

PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTÁNDAR RESPUESTA A UN EVENTO O BROTE DE POLIOVIRUS

Versión 4

Marzo de 2022



VERSIÓN TRADUCIDA AL ESPAÑOL NO OFICIAL

Standard operating procedures: responding to a poliovirus event or outbreak, version 4

ISBN 978-92-4-004915-4 (electronic version)

ISBN 978-92-4-004916-1 (print version)

Published by the World Health Organization (WHO) on behalf of the Global Polio Eradication Initiative

© World Health Organization 2022

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Under the terms of this licence, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services. The use of the WHO logo is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons licence. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: "This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition".

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Suggested citation. Standard operating procedures: responding to a poliovirus event or outbreak, version 4 Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

Sales, rights and licensing. To purchase WHO publications, see <http://apps.who.int/bookorders>. To submit requests for commercial use and queries on rights and licensing, see <http://www.who.int/copyright>.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use.

CONTENIDO

Reconocimientos	iv
Siglas	v
1. Descripción general	6
Antecedentes	6
Propósito y alcance	6
Novedades de esta versión	7
Orientaciones relacionadas	9
Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026, cumpliendo una promesa	9
2. Eventos y brotes de poliovirus	12
Definiciones clave	12
Definición de brotes y eventos de polio en esta versión de los POE	13
3. Detección, notificación e investigación	15
Detección	15
Notificación	15
Investigación	16
4. Evaluación del riesgo	22
Evaluación inicial del riesgo	22
Inclusión de eventos centinela en la evaluación de riesgos	24
Evaluación continua de riesgos	25
5. Estándares de respuesta - descripción general	26
Estándares mínimos de respuesta para eventos y brotes de poliovirus	26
Clasificación de brotes	27
Plazos estándar para la respuesta a los brotes	28
6. Respuesta de vacunación	29
Vacuna oral contra la polio (OPV) para la respuesta al brote	29
Inicio	30
Calendario y escala de las actividades de vacunación	31
Elección de la vacuna	36
Campañas de alta calidad	36
Integración con otras intervenciones de salud	39
Adaptación continuada a la pandemia de COVID-19	39
Vacuna inactivada contra la polio (IPV)	39
Solicitud de vacuna	40
Gestión de vacunas y reportes	40
Planificación de la mejora de la cobertura del programa de vacunación de rutina que formará parte integral de la respuesta al brote de polio	42

CONTENIDO

7. Vigilancia tras la investigación	43
Fortalecimiento de la vigilancia	43
Vigilancia ambiental	44
Estrategias para poblaciones especiales y zonas con seguridad comprometida	46
8. Comunicación y movilización social.	47
Marco estratégico C4D para la respuesta al brote de polio.	47
Recopilación de datos para guiar las actividades de C4D	48
Estrategias de comunicación	49
Llegar a poblaciones especiales y zonas afectadas por conflictos	50
9. Apoyo de GPEI	51
Coordinación	52
Presupuestos y financiamiento	52
Refuerzos de los recursos humanos	52
Indicadores de desempeño de la GPEI	54
10. Monitoreo y evaluación de la respuesta	55
Monitoreo de calidad de las ASV	55
Mejora del monitoreo de vigilancia	56
Monitoreo posterior al despliegue de nOPV2	56
Evaluaciones de la respuesta a los brotes (OBRA)	57
Documentando las lecciones aprendidas	58
11. Perspectiva de género	59
12. Prevención y respuesta a la explotación, el abuso y el acoso sexual	62

Anexos

Anexo 1: Descripción general de la evaluación de riesgos

Anexo 2: Cronograma y responsabilidad de las actividades

Anexo 3: Lista de verificación de género para la respuesta al brote de poliomielitis

Referencias

RECONOCIMIENTOS

Este documento refleja los aportes y contribuciones de epidemiólogos, expertos técnicos, científicos de laboratorio, expertos en salud pública y género a nivel de campo, regional y mundial, en un proceso liderado por los socios de Global Polio Eradication Initiative (GPEI): Rotary International, Organización Mundial de la Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Fundación Bill & Melinda Gates y GAVI, la Alianza para la Vacunación. Algunos aspectos críticos de estos Procedimientos Operativos Estándar se derivaron de amplias consultas con grupos asesores de expertos, incluido el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización de la OMS (SAGE) y respaldados por los grupos técnicos y de gestión pertinentes de la GPEI.

SIGLAS

aVDPV Poliovirus ambiguo derivado de la vacuna (por su sigla en inglés)

bOPV Vacuna oral bivalente contra la polio (por su sigla en inglés)

COE Centro de Operaciones de Emergencia

COVID-19 Enfermedad por coronavirus 2019

cVDPV Poliovirus circulante derivado de vacunas (por su sigla en inglés)

EAS Explotación y abuso sexual

ERR Equipo de Respuesta Rápida

EUL Lista de uso de emergencia (por su sigla en inglés)

GAVI Alianza Mundial para la Vacunación y la Inmunización (por su sigla en inglés)

GPEI Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis (por su sigla en inglés)

GPLN Red Global de Laboratorios de la Polio (por su sigla en inglés)

GPRB Grupo de Preparación y Respuesta a Brotes

GPS Sistema de Posicionamiento Global (por su sigla en inglés)

IMST Equipo de soporte de gestión de incidentes (por su sigla en inglés)

IPV Vacuna inactivada contra la polio (por su sigla en inglés)

iVDPV Poliovirus derivado de la vacuna asociado a la inmunodeficiencia (por su sigla en inglés)

LQAS Muestreo de garantía de calidad de lotes (por su sigla en inglés)

MI Monitoreo Independiente

mOPV2 Vacuna oral monovalente contra la polio tipo 2 (por su sigla en inglés)

nOPV2 Nueva vacuna oral contra la polio tipo 2 (por su sigla en inglés)

OBRA Evaluación de la respuesta al brote (por su sigla en inglés)

OMS Organización Mundial de la Salud

OPV Vacuna oral contra la polio (por su sigla en inglés)

PAI Programa ampliado de inmunización

PFA Parálisis flácida aguda

POE Procedimientos Operativos Estándar

PRSEAH Prevención de la explotación, el abuso y el acoso sexual

RED Alcanzar cada distrito (por su sigla en inglés)

RR Respuesta rápida

RSI Reglamento Sanitario Internacional

SAGE Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización de la OMS (por su sigla en inglés)

SIG Sistema de Información Geográfica

STOP Alto a la transmisión de polio (por su sigla en inglés)

tOPV Vacuna oral trivalente contra la polio (por su sigla en inglés)

UNDSS Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas (por su sigla en inglés)

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por su sigla en inglés)

VA Vigilancia Ambiental

VAPP Polio paralítica asociada a la vacuna (por su sigla en inglés)

VDPV Poliovirus derivado de la vacuna (por su sigla en inglés)

VVM Monitor de viales de vacunas (por su sigla en inglés)

WPV Poliovirus salvaje (por su sigla en inglés)

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

ANTECEDENTES

En mayo de 2014, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la propagación internacional del poliovirus salvaje como una emergencia de salud pública de importancia internacional, tras la propagación internacional del poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en África y Asia. En 2021, se notificó un caso confirmado de WPV1 en Malawi en la Región de África, genéticamente vinculado a la transmisión de WPV1 en Pakistán. Esto resalta el riesgo continuo de propagación internacional del WPV1 hasta que se logre el objetivo de la erradicación de la polio y que los países estén preparados para responder.

La erradicación mundial del poliovirus salvaje tipo 2 se certificó en 2015, al igual que la erradicación mundial del poliovirus salvaje tipo 3 en 2019. La Región de África de la OMS fue certificada libre de WPV1 en 2020. La detección de cualquier poliovirus salvaje fuera de un laboratorio o fábrica de vacunas debe considerarse como una emergencia de salud pública.

Desde el retiro de la vacuna oral de la polio tipo 2 (OPV2) de la vacunación de rutina en 2016, ha habido un aumento mundial del poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2) relacionado con la caída mundial de la inmunidad de la mucosa intestinal de la población a los poliovirus tipo 2 en niños nacidos después de abril de 2016. Cada vez más, la circulación de VDPV2 ha afectado a más y más países, y la propagación internacional ahora ocurre regularmente. Esta situación ha llevado al mantenimiento del polio como emergencia de salud pública de interés internacional.

