



La salud
es de todos

Minsalud

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA INTRODUCCIÓN DE LA
VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS (VIP) PARA LA APLICACIÓN DE
PRIMERA DOSIS DE REFUERZO EN EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DEL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI), COLOMBIA 2022**

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Trasmisibles
Grupo de gestión integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Colombia, Mayo de 2022



FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

GERMÁN ESCOBAR MORALES
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARIA ANDREA GODOY CASADIEGO
Viceministra de Protección Social

ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA
Secretaria General

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Director de Promoción y Prevención

IVAN MAURICIO CÁRDENAS CAÑON
Subdirector de Enfermedades Transmisibles (E)



Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA

Coordinadora del Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Equipo Técnico Programa Ampliado de Inmunizaciones Plan Nacional de Vacunación Covid-19

ANGÉLICA FONSECA AVILA
CARMEN ELISA OJEDA JURADO
CLARA LUCIA BOCANEGRA CERVERA
CLAUDIA LILIANA SOSA MESA
CONSUELO PINZÓN GUTIÉRREZ
GLADYS BENAVIDES AVELLA
GLORIA PATRICIA SALAZAR LEÓN
JACQUELINE PALACIOS GONZÁLEZ
JOSÉ ALEJANDRO MOJICA MADERA
JENNY MARCELA RODRIGUEZ CASTAÑEDA
LILIANA PRIETO LOZANO
MAGALI ALEXANDRA VARGAS SALAMANCA
MARÍA CLAUDIA ACEVEDO RITTER
MARIA MÓNICA RUIZ BUITRAGO
NUBIA STELLA PEDRAZA PEDRAZA
SANDRA MILENA RODRIGUEZ MORENO
YARITZA SMAYRA DURAN DE LA HOZ
YEIMI ROCIO RATIVA MORALES

Sistema de Información

DANIEL FRANCISCO ARCHER LOZANO
ERIKA MARÍA VARGAS
ISABEL MARTÍNEZ CAMACHO
JAID CONSTANZA ROJAS SOTELO
MAURICIO MOSQUERA GUTIÉRREZ
MÓNICA LILIANA SERRATO LANUZA
SANDRA MILENA RODRÍGUEZ MORENO
YAZMIN AMIRA CONTRERAS GARAVITO

Gestión de insumos – Cadena de frío

ANA MARÍA AVILA ORTEGA
ÁNGELA PATRICIA VILLADA MARÍN
CAROLINA SÁNCHEZ LIZCANO
DIANA CAROLINA LÓPEZ AVENDAÑO
JOHUZTOWER GARCÍA PEREA
KAREN KATHERINE BUELVAS ÁLVAREZ
LILIA PATRICIA LAVADO HERNÁNDEZ
MILLER ADRIAN GÓMEZ CÓRDOBA
NATALIA ANDREA ZULUAGA SALAZAR



TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	5
Contexto epidemiológico actual	6
Justificación	7
Objetivos	9
1. Población objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación contra la poliomielitis	9
2. Utilización de la vacuna.....	10
2.1. Aplicación simultánea con otras vacunas	11
2.2. Contraindicaciones	11
2.3. Advertencias especiales y precauciones de uso	11
2.4. Eventos adversos.....	12
3. Información para la salud, educación y comunicación en salud	12
4. Capacitación	12
5. Sistema de información.....	12
6. Almacenamiento, conservación y cadena de frío	13
7. Vacunación segura.....	13
7.1. Desecho de insumos utilizados en la vacunación	13
8. Vigilancia de eventos adversos posteriores a la vacunación – EAPV.....	13
9. Plan de crisis	14



LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA INTRODUCCIÓN DEL REFUERZO DE 18 MESES DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS (VIP), EN EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) COLOMBIA, 2022.

Introducción

La 31.a Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de septiembre de 1985, en la cual, los Estados Miembros aprobaron por unanimidad la resolución que estableció la meta de erradicar la poliomielitis por poliovirus salvaje; se constituye en el punto de partida del esfuerzo conjunto de los países de la Región y organismos no gubernamentales para implementar estrategias de vacunación contra la poliomielitis.

