



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

# **Reunión Regional de Polio Fase Final de la Erradicación**

## **Informe final**



**17-19 de agosto del 2015  
Bogotá, Colombia**



## Índice

Índice	3
Acrónimos	4
Introducción	5
1. Historia de la eliminación de la poliomielitis en las Américas	6
2. Situación actual de la erradicación de la polio en el mundo	6
3. Situación actual de la implementación del PEESP en las Américas	7
4. Certificación de la erradicación de la poliomielitis: comisión regional y comités nacionales	9
5. Resultados de los estudios sobre los esquemas secuenciales de vacunación con IPV + bOPV en las Américas	10
6. Suministro de IPV, tOPV y bOPV a través del Fondo Rotatorio	10
7. Herramientas de apoyo a la introducción de IPV y al <i>switch</i>	11
8. Planificación y preparación para el <i>switch</i>	12
9. Plan nacional para el <i>switch</i> – Perú	13
10. Experiencia de simulacro del <i>switch</i> en otras regiones	14
11. Grupos de trabajo sobre el <i>switch</i>	14
12. Protocolo para notificación, evaluación de riesgos y respuesta a la detección del serotipo 2	15
13. Plan regional de contención de poliovirus	16

## Acrónimos

<b>bOPV</b>	Vacuna oral bivalente contra la poliomielitis que contiene los serotipos 1 y 3
<b>cVDPV</b>	Poliovirus circulante derivado de la vacuna
<b>Fase final</b>	Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final, 2013-2018
<b>FR</b>	Fondo rotatorio
<b>GCC</b>	Comisión Mundial de Certificación
<b>GTA</b>	Grupo Técnico Asesor sobre las Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud
<b>IPV</b>	Vacuna inactivada contra la poliomielitis
<b>mOPV</b>	Vacuna oral monovalente contra la poliomielitis
<b>NCC</b>	Comité Nacional de Certificación
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OPV</b>	Vacuna oral contra la poliomielitis
<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunización
<b>PFA</b>	Parálisis flácida aguda
<b>RCC</b>	Comisión Regional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final en la Región de las Américas
<b>SAGE</b>	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la Organización Mundial de la Salud
<b>tOPV</b>	Vacuna oral trivalente contra la poliomielitis
<b>VAPP</b>	Poliomielitis paralítica asociada a la vacuna
<b>WPV</b>	Poliovirus salvaje
<b>WPV2</b>	Poliovirus salvaje tipo 2

## Introducción

La Reunión *Regional de Polio: Fase Final de la Erradicación* se celebró de 17 a 19 de agosto del 2015, en Bogotá, Colombia.

El Dr. Jose Fernando Valderrama, en representación del Ministerio de Salud de Colombia, dio la bienvenida a todos y abrió oficialmente la reunión, acompañado por la Dra. Gina Watson, Representante de la Organización Pan Americana de Salud (OPS) en Colombia, por el Dr. Michel Zaffran, Coordinador del Programa Ampliado de Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus, Jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS.

Se revisaron los progresos mundial y regional de la implementación del plan estratégico para la fase final de la erradicación de la poliomielitis, los lineamientos para el switch, cambio de la vacuna oral trivalente oral contra la polio (tOPV) a la vacuna bivalente oral (bOPV), y la contención de poliovirus en laboratorio y se formaron grupos de trabajo para evaluar los avances en los planes nacionales para el switch.

Participaron de la reunión representantes de 29 países de la Región, miembros de la Comisión Regional para la Certificación de la Fase Final de la Erradicación de la Poliomielitis en la Región de las Américas (RCC), así como representantes de la OMS, UNICEF, Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC), *Task Force for Global Health* y Fundación Bill y Melinda Gates.

Este informe presenta un resumen de los temas discutidos y de los acuerdos y recomendaciones finales.

