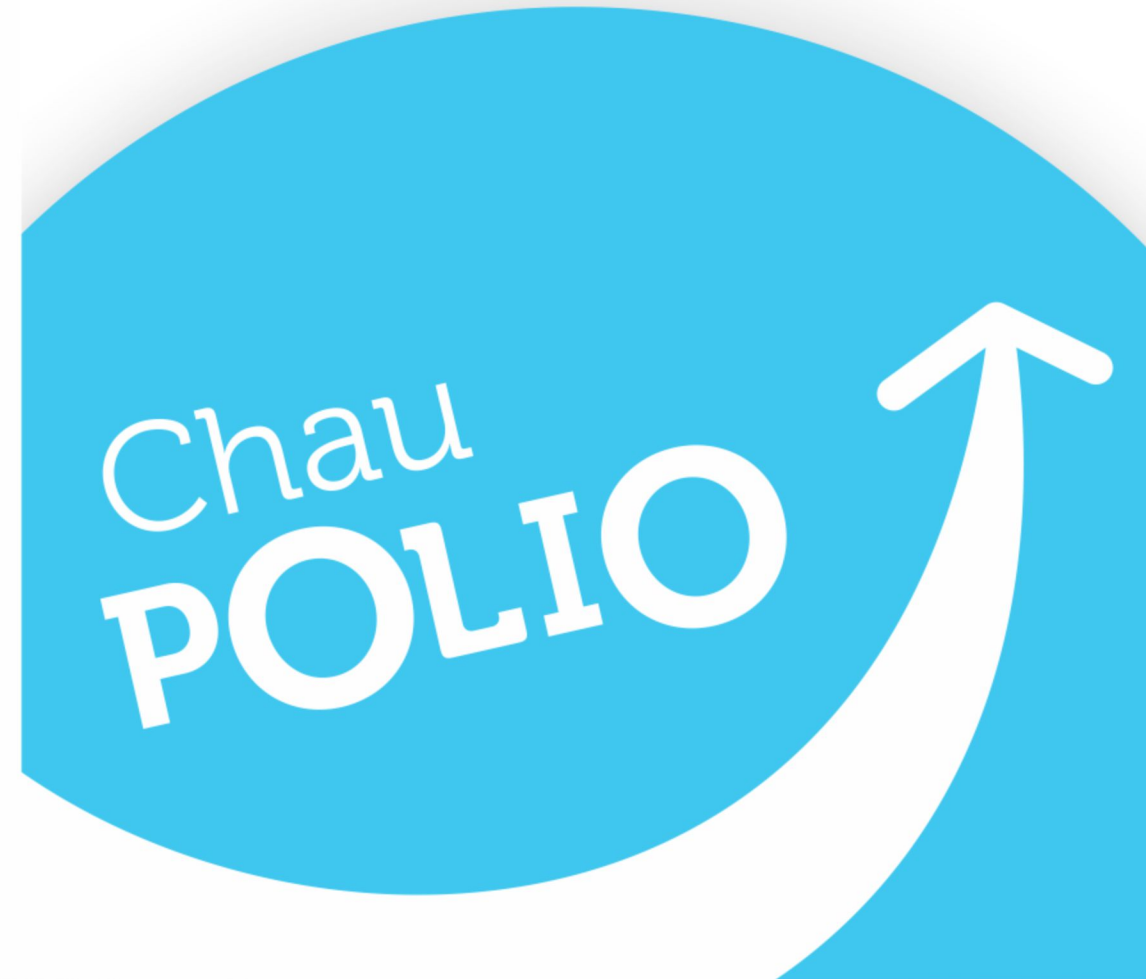


LINEAMIENTOS TÉCNICOS

SWITCH O CAMBIO DE VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA
ORAL TRIVALENTE A VACUNA BIVALENTE



El Estado Nacional garantiza *VACUNAS GRATUITAS*
en centros de salud y hospitales públicos de todo el país.



Autoridades Nacionales

Sr. Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Sr. Ministro de Salud de la Nación
Dr. Jorge Daniel Lemus

Sr. Secretario de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria
Dr. Néstor Pérez Baliño

Sra. Directora Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
Dra. Carla Vizzotti

Equipo Técnico del Ministerio de Salud de la Nación y colaboradores

Dra. Gloria Califano

Dra. Sandra Sagradini

Coordinación General

Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Lic. Analía Aquino

Contadora Laura Hernández

Dra. Marina Pasinovich

Dra. Silvina Neyro

Lic. Gonzalez Capria, Silvana

Lic. Mónica Galván

Lic. Teresa Zigrino

Asesoría Científica

Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Lic. María Sol Alvarez

Responsable administrativa

Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Dra. Mirta Magariños

Consultora Nacional en Inmunizaciones - OPS/OMS Argentina

**Switch o cambio de vacuna antipoliomielítica oral trivalente
a vacuna bivalente**

1. Introducción	5
a. Switch o cambio: fundamentos	5
b. Incorporación de IPV a través del esquema de rutina	7
c. Contención del poliovirus en los laboratorios	8
d. Comité Nacional de Certificación	9
2. Cronograma, planificación	10
3. Capacitación	12
4. Comunicación social	13
5. Sistemas de Información	14
6. Supervisión, monitoreo, validación y evaluación	15
Anexo A: planificación, preparación, implementación	17
Anexo B: vacuna IPV	18
Anexo C: preparación ante crisis	22
Anexo D: preguntas frecuentes	24

SWITCH O CAMBIO DE VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL TRIVALENTE A VACUNA BIVALENTE

1. INTRODUCCIÓN

1. a. Switch o cambio: fundamentos

Desde el lanzamiento en la Asamblea Mundial de la Salud en 1988, de la Iniciativa Global de Erradicación de la polio, la incidencia mundial de polio se redujo más de un 99% y el número de países con polio endémica pasó de 125 a 2 (Afganistán y Pakistán). En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que lograr la erradicación de todos los poliovirus (1, 2, 3: salvajes, vacunales o derivados de la vacuna) constituye una “emergencia programática de alcance mundial para la salud pública” e instó a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a elaborar un plan estratégico integral destinado a la fase final de la erradicación de la poliomielitis.

El último caso de poliovirus salvaje (PVS) de tipo 2 en el mundo se detectó en 1999. El componente 2 de la anti-poliomiéltica atenuada trivalente (tOPV) causa más del 80% de los casos de parálisis por poliovirus derivados de la vacuna (VDPV), aproximadamente el 40% de los casos de parálisis asociada a la vacuna (PAV) e interfiere con la respuesta inmune a los poliovirus vacunales (PVV) de tipo 1 y 3 contenidos en la tOPV.

El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiéltis y Fase Final 2013 - 2018, aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2013, recomienda la retirada de todas las vacunas orales contra la poliomiéltis para 2018, iniciando la retirada del componente 2 en 2016 y tiene 4 objetivos:

- Detectar e interrumpir la circulación de todos los poliovirus
- Reforzar los sistemas de inmunización y retirar la vacuna antipoliomiéltica oral
- Asegurar que todas las regiones del mundo están libres de polio y que todos los poliovirus estén contenidos en laboratorios con niveles de bioseguridad adecuados para 2018
- Planeamiento del legado sobre las lecciones aprendidas para alcanzar la erradicación de la polio como herencia para la Humanidad, alcanzada en base a las actividades de vacunación, contención de virus en laboratorios adecuados y vigilancia epidemiológica intensificada.

El 22 de octubre de 2015 el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunizaciones (SAGE de OMS) revisó la epidemiología y

- Confirma que el switch o cambio de tOPV a bOPV se realizará en forma sincronizada en todos los países del mundo que usan vacuna Sabin trivalente en abril de 2016,
- Declara que África estuvo libre de poliovirus salvaje en el último año y
- Certifica la erradicación del poliovirus salvaje tipo 2 en base a la declaración del 20 de septiembre de 2015 de la Comisión Global para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiéltis (Bali, Indonesia, 20 de septiembre 2015).
- Asimismo, señala que Nigeria y Pakistán interrumpieron la transmisión sostenida de cVDPV2 y que algunos países ubicados en los niveles de importación y transmisibilidad más bajos (grupos de menor riesgo) harán el cambio a IPV a posteriori del switch.
- También indicaron que estará disponible un stock de vacuna anti poliomiéltica oral atenuada monovalente (mOPV) tipo 2 en el poco probable caso de brote por este virus tipo 2.

En Argentina las últimas epidemias de poliomiéltis ocurrieron en 1955-1957, 1971 y 1983. Argentina adhirió en 1985 a la iniciativa de OPS para erradicar a los poliovirus salvajes de las Américas. Desde 1984 nuestro país está libre de la circulación de poliovirus salvaje.

