Ministerio de Salud

Lineamientos técnicos para la respuesta ante la detección de poliovirus y un brote de poliomielitis

Documento Derogado

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

El Salvador, 2019

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación

Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Enfermedades Infecciosas
Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones

Lineamientos técnicos para la respuesta ante la detección de poliovirus y un brote de poliomielitis

San Salvador, El Salvador, 2019

Documento Derogado

Ficha catalográfica.

2019 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Edición y distribución.

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv
Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:
Impreso en El Salvador por:

Documento Derogado

Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud, Dirección de Enfermedades Infecciosas,.Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones **Lineamientos tecnicos para la respuesta ante la detección de poliovirus y un brote de poliomielitis**

Indice **Página**

I	Introducción……..	10
II	Base legal……...	12
III	Objetivos……..	13
IV	Ámbito de aplicación…….	13
V	Contenido técnico	14
	1. Mecanismo de gestión……	14
	1.1 Comité de gestión política……..……..	14
	1.2..Comité técnico nacional para el manejo de eventos o brotes de poliomielitis……..……...	17
	1.2.1 Equipo nacional de respuesta rápida……..……...	18
	1.2.2 Equipo nacional de sala situacionales……..…….	20
	1.2.3 Equipo nacional de prevención y control……..…..…….	22
	1.2.4 Equipo nacional de logística……...…….	24
	2. Plan de supervisiones…….…….	26
	3. Plan de capacitaciones……...…..	26
	4. Gestión de la comunicación de riesgo-beneficio…….....…	26
	5. Listado y fuente de información requerida para el análisis del riesgo……...…	29
VI	Definición de eventos y brotes	32
VII	Detección de poliovirus	33
	1. Notificación…….	33
	2. Investigación……..	33
	3. Evaluación de riego……..	34
	4. Naturaleza del virus tipo 2 (PVS, Sabin o VDPV) y evidencia de circulación……..	35
	5. Evaluación de la extensión geográfica de la transmisión y riesgo de propagación…….	38
	6. Clasificación del riesgo de transmisión posterior de poliovirus serotipo 2……...	39
VIII	Control y prevención de un evento o brote de polio serotipo 1,2 y 3…...	40

Documento Derogado

	1. Estrategia de vacunación……..	41
	2. Uso de OPVm2……..	42
	3. Uso de IPV……..	45
	4. Retiro y destrucción de la OPVm2 sobrante ……...	45
	5. Vigilancia por evento o brote……..	46
	6. Política de refuerzo de la respuesta……..	46
IX	Glosario	46
X	Disposiciones finales	47
XI	Vigencia	48
XII	Bibliografía	49
XIII	Anexos	50

Documento Derogado

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Documento Derogado

Equipo técnico

Ministerio de Salud	
Dr. Eduardo Suárez Castaneda	Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas
Dra. Nora María Villatoro de Martínez Dra. Ana Yamileth Hernández Martínez	Unidad de Vacunaciones e Inmunizaciones
Dra. Lilian Cruz	Reglamento Sanitario Internacional
Dr. Carlos Roberto Torres Dra. Graciela Baires Escobar	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dr. Carlos Enrique Mena	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Ana Vilma de Gonzalez	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Comité técnico nacional de la fase final de erradicación de la polio **Subcomité de vigilancia**	
Dra. Orbelina Hernández de Palma	Unidad de Vigilancia de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria
Dr. Óscar René Sorto Rubio	Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo, Dirección de Vigilancia Sanitaria
Licda. Ruth Carolina Vásquez	Sección de Sarampión/Rubéola y Leptospira, Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de la Salud
Dra. Genoveva Morales	Departamento de Vigilancia Sanitaria, Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. Miguel Ernesto Elas Rodriguez	Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones, Ministerio de Salud.
Subcomité de logística	
Licda. Ana Sonia Quintanilla	Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones, Ministerio de Salud

Documento Derogado

Lic. Alexander Matus	Unidad de Abastecimientos, Ministerio de Salud
Arq. Rafael Portillo	Dirección de Salud Ambiental, Ministerio de Salud
Lic. Juan Guardado Pinto	Unidad de Asesoría Jurídica, Ministerio de Salud
Lic. Juan Alberto Rivas	Unidad de Salud Comunitaria
Licda. Ana María de Mendoza	Región de Salud Occidental
Licda. Sara Maribel Zeledón	Región de Salud Oriental
Ing. Roger Penado	Departamento de Almacenes, Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Subcomité de comunicaciones	
Lic. Balmore Parada	Unidad de Comunicaciones, MINSAL
Srita. Brenda Nohemí Larín	Unidad de Comunicaciones, MINSAL
Srita. Aleida Bermúdez Navarro	Unidad de Comunicaciones, MINSAL
SIBASI	
Sra. Lorena Estela Ayala	Salud Comunitaria, SIBASI Norte, Dirección Regional de Salud Metropolitana.
Sra. Mirna Guadalupe Vásquez	Salud Comunitaria, SIBASI Centro, Dirección Regional de Salud Metropolitana.

Documento Derogado

Comité Consultivo

Dr. Mario Gamero Dr. Rómulo Vides Dr. Héctor Chicas Dr. Carlos Enrique Hernández Ávila	Comisión Nacional de Verificación de la Erradicación de Poliomielitis.
Dr. Edwar Herrera, Asociación de Ginecología de El Salvador. Dr. José Velásquez Portillo, Asociación de Geriatría. Dr. Eduardo Suarez Castaneda Ministerio de Salud	Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones (CAPI)
Licda. Sara Marisol Lemus Licda. Gloria del Carmen Arias	Unidad de Enfermería, MINSAL
Licda. Rosa Nohemí Jiménez de Ayala Dr. Héctor Manuel Ramos Hernández Dr. Elmer Wilfredo Mendoza Rodríguez Dr. José León Claros Vásquez	Dirección de Vigilancia Sanitaria, MINSAL
Lic. David López	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención
Dr. Luis Antonio Castillo Duran	Dirección Nacional de Hospitales
Dr. Francisco José Lemus Dr. Ricardo Díaz Fuentes Dr. Guillermo García	Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Este documento ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS.
Los puntos de vista y opiniones vertidas en este documento son responsabilidad del Ministerio de Salud de El Salvador..

Documento Derogado

I. Introducción

En el año de 1999, se detectó el último caso de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje tipo 2 a nivel mundial; sin embargo, el poliovirus Sabin tipo 2, contenido en la vacuna OPVt fue responsable de la mayoría de los casos de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (VDPVc), detectados a partir del año 2000 y de una proporción sustancial de los casos de poliomielitis paralítica asociada a la vacuna.

Con la intención de retirar el componente tipo 2 de la vacuna oral contra la poliomielitis y hacer frente a implicaciones más amplias del uso de la OPVt, tras la erradicación mundial de la poliomielitis, el Plan Estratégico Integral para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013-2018 de OPS/OMS, orientó a todos los países que utilizaban OPVt en sus esquemas regulares de vacunación, a hacer una cambio (switch) sincronizado a nivel mundial, de la vacuna OPVt por la vacuna OPVb, que contiene solamente los serotipos 1 y 3, e introducir al menos una dosis de polio inactiva (IPV) en el esquema rutinario de vacunación. Es así que en El Salvador, a partir del mes de enero del año 2016, se estableció la IPV como primera dosis de vacunación en niños de 2 meses de edad en sustitución de la OPVt y a partir del mes de abril del mismo año, se sustituyó la vacuna OPVt por la OPVb, siendo esta última dosis subsecuente, después de la IPV, hasta finalizar el esquema de vacunación en los niños menores de 5 años.

Como consecuencia del retiro del serotipo 2 de la OPVt, en el periodo de 17 de abril al 1 de mayo de 2016, se prevé una disminución progresiva de la inmunidad en la población, especialmente la inmunidad intestinal, para el poliovirus tipo 2 (salvaje o derivado de la vacuna Sabin), lo que aumenta el riesgo de un brote epidémico en caso de exposición a un poliovirus del serotipo 2.

Por lo tanto la detección de cualquier poliovirus tipo 2 (salvaje o derivado de la vacuna Sabin) en cualquier muestra de heces, se considera una emergencia de

Documento Derogado

salud pública de importancia internacional que requiere una respuesta rápida y coordinada a nivel mundial, regional y nacional.

En este sentido se hace necesario establecer previamente, los procedimientos, metodologías y pasos a seguir para dar respuesta adecuada y oportuna ante cualquier detección de poliovirus y ante el aparecimiento de un brote de polio, tomando en cuenta los lineamientos elaborados por OMS.

Un factor primordial para el éxito de la erradicación de la poliomielitis consiste en lograr una respuesta rápida y eficaz a los poliovirus no solo del tipo 2, sino de los tipos 1 y 3, en caso de importación, reintroducción por fallas de contención o emergencia del poliovirus derivado de la vacuna (VDPV); es por tal motivo que se elaboran los presentes Lineamientos técnicos para la respuesta ante la detección de poliovirus y un brote de poliomielitis, con la finalidad de establecer las directrices que deben seguir e implementar todas la instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, cumpliendo con todos los indicadores de calidad de la vigilancia, asegurar la detección temprana de cualquier poliovirus y desencadenar una respuesta que evite su propagación.

Documento Derogado

II. Base legal

Constitución de la República
Artículo 65.- "La salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento".

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo.
Artículo 42.- Compete al Ministerio de Salud: Numeral 2: "Dictar las Normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población".

Código de Salud
Artículo 40.- "El Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar y evaluar las actividades relacionadas con la salud".

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia:
Artículo 21.- Derecho a la salud. La salud es un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria.

El Estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de las políticas públicas y programas que sean necesarios para asegurar la salud integral de la niñez y adolescencia. En todo caso, la ausencia de políticas o programas de salud no exime de la responsabilidad estatal de atención que sea requerida en forma individualizada para cualquier niña, niño o adolescente

Artículo 29.- El sistema Nacional de Salud deberá establecer una política preventiva para la atención de la niñez y la adolescencia, tanto a nivel nacional como local. Como parte obligatoria de dicha política deberán implementarse programas de atención médica, odontológica y psicológica gratuitos. Es un deber del padre, la madre, los representantes o responsables asegurar que las niñas, niños y adolescentes sean vacunados en forma completa y oportuna, según las indicaciones establecidas por el Sistema nacional de Salud.

La vacunación contra enfermedades infecto-contagiosas, sean epidémicas o endémicas, es obligatoria y gratuita. Dicha actuación será realizada a través del Sistema Nacional de Salud.

Documento Derogado

III. Objetivos

General

Establecer las disposiciones necesarias para regular el accionar del Sistema Nacional de Salud con el fin de realizar una respuesta rápida y eficaz ante la detección de poliovirus, un brote de poliomielitis causado por la importación del virus salvaje o emergencia de poliovirus derivado de la vacuna, para evitar su propagación en El Salvador.