## **Historia de la eliminación de la poliomielitis en las Américas**

En 1985, durante la 31 Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, los Estados Miembros aprobaron la resolución que estableció la meta de erradicar la poliomielitis en la Región de las Américas, hasta 1990. El último caso de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje, en la Región, ocurrió el 23 de agosto de 1991, en Pichinaki, Departamento de Junín, en el Perú. En 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, una comisión independiente, encargada de supervisar y evaluar los esfuerzos regionales para la erradicación de esa enfermedad, concluyó que la transmisión autóctona del poliovirus salvaje había sido interrumpida en las Américas, declarando la Región libre de polio.

La Región logró la erradicación de la poliomielitis mediante una elevada cobertura de vacunación, una vigilancia de casos de parálisis flácida aguda (PFA) activa y de alta calidad, el establecimiento de la capacidad de diagnóstico en los laboratorios y un intenso control de los brotes. Los países de las Américas no crearon una estructura especial para la erradicación de la poliomielitis, más bien la eliminaron mediante el fortalecimiento de los programas rutinarios de vacunación. Esto creó un legado duradero que no solo repercutió en los programas de vacunación, sino que fortaleció a otros programas de salud en las Américas, lo que ha sido documentado en el Informe de la Comisión Taylor, publicado en 1995.

En 1988, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución declarando la meta de erradicación mundial de la poliomielitis hasta el año 2000.

La Región de las Américas ha estado libre de poliomielitis causada por el virus salvaje durante 24 años.

## **Situación actual de la erradicación de la polio en el mundo**

Se han realizado extraordinarios avances para alcanzar la meta mundial de erradicación. En la actualidad, 80% de la población mundial vive en las cuatro regiones de la OMS certificadas como libres de poliomielitis: las Américas en 1994, la Región del Pacífico Occidental en el 2000, la Región de Europa en el 2002 y la Región de Asia Sudoriental, que incluye a la India, en el 2014. En los últimos 12 meses, no se han identificado casos de poliovirus salvaje en la Región del África. Sin embargo, persisten importantes desafíos en tres países endémicos: Pakistán, Afganistán y Nigeria.

En Paquistán y Afganistán sigue la circulación del poliovirus salvaje tipo 1 y Nigeria todavía presenta circulación persistente de cVDPV2, con el último caso detectado el 16 de mayo de 2015.

Es esperado que, en septiembre del 2015, la Comisión Mundial de Certificación (GCC) declare oficialmente la erradicación del poliovirus del serotipo 2.

Todos los países del mundo introducirán la vacuna IPV antes del *switch*, cambio de la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna oral bivalente (bOPV). En total, 156 países y territorios de todo el mundo participarán en el *switch*, previsto para realizarse en el periodo de 17 de abril a 1 de mayo del 2016.

Esta fecha debe ser ratificada por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (SAGE), en octubre de este año, y una vez confirmada las fechas del *switch*, esta decisión será irrevocable.

## Situación actual de la implementación del PEESP en las Américas

La vigilancia de casos de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) seguirá siendo el mecanismo prioritario para la detección de circulación de los poliovirus. Deben ser investigados:

- Toda persona menor de 15 años de edad que presente parálisis flácida aguda, por cualquier razón, excepto traumatismo grave,
- Toda persona de **cualquier edad** en la que se sospeche poliomielitis y
- Todo brote de PFA para descartar el diagnóstico de polio.

La vigilancia ambiental complementará la vigilancia de PFA en algunas áreas seleccionadas, según criterios de riesgo.

En cuanto a la calidad de la vigilancia, la Región de las Américas ha alcanzado la tasa de notificación de 1 caso por cada 100,000 menores de 15 años, desde 1986, sin embargo, en los últimos años no ha alcanzado el 80% de casos de PFA con muestra adecuadas y de casos investigados hasta 48 horas.

La calidad de la vigilancia es heterogénea entre los países. Durante el 2014, solo dos países de la Región, México y Nicaragua, alcanzaron estos tres indicadores. En las últimas 52 semanas, semanas epidemiológicas 33/2014 a 31/2015, hay un número elevado de países que no cumplen con los indicadores de vigilancia.

El boletín de polio, publicado semanalmente por la OPS, es una herramienta sencilla que permite hacer seguimiento a la calidad de la vigilancia de PFA.