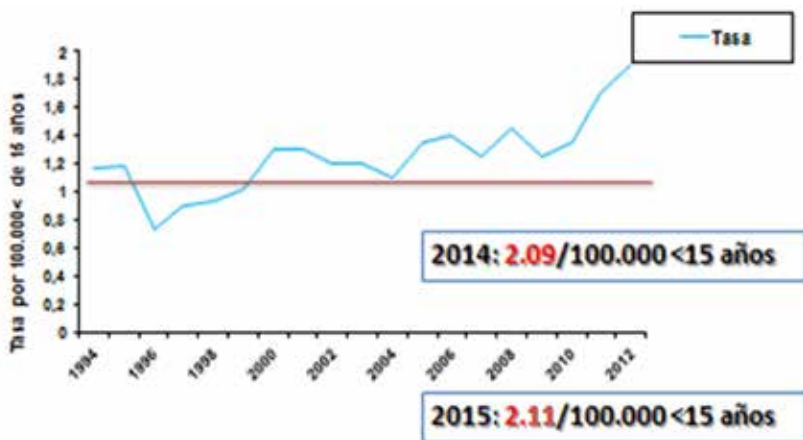
En las Américas el último caso de poliomiéltis por virus salvaje se produjo en el año 1991, en Perú. La Comisión Independiente de Expertos declaró la Eliminación de la Circulación de Poliovirus Salvaje del Continente Americano el 20 agosto de 1994.

Argentina cuenta con un Programa Nacional de Erradicación de la Poliomieltis y Contención de los Poliovirus Salvajes en los laboratorios que se sostiene en el tiempo, y realiza en forma activa, desde el año 1989, las acciones de vigilancia epidemiológica. La actividad se desarrolla en forma conjunta entre el Programa Nacional y el Laboratorio de Neurovirolos del Dpto. de Virología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", (que a su vez es Laboratorio Regional de Referencia para la OPS/OMS para Uruguay, Bolivia, Paraguay y Chile) y cuenta con una Comisión Nacional externa que analiza la información. Por otro lado se evalúan las coberturas de vacunación y se elaboran recomendaciones. La Comisión Nacional (conformada por expertos infectólogos, epidemiólogos, neurólogos, pediatras, miembros de sociedades científicas, OPS, Ente Regulador (ANMAT), Laboratorio Regional de Referencia de la OPS/OMS "Dr. Carlos G. Malbrán" y del Ministerio de Salud de la Nación), se reúne cinco veces al año desde el año 1989 y evalúa todos los casos con aislamientos positivos, los casos asociados a la vacuna, los Sabin derivados y los indicadores del Programa.

Indicadores del Programa

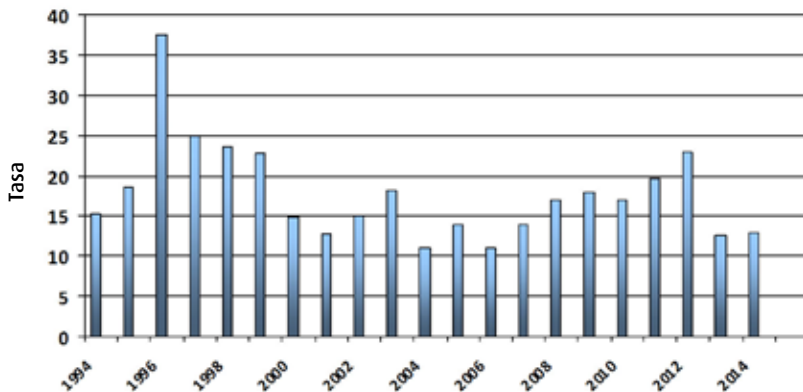
- Notificación de todos los casos de PFA en menores de 15 años: 1 caso/100.000 menores de 15 años
- Porcentaje de investigación dentro de las 48 hs de notificación de todos los casos de PFA
- Cobertura \geq 95% con 3 dosis de vacuna Sabin
- Porcentaje de casos con muestra adecuada de materia fecal
- Porcentaje de aislamiento viral
- Unidades que notifican semanalmente

Sensibilidad de la Vigilancia



La tasa de notificación de PFA, en Argentina, se ha mantenido > 1 por 100.000 en menores de 15 años durante los últimos 18 años. **En el año 2014 la tasa de notificación de PAF de Argentina fue de 2.09, duplicándose la tasa esperada (1 cada 100.000 niños menores de 15 años).**

Tasa de aislamiento viral por año, Argentina 1994 - 2014



Nuestro país cumple con las recomendaciones en los indicadores de control de PAF propuesto por OPS/OMS, y realiza esfuerzos constantes en el compromiso asumido en la erradicación mundial del poliovirus salvaje.

Argentina, ubicada en el grupo de menor riesgo (según posibilidad de importación y transmisibilidad), realizará el cambio a IPV (que contiene los 3 antígenos 1, 2 y 3) y el switch o cambio de tOPV (que contiene los 3 antígenos 1, 2 y 3) a bOPV (que contiene sólo antígenos de los tipos 1 y 3) en el mismo momento.

Los pasos a seguir en Argentina son:

- La tOPV se utilizará **hasta el 29 de abril de 2016**, luego de la cual será retirada de la cadena de frío. Se continuará la vacunación con bOPV en la siguiente jornada hábil.
- A partir del primer día hábil después del día del switch o cambio, introducir 2 dosis de IPV en el calendario **a todos los niños que inician su esquema de vacunación de rutina anti poliomielítica y que sean menores de 1 año (11 meses y 29 días)**.
- Planificar el retiro de todas las tOPV para su destrucción.

1. b. Incorporación de IPV a través del esquema de rutina

El objetivo es introducir la IPV (que tiene los poliovirus 1, 2 y 3) a fin de asegurar inmunidad contra el PV 2 y acelerar la erradicación de la poliomielitis reforzando la respuesta a los PV 1 y 3 de la bOPV.

La introducción de IPV es un elemento clave del plan para la fase final de erradicación y en la preparación mundial para la reducción de los riesgos asociados con la retirada del componente tipo 2 de la tOPV. El rol principal de la IPV será mantener la inmunidad contra el poliovirus de tipo 2 mientras se retira el poliovirus de tipo 2 de la tOPV del mercado mundial.

Esquema de vacunación antipoliomielítica en Argentina: Esquema secuencial en los menores de 1 año

EDAD	VACUNA
Lactantes de 2 meses*	1º dosis con vacuna IPV
Lactantes de 4 meses*	2º dosis con vacuna IPV
Lactantes de 6 meses	3ª dosis con Vacuna bOPV
Niños y niñas de 15-18 meses	1er refuerzo con vacuna bOPV
Niños y Niñas de 5-6 años	2do refuerzo con vacuna bOPV

*Se utilizará vacuna IPV únicamente en niños que inicien esquema hasta los 11 meses y 29 días de edad. Aquellos lactantes que hubieran comenzado su esquema de vacunación con vacuna tOPV, deberán completar su esquema con vacuna oral.

La IPV está compuesta por cepas inactivadas (muertas) de los tres tipos de poliovirus salvajes. Su introducción en un esquema secuencial ofrece como beneficios consolidar la eliminación de la poliomielitis salvaje en Argentina, eliminar el riesgo infrecuente de la parálisis post-vacunal asociada a la vacuna Sabin oral (OPV) y evitar una nueva aparición de VDPV.

La 1ª dosis de IPV ofrece seguridad, alejando el riesgo de parálisis asociada a la vacuna. La 2ª dosis de IPV confiere una mejor respuesta inmunológica ante los tres tipos de poliovirus en caso de presentarse un brote de polio 2 luego del switch o cambio. Por estas razones es que el esquema contempla dos dosis de IPV en el esquema inicial.

Existen dos riesgos eventuales asociados con el retiro del poliovirus tipo 2 de la OPV:

- riesgo inmediato, de tiempo limitado (uno a dos años), de emergencia del VDPV circulante de tipo 2 (cVDPV2); y
- riesgos de mediano y largo plazo de reintroducción del poliovirus a partir de centros que contengan confinado el virus (laboratorios productores de vacuna, investigación y diagnóstico).

Es necesario **fortalecer la vacunación de rutina** para lograr y mantener una alta inmunidad poblacional contra los poliovirus, especialmente los de tipo 2, una vez que se retire la tOPV, **así como la vigilancia epidemiológica de las parálisis agudas flácidas (PAF)**, aspecto fundamental del plan de erradicación de la polio y de la etapa post-erradicación. El objetivo de la vigilancia de las PAF es detectar virus circulante (salvaje, vacunal, Sabin derivado) en forma oportuna, a través de la identificación de casos de parálisis aguda flácida debido a poliovirus en menores de 15 años, también se realiza la búsqueda de poliovirus en aguas del sistema cloacal.

