



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

PROYECTO 869 - SALUD PARA EL BUEN VIVIR

**Lineamientos Técnicos y Operativos para la
Introducción de la Vacuna Inactivada contra la
Poliomielitis-VIP, en el Esquema del Programa
Ampliado de Inmunizaciones – PAI.**

Adoptado y adaptado del Ministerio Salud y Protección Social.



**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
ENERO DE 2015
BOGOTÁ D.C**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
JAIME HERNAN URREGO RODRIGUEZ

DIRECCION DE SALUD COLECTIVA
LIBIA ESPERANZA FORERO GARCIA

SUBDIRECCION DE ACCIONES COLECTIVAS
LUZ DINA RIOS BAUTISTA

ASESORA DEL PAI
PATRICIA ARCE GUZMAN

EQUIPO PAI
ALEIDA ROMERO BETANCOURT
CLAUDIA GARCIA CONTRERAS
LESLIE TORRES DE LA HOZ
LAURA ALEJANDRA BOCANEGRA
PATRICIA AREVALO

SISTEMA DE INFORMACIÓN
JAQUELINE JIMENEZ GIL MONICA
LILIANA MARTINEZ CASTRO
CAROLINA GUTIERREZ PUENTES

CADENA DE FRIO
ROQUE YARA
ANDRES CUESTA

APOYO ADMINISTRATIVO
JUDITH ANGULO

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIANE MOYANO
CAROLINA GARCIA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

TABLA DE CONTENIDO

1. PRIORIDAD POLÍTICA Y DE SALUD PÚBLICA	4
2. EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD	8
2.1 OBJETIVO	10
2.2 POBLACIÓN SUJETO	10
2.3 META	10
2.4 VACUNA A UTILIZAR	10
3. VACUNACIÓN SEGURA:	13
4. ESTRATEGIA DE VACUNACION	15
5. SISTEMA DE INFORMACIÓN	15
6. ANEXOS (Ver Lineamientos PAI-PIC).....	17
REFERENCIAS	18



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1. PRIORIDAD POLÍTICA Y DE SALUD PÚBLICA

En septiembre de 1985, durante la 31.a Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Estados Miembros aprobaron por unanimidad la resolución en la que se estableció la meta de erradicar la poliomielitis.

En la Región de las Américas, se estableció la estrategia de vacunación contra la poliomielitis y se añadieron los días nacionales de vacunación a los programas de rutina, simultáneamente, los países fueron fortaleciendo sus programas rutinarios. Las altas coberturas de vacunación alcanzadas con la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis-(tVOP) lograron interrumpir la transmisión del virus salvaje en la Región.

A partir del control de la poliomielitis en la Región de las Américas, la 41.a Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 1988 la resolución sobre la erradicación mundial de la poliomielitis, que marcó la creación de la Iniciativa de la Erradicación Mundial de la Poliomielitis, encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El último caso de esta enfermedad causado por el virus salvaje de la polio en la Región de las Américas, se detectó en 1991, en Perú y en 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis revisó las pruebas disponibles en cada país o territorio y concluyó que se había interrumpido la circulación autóctona del virus salvaje en el continente, con lo que las Américas se convirtieron en la primera región del mundo en lograr esta meta.

En los años siguientes, otras tres regiones recibieron la certificación de la erradicación: la Región del Pacífico Occidental, en 2000; la Región de Europa, en 2002; y la Región del Sudeste de Asia (que incluye a la India) en el 2014. En la actualidad, solo quedan tres países endémicos: Afganistán, Nigeria y Pakistán. Sin embargo, hay países no endémicos que después de varios años sin circulación de virus salvaje notificaron casos importados de poliomielitis que generaron casos secundarios.

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró la finalización de la erradicación de la poliomielitis como “emergencia programática para la salud pública mundial” y pidió a la Directora General de la OMS desarrollar una estrategia global para la fase final de la erradicación de la poliomielitis, entonces surge El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018, elaborado para aprovechar esta nueva oportunidad de poner fin al



flagelo de la poliomielitis. Su objetivo es la erradicación del virus salvaje y la eliminación de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna-(cVDPV).