Objetivos específicos

a) Definir las funciones de coordinación y apoyo que deben cumplir las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, en la respuesta a todo evento de detección o brote causado por poliovirus.

b) Establecer los mecanismos de gestión ante la detección de un poliovirus o brotes de poliomielitis causados por la importación del poliovirus o emergencia de un poliovirus derivado de la vacuna.

c) Proporcionar las definiciones epidemiológicas de eventos de detección de poliovirus y brotes de poliomielitis, mecanismos de detección, notificación, investigación, evaluación de riesgo y respuesta ante un resultado de confirmación de eventos de detección de poliovirus y brotes de poliomielitis recomendadas por la OMS.

d) Aplicar el Reglamento Sanitario Internacional para contribuir en la seguridad sanitaria nacional e internacional.

IV. Ámbito de aplicación

Los presentes lineamientos son de obligatorio cumplimiento para el personal de salud de las RIIS en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

Documento Derogado

V. Contenido técnico

1. Mecanismo de gestión

1.1 Comité de Gestión Política

Se conformará un comité de gestión política, el cual estará conformado por 10 miembros, de la siguiente manera:

1. Ministra de Salud (Coordinadora general)
2. Viceministro de Políticas de Salud (Coordinador de vigilancia epidemiológica).
3. Viceministro de Servicios de Salud (Coordinador de servicios de salud).
4. Director Nacional de Enfermedades Infecciosas (Conductor del Equipo de Prevención y control y equipo de logística).
5. Director de Vigilancia Sanitaria (Conductor del Equipo de Respuesta Rápida y Sala Situacional).
6. Gerente General de Operaciones.
7. Jefatura de Unidad de Comunicaciones.
8. Subdirector del Instituto Nacional de Salud.
9. Director del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
10. Un representante que integra el Sistema Nacional de Salud, según se requiera.

Descripción de actividades y roles

- La Ministra de Salud coordinará el funcionamiento general del comité, convocará a sesión para iniciar su funcionamiento al detectarse un evento o brote de poliovirus, incluyendo las instancias pertinentes del SNS.
- El Viceministerio de Políticas de Salud (VMPS) actuará como coordinador de vigilancia, coordinará inmediatamente con la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) para el apoyo e integración intersectorial y las acciones con la Comisión Nacional de Protección Civil, hará las declaraciones de alertas y activará la Unidad de Promoción de la Salud.

Documento Derogado

- Viceministro de Servicios de Salud (VMSS) a través de la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención, Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel de Atención y Unidad Nacional de Enfermería, darán cumplimiento a los lineamientos y procedimientos técnicos establecidos.

- El Director Nacional de Enfermedades Infecciosas, es el responsable de activar los equipos de logística, prevención y control; además debe proporcionar las herramientas técnicas en cuanto a las definiciones de caso, información necesaria para el análisis de riesgo y estrategias de vacunación.

- El Director de Vigilancia Sanitaria, es el responsable de activar el equipo de respuesta rápida nacional y conducir las actividades para la detección, notificación, análisis de riesgo, investigación, y control del evento o brote. Debe notificar a la Dirección Nacional de Primer Nivel, a la Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel y a la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel, además debe activar el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

- El gerente general de operaciones, debe garantizar los recursos materiales y financieros, transporte e insumos necesarios, así como los procedimientos administrativos para el control del evento o brote.

- La jefatura de la Unidad de Comunicaciones debe establecer la comunicación de riesgo hacia las diferentes audiencias.

- El subdirector del Instituto Nacional de Salud, debe garantizar la aplicación de la normativa para la toma, manejo y envío de las muestras y cumplir lo establecido por la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA por sus siglas en inglés).

- El director del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, coordinará la integración de sus dependencias a las acciones operativas y delegará a sus representantes para conformar los equipos técnicos establecidos.

- El representante del Sistema Nacional de Salud, debe participar de acuerdo a la convocatoria y dar indicaciones a sus dependencias a integrarse a las acciones operativas, así mismo delegará a sus representantes para conformar los equipos técnicos establecidos.

Procedimientos de trabajo del comité de gestión político:

1. Los resultados positivos de las muestras procesadas por el laboratorio internacional de referencia deben ser notificados al CNE, a la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en El Salvador y al

Documento Derogado

Laboratorio Nacional de Referencia; este último debe digitar los resultados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador (VIGEPES).

2. El CNE debe notificar el resultado a los titulares de salud inmediatamente, la DNEI y al Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones (PVI).

3. El Director de Vigilancia Sanitaria debe notificar los resultados a la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención y a la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel.

4. La Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención y la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel de Atención, deben notificar a sus dependencias respectivas.

5. El VMPS debe activar y convocar de emergencia a la CISALUD, para informar del caso confirmado y oficializar el inicio de trabajo.

6. Cada miembro del comité de gestión política debe girar órdenes a sus dependencias y técnicos designados para activar e integrar inmediatamente al comité técnico nacional, así como apoyar el trabajo del mismo.

7. Se debe establecer la Sala Situacional de carácter permanente para el monitoreo del evento o brote, el análisis de limitantes y la búsqueda de alternativas de solución.

8. Se deben gestionar los apoyos necesarios con agencias nacionales e internacionales a través del CNE.

9. El lugar de reunión será designado por la Ministra de Salud.

Descripción de funciones y roles de las instancias asesoras:

- El Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones (CAPI) debe asesorar sobre las estrategias de vacunación para el manejo y control del brote, debe analizar casos clínicos y eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización (ESAVI), realizar evaluación de riesgo y de intervenciones de control del evento y brote, entre otros.

- El Comité Nacional para la Verificación de la Erradicación del Virus de la Polio debe documentar y verificar la realización de las acciones de control para la erradicación del poliovirus.

- El CNE para RSI ante la identificación de un caso de poliomielitis por poliovirus salvaje o vacunal notificara a la OMS de conformidad con el RSI. Dicha notificación debe realizarse en las primeras veinticuatro horas después de recibir el resultado de confirmación del laboratorio internacional de referencia;

Documento Derogado

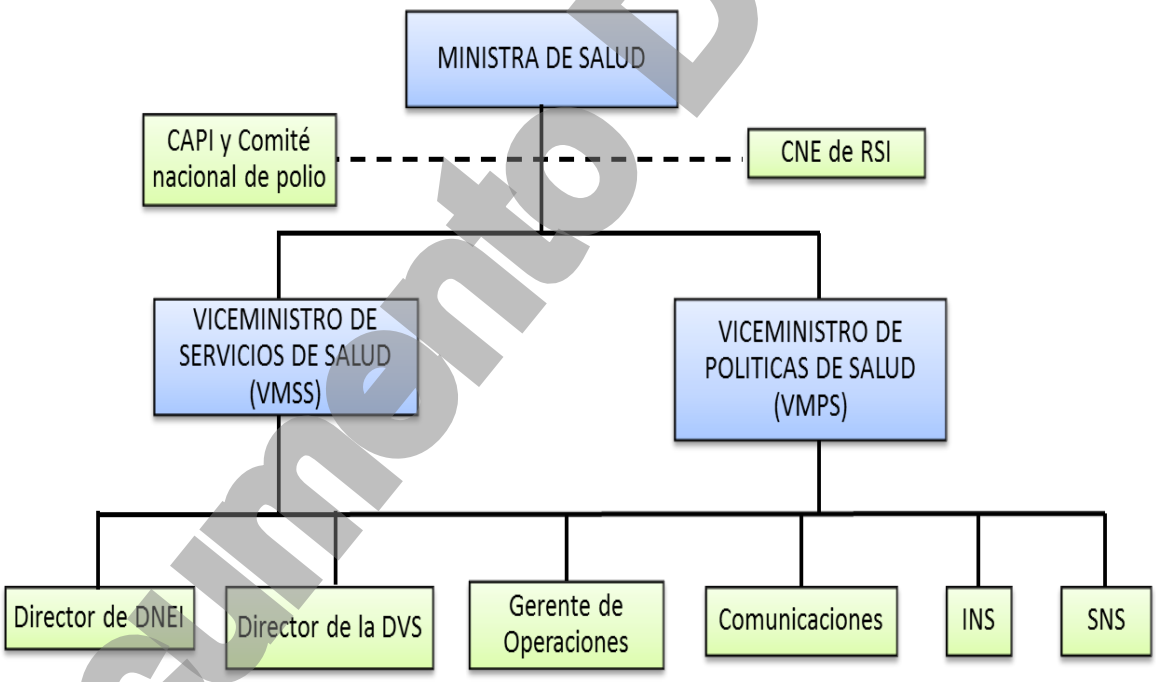
además, mantendrá comunicación permanente con el punto regional para el seguimiento del evento o brote de polio, intercambio de información, incluyendo las indicaciones por el grupo de expertos.

Activación de la emergencia en el país

El MINSAL debe emitir las alertas sanitarias correspondientes ante la ocurrencia de eventos de emergencia o desastres relacionados con salud pública y procederá a la activación y convocatoria de la CISALUD.

Los niveles o estados de emergencia se encuentran definidos en la Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres y serán declaradas por la Dirección de Protección Civil.

Organigrama del Comité de Gestión Política para el manejo de eventos o brotes de polio

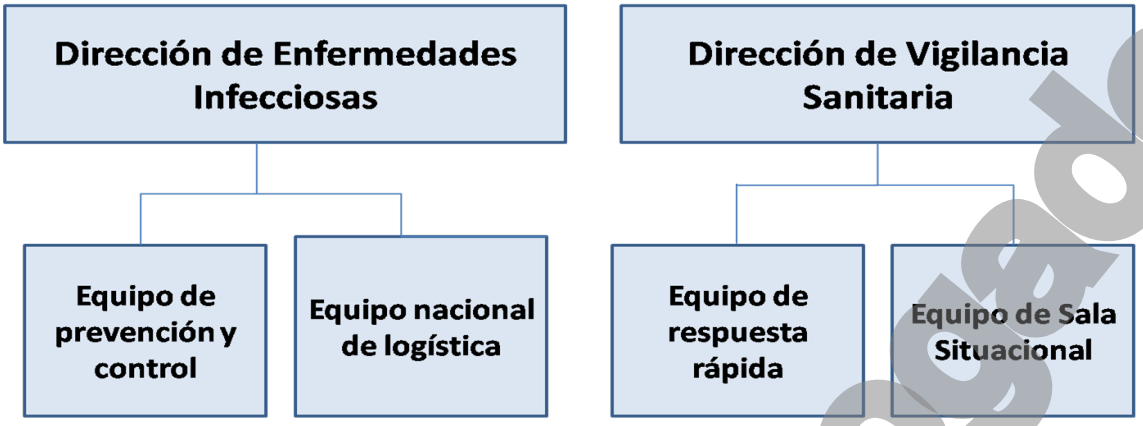


1.2 Comité Técnico Nacional para el manejo de eventos o brotes de polio.

Este comité estará conformado por una coordinación general y 4 equipos de trabajo con sus respectivos miembros y coordinadores. A continuación, se describen cada uno de ellos:

Documento Derogado

Organigrama:



Coordinación general.