Si eventualmente ocurriera un brote por PV 2, después de la erradicación, se controlará rápidamente a través del uso de la vacuna antiopoliomielítica atenuada monovalente tipo2 (mOPV2).

Se está desarrollando una reserva mundial de OPV monovalente (tipos 1, 2 y 3, es decir: mOPV1, mOPV2, mOPV3) gestionada a nivel internacional para ser usada en caso de un brote de poliomiélitis después del retiro completo de todos los tipos de OPV. Dicha reserva permitirá dar una respuesta específica a cada tipo de poliovirus lo cual garantizará que, en una población protegida con IPV, el brote se controle rápidamente y se interrumpa la transmisión. En esta primera etapa del cambio se cuenta con stock de mOPV2.

1. c. Contención de los poliovirus en los laboratorios

Al erradicar la poliomiélitis se deberán realizar los mayores esfuerzos para garantizar que los poliovirus salvajes no se transmitan desde los laboratorios que conservan poliovirus salvaje o procesan muestras que pudieran contenerlos a la comunidad.

Las medidas apropiadas de bioseguridad son cruciales para prevenir la infección de los trabajadores de laboratorio y su posterior transmisión.

Argentina cumplió con una primera etapa de búsqueda de poliovirus salvaje en los laboratorios en el año 2008, identificando aquellas instituciones que tenían este virus.

Propósito de la contención

Minimizar el riesgo de reintroducción en la comunidad de los poliovirus salvajes procedentes del laboratorio, una vez erradicada la poliomielititis, y de las cepas Sabin y Sabin derivados, una vez finalizado el uso de la vacuna oral anti-poliomielítica (OPV en 2018).

Objetivos

- 1- Identificar los laboratorios biomédicos para detectar aquellos que poseen material infeccioso o potencialmente infeccioso de Poliovirus salvajes a través de una encuesta.
- 2- Realizar el Inventario Nacional de Laboratorios que retengan dichos materiales.
- 3- Instruir y verificar condiciones de bioseguridad NBS2/3 Poliomielititis en los laboratorios.
- 4- Destrucción o confinamiento de los poliovirus en instituciones que aseguren niveles de seguridad adecuados para evitar escape de los virus de polio salvajes o vacunales o Sabin derivados, de los laboratorios.

1. d. Comité Nacional de Certificación

Los puntos 1a, 1b (cambio de tOPV a bOPV e introducción de IPV) y 1c (contención del poliovirus en los laboratorios) serán validados por el Comité Nacional de Certificación, externo e independiente al Ministerio de Salud, constituido por expertos, quienes serán los responsables de supervisar, evaluar, verificar y presentar la documentación nacional necesaria a la Comisión Regional de Certificación en las fechas solicitadas a fin de que ésta la eleve a la Comisión Global de Certificación.

2. CRONOGRAMA, PLANIFICACIÓN

Cronograma:

	AÑO 2015												AÑO 2016				
	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	28 DE ABRIL: DÍA DEL SWITCH	MAY	JUN	JUL	AGO	
PLANIFICACIÓN NIVEL CENTRAL: contención de laboratorio, comunicación, conformación de Comité de Certificación de la Erradicación, marco legal, logística, sistema de información, vigilancia, bioseguridad, residuos, capacitación.																	
PLAN PARA PAI Y EFECTORES: lineamientos, instructivos, capacitación, stock de TOPV en todos los niveles operativos, bioseguridad, planificación.																	
CAPACITACIÓN DESDE PAI PROVINCIAL A EFECTORES - SUPERVISIONES CAPACITANTES: hincapié en el uso de IPV, disposición de descartes, y que habrá un cambio en la vacuna, logística ante errores programáticos.																	
CAPACITACIÓN DESDE PAI PROVINCIAL A EFECTORES - SUPERVISIONES CAPACITANTES: hincapié en el uso de correcto de IPV, disposición de descartes, y que habrá un cambio en la vacuna a bOPV, logística ante errores programáticos - REFUERZO DE CAPACITACIÓN.																	
MONITOREO DEL SWITCH Y VALIDACIÓN: que no haya remanentes de TOPV en cadena de frío a partir del inicio del uso y distribución de IPV y bOPV.																1era quincena	
PERIODO DE SEGUIMIENTO: en los meses posteriores se seguirá monitoreando que se haya retirado toda la TOPV de los vacunatorios y que se está utilizando bOPV e IPV.																	

Pasos a seguir:

- Los laboratorios del país deberán contestar una encuesta para completar la fase 1 de contención de los laboratorios, con manejo en condiciones de bioseguridad de virus tipo 2, salvajes o vacunales. Esta actividad será certificada por el Comité Nacional de Certificación, así como el cambio de vacuna tOPV a bOPV.
- Optimizar el uso de las tOPV antes del switch o cambio a través de una adecuada planificación y distribución.
- Planificación y distribución para contar con bOPV en los programas jurisdiccionales en forma oportuna-
- Inicio del esquema secuencial luego del día del switch o cambio: la tOPV se retira de la cadena de frío de todos los vacunatorios de los sectores públicos y privados, y se inicia el uso de IPV y bOPV. **El 29 de abril de 2016 se usará la tOPV por última vez hasta el fin de la jornada de trabajo, luego de lo cual se retirará lo que quede de tOPV de la cadena de frío.** Es necesario reducir al mínimo el desperdicio de tOPV por medio de la planificación.
- Retiro de dosis (“recall”) la tOPV se transporta a los sitios de recolección, según normas, específicas de cada jurisdicción, cada provincia es responsable de generar sus normas, su circuito , su proceso de recall y disposición final. Cada provincia debe enviar su plan de retiro y disposición final o destrucción al nivel central y luego certificar la destrucción
- Monitoreo y Validación: Los monitores del switch o cambio, son personas que evaluarán los sitios de almacenamiento de la cadena de frío y los efectores mediante un cuestionario, **comprobando que la tOPV ha sido retirada de la misma, así como que haya disponibilidad de IPV y bOPV.** Estas personas no deben estar relacionadas directamente con las organizaciones que llevan a cabo el switch o cambio en sí, porque su independencia de tales organizaciones es fundamental para que puedan hacer evaluaciones veraces. El término “independiente” se refiere a personas que no participen directamente en la ejecución del switch o cambio y que, por consiguiente, tengan más probabilidades de ofrecer evaluaciones imparciales sobre la ejecución. Este proceso se iniciará **a partir del inicio del uso de la bOPV**, así como será una actividad de supervisión en el tiempo para reasegurar que no hay tOPV en los sitios de almacenamiento, distribución y aplicación, y que se está administrando el nuevo esquema. Será responsabilidad de cada jurisdicción a través de sus Programas de Inmunizaciones llevar a cabo estas actividades.

Antes del cambio, los fabricantes cesarán la producción de tOPV. El suministro de tOPV se limitará a las cantidades suficientes para el periodo hasta la fecha del cambio y después del mismo no habrá ninguna tOPV disponible a nivel mundial. El cambio se coordina a nivel mundial. **Todo uso de la tOPV después de abril del 2016 podría poner en riesgo la erradicación de la poliomielitis, al generar poliovirus circulantes derivados del componente de tipo 2 de la vacuna.**

Como antes del día del switch o cambio podría haber presencia conjunta de tOPV y bOPV en los principales centros de almacenamiento del nivel central así como en los efectores, se deben extremar las precauciones en la administración y registro, preparación de pedidos, rotulación e identificación de frascos, etc. Luego del 29 de abril no debe haber tOPV en cadena de frío y debe estar rotulada para su retiro y disposición final según normativa jurisdiccional.