A través del análisis de los datos presentados se han identificado algunas fallas en la vigilancia, tales como:

- Retraso en el ingreso de los casos nuevos,
- Envío de muestras a los laboratorios de referencia hasta meses después de la obtención,
- Clasificación final de casos tardía y
- Cierre de casos sin resultado de laboratorio.

La cobertura regional de vacunación contra la poliomielitis, que alcanzó 94% en el 2011, ha descendido durante los tres últimos años, alcanzando 90% en el 2014. Además existen marcadas diferencias en las coberturas entre los países y al interior de los mismos. En los años 2013 y 2014, la mayoría de los países no alcanzaron coberturas de vacunación de 95 %

contra la poliomielitis. En los 60% de los municipios de América Latina y el Caribe (ALC) que presentaron coberturas menores de 95 % para OPV3 en el año 2014, viven 6.0 millones de niños menores de 1 año.

Para cumplir con las directrices del plan estratégico para la fase final de la erradicación, los países de la Región introducirán al menos una dosis de IPV, hasta fines del 2015, en su programa rutinario de vacunación, en un esquema secuencial de una dosis de IPV seguida por 3 o 4 dosis de OPV. Los países que habían programado introducir IPV en el primer semestre del 2015 han cumplido con su plan de introducción, 27 países van introducir IPV en el segundo semestre de 2015 y un país en enero de 2016 (Curaçao)

De los 51 países y territorios de la Región, 15 no utilizan OPV. Los demás 36 países deben participar del *switch* y están preparando sus planes nacionales.

Para llevar a cabo la contención de los poliovirus salvajes y vacunales, todos los países deben designar oficialmente un coordinador nacional para la contención del poliovirus. De un total de 45 coordinadores esperados, no incluidos los territorios de Francia y Holanda, fueron designados, hasta la fecha, 28 coordinadores.

La Región de las Américas ha conformado la Comisión Regional para la Certificación de la Fase Final de Erradicación de la Poliomielitis (RCC), la cual se ha reunido por primera vez en junio de 2015. Hasta la fecha, se han conformado el comité subregional del Caribe y 10 comités nacionales de los 23 esperados.

Al final del mes de agosto, el RCC informará oficialmente al Comité Mundial de Certificación (GCC), que la Región de las Américas está libre de poliovirus salvaje tipo 2 (WPV2) desde hace 26 años. El último aislamiento de WPV2, se realizó en una muestra de heces obtenida en Perú, en marzo de 1989.

### **Acuerdos y recomendaciones:**

- 1** El fortalecimiento de la vigilancia de PFA es fundamental en la preparación para el *switch*, debido al riesgo de emergencia de cVDPV2 en el periodo post – **switch**.
- 2** Los países que no están alcanzando la tasa de notificación de 1 caso de PFA por cada 100,000 menores de 15 años, en las últimas 52 semanas, deben realizar búsqueda activa institucional.
- 3** Los países deben analizar las coberturas de vacunación e intensificar las actividades de vacunación en áreas con bajas coberturas con tOPV, en preparación para el *switch*.
- 4** Todos los países deben cumplir con los planes de introducción de IPV y garantizar que la vacuna sea introducida en el periodo planificado, para asegurar un *switch* seguro.
- 5** Los países deben prepararse para seguir las recomendaciones del GTA sobre la introducción de una segunda dosis de IPV, cuando el suministro sea suficiente.
- 6** Todos los países deben completar y compartir con la OPS los planes para el *Switch* a más tardar el 30 de septiembre de 2015.
- 7** Los países que aún no han designado el Coordinador Nacional de Contención de Poliovirus (CNCP) deben realizarlo antes del 31 de agosto de 2015, notificar a la OPS e iniciar las actividades definidas en el Plan regional de contención de poliovirus
- 8** Los países que no hayan conformado aun el Comité Nacional de Certificación, deben

conformarlo e informar oficialmente a la OPS, hasta el 31 de agosto de 2015.