La implementación de días nacionales de vacunación en los programas de rutina, permitieron el fortalecimiento de los programas nacionales y las altas tasas de coberturas de vacunación alcanzadas con la vacuna trivalente contra la poliomielitis (VOPt) permitieron reportar el último caso de la enfermedad por poliovirus salvaje en las Américas en el año 1991 seguido de la certificación del logro de la interrupción de la transmisión del virus en el año 1994.

El control de la poliomielitis en la Región de las Américas, se constituyó en un ejemplo a nivel mundial y la 41a Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 1988, la resolución sobre la erradicación mundial de la poliomielitis, que marcó la creación de la Iniciativa de la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP), encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró la finalización de la erradicación de la poliomielitis como “*emergencia programática para la salud pública mundial*”, surge entonces El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018, elaborado para aprovechar esta nueva oportunidad de poner fin al flagelo de la poliomielitis. Su objetivo se orientó a la erradicación del virus salvaje y la eliminación de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna-(cVDPV).¹

El 5 de mayo de 2014, el Director General de la Organización Mundial de la Salud declaró la propagación internacional del poliovirus como “*Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional*” (ESP II) bajo el Reglamento Sanitario Internacional (IHR), emitiendo las recomendaciones temporales para reducir la propagación y el seguimiento cada tres meses por el Comité de Emergencias. La 31a Reunión del Comité se realizó en el mes de febrero de 2022, el cual, mantiene el estatus de ESP II y actualiza las recomendaciones temporales acordes a la situación epidemiológica actual².

El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013 – 2018 aprobado por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 que establece la hoja de ruta para lograr y mantener un mundo libre de todos los poliovirus, fue remplazado por la Estrategia para la Fase Final de la

¹Organización Panamericana de la Salud. Introducción de la vacuna inactivada de poliomielitis (IPV). Enlace de consulta: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11038&catid=1875&Itemid=2244&lang=es

² Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis. Estatus de Emergencia en Salud Pública. Enlace de consulta: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>



Erradicación de la Poliomielitis 2019 – 2023 que permitió la transición a la Estrategia de Erradicación de la Polio: Mantener una promesa 2022-2026 que mantiene el mismo objetivo y se centra en tres pilares clave: Erradicación, integración y contención certificación; incluye factores críticos como el género, la investigación y la preparación para la implementación de la Estrategia posterior a la Certificación³.

En Colombia, el último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje se detectó en el municipio de Arjona (Bolívar); desde entonces el país se ha mantenido libre de la enfermedad y no se ha evidenciado la circulación de virus salvajes. En la fase final hacia la erradicación mundial de la polio en la que nos encontramos, donde sólo uno de los tres tipos de poliovirus salvaje continúa activo, el país debe mantener las altas coberturas de vacunación (mayores al 95%), logrando coberturas homogéneas a nivel nacional, evaluando los riesgos de reintroducción del virus, poniendo en marcha el plan de mitigación de los riesgos, reforzando la vigilancia epidemiológica y estando preparado ante un evento de detección de poliovirus o un brote de poliomielitis.

Una vez se hayan erradicado todos los focos de transmisión de poliovirus salvaje y se haya certificado que el mundo está libre de Poliomielitis se dejará de utilizar completamente las vacunas antipoliomielíticas orales restantes; el país para avanzar en el retiro total de la vacuna oral deberá garantizar la puesta al día en las coberturas de vacunación, la reducción de la población susceptible y cumplimiento de indicadores de vigilancia de la PFA para así realizar la introducción de la segunda dosis de refuerzo de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP) propuesta para el año 2023.

Teniendo en cuenta todo anterior y con el fin de dar cumplimiento al compromiso mundial de la erradicación de la poliomielitis, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), define los **“Lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP) para la aplicación de primera dosis de refuerzo en el esquema nacional de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Colombia, 2022”**. El cual está dirigido a las entidades territoriales de todos los niveles, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), talento humano en salud y equipos de vacunadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas del territorio nacional.