PROPÓSITO Y ALCANCE

El propósito de estos procedimientos operativos estándar (POE) es ofrecer orientación a cualquier país que detecte cualquier tipo de brote o evento de poliovirus, para responder de manera oportuna y efectiva, con el objetivo específico de detener los brotes de polio dentro de los 120 días (cuatro meses). Esta guía está dirigida a los gobiernos nacionales y a los responsables de la toma de decisiones de salud pública que coordinan las respuestas a los eventos y brotes de poliovirus, y a sus socios a nivel mundial, regional y nacional. Esta versión de los POE se basa en las versiones anteriores desarrolladas desde 2015 y tiene en cuenta los desarrollos clave, las lecciones aprendidas y la disponibilidad de nuevas herramientas desde la publicación de la última versión en marzo de 2020.

El desarrollo de estos POE se basa en la evidencia científica disponible y el consenso de expertos, sin dejar de basarse en las realidades operativas y el contexto de la disminución de la inmunidad global al poliovirus tipo 2. Los aspectos críticos de los POE son el resultado de una amplia consulta con grupos asesores de expertos, incluido el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (SAGE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el respaldo de los grupos técnicos y de gestión pertinentes de la GPEI.

Estos POE establecen estándares de respuesta y plazos para la respuesta a la propagación del WPV a un país no endémico, o cuando se detectan eventos y/o brotes de VDPV de cualquier tipo (VDPV1, VDPV2 o VDPV3) en cualquier contexto, ya sea una nueva aparición o un poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) no detectado previamente. Estos POE no incluyen la respuesta al WPV1 debido a la transmisión local en un contexto endémico, la orientación operativa a nivel de campo o las herramientas para planificar actividades suplementarias de vacunación (ASV) de alta calidad, o métodos detallados para reforzar la vigilancia.

NOVEDADES DE ESTA VERSIÓN

- En esta versión de los POE, la sección sobre definiciones clave se ha actualizado para incluir la nueva vacuna oral contra la polio tipo 2 (nOPV2), los vínculos genéticos y los virus huérfanos.
- Esta versión de los POE proporciona orientación actualizada sobre la ronda de respuesta rápida (a veces también denominada «ronda cero»). Se recomienda implementar la ronda de respuesta rápida dentro de los 14 días posteriores a la notificación del brote (Día 0) dirigida al área inmediata del aislamiento del virus; si no puede iniciarse dentro de este plazo, el programa debe considerar la posibilidad de proceder directamente a la realización de la primera actividad suplementaria de vacunación (ASV1).
- También se han actualizado las directrices sobre la población objetivo propuesta para las rondas de vacunación de respuesta, en función del riesgo de propagación en diversas situaciones epidemiológicas. Esto se basa en los datos y modelos disponibles para VDPV2, que muestran que los retrasos significativos en la notificación de brotes y la implementación de la respuesta de vacunación requieren rondas de vacunación de mayor alcance para detener la transmisión.
- Se ha incluido la definición de transmisión mantenida o que no se ha logrado interrumpir la transmisión: cualquier WPV o cVDPV detectado en un caso de PFA, muestra de niño sano o muestra ambiental con fecha de inicio de la parálisis (para casos de PFA) o la fecha de recolección de muestra (para niño sano o muestra ambiental) de más de 21 días después del primer día de la última ASV, en un área donde se han implementado al menos dos ASV, es evidencia de transmisión mantenida. Los POE proporcionan flexibilidad en escenarios de alto riesgo, cuando se puede considerar un umbral más corto (14 días en lugar de 21) para decidir sobre la transmisión mantenida.
- En línea con la nueva estrategia GPEI (2022-26), esta versión recomienda que la mejora de la cobertura de vacunación de rutina sea un componente esencial de los procesos generales de planificación e implementación de la respuesta al brote. Se hace hincapié en dedicar una sección del plan a mejorar la cobertura de vacunación de rutina como parte del mandato de los COE (o plataformas de coordinación similares), dirigida por los equipos del PAI y adecuadamente apoyada por los socios de inmunización, incluido GAVI.
- Se han actualizado las directrices sobre las opciones de vacunas para responder a los brotes de poliovirus tipo 2 o a los eventos de alto riesgo, a medida que el programa de polio pasa por un periodo de transición de la vacuna Sabin tipo 2 a la nueva OPV2 (nOPV2), según las recomendaciones del SAGE. Los países que se enfrentan a brotes de cVDPV2 deben priorizar una respuesta rápida y de alta calidad a los brotes con cualquier vacuna oral contra la polio que esté disponible, sin demora.
- Los POE proporcionan orientación general sobre la adaptación continua a la pandemia de COVID-19 en constante evolución. Después de hacer frente a la fase de emergencia de la pandemia, es importante que la GPEI continúe coordinando estrechamente con los mecanismos nacionales y locales de gestión de la respuesta a la COVID-19 mientras planifica e implementa las ASV contra la polio, con especial atención a la implementación de medidas de prevención y control de infecciones, movilización comunitaria y mitigación de rumores y desinformación, a fin de lograr una cobertura uniforme de vacunación de alta calidad.

- Esta versión de los POE adopta la recomendación sobre el uso de IPV del SAGE. Teniendo en cuenta que la IPV proporciona un alto nivel de inmunidad individual y protección contra la parálisis, pero no inmunidad de la mucosa intestinal suficiente para detener la transmisión del poliovirus de persona a persona, la IPV no debe usarse para la respuesta al brote. Además, es poco probable que las campañas de IPV lleguen a los niños a los que no se llega con las campañas de OPV. La prioridad de la respuesta al brote es detener la transmisión, por lo tanto, el enfoque principal debe ser lograr una alta cobertura con OPV. Sin embargo, se deben realizar esfuerzos coordinados para mejorar la cobertura de la IPV a través del fortalecimiento de las actividades del PAI, ya que la IPV puede aumentar la inmunidad de la mucosa en poblaciones con vacunación previa con la OPV.
- Esta versión también aborda el mecanismo para solicitar la nOPV2 y su posterior gestión, en línea con otros documentos detallados disponibles sobre este tema. Al igual que la Sabin OPV2 monovalente (mOPV2), la liberación de nOPV2 de la reserva mundial requiere la aprobación del director general de la OMS, por recomendación del Grupo de Preparación y Respuesta a Brotes (GPRB). El proceso de revisión del GPRB para las solicitudes de nOPV2 se llevará a cabo en estrecha coordinación con los Equipos de Respuesta Rápida (RRT), el Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes (IMST), las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF, así como con los programas nacionales.
- En la sección de vigilancia, se ha aclarado aún más la tasa esperada de PFA no polio y la recolección de muestras de heces en niños sanos. Tras la notificación del brote o la identificación de un evento en una zona de alto riesgo, el programa se centrará en una tasa anualizada de más de tres casos de PFA no polio por cada 100 000 niños menores de 15 años de edad, en las áreas afectadas por el brote o en áreas de alto riesgo donde hubo la identificación de un evento. A nivel nacional, se espera una tasa de dos casos de PFA no polio por cada 100.000 niños en los países del brote. Si bien es posible que los distritos con menos de 50.000 niños menores de 15 años no detecten PFA cada año, se debe verificar la calidad de la vigilancia de la PFA para todos los distritos que no informaron ningún caso de PFA, independientemente del tamaño de la población. Si ya hay evidencia de transmisión en toda la comunidad, no es necesario recolectar muestras de heces de niños sanos.
- Esta versión de los POE considera la estructura revisada de la GPEI en línea con la nueva Estrategia (2022-26), para apoyar los programas de polio de los países. Las revisiones clave incluyen la formación del Equipo de Respuesta Rápida (ERR) en la Región de África, el Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes (IMST), en la Región del Mediterráneo Oriental y el Grupo de Preparación y Respuesta a Brotes (GPRB) y el Grupo de Vigilancia a nivel mundial. En este documento, ERR, IMST y otros mecanismos/organismos regionales de respuesta a brotes se denominan equipos regionales de respuesta a la polio.
- En consonancia con la estrategia de la GPEI, se han incluido capítulos sobre la incorporación de la perspectiva de género y la prevención y respuesta a la explotación, el abuso y el acoso sexual. Además, los aspectos relacionados con el género se han incluido en todos los componentes de la respuesta a los brotes.