Será asumida por la Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas y Dirección de Vigilancia Sanitaria

Descripción de funciones y roles de los coordinadores generales

- Activación de las acciones de los 4 equipos técnicos del comité técnico nacional.
- Ser enlace oficial entre el Comité Técnico y el Comité Político.
- Informar al Comité Político, la CISALUD y organismos internacionales del estado del brote, acontecimientos, avances, limitantes y situación del brote.
- Supervisión del trabajo de los coordinadores de los equipos técnicos.
- Dirigir las reuniones de sala de situación.
- Procurar el apoyo logístico para el funcionamiento del comité técnico.
- Informar a las demás direcciones y dependencias que lo requieran.

1.2.1Equipo Nacional de Respuesta Rápida

El MINSAL cuenta con un equipo nacional de respuesta rápida establecido oficialmente, el cual tiene su acción y activación ante el aparecimiento de todo evento infeccioso, incluyendo poliomielitis.

Documento Derogado

Los miembros propietarios y suplentes del equipo nacional de respuesta rápida nombrados por resolución ministerial son:

1. Jefatura de la Unidad de Investigaciones y Epidemiología de Campo (UNIEC) de la DVS (Coordinadora)

2. Infectólogo hospitalario

3. Jefatura de la Unidad de emergencias y desastres

4. Epidemiólogo de la UNIEC

5. Licenciado en laboratorio clínico del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)

6. Técnico de la Dirección de Salud ambiental

7. Técnico de la Unidad de Comunicaciones

8. Técnico de la Unidad de Promoción de la salud

En el caso de un evento o brote de polio además se integrará y será fortalecido por, los siguientes miembros:

1. Colaborador técnico del Programa de Vacunas e Inmunizaciones / CENABI.

2. Epidemiólogo de la Unidad de Vigilancia de la Salud

3. Neurólogo pediatra.

4. Epidemiólogo del Departamento de Vigilancia Sanitaria del ISSS.

Descripción funciones y roles.

La jefatura de la UNIEC de la DVS, actuará como coordinador del equipo y será el responsable de:

- Activar, convocar, integrar y asegurar que el equipo cuente con personal idóneo y capacitado al detectarse un evento o brote de polio.

- Asignar las funciones y roles a cada uno de los miembros del equipo.

- Ser el interlocutor con los otros coordinadores de los equipos.

Documento Derogado

- Gestionar los insumos materiales, tecnológicos, equipo de comunicación, transporte y logísticos necesarios de oficina y de campo para el trabajo del equipo.

- Participar en las reuniones de la sala situacional.
- Entregar informes de avance diario, final y cierre de caso a la Dirección de Vigilancia Sanitaria.

- Ser el enlace con los equipos de respuesta rápida de las regiones de salud.

- Establecer la línea de tiempo del caso confirmado.

- Establecer el punto de reunión del equipo nacional.

Procedimientos de trabajo del equipo de respuesta rápida, ante la notificación de un caso:

En forma general el equipo desarrollará las siguientes funciones ante un caso confirmado:

1. Investigar y determinar la fuente probable de infección.

2. Identificar e investigar los contactos a través de la búsqueda institucional y comunitaria.

3. Toma y embalaje de muestras de heces de 5 contactos directos del caso confirmado y veinte personas del mismo grupo de edad que viven en la comunidad y de casos sospechosos, para su envío al laboratorio internacional de referencia para determinar si existe circulación del virus.

4. Revisar, adaptar o crear los instrumentos de investigación necesarios para el trabajo del evento o brote.

5. Otras que el equipo de respuesta considere necesarias.

1.2.2 Equipo Nacional de Sala Situacional

Conformado por los siguientes miembros:

1. Jefatura de la Unidad de Vigilancia de la Salud. Coordinador.

2. Epidemiólogo de la Unidad de Vigilancia de la Salud

3. Punto focal del RSI

Documento Derogado

4. Director/a de Enfermedades Infecciosas.

5. Técnico de la Unidad de Promoción de la Salud.

6. Director/a Nacional de Primer Nivel de Atención.
7. Director/a Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención.

8. Jefatura de la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel de Atención.

9. Jefatura de la Unidad de Estadística e Información en Salud de la DVS.

10. Jefatura de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC)

11. Jefatura de la UNIEC

12. Jefatura del Departamento de Vigilancia Sanitaria del ISSS

13. Jefatura de la Unidad de Comunicaciones MINSAL

14. Jefatura de la Unidad de Desastres y Emergencia.

15. Coordinadores de los equipos de respuesta rápida, prevención y control y logística.

Descripción funciones y roles.

La jefatura de la Unidad de Vigilancia de la Salud, actuará como coordinador del equipo y será el responsable de:

- Activar, convocar, integrar y asegurar que el equipo cuente con personal capacitado al detectarse un evento o brote de polio.

- Convocar a los participantes y dirigir las reuniones de la sala de situación.

- Entregar los informes de avance diario y final, dejando constancia de actas de las reuniones.

- Establecer el punto de reunión del equipo.

- Asignar las funciones y roles a cada uno de los miembros del equipo.

- Ser el interlocutor con los otros coordinadores de equipos.

Documento Derogado

- Gestionar los insumos materiales, tecnológicos, equipo de comunicación, transporte y logísticos necesarios para el funcionamiento de sala y el trabajo del equipo.

- Entregar la información necesaria a los demás equipos y autoridades de salud.

- Proporcionar la información requerida por el CNE.
- Actualizar permanentemente la sala situacional con toda la información requerida para el diagnóstico y toma de decisiones.

- Será el enlace con los Directores Regionales de Salud en relación a la información.

- Definirá la ubicación física de la sala.

Procedimientos de trabajo del equipo de sala situacional ante la notificación de un caso confirmado:

1. Consolidación, organización y ordenamiento de la información proporcionada por los equipos.

2. Elaboración del informe técnico.

3. Análisis de riesgo y de situación sobre la base de necesidades para la toma de decisiones.

4. Identificación de logros y avances.

5. Promoción de la participación intersectorial.

1.2.3 Equipo Nacional de Prevención y Control

Este equipo contará con diez miembros, los cuales son:

1. Jefatura del CENABI, quien asumirá la coordinación.

2. Enfermera (Unidad Nacional de Enfermería)

3. Técnico de la Unidad de Promoción para la Salud

4. Técnico de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.

5. Técnico de la Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención.

Documento Derogado

6. Técnico de la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel

7. Técnico de la Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.

8. Técnico de la Unidad de Salud Comunitaria

9. Técnico de la DVS representante del ISSS

10. Coordinador del Programa Infantil del ISSS

Descripción funciones y roles

La Jefatura del CENABI, actuará como coordinador del equipo y será responsable de las siguientes intervenciomnes:

- Activar, convocar e integrar el equipo al detectarse un evento o brote de polio.

- Asignar las funciones y roles a cada uno de los miembros del equipo.

- Desarrollar la interlocución con los coordinadores de los otros equipos y comunicar oportunamente a las jefaturas.
- Gestionar con el comité de logística los insumos materiales, tecnológicos, equipo de comunicación, transporte y logísticos necesarios, de oficina y de campo para el trabajo del equipo.

- Participar en las reuniones de la sala situacional.

- Entregar informes de avance diario y final de las intervenciones a la Dirección de Enfermedades Infecciosas.
- Ser el enlace con los equipos operativos de prevención y control de las regiones de salud.

- Establecer el punto de reunión del equipo.

- Llenar el formulario de solicitud de la vacuna y enviarlo a OPS/OMS en las primeras 72 horas después de recibir el resultado de confirmación del caso, si es necesario.

Procedimientos de trabajo del equipo de prevención y control, ante la notificación de un caso

En forma general el equipo debe desarrollar las siguientes funciones ante un caso confirmado:

Documento Derogado

1. Definir la dirección, monitoreo y supervisión de las acciones de prevención y control pertinentes.

2. Definir las estrategias de vacunación.

3. Proporcionar directrices de acción al personal de salud según lineamientos vigentes.

4. Analizar las coberturas de vacunación.

5. Conducir la evaluación del análisis de riesgo.

6. Estimar la cantidad de vacuna necesaria a utilizar por cada una de los tipos definidos.

7. Revisar, adaptar o crear los instrumentos de información necesarios para el registro de datos del trabajo del evento o brote.

1.2.4 Equipo Nacional de Logística

Está conformado por:

1. Administrador/a del CENABI, (Coordinador)

2. Coordinador/a de la Unidad Nacional de Abastecimientos

3. Jefatura de Unidad Jurídica MINSAL.

4. Delegado de la Gerencia de Operaciones

5. Jefatura de la Unidad Financiera Institucional.

6. Jefatura de la Dirección de Tecnologías Sanitarias (DIRTECS)

7. Jefatura de Cooperación Externa.

8. Jefatura de la Unidad de Transporte

9. Jefatura de la Dirección de Salud Ambiental

Descripción de actividades y roles.

El administrador/a del CENABI, actuará como coordinador del equipo y será responsable de:

Documento Derogado

- Activar, convocar, integrar y asegurar la participación del equipo al detectarse un evento o brote de polio.

- Verificar el cumplimiento de las funciones y roles de cada uno de los miembros del equipo.

- Ser el enlace con los coordinadores de los otros equipos, las regiones de salud y almacenes regionales.
- Gestionar los insumos materiales, transporte y logísticos necesarios para el trabajo del equipo.

- Asistir a las reuniones de la sala de situación.

- Entregar informes de avance diario y final de los movimientos logísticos, biológicos, insumos y materiales.
- Gestionar la adquisición de la cantidad de vacuna necesaria e insumos ante UNICEF u otro organismo internacional, si fuera necesario.

- Supervisar y garantizar que se cumplan los procedimientos establecidos para la destrucción de la vacuna sobrante o que haya tenido fallas en la cadena de frío.
- Establecer el punto de reunión del equipo.

Procedimientos de trabajo del equipo nacional de logística, ante la notificación de un caso confirmado de poliovirus salvaje o poliovirus tipo 2 vacunal

1. Realizar trámites de introducción de la vacuna, según lineamientos vigentes.

2. Gestionar el financiamiento para la destrucción de la vacuna sobrante.
3. Dar directrices para la distribuir, abastecer, recolectar y descartar vacuna.