Contexto epidemiológico actual

El mundo está a punto de alcanzar un logro histórico: la erradicación del poliovirus salvaje (WPV). El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2019 – 2023, da cuenta de logros trascendentales para avanzar en el proceso como son: en 2015 y 2019, respectivamente, se declaró que los poliovirus salvajes tipo 2 y 3 se habían erradicado, la declaración en 2014 como libre de poliovirus salvaje la Región de Asia Sudoriental y en 2020 la Región de África, la reducción general de los casos de poliovirus salvaje tipo 1, cuya circulación continua siendo endémico en dos países en la actualidad: Pakistán y Afganistán. Igualmente, se enfrentan retos como la co-circulación de poliovirus circulante derivado de vacuna de tipo 2 (cVDPV) en los países endémicos³.

A raíz de la pandemia de Covid-19, las coberturas de inmunización en el mundo sufrieron un importante retroceso y se estima que 23 millones de niños no recibieron las dosis de vacunas de los esquemas básicos aprobados en los países en 2020, debido a las interrupciones en los servicios de salud. En particular, la población infantil afectada procede de zonas de conflicto, lugares apartados con atención deficiente y acceso limitado a servicios sociales fundamentales⁴.

Los brotes identificados en países no endémicos que después de varios años sin circulación de virus salvaje, notificaron casos importados de poliomielitis con cadenas de transmisión secundarias como los recientemente

³ Iniciativa Global de Erradicación de la Poliomielitis. Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022 – 2026. Enlace de consulta: <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/>

⁴ Organización Panamericana de la Salud. La pandemia de Covid-19 causa un importante retroceso en la vacunación infantil. Enlace de consulta : <https://www.paho.org/es/noticias/15-7-2021-pandemia-covid-19-causa-importante-retroceso-vacunacion-infantil-segun-se>



identificados en Mozambique y Malawi o brotes de virus derivados de vacuna circulantes de los serotipos 1 (Madagascar), serotipo 2 (DR Congo, Mozambique, Chad, Nigeria, Níger, Somalia, Yemen, Togo, Ucrania, Senegal, Camerún, Etiopía, Tajikistán, Guinea Bissau, Burkina Faso y Liberia) y serotipo 3 (Israel); ponen de manifiesto la urgencia de fortalecer las actividades de vacunación orientadas al logro de la erradicación⁵.

Los casos de poliovirus salvaje identificados en Malawi y Mozambique, se caracterizan por ser casos importados relacionados con una cadena procedente de Pakistán. La detección de estos casos no afecta la certificación alcanzada por el continente africano en el año 2020; la respuesta al brote se concentra en cinco países (Malawi, Mozambique, Tanzania, Zambia y Zimbabue), con la implementación de campañas de vacunación con el fin de cubrir 23 millones de niños menores de 5 años con vacuna de polio para agosto de 2022⁶.

El Instituto Nacional de Salud responsable de la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA – realiza la vigilancia del evento 610-Parálisis Flácida Aguda con el objetivo de identificar pacientes que cumplan con la definición de caso establecida en sus protocolos para su estudio clínico, epidemiológico y por laboratorio con el fin de aportar la evidencia de la no circulación de poliovirus salvaje, circulante o asociado a la vacuna oral de polio. Mediante la evidencia aportada por la vigilancia de la poliomiелitis en el país se ha establecido que el último caso de poliomiелitis por virus salvaje Tipo 1 se presentó en el municipio de Arjona (Bolívar), la circulación de serotipo 2 en el territorio nacional ocurrió hasta el año 1982 y el último caso de poliovirus Tipo 3 se presentó en 1989 en el municipio de Maicao (Guajira).