ORIENTACIONES RELACIONADAS

- La clasificación de los VDPV se establece exhaustivamente en *Classification and reporting of vaccine-derived polioviruses* disponible en : https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_EN.pdf
- Para eventos de polio relacionados con laboratorios y fabricación de vacunas, consulte *Tratamiento de la exposición a poliovirus vivos relacionada con instalaciones desde el punto de vista de la salud pública. Orientaciones para los países que albergan instalaciones donde se mantienen poliovirus vivos acerca del tratamiento de las personas expuestas* disponible en: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/2020_Public_Health_Management_of_Facility-related_Exposure_to_Live_Polioviruses_ES.pdf
- *Interim Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during an Poliovirus Outbreak (March 2021)* disponible en: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference-Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf
- *Diagnostic procedures following an accidental exposure to poliovirus* disponible en: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/08/GP8_Diagnostic-procedures-following-accidental-exposure-to-poliovirus.pdf
- *Global polio surveillance action plan 2022-2024* disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/02/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2022-2024.pdf>

ESTRATEGIA DE ERRADICACIÓN DE LA POLIO 2022-2026, CUMPLIENDO UNA PROMESA

Dados los desafíos programáticos y epidemiológicos, la GPEI ha replanteado el camino final con un enfoque en la propiedad colectiva y en la rendición de cuentas junto con los gobiernos, las comunidades y otras partes interesadas. La Estrategia de Erradicación de la Polio 2022-2026 comprende un conjunto amplio de acciones para posicionar a la GPEI para cumplir una promesa que unió al mundo en un compromiso colectivo para erradicar la polio. Estas acciones tienen como objetivo fortalecer y empoderar a la GPEI para abordar los desafíos de frente y lograr y mantener un mundo libre de polio.

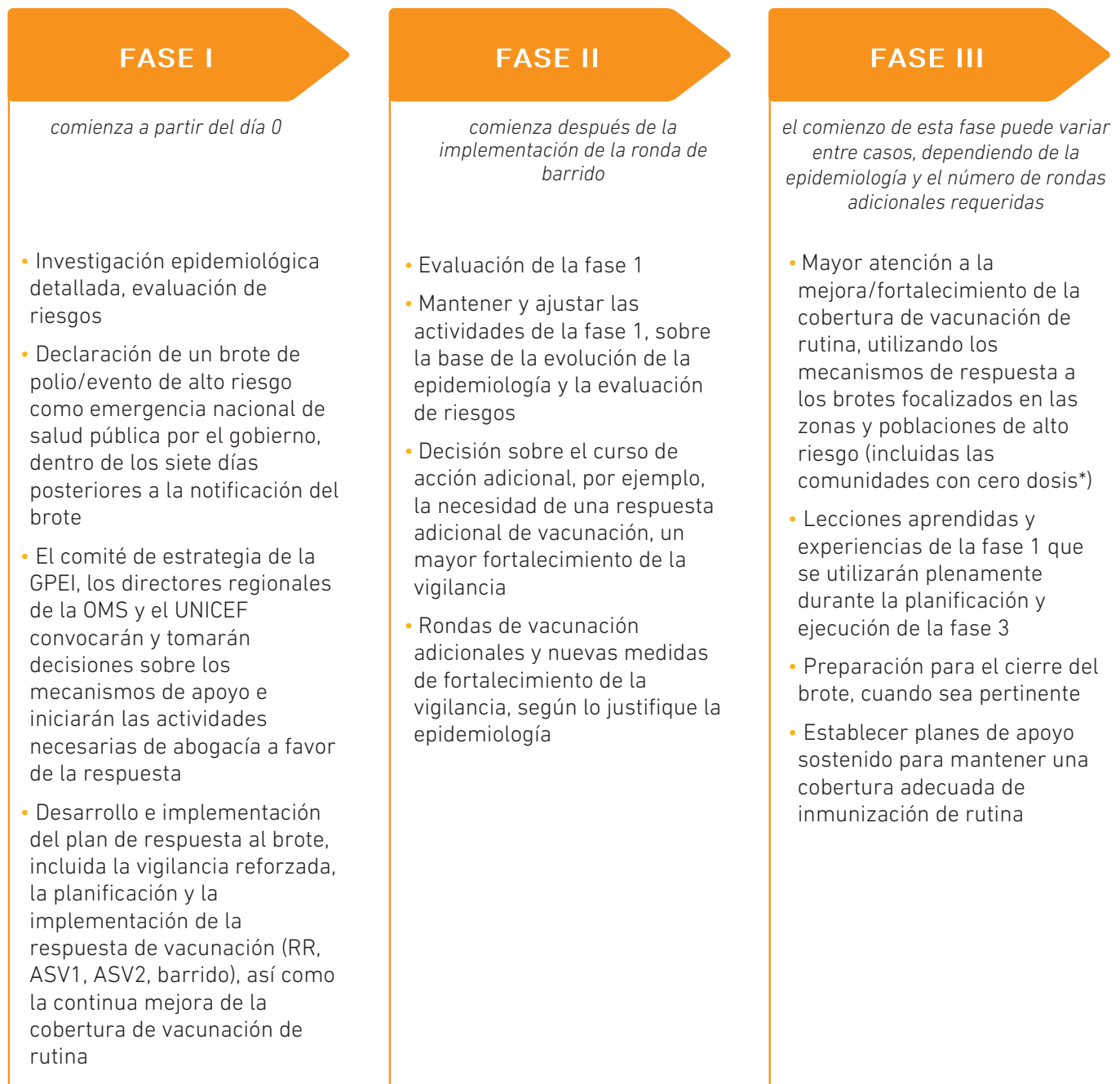
El Objetivo Uno de la nueva Estrategia de Erradicación de la Polio establece un camino hacia la interrupción permanente de la transmisión de todos los poliovirus en Afganistán y Pakistán; mientras que el Objetivo Dos describe estrategias y tácticas para poner a la GPEI y a los países afectados en alerta para detener la transmisión de cVDPV2.

La Estrategia de Erradicación de la Polio 2022-2026 establece ambiciosos indicadores para medir el progreso hacia la erradicación con el fin de interrumpir la transmisión endémica de WPV1 en Pakistán y Afganistán y detener todos los brotes de cVDPV2 para finales de 2023, lo que permite la certificación de la erradicación mundial de todos los poliovirus salvajes y la validación de la ausencia de cVDPV2 en 2026.

El logro de los últimos hitos para la certificación WPV1 y la interrupción de cVDPV2 lanzará la Estrategia Posterior a la Certificación, para la cual se han iniciado pasos hacia la vigilancia integrada a largo plazo de la polio, la capacidad de respuesta, el fortalecimiento esencial de la vacunación y la contención.

- La GPEI planea alcanzar el Objetivo Dos de la estrategia mediante una estructura funcional de gestión de emergencias con roles y responsabilidades claramente definidos, el desarrollo y la implementación de un marco integral de rendición de cuentas, la abogacía política en favor del aumento del empoderamiento gubernamental y el fortalecimiento de las capacidades regionales y nacionales para una vigilancia sensible y una respuesta rápida y de alta calidad. Se buscarán herramientas y métodos innovadores, así como nuevas asociaciones, para fortalecer las operaciones de respuesta a los brotes.
- La nueva Estrategia de Erradicación de la Polio también se compromete a adoptar un enfoque integrado de la implementación del programa que permita a los países aprovechar los recursos existentes del programa contra la polio y atender las necesidades de salud de las comunidades vulnerables. La estrategia define la integración como los esfuerzos en conjunto entre el programa de erradicación de la polio y una serie de asociados con el objetivo de mejorar los resultados de la vacunación en geografías específicas. Los dos medios principales de integración mencionados en la estrategia incluyen el fortalecimiento de la colaboración con otros programas de vacunación y estrategias apropiadas para la administración de vacunas junto con la atención primaria de salud y otros servicios.

Recuadro 1 Resumen de la planificación de respuesta ante un brote



*<https://www.immunizationagenda2030.org/>

2. EVENTOS Y BROTES DE POLIOVIRUS

DEFINICIONES CLAVE

Los aislamientos de poliovirus detectados en humanos o en el medio ambiente se dividen en tres categorías:

- 1. Poliovirus salvajes:** el virus que se encontraba circulando de forma libre en la naturaleza y que puede causar parálisis, especialmente en niños pequeños. Los poliovirus salvajes de tipo 2 y tipo 3 (WPV2, WPV3) han sido certificados como erradicados y ya no circulan en poblaciones humanas, pero se pueden encontrar en laboratorios y fábricas de vacunas. El poliovirus salvaje tipo 1 todavía circula en las poblaciones humanas de forma endémica, en dos países restantes, Afganistán y Pakistán.
- 2. Virus vacunales; estos incluyen:**
 - Virus Sabin, el poliovirus vivo atenuado en la vacuna oral contra la polio (OPV).
 - Los poliovirus similares a Sabin o Sabin-like son aquellos que han comenzado a diferenciarse de la cepa estándar de Sabin en OPV, pero en menor grado que aquellos que pueden causar parálisis, conocido como poliovirus derivado de la vacuna (véase abajo).
 - En 2020, se autorizó un segundo virus atenuado para su uso en brotes de cVDPV2, este virus se denomina comúnmente como el nuevo virus de la vacuna oral contra la polio tipo 2

Los virus Sabin y Sabin-like se detectan comúnmente en la población y el medio ambiente cuando la OPV se usa en la vacunación de rutina o en ASV. El virus de la vacuna tipo 2 ya no debe detectarse, excepto cuando se haya utilizado recientemente OPV2 monovalente (mOPV2), OPV trivalente (tOPV) o la nueva OPV2 (nOPV2) para la respuesta al poliovirus tipo 2.