## **Certificación de la erradicación de la poliomielitis: comisión regional y comités nacionales**

Con el fin de cumplir con el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final, 2013-2018, la OPS ha conformado la Comisión Regional para la Certificación de la Fase Final de Erradicación de la Poliomielitis en la Región de las Américas (RCC).

La RCC será responsable por certificar que la Región de las Américas ha cumplido con los requisitos necesarios para la fase final de la erradicación de la poliomielitis. La función de la RCC es evaluar el cumplimiento de los cuatro objetivos principales de la fase final de la erradicación de la poliomielitis en las Américas.

La RCC tendrá el apoyo de los comités nacionales para la certificación (NCC) que evaluarán, verificarán y presentarán la documentación nacional necesaria.

Los países deben conformar los NCC integrados por expertos en diferentes campos de la salud pública, independientes, actuando en su capacidad personal, sin responsabilidad directa sobre la erradicación de la polio en su país. Los NCC evaluarán, verificarán y presentarán la documentación nacional requerida solicitada por la GCC a la RCC.

Los NCC serán responsables de:

- Dar seguimiento a la calidad de la vigilancia de la PFA y de las coberturas de vacunación contra la polio.
- Validar y someter a la RCC la declaración formal del retiro y destrucción de la tOPV.
- Validar y someter a la RCC el informe sobre la implementación de las medidas de contención para reducir los riesgos de reintroducción de poliovirus.
- Realizar visitas de campo, según sea necesario, para realizar y verificar el cumplimiento de los objetivos de la fase final de la erradicación.
- Cumplir con los requisitos de la RCC y GCC.

### **Recomendaciones y próximos pasos:**

- 1** Inmediatamente: los países que no han conformado sus NCC deben hacerlo.
- 2** Se recomienda que los NCC cuenten con un número impar de miembros, alrededor de cinco, para facilitar la dinámica de trabajo y la toma de decisiones.
- 3** Se requieren que los miembros del NCC no tengan ninguna responsabilidad con la fase final de la erradicación en sus países, incluida la contención de poliovirus.
- 4** Los NCC y el RCC deben revisar periódicamente los progresos de cada país en la preparación para el *switch* y el alcance de las metas de la Fase Final de erradicación.
- 5** A enero del 2016 – los NCC entregarán informes de contención de poliovirus salvaje a la RCC.
- 6** Febrero del 2016 – la RCC revisará los informes de contención de WPV y entrega un informe a la GCC.
- 7** Mayo del 2016: los NCC entregarán informes del retiro y destrucción de la tOPV a la RCC.

- 8 Junio del 2016: la RCC revisará los informes de los NCC sobre el retiro y destrucción de la tOPV y preparará el informe a la GCC.
- 9 Agosto del 2016 – los NCC entregarán los informes de contención de poliovirus Sabin tipo 2 a la RCC.
- 10 Septiembre del 2016 – la RCC revisará los informes de contención de los poliovirus Sabin tipo 2 de los NCC y enviará un informe a la GCC.

## **Resultados de los estudios sobre los esquemas secuenciales de vacunación con IPV + bOPV en las Américas**

A partir de la recomendación de la OMS de que todos los países del mundo introduzcan al menos una dosis de IPV en sus esquemas rutinarios de vacunación para fines del 2015, como preparación para el *switch*, se realizaron estudios en América Latina para evaluar la respuesta inmunitaria a esquemas secuenciales de vacunación con IPV seguida de bOPV. Los principales resultados de estos estudios indican lo siguiente:

1. Una dosis de IPV aplicada a los dos meses de edad o después permite lograr más del 90% de protección contra polio tipo 2, si consideramos el 10% de niños que presentan seroconversión en caso de exposición al virus debido a la memoria inmunitaria (*priming*).
2. Dos dosis de IPV permiten lograr seroconversión en 100% de los niños vacunados.
3. En cuanto a la inmunidad intestinal, dos dosis de IPV redujeron la cantidad y la duración de la excreción de poliovirus, en respuesta a la exposición a la vacuna oral monovalente contra la poliomiелitis tipo 2 (mOPV2).
4. La bOPV confiere protección a más de 95% de los niños, después de la segunda dosis, contra los serotipos 1 y 3.
5. La bOPV resultó ser segura y no se obtuvieron datos probatorios de efectos adversos graves o moderados supuestamente atribuibles a la vacuna.