Recientemente, el Sistema de Vigilancia ha logrado la identificación de casos de poliovirus derivados de vacuna en pacientes inmunodeficientes (iVDPV) y casos de Polio Paralítico asociado a la vacuna (PPAV) en el territorio Nacional: Marulanda (Caldas) en 2009, caso de poliovirus derivado de vacuna en paciente inmunodeficiente (iVDPV) tipo 2, Tuluá (Valle) en 2018 caso de poliovirus derivado de vacuna en paciente inmunodeficiente (iVDPV) tipo 1, Montería (Córdoba) caso de Polio Paralítico asociado a la vacuna (PPAV) en 2013, Santa Marta (Magdalena) Polio Paralítico asociado a la vacuna (PPAV) en 2014 y Bucaramanga (Santander) Polio Paralítico asociado a la vacuna (PPAV) en 2019 este último caso en niño previamente sano

Los indicadores en el país muestran que se ha superado la tasa de notificación de casos esperada correspondiente a 1 caso por cada 100.000 menores de 15 años en 2019 y 2021; sin embargo, se vió impactada en el primer año de pandemia alcanzando solo una tasa de notificación de 0,85. El comportamiento de las tasas por entidad territorial al igual que las coberturas de vacunación presenta un comportamiento heterogéneo; siendo el indicador crítico de evaluación de la vigilancia el porcentaje de casos investigados en 48 horas que no ha superado el 80% en los últimos tres años.

Justificación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones ha materializado su compromiso de mantener la Erradicación de la Poliomiелitis como una prioridad política en Salud Pública en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y 2022 – 2031, enmarcado en uno de los cuatro grandes fines "Reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables".

En este marco, el país avanza en 2015 en la introducción de VIP para la primera dosis contra la Poliomiелitis en el esquema de vacunación nacional por recomendación del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI). La sustitución de la vacuna antipoliomiелítica oral trivalente por la bivalente se hizo efectiva el 1 de mayo de 2016 en todo el territorio nacional.

⁵ Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomiелitis. Polio Now. Enlace de consulta: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>

⁶ Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomiелitis. News. Enlace de consulta: <https://polioeradication.org/news-post/gpei-statement-on-mozambique-wpv1-detection/>



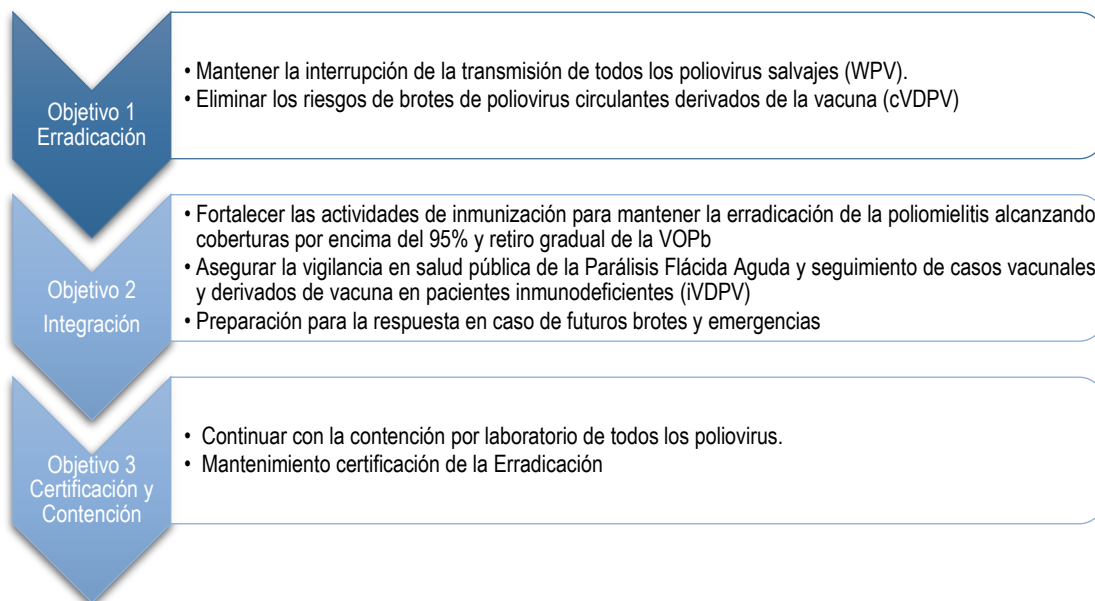
El 01 de noviembre de 2018, el país realizó el cambio de la segunda dosis de vacuna oral bivalente a la VIP en el esquema nacional de vacunación y el 01 de abril de este 2020 se realizó el cambio de la VOPb a la VIP para las terceras dosis de esquema. Para avanzar en el retiro gradual de la vacuna oral contra la Poliomiélitis se propone realizar el cambio del primer refuerzo de la VOPb a la VIP posterior al año de la tercera dosis a partir de **01 de junio de 2022**.