El 25 de enero de 2013, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó las metas, los objetivos y el cronograma de este Plan Estratégico que está orientado a detectar e interrumpir la transmisión de los virus de la poliomielitis; a fortalecer los programas de inmunización y a retirar la vacuna oral trivalente, que se inicia con el retiro del componente tipo 2, mediante el cambio de la vacuna trivalente oral (serotipos 1, 2 y 3) por la bivalente oral (serotipos 1 y 3); contener los virus de la poliomielitis existentes en los laboratorios del mundo, certificar la interrupción de su transmisión; y planificar el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

Antes del cambio mundial sincronizado de la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis a la bivalente oral—previsto para el año 2016— la OMS recomienda que todos los países que utilizan solamente la vacuna oral contra la poliomielitis introduzcan al menos una dosis de la vacuna inactivada-VIP, en su esquema rutinario de vacunación, a fin de garantizar que las nuevas cohortes de recién nacidos cuenten con alguna protección contra el poliovirus tipo 2, ya sea salvaje o derivado de la vacuna. Por ello, el país debe cumplir este objetivo, y deberá desarrollar un plan para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis en el año 2015.

En el año 2013 el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE), de la OMS, recomendó suspender el uso del componente del tipo 2 de la tVOP en todos los programas nacionales de vacunación. Esta recomendación se basa en que el virus de la poliomielitis tipo 2 se eliminó en 1999 y el uso continuado de la tVOP en las zonas donde la cobertura no es adecuada contribuye a la aparición de casos de cVDPV. Antes de cambiar de la tVOP a la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV), el SAGE recomienda que todos los países introduzcan al menos una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP) en sus esquemas de vacunación de lactantes, como medida de mitigación de riesgos, ya que brinda inmunidad ante el resurgimiento o reintroducción del virus tipo 2.

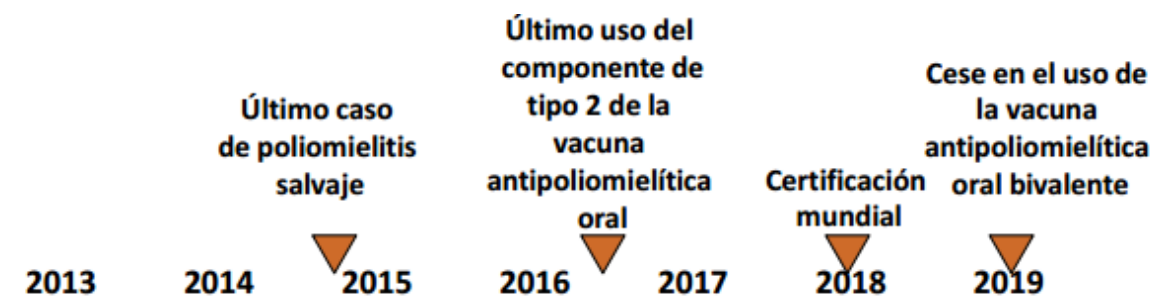
En julio de 2014 el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA), de la OPS, en su reunión, emitió recomendaciones para la Región de las Américas, relacionadas con la introducción de la VIP. En esa ocasión, el GTA reiteró las recomendaciones presentadas durante su reunión extraordinaria realizada en abril de 2014 y las recomendaciones del SAGE 2013. Respalda los esfuerzos para erradicar la poliomielitis y los objetivos de la fase final



de erradicación y dentro de ellos los dirigidos al retiro de la vacuna oral -VOP (vacuna Sabin), del esquema de vacunación de rutina. Recomiendan a los países que durante la introducción de la VIP, tener en cuenta esquemas secuenciales; lo ideal sería que los países consideren utilizar dos dosis de la VIP, seguidas por tres dosis de la OPV. Sin embargo, si un país está considerando la posibilidad de una sola dosis de la VIP, esta se debe administrar con la primera dosis, con la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT), seguida por cuatro dosis de la OPV.

En este momento, los países no deberían considerar cambiar directamente a la vacunación contra poliomielitis solamente con la VIP, a menos que cumplan los criterios previamente recomendados por el GTA y la OMS (riesgo bajo de transmisión e importación, alta cobertura homogénea y buen saneamiento básico).