4. Gestionar transporte y combustible para la operativización del control del evento o brote de polio.

5. Monitorear el inventario de vacuna.

6. Verificar que el resguardo de la vacuna se realice según lineamientos vigentes de cadena de frío.

7. Gestionar el abastecimiento de los recursos materiales y financieros necesarios para el control de brote, como vacunas, jeringas, cajas de bioseguridad, formularios, entre otros.

Documento Derogado

2. Plan de supervisión

Metodología de supervisión:
Se debe integrar un equipo nacional de supervisión con la participación de un designado de cada uno de los equipos del comité técnico nacional.

El equipo de supervisión estará bajo la conducción de la coordinación del equipo nacional de prevención y control, quien elaborará el cronograma

El equipo de logística debe gestionar los recursos necesarios para la movilización del equipo supervisor. Cada comité técnico debe elaborar su guía de supervisión.
Cada región y SIBASI debe de contemplar dentro de su plan, la metodología de supervisión.

Mecanismo de gestión regional, departamental y local

Cada nivel regional, departamental y local debe elaborar un plan de respuesta ante la detección de un evento o brote de polio, tomando como base el presente documento.

3. Plan de capacitación

Metodología de capacitación. El personal técnico responsable de la elaboración del presente documento y los miembros de la Comité Nacional de para la Erradicación de la Poliomielitis serán los responsables de capacitar a los miembros del comité técnico nacional

Los coordinadores de los equipos nacionales de respuesta rápida, de prevención y control, de sala situacional y logística, deben capacitar a los comités técnicos de regiones y SIBASI. Los SIBASI tendrán la responsabilidad de capacitar al comité técnico local.
Los coordinadores de cada equipo nacional deben capacitar a su equipo homólogo regional y de SIBASI.

4. Gestión de la comunicación de riesgo

Comunicación de riesgos

Es un proceso de toma de decisiones que tiene en consideración los factores políticos, sociales y económicos, que analiza el riesgo como un peligro potencial a fin de estudiar, formular y comparar opciones de control con miras a seleccionar la mejor respuesta para la seguridad de la población ante un peligro probable y está acorde a las orientaciones del RSI. Esta comunicación permite:

Documento Derogado

- El establecimiento de un diálogo permanente con la población (audiencias metas de la comunicación) y contar con la información necesaria para adoptar decisiones informadas.

- Planificar las acciones necesarias para las fases de preparación, respuesta, control, recuperación y evaluación del evento o brote de polio.

Ámbitos de la comunicación

Interno: se refiere al sector salud de acuerdo a lo establecido en la política de salud.

Externa: se refiere a todos los actores fuera del sector salud. Incluye la comunidad.

Vocería
Los titulares de salud establecerán las vocerías oficiales para comunicar a la población la información pertinente.

Cada dirección regional, SIBASI y nivel local establecerá un referente para la gestión de la comunicación de riesgo e informará a la Unidad de Comunicaciones (UDECOM).

Actividades a desarrollar

En la fase de preparación

- En la fase de preparación para el manejo de evento o brote de polio, **s**e conformarán los equipos de comunicación de respuesta rápida (ECRR) a nivel nacional, regional y SIBASI y se designarán referentes de comunicaciones a nivel nacional, regional, SIBASI y nivel local del MINSAL. Estos equipos se deben coordinar con los equipos nacionales de respuesta rápida y de control de brote para su accionar.

- Los ECRR se activarán de acuerdo al protocolo establecido por la Unidad de Comunicaciones de MINSAL (UDECOM).

- Los referentes de comunicaciones deben coordinar los procesos de evaluación y los mecanismos para el monitoreo de efectividad de la comunicación de riesgo, mientras dure el evento.

- Los referentes de comunicaciones del nivel central (UDECOM), regional, SIBASI y nivel local del MINSAL, serán los responsables de desarrollar las siguientes actividades:

Documento Derogado

Con el personal del MINSAL

- ✓ El referente de comunicaciones de la UDECOM debe capacitar a los referentes de comunicación y vocerías oficiales de nivel central y regional, sobre las normas y principios de la comunicación de riesgos y comunicación de brotes epidémicos, así como sobre la comunicación eficaz con los medios de información.

  - ✓ El referente de comunicaciones de nivel regional debe capacitar sobre las normas y principios de la comunicación de riesgos y comunicación de brotes epidémicos y sobre la comunicación eficaz con los medios de información, a los referentes de comunicación de SIBASI y de nivel local respectivos.

  - ✓ Cada referente (nacional, regional, SIBASI y local) debe planificar las acciones de comunicación en su respectiva área de responsabilidad, bajo las directrices del referente de la UDECOM.

Con la comunidad

  - ✓ Identificar y definir los mecanismos y canales de comunicación que se utilizarán y el contenido de los mensajes para los públicos destinatarios, que incluya a las personas con capacidades especiales, a fin de asegurar el acceso a la información de protección de la salud y a la atención necesaria.

  - ✓ Identificar y capacitar a los actores sociales, grupos organizados, socios, aliados estratégicos y asociaciones, entre otros, para incluirlos en las actividades de comunicación de riesgo.

Con la intersectorialidad

  - ✓ Planificar y realizar sesiones de capacitación de comunicación de riesgo a los diferentes sectores existentes en la zona de responsabilidad y al nivel que corresponda, como CISALUD y el Foro Nacional de la Salud, entre otras.

Con los medios de información

  - ✓ Fortalecer la relación institucional con los periodistas y medios de información y capacitarlos sobre poliomielitis.

En la fase de respuesta y control

A solicitud del comité de gestión política, se debe activar el equipo de comunicaciones de respuesta rápida; la jefatura de comunicaciones será la

Documento Derogado

encargada de activar el plan de comunicaciones con los referentes de comunicaciones designados en cada nivel.

En la fase recuperación y evaluación

Se desarrollarán de conformidad a lo establecido en los planes de comunicaciones de cada nivel.

Promoción y educación de la salud

La Unidad de Promoción y Educación en Salud debe elaborar y validar el contenido de los mensajes que se difundirán a la población.

5. Listado y fuente de información requerida para el análisis de riesgo

Es responsabilidad del equipo de sala de situación procurar las fuentes de información necesarias y elaborar el análisis de riesgo con la participación del Comité Asesor de Prácticas de inmunizaciones y el Comité Nacional para la Verificación de la Erradicación de la Polio, así como la participación de los coordinadores de los equipos técnicos.

Lista de información requerida para elaborar el análisis de riesgo nacional.

5.1.Proceso de evaluación del Programa de Vacunas e Inmunizaciones

a. Coberturas de vacunación antipolio (OPV/IPV) a nivel nacional, departamental y municipal, tomando como fuente de información, el módulo de vacunas del Sistema Único de Ínformación del MINSAL.

- Coberturas de vacunación de primera dosis de IPV en el menor de un año del presente año y cuatro años anteriores previos.

- Cobertura de tercera dosis en el menor de un año con OPVb del presente año y desde el 2016, cobertura de tercera dosis con vacuna OPVt de los cuatro años previos.

- Cobertura de primer refuerzo en el niño de un año con OPVb del presente año y del 2016, cobertura de tercera dosis con vacuna OPVt de los cuatro años previos.

- Cobertura de segundo refuerzo en el niño de cuatro años con OPVb del presente año y desde el 2016, cobertura de tercera dosis con vacuna OPVt de los cuatro años previos.

Documento Derogado

b..Fecha del cambio o switch de OPVt – OPVb.

– Tiempo transcurrido entre el retiro de la vacuna OPV serotipo 2 (29 abril del año 2016) y la detección del brote de polio (días/ mes / año).

c. Fecha de introducción del IPV y esquema utilizado.

La IPV fue introducida el día 1 de enero del 2016, en primera dosis a los dos meses de edad.

d. Calidad de la vigilancia de PFA

Indicadores de calidad de la vigilancia de PFA de los últimos 5 años.
Fuente de información: boletín de OPS y VIGEPES.

e. Contexto del país

- Población; fuente de información: proyecciones poblacionales basadas en el censo 2007 de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).

  – Población menor de un año a cuatro años y menor de 15 años, a nivel nacional, departamental y municipal.

  – Población de alto riesgo (área geográfica y cercanía a un establecimiento de salud)

  – Las fronteras internacionales y movimiento de la población.
    Proximidad de áreas afectadas a las fronteras

    Los patrones de comercio y de migración.

- Seguridad: desastres naturales, la criminalidad / terrorismo.

- Eventos próximos más importantes en el país que puedan afectar la respuesta (otros brotes epidémicos, eventos electorales)

f. Capacidad de respuesta del país ante el brote

La prestación de servicios de inmunización nacional, departamental y municipal, tomando como fuente de información los censos de regiones, SIBASI y establecimientos de salud.

  – Sistema de servicio de vacunación.

  – Recursos humanos para la gestión en todos los niveles.

Documento Derogado

– Recursos humanos para la prestación de servicios, suficiente o insuficiente para la demanda, según indicadores internacionales.

– Experiencia pasada del país en la realización de campañas de vacunación antipolio y control de brotes.

g. Información detallada de la investigación de casos de polio

- Las conclusiones de la investigación de campo

- Casos de PFA detectados a través de la búsqueda activa de casos en la comunidad y los servicios de salud

- Estado de la cobertura de OPVb/IPV evaluada a través de monitoreo rápido de cobertura

- Número y resultados de pruebas de laboratorio de los casos y de las muestras tomadas de los contactos del caso confirmado

- Las conexiones de viajes y movimiento de la población:
  – Viajes a otras áreas en el país: nombre de municipios

  – Viajes a otros países, especificando lugares visitados

h. Línea de acción propuesta

- Investigación de campo:
  ✔ Investigación de laboratorio
  ✔ Exhaustiva investigación y búsqueda de casos

- Fortalecer las medidas de vigilancia en curso (PFA)

- Incrementar la inmunización de rutina (incluyendo OPVb e IPV)
- Elaboración de planes operativos para la respuesta de vacunación regional, SIBASI y local, que debe contener al menos lo siguiente:

  1) Antecedentes

  2) Estrategias (que, como, cuando, donde).

  3) Meta de población objetivo, según área geográfica, grupos de edad.

  4) Recursos.

  5) Dosis solicitadas

Documento Derogado

6) Cronograma

7) Mapa del área propuesta para la intervención.

i. Informar a los países vecinos a través del CNE.

VI. Definiciones de eventos y brotes

Definición de los eventos de detección y los brotes causados por poliovirus.
Se clasifican todas las cepas de poliovirus, según si su aparición se considera como un "evento" o un "brote", con el objeto de describir la importancia de la transmisión de persona a persona y definir la respuesta pertinente.