- 3. Poliovirus derivados de vacunas (VDPV):** cepas de virus vacunales que son >1% divergentes (diferencias de nucleótidos (nt) ≥ 10) para los tipos 1 y 3 y >0,6% divergentes (diferencias de ≥ 6 nt) para el tipo 2 de la cepa Sabin de referencia correspondiente en la región del gen VP1. Los VDPV se pueden clasificar de la siguiente manera:
 - El poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) es un VDPV que presenta transmisión de persona a persona en la comunidad, basado en la evidencia de detecciones humanas y / o ambientales de virus genéticamente relacionados.
 - El VDPV asociado a la inmunodeficiencia (iVDPV) es un VDPV de individuos que tienen evidencia de inmunodeficiencia primaria. A diferencia de las personas inmunocompetentes, que excretan el virus de la vacuna durante un período limitado, en casos raros las personas con inmunodeficiencia primaria pueden excretar un virus de la vacuna genéticamente divergente durante un período prolongado después de recibir OPV.
 - VDPV ambiguo (aVDPV) es un VDPV para el cual la secuencia VP1 no está genéticamente vinculada a otras secuencias VDPV previamente identificadas y no hay evidencia de inmunodeficiencia primaria si el virus es de un individuo. Una secuencia de VDPV se clasificará como ambigua con base en los resultados de laboratorio y la investigación epidemiológica y en comunicación con los equipos sobre el terreno, los expertos técnicos y el personal de laboratorio de la Sede de la OMS y la Oficina Regional de la OMS. Los aislamientos pueden ser de personas sin inmunodeficiencia conocida o de una muestra ambiental, sin evidencia de circulación.

4. **Vinculo genético:** Relación genética entre secuencias de poliovirus que sugiere un origen o emergencia común.
5. **Virus huérfanos:** Virus con una similitud del 98.5% o menor en la región VP1 con el poliovirus más cercano en la base de datos de secuencias disponibles en el momento. Encontrar estos virus generalmente indica que el virus ha estado circulando durante algún tiempo sin ser detectado por la vigilancia de PFA o la vigilancia ambiental.

DEFINICIÓN DE BROTES Y EVENTOS DE POLIO EN ESTA VERSIÓN DE LOS POE

La detección de WPV o VDPV (excluyendo iVDPV) en un área previamente no afectada se puede clasificar de acuerdo con la forma de detección y propagación.

1. Un brote: detección de WPV o cVDPV con transmisión a nivel comunitario demostrado por:

- a. detección en un ser humano, A MENOS que haya un historial de viaje a un área infectada dentro de los 35 días anteriores al inicio de la parálisis O una exposición confirmada al virus específico del tipo en un laboratorio o instalación de producción de vacunas;
- b. dos detecciones separadas en muestras ambientales, lo que quiere decir que las muestras se recogieron de dos lugares diferentes sin zonas de captación superpuestas O del mismo lugar, pero con al menos dos meses de diferencia;
- c. cualquier cVDPV recién detectado, ya sea en una muestra humana o ambiental; es decir, cuando un VDPV aislado en heces humanas o en el medio ambiente puede inmediatamente vincularse genéticamente a otro VDPV, confirmando así la circulación en las áreas de detección.

2. Un evento de importación: detección de importación de WPV o cVDPV pero sin pruebas de transmisión comunitaria:

- a. Detección de WPV o cVDPV conocido en un caso de PFA o persona asintomática con antecedentes de viaje a un área infectada dentro de los 35¹ días anteriores al inicio de parálisis.
- b. Una sola detección ambiental de WPV o un cVDPV conocido en un nuevo territorio (o país) infectado; sin evidencia de transmisión comunitaria local encontrada².
- c. Múltiples detecciones ambientales de WPV o un cVDPV conocido de un sitio durante menos de dos meses, pero sin evidencia de replicación viral en curso (los aislados son genéticamente idénticos o casi idénticos³).

3. Un nuevo evento emergente: Nueva emergencia de VDPV

- a. Detección de un VDPV recién identificado en un solo caso de PFA o en una persona asintomática (como un contacto doméstico) sin evidencia de transmisión comunitaria², incluyendo secuenciación genética (no genéticamente vinculado a otro VDPV conocido)
- b. Múltiples detecciones de un VDPV recién identificado en un único sitio de muestreo ambiental en un período de dos meses, pero sin evidencias virológicas de excretores múltiples (es decir las secuencias genéticas son idénticas o casi idénticas³).

4. Evento WPV o VDPV asociado a una instalación: Detección de WPV o VDPV en una persona con exposición sospechosa o documentada al virus específico del tipo en un laboratorio o instalación de producción de vacunas, o en el entorno de muestras recolectadas en las cercanías de dicha instalación.

1. La probabilidad de que un caso esté asociado a un viaje es más alta en 7-10 días, y disminuye a partir de entonces, mínimo después 35 días (<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/poliomyelitis>)

2. Después de un muestreo adecuado de un número suficiente de niños sanos en la misma comunidad y un muestreo de los sitios ambientales en el área, pero no en la cuenca de aguas residuales del caso.

3. Los aislados no muestran ninguna variación genética o una variación genética menor consistente con la excreción por un solo ser humano.

5. Evento asociado a la vacuna

- a. Un caso de polio paralítica asociada a la vacuna (VAPP) es un evento muy raro causado por el poliovirus Sabin y Sabin-like, y es un evento clínico en lugar de un evento de salud pública.
- b. Detección de un virus de la vacuna de tipo 2 en una zona en la que la vacuna contra la polio de tipo 2 no se ha utilizado en los cuatro meses anteriores a la detección -O- detección del virus de la vacuna de tipo 1 o tipo 3 en una zona donde la vacuna contra la polio no se ha utilizado para la vacunación de rutina (países con sólo IPV en sus calendarios de vacunación infantil de rutina) o ASV en los cuatro meses anteriores a la detección.

Un área no infectada se define como la división administrativa de un país en la que no ha habido transmisión del poliovirus específico en los 12 meses anteriores (según lo determinado por la fecha de inicio de la parálisis para los casos de PFA o la fecha de recolección para otras muestras humanas o ambientales). Por lo general, el área no infectada es todo el país (en el caso de países pequeños, por ejemplo, población <2 millones) o el primer nivel administrativo subnacional, como un estado o provincia (en el caso de países moderadamente poblados, por ejemplo, población >2 millones), pero también puede ser una segunda área subnacional, como un distrito o territorio o área metropolitana (para países grandes con poblaciones > 10 millones).

Los eventos no requieren una respuesta de vacunación a menos que sean de alto riesgo. Los eventos 2b, 2c y 3a debidos al poliovirus tipo 2 se consideran de alto riesgo, al igual que los 3b, si existen factores de riesgo adicionales (detalles en la sección 6).

3. DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN

DETECCIÓN

Las muestras recogidas de fuentes humanas o ambientales durante la vigilancia rutinaria o la investigación de un evento o brote se envían a un laboratorio de la Red Mundial de Laboratorios de Polio (GPLN) para determinar la presencia de poliovirus. El virus se identifica a través del cultivo, la diferenciación intratípica y la secuenciación genética. La detección directa de poliovirus se implementará a partir de 2022.

NOTIFICACIÓN - DÍA 0

Tan pronto como se identifique el poliovirus, la GPLN informará a las autoridades sanitarias del país afectado y a la oficina OMS a nivel nacional, regional y de la sede. De conformidad con el *Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI)*, todos los poliovirus de notificación obligatoria (véase el recuadro 2) también deben ser notificados inmediatamente por las autoridades nacionales al punto focal del RSI en la oficina regional de la OMS respectiva.⁴

1

La sede de la OMS informará a los asociados de la GPEI cuando se reciba y valide esta información. La GPLN y la sede de la OMS compartirán detalles adicionales, incluidos los vínculos genéticos con otros poliovirus, tan pronto como estén disponibles.

La notificación a la OMS puede dar lugar a la publicación de un informe noticioso en el sitio web de la OMS sobre brote de la enfermedad, según sea competente, con base en el tipo de virus, la evaluación del riesgo y el estado del brote.