La respuesta a la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a la Covid-19 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se materializa en la emisión de la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 que declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo del mismo año, dicha resolución es prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020; 222, 738, 1315, 1913 de 2021, 304 y 666 de 2022; esta última extiende la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de junio del 2022.

Al respecto, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) reorganizó las acciones, estrategias y tácticas de vacunación para el contexto de la pandemia del Covid-19, reconociendo la vacunación como un componente fundamental de la atención en salud, que requería mantenerse en operación de manera permanente aún en las condiciones de aislamiento preventivo obligatorio decretadas en el territorio nacional.

A partir de 1 de enero 2022, el país toma como referencia la Estrategia de Erradicación de la Poliomiélitis 2022 – 2026: Mantener una promesa, con las siguientes metas por cada uno de los objetivos propuestos por la esta Estrategia.

Gráfica 1. Objetivos de la Estrategia de Erradicación de la Poliomiélitis. Colombia, 2022 – 2026



La meta para el cierre de año corresponde al 95% de la cohorte vacunada para cada uno de los biológicos incluidos en el esquema nacional; entre 2012 y 2019 las coberturas nacionales con terceras dosis de polio reportaban cumplimientos superiores al 90%; sin embargo, los años de la pandemia han afectado los indicadores reportando coberturas de 87,5% en 2020 y 86% en 2021. El indicador trazador con terceras dosis



de polio en la cohorte de niños menores de un año obtuvo un porcentaje de cobertura de 86,1% en 2021, en los menores de 18 meses el refuerzo obtuvo el 75,3% y en la cohorte de 5 años el refuerzo obtuvo una cobertura de 84,4%.

Del total de municipios del país para terceras dosis de polio en 2021, (303/1122) lograron coberturas del 95% y más, y (166/1122) presentaron coberturas por debajo del 95%, lo que representa un acúmulo de susceptibles de 92.416 niños en población menor de un año, población que se debe buscar y poner al día con las terceras dosis.

Del total de municipios del país para primeras dosis de refuerzo de polio en 2021, (123/1122) lograron coberturas del 95% y más, y (88/1122) presentaron coberturas por debajo del 95%, lo que representa un acúmulo de susceptibles de 170.367 niños en población de un año, población que se debe buscar y poner al día fortaleciendo estrategias y tácticas de búsqueda para la aplicación de las dosis de refuerzo las cuales a partir del **01 de junio de 2022** se deben aplicar con VIP.

Tabla 1. Total de municipios según rangos de cobertura de vacunación con vacuna antipoliomielítica – 2021

RANGOS DE COBERTURA	NÚMERO DE MUNICIPIOS TERCERAS DOSIS MENOR UN AÑO	NÚMERO DE MUNICIPIOS PRIMER REFUERZO UN AÑO
>=100,00	303	123
95,00% - 99,99%	166	88
90,00% - 94,99%	156	128
80,00% - 89,99%	250	353
50,00% - 79,99%	220	374
0,1% - <=49,99%	27	56
TOTAL	1.122 MUNICIPIOS	

Fuente: Plantillas de Reporte Mensual - Sistemas de Información – MPS. Fecha de Corte diciembre - 2022
Última Actualización 09/02/2022