3.CAPACITACIÓN

Los contenidos para capacitación serán adaptados según a quién esté dirigida la misma, dependiendo del nivel en que se desempeñen los destinatarios.

a. Preparación del switch o cambio (antes del 29 de abril de 2016)

ACTIVIDAD	MARZO A AGOSTO 2015	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2015	ENERO A MARZO 2016	1 AL 28 DE ABRIL 2016
Capacitación	Difusión de las estrategias, fundamentación, comprensión y armado de equipos a nivel nacional y provincial. Adaptación de lineamientos. Trabajo intersectorial.	Difusión de lineamientos a niveles gerenciales e intermedios. Capacitación en la estrategia. Capacitación a niveles operativos. Distribución a niveles operativos.	Capacitación sobre aspectos operativos de la transición a equipos de niveles locales	Visitas de supervisión capacitante a niveles operativos
Supervisión dentro de los programas regulares de inmunización	1er balance de stock de TOPV por efectores	2do balance de stock de TOPV por efectores	Distribuir bOPV e IPV a las provincias	Distribuir bOPV a las efectores, junto con IPV
Monitoreo y validación independiente del switch	-	-	Convocatoria y selección de monitores independientes, capacitación	Capacitación de monitores independientes, microplanificación
Seguimiento del switch dentro de las supervisiones regulares de los programas	-	-	-	-
Difusión y movilización social	-	-	-	Inicio de actividades de difusión sobre el switch

b. Switch y actividades posteriores:

ACTIVIDAD	29 DE ABRIL DE 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016	JULIO 2016
Capacitación		-	-	-
Monitoreo y validación independiente del switch		A PARTIR DEL INICIO DEL USO DE LA bOPV Asegurar que no hay tOPV en cadena de frío, que la misma fue retirada para destrucción y que se esté utilizando bOPV e IPV Elaboración de informes para elevar al Comité Nacional de Certificación y luego a Comisión Regional de Certificación	-	-
Seguimiento del switch dentro de las supervisiones regulares de los programas	DIA NACIONAL DEL SWITCH O CAMBIO SACAR tOPV DE CADENA DE FRIO PROXIMO DIA HABIL: usar solamente bOPV e IPV	Corroborar que se está vacunando con bOPV e IPV en todos los efectores, y que no haya tOPV en cadena de frío en los sitios de almacenamiento y aplicación	Avances en la implementación del switch y esquema secuencial dentro del Calendario Nacional	
Difusión y movilización social		-	Difusión sobre el avance del switch, esquema secuencial en el menor de 1 año que inicia su esquema y de todas las vacunas del Calendario Nacional	

4. COMUNICACIÓN SOCIAL

La estrategia de comunicación en relación al cambio de la vacuna, estará dirigida principalmente a los integrantes del equipo de salud, a la comunidad, y a diferentes actores sociales tales como fuerzas armadas y de seguridad, transporte y turismo, sector educativo, ONG's, líderes de opinión, representantes de medios masivos de comunicación, entre otros, que tendrán también un rol relevante para alcanzar el objetivo.

Las estrategias de comunicación y abogacía tendrán los siguientes objetivos:

Enmarcar la estrategia en la proximidad de la erradicación mundial de la poliomielitis, con las acciones que ello implica.

- Sensibilizar a todos los actores sobre la importancia del uso de IPV
- Reforzar que no se use más tOPV luego del switch o cambio
- Fomentar confianza en el esquema de vacunación en relación a seguridad y eficacia
- Tener un plan para dar respuesta a rumores y desinformación
- Trabajar para mejorar la cobertura de vacunación
- Fortalecer la detección y notificación de posibles ESAVI

Puntos a incluir:

- Cambio de tOPV a bOPV
- Introducción de IPV
- Inyecciones múltiples
- Fortalecimiento la vacunación en general

Señalar los fundamentos para introducir la IPV en el esquema de vacunación de rutina:

- contribuirá a la fase final de la erradicación de la poliomielitis
- reducirá los riesgos asociados con el retiro de la OPV ya que mantendrá la inmunidad contra el virus de la poliomielitis tipo 2 por la IPV
- beneficios en relación con la seguridad

En relación a las inyecciones múltiples, es importante comunicar que administrar a un niño varias vacunas durante la misma visita ofrece ventajas fundamentales:

- 1. Protección de los niños:** Vacunar a los niños cuanto antes los protege durante los primeros meses de la vida, cuando son más vulnerables. A menudo, las enfermedades son más graves en los lactantes.
- 2. Menos visitas de vacunación y oportunidades perdidas para vacunar:** Administrar varias vacunas al mismo tiempo significa que los padres o cuidadores economizan su tiempo y no necesitan ir repetidas veces al centro de salud para la vacunación. La bOPV e IPV se pueden coadministrar con todas las otras vacunas
- 3. Mayor eficiencia:** Los proveedores de atención sanitaria pueden prestar más eficientemente sus servicios y brindar otros servicios de salud si se reduce el tiempo que dedican a aplicar vacunas.

El equipo de salud es quien debe empoderarse y comprender la magnitud de este cambio, para minimizar los errores programáticos y alcanzar la máxima eficacia en la actividad.

El personal de salud debe proporcionar información esencial a los padres, escuchar y responder las inquietudes, transmitiendo los mensajes claves para alcanzar una vacunación óptima con el esquema secuencial, para lo cual deben estar adecuadamente capacitados.

5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

REGISTRO DOSIS APLICADAS

Se han efectuado los siguientes cambios:

- En la Planilla de registro nominal (soporte papel) ya contemplas 5 (cinco) dosis como vacuna anti poliomielítica si bien aún no se especifica si es IPV u OPV , luego de la transición se podrá realizar el registro de las dosis correspondientes. Y para el 2016 se diseñará una nueva planilla acorde a las modificaciones del calendario, como sucede habitualmente dado lo dinámico de la situación.
- El Registro nominal informático (NomiVac), utilizado en 12 provincias de nuestro país, contempla todas las vacunas autorizadas por la ARN (ANMAT), así como los sistemas de registro compatibles del resto del país.
- Al ser un sistema on line la configuración de las vacunas, esquemas, dosis y límites de edad se modifican desde el nivel central una vez que las vacunas se distribuyen de acuerdo a los lineamientos técnicos y automáticamente los usuarios NomiVac pueden utilizarlo. Previamente se enviará a todos los referentes el boletín mensual de actualizaciones por medio del NotiVac (actualización periódica sobre novedades del registro) con las configuraciones realizadas.
- Se darán de baja los esquemas de tOPV y el alta a los esquemas bOPV, esto no requiere cambios de programación ni de estructura sino que lo pueden realizar los analistas funcionales de la DiNaCEI.
- Las provincias que utilizan sistemas de información propios deberán realizar los cambios acordes al sistema nacional, para que al realizar las migraciones de dosis estas puedan ser incorporadas al NomiVac.
- El sistema permite configurar validaciones por dosis y vacuna con límites de edad para cada una. Como toda vacuna de nueva incorporación se realizará un seguimiento de avance semanal y un análisis para detectar errores de aplicación y registro, con la correspondiente retroalimentación a las jurisdicciones.
- Estos cambios también estarán incorporados a las planillas en formato .xls que se utiliza para el envío de los consolidados trimestrales.

MONITOREO DE INSUMOS SANITARIOS (SMIS)

Es una herramienta informática que permite administrar inventarios en todos los niveles y a su vez conocer la trazabilidad de los insumos desde la distribución en el nivel nacional a la que realizan los niveles provinciales brindando mayor seguridad y certeza para permitir el seguimiento del stock e identificar las distribuciones efectuadas.

Por medio de este sistema, cada vez que en el nivel central se recibe un insumo (Vacuna, reactivo, material descartable) se procede a realizar la correspondiente carga en el sistema de monitoreo de insumos sanitarios), especificando, nombre genérico, nombre comercial, laboratorio, presentación, número dosis y lote.

Desde nivel central se realiza la distribución de insumos a los almacenes provinciales, realizando el sistema (SMIS) la asignación de los productos en función al sistema de inventario FEFO (First expire / First Out -Primero que vence, primero se distribuye) sean estos vacunas, como otros materiales complementarios (jeringas, descartadores, material de difusión, insumos para cadena de frío, planillas, entre otros).

Cada provincia cuando recibe un envío de insumos desde nivel central deberá realizar la recepción por sistema, pasando esos insumos inmediatamente a conformar el stock provincial.

La logística interna de cada provincia es responsabilidad de cada provincia, así como también la administración de estos inventarios.

Cada nivel central provincial, realizará la distribución de insumos a los distintos efectores por medio de este sistema (SMIS) o en el caso de utilizar otro sistema de manejo de inventario provincial se deberá permitir la interface entre los 2 sistemas garantizando contar con la información de trazabilidad de un insumo hasta el efector local. Cada provincia deberá monitorear su stock de tOPV a nivel central y en los distintos efectores de forma de garantizar la continuidad en la vacunación y evitar interrupciones de vacunación por falta de stock.

Asimismo y llegado el día del switch, cada nivel operativo o el nivel central provincial, deberá realizar la correspondiente baja del sistema de manejo de insumos sanitarios (SMIS) de todo el stock de vacuna tOPV que fuera retirado de su uso.

6. SUPERVISIÓN, MONITOREO, VALIDACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN

(no referido al switch o cambio, esta actividad de monitoreo la realizará un grupo de monitores independientes)

NIVEL NACIONAL:

Supervisión: Se realizará por el sistema actual donde las provincias envían el consolidado de las supervisiones realizadas, y a partir de la evaluación de las mismas se planificarán acciones correctivas en conjunto con los responsables de los programas provinciales de inmunización.

Se visitarán aquellos sitios que presenten mayores dificultades.

Monitoreo: Selección de los establecimientos regionales, municipales y/o departamentales y de prestación de servicios, según el riesgo del país.

Evaluación: La información enviada por los responsables de los programas provinciales será analizada a nivel central.