Definición del “Día 0” para el monitoreo de la respuesta

Para el monitoreo del desempeño de la respuesta, se define un “Día 0” para que el progreso de todas las acciones de respuesta pueda ser monitoreado en comparación con los estándares establecidos en estos POE. El día 0 es el día de recepción de la confirmación de laboratorio de un WPV o VDPV por secuenciación genética en la sede de la OMS o en la Oficina Regional pertinente de la OMS y se considera el «día de notificación del brote». Todas las líneas de tiempo mencionadas en estos POE se cuentan a partir del “Día 0” a menos que se especifique diferente.

Todos los eventos de poliovirus deben desencadenar las siguientes respuestas:

- Investigación de salud pública de los casos y sus contactos, y sus comunidades locales. En caso de una muestra ambiental positiva, la investigación debe centrarse en la zona de captación y la población que está siendo muestreada por el sitio de vigilancia ambiental.
- Evaluación del riesgo basada en los resultados de la investigación de salud pública.
- Reforzar la vigilancia.
- Abogacía estratégica y comunicación de riesgos.

Para todos los brotes y algunos eventos de alto riesgo (que se considera que requieren una respuesta de vacunación), el Día 0 sigue siendo el mismo a los efectos del monitoreo de la respuesta operativa, incluso si se dispone de nueva información que confirme la transmisión en una etapa posterior.

4. Ver “Reglamento sanitario internacional (2005) 3ª ed. Geneva: World Health Organization; (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>, consultado el 15 de noviembre 2021)

En caso de un evento de bajo riesgo sin respuesta con vacunación, la información de secuenciación genética para nuevos aislamientos puede confirmar posteriormente la transmisión retrospectivamente. En este caso, la GPEI puede considerar la posibilidad de ajustar el Día 0 a la fecha de recepción de la nueva información de secuenciación que requirió la respuesta de vacunación.

INVESTIGACIÓN

El país debe investigar todo aislamiento de poliovirus de notificación obligatoria en virtud del RSI, de cualquier fuente humana o ambiental. La GPEI apoyará al país según sea necesario.

En virtud del RSI, se requiere notificación para todos los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. Para la polio, esto incluye la detección en fuentes humanas o no humanas de:

- WPV
- VDPV (tipo 1, 2, or 3),
- y virus Sabin tipo 2 / Sabin-like tipo 2 de las áreas donde Sabin OPV2 no se haya utilizado en los cuatro meses anteriores (Los virus Sabin-like tipo 1 y tipo 3 no son notificables)

El centro nacional de enlace del RSI debe notificar a la OMS, en un plazo de 24 horas, al punto focal del RSI en la oficina regional respectiva de la OMS todos los poliovirus de notificación obligatoria, sin esperar a la clasificación final.

Las autoridades sanitarias locales deben iniciar la investigación dentro de las 24 horas posteriores al informe de un aislamiento de poliovirus. El enfoque más efectivo es una investigación epidemiológica y social conjunta con el apoyo del nivel nacional de cualquier caso y comunidad afectada, así como la recopilación de datos nacionales pertinentes. También se puede llevar a cabo una investigación detallada de casos ante la presencia de una agrupación de casos compatibles (dos casos en un solo distrito o dos distritos vecinos en cuatro semanas) y, en algunos casos, un caso de PFA “caliente”⁵ antes de la confirmación de laboratorio.

La información de la GPLN y la investigación epidemiológica y social se utilizan para describir las características del virus y determinar si hay evidencia de transmisión comunitaria. Esto informará la evaluación y clasificación de riesgos. Las situaciones epidemiológicas ominosas y las alertas deben investigarse inmediatamente sin esperar los resultados de la investigación de laboratorio y la clasificación final del virus.

En el cuadro 1 se esbozan el alcance y los objetivos de una investigación.

5. Un caso de PFA “caliente” es un caso que cumple al menos 3 de los siguientes criterios o los criterios definidos por el país o la región: menos de cinco años de edad; menos de tres dosis de OPV o tienen un estado vacunal de OPV desconocido; 3) progresión rápida de la parálisis; 4) parálisis asimétrica; 5) fiebre al inicio del cuadro clínico. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre los casos “calientes”.

Tabla 1: Investigación de poliovirus aislados de casos de PFA, contactos o vigilancia

Componentes de la investigación	Objetivos
<p>Parte A: Investigar el caso o aislamiento ambiental y el contexto local</p> <ol style="list-style-type: none"> Investigación detallada de un poliovirus aislado de un caso de PFA o un contacto de un caso de PFA Investigación del sitio del aislamiento de la vigilancia ambiental Describir el contexto comunitario de cualquier aislamiento detectado, independientemente de la fuente: <ul style="list-style-type: none"> Inmunidad de la población Resultado de las ASV recientes Características de la población, movimientos poblacionales y rutas migratorias Mapeo social comunitario y determinantes 	<ul style="list-style-type: none"> Recopilar información para confirmar el evento/brote y los riesgos asociados Identificar la posible fuente de infección/causas del evento/brote Determinar el número y las características de los casos, el contexto de los aislamientos ambientales Formular medidas de control (vacunación y vigilancia) para interrumpir la transmisión y prevenir la propagación
<p>Parte B: Determinación de la extensión geográfica de la transmisión</p> <ol style="list-style-type: none"> Búsqueda de casos adicionales de PFA y pruebas de transmisión del virus en la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> Datos de vigilancia Muestreo de contacto del caso de PFA (para casos de PFA con investigación inadecuada) Muestreo de heces dirigido a niños sanos (<i>según la guía de vigilancia de GPEI</i>) Búsquedas activas comunitarias Búsquedas activas institucionales Otras actividades de alcance comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la extensión geográfica y evaluar el riesgo de transmisión adicional Perfeccionar y mejorar las medidas de control para interrumpir la transmisión y evitar la propagación geográfica

Parte A: Investigar el caso o aislamiento ambiental y el contexto local

1. Investigación detallada de un aislamiento proveniente de un caso de PFA o un contacto

Para cualquier poliovirus aislado de un niño o adulto (caso de PFA o contacto), realice una historia clínica y neurológica detallada y un examen. Recopile un historial detallado de fiebre, progresión de debilidad, tratamiento, inyecciones y vacunación (incluidas todas las dosis de rutina y ASV de cualquier vacuna contra la polio, la fecha de la última vacunación y las razones de cualquier dosis omitida). Los antecedentes clínicos y familiares

deben incluir cualquier signo o síntoma de inmunodeficiencia primaria, y una prueba de inmunoglobulinas cuantitativas cuando esté indicado.

Se requiere una investigación epidemiológica (es decir, persona, lugar y tiempo) y social urgente del caso de PFA. No se deben recolectar muestras de contactos cercanos si se han recolectado muestras adecuadas de heces del caso de PFA y se ha confirmado el poliovirus. Es importante recopilar información detallada sobre el historial de vacunación, el historial médico, el historial de viajes, población especial o situación de alto riesgo, el contexto socioeconómico y

comunitario, la distancia al centro de salud u otras barreras para la vacunación, y otra información relevante. La investigación también debe considerar cualquier sitio de vigilancia ambiental existente en las cercanías del caso. El formulario GPEI, '*Detailed epidemiologic case investigation form*',⁶ proporciona una plantilla guía para una investigación epidemiológica y social conjunta.⁷

2. Investigar el sitio de un aislamiento de la vigilancia ambiental

Describa el área de captación del sitio de muestreo infectado y otros sitios de recolección en el área, incluida información sobre la demografía de la población (especialmente los grupos de alto riesgo), el movimiento de la población, las instituciones relevantes (por ejemplo, instalaciones de salud, escuelas, instalaciones esenciales de poliovirus como un fabricante o laboratorio de vacunas contra el poliovirus) y estaciones de autobuses u otros centros de transporte.

Describa el sistema de alcantarillado o drenaje en el sitio de recolección, complementado con imágenes del sistema de información geográfica (SIG) cuando sea posible (por ejemplo, perfil de elevación, vínculos con otros sitios y densidad de viviendas). Documentar la historia del sitio, el calendario de recolección, el número y la frecuencia de las muestras recolectadas, la puntualidad e integridad de la recolección, y la proporción de muestras positivas para enterovirus. Registre cualquier poliovirus detectado, incluido el virus Sabin.

Para el aislamiento del virus Sabin 2, investigue inmediatamente utilizando la guía de campo y la plantilla de investigación disponible (a menos que el aislamiento haya sido dentro de los cuatro meses posteriores a una respuesta de OPV del tipo 2 en el área inmediata).