El SAGE ha hecho un llamado para que se retire del mercado mundial la tVOP 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 bOPV. Como medida de mitigación de riesgos, el SAGE recomienda que antes del cambio de la tVOP a la bOPV, todos los países que actualmente solo usan la tVOP en sus programas de vacunación, introduzcan al menos 1 dosis de la VIP en sus esquemas de rutina antes de finales de 2015.



La introducción de la vacuna inactivada contra la polio, es parte del cumplimiento del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis, fase final 2013-2018, y ya ha venido siendo utilizada en el Programa rutinario en Colombia, para la población de riesgo o inmunosuprimida o que viven en contacto cercano con inmunosuprimidos; hasta el momento se han venido utilizando las vacunas inactivadas de los laboratorios STATENS SERUM INSTITUT (vacuna VIP SSI), de laboratorios GlaxoSmithKline (vacuna Polio rix), de Sanofi Pasteur (vacuna IMOVAX POLIO) y del laboratorio Bilthoven Biological.

Los países de las Américas que han introducido VIP en su esquema rutinario de vacunación son Aruba, Bermuda, Brasil, Canada, Islas Cayman, Costa Rica,



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Guyana Francesa, México, Panamá, Perú, Puerto Rico, San Martín, Estados Unidos, Uruguay.

Las principales actividades propuestas por la OMS para la implementación del plan estratégico para la erradicación de la polio y fase final, 2013-2018, a ser desarrolladas por los países para alcanzar estos objetivos son:

1. Fortalecer la vigilancia epidemiológica para detectar rápidamente cualquier importación de poliovirus. La vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA) seguirá siendo el principal mecanismo para la detección del poliovirus. Adicionalmente, la vigilancia ambiental podrá complementar la vigilancia de los casos de PFA para detectar la presencia del virus de la polio en zonas y poblaciones seleccionadas.
2. Aumentar coberturas de vacunación. Alcanzar y mantener adecuadas las coberturas de vacunación, > 95%, en todos los municipios o distritos.
3. Introducir por lo menos 1 dosis de la vacuna VIP en los esquemas de vacunación de todos los países.
4. El plan estratégico establece que el virus vacunal tipo 2 debe ser retirado de la vacuna oral, a mediados del 2016. Antes de la retirada del virus tipo 2, todos los países deben introducir al menos una dosis adicional de VIP, hasta finales de 2015.
5. Certificar la erradicación y la contención de todos los poliovirus, hasta finales de 2018. El manejo seguro y la contención de los materiales infecciosos y potencialmente infecciosos en los laboratorios serán esenciales para reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de poliovirus salvaje después de la interrupción de la transmisión global.
6. Contribuir al alcance de otras metas en salud a través de la transferencia de conocimientos y experiencias adquiridas en el proceso de erradicación de la polio.

Teniendo en cuenta todo lo anterior y con el fin de contribuir al cumplimiento 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”, y dar cumplimiento al compromiso mundial de la erradicación de la poliomiélitis, el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, decide ingresar al esquema nacional de vacunación una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis, para toda la población infantil objeto del Programa, detallada más adelante, y definen los “Lineamientos técnicos y operativos para la introducción de una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis-VIP, en el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia, enero 2015”, que son adoptados y adaptados para el Distrito Capital.



2. EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

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

La enfermedad afecta principalmente a los niños, 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 o hasta 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:

- Los síntomas iniciales son fiebre, cansancio, cefalea, vómitos, rigidez del cuello y dolores en los miembros, con presencia de parálisis flácida.
- En una pequeña proporción de los casos la enfermedad causa parálisis, a menudo es permanente.
- La parálisis suele ser asimétrica, asociada a la disminución o la ausencia de reflejos tendinosos y sin alteraciones del sistema sensorial; 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.
- Más del 90% de las infecciones son asintomáticas, o únicamente presentan fiebre inespecífica, malestar general, cefalea, náuseas y vómito.
- El 1 % de los casos cursa con meningitis aséptica.
- 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.