NIVEL PROVINCIAL:

Supervisión: Se realizará por el sistema actual donde el equipo de supervisión provincial realiza las supervisiones y da las recomendaciones para la implementación de las acciones correctivas, con énfasis en la capacitación en el uso del nuevo esquema de vacunación a partir del switch o cambio y el descarte de la tOPV.* El cronograma será definido por cada una de las jurisdicciones.

Monitoreo Independiente: llevado a cabo por equipos que no participan en las acciones del switch o cambio, asegurando su independencia. Se seleccionarán los establecimientos y se comprobará la ausencia de tOPV en la cadena de frío, así como el uso y distribución de bOPV e IPV. Asimismo, se solicitará el comprobante de la remisión de material para desecho (tOPV). Se iniciará a partir de haberse producido el día del switch o cambio, en el siguiente día hábil del vacunatorio. (Ver Documento "Lineamientos para el Monitoreo del Switch"). Se comunicará y elevará un informe a las autoridades nacionales para ser remitido al Comité Nacional de Certificación.

Evaluación dentro de las actividades del programa regular: análisis de la información proveniente de las supervisiones y monitoreos.

***Nivel operativo del vacunatorio:**

Haber realizado las acciones puntuales:

- Preparación para el retiro de la tOPV
- Control de stock de bOPV e IPV para no discontinuar la vacunación
- Retiro de tOPV de la cadena de frío
- Descarte adecuado de los frascos cerrados y abiertos de la tOPV
- Iniciar vacunación con la bOPV e IPV según recomendaciones nacionales.
- Información pertinente a los padres
- Estar disponibles y preparados para brindar información ante las actividades de supervisión y validación por los equipos correspondientes

ANEXO A: PLANIFICACION, PREPARACION, IMPLEMENTACION

Planificación:

En julio de 2015 se establece la estructura de gestión: el Comité Nacional de Coordinación del Switch o cambio, se realiza el análisis de la situación, se elabora la versión preliminar del plan para el switch. Asimismo, se empezó a elaborar una estrategia de comunicación.

El Comité Nacional es responsable de determinar:

- Flujo de la información
- Plan de trabajo y cronograma
- Resumen de las actividades del plan para el cambio
- Capacitación
- Logística
- Sistema de información
- Contención del poliovirus en los Laboratorios, a través de encuesta
- Proponer modalidad y día del switch en Argentina

Preparación:

Mayo a octubre 2015:

- Completar inventario detallado de tOPV; ajustar la compra de TOPV y bOPV
- Inicio de la capacitación al personal de salud que llevará adelante el cambio o switch según el nivel operativo.
- Se solicita a los Jefes PAI que elaboren su plan de switch o cambio y lo presenten en el Taller Nacional de Octubre 2015.

Implementación:

Dos a cuatro semanas antes del switch:

- Capacitar a los monitores del switch
- Refuerzo de capacitación al equipo de salud
- Distribuir IPV y bOPV a los vacunatorios

En el día del switch o cambio, al término de la última jornada de labor (29 de abril de 2016):

- Retirada de la vacuna tOPV de la cadena de frío, rotulado y envío al local de eliminación según el plan de disposición de la jurisdicción.

Monitoreo y Validación (ver lineamientos de monitoreo del switch):

- Se iniciará a partir de haberse producido el día del switch o cambio, en el siguiente día hábil del vacunatorio, se retirará toda la tOPV remanente de la cadena de frío y se enviará para destrucción.
- Durante los 2 o 3 meses siguientes a la conclusión del monitoreo independiente, mediante la supervisión complementaria se verificará el retiro de la tOPV de todos los servicios, y que se esté usando IPV y bOPV en todos los niveles de aplicación.
- Confirmar la destrucción de tOPV por medio de la documentación pertinente.
- Recopilar y analizar los datos, elevando un informe al Comité Nacional de Certificación.

ANEXO B: VACUNA IPV

1. Agente inmunizante:

La vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV, Salk) es una suspensión acuosa de cepas (Salk o Levine) de virus poliomiélicos tipo 1, 2 y 3 obtenidas en cultivos de células de riñón de mono y luego inactivadas en formaldehído.

2. Composición, características y presentaciones de la vacuna IPV:

Cada dosis debe contener como mínimo:

- 40 U.D. para poliovirus 1
 - 8 U.D. para poliovirus 2
 - 32 U.D. para poliovirus 3
- U.D. = Unidad de antígeno

Contiene vestigios de polimixina B, neomicina y estreptomicina.

La IPV está disponible como:

- **vacuna de polio inactivada**, y
- **vacuna de polio inactivada combinada** con vacunas contra la difteria, tétanos, tos ferina acelular, hepatitis B y antígenos contra Hib en formulaciones tetravalentes, pentavalentes o hexavalentes. No se dispone de un producto combinado con la antitosferínica de células enteras. Estas presentaciones no se recomiendan y no se encuentran disponibles para ser administradas formando parte de Calendario Nacional de Vacunación de Argentina ya que se ha demostrado una menor persistencia en el tiempo de niveles de anticuerpos protectores contra Bordetella pertussis, agente productor de la tos convulsa, en caso de utilizar vacunas con componente acelular.

Cálculo del volumen que ocupan las dosis de IPV

Presentaciones: Frascos multidosis y frascos monodosis.

1) *Bilthoven: unidad primaria de 280 frascos con 5 dosis cada uno*



$$41,5 \times 22 \times 4,5 = 4108,5 \text{ cm}^3 = 4,1 \text{ l para 1400 dosis}$$

2) BILTHOVEN: unidad primaria de 360 frascos monodosis



Volumen de cadena de frío por dosis: 15.7 cm³

3) SANOFI PASTEUR: unidad primaria 10 frascos de 10 dosis cada uno



Cada dosis requiere 2,46 cm³ de volumen de cadena de frío, para 100 dosis son 246 cm³

Cálculo del número de dosis:

- Estimar la población a vacunar de residentes
- Estimar la población a vacunar de no residentes
- Sumar las dos poblaciones: es el total de individuos a vacunar
- Corregir por factor de pérdida (20%)

Si se aplican 1era y 2da.: multiplicar x 2: da las dosis totales anuales para cubrir a toda la población con el esquema completo, agregar factor de pérdida 20%.

REGISTROS: se registrará en las planillas habituales y la carga se realizará de la manera habitual

3. Conservación

La vacuna de polio inactivada es sensible al calor y al congelamiento y se debe manejar apropiadamente. Tiene una vida útil de 24 a 36 meses (dependiendo de la marca) cuando se almacena en una refrigeradora a 2°C – 8°C y se protege de la luz. La IPV **no se debe congelar, al igual que todas las otras vacunas en el vacunatorio**. Las condiciones de refrigeración y de trabajo en terreno son las mismas que para la vacuna oral (OPV). Una vez abierto el vial, deberá utilizarse dentro de los **28 días** siguientes, según aprobación y recomendación de la OMS.

4. Indicaciones y edad para la vacunación con IPV

Todos los niños pueden vacunarse a partir de los 2 meses de vida. No hay un límite máximo de edad para su aplicación.

Los pacientes que sean vacunados estando hospitalizados tienen indicación de recibir IPV.

Los pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia primaria o secundaria, y sus convivientes deben ser vacunados con IPV durante todo el esquema de vacunación antipoliomielítico.

5. Dosis y vía de administración

Dosis: La dosis indicada es de 0,5 mL.

Vía de administración: intramuscular.

Lugar de aplicación: Región anterolateral (externa) del muslo o parte superior del brazo (región del músculo deltoides).

Para su administración requieren de equipos de inyección estériles y procedimientos a cargo de trabajadores de la salud capacitados.

6. Inmunogenicidad y eficacia

A partir de la segunda dosis de IPV se logran títulos protectores, con una seroconversión del 98-100% de los vacunados. Hay respuesta de anticuerpos a nivel faríngeo, siendo menor a nivel intestinal, lo que no impide la colonización con cepas salvajes.

7. Efectos adversos

- Dolor en el sitio de inoculación

8. Contraindicaciones

Reacción alérgica grave posterior a alguna dosis previa o alergia conocida a algún componente de la vacuna (ej. neomicina o estreptomina).

9. Precauciones

- Primer trimestre del embarazo
- Enfermedad aguda grave con fiebre

10. Uso simultáneo con otras vacunas

Se puede administrar en la misma consulta con otras vacunas del Calendario Nacional. Deben aplicarse en sitios distintos.

11. Huéspedes Inmunocomprometidos

Los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) deben cumplir el esquema con vacuna IPV.