Tabla 1: Definiciones epidemiológicas de los eventos de detección de poliovirus y de brotes de poliomielitis

Tipología	Definición
Evento (hasta ese momento no existen indicios de transmisión)	Detección de 1) **Poliovirus derivado de la vacuna Sabin (VDPV)** en: • Un caso único de PFA o una persona asintomática (por ejemplo, contacto) o • Una o más personas,[a] sin indicios de propagación a la comunidad (cepa **VDPV** relacionada con inmunodeficiencia **[VDPVi]** o ambigua **[VDPVa]**); ó 2) Cepa **tipo Sabin del serotipo 2** en una o varias muestras clínicas; o 3) Una persona infectada por un poliovirus salvaje tipo 2 (**PVS2)** <u>con</u> exposición documentada a un virus del serotipo 2 en un laboratorio o un establecimiento de producción de vacunas.
Brote (hay pruebas de transmisión)	Detección de 1) Una o varias personas infectadas[a] por un poliovirus salvaje (**PVS2).** (En el caso del serotipo 2 se agrega: "sin exposición documentada a un poliovirus del serotipo 2 en un laboratorio o un establecimiento de producción de vacunas"); o 2) Una o varias personas infectadas[a] por un poliovirus derivado de la vacuna circulante (**VDPVc)**.

a. Una persona infectada puede corresponder a un caso de PFA o a una persona asintomática o sana.

Fuente: Respuesta ante un evento de detección de Polio virus y un brote de poliomielitis OPS/OMS

Documento Derogado

Las siguientes definiciones se han desarrollado, teniendo en cuenta consideraciones virológicas y epidemiológicas y deben ser utilizadas cuando se refiere a los poliovirus derivados de la vacuna:

a) **Poliovirus derivado de la vacuna (VDPV):**
- Cepas OPV que son > 1% divergentes (> = 10 cambios en las bases de nucleótidos (NT), para los tipos 1 y 3) en la región genómica VP1.
- Cepas OPV que son > 0,6% divergentes (> = 6 cambios de NT, para el tipo 2) en la región genómica VP1.

b) **VDPV circulante (VDPVc):** aislamiento de VDPV en la cual existe evidencia de transmisión de persona a persona en la comunidad.
   i. De al menos dos personas (no necesariamente los casos de PFA) y que no son contactos en el hogar.
   ii. De una persona y uno o más muestras del medio ambiente.

c) **VDPV asociado con inmunodeficiencia (VDPVi):** VDPV aislados de las personas con evidencia de inmunodeficiencia primaria.

d) **VDPV ambiguo (VDPVa):** VDPV aislado a partir de muestras de personas sin inmunodeficiencia conocida o del medio ambiente, sin evidencia de circulación.

Un VDPV aislado sólo debe ser clasificado como "ambiguo" si las investigaciones adicionales indican que no se deriva de una persona con inmunodeficiencia primaria de los linfocitos B (VDPVi) o que no es parte de una cadena continua de transmisión, es decir un VDPV circulante (VDPVc).

VII. Detección de poliovirus

1. Notificación

De acuerdo con las obligaciones establecidas en el RSI, cuando se detecta una muestra positiva de poliovirus del serotipo 2 (salvaje o derivado de la vacuna o cepa Sabin) en un laboratorio de referencia internacional, se debe notificar a la autoridad del país de donde procede la muestra; si en 24 horas, este país no ha realizado la notificación internacional, el CNE del país que aisló el poliovirus debe notificar a la OMS y simultáneamente a la OPS del mismo país.

2. Investigación

La investigación se desarrollará de forma similar para los eventos y brotes de poliovirus 1, 2 y 3, por parte de equipo nacional de respuesta rápida, bajo la conducción de la jefatura de la UNIEC.

Documento Derogado

El objetivo de la investigación es:

- Determinar el número y características del caso o de los casos.
- Identificar la fuente probable de contagio y las causas del evento o brote.
- Evaluar la extensión geográfica de la transmisión y la población afectada.
- Investigar y dar seguimiento a los contactos, durante el período máximo de incubación (40 días).
- Buscar casos a nivel institucional y a nivel comunitario.
- Analizar coberturas de la zona afectada.
- Tomar muestras de laboratorio.

3. Evaluación de riesgo

El análisis de riesgo nacional estará a cargo del director de vigilancia sanitaria con los coordinadores de los equipos técnicos, miembros del CAPI, miembros del comité nacional de polio y OPS, tomando en consideración los resultados de la investigación epidemiológica y virológica, las intervenciones de prevención y control. La Comisión Internacional se incorporará a este proceso al hacerse presente al país.

Esta evaluación tiene el objetivo de caracterizar la transmisión viral y el riesgo de una propagación posterior; evaluar los factores fundamentales que influirán en el tipo y magnitud de la respuesta, formular las recomendaciones sobre las medidas a tomar e identificar las poblaciones que están fuera del área afectada y en riesgo de una posible transmisión.

La evaluación de riesgo debe centrarse específicamente en abordar tres cuestiones fundamentales:

a) La naturaleza del virus tipo 2 (PVS o Sabin o VDPV)
b) Evidencia de circulación.
c) Evaluación de la extensión geográfica de la transmisión y riesgo de propagación.

La investigación virológica (detección, diferenciación intratípica y secuenciación), permite clasificar la cepa de poliovirus en una de las siguientes categorías:

a) Poliovirus salvaje (PVS)
b) Poliovirus Sabin (cepa de la OPV o VDPV)

Documento Derogado

c) Poliovirus circulante derivado de la vacuna (VDPVc).

4. La naturaleza del virus tipo 2 (PVS, Sabin o VDPV) y evidencia de circulación

Dado el largo periodo que ha transcurrido desde la última detección de un poliovirus salvaje tipo 2 (PVS2) circulante, la posibilidad de que este virus aparezca nuevamente es muy remota. Sin embargo, si se detecta un caso de PVS2 es obligatorio llevar a cabo una investigación inmediata, pues la transmisión puede ocurrir rápidamente, en función del grado de inmunidad de la población local.

Una persona infectada por el PVS2, sin exposición conocida a un poliovirus en un laboratorio o un establecimiento de producción de vacunas, se debe tratar como una prueba de transmisión confirmada.

Una persona infectada por el PVS2 con exposición conocida a un poliovirus por una falla de la contención lo más probable es que se trate de un evento aislado, pero constituye un riesgo de posible transmisión futura.

De igual manera, el descubrimiento de un PVS2 en una muestra del ambiente es, con toda probabilidad, debido a una falla de la contención en un laboratorio o un centro de investigación. No obstante, se justifica realizar una investigación minuciosa en la comunidad de la zona de influencia del lugar donde se tomó la muestra, así como en cualquier laboratorio o centro de investigación cercano, para identificar algún caso de parálisis flácida aguda o para descartar que haya alguna persona con infección subclínica que esté eliminando el poliovirus.

Un abordaje preventivo exige que el descubrimiento de un PVS2 en una muestra ambiental inicialmente deba considerarse como una prueba de transmisión probable.

Sabin 2:

Si bien existe una variabilidad considerable dependiendo del entorno local, las pruebas empíricas, así como los modelos matemáticos, indican que se puede esperar que los poliovirus Sabin del serotipo 2 sigan siendo detectables aproximadamente durante 3 meses en las heces y 4 meses en muestras de aguas residuales después del último uso de la OPVt (o del uso de la OPVm2). [1] Aunque esta detección debe impulsar una mayor vigilancia de los casos de parálisis flácida

[1] Puede consultarse un ejemplo de evidencia empírica: en: Wahjuhono G, et al. Switch from oral to inactivated poliovirus vaccine in Yogyakarta Province, Indonesia: summary of coverage, immunity, and environmental surveillance. J Infect Dis. (2014) 210 (suppl 1): S347-352. La modelización indica que la media del tiempo transcurrido hasta que los virus relacionados con la OPV mueren es de aproximadamente 4 meses (intervalo de 2-12 meses). Véase Thompson KM and Duintjer Tebbens RJ. Modeling the dynamics of oral poliovirus vaccine cessation. J Infect Dis. (2014) 210 (suppl 1): S475-484.

Documento Derogado

aguda, es de esperar que el riesgo de que esto ocurra disminuya rápidamente con el tiempo.[2]

La detección de poliovirus Sabin del serotipo 2 tras este periodo de 4 meses después del cambio de vacuna (es decir, de septiembre del 2016 en adelante) o del último uso de la OPVm2, en una respuesta a un brote o evento, puede ser evidencia de que se continúa usando la OPV2, por tanto, indicaría que hay riesgo de transmisión futura. Un caso único de parálisis flácida aguda por un poliovirus Sabin del serotipo 2, también sería indicativo de una exposición aislada en un centro de producción de vacunas o un laboratorio de investigación.[3]

Esta situación justifica una investigación completa del caso, incluyendo una reserva local restante de OPVt, así como el examen de los procedimientos de contención y de las buenas prácticas de fabricación en los centros vecinos.

VDPV2.

En el periodo inmediatamente posterior al cambio de la vacuna, aparte de las cepas Sabin del serotipo 2, el VDPV será posiblemente el poliovirus que se detecte más frecuentemente[4].

Dado que un VDPVc conocido o un VDPVa previamente detectado es prueba de la circulación activa y de la transmisión confirmada en la comunidad, su aislamiento representa la misma amenaza para la salud pública que el aislamiento de un PVS.[5]

VDPV2 en investigación.

Una muestra única con VDPV2 sin indicios de una circulación prolongada, o un caso único de VDPV2 no vinculado con un VDPVa previamente detectado, puede solo representar un episodio aislado sin más consecuencias.

Sin embargo, dado el gran riesgo que implica una falla en la respuesta inmediata a una diseminación de virus del serotipo 2, incluso de bajo nivel, el descubrimiento inicial de estas situaciones se tiene que tratar como un indicio de transmisión probable.

[2] Tebbens, R. J. D et al. Risks of Paralytic Disease Due to Wild or Vaccine-Derived Poliovirus After Eradication. Risk Analysis, 2006. 26: 1471–1505.

[3] El PAMIII exige que todos los laboratorios de investigación o centros de producción tengan implantados procedimientos de contención adecuados para los poliovirus de la cepa Sabin del serotipo 2 a más tardar el 1 de agosto del 2016.

[4] Puede consultarse una revisión exhaustiva de los VDPV en Burns C, Diop OM, Sutter RW, and Kew OM. Vaccine-derived polioviruses. J Infect Dis 2014:210 (Supl 1):S283-293.

[5] Véase Kew O et al. Vaccine-derived polioviruses and the endgame strategy for global polio eradication. Annu Rev Microbiol. 2005; 59:587-635.

Documento Derogado

VDPVi

La investigación del caso debe determinar si un caso individual de VDPV representa un portador de poliovirus a largo plazo con inmunodeficiencia (es decir, un VDPVi).