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.
- 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 sigue siendo endémica solo en algunas zonas de tres países (la zona geográfica más reducida de toda su historia), Afganistán, Nigeria y Pakistán.
- 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 paralíticos, si no se hubieran vacunado.

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.

TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas mientras la infección sigue su curso, no existe tratamiento específico para esta infección viral. Lo ideal es la prevención de la enfermedad a través de la vacunación.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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.

2.1 OBJETIVO

Mantener la erradicación del virus salvaje y la eliminación de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna-(cVDPV), disminuyendo el riesgo de enfermar y morir por infección con el virus del polio salvaje, aún endémico en otros países.

2.2 POBLACIÓN SUJETO

Población de niños y niñas que inician esquema de vacunación con polio a partir del 1 de febrero del 2015.

2.3 META

Vacunar con una dosis de *polio intramuscular* -VIP a la población de niños y niñas que inician esquema de vacunación con polio a partir del 1 de febrero del 2015.

2.4 VACUNA A UTILIZAR

A nivel nacional se encuentran disponibles para la aplicación de Polio intramuscular las presentaciones de:

- IMOVAX POLIO, la cual se presenta bajo la forma de suspensión inyectable de 0,5 ml, en jeringa prellenada, con aguja acoplada o con dos agujas separadas, en caja de embalaje.
- POLIO del laboratorio Bilthoven Biological, vial unidosis, de 0,5 ml de vacuna, en cristal hidrolítico tipo1, sellada con tapón de goma (sin látex), y tapón de aluminio a presión.

Estas vacunas cumplen con las especificaciones de la Farmacopea Europea, y con las recomendaciones de la OMS.

CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA:

Vacuna de aplicación parenteral, que contiene los virus del polio tipos 1, 2 y 3 muertos o inactivados.

COMPOSICIÓN:

La composición de la vacuna en ambos laboratorios 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 de Bilthoven Biological puede variar de naranja/amarillo o naranja/rojo, mientras que la de Sanofi es transparente.

ESQUEMA Y ADMINISTRACIÓN:

La VIP es una vacuna inyectable intramuscular.

Una dosis de VIP seguida de dos dosis de OPV dentro del esquema regular y dos dosis de OPV como refuerzos (R1 y R2).

EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	Primer Refuerzo	Segundo Refuerzo
VIA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral

Debe aplicarse de manera simultánea con las otras vacunas del esquema que se dan a los 2 meses de edad, es decir, con la vacuna de pentavalente, neumococo y rotavirus. Deben aplicarse con jeringas diferentes y en sitios diferentes, con una distancia mínima de 2,5 cms entre los sitios de inyección, así:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Aplique primero la VIP y luego la antineumocócica en el muslo derecho, verificando de que exista 2,5 centímetros de separación entre una y otra. Después, aplique la vacuna pentavalente en el muslo izquierdo.



Paso 1: VIP
(muslo derecho)



Paso 2: antineumocócica
(muslo derecho, a 2,5 cm de distancia)



Paso 3: pentavalente
(muslo izquierdo)

CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN:

- ✓ El padre, la madre o el cuidador debe sostener al niño entre sus brazos, sentarlo sobre sus rodillas y reclinar al niño sobre su pecho u hombro.
- ✓ El padre, la madre o el cuidador debe sujetar firmemente los brazos y las piernas del niño.
- ✓ Debe emplearse una jeringa de 0.5 cc ó 1 cc., Agujas: niños, 23Gx1.
- ✓ La VIP se administra una dosis de 0,5 ml en el músculo de la cara externa del muslo derecho en un ángulo de 90°.
- ✓ Después de la inyección, insertar la jeringa con aguja en el contenedor para corto punzante.

ALMACENAMIENTO:

- ✓ Almacenar a temperatura entre +2°C y + 8°C (refrigeración).
- ✓ NO CONGELAR. Descartar la vacuna si ha sido congelada.
- ✓ La prueba de “agitación” no sirve para determinar si la VIP se ha congelado.
- ✓ La VIP es aún más sensible al calor que las otras vacunas termolábiles.
- ✓ Es necesaria una vigilancia adecuada de la temperatura.
- ✓ Antes de administrar cualquier vacuna, revise siempre la fecha de caducidad.