La detección de nOPV2 (en humanos o en el medio ambiente) en un área que nunca ha implementado una ronda de vacunación con nOPV2 o implementado tales rondas más de cuatro meses antes del aislamiento del nOPV2, también debe desencadenar una investigación inmediata y una evaluación del riesgo. Los resultados de la investigación deben compartirse con los equipos regionales de respuesta a la polio, el GPRB y la GPLN. Un subconjunto importante de nOPV2 se someterá a la secuenciación completa del genoma para determinar si los sitios de atenuación se mantienen a través de transmisiones posteriores en las comunidades donde se había utilizado la vacuna. Cualquier nOPV2 aislado para el que el número de mutaciones en VP1 sea > 6 nucleótidos puede desencadenar investigaciones, evaluación de riesgos y hallazgos que se compartirán entre todas las partes interesadas (por ejemplo, equipos regionales de respuesta a la polio, GPRB, equipo de vigilancia, GPLN, etc.) para determinar el camino a seguir.

3. Investigar posible liberación del virus a partir de un laboratorio, instalación o importación

En la investigación del WPV (en un país no endémico) y de otros poliovirus aislados debe considerarse la posible liberación del virus a partir de un laboratorio u otra instalación, o la importación (por ejemplo, por un viajero), particularmente cuando la secuenciación genética para determinar el origen aún está pendiente.⁸

6. Ver "Detailed epidemiologic case investigation form". GPEI guidance. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2011 (ver el documento dentro de la biblioteca GPEI <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/> consultado el 15 de noviembre de 2021)

7. Durante la preparación para los brotes y la planificación de la respuesta deben desarrollarse herramientas específicas a cada país para investigar la detección de poliovirus. Para llevar a cabo la investigación, un equipo nacional debe ser entrenado como desarrollo de capacidades básicas para la implementación del RSI o vigilancia y respuesta integrada a las enfermedades (IDSR).

8. Ver "Tratamiento de la exposición a poliovirus vivos relacionada con instalaciones desde el punto de vista de la salud pública: Orientaciones para los países que albergan instalaciones donde se mantienen poliovirus vivos acerca del tratamiento de las personas expuestas" en la biblioteca del sitio web de la GPEI, https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/2020_Public_Health_Management_of_Facility-related_Exposure_to_Live_Polioviruses_ES.pdf, consultado en 24 de noviembre de 2022.

4. Describir las características de la comunidad de cualquier aislamiento detectado, independientemente de la fuente

La información que se describe a continuación debe recopilarse después de la detección de poliovirus en una comunidad previamente no infectada. Para cualquier detección posterior en la misma área, debe concentrarse los esfuerzos en actualizaciones significativas de la información general recopilada anteriormente.

Inmunidad de la población

- Desarrollar un perfil de inmunidad con base en la información disponible, como el estado de vacunación y tipo de vacuna que recibieron los casos de PFA no polio, los datos de cobertura de vacunación de rutina y ASV, y las encuestas de inmunización comunitaria.
- Determinar las características de los niños no vacunados y parcialmente vacunados, las poblaciones de alto riesgo o especiales, y examinar el comportamiento de búsqueda de salud.
- Para los aislamientos de tipo 2, distinga cuidadosamente entre la inmunidad al poliovirus tipo 2 y a los poliovirus de tipo 1 y 3, y preste especial atención a las cohortes de nacimiento nacidas desde el switch o desde el último uso de vacuna OPV con el componente tipo 2.
- Estimar la población que no ha recibido la vacuna oral contra la polio o que está protegida únicamente por la vacuna inactivada contra la polio (IPV) para el poliovirus tipo 2. Recopilar evidencia epidemiológica de cualquier detección de poliovirus pasada (WPV o VDPV) en las comunidades afectadas o circundantes.
- Revisar los patrones documentados de incidencia y transmisión de enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles por vacunación, prestando especial atención a las enfermedades con transmisión fecal-oral, como el cólera y la diarrea sanguinolenta aguda.

Resultado de ASV reciente

- Utilizar la cobertura de vacunación, el monitoreo independiente (MI) y los indicadores de muestreo de garantía de calidad de lotes (LQAS) de las ASV recientes para definir lo siguiente: i) número y características (incluido el sexo) de los niños no vacunados; ii) razones de la no vacunación de niños; y iii) cualquier intervención que haya funcionado para llegar con éxito a los niños previamente no vacunados.
- Para cualquier poliovirus de tipo 2, además de la información sobre cualquier detección de Sabin 2 o VDPV2 posterior al switch, recopile detalles adicionales sobre la última vez que se utilizó la tOPV, mOPV2 o nOPV2; calidad de la gestión de la vacuna que contiene al tipo 2 y medidas adoptadas para buscar cualquier vial restante de tOPV, mOPV2 o nOPV2.

Características de la población, movimiento y rutas migratorias.

- Obtener una visión general de la población afectada, incluyendo información sobre la densidad de población, la estructura social y las redes, la presencia de residentes minoritarios o no locales, y la conciencia de la comunidad sobre la polio y la vacunación.
- Resaltar cualquier restricción de seguridad y acceso.
- Tomar nota de los principales movimientos de población debido a la migración económica, estacional o nómada, la peregrinación religiosa, la inseguridad o los desastres naturales.

Mapeo social comunitario y determinantes.

- Utilizar fuentes formales o informales para obtener una apreciación de la práctica de vacunación y la aceptación de la vacuna en la comunidad, incluidas las barreras relacionadas con el género para la vacunación (a través de un análisis rápido de género).
- Recopilar información general sobre el alcance de los medios, las personas influyentes en la comunidad y los grupos sociales y lingüísticos relevantes.

Parte B: Determinación de la extensión geográfica de la transmisión

5. Búsqueda comunitaria de casos adicionales de PFA y evidencia de transmisión del virus

Una vez que se ha detectado un poliovirus de cualquier fuente, se requieren pasos adicionales para determinar la extensión geográfica de la posible transmisión. Estas actividades pueden incluir una revisión de los datos de vigilancia, la investigación de los contactos de PFA, otros en la comunidad y centros de salud que utilizan estrategias que a menudo forman parte de la vigilancia rutinaria del poliovirus, pero también son útiles en circunstancias específicas después de que se haya confirmado un poliovirus (véase también la Sección 8 sobre la vigilancia de rutina mejorada).

Datos de vigilancia

- Llevar a cabo un examen detallado de la vigilancia de la polio en todo el país (y en las zonas limítrofes de los países vecinos, según sea necesario) para analizar el riesgo y determinar la calidad y la sensibilidad del sistema de vigilancia actual, prestando especial atención a las zonas infectadas por la poliomielitis y limítrofes.
- Incluir una revisión de los indicadores de vigilancia de la PFA en el nivel administrativo más bajo aplicable, que incluya (pero no se limite a) la detección de PFA, la calidad de las muestras de heces y el perfil de vacunación de los niños con PFA no polio de 6 a 59 meses desagregado por sexo, durante los últimos tres a cinco años.
- Comprender y mapear áreas inaccesibles y poblaciones de alto riesgo para garantizar que no haya puntos ciegos dentro del sistema de vigilancia.
- Considerar la evidencia de la implementación de las recomendaciones para el fortalecimiento de la vigilancia de los programas o evaluaciones recientes de la vigilancia.

La investigación adicional en la comunidad y los centros de salud requiere de mucho

tiempo y recursos, por lo que necesita una estrecha coordinación con los colegas de vigilancia y laboratorio pertinentes para prepararse para el surgimiento de cualquier requisito.

A menos que se indique lo contrario, las estrategias a continuación solo deben implementarse como parte de la investigación de campo después de la detección de un nuevo caso de VDPV no clasificado o una nueva muestra ambiental positiva (VDPV o WPV) en un área que no ha documentado una transmisión en los últimos 12 meses.

Las estrategias de investigación posiblemente relevantes incluyen:

El muestreo de contacto de PFA (también conocido como muestreo de contacto directo y muestreo de contacto cercano) generalmente se realiza cuando un caso de PFA tiene muestras de heces inadecuadas para la confirmación de laboratorio del poliovirus: el muestreo de contacto de PFA se utiliza para la confirmación de poliovirus en el laboratorio. Las personas en contacto con casos de PFA tienen una mayor probabilidad de infección asintomática y excreción de virus que las personas que no han tenido contacto. La recolección de muestras de heces de contactos de casos de PFA proporciona un enfoque adicional para determinar si el poliovirus es la causa de la parálisis en un caso de PFA. Los resultados positivos de laboratorio de las muestras de contactos se utilizan para confirmar la infección por poliovirus en un caso de PFA que de otro modo no está confirmado por laboratorio. **El muestreo de contactos de PFA no debe realizarse para casos de poliovirus confirmados por laboratorio.** El muestreo por contacto directo no proporciona evidencia de transmisión comunitaria.