En los pacientes que hubieran recibido tratamiento inmunodepresor, se deberá respetar el intervalo entre la finalización de éste y la aplicación de la vacuna, a fin de asegurar una respuesta inmune adecuada:

- 6 a 12 meses post trasplante
- 3 meses después de quimioterapia
- 1 mes después de corticoterapia sistémica
- 1 mes post radioterapia total

Los niños inmunocomprometidos, y sus convivientes deben recibir esquema completo con vacuna IPV en todas las dosis.

12. Inmunoprofilaxis

La administración reciente (menor de 3 meses) de inmunoglobulina estándar o específica (p. ej., inmunoglobulina antitetánica) no afectará la repuesta inmune a la IPV.

ANEXO C: PREPARACION ANTE CRISIS

Comunicar de manera eficaz permitirá limitar al mínimo las repercusiones de una crisis y preservará la confianza pública en las organizaciones, personas y en los servicios de vacunación. Se resume los elementos clave de las “mejores prácticas” para ejecutar una estrategia de comunicación como respuesta a situaciones de crisis. El objetivo principal consiste en generar, mantener o restaurar la confianza pública en las vacunas y la inmunización:

Oportunidad de los anuncios públicos

La oportunidad, veracidad e integridad de un anuncio público son fundamentales y pueden ser los elementos más importantes de las comunicaciones para la gestión de crisis. Es importante que algunos niveles gubernamentales y aliados clave estén informados antes de hacer un anuncio público.

Transparencia

Las comunicaciones se deben llevar a cabo de una manera comprensible, detallada y basada en hechos verificados. En cuanto surja información nueva y pertinente, también debe difundirse.

Conocimiento de los destinatarios

Identificar con claridad al público a quien se desea comunicar los mensajes. Comprender sus inquietudes contribuirá a elaborar y difundir los mensajes adecuados, a seleccionar los medios y voceros apropiados y transmitirlos mediante los canales convenientes, lo cual mejorará el impacto y la penetración de los mensajes.

Empatía y reconocimiento de las inquietudes del público

Según corresponda, la comunicación con el público debe ser respetuosa y sensible a sus preocupaciones e inquietudes. A menudo, es oportuno comenzar una declaración pública en la que se reconozca el temor y la preocupación que existe entre la población por causa del suceso o el hecho que ha ocurrido, los cuales son compartidos por las autoridades sanitarias y los socios.

Planificación

La comunicación debe entenderse como un componente estratégico transversal de la atención y el control de una crisis. Es fundamental tener listo un plan de comunicaciones de crisis preelaborado y contar con portavoces bien capacitados.

Sensibilizar a los medios antes de que ocurra un evento inesperado también puede ser pertinente, no solo para la introducción de una nueva vacuna, sino también para reforzar la comprensión pública del aporte de las vacunas a la salud, al bienestar de los niños y, en general, al desarrollo del país.

Vigilancia de la situación en curso

Vigilar y evaluar continuamente el desarrollo de la situación, permitirá mejorar la sensibilidad de la respuesta ante la crisis y realizar los ajustes o las correcciones necesarias para perfeccionar la precisión y eficacia de la estrategia de comunicación, durante el tiempo que dure la crisis.

Recomendaciones

- Verificar y confirmar: El primer paso es conocer y confirmar lo que ha sucedido o lo que se dice que ha sucedido. Cuando se trata de un suceso de interés colectivo, el público deseará conocer qué ocurrió y los detalles; es importante asegurarse uno mismo de que cuenta con la información correcta antes de empezar a comunicarla.
- Designar un portavoz: Hay que nombrar a una persona que actúe como el portavoz primario para comunicarse con los medios de difusión y con el público. Esta persona debe gozar de credibilidad y confianza, conocer el tema y estar preparada para comunicarse con los medios.
- En caso de duda, hay que comunicar: Desde el punto de vista de la confianza del público y del personal de la salud, es mejor comunicar de más que de menos.
- Proporcionar actualizaciones periódicas: Puede ser oportuno ofrecer actualizaciones frecuentes al personal sanitario, a los medios de comunicación y al público, en particular si el suceso tiene relación con la administración de las IPV u OPV.
- Reconocer ante los medios de comunicación y el público que usted “no sabe”: En los primeros momentos de un suceso relacionado con una vacuna, usted probablemente no tendrá toda la información ni los detalles. Es conveniente hacer saber al público y a los medios de comunicación que usted por el momento no cuenta con toda la información. También es importante expresar que se está trabajando para conseguir más información, explicar con brevedad cómo y cuáles son los pasos que se deben seguir y darles una idea de la cronología.
- Ser flexible y estar preparado para adoptar medidas más amplias o nuevas.
- En caso de que los sucesos que al principio parecían tener pocas repercusiones sobre el programa de vacunación adquieran de pronto importancia media o alta, es necesario hacer los cambios y ajustes que la situación demande.
- Anticiparse para aprovechar las menciones positivas acerca de los beneficios de las vacunas y el plan contra la poliomielitis: Esto ayudará a contrarrestar la cobertura negativa por parte de los medios de comunicación y contribuirá a reducir la credibilidad y la importancia de los informes negativos, en especial los que se basan en anécdotas o en afirmaciones sin sustento.

ANEXO D: PREGUNTAS FRECUENTES PARA LA FASE FINAL DE LA ERRADICACIÓN DE LA POLIO

- El esquema secuencial IPV-OPV es la mejor combinación para proteger contra la poliomielitis tanto al niño como a la comunidad.
- El objetivo de introducir la ipv es asegurar inmunidad contra el polio virus tipo 2 y acelerar la erradicación de la poliomielitis reforzando la respuesta a los polio virus tipo 1 y 3.
- El retiro progresivo de los tipos de poliovirus de la vacuna OPV se realiza a fin de avanzar hacia la erradicación de la enfermedad.
- Responder inquietudes a padres es una parte importante de la tarea

VACUNADORES	COMUNIDAD
<p>1-¿Qué es la poliomielitis? Es una enfermedad altamente contagiosa que se origina cuando el virus causante (poliovirus) invade el sistema nervioso de una persona. La poliomielitis puede provocar parálisis e, incluso, la muerte. Existen tres tipos de poliovirus, conocidos como tipo 1, tipo 2 y tipo 3.</p> <p>2- ¿Hay casos de poliomielitis en nuestro país? ¿Y en el mundo? En Argentina no tenemos casos de poliomielitis salvaje desde 1984 y en América desde 1991. En el resto del mundo actualmente hay casos en dos países de Asia: Pakistán y Afganistán.</p> <p>3-¿Qué es eliminación de una enfermedad? Una enfermedad esta eliminada cuando no hay casos de la misma en una región geográfica, puede ser en un país o bien en una región del mundo. Por ejemplo la polio esta eliminada de Argentina y de la región de las Américas.</p> <p>4-¿Qué es erradicación de una enfermedad? Una enfermedad esta erradicada cuando no se presentan casos de la misma en el mundo. Por ejemplo viruela y se está trabajando para que la poliomielitis sea la próxima enfermedad erradicada.</p> <p>5-¿Hay algún virus de poliomielitis erradicado? Sí, no se ha notificado ningún caso de infección por polio virus salvaje tipo 2 desde 1999 por lo que en septiembre del 2015 se declaró la erradicación de este tipo de virus.</p>	<p>1-¿Qué es la poliomielitis? Es una enfermedad altamente contagiosa que se origina cuando el virus causante (poliovirus) invade el sistema nervioso de una persona. La poliomielitis puede provocar parálisis e, incluso, la muerte. Existen tres tipos de poliovirus, conocidos como tipo 1, tipo 2 y tipo 3.</p> <p>2-¿Hay casos de poliomielitis en nuestro país? ¿Y en el mundo? En Argentina no tenemos casos de poliomielitis desde 1984, mientras que en América no hay desde 1991 y en el resto del mundo actualmente hay casos en dos países de Asia: Pakistán y Afganistán.</p> <p>3-¿Qué es eliminación de una enfermedad? Una enfermedad esta eliminada cuando no hay casos de la misma en una región geográfica, puede ser un país o bien una región del mundo. Por ejemplo la polio esta eliminada de Argentina y de la región de las Américas.</p> <p>4-¿Qué es erradicación de una enfermedad? Una enfermedad esta erradicada cuando no se presentan casos de la misma en el mundo. Por ejemplo viruela y se está trabajando para que la poliomielitis sea la próxima enfermedad erradicada.</p> <p>5- ¿Hay algún virus de poliomielitis erradicado? Sí, no se registran casos de enfermedad por poliovirus salvaje tipo 2 desde 1999 y en septiembre del 2015 se declaró la erradicación de este virus.</p>