La clasificación inicial de VDPVi únicamente debe hacerse después de una investigación exhaustiva que incluya:

1) una historia detallada;

b) una exploración física realizada por personal competente; y

c) los resultados del análisis cuantitativo de las inmunoglobulinas.

La desnutrición aguda o crónica, que puede causar una forma de depresión secundaria del sistema inmunitario, no debe confundirse con una inmunodeficiencia grave primaria (como una agammaglobulinemia o una hipogammaglobulinemia, una inmunodeficiencia variable común, una agammaglobulinemia ligada al cromosoma X, otras deficiencias de anticuerpos; o alguna forma combinada de inmunodeficiencias, la mayoría de las veces una inmunodeficiencia combinada grave). Después de la retirada de la OPV2, y mientras la inmunidad frente al serotipo 2 siga siendo relativamente alta, se considera que la posibilidad de transmisión y circulación en la comunidad es baja en la mayoría de los países.

Sabin 1 y 3:
En relación al aislamiento de estos virus en una persona menor de 15 años que presenta parálisis flácida aguda, según OPS/OMS no tienen potencial epidémico por lo que se recomienda:

- Realizar todos los pasos de investigación clínica y epidemiológica de casos y contactos

- Campañas de vacunación no son necesarias a menos que las cepas se clasifiquen como un cVDPV, con lo cual se desencadenara una respuesta completa al brote.

- No es necesario en el caso las medidas de aislamiento.

- No esta implementado toma de muestras ambientales.

- No es necesario la toma de segunda muestra.

- No es necesario el monitoreo laboratorial de excreción mensual.

Documento Derogado

- En la investigación de campo deben tomarse muestras solo si se identifican nuevos casos.

- No es necesario la vacunación del personal.

Independientemente del tipo de virus aislado es determinante realizar una evaluación detallada de los riesgos

5. Evaluación de la extensión geográfica de la transmisión y riesgo de propagación

Para determinar la extensión geográfica y el riesgo de propagación, deben tenerse en cuenta tres factores:

- Antecedentes epidemiológicos,
- Ubicación
- Características de la población.

Con base en ello, se definen tres zonas de riesgo de transmisión:

Tabla 2: Definición de las "zonas de riesgo de transmisión" según el riesgo de transmisión de poliovirus en la población

Zona	País, región, departamento o municipio y características de la población	Riesgo de propagación
1	Antecedentes claros de presencia sostenida de PVS o notificación de VDPVc desde el año 2005; O una región, departamento o municipio afectado que presenta otros riesgos debido a la inmunidad baja* o la movilidad alta y los vínculos con comunidades vulnerables.	Alto
2	Cobertura baja constante de la Polio 3ª dosis, inferior a 80% en los 3 años anteriores; o antecedente de PVS importado o cualquier VDPVc o VDPVa en los 3 años anteriores; o región, departamento o municipio adyacente a la zona afectada con cobertura de la Polio tercera dosis inferior a 90%.	Alto-medio
3	Cobertura constante de vacunación con polio tercera dosis superior a 80%; región, departamento o municipio afectado con pocos factores de riesgo de una transmisión sostenida.	Bajo

* Por ejemplo, alta tasa de natalidad, población de gran tamaño y la alta densidad, cobertura baja de la vacunación ordinaria, incapacidad de llegar a los niños sin vacunar en las actividades suplementarias de vacunación antes de la sustitución y otras situaciones asociadas con un alto grado de transmisión fecal-oral.

Fuente: Respuesta ante un evento de detección de Polio virus y un brote de poliomielitis OPS/OMS

Documento Derogado

6. Clasificación de riesgo de transmisión posterior de poliovirus del serotipo 2

Considerando la naturaleza del virus y la solidez de la evidencia de circulación (es decir, confirmada, probable o posible), surgen tres posibles situaciones que reflejan el riesgo de transmisión posterior de poliovirus del serotipo 2: alto, medio y bajo. Obsérvese que, en el caso de las cepas del serotipo 2 después del cambio de vacuna, la clasificación de la transmisión (no su tipología) determina la respuesta. El nivel de preocupación debe ser mayor a medida que aumente la probabilidad de transmisión posterior.

Tabla 3: Definiciones de los eventos o brotes por poliovirus y clasificación de la transmisión del serotipo 2 durante la fase 1 (hasta 1 año después de la retirada de OPV2).

Tipología	Fuente de la muestra	Clasificación	Transmisión de virus del serotipo 2	Posible riesgo de transmisión posterior[a]
Evento	*Humana/PFA*[b]	VDPV2 en investigación	Probable	Medio
		VDPVa2	Probable	Medio
		VDPVi2	Posible	Bajo
		Sabin 2	Posible	Bajo
		PVS2 con exposición documentada en un laboratorio o centro de producción de vacunas	Posible	Bajo
Brote	*Humana/PFA*[b]	VDPVc2	Confirmada	Alto
		PVS2 sin exposición documentada en un laboratorio o centro de producción de vacunas	Confirmada	Alto

[a] Otros factores (por ejemplo, la intensidad de la infección, la densidad de población, la estación en la cual ocurre el brote, el tipo autóctono o importado del virus, etcétera) determinarán en último término el riesgo de transmisión posterior e influirán directamente sobre el tipo y la magnitud de la respuesta necesaria.

[b] La persona infectada puede ser un caso de parálisis flácida aguda (PFA) o una persona asintomática o sana.

Fuente: Respuesta ante un evento de detección de Polio virus y un brote de poliomielitis OPS/OMS

Documento Derogado

VIII. Control y prevención de un evento o brote de polio serotipo 1, 2 y 3

Ante la confirmación de un evento o brote se pone en marcha la respuesta, la cual debe tomar en cuenta el riesgo evaluado y la factibilidad local de la respuesta (Anexo 1).

En general se realizarán las siguientes actividades:

- Activación del comité de gestión política
- Activación del comité técnico nacional y sus respectivos equipos:

1. Equipo de respuesta rápida (ERR): debe profundizar la investigación y búsqueda activa, seguimiento de contactos, casos secundarios y la vigilancia estrecha de los familiares.

2. Prevención y control: definir y conducir las estrategias de vacunación, de acuerdo al riesgo evaluado y factibilidad local. Movilizar a los líderes de la comunidad para que fomenten la restricción voluntaria de los viajes, solicitará pruebas de vacunación contra la poliomielitis y vacunará a los viajeros de cualquier edad que entren o salgan de la zona del brote, dará seguimiento a los barridos (rondas) de vacunación.

3. Sala de situación: Se debe implementar la sala de situación desde la identificación hasta el cierre del brote, y el personal de la sala de situación debe recomendar alternativas técnicas para la toma de decisiones al comité de gestión política; debe activar el plan de comunicación con sus respectivos equipos para la divulgación de las actividades a realizar, debe fortalecer la vigilancia activa, elaborar los análisis de riesgos y factibilidad de la respuesta y determinar los límites específicos del área afectada por el brote en base a los factores epidemiológicos, geográficos y movilidad de la población.

   Además debe evaluar la posibilidad de imponer una cuarentena domiciliar, evaluará la posibilidad de aplicar restricciones a los viajes y elaborará los informes de avances a las autoridades y comunidad.

4. Equipo de logística, revisión de la disponibilidad presupuestaria y logística (transporte, compra de equipos e insumos, comunicaciones, entre otros) y evaluar la factibilidad de la respuesta local y solicitud de apoyo financiero internacional.

Documento Derogado

5. Equipo de supervisión, se debe conformar el equipo de supervisión, el cual debe determinar las evaluaciones de la respuesta al evento, así como el monitoreo y evaluación del cumplimiento de la metas, ejecución de cronograma avance, calidad de información y de las actividades desarrolladas e impacto de las mismas.

- Desarrollo de las herramientas de registro de datos e información.

- Elaboración de cronogramas de ejecución.

- El Comité de Gestión Política y el Comité Técnico Nacional, con el apoyo de la OPS/OMS, a través de la coordinación de la sala de situación, presentará la información requerida por el Grupo de Gestión de la Erradicación y Respuesta a Brotes (EOMG por sus siglas en ingles) de la OMS, que le permitirá clasificar el grado del brote, según el riesgo de transmisión y la capacidad de respuesta, en las primeras 72 horas después de la notificación del resultado de laboratorio.

- La OMS y los aliados de la GPEI, prestarán asistencia técnica a todas las actividades, según corresponda, en función del grado del brote y de las necesidades de apoyo del sistema de salud del país.

1. Estrategia de vacunación

Grupo objetivo
Los esfuerzos serán centrados en todos los menores de 5 años. Se vacunaran otros grupos de edad únicamente si hay evidencia de circulación en personas de 5 o más años.

Áreas de intervención y priorización de la vacunación
De manera inmediata la vacunación iniciará en el área afectada (caserío, cantón, colonia, barrio, residencial, guardería, centro de estudios, trabajo u otros) y posteriormente se evaluará extender el área de vacunación (municipio, departamento o región de salud).

Esquema general de barridos de vacunación
Los barridos de vacunación con OPVb se realizan de forma rutinaria ante la sospecha de un caso de PFA en los menores de 5 años y no ante la confirmación de un poliovirus.

En el caso que el sospechoso sea confirmado con serotipo 2 se seguirá el siguiente esquema de barrido:

Documento Derogado

2. Uso de OPVm2

Tabla 4: Protocolo de actuación, número de barridos, tipo de vacuna y periodos entre barridos para poliovirus serotipo 2:

Numero de barridos	Tipo de vacuna	Periodos entre barridos (días)
Primero	mOPV2	Cero
Segundo	mOPV2	14 a 21 días

Fuente: Respuesta ante un evento de detección de Polio virus y un brote de poliomielitis OPS/OMS

Grupo objetivo: se centrará en la población menor de 5 años,

Otros grupos: se vacunarán otros grupos de edad únicamente si hay evidencia de circulación del virus en personas con 5 años o más.

Nota: El plazo se consideran a partir de la fecha de la notificación de los resultados confirmatorios de laboratorio de referencia internacional.

Zonas a intervenir: de manera inmediata la vacunación tiene que empezar por el área afectada y posteriormente se evaluara la necesidad de realizar la vacunación en el área ampliada.

Organización de las rondas de vacunación:

- Definir los equipos de vacunación.
- Capacitar el recurso humano vacunador.
- Gestionar con el equipo de logística la programación presupuestaria para las actividades de vacunación.
- Gestionar con la Unidad de Estadística el adecuado instrumento para el registro de la información.
- Elaborar el cronograma de ejecución.
- El director de cada establecimiento de salud debe verificar la calidad y oportunidad del dato. (registro y reporte diario de acciones en el tabulador de brotes y campañas según corresponda).

Documento Derogado

- Tanto el nivel local, SIBASI, Región y PVI deben realizar análisis diario de la información para definir estrategias de intervención adecuadas y oportunas.