## **Suministro de IPV, tOPV y bOPV a través del Fondo Rotatorio**

El Fondo Rotatorio (FR) ha participado activamente en el proceso de planificación para la fase final de la erradicación mundial de la polio, en la Región.

Con la decisión de introducción de la vacuna IPV en los programas rutinarios de vacunación, como parte del plan de la fase final de la erradicación, hubo la necesidad de ampliar la capacidad de producción de esta vacuna. Esta ampliación, aún en proceso, todavía no ha generado suficiente dosis para atender la solicitud de todos los países. Para asegurar que todos los países de la Región tengan acceso a la vacuna IPV, antes del *switch*, fue necesario

limitar la entrega de IPV a un esquema de una dosis de IPV seguida por 3 o 4 dosis de vacuna oral contra polio a los países que van a introducir la vacuna durante este año de 2015, hasta que el suministro sea suficiente para atender la demanda total de los países.

Aquellos países que planearon esquemas de 2 o 3 dosis recibirán las dosis adicionales cuando la producción sea suficiente para atender esta demanda. La disponibilidad de dosis para el 2016 no será suficiente para atender la demanda de estos países.

Respecto a la introducción de IPV en 2015, las cotizaciones ya fueron solicitadas al proveedor y la vacuna será enviada a los países participantes del FR entre agosto y noviembre, considerando las fechas de introducción indicadas en sus planes.

En relación al proceso de switch, el FR solicitó a los países la realización de un inventario de la existencia de tOPV en todos los niveles y la revisión de las necesidades de tOPV para el 3er y 4to trimestres del 2015 y para el periodo entre enero y abril del 2016.

Las órdenes de compra para la tOPV serán emitidas hasta diciembre de 2015, para atender las necesidades de los países hasta abril 2016. No se emitirán órdenes de compra de esta vacuna en el año 2016.

El FR realizó una licitación para la compra de bOPV. Cinco proveedores ofertaron dosis de esta vacuna a precios similares al de la tOPV vigentes para 2015, en la cantidad requerida por el FR, con entregas a partir de enero 2016.

Tan pronto se concluya el proceso de licitación, el FR enviará las proformas a los países, con el objetivo de emitir las órdenes de compra en 2015, y entrega en el 2016.

### **Acuerdo:**

- 1 Todos los países se comprometieron a aceptar las proformas de IPV y bOPV en un plazo máximo de 5 días hábiles, después de recibirlas.

### **Herramienta de apoyo a la introducción de IPV y al *switch*.**

Para apoyar los países con la introducción de IPV, en la página web de la OPS están disponibles documentos dirigidos a 3 audiencias principales: gerentes del PAI, trabajadores de salud y especialistas en comunicación.

Estos documentos sirven para:

- apoyar los gerentes del PAI a desarrollar e implementar el plan de introducción de IPV,
- proveer los trabajadores de salud con una amplia capacitación sobre todos los aspectos relacionadas a la introducción de IPV, incluyendo el tema de inyecciones múltiples, y

- apoyar a los especialistas en comunicación a definir mensajes claves para compartir con los medios de comunicación y prepararse para situaciones inesperadas.

Materiales de apoyo para el *switch*, también están disponibles en el sitio web de la OPS para las mismas audiencias principales: gerentes del PAI, trabajadores de salud y especialistas en comunicación.

Estos documentos sirven para:

- Apoyar los países preparar los planes nacionales del *switch*,
- Capacitar los trabajadores de salud y
- Desarrollar un plan de comunicaciones, incluyendo como detectar cualquier situación inesperada, evaluar su posible repercusión y preparar una respuesta apropiada.