Objetivos

- Realizar el cambio de la aplicación del primer refuerzo de dosis de vacuna contra la poliomielitis, de vacuna oral a vacuna inactivada inyectable, a todos los niños y niñas a los 18 meses (al año de la tercera dosis), a partir del **01 de junio de 2022**, de acuerdo con el esquema nacional de vacunación.
- Asegurar a partir del **01 de junio de 2022** la aplicación del primer refuerzo de dosis de vacuna contra la poliomielitis, con vacuna inactivada inyectable, a todos los niños y niñas menores de 6 años de edad (5 años, 11 meses y 29 días), que aún no haya recibido su primer refuerzo.
- Mantener la erradicación del virus salvaje y la eliminación de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna-(cVDPV), en todo el territorio Colombiano, alcanzando coberturas del 95% con las terceras dosis de esquema y dosis de refuerzo en niños y niñas menores de un año contra la poliomielitis.

1. Población objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación contra la poliomielitis

Para los niños y niñas menores de 6 años, el esquema de vacunación contra la poliomielitis a partir del **1 junio de 2022** será el siguiente:



Tabla No.2 Esquema de vacunación antipoliomielítica. Colombia, 2022

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA	VIP	VIP	VIP	VIP	VOPb*
VÍA	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Oral
DOSIFICACIÓN	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	2 gotas

*Las dosis de vacuna oral bivalente VOPb, solo se administrará para el segundo refuerzo contra la poliomiélitis de los 5 años y tiene como edad máxima de aplicación hasta los 5 años 11 meses y 29 días.

Para la población de riesgo con un grado de inmunocompromiso, o que vive en contacto cercano con esta población, todas las dosis del esquema y de refuerzos contra la poliomiélitis continuarán aplicándose únicamente con la VIP.

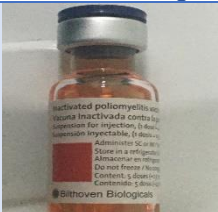
“Todo niño o niña menor de 6 años a partir del 1 de junio del 2022, deberá tener en su esquema primario contra la poliomiélitis, la aplicación de las tres dosis y un refuerzo con la vacuna inactivada contra la poliomiélitis. En casos especiales, población susceptible mayor de 6 años, sin ninguna dosis de polio, se debe vacunar con VIP, garantizando al menos 3 dosis del esquema primario”.

Nota importante: En ningún caso se puede aplicar VOP en vez de VIP para primeras, segundas, terceras dosis o primer refuerzo del esquema si no hay disponibilidad de la vacuna de VIP al momento de la vacunación, estos niños deben reprogramarse para nueva cita lo más pronto posible

2. Utilización de la vacuna

Actualmente, Colombia cuenta con la vacuna inactivada contra la poliomiélitis de laboratorios Bilthoven Biological; como con cualquier vacuna, antes de su aplicación se debe revisar el inserto de la misma.

Tabla No.3 Características de Vacuna Inactivada de Polio. Colombia, 2022

Características de la vacuna	Bilthoven Biological
Imagen de la vacuna	
Presentación de la vacuna	Frasco multidosis - vial de 5 dosis de 0.5 ml
Aspecto de la vacuna	Puede variar de naranja/amarillo o naranja/rojo
Composición de la vacuna	Virus de la poliomiélitis tipo 1 cepa Mahoney (inactivado) . . . 40 UDa Virus de la poliomiélitis tipo 2 cepa MEF-1 (inactivado) . . . 8 UD Virus de la poliomiélitis tipo 3 cepa Saukett (inactivado) . . . 32 UD
Sitio de aplicación	No caminadores: Cara anterolateral del muslo. En caminadores: tercio medio del músculo deltoides.
Dosis	0,5 ml
Vía de aplicación	Intramuscular



Características de la vacuna

Conservación de la vacuna

Bilthoven Biological

Conservar en refrigeración entre +2°C a + 8°C. NO
CONGELAR

Fuente: Insertos de VIP de laboratorios Bilthoven Biological. Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción - Universalización de la Vacuna Inactivada contra la Poliomielitis -VIP, en el Esquema de Vacunación Permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI. Colombia, enero 2015.

Esta vacuna cumple con las especificaciones de la Farmacopea Europea y con las recomendaciones de la OMS.