- Monitorear y evaluar el cumplimiento de la meta de vacunación.

Tabla 5: Esquema específico de barridos de vacunación por cepa de virus identificado tipo de vacuna y periodos entre barridos.

Cepa	Respuesta	Plazo
2. Respuesta de vacunación		
Poliovirus salvaje (PVS)		
PVS 1 o 3 • **Ser humano** • **Medio ambiente**	**Planear y ejecutar tres barridos de vacunación**: ○ Grupo de edad destinatario: de 0 a 5 años y otros grupos de edad solamente si hay evidencias de transmisión en niños de 5 años o más. ○ Población del área geográfica a vacunar: • Primer barrido: en el área afectada (Ejemplo: cantón, colonia, residencia, caserío, centro de estudios o de trabajo, entre otros) • Segundo y tercer barrido: en toda el área afectada más áreas consideradas de riesgo. (establecimientos específicos, cantón, caserío, municipio, departamento, región) ○ **Vacuna de elección: OPVb.**	• El primer barrido en los primeros 14 días de la confirmación. • Los primeros tres barridos de vacunación serán en intervalos cortos (con 2 a 3 semanas entre los barridos).
PVS 2 • **Ser humano**	**Planear y ejecutar dos barridos de vacunación:** ○ Grupo de edad destinatario: de 0 a 5 años y otros grupos de edad solamente si hay evidencias de transmisión en niños de 5 años o más. ○ Población del área geográfica a vacunar: - primera campañas de vacunación: en el área afectada (Ejemplo: cantón, colonia, residencia,	Protocolo de actuación ante el poliovirus del serotipo 2.

Documento Derogado

	caserío, centro de estudio o trabajo, entre otros). ○ **Vacuna de elección: OPVm2.** **Solicitar la vacuna OPVm2 a OPS El Salvador**	
PVS 2 • **Medio ambiente**	**Un barrido de vacunación**; ○ Grupo de edad destinatario: de 0 a 5 años y otros grupos de edad solamente si hay evidencias de transmisión en niños de 5 años o más. ○ Población del área geográfica a vacunar en el área afectada (Ejemplo: cantón, colonia, residencia, caserío, centro de estudio o trabajo, entre otros) ○ **Vacuna de elección: OPVm2.** **Solicitar vacuna OPVm2 a OPS El Salvador**	Al confirmar
Poliovirus derivado de la vacuna (VDPV)		
VDPVc1 o VDPVc3 • **Ser humano** • **Medio ambiente**	**Planear y ejecutar tres barridos de vacunación**: ○ grupo de edad destinatario: de 0 a 5 años y otros grupos de edad solamente si hay evidencias de transmisión en niños de 5 años o más. ○ Población del área geográfica a vacunar: • Primer barrido de vacunación: en el área afectada (Ejemplo: cantón, colonia, residencia, caserío, centro de estudio o trabajo, entre otros). • Segundo y tercer barrido de vacunación: en toda el área bajo riesgo del brote (municipio, departamento, región). ○ Vacuna de elección: OPVb.	- Primer barrido en los primeros 14 días. Los subsecuentes barridos de vacunación serán en intervalos cortos (con 2 a 3 semanas entre las rondas).
VDPVc2 • **Ser humano** • **Medio ambiente**	**Planear y ejecutar dos barridos de vacunación**: ○ Grupo de edad destinatario: de 0 a 5 años y otros grupos de edad solamente si hay evidencias de transmisión en niños de 5 años o más. ○ Población del área geográfica a vacunar: - Primer barrido en el área afectada (Ejemplo: cantón, colonia, residencia, caserío, centro de estudio o trabajo, entre otros).	Los primeros barridos de vacunación serán en intervalos cortos (con 2 a 3 semanas entre los barridos).

Documento Derogado

	- Segundo barrido de vacunación: en toda el área bajo riesgo del brote (municipio, departamento, región). ○ **Vacuna de elección: OPVm2 .** **Solicitar vacuna OPVm2 a OPS El Salvador**	

Fuente: Respuesta ante un evento de detección de Polio virus y un brote de poliomielitis OPS/OMS

3.Uso de IPV

Se utilizará la IPV para la vacunación de contactos ante un caso de iVDPV2 según recomendación oficial de OPS/OMS.

4. Retirada y destrucción de la OPVm2 sobrante

Todos los establecimientos del MINSAL que vacunen con OPVm2 entregarán los frascos sobrantes de vacuna OPVm2 sellados o abiertos a la UCSF cabeza de red, y éstas serán las encargadas de entregarlos al Almacén de la Región correspondiente.

Dichos frascos de vacuna tendrán que ser retirados de la cadena de frío y depositados en doble bolsa plástica color rojo, dentro de las cajas de embalaje, dicha caja tiene que estar en el sitio de almacenamiento temporal para desechos bioinfecciosos y tienen que estar debidamente identificadas con la información siguiente: nombre del establecimiento, nombre y cargo de la persona responsable del embalaje, cantidad de frascos abiertos especificando el número de dosis por frasco, cantidad de frascos sellados con numero de lote, numero de dosis y fecha de vencimiento.

El Almacén Regional hará el consolidado y el informe donde especificará la cantidad de frascos abiertos y sellados con la firma del director/a de la Región de Salud y el guardalmacén. Cada almacén regional debe enviar la vacuna sobrante al almacén del CENABI.

El CENABI debe almacenar las cajas rojas de embalaje etiquetadas en un lugar específico asignado e identificado hasta que se realice la recolección y transporte hacia el sitio de tratamiento y disposición final.

El CENABI será el responsable de la recepción y resguardo de las actas de descarte y disposición final de la vacuna.

El ISSS y otras instituciones del Sistema de Salud que vacunen con OPVm2 deben realizar los procesos de destrucción de la vacuna sobrante según sus protocolos basados en las recomendaciones de OPS/OMS y enviaran copia de las actas de descarte y disposición final al CENABI.

Documento Derogado

5. Vigilancia post evento o brote

La vigilancia de la parálisis flácida aguda seguirá siendo el mecanismo primordial para detectar cualquier serotipo del virus.

Vigilancia reforzada: Es la vigilancia de la PFA no poliomielítica en menores de 15 años, para obtener una tasa anual de al menos tres casos por 100,000 menores de 15 años a nivel departamental y municipal, durante el brote y como mínimo de 6 meses a 12 meses, más 2 meses de margen después del último caso. (Respuesta ante un evento de detección de polio virus y un brote de poliomielitis, OPS/OMS 2017)

Para esto, el personal de salud de los diferentes niveles de atención deberán cumplir las siguientes tareas:

- Comunicar y notificar a través del SIBASI y Región de Salud a la Dirección de Vigilancia Sanitaria sobre el evento o brote.
- Activar las estrategias de búsqueda institucional y la comunitaria de casos de PFA según lineamientos vigentes.
- Impartir capacitaciones de actualización y sensibilización en materia de vigilancia de la PFA a todos los profesionales de salud.

6. Política de refuerzo de la respuesta

Es necesario contar con el apoyo técnico y financiero necesario de los organismos internacionales desde el inicio del evento o brote hasta su cierre.

IX Glosario

- **CAPI:** Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones
- **CENABI:** Centro Nacional de Biológicos
- **CISALUD:** Comisión Intersectorial de Salud
- **CNE:** Centro Nacional de Enlace
- **DNEI:** Dirección Nacional de Enfermedades Infecciosas
- **DVS:** Dirección de Vigilancia Sanitaria
- **EOMG**: Grupo de Gestión de la Erradicación y Respuesta a Brotes de la OMS
- **ERR:** Equipos de Respuesta Rápida
- **GPEI:** Iniciativa Global de Erradicación de la Polio
- **INS:** Instituto Nacional de Salud
- **IPV:** Vacuna inactivada contra la poliomielitis
- **ISSS:** Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- **MINSAL:** Ministerio de Salud de El Salvador
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud

Documento Derogado

- **OPV:** Vacuna polio oral
- **OPVb:** Vacuna polio oral bivalente
- **OPVm2:** Vacuna polio oral monovalente serotipo 2
- **OPVt:** Vacuna polio oral trivalente
- **PVS:** Poliovirus Salvaje
- **PVS2:** Poliovirus Salvaje tipo 2
- **RSI:** Reglamento Sanitario Internacional
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **UNIEC:** Unidad de Investigaciones y Epidemiología de Campo
- **VDPV:** Poliovirus derivado de la vacuna (por sus siglas en inglés)
- **VDPV2:** Poliovirus derivado de la vacuna del serotipo 2 (por sus siglas en inglés)
- **VDPVa:** Cepa de poliovirus derivado de la vacuna ambigua (por sus siglas en inglés)
- **VDPVa2:** Poliovirus derivado de la vacuna del serotipo 2 ambiguo (por sus siglas en inglés)
- **VDPVc:** Poliovirus derivado de la vacuna circulante (por sus siglas en inglés)
- **VDPVc2:** Poliovirus derivado de la vacuna circulante del serotipo 2 (por sus siglas en inglés)
- **VDPVi:** Cepa de poliovirus derivado de la vacuna relacionado con inmunodeficiencia (por sus siglas en inglés)
- **VDPVi2:** Poliovirus derivado de la vacuna del serotipo 2 relacionado a inmunodeficiencia (por sus siglas en inglés)
- **VIGEPES:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador
- **VMPS:** Viceministerio de Políticas de Salud
- **VMSS:** Viceministerio de Servicios de Salud

X. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad de todo el personal involucrado en la atención de pacientes en el Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), dar cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa correspondiente.

b). De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en los presentes Lineamientos, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando científica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

Documento Derogado

XI. Vigencia

Los presentes Lineamientos técnicos entraran en vigencia, a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a los veinte y dos días del mes de Mayo de 2019.

MINISTERIO DE SALUD
SAN SALVADOR
REP. DE EL SALVADOR, C.A.

Dra. Elvía Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Documento Derogado

XIII. Bibliografía

1. Procedimientos Normalizados de Trabajo, Respuesta ante un evento de detección de poliovirus y un brote de poliomielitis, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2017. Adaptación realizada por OPS, www.paho.org/inmunizacion/polio

2. Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de El Salvador, julio de 2015.