Dada la naturaleza técnica del *switch*, que no causa impacto en los padres o cuidadores por tratarse en la práctica del cambio de una gota por otra, no se recomienda comunicar el *switch* a las comunidades, ni a las familias. Sin embargo, cuando se trata de actividades de respuesta a crisis, se debe tener un plan de comunicación listo para esta audiencia.

Para apoyar a los países en la elaboración de un plan adecuado de comunicación para el *switch* y respuesta a situaciones imprevistas, con repercusión pública, se ha preparado una guía para la planificación de la comunicación del *switch* y una guía de gestión de conflictos potenciales.

Todos los materiales de apoyo para la introducción del IPV y el *switch* están disponibles en: [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio).

Para acceso directo:

- Documentos de IPV: <http://bit.ly/1hterKu>
- Documentos para el *switch*: <http://bit.ly/1eAo3Bo>.

## **Planificación y preparación para el *switch***

El SAGE recomendó el *switch* porque no se ha detectado el poliovirus salvaje del serotipo 2 desde 1999, sin embargo, alrededor de 90% de los casos de poliomielitis causados por cVDPV son del tipo 2 y 40% de todos los casos de poliomielitis paralítica asociada a la vacuna (VAPP) son causados por el poliovirus vacunal del serotipo 2. Por lo tanto, en esta fase, mantener el uso de tOPV implica en más riesgo que beneficio y amenaza la erradicación mundial de la poliomielitis.

Los países de la Región recibieron directrices para elaborar los planes para el *switch* y ya deben tener un plan preliminar, incluyendo un cronograma y un presupuesto, el cual debe estar concluido a fines de septiembre de 2015, para asegurar el cumplimiento de todos los requisitos para un *switch* seguro.

Los lineamientos así como otros documentos técnicos de apoyo pueden consultarse en el siguiente sitio web: <http://bit.ly/1G6yl6y>.

### **Recomendaciones:**

- 1 Todos los países deben completar y compartir con la OPS los planes para el *switch* a más tardar el 30 de septiembre de 2015.
- 2 Los países deben iniciar o seguir con las actividades de preparación detalladas en el plan nacional para el *switch* y considerar como alta prioridad la capacitación adecuada para todos los trabajadores de salud.
- 3 Todos los países deben actualizar mensualmente el formato de seguimiento de la implementación de las actividades del *switch*, e informar inmediatamente si detectan algún problema o factor que pueda retrasar la preparación del *switch*.
- 4 Revisar el formato de presupuesto sugerido por la OMS y disponible en el sitio web de inmunizaciones de tal manera que todos los componentes del plan del *switch* cuenten con recursos financieros para su implementación.
- 5 Revisar las normas del país sobre destrucción de vacunas para definir los protocolos que aplican para la destrucción de la tOPV.
- 6 Elaborar etiquetas que faciliten la identificación de las vacunas tOPV y bOPV y que contengan fechas límites de uso de tOPV y de inicio de bOPV.

### **Plan nacional para el *switch* - Perú**

Perú presentó un resumen del plan para el *switch* resaltando las siguientes actividades:

- Formación de los comités nacionales y departamentales, con definición clara de sus funciones.
- Identificación de equipos de apoyo.
- Definición del flujo de información.
- Inventario y plan de adquisición de vacunas de tOPV.
- Cronograma de distribución de vacunas.
- Revisión de las normas que regulan los procedimientos para el transporte y la disposición final de los desechos de vacunación en el país.
- Evaluación de la capacidad de la cadena de frío en todos los niveles.
- Cronograma de preparación, implementación y validación del *switch*.
- Elaboración de los planes de: capacitación al personal de salud, comunicación, monitoreo y supervisión, implementación del *switch* y de supervisión del retiro y destrucción de la tOPV.

El equipo técnico ha identificado algunas brechas y desafíos:

- Fijar la fecha definitiva del *switch* en el país.
- Establecer el mecanismo de eliminación de la vacuna en todos los niveles.
- Asegurar el presupuesto para la implementación del plan.
- Cumplir los plazos establecidos

## **Experiencia de simulacro del *switch* en otras regiones**

Se llevaron a cabo en varios países simulacros del *switch*, los cuales evidenciaron que el *switch* es totalmente factible, si se dispone de guías claras y una oportuna planificación.