CONTRAINDICACIONES:

- Alergias conocidas o demostradas a los principios activos y a uno de los excipientes, a la Estreptomina, Neomicina y Polimixina B.
- Fiebre o enfermedad aguda, deberá posponerse la vacunación.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

PRECAUCIONES:

Uso en personas con deficiente coagulación o Trombocitopenia: (cantidad insuficiente de plaquetas) al aplicar la VIP a personas con estos antecedentes, se recomienda su administración por vía subcutánea debido al sangrado que puede ocurrir durante la administración intramuscular de la vacuna.

Si el menor de edad recibe tratamiento que suprime sus defensas inmunitarias la respuesta inmunitaria de la vacuna puede verse reducida, en estos casos se recomienda esperar que finalice el tratamiento para vacunarlos.

Se puede administrar con seguridad a personas con inmunodeficiencias (por ejemplo, con VIH/sida, inmunodeficiencia congénita o adquirida, o enfermedad de células falciformes). De hecho, la VIP se recomienda universalmente para estas personas debido al riesgo que tienen de contraer polio paralítico asociado a la vacuna por la aplicación de la polio oral.

3. VACUNACIÓN SEGURA:

VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA INMUNIZACIÓN:

Según el protocolo de vigilancia en Salud Pública de los ESAVI, solamente se deben notificar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública–SIVIGILA, aquellos que cumplan con los criterios mínimos de clasificación de caso sospechoso y tener una clasificación final según la causalidad como caso asociado a la vacuna, relacionado con el programa, coincidente o caso no concluyente o desconocido.

Un ESAVI es diferente que una “reacción adversa”. Una reacción adversa tiene una relación causal establecida con la vacuna o la vacunación.

La VIP es una vacuna muy segura y las reacciones adversas son extremadamente poco frecuentes. Es una vacuna de virus inactivado, por lo cual no representa un riesgo de provocar poliomielitis asociada con la vacuna. A continuación se relacionan algunas de las reacciones que se pueden presentar posterior a la vacunación con VIP y su proporción de ocurrencia:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

INYECCIÓN SEGURA:

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

- ✓ Indagar sobre el estado de salud
- ✓ Verificación de los correctos para la aplicación de la vacuna:
 - Edad
 - Vacuna
 - Dosis
 - Sitio anatómico
 - Vía de administración
- ✓ Explicar el procedimiento y el número de vacunas que va aplicar.
- ✓ Verificar fecha de vencimiento 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, especificando que es vacuna VIP.

POLÍTICA DE FRASCOS ABIERTOS:

La presentación actual de la vacuna de VIP a aplicarse en la introducción universal, es unidosis, por lo tanto, nos permite asegurar una mejor aplicación de la política de frascos abiertos.



4. ESTRATEGIA DE VACUNACION

Para la implementación de este lineamiento en cuanto a la aplicación de la vacuna, se debe garantizar la implementación de estrategias de Vacunación: intramural y extramural (incluido territorios saludables), a través de:

- Capacitación en espacios Distritales y locales de los Lineamientos de la inclusión vacuna Anti polio Inactivada.
- Demanda inducida con información clara y eficaz “Voz a Voz”.
- Movilización a través de redes sociales y medios de comunicación local.
- Canalización de usuarios a las IPS vacunadoras públicas y privadas a través de llamadas de seguimiento.
- Dar seguimiento a la población que aún no ha iniciado esquema de vacunación, mediante el Modulo de Seguimiento a la Cohorte Aplicativo PAI 2.0.
- Oferta de los servicios de vacunación en horario extendido (nocturno y fines de semana), favoreciendo el acceso de los usuarios.
- Fortalecer la Vigilancia epidemiológica.

Asegurarse de que toda la población inicie su esquema de vacunación con POLIO INTRAMUSCULAR.

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Dentro de los formatos utilizados para el reporte de la información de la población vacunada, se encuentra incluida la vacuna Antipolio Inactivada tanto para el POS, como para el NO POS, posibilitando el reporte de las dosis aplicadas en el sector público y privado.