VACUNADORES	COMUNIDAD
<p>6-¿Quién tiene mayor riesgo de contraer la polio-mielitis?</p> <p>El poliovirus afecta por lo general a los niños menores de 5 años de edad que no están vacunados o tienen la vacunación incompleta. La mayoría de los niños que se infectan solo presentarán síntomas leves; sin embargo, uno de cada 200 niños infectados pueden sufrir parálisis irreversible o fallecer por parálisis de los músculos respiratorios. <i>Los adolescentes y los adultos también pueden ser portadores del virus o verse afectados por él.</i></p> <p>7-¿Cómo se transmite la poliomiélitis?</p> <p>Los poliovirus ingresan en el cuerpo por vía oral, a menudo mediante agua o alimentos contaminados con materia fecal de una persona portadora del virus; luego el virus se multiplica en el intestino y es excretado con las heces.</p> <p>8-¿Puede prevenirse la poliomiélitis?</p> <p>Sí. La poliomiélitis puede prevenirse por medio de la vacunación. La administración de cinco dosis de vacuna antipoliomielítica a los niños pequeños brinda la inmunidad necesaria para protegerlos de por vida contra el virus de la poliomiélitis.</p> <p>9-¿La poliomiélitis tiene tratamiento?</p> <p>No existe tratamiento específico para la poliomiélitis. La única forma de atención médica durante la etapa aguda son las medidas de sostén para conservar la vida preservando las funciones vitales. Si la enfermedad deja secuelas se pueden implementar medidas que faciliten la recuperación de los movimientos.</p> <p>10- ¿Puede erradicarse la poliomiélitis?</p> <p>Sí, la poliomiélitis se puede erradicar gracias a la vacunación y a las medidas de control. Es importante continuar con los programas de vacunación contra la polio, y de esta manera convertirla en la segunda enfermedad erradicada del mundo, luego de la viruela.</p>	<p>6-¿Quién tiene mayor riesgo de contraer la polio-mielitis?</p> <p>El poliovirus afecta por lo general a los niños menores de 5 años de edad que no están vacunados o tienen el esquema de vacunación incompleta. Los adolescentes y los adultos también pueden verse afectados por el virus.</p> <p>Los adultos que no han sido vacunados deben consultar con su médico para poner al día el carnet de vacunación de acuerdo al calendario nacional.</p> <p>7-¿Cómo se transmite la poliomiélitis?</p> <p>Los poliovirus ingresan en el cuerpo por vía oral, a menudo mediante los alimentos o el agua contaminados con la materia fecal de una persona que transmite el virus.</p> <p>8- ¿La poliomiélitis tiene tratamiento?</p> <p>No existe tratamiento específico para la poliomiélitis</p> <p>9-¿Puede prevenirse la poliomiélitis?</p> <p>Sí. La poliomiélitis puede prevenirse por medio de la vacunación.</p> <p>10-¿Por qué es importante la vacunación contra la polio?</p> <p>La razón principal por la que se debe tener la vacunación actualizada es para lograr y mantener una alta protección de toda la población contra la polio.</p> <p>11-¿Por qué va a introducirse la SALK/IPV?</p> <p>La introducción de la SALK en la vacunación y su uso junto con la Sabin permitirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una mejor inmunidad en los niños contra todos los tipos de poliomiélitis, - Una mayor protección para los países libres de poliomiélitis. - Se encamina hacia la erradicación de la polio.

VACUNADORES	COMUNIDAD
<p>11- ¿Que acciones debe realizar un vacunador para contribuir al objetivo de erradicar la poliomielitis para el año 2018?</p> <p>Participar activamente en esta etapa final 2013-2018 a través de diversas tareas de su competencia, que son fundamentales para el cumplimiento de la meta propuesta: brindar información a la comunidad, vacunar a la población objetivo alcanzando coberturas mayores al 95 % contra la polio, realizar Monitoreos Rápidos de Cobertura para conocer si la población esta vacunada y colaborar en la Vigilancia epidemiológica de los casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años.</p> <p>12-¿Por qué se realizara un esquema secuencial con dos vacunas para una misma enfermedad?</p> <p>Hablamos de esquema secuencial al que utiliza las dos vacunas IPV y OPV.</p> <p>Con la introducción de la vacuna Inactivada contra el poliovirus (IPV) o Salk, en la vacunación de rutina y el uso de la vacuna Sabin bivalente (bOPV) se posibilitará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una mayor protección para los países libres de poliomielitis contra el riesgo de una reintroducción o reaparición de la enfermedad. - Una mejor inmunidad en los niños contra todos los tipos de poliomielitis. - Y acelerar el proceso de erradicación de las cepas restantes de poliovirus salvajes (tipo 1 y tipo 3). <p>13-¿Es necesaria la administración de la vacuna OPV?</p> <p>Sí, es necesario, hasta que la poliomielitis esté erradicada globalmente, ya que la OPV sigue siendo la principal medida preventiva contra la poliomielitis.</p> <p>En la actualidad el virus tipo 2 ha sido erradicado y la vacuna OPV trivalente (tOPV) que administramos hasta el 29 de abril de 2016 contiene los tres poliovirus (Tipo1, 2 y 3). Dentro de la estrategia de erradicación; se retira el poliovirus tipo 2 de la vacuna tOPV, administrando a partir del mes de mayo, la vacuna OPV bivalente (bOPV).</p>	<p>12-¿Es una vacuna nueva la que ingresa al calendario?</p> <p>La SALK o IPV (vacuna antipolio inactivada) no es una vacuna nueva, es de uso frecuente en muchos países y en Argentina se empleaba en casos específicos con indicación médica. Fue la primera vacuna obtenida para la lucha contra la polio.</p> <p>13-¿Es segura la SALK/IPV?</p> <p>Sí. La SALK se considera altamente segura ya sea empleada sola o combinada con otras vacunas. A veces, pueden producirse reacciones locales leves, como enrojecimiento y dolor en el sitio de inyección.</p> <p>14-¿Por qué se realizara un esquema con dos vacunas para una misma enfermedad?</p> <p>La introducción de la IPV es un elemento clave del plan para la erradicación para brindar inmunidad. La vacuna IPV contiene los tres poliovirus (tipo1, tipo 2 y tipo 3), su acción principal será mantener la inmunidad contra el poliovirus de tipo 2 mientras se retira el poliovirus de tipo 2 de la OPV de la producción de vacunas.</p> <p>La bOPV completa la protección a largo plazo. El esquema IPV-OPV es la mejor combinación para proteger contra la poliomielitis tanto al niño como a la comunidad.</p> <p>15-¿Tiene efectos secundarios la vacuna antipoliomielítica oral?</p> <p>La vacuna antipoliomielítica oral (OPV) es segura y se ha utilizado en todo el mundo para proteger a los niños frente a la poliomielitis.</p> <p>Los riesgos asociados a la vacunación son menores a los de padecer la enfermedad</p> <p>16-¿Cuál es la diferencia entre la Sabin trivalente y la Sabin bivalente?</p> <p>La vacuna Sabin trivalente está compuesta por los poliovirus Tipo 1, 2 y 3 mientras que la Sabin bivalente comprende los Tipo 1 y 3.</p> <p>A partir de mayo de 2016 se administrará Sabin bivalente para acompañar la estrategia de incorporación de la SALK al esquema de vacunación.</p>