En circunstancias específicas durante un brote de poliovirus, el muestreo de contactos de casos de PFA puede ampliarse para todos los casos de PFA durante un período de tiempo limitado. Los ejemplos incluyen casos de PFA fuera de la zona del brote para detectar una mayor transmisión, o casos de PFA dentro de un

un área de seguridad comprometida, en riesgo o de difícil acceso para aprovechar las oportunidades limitadas de llegar a esta comunidad. Las decisiones sobre la expansión deben tomarse a nivel nacional con los colegas de laboratorio. Consulte las orientaciones de muestreo de contactos de PFA y el sitio web de GPEI para obtener más información sobre el proceso de muestreo y etiquetado de muestras.⁹

El muestreo de heces dirigido a niños sanos (también conocido como muestreo de niños sanos, muestreo de contacto comunitario, muestreo de heces comunitarios o muestreo de heces de niños asintomáticos) debe realizarse después de un nuevo aislamiento de VDPV cuando no se haya confirmado la transmisión comunitaria. La decisión de realizar un muestreo específico de heces en niños sanos debe tomarse en estrecha coordinación con los equipos nacionales de vigilancia y laboratorio. Se recomienda recolectar y realizar pruebas de laboratorio de una muestra de heces de 20 niños asintomáticos (es decir, niños sin PFA) para determinar si el poliovirus está presente y, por lo tanto, hay transmisión en la comunidad.

Si ya hay evidencia de transmisión en toda la comunidad, no se deben realizar muestreos de heces dirigidas a niños sanos. Los niños (<5 años de edad, pero preferiblemente <2 años de edad) sin evidencia de PFA y que no han tenido contacto con el caso de PFA dentro de la semana anterior o dos semanas después del inicio de la parálisis, deben ser objeto de recolección de muestras. El objetivo es identificar a los niños que residen en la misma comunidad pero que no son contactos estrechos.

Cualquier decisión de hacer un muestreo de heces dirigido a niños sanos debe tomarse a nivel nacional en consulta con los colegas de laboratorio. Consulte las orientaciones de muestreo de contactos de PFA y el sitio web de GPEI para obtener más información sobre el proceso de

muestreo y etiquetado de muestras.¹⁰

Búsqueda comunitaria. Para cualquier área con una muestra de VDPV recién detectada o un aislamiento en la vigilancia ambiental (ES), debe hacerse una búsqueda casa a casa para identificar a cualquier persona con inicio repentino de debilidad o parálisis en una o más extremidades en los últimos 60 días, que puede ayudar a determinar si hay alguna transmisión comunitaria adicional. El número de hogares a visitar dependerá de la densidad de población local y otros factores de riesgo. Los mecanismos existentes (si están disponibles) para la vigilancia basada en la comunidad deben utilizarse para la búsqueda en hogares de la comunidad. Las autoridades nacionales y/o los órganos consultivos de expertos técnicos de la GPEI pueden proporcionar más orientación.

Búsquedas institucionales. Realizar búsquedas retrospectivas de casos en centros de salud (curanderos formales, informales y tradicionales) y documentar los hallazgos. Incluir al menos exámenes de registro de seis meses para los casos de PFA no detectados/no notificados; e investigar los casos de PFA no reportados. Evaluar el conocimiento de los médicos sobre la vigilancia de la PFA y el rendimiento y las capacidades de vacunación contra la polio y proporcionar capacitación según sea necesario. Complete una búsqueda de viales de tOPV, mOPV2 o nOPV2 cuando corresponda.

Otro alcance comunitario. Como parte de la búsqueda de cualquier caso de PFA, incluso durante la búsqueda comunitaria, los investigadores deben involucrar a los líderes locales y personas influyentes en la comunidad y sensibilizarlos sobre la definición de caso de PFA y la importancia de la notificación temprana de PFA. Si ya existen mecanismos de vigilancia basados en la comunidad, los investigadores deben entrevistar a los informantes de la comunidad para conocer cualquier posible caso de PFA no reportado.

9. Jod Aid Use of PFA contact sampling and targeted healthy children stool sampling: GPEI. Geneva: Global Polio Eradication Initiative 2019. (consultar el documento en la biblioteca GPEI: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>, consultado en 24 de noviembre de 2022.

10. Jod Aid Use of PFA contact sampling and targeted healthy children stool sampling: GPEI. Geneva: Global Polio Eradication Initiative 2019. (consultar el documento en la biblioteca GPEI: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>, consultado en 24 de noviembre de 2022.

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

EVALUACIÓN INICIAL DEL RIESGO

El aislamiento de un poliovirus en un área previamente no infectada representa un evento o brote que requiere que las autoridades nacionales completen una evaluación inmediata del riesgo para informar el tipo y la escala de la respuesta. El propósito de la evaluación del riesgo es revisar las características virológicas y epidemiológicas del virus, evento o brote recién detectado y determinar el nivel de riesgo adicional de propagación local o internacional como alto, medio o bajo.

El análisis de riesgo es presentado por las autoridades nacionales/el equipo nacional de erradicación de la polio a los equipos regionales de respuesta a la poliomiélitis y el GPRB dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de un resultado de secuenciación genética o confirmación del brote. La evaluación revisa los factores críticos, así como la información de la investigación de campo que influirá en el tipo y la escala de la respuesta y permite a la GPEI recomendar acciones apropiadas.

Riesgo virológico

Una evaluación del riesgo aborda tres elementos de riesgo: virológico, contextual y riesgo de transmisión internacional (véase el cuadro 2).

Con base en la experiencia adquirida desde que la propagación internacional de la polio fue declarada una “Emergencia de salud pública de importancia internacional” (ESPII), en comparación con los otros dos tipos de polio, los brotes de cVDPV2 tienen el mayor riesgo de volverse persistentes, propagarse internacionalmente y no estar bajo control en un plazo de 120 días. Esto se debe a la ausencia de inmunidad de la mucosa intestinal

de la población en muchos países y muchos grupos de edad y la mayor propensión de Sabin tipo 2 a revertir a un VDPV2. Del mismo modo, un brote de WPV2 debido a una falla en la contención sería un riesgo muy alto, particularmente en áreas con saneamiento deficiente y baja cobertura de IPV.

Por definición, se requieren dos VDPV genéticamente vinculados para clasificar el virus como circulante, por lo que el primer virus detectado puede clasificarse inicialmente como un aVDPV. Sin embargo, actualmente una sola detección nueva de VDPV2 también puede indicar un alto riesgo de transmisión adicional y brote de cVDPV2, dependiendo del contexto local. El riesgo es mayor si el aislamiento de VDPV2 ocurre en un área previamente no infectada sin vacunación tipo 2 en los últimos seis meses; además, cuanto mayor sea la divergencia genética de Sabin tipo 2, mayor será el riesgo del brote. Por el contrario, un nuevo VDPV2 con menos cambios de nucleótidos en un área con uso reciente de Sabin OPV2 tiene un riesgo mucho menor de circulación. Un análisis de datos reciente indica que casi el 90% de los VDPV2 detectados en casos de PFA desde el “switch” de tOPV a bOPV (2016), establecieron circulación y se clasificaron posteriormente como cVDPV2. Esta proporción aumentó al 97% si la detección de VDPV fue más de seis meses después del último uso de OPV tipo 2. Entre los VDPV detectados a través de la vigilancia ambiental, se demostró que en el 40% había circulación y esto aumentó al 89% si la detección fue más de seis meses después del último uso de OPV tipo 2. El aislamiento de nuevos VDPV en áreas de difícil acceso para la vacunación y vigilancia subóptima también presentan un alto riesgo de que se establezca la transmisión, propagación geográfica y transmisión local silenciosa.¹¹

11. Presentación: GPEI Cessation Risk Task Team (CRTT) modelling groups (2021, April 16), quarterly meeting of the GPEI CRTT (virtual by MS Teams)

El riesgo general de aparición y transmisión de VDPV1 y VDPV3 es mucho menor que para el tipo 2 y está relacionado principalmente con la cobertura de inmunización de bOPV. Desde 2016, los brotes causados por cVDPV1 y cVDPV3 han sido en su mayoría pequeños y localizados. Sin embargo, se detectó una propagación internacional de VDPV1 entre Malasia y Filipinas en 2019. WPV1, el último poliovirus salvaje que persiste, también es un virus de alto riesgo y capaz de propagarse a larga distancia. Sin embargo, dada la mayor inmunidad intestinal de la población debido al uso de bOPV en la vacunación de rutina y los ASV, el riesgo está directamente relacionado con la cobertura de inmunización en las poblaciones afectadas. La infección por WPV3 como resultado de una ruptura en la contención presentaría un riesgo similar.