También se encuentra incluido en el carné de vacunas y los formatos: informe mensual (SIS 151), informe de movimiento de biológicos, y registro diario de vacunación (SIS 150).

Para su registro en el carné debe encerrarse con un círculo las letras “IM” (como lo muestra el ejemplo) y en los casos de niños y niñas inmunocomprometidos o convivientes con inmunocomprometidos deberá registrar y resaltar en la parte superior derecha cara interna “POLIO INTRAMUSCULAR EXCLUSIVO”, para garantizarle continuar el esquema por esta vía.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

POLIO INTRAMUSCULAR EXCLUSIVO

Nombre	Edad	No protege de	Dosis	Fecha de Aplicación		Laboratorio	Número de lote	PS vacunadora	Fecha próxima EPA		Número del Vacunador
				Die	Mes				Die	Mes	
Lactancia materna exclusiva	S	Subclon B.E.S.	S	Si	S		S	S	S		S
					S				S		
Hepatitis B	S	Hepatitis B	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
Lactancia materna exclusiva	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
2 meses	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
4 meses	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
6 meses	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
7 meses	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
12 meses	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
18 meses	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
5 años	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		
Niños complementarios y otros	S	Polio (VIP)	S	No	S		S	S	S		S
					S				S		

Estas vacunas son gratuitas

Si los padres del lactante entregan un carné de vacunación donde no hay un espacio designado para registrar la VIP, el personal de salud puede agregar los datos de administración de la VIP a mano en el carné.

Tanto la VIP como la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) deben registrarse y vigilarse por separado y no bajo el genérico "polio".

Tipo de Vacunación
 POS (Plan Obligatorio de Salud) NO POS (No es del Plan Obligatorio de Salud)

Esquema de Vacunación Menores

Vacunas \ Dosis	Recién nacido	Única	Adicional	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis	Cuarta dosis	Quinta dosis	Primer refuerzo	Segundo refuerzo	Desmarcar
BCG	●	●									
Hepatitis B	●										
Antipolio	●										
DTP											
Penta (DPT, HB, Hib)											
Neumococo											
Rotavirus											
Triple viral											
Fiebre amarilla											
Hepatitis A											
Varicela											
Influenza											
Sarampión y Rubéola											
Polio Inyectable (VIP)											
Neumo											
Polisacárido											
Anti - Rábica											
VPH Tetravalente											
VPH Bivalente											
TD Pediátrico											
DPT Acelular											
Pediátrica											

Presentaciones - Nombres Comerciales - Lote

- Polio Inyectable (VIP)
- Trivalente
- Polio VIP
- Ingreso Nro. lote



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La verificación del estado vacunal de la población, los puntos de vacunación y las generalidades del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el Distrito Capital, podrán realizarse mediante el acceso a la página WEB: www.saludcapital.gov.co, con los link “vacúnalo a tiempo” y “Campañas”.

6. ANEXOS (Ver Lineamientos PAI-PIC)

- ✓ Anexo 1. Aplicativo PAI WEB ajustado.
- ✓ Anexo 2. Informe mensual – SIS 151.
- ✓ Anexo 3. Informe de movimiento mensual de biológicos.
- ✓ Anexo 4. Registro diario de vacunación.
- ✓ Anexo 5. Diligenciamiento ficha de notificación ESAVI.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

REFERENCIAS

www.paho.org.

Organización Panamericana de la Salud – OPS. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones 2006. Módulo V. Programación de actividades de inmunización. Disponible: www.paho.org/english/ad/fch/im/isis/epi_mod/.../modulo5.pdf

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.

Insertos de las vacunas VIP, de los laboratorios STATENS SERUM INSTITUT, Biltoven Biological, Sanofi Pasteur SA.

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.

Oficio de la OMS dirigido al Señor Ministro de Salud y protección Social, 06 de enero de 2014.

Oficio de la OMS y OPS dirigido al Señor Ministro de Salud y protección Social, 03 de febrero de 2014.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

CONSULTAS REALIZADAS VIA INTERNET:

<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&lang=es

<http://www.news-medical.net/health/Treatment-of-Polio-%28Spanish%29.aspx>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001402.htm>