Las principales lecciones aprendidas fueron que:

- Es fundamental la identificación oportuna de una estructura de gestión dentro de los ministerios de salud para supervisar los pasos necesarios.
- Es necesario tener buenos materiales de capacitación, específicos para logística y cadena de frío.
- Es importante contar con la participación de las sociedades científicas, el sector privado y otros socios.

## **Grupos de trabajo sobre el *switch***

Los representantes de los 24 países presentes que participarán del *switch* se organizaron en 4 grupos de trabajo, para presentar y discutir los avances de los planes nacionales para el *switch*.

En una primera etapa cada país realizó una evaluación del avance del plan nacional que incluyó:

- Resumen ejecutivo.
- Gestión y operación del *switch*, mecanismo de coordinación nacional.
- Análisis de situación de aspectos relacionados con el plan.
- Fase de preparación; recursos financieros, humanos, suministros, logística y monitoreo.
- Conformación del comité de certificación nacional.

En una segunda etapa, al interior de cada grupo, los integrantes discutieron ampliamente temas relacionados con:

- Fortalezas para el *switch*.
- Desafíos para el *switch*.
- Posibles soluciones a los desafíos encontrados.
- Necesidad de apoyo técnico.

Finalmente, fueron presentados en plenaria los aspectos identificados como más relevantes y que pudieran impactar en el desarrollo de los planes. Las experiencias compartidas podrán ser de utilidad para la finalización de los planes nacionales del *switch*.

## **Protocolo para notificación, evaluación de riesgos y respuesta a la detección del poliovirus tipo 2**

Después de la retirada de la OPV2, habrá un riesgo relativamente elevado, pero de duración limitada, de emergencia de cVDPV2 y un riesgo menor pero a largo plazo de reintroducción de poliovirus 2 desde un sitio de fabricación o de un laboratorio. Por estas razones, todos los países deben mantener estrictos sistemas de vigilancia para detectar e interrumpir rápidamente cualquier circulación de poliovirus tipo 2.

La detección de cualquier poliovirus tipo 2, en una muestra de cualquier fuente, se considerará una emergencia mundial para la salud pública, que requiere respuesta rápida y de alta calidad.

El tipo y la magnitud de la respuesta dependerán de:

- Tiempo transcurrido entre la retirada de la OPV2 y la detección del PV2.
- Antecedente de transmisión de WPV o de cVDPV en el área o región afectada.
- Características de población afectada, tales como, nivel de inmunidad de la población.

La potencial magnitud de un brote por PV2 aumentará con el tiempo transcurrido después del *switch*, debido a la disminución de la inmunidad de mucosa intestinal por el cese del uso de la OPV2. La real magnitud de un brote post *switch* dependerá de la inmunidad humoral, es decir, de las coberturas de vacunación alcanzadas con el uso de la vacuna IPV.

La OMS dispondrá de una reserva mundial de las vacunas mOPV2 e IPV para hacer frente a cualquier brote de poliovirus tipo 2 después del *switch*. Para acceder a estas vacunas, que son gratuitas, los países deben enviar un informe completo de la evaluación de riesgo a la OMS, a través de las oficinas de país y regional de OPS. Esta evaluación debe iniciarse en 72 horas y completarse dentro de 7 días.

Con el fin de apoyar a los países, la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio (GPEI) ha preparado un protocolo para la detección de poliovirus tipo 2, notificación, investigación, evaluación de riesgo, respuesta y medidas complementarias que está disponible en [www.paho.org/immunization/polio](http://www.paho.org/immunization/polio).

## Plan regional de contención de poliovirus

La contención de poliovirus es necesaria con el fin de garantizar la erradicación mundial de la polio

En diciembre del 2014, se publicó la tercera edición del Plan de Acción Mundial (GAP III, *Global Action Plan*) de la OMS para minimizar el riesgo asociado a instalaciones, después de la erradicación de los poliovirus salvajes y el cese secuencial del uso de la OPV.