3. Guía práctica, Erradicación de la Poliomielitis, 3a edición, publicación científica y técnica No 607, OPS/OMS, 2005.

4. Informe final de certificación de la polio, Ministerio de Salud, El Salvador, agosto, 1994.

5. Respuesta ante un evento de detección de Poliovirus y un brote de Poliomielitis OPS/OMS Versión actualizada mayo 2017 www.paho.org/inmunizacion/polio

Documento Derogado

XIII. Anexos

Documento Derogado

Anexo 1: Pasos para la notificación, la confirmación y la respuesta ante un brote o evento por poliovirus del serotipo 2

Paso	Medidas	Observaciones	Responsabilidad	Plazo@	Datos o decisión notificados a	Días desde la notificación de los resultados de la secuenciación
Notificación y preparación de la respuesta						
1	Notificación de laboratorio de los resultados de la secuenciación de cepas de poliovirus del serotipo 2		Red Mundial de Laboratorios de Poliomielitis	— Completar en un plazo de 14 días desde el aislamiento inicial — Informar en un plazo de 24 horas desde la obtención de los resultados	Notificación al Ministerio de Salud, y al RSI a través del Centro Nacional de Enlace	Día 0
2a	Confirmación inicial de brote o evento y evaluación de riesgos -Nivel nacional	Realizar rápidamente la confirmación de los casos y la evaluación del riesgo. La investigación adicional debe proseguir para ayudar a la clasificación final (véase el paso 14)	— Ministerio de Salud/COE* con apoyo de la OPS/OMS — Si se confirma el brote o evento, el Centro Nacional de Enlace del RSI tiene responsabilidad de notificación	— Completar en <48 horas; notificar los resultados cuanto antes. — Si se confirma que el brote o evento cumple los criterios del RSI, informar en un plazo <24 horas después de completar la evaluación a través de protocolo del RSI	— Notificar los resultados iniciales a la OPS, oficina de país y regional — Informar al Centro Nacional de Enlace de la OMS para el RSI	Días 0-2
2b	Confirmación del	Llevar a cabo el	Centro de enlace	Informar de inmediato	Notificación a los	Día 2

Documento Derogado

	brote o evento -Nivel regional y mundial	seguimiento con el Ministerio de Salud tras recibir la notificación del laboratorio. Ante cualquier cuestión, comprobar los resultados de laboratorio con el laboratorio de referencia regional de la Red Mundial de Laboratorios de Poliomielitis	de la oficina Regional de OPSy la Unidad de Inmunización de la OPS/OMS	o <24 horas después de completar la evaluación	asociados regionales y mundiales de la GPEI	
3a	Preparación de la respuesta - Nivel mundial	Preparar la respuesta del OPRTT^ — Identificar posible personal internacional para nombramiento temporal — Preparar el financiamiento	El Grupo de Gestión de la Erradicación y los Brotes (EOMG por sus siglas en ingles)	Empezar <24 horas después de la notificación del laboratorio		Días 0-2
3b	Preparación de la respuesta -Nivel nacional	Elaborar un proyecto de plan de respuesta y solicitud de la vacuna, simultáneamente con la investigación rápida	Ministerio de Salud/COE con apoyo de la OPS/OMS.	Empezar <24 horas después de la notificación del laboratorio; completar en un plazo de 48 horas		Días 1-2

Documento Derogado

Etapa 1 - Ejecución de la respuesta						
4	Presentar la solicitud de vacunas para la campaña 1, tras la confirmación del brote o evento	Completar la evaluación de riesgos inicial; ultimar los requisitos de vacuna para el plan de respuesta	Ministerio de Salud/COE con apoyo de la OPS/OMS.	<24 horas desde la confirmación del brote o evento	EOMG**	Día 2
5	Solicitud de la vacuna evaluada a nivel mundial	Con la ayuda de la OMS/Polio como secretaría	Grupo Asesor sobre la provisión de la vacuna (EOMG+)	<24 horas	Directora General de la OMS	Día 3
6	Liberación de las reservas de vacuna autorizada	La Directora General examina la recomendación del Grupo Asesor	Directora General de la OMS	<24 horas	Autorización enviada al UNICEF, Ministerio de Salud y OPS	Día 4
7	Respuesta de la GPEI iniciada	Ejecución del apoyo del OPRTT^ — Clasificación — Personal con nombramiento temporal desplegado —Fondo liberados	EOMG**/OPRTT^	<72 horas desde la autorización de la Directora General de la OMS	Comunicación con otros asociados de la GPEI en todos los niveles y con el Ministerio de Salud y OPS	Días 4-6
8	Notificación oficial para preparar las vacunas para el envío	Orden de compra remitida al fabricante	División de Suministros del UNICEF	<24 horas después de recibir la autorización de la Directora General	Fabricante de vacunas	Día 4
9	Preparar el transporte		Fabricante de vacunas; UNICEF (o la OMS): jeringas y cajas de seguridad, si fuera necesario	3 días hábiles	UNICEF	Días 4-6
10	Envío al país		División de	≤72 horas	Ministerio de Salud	Días 7-9

Documento Derogado

	beneficiario		Suministros del UNICEF (o la OMS)		beneficiario	
11	Procesamiento y transporte en el país	Incluye despachos de aduanas; entrega sobre el terreno	Ministerio de Salud/COE	≤5 días		Días 10-14
12	**Campaña de Vacunación 1**		Ministerio de Salud/COE + equipo de respuesta rápida del EOMG	3-5 días		Días 14 en adelante
Etapa 2 - Preparación y ejecución de la repuesta						
13	Realizar más investigaciones sobre el terreno y de laboratorio para llegar a la clasificación final	De manera simultánea con la etapa 1. Incluye la localización de contactos y pruebas de laboratorio adicionales para descartar la inmunodeficiencia.	Ministerio de Salud/COE + Equipo de Respuesta Rápida del EOMG	7-14 días; en algunas circunstancias puede necesitarse más tiempo		Días 0-13
14	Preparación de planes de respuesta adicionales (Campañas 2 y 3) y solicitud de vacunas para la etapa 2	De manera simultánea con la etapa 1. La solicitud debe abarcar las vacunas necesarias para todas las campañas previstas.	Ministerio de Salud/COE + Equipo de Respuesta Rápida del EOMG	7-14 días	Sede de la OMS	Hacia el día 14
	Repetir los pasos 4-12	La entrega puede tardar más que en la etapa 1 cuando se necesitan jeringas.	Todos	16 días		Días 15-30
	Ejecutar **las campañas 2 y 3**		Ministerio de Salud/ COE + apoyo del EOMG, según sea necesario			Días 30-45; luego cada 2-3 semanas
	Confinamiento y eliminación adecuados de la OPVm2	Deben tener lugar después de cada campaña con validación en terreno después de la última campaña.	Ministerio de Salud con la asistencia de la GPEI	Informe de la reserva final en un plazo máximo de 2 semanas desde la última campaña		

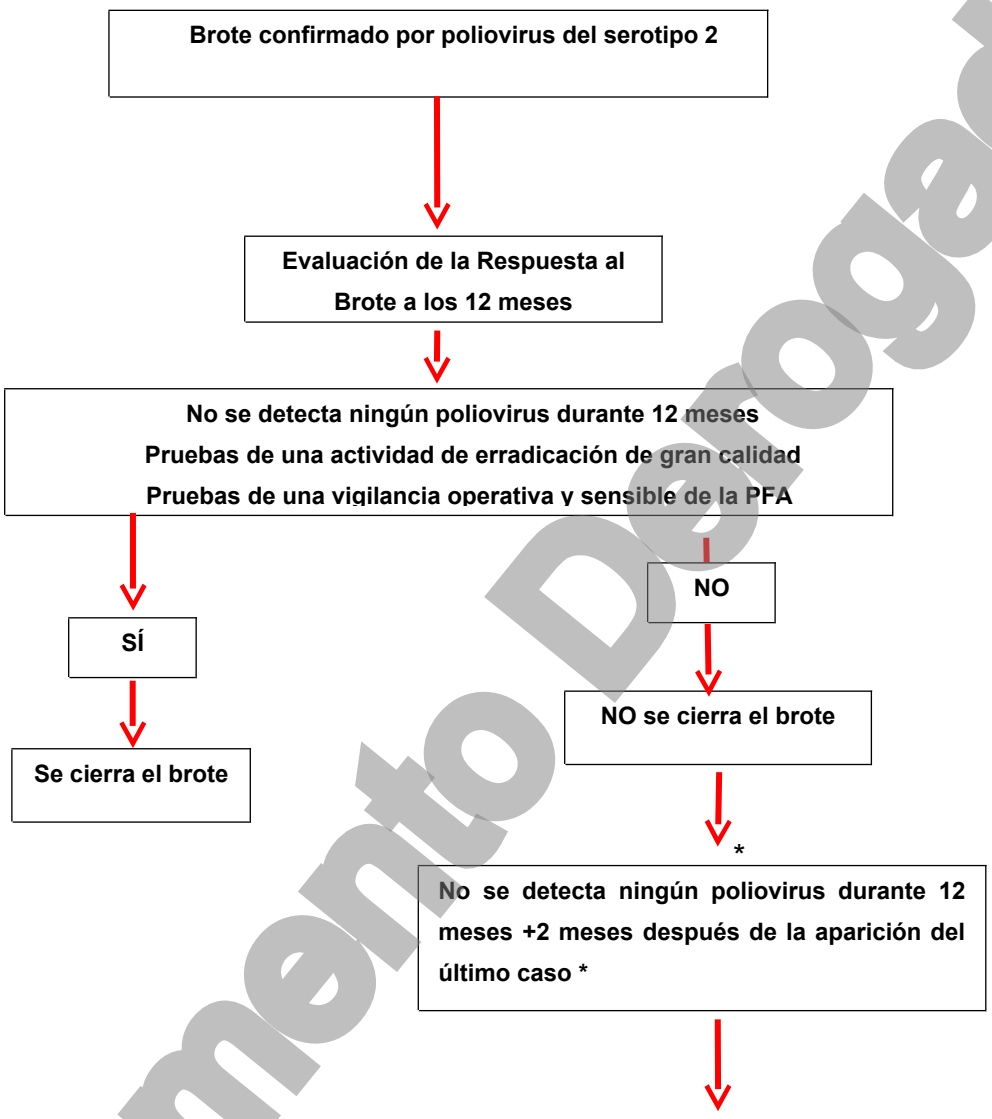
Documento Derogado

[+] NOTA: Los pasos y los plazos pueden revisarse basándose en la experiencia y la aplicación de nuevos procedimientos de laboratorio.
[@]Todos los plazos indican metas previstas. Algunos pasos pueden llevarse a cabo más rápido; otros, en particular en lo que se refiere a la logística, pueden tardar más, según las condiciones locales, los calendarios de vuelos, etcétera.
*COE: Centro de Operaciones de Emergencia; **EOMG: Grupo de Gestión de la Erradicación y los Brotes; OMS/POL: Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis de la Organización Mundial de la Salud; ^OPRTT: equipo de tareas de preparación y respuesta ante brotes epidémicos.

Documento Derogado

Anexo 2: Finalización y cierre de brote

Árbol de decisiones sobre la duración de un brote causado por PVS y VDPVc del serotipo 2



*La evaluación de la respuesta al brote después de 3 meses

Documento Derogado