Nota importante: actualmente en el PAI nacional está disponible la VIP del laboratorio Bilthoven enunciada, sin embargo, en caso de que cambie la presentación o el laboratorio productor, se debe revisar el inserto respectivo y realizar el fortalecimiento de capacidades al personal vacunador.

2.1. Aplicación simultánea con otras vacunas

Puede aplicarse de manera simultánea con todas las otras vacunas del esquema nacional de vacunación excepto con el biológico Sinovac utilizado para la inmunización contra Covid-19 en los mayores de 3 años. La aplicación debe ser en sitios diferentes y con jeringas diferentes.

Se recomienda realizar la aplicación de la dosis de polio inyectable en el brazo dominante y la DPT en el brazo no dominante.

2.2. Contraindicaciones

No debe administrarse a personas con hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de la vacuna. No se debe administrar a personas con alergia documentada o conocida a la estreptomicina, la neomicina o la polimixina B, o con antecedentes de reacción alérgica después de una inyección previa de la VIP.

2.3. Advertencias especiales y precauciones de uso

Uso en personas con deficiente coagulación o Trombocitopenia (cantidad insuficiente de plaquetas): Al aplicar la VIP a personas con antecedentes de enfermedades hemorrágicas o en tratamiento con anticoagulantes, se recomienda su administración por vía subcutánea debido al sangrado que puede ocurrir durante la administración intramuscular de la vacuna y el cual debe realizarse bajo supervisión médica.

Uso en lactantes prematuros: La VIP se puede administrar a lactantes prematuros (nacidos con menos de 37 semanas de gestación) en la edad cronológica recomendada para otras vacunas del esquema de rutina.

Uso en personas con inmunodeficiencias: La VIP se puede administrar con seguridad a personas con inmunodeficiencias (por ejemplo, con VIH/SIDA, inmunodeficiencia congénita o adquirida, o enfermedad de células falciformes). De hecho, la VIP se recomienda universalmente para estas personas.

Si el menor de edad recibe tratamiento que suprime sus defensas inmunitarias, la respuesta inmunitaria de la vacuna puede verse reducida, en este caso se recomienda esperar al final del tratamiento para vacunar o asegurarse de la buena protección del niño o niña, siempre consulte con el médico tratante.

Uso en embarazo y lactancia: Esta vacuna puede utilizarse en el embarazo en caso de riesgo importante. La lactancia no es una contraindicación para su aplicación



2.4. Eventos adversos

Las vacunas inactivadas contra la poliomielitis, de manera general pueden presentar los siguientes eventos adversos locales: dolor, eritema (enrojecimiento de la piel), induración en el sitio de la inyección y reacciones sistémicas como fiebre, inquietud, llanto no habitual, somnolencia, pérdida de apetito, vómito y diarrea. Sin embargo, es imposible establecer una relación causal de dichos síntomas con la VIP, aunque no todas las personas los sufren.

3. Información para la salud, educación y comunicación en salud

Para el logro de resultados en la aplicación del esquema primario (tres dosis) y el primer refuerzo con VIP, es determinante contar con el fortalecimiento de este componente, en la sensibilización y difusión de manera permanente a los padres o cuidadores, para que acudan al punto de vacunación a iniciar, continuar y completar el esquema de vacunación en la población objeto.

Las estrategias de educación y comunicación a la comunidad deben dirigirse a lograr los siguientes objetivos:

- Sensibilizar a toda la población sobre la importancia del uso de la VIP según el esquema nacional de vacunación.
- Fomentar confianza en el esquema nacional de vacunación.
- Evitar rumores y desinformación.
- Mejorar la demanda inducida al programa de vacunación para lograr la meta esperada.
- Fortalecer la detección y notificación de posibles casos de EAPV.

4. Capacitación

La capacitación de este lineamiento va dirigida al personal administrativo y operativo del programa de cada nivel territorial, EAPB, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) vacunadoras, a los profesionales que de manera privada ejercen esta actividad, aliados estratégicos y con mayor énfasis a todos los vacunadores, dicha capacitación estará a cargo de las entidades territoriales en cada nivel durante el mes de junio del presente año.