El Plan de Acción Mundial alinea la manipulación segura y la contención o confinamiento de los materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de poliovirus al Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiélitis y la Fase Final. El cumplimiento de esta meta exige la implementación de medidas seguras de manipulación y contención de los poliovirus, a fin de reducir al mínimo los riesgos de reintroducción, desde las instalaciones, en la comunidad libre de polio.

La estrategia mundial encaminada a reducir al mínimo los riesgos asociados a instalaciones consiste en la eliminación de los riesgos mediante la destrucción de los materiales que contienen poliovirus, excepto en las instalaciones esenciales certificadas, y en la gestión de riesgos biológicos, con un cumplimiento estricto de las salvaguardas requeridas.

La eliminación del riesgo en las instalaciones que no son certificados como esenciales, se alcanza mediante la destrucción o traslado a las instalaciones esenciales de los materiales que contienen poliovirus salvajes, derivados de la vacuna o poliovirus Sabin. La destrucción se aplica a todos los materiales potencialmente contaminados con cualquier tipo de poliovirus, ya sea de origen salvaje, derivado de la vacuna, o vacunal y a los materiales en los cuales no se puede descartar la presencia de poliovirus.

La adaptación del plan de contención para la Región de las Américas consideró la ausencia de casos confirmados de poliovirus salvaje durante 24 años y el uso de la OPV en los programas de inmunización de la mayoría de los países.

En correspondencia con la tercera edición del Plan de Acción Mundial, el Plan Regional se ha planeado en tres fases, vinculadas con los hitos internacionales de la erradicación de la polio.

Las actividades primordiales que deben realizar los países de la Región durante la Fase de Coordinación para la preparación son:

<b>Al 31 de diciembre de 2015</b>	<b>Al 31 de julio de 2016:</b>
Encuestas nacionales de laboratorio y el inventario de instalaciones que almacenan materiales infecciosos y potencialmente infecciosos de poliovirus (salvajes, derivados de la vacuna y Sabin).	Destrucción de los materiales innecesarios que contienen Sabin2;
Comunicación a los gobiernos, las instituciones y los establecimientos acerca de la exigencia de destrucción o contención de los materiales infecciosos y potencialmente infecciosos de poliovirus.	Traslado de los materiales necesarios que contienen Sabin2 a las instalaciones esenciales para poliovirus.

Destrucción de los materiales innecesarios que contienen WPV y VDPV.	Destrucción de las muestras innecesarias que potencialmente contienen materiales con Sabin2.
Traslado de los materiales necesarios que contienen WPV a instalaciones esenciales para poliovirus.	
Destrucción de las muestras innecesarias que potencialmente contienen materiales con WPV.	
Certificación a las instalaciones esenciales de poliovirus designadas para la contención.	

### Recomendaciones:

- 1 Los países deberán designar el coordinador nacional para la contención de los poliovirus antes del 31 de agosto de 2015, informar a la OPS e iniciar la ejecución de las actividades definidas en el plan regional.
- 2 Realizar el inventario de laboratorios / instituciones que conservan material infeccioso o potencialmente infeccioso de WPV, VDPV y Sabin.
- 3 La destrucción, transferencia o contención de materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de WPV y VDPV deberá ser completada antes del 31 de diciembre de 2015.
- 4 El país deberá presentar al NCC el informe sobre el inventario de instalaciones y la contención de WPV y VDPV en enero de 2016.
- 5 La destrucción, transferencia o contención de materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de poliovirus Sabin2 deberá ser completada antes del 31 de julio de 2016.
- 6 El país deberá presentar al NCC el informe sobre el inventario de instalaciones y la contención de poliovirus Sabin2 en agosto de 2016.
- 7 Las instalaciones designadas como esenciales de poliovirus deberán estar certificadas por la autoridad nacional responsable antes del 31 de diciembre de 2015.

Se puede obtener información sobre el GAP III Regional en [www.paho.org/polio](http://www.paho.org/polio).