Todos los aislamientos de virus de tipo 2 requieren una atención especial al realizar una evaluación de riesgo y determinar el tipo y la escala de respuesta. Tras la retirada mundial del poliovirus tipo 2 de la vacuna OPV de los programas de inmunización de rutina en abril y mayo de 2016, existe un riesgo creciente de propagación muy rápida del virus asociada con la disminución de la inmunidad de la mucosa en los niños.

Todas las detecciones de poliovirus de tipo 2 (VDPV2 o WPV2) requieren de una consulta con los equipos regionales de respuesta a la polio y serán consideradas por el Grupo Asesor de Sabin OPV2 /Grupo de Liberación de nOPV2 del GPRB, para revisar la evaluación del riesgo y evaluar la necesidad de una respuesta con la vacuna oral contra la polio tipo 2.

Una detección de Sabin tipo 2 o virus Sabin-like en un área donde Sabin OPV2 no se ha utilizado en los cuatro meses anteriores debe ser notificada, según el RSI. Tal hallazgo puede reflejar el uso continuo y / o no autorizado de tOPV o Sabin OPV2 monovalente, ya que los niños vacunados con OPV continúan eliminando el virus Sabin durante aproximadamente tres meses. Por esta razón, la detección de Sabin tipo 2 o virus Sabin-like de cualquier fuente

cuatro meses o más después del último uso de Sabin OPV2 requiere de una investigación, evaluación de riesgo y notificación del RSI a la OMS.

La evaluación e investigación inicial del riesgo de un aislamiento de poliovirus tipo 2 debe iniciarse inmediatamente aún en espera de la secuenciación genética (PV2) en el laboratorio en un área que no implementó ninguna ronda de OPV2 en los últimos seis meses, especialmente si también existen otros factores de riesgo epidemiológicos.

Si se detecta un virus nOPV2 (en humanos o en el medio ambiente) en un área que nunca ha implementado una ronda de vacunación con nOPV2 o implementado tales rondas más de cuatro meses antes del aislamiento del nOPV2, se debe iniciar una investigación y evaluación de riesgos para determinar la fuente. El programa del país debería compartir inmediatamente las conclusiones con los equipos regionales de respuesta a la polio y de respuesta a brotes y el GPRB.

Riesgo contextual

Se proporciona un resumen detallado de los elementos para ayudar a los países a preparar una evaluación robusta del riesgo, junto con recursos y herramientas adicionales (véase el Anexo 1: Panorama general de la evaluación del riesgo para obtener orientación detallada), pero debe incluir:

- análisis cuantitativo y cualitativo detallados y mapeo del movimiento de la población (por ejemplo, comercio, migración, desplazamiento y rutas de viaje y migración como carreteras, lagos y ríos);
- cuantificación de poblaciones especiales por ser de alto riesgo o de difícil acceso (por ejemplo, inaccesibilidad geográfica o cultural, zonas de inseguridad, rechazos de vacunas y eventos centinela);
- modelos de la inmunidad de la población a los tipos de poliovirus de acuerdo con el brote/evento pertinente;

- evaluación detallada de todos los indicadores de vigilancia a nivel subnacional;
- mapeo con sistema de información geográfica (SIG), con énfasis en poblaciones de alto riesgo, áreas urbanas, áreas fronterizas y regiones de difícil acceso por cualquier motivo.

Entidades como la Organización Internacional para las Migraciones, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS pueden proporcionar información crítica sobre la migración de la población y la inseguridad.

Riesgo de propagación internacional

El riesgo de propagación internacional debe considerarse junto con el riesgo virológico y contextual, especialmente si la zona afectada por un brote o un evento de alto riesgo limita con otro país o tiene vínculos demográficos con otras áreas a través de las fronteras internacionales (por ejemplo, movilidad significativa de la población transfronteriza, rutas de viaje internacionales, etc.). En tales situaciones, es importante iniciar la coordinación transfronteriza necesaria para el desarrollo y la implementación de planes de respuesta en conjunto y complementarios con una sincronización factible de las actividades.

Tabla 2: Elementos para evaluar el riesgo de una mayor transmisión de poliovirus que guiarán la planificación de la respuesta

Elemento de riesgo	Ejemplos de factores de riesgo considerados (no exhaustiva)
Riesgo virológico ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de desviación genética del virus de la vacuna madre, número y naturaleza de los cambios de nucleótidos, e interpretación experta por parte de virólogos, etc.
Riesgo contextual	<ul style="list-style-type: none"> • Detección reciente de poliovirus u otros eventos centinela, sensibilidad del sistema de vigilancia de PFA, alta densidad de población, baja cobertura de vacunación e inmunidad de la población, acceso geográfico, conflictos, poblaciones inaccesibles o de difícil acceso, y movimientos de población, etc.
Riesgo de transmisión internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Zona fronteriza con alta movilidad poblacional, poblaciones nómadas o refugiadas, conflicto transfronterizo, rutas de viaje internacionales, etc.

¹Riesgo virológico considerado alto para cualquier WPV o cVDPV

INCLUSIÓN DE EVENTOS CENTINELA EN LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

Un evento centinela es una información o una ocurrencia de cualquier naturaleza, relacionada o no con la polio, que sugiere que la comunidad o el área geográfica general pueden estar en riesgo de un brote de polio. Los eventos centinela pueden incluir:

- Aparición de enfermedades prevenibles por vacunación (por ejemplo, sarampión, difteria y/o VDPV de cualquier tipo) que sugieren un bajo rendimiento del programa de vacunación de rutina o
- Aparición de una enfermedad con un modo similar de transmisión de persona a persona a la polio;

- Desplazamiento rápido o movimiento continuo de comunidades poco inmunizadas;
- Detección del virus de la vacuna contra la polio tipo 2 de una fuente biológica o ambiental en ausencia de uso de OPV2;
- Encontrar viales de tOPV, Sabin OPV2 monovalente o nOPV2 en la comunidad.

Las comunidades o áreas administrativas con eventos centinela deben incluirse en la investigación y evaluación de riesgos.

EVALUACIÓN CONTINUA DE RIESGOS

Tras la investigación inicial y la evaluación del riesgo, las autoridades nacionales deben seguir recopilando información detallada para actualizar el análisis de la situación y la evaluación del riesgo (es decir, los resultados de las investigaciones de laboratorio, la información detallada sobre las comunidades afectadas, etc.).

5. ESTÁNDARES DE RESPUESTA – DESCRIPCIÓN GENERAL

El alcance de la respuesta a un evento o brote detectado estará determinado por el tipo y la clasificación del poliovirus y la evaluación del riesgo. La clave para una respuesta exitosa e interrumpir la transmisión radica en adaptar las estrategias a medida que la situación evoluciona, en el transcurso de la investigación y la respuesta.

ESTÁNDARES MÍNIMOS DE RESPUESTA PARA EVENTOS Y BROTES DE POLIOVIRUS

La notificación de un nuevo poliovirus, o la propagación del poliovirus a una nueva zona geográfica o población, requiere que las autoridades nacionales y los socios de la GPEI participen firmemente e inicien rápidamente las siguientes acciones:

- 1. Declaración inmediata del brote/evento de alto riesgo como emergencia** por parte del gobierno nacional. Esto sirve como un desencadenante muy importante para todos los pasos posteriores y ayuda a garantizar un enfoque totalmente comprometido de “todo el gobierno”. El más alto liderazgo estratégico de la GPEI (Comité de Estrategia), así como los directores regionales de las regiones de interés de la OMS y el UNICEF, también se coordinarán para proporcionar el apoyo y la promoción necesaria para una respuesta oportuna y eficaz a los brotes.
- 2. Investigación detallada y evaluación de riesgos.** Los detalles sobre la investigación y la evaluación del riesgo se han examinado en los capítulos 3 y 4.
- 3. Intensificación de la vigilancia** para aumentar la sensibilidad y la confianza en que cualquier transmisión continua de persona a persona del poliovirus se detectará rápidamente (véase la investigación en los capítulos 5 y 8).
- 4. Planificación de la respuesta de vacunación.** La coordinación, la planificación, la presupuestación, la participación de la comunidad y el monitoreo robusto son funciones fundamentales para una respuesta exitosa. Los esfuerzos de comunicación de riesgo y movilización social deben adaptarse al contexto del evento o brote y apoyar la mejora de la vigilancia, las actividades de respuesta a la vacunación y la vacunación de rutina. En todas las respuestas a la emergencia de polio es necesario supervisar e informar de todas las intervenciones para mejorar la vigilancia, la vacunación y la comunicación.
- 5. Alcance de la vacunación.** La extensión de las campañas de vacunación variará según la evaluación de riesgos. Todas las emergencias de polio con transmisión local, ya sea VDPV o WPV, deben tener preferiblemente una respuