, OPS frente al desabastecimiento mundial de la vacuna inactivada de polio y así mismo dar cumplimiento a la recomendación del CNPI.

2. Utilización de la Vacuna inactivada contra la poliomiелitis de manera fraccionada –VIPf.

La utilización de VIPf contra la poliomiелitis iniciará en el esquema de vacunación nacional, a partir del **1 de enero de 2018**, la introducción de esta vacuna se debe realizar de manera simultánea en todos los municipios e IPS del país.

2.1 Objetivo general de la introducción de la VIPf

Proteger contra la poliomiелitis a la población infantil menor de un año de edad, asegurando las dos primeras dosis de VIPf por vía intradérmica.

2.2. Población Objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación:

2.2.1. Niños y niñas de 2 meses a 11 meses y 29 días

- ✓ Todos los niños y niñas de **2 meses de edad hasta los 11 meses 29 días**, que **inician** el esquema de vacunación contra la Poliomiелitis, a partir del **01 de enero de 2018** deben ser vacunados con VIPf y seguir el siguiente esquema:

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA	VIPf	VIPf	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Intradérmica	Intradérmica	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACIÓN	0.1 ml	0.1 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas

- ✓ Todos los niños y niñas de **2 meses de edad hasta los 11 meses 29 días**, que iniciaron antes del **01 de enero de 2018** el esquema de vacunación contra la poliomiелitis y recibieron la primera dosis Intramuscular, deben continuar con VOPb, cumpliendo con el siguiente esquema:

DOSIS	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS

TIPO DE VACUNA	VOPb	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACIÓN	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

2.2.2. Niños y niñas de 12 meses a 5 años, 11 meses y 29 días

- ✓ Todos los niños y niñas de **12 meses de edad a 5 años 11 meses y 29 días**, que inician el esquema de vacunación contra la Poliomielitis, a partir del 01 de enero de 2018, deben recibir la primera dosis intramuscular y continuar con su esquema con VOPb, como aparece en el siguiente esquema:

DOSIS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	1er Refuerzo	2° Refuerzo
TIPO DE VACUNA-MA	VP	VOPb	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIS	0.5 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

2.2.3. Niños y niñas de 2 meses a 5 años, 11 meses y 29 días inmunocomprometidos, o con contacto con inmunocomprometidos, el esquema es y sigue siendo todo el esquema con la vacuna inactivada contra la Poliomielitis, aplicada vía intramuscular.

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2° Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA-MA	VP	VP	VP	VP	VP
VÍA	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
DOSIS	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml

2.2.4 Volumen por dosis: La dosis fraccionada de VPf corresponde a 0.1 ml

2.2.5 Vía de administración: Intradérmica –ID–.

2.2.6 Sitio de administración: Tercio superior de la región deltoidea del brazo derecho.

Gráfico 2. Sitio de administración y formación de la pápula.



Fuente: imágenes google

2.2.7 Tipo de jeringa y aguja: 0.1 c.c. 26G X 3/8" y jeringa Auto Descartable –AD- de 0.1ml 27 G 3/8

2.2.8 Número de dosis fraccionada: Dos (2) según el esquema registrado en el punto 2.2.

2.2.9 Intervalo adecuado entre primera y segunda dosis: 8 semanas (Dos meses).

2.3 Presentación de la vacuna

Para la aplicación de la dosis fraccionada de polio, se utilizará la vacuna disponible que para este momento, es la del laboratorio Bilthoven Biological, vial multidosis de 2,5 ml de vacuna.

La vacuna se presenta en viales de vidrio transparente sellada con tapón de goma (libre de latex) y una tapa de aluminio. Los viales multidosis pueden ser de 5 o 10 dosis de 0.5 ml. Por cada dosis de 0.5 ml, se obtendrán 5 dosis fraccionadas de 0.1ml.

Para la aplicación de las dosis de 0.5 ml de vacuna contra la polio, vía intramuscular, por el momento se utilizará la vacuna de jeringa pre-llenada del laboratorio Sanofi Pasteur. Esta **NO** puede ser utilizada para la administración de dosis fraccionadas.

Ambas vacunas cumplen con las recomendaciones de la OMS y OPS.

2.4 Composición de la vacuna

La composición de la vacuna es la siguiente:

Principios activos (producidos en células Vero)

Virus de la poliomielitis tipo 1 cepa Mahoney (inactivado)	40 UDa
Virus de la poliomielitis tipo 2 cepa MEF-1 (inactivado)	8 UD
Virus de la poliomielitis tipo 3 cepa Saukett (inactivado)	32 UD

Los demás componentes son: 2-fenoxietanol, etanol, formaldehído, medio 199 de Hanks (que contiene aminoácidos, sales minerales, vitaminas, glucosa, polisorbato 80 y agua para preparaciones inyectables, entre otros), ácido clorhídrico o hidróxido de sodio para ajuste del pH, y puede contener trazas de estreptomina, neomicina o polimixina B.

El color de la vacuna del laboratorio VIP del Bilthoven Biological puede variar de naranja/amarillo o naranja/rojo.

2.5 Aplicación simultánea con otras vacunas

Debe aplicarse de manera simultánea con las otras vacunas del esquema que se dan a los 2 y 4 meses de edad, es decir, se puede aplicar simultáneamente con la vacuna pentavalente, neumococo y rotavirus, que se deben aplicar a los dos y cuatro meses. Deben aplicarse con jeringas diferentes, en sitios diferentes y por la vía indicada.

2.6 Conservación de la vacuna

Almacenar a temperatura entre +2°C y + 8°C en refrigeradores y termos de transporte. **NO CONGELAR.** Descartar la vacuna si ha sido congelada. No exponer a la luz solar.

La vacuna se debe almacenar y transportar en el empaque original para proteger de la humedad y contaminación. 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.

2.7 Contraindicaciones

Todos los aspectos relacionados con las contraindicaciones, efectos secundarios, continúan sin cambios a los indicados para la VIP, tal como se indicó en el documento titulado “Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción de la Vacuna Inactivada contra la Poliomiélitis-VIP, en el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI Colombia, Enero 2015”, cuando se universalizó la primera dosis con VIP. De igual manera, se debe realizar la revisión del inserto de la vacuna.

2.8 Procedimiento de administración:

- Revisar el carné de vacunación para determinar el la vacuna a administrar según el esquema establecido.
- Verificar los correctos antes de la administración de inmunobiológicos (usuario, vacuna, dosis, edad, vía, jeringa y aguja, fecha de vencimiento, intervalo, sitio anatómico, esquema indicaciones entre otras.)
- Explicar en forma clara y sencilla el procedimiento a realizar a padres o cuidador.

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

- Realizar el lavado de manos o aplicación del alcohol glicerinado.
- Aplicar las normas de Bioseguridad y técnica aséptica durante la preparación y administración de la VIPf.
- Preparar el equipo necesario para la administración de la vacuna.
- Verificar el rotulo o rotula el frasco de vacuna a utilizar, aplicando la política de frascos abiertos según normatividad vigente. (28 días intramural, 7 días extramural).
- Usar la jeringa correcta 27G o 26G*3/8 (0.1ml AD).
- Envasar la dosis correcta en la jeringa (0.1 ml)
- Elegir el sitio anatómico de la aplicación, en el tercio medio de la región deltoidea verificando que la piel y los tejidos se encuentren sanos.
- Sujetar al niño o niña para evitar movimientos bruscos durante la vacunación.
- Estabilizar el brazo del niño.
- Tensar la piel con el dedo índice y pulgar.
- Limpiar la piel con algodón humedecido en agua, realizando movimientos centrífugos del centro a la periferia. Cuidando de no pasar dos veces por el mismo sitio.
- Ubicar el bisel de la aguja hacia arriba.
- Introducir la aguja en el sitio anatómico elegido en ángulo de 15grados, hasta que el bisel desaparece, garantizando que la aguja llegue a la dermis.
- Inyectar lentamente la cantidad de dosis indicada (0,1 ml.).
- Observar si se forma una pápula.
- Si no se forma la pápula se debe informar a los padres que NO se debe repetir la aplicación de esta dosis.
- Retirar la aguja lentamente sin forzar la piel.
- Observar si hay salida o no de la vacuna aplicada.
- No realizar masajes, ni hacer presión en el sitio de la aplicación.
- Aplicar las normas técnicas en el manejo de los residuos según la normatividad vigente
- Limpiar suavemente el sitio de la vacunación si hay sangrado.
- Registrar en el carné la dosis de vacuna VIPf
- Diligenciar en el carné la fecha de la próxima cita
- Registrar en el sistema de información nominal la dosis de vacuna VIPf
- Diligenciar correctamente en el registro diario la aplicación de la dosis de VIPf.
- Explicar a los padres o cuidadores que en el sitio de aplicación de la vacuna no se le debe realizar masajes, ni colocar compresas o administrar medicamentos.
- Explicar a los padres los posibles eventos secundarios a la aplicación de la dosis de VIPf.
- Verificar si el acompañante (padre o cuidador) manifiesta algún rechazo frente a la vía de administración de esta vacuna.

2.9 Vacunación segura

2.9.1 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–SIMGILA, 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:

- Abscesos en el sitio de administración.
- 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.

Reacciones esperadas posterior a la aplicación de la vacuna inactivada contra la poliomielitis:

Reacción	Proporción de ocurrencia
Enrojecimiento	0,5 - 1,5 %
Hinchazón	3 – 11 %
Dolor	14 - 29 %
Fiebre transitoria	0,1 %

Fuente: Guía práctica: Introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Washington, DC: OPS, 2014.

2.9.2 Inyección Segura

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:

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

2.9.3 Política de frascos abiertos

Dar cumplimiento a la Circular 26 del 01 de agosto del 2017 que hace referencia a la actualización de la política de frascos abiertos para el manejo de las vacunas en Colombia.

2.9.4 Plan de crisis

Todas las entidades territoriales deben mantener activo el Plan de manejo de crisis, debido a la introducción de la VIPf y 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.

2.9.5 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.

2.10 Responsabilidades por niveles

2.10.1 Ministerio de Salud y Protección Social

- Suministrar la vacuna para la ejecución de esta intervención.

- Elaborar el lineamiento nacional para el uso de la VIPf.
- Realizar la socialización de los lineamientos de uso de la VIPf.
- Acompañar a las entidades territoriales en las capacitaciones a realizarse a los vacunadores y equipos PAI.
- Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales y demás organismos del sector en el desarrollo, implementación, ejecución, evaluación y seguimiento de esta intervención.
- Coordinar acciones con las sociedades científicas y académicas, y otros actores, para dar a conocer la introducción del uso de la dosis fraccionada de la vacuna contra la poliomielitis.
- Realizar seguimiento y verificación al cumplimiento de la implementación del uso de la VIPf.

2.10.2 Instituto Nacional de Salud

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

2.10.3 Departamentos /Distritos

- Adoptar y adaptar el lineamiento para realizar la implementación del uso de la VIPf.
- Socializar los lineamientos emitidos por el MINSALUD en el 100% de los municipios e IPS.
- Acompañar a los municipios e IPS en las capacitaciones a realizarse a los vacunadores y equipos PAI.
- Facilitar la coordinación de acciones entre la nación y los municipios e IPS.
- 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.
- Verificar el cumplimiento de este lineamiento en los municipios, EAPB e IPS vacunadoras.

2.10.4 Municipios

- Capacitar al personal de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, ESE e IPS en el lineamiento.
- Acompañar a las IPS en las capacitaciones a realizarse a los vacunadores y equipos PAI.
- 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.

2.10.5 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB

- Articular la intervención con las Entidades territoriales donde tengan población afiliada
- Acoger los lineamientos técnicos para realizar la implementación del uso de la VIPf.
- Participar en el comité técnico operativo convocados por las entidades territoriales donde tenga población afiliada.
- Garantizar la vacunación de su población afiliada.
- Establecer alianzas estratégicas que permitan el cumplimiento de las metas y objetivos de esta intervención.
- Verificar y hacer seguimiento al cumplimiento del esquema de vacunación de su población asegurada a través del sistema de información nominal.
- Fortalecer la vigilancia de los ESAVI por la implementación del uso de la VIPf y cumplir con las actividades de Vigilancia en Salud Pública, definidas para el evento.
- Establecer estrategias para garantizar el seguimiento a la cohorte vacunal.
- Acompañar a los municipios e IPS de su red prestadora, en las capacitaciones a realizarse a los vacunadores y equipos PAI.
- 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 objetos de esta intervención.
- Dar cumplimiento a lo establecido en el Sistema de información nominal y manual técnico operativo.
- Garantizar la demanda inducida de la población objeto.
- Garantizar la red de frío, en su red prestadora de servicios, según las normas vigentes.

- Verificar el cumplimiento de este lineamiento en las IPS vacunadoras de su red prestadora.
- Garantizar las tácticas de vacunación que se requieran para el éxito de la implementación de la VIPf.
- Velar para que en la red prestadora de servicios no existan barreras de acceso en el centro de vacunación, evitando así las oportunidades perdidas.

2.10.6 Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS

- Realizar las capacitaciones de sus vacunadores y equipos PAI.
- Garantizar el uso de la VIPf en 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 VIPf en los diarios de vacunación, en el carné, en el reporte mensual de dosis aplicadas que se envía en la plantilla y en sistema de información nominal.
- Cumplir las normas de bioseguridad vigentes.
- Garantizar la red de frío, según las normas vigentes.
- Aplicar la estrategia de vacunación sin barreras.
- Brindar información a los padres y cuidadores.
- Generar la información de vacunados por EAPB.
- Disminuir las oportunidades perdidas de vacunación.
- Fortalecer la vigilancia de los ESAVI por la implementación del uso de la VIPf y cumplir con las actividades de Vigilancia en Salud Pública, definidas para el evento.

2.10.7 Instituto Nacional para la vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-

- Socializar con los funcionarios del INVIMA de orden nacional, el lineamiento operativo del uso de la dosis fraccionada de vacuna contra la poliomielitis-VIPf.
- Articular al interior del INVIMA los lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomielitis de manera fraccionada-VIPf durante las visitas de seguimiento que realice el INVIMA a las diferentes IPS.
- Realizar acompañamiento y soporte de acuerdo con las competencias del INVIMA, en las acciones que lleve a cabo el Ministerio de salud y el INS.
- Fortalecer la vigilancia de los ESAVI y errores programáticos, según reportes realizados al INVIMA.

2.11 Movilización social y comunicación

Para el logro de resultados satisfactorios en la implementación del uso de VIPf, es necesario contar con la movilización social técnica que conlleve a sensibilizar al personal de salud frente a la vacunación contra la poliomielitis independientemente de su vía de aplicación y a los padres o cuidadores para que hagan la demanda de la misma. En ese sentido es necesario que en los diferentes espacios de

movilización social técnica dirigida a personal de salud, se utilicen estrategias de comunicación que tengan por objetivo:

- Brindar información frente a la epidemiología y antecedentes de la enfermedad, importancia del uso de la vacuna antipoliomielítica y plan estratégico para la erradicación de la polio y fase final, 2013-2018.
- Fomentar confianza en el esquema nacional de vacunación, su seguridad y efectividad.
- Evitar rumores y desinformación.
- Importancia de obtener coberturas de la vacunación iguales o superiores al 95%.
- Fortalecer la Vigilancia epidemiológica (Notificación de casos de PFA y ESAVI).

A los padres o cuidadores se debe informar de la importancia de la vacunación contra la Poliomiélitis, para que realicen la demanda de la misma, implementando estrategias que logren el impacto deseado. La información debe dirigirse a:

- Sensibilizar sobre la importancia del uso de la vacuna para evitar la poliomiélitis.
- Fomentar confianza en el esquema nacional de vacunación, su seguridad y efectividad.
- Evitar rumores y desinformación.

2.12 Estrategias de vacunación

Para la implementación de este lineamiento en cuanto a la aplicación de la vacuna, se deben 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.

2.13 Sistema de información

La implementación del uso de la VIPf exige la actualización y capacitación del personal, para que realicen la especificidad del registro de la aplicación de la VIPf, en los diarios de vacunación, en el reporte mensual de dosis aplicadas que se envía en la plantilla, así como el ajuste del formulario de notificación de ESAVI. Desde el inicio del proceso, es necesario coordinar las acciones con los responsables del sistema de información en los departamentos, municipios e IPS, a fin de garantizar el tiempo suficiente para hacer los cambios necesarios en el sistema en cada uno de los niveles y el ajuste al sistema de información nominal desde el nivel nacional se realizará de manera oportuna en el año 2017. El registro adecuado de las dosis administradas de VIPf es fundamental para evaluar el éxito de la implementación del uso de la dosis fraccionada.

Es importante tener en cuenta que los registros de dosis aplicadas de VIPf se deben realizar de forma detallada o específica, para diferenciarla del registro de las dosis de la VIP (0.5 mL).

Los departamentos y distritos son responsables de consolidar y enviar en los primeros 10 días calendario de cada mes al MSPS, la información de las dosis aplicadas, en la plantilla Excel® ajustada donde se reportará de manera independiente la VIPf, VIP (0,5 mL) y VOP.

Con respecto al registro del carné de vacunación, se debe especificar claramente que se aplicó VIPf, con las otras variables que deben ser diligenciadas en este documento, tales como fecha de aplicación, lote, laboratorio, cita, nombre del vacunador, IPS vacunadora, entre otras. El registro de la VIPf se debe realizar en el sistema de información nominal.

2.14 Capacitación

La capacitación de 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 septiembre a diciembre de 2017.

Esta capacitación tiene relevancia especial, dado que la técnica de administración de una vacuna vía intradérmica-ID- requiere del fortalecimiento del conocimiento existente en los vacunadores. Es necesario entonces desarrollar un plan de capacitación acerca del uso de la VIPf, por lo que se recomienda la rotación del personal vacunador por los puntos de vacunación que aplican BCG, con el ánimo de fortalecer sus habilidades.

Para el desarrollo de las capacitaciones a realizarse a nivel nacional y departamental la OPS – OMS, apoya con recursos financieros para tal fin.

Todo el personal de salud de los diferentes niveles debe recibir la adecuada capacitación sobre todos los aspectos relacionados con el uso de la VIPf.

La capacitación debe incluir los siguientes temas:

- Epidemiología de la enfermedad
- Uso de la vacuna (composición, seguridad, eficacia, reacciones esperadas, presentación de la vacuna y número de dosis que contiene).
- El esquema de vacunación (VIPf – VIP).
- Preparación y administración de la vacuna, técnica de administración intradérmica.
- Prácticas seguras para la administración
- Política de frascos abiertos
- Manejo de residuos.
- Información a los padres sobre la vacuna, la enfermedad que previene, el esquema, posibles efectos secundarios y lo que se debe hacer en casos de eventos adversos graves.
- Vigilancia y notificación de los ESAVI.

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

- Manejo de los registros.
- Monitoreo mensual de cobertura, estimar las tasas de deserción y movimiento de la vacuna.
- Gestión de la cadena de frío y almacenamiento de la vacuna.
- Seguimiento y evaluación a la implementación del uso de la VIPf.

Recomendaciones para la capacitación:

- Preparar el plan de capacitación y el presupuesto detallado. El plan debe incluir el número de reuniones de capacitación, número de personas a capacitar, municipios en que se desarrollará la actividad, costos de refrigerios, costos de salón, costos de transporte y movilización de los vacunadores y movilización de los capacitadores.
- Idealmente la capacitación del personal vacunador deberá realizarse por tarde dos o tres semanas antes del inicio de la implementación de la dosis de vacuna VIPf.
- Realizar evaluación de los conocimientos, habilidades y prácticas de los trabajadores de salud involucrados en la vacunación, aplicando un test al inicio y al final de la capacitación, para evaluar la efectividad de la misma. Ver pretest-postest. Anexo 1.
- Posterior a la capacitación, mantener la supervisión en los servicios para verificar que las habilidades aprendidas se apliquen correctamente. Una lista de chequeo puede ser utilizada para verificar el cumplimiento de la técnica de administración. Anexo 2.
- Realizar un banco de preguntas que le surjan a los vacunadores en el proceso de la capacitación realizada, diligenciar el formato registrado en el anexo 3, por parte de los asistentes a las capacitaciones y consolidar, solamente las preguntas en el anexo 4, el cual debe ser enviado finalizada cada capacitación al correo jrojass@minsalud.gov.co
- Enviar un informe el día 30 de septiembre, los días 15 y 30 de los meses de octubre y noviembre, de las actividades de capacitación realizadas. Para ello se debe consolidar la información en el anexo N° 5 y enviarlo a los correos aporras@minsalud.gov.co, porras.alexandra@gmail.com, con copia a la asesora PAI del departamento o distrito.

Socialización de los lineamientos a:

- Secretarías de Salud Municipales o Direcciones Locales de Salud, o quien realice sus funciones.
- Gerentes de Empresas Sociales del Estado-ESE e IPS vacunadoras que manejen la VIPf.
- Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB.
- Delegado INVIMA regional o departamental.
- Médicos Pediatras y de otras especialidades, Médicos Generales, Enfermeras y demás profesionales de la salud.
- Auxiliares de enfermería y de salud pública.
- Coordinadores PAI municipales
- Coordinadores PAI de IPS vacunadoras y de ESEs

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

- Vacunadores responsables de los puntos de atención.
- Instituciones formadoras de talento humano en salud profesional y técnico.
- Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA-

2.15 Supervisión

Deberá asegurarse la supervisión a los trabajadores de salud para verificar que los lineamientos dados están siendo aplicados, aplicando lista de chequeo registrada en el Anexo 6.

Deberá verificarse al menos:

Cumplimiento de la técnica de administración

Control de existencia de vacunas

Control de existencia de jeringas

Diligenciamiento correcto de los registros

La aceptación de los padres o cuidadores frente a la vía de administración.

2.16 Seguimiento y evaluación

Se evaluarán los resultados de la vacunación universal por medio del siguiente indicador:

Indicador	Descripción
Porcentaje de cumplimiento con primeras y segundas dosis de VIPf en menores de un año mensual y anual	Número de niños y niñas menores de un año vacunados con primera dosis de vacuna inactivada intradérmica contra la poliomielitis / número de niños y niñas menores de un año programados a vacunarse en el año 2017* 100. Número de niños y niñas menores de un año vacunados con segunda dosis de vacuna inactivada intradérmica contra la poliomielitis / número de niños y niñas menores de un año programados a vacunarse en el año 2017* 100.

Bibliografía consultada

- 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.
- Organización Mundial de la Salud, oficina regional para las Américas, Organización Panamericana de la salud, Documento técnico de Informe reunión ad-hoc virtual, XXIV del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Washington D.C., USA, 13 de mayo de 2016.

- Organización Mundial de la Salud, oficina regional para las Américas, Organización Panamericana de la salud, Documento técnico de Informe reunión ad-hoc virtual, XXV del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Washington D.C., USA, 10 de marzo de 2017.
- OMS-OPS, documento de Implementación del uso de dosis fraccionadas de IPV-fIPV-, julio 2017, 9 páginas.
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862%3Atechnical-advisory-group-vaccine-preventable-diseases&catid=1549%3Ainformation-products&Itemid=39430&lang=es
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=39430&lang=es
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12862&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud, Informe de Secretaría sobre poliomielitis, 70.a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 24 de abril de 2017 A70/14
- OMS-OPS, Documento técnico de directriz para la implementación del uso de dosis fraccionadas de VIP (VIPf), 23 de mayo de 2017
- <http://who.int/features/factfiles/polio/es/>
- <https://www.rotary.org/es/why-zero-matters-polio-eradication>
- Hiromasa Okayasu, Carolyn Sein, Diana Chang Blanc, Alejandro Ramirez Gonzalez, Darin Zehrung, Courtney Jarrahan, Grace Macklin, and Roland W Sutter, El Diario de Enfermedades Infecciosas, Investigación, Políticas y Contención, realizado por el Departamento de Erradicación de la Poliomielitis, y el Programa Ampliado de Vacunación, Vacunas y Biológicos, de la Organización mundial de la Salud-OMS-, Ginebra, Suiza y Washington, 2017.