VACUNADORES	COMUNIDAD
<p>14-¿Cuál es la diferencia entre la tOPV y la bOPV? La Sabin Oral Trivalente tOPV es la vacuna que se utiliza actualmente en el programa de vacunación como parte del calendario nacional de vacunación contiene los tres tipos de poliovirus 1, 2 y 3. A partir del cambio o switch (29 de abril de 2016) se dejara de utilizar esta vacuna y se iniciará el uso de la bOPV que contiene dos tipos de poliovirus 1 y 3, como parte de la erradicación de los poliovirus, que se realizara en etapas.</p> <p>15-¿Es la IPV (SALK) una vacuna nueva? La IPV (vacuna antipoliomielítica inactivada) comúnmente es conocida como SALK no es una vacuna nueva. La IPV o SALK se venía administrando a los huéspedes especiales inmunocomprometidos y a sus convivientes bajo prescripción médica.</p> <p>16-¿Cuál es el beneficio de vacunar con IPV? El beneficio principal de la vacuna IPV (contiene los tres poliovirus 1, 2 y 3), será mantener la inmunidad contra el poliovirus de tipo 2 luego de la retirada del poliovirus de tipo 2 de la tOPV. Este será un elemento clave del plan de erradicación para brindar inmunidad.</p> <p>17-La administración de IPV ¿puede producir otros efectos? No se han notificado eventos adversos graves después de administrar la IPV, ya sea empleada sola o combinada con otras vacunas. A veces, pueden producirse reacciones locales leves, como enrojecimiento y dolor en el sitio de inyección.</p> <p>18-¿Tiene efectos secundarios la vacuna antipoliomielítica oral? La vacuna antipoliomielítica oral (OPV) es segura y se ha utilizado en todo el mundo para proteger a los niños frente a la poliomieltitis, gracias a lo cual se ha evitado que 5 millones de niños adquieran la enfermedad. En ocasiones infrecuentes, el virus atenuado de la vacuna antipoliomielítica oral puede asociarse a parálisis, este riesgo se ha observado en las primeras dosis, es por esto que Argentina ha optado por un esquema secuencial con las dos primeras dosis de IPV.</p>	<p>17-¿Cómo será el esquema de vacunación tras la introducción de la SALK/IPV? Para aquellos niños que inicien esquemas a partir de mayo de 2016 su esquema de vacunación estará constituido por dos dosis de vacuna SALK y tres dosis de Sabin bivalente.</p> <p>18-¿Cuál es el beneficio de vacunar con SALK/IPV? La introducción de la SALK es un elemento clave del plan para la erradicación para brindar protección a la comunidad. El principal beneficio será mantener la inmunidad contra todos los poliovirus en el marco de la erradicación de la enfermedad.</p> <p>19-La vacuna de IPV ¿Se puede aplicar junto a otras vacunas? Sí. La vacuna de IPV puede aplicarse en la misma visita al vacunatorio junto a otras vacunas manteniendo su efectividad.</p> <p>20-¿Por qué es necesaria la administración de la vacuna Sabin? Hasta que la poliomieltitis esté erradicada globalmente, la Sabin sigue siendo la fundamental para la prevención de la poliomieltitis por el tipo de protección que otorga (inmunidad intestinal) que tiene una duración mayor.</p> <p>21-¿Qué es la inmunidad intestinal? El virus atenuado de la vacuna genera defensas a nivel intestinal, y libera virus vivos atenuados en sus heces por algunos días después de la vacunación con sabin oral. Un miembro de la familia que no esté vacunado pero que se exponga a este virus puede desarrollar defensas por contacto con las heces del individuo vacunado</p> <p>22-¿Cuál es la diferencia entre la SALK y la Sabin? Las vacunas de SALK y Sabin protegen contra la misma enfermedad (poliomieltitis), sin embargo producen un tipo diferente de respuesta inmune. Está demostrado, que la vacunación conjunta de SALK y Sabin logra establecer mayor protección tanto a las personas individualmente como a la comunidad mientras existan casos de la enfermedad en el mundo</p>

VACUNADORES	COMUNIDAD												
<p>19- A los niños que inicien el nuevo esquema anti poliomielítico ¿cuántas dosis de IPV se les debe aplicar?</p> <p>Todos los niños que inicien esquema anti poliomielítico deben recibir dos dosis de IPV: 1era dosis a los 2 meses y 2da dosis a los 4 meses, continuando después con la bOPV.</p> <p>20-¿Qué es la inmunidad intestinal?</p> <p>El virus atenuado de la vacuna se replica y genera una respuesta inmunológica a nivel intestinal, liberando virus vivos atenuados en las heces por algunos días después de la inmunización. Un miembro de la familia que no esté inmunizado pero que se exponga a este virus puede desarrollar inmunidad por contacto fecal-oral con las heces del individuo vacunado</p> <p>21-¿Cómo será el CALENDARIO DE VACUNACION en ARGENTINA, a partir de mayo 2016?</p> <p>A partir de mayo de 2016 se utilizará un esquema secuencial con vacuna IPV y bOPV El esquema de vacunación contra la polio será.</p> <table border="1" data-bbox="87 863 546 1091"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>VACUNA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lactantes de 2 meses*</td> <td>1º dosis con vacuna IPV</td> </tr> <tr> <td>Lactantes de 4 meses*</td> <td>2º dosis con vacuna IPV</td> </tr> <tr> <td>Lactantes de 6 meses</td> <td>3º dosis con Vacuna bOPV</td> </tr> <tr> <td>Niños y niñas de 15-18 meses</td> <td>1er refuerzo con vacuna bOPV</td> </tr> <tr> <td>Niños y Niñas de 5-6 años</td> <td>2do refuerzo con vacuna bOPV</td> </tr> </tbody> </table> <p>Este esquema se usará para todos los niños que inicien su vacunación anti poliomielítica a partir del primer día hábil después del 29 de abril de 2016, incluso aquéllos mayores de dos meses, hasta el año de vida (11 meses y 29 días).</p> <p>22-¿Porque en Argentina el esquema incluye las dosis primeras de IPV?</p> <p>Se indica IPV en las dos primeras dosis para evitar los muy excepcionales eventos adversos graves que se asocian a OPV Con esto tenemos un esquema que cubre todos los poliovirus y con un amplio margen de seguridad.</p>	EDAD	VACUNA	Lactantes de 2 meses*	1º dosis con vacuna IPV	Lactantes de 4 meses*	2º dosis con vacuna IPV	Lactantes de 6 meses	3º dosis con Vacuna bOPV	Niños y niñas de 15-18 meses	1er refuerzo con vacuna bOPV	Niños y Niñas de 5-6 años	2do refuerzo con vacuna bOPV	<p>23-¿Cómo se administra la vacuna?</p> <p>La IPV se administra vía intra muscular en el muslo a los niños pequeños y la OPV son 2 gotitas de administración oral.</p> <p>24-¿Dónde puedo llevar a mi hijo para que se la administren?</p> <p>Se administran en forma gratuita en todos los vacunatorios públicos del país, donde habitualmente se vacuna.</p> <p>25-¿Se necesita orden médica para recibir esta vacuna?</p> <p>NO. Las vacunas del calendario nacional no requieren orden médica</p> <p>26-¿El bebé debe estar en ayunas para recibir la vacuna?</p> <p>NO. Ninguna vacuna del calendario nacional requiere estar en ayunas.</p>
EDAD	VACUNA												
Lactantes de 2 meses*	1º dosis con vacuna IPV												
Lactantes de 4 meses*	2º dosis con vacuna IPV												
Lactantes de 6 meses	3º dosis con Vacuna bOPV												
Niños y niñas de 15-18 meses	1er refuerzo con vacuna bOPV												
Niños y Niñas de 5-6 años	2do refuerzo con vacuna bOPV												

VACUNADORES	COMUNIDAD
<p>23-¿Cómo se administra la vacuna IPV?</p> <p>La IPV se administra vía intra muscular en el muslo o región anterolateral del cuádriceps a los niños pequeños.</p> <p>24-¿Cuál es el intervalo mínimo entre dosis de IPV y otras vacunas?</p> <p>No tiene tiempo mínimo entre la aplicación de IPV y otras vacunas inyectables. Se puede aplicar en forma simultánea en la misma sesión o separadas sin importar el tiempo entre dosis con otra vacuna.</p> <p>25-La vacuna de IPV ¿Se puede aplicar junto a otras vacunas?</p> <p>Sí. La vacuna de IPV es una vacuna inactivada y puede aplicarse en la misma sesión de vacunación junto a otras vacunas manteniendo su efectividad</p> <p>26-¿Porque los niños que ya recibieron TOPV no van a recibir la IPV?</p> <p>Los niños que recibieron TOPV antes de la fecha estipulada, no recibirán IPV porque ya están protegidos contra los 3 tipos de polio.</p> <p>27-¿Cómo es el esquema para los que ya iniciaron la vacunación con OPV?</p> <p>Los lactantes que hubieran comenzado su esquema de vacunación con vacuna TOPV continúan su esquema con bOPV.</p> <p>28-¿Cuál es la diferencia entre la IPV y la OPV?</p> <p>Las vacunas de IPV y OPV protegen contra la misma enfermedad (poliomielitis), sin embargo producen un tipo diferente de respuesta inmune. Por eso al recibir ambas aumenta la protección de los niños y de la comunidad.</p> <p>La OPV o Sabin es una vacuna a virus vivos atenuados y tiene la capacidad particular de generar inmunidad de la mucosa intestinal, necesaria para detener la transmisión del virus de persona a persona cuando hay circulación viral en el mundo.</p> <p>La IPV o Salk es una vacuna inactivada que no tiene una capacidad para inducir inmunidad de la mucosa intestinal y será la vacuna utilizada cuando se retire el componente 2 de la TOPV para proteger contra la polio 2. Para incrementar al máximo la inmunidad de la niñez y acelerar la erradicación, deben usarse ambas vacunas.</p>	

VACUNADORES	COMUNIDAD
<p>29-¿Por qué se debe fortalecer la vacunación de rutina?</p> <p>La razón principal por la que se debe fortalecer la vacunación de rutina es para lograr y mantener una alta inmunidad poblacional contra los poliovirus, especialmente de tipo 2, una vez que se retire la OPV tipo 2. El número y extensión de los brotes de poliovirus salvaje y polio derivado de la vacunación están estrechamente correlacionados con las debilidades encontradas en los programas de vacunación de rutina.</p>	