5. Sistema de información

La aplicación del primer refuerzo de VIP debe diligenciarse en los registros diarios de vacunación y en la plantilla mensual de dosis aplicadas que se envía en la plantilla Excel®. El registro adecuado de las dosis administradas de VIP es fundamental para evaluar el resultado de la aplicación de la dosis de esquema.

La información oportuna y de calidad permite realizar medidas correctivas en el desarrollo del programa.

Ingresar la información de los vacunados en el sistema de información nominal del PAIWEB, este se encuentra ajustado para su registro.

Los departamentos y distritos son responsables de consolidar y enviar en los primeros 10 días calendario de cada mes al nivel nacional, la información en la plantilla Excel® de reporte de dosis aplicadas.

Con respecto al registro en el carné de vacunación, se debe especificar claramente la aplicación del **PRIMER REFUERZO** dosis con la VIP, diligenciando la totalidad de las variables del carné.



6. Almacenamiento, conservación y cadena de frío

Se debe tener en cuenta siempre la presentación de la vacuna con el fin de verificar la capacidad de almacenamiento.

Se debe almacenar y transportar según las normas técnico-administrativas del PAI disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-nal-pai-2022.pdf>, a continuación se relacionan algunas de las indicaciones:

- Mantener la vacuna a una temperatura entre +2 y +8 grados centígrados. No congelar.
- Verificar la fecha de vencimiento de la vacuna antes de su uso.
- Reportar los casos de pérdida de cadena de frío que se presenten, según lo estipulado en el procedimiento publicado en la página del INVIMA, apoyarse con el nivel inmediatamente superior.
- Utilizar los equipos de almacenamiento y transporte con código PQS.
- Seguir las recomendaciones conforme al Manual Técnico Administrativo del PAI.
- Realizar adecuadamente el proceso de atemperamiento de paquetes fríos para cajas y termos.

7. Vacunación segura

La vacunación segura, incluye diferentes elementos, desde la producción y el control de la calidad de la vacuna, la evaluación y garantía de la eficacia y seguridad, el transporte y distribución, la implementación de prácticas adecuadas de aplicación y el uso del biológico.

Se deben tener todas las precauciones y acciones tendientes a conservar la seguridad del vacunado, el vacunador y el medio ambiente, por ejemplo, aplicar las normas de bioseguridad, uso de los correctos en vacunación, manejo de residuos en la vacunación intra y extramural entre otros, descritos en el capítulo de vacunación segura del Manual técnico administrativo del PAI.

Cumplir con la Circular 026 del 1 de agosto 2017. Política de frascos abiertos para el manejo de las vacunas en Colombia.

7.1. Desecho de insumos utilizados en la vacunación

Tener en cuenta el Plan para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades. (PGIRASA) de cada institución, para el manejo y disposición final de los residuos generados durante la jornada.

8. Vigilancia de eventos adversos posteriores a la vacunación – EAPV

Para cumplir con los lineamientos de vacunación segura con esta vacuna, como con cualquiera de las otras incluidas en el esquema nacional, se deberá garantizar la notificación y seguimiento a las reacciones adversas que se presenten en la población después de la administración, tomando como referencia el protocolo de vigilancia en Salud Pública de los EAPV - Código 298 del Instituto Nacional de Salud disponible en el siguiente enlace: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Se debe socializar la ficha de notificación de eventos adversos posteriores a la vacunación EAPV (ficha 298) con todas las IPSs, ESEs y equipos de vacunadores para su adecuado diligenciamiento y entrega a los supervisores directos. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>



9. Plan de crisis

Todo proceso de introducción/actualización del esquema de vacunación debe contar con un plan de crisis; dado que la presentación de un EAPV grave puede generar pérdida de confianza de la población en la vacunación. Los eventos adversos graves posteriores a la vacunación con VIP son extremadamente poco frecuentes, la asociación temporal entre la administración de la vacuna y un EAPV grave, la circulación de información falsa y los rumores pueden afectar las actividades de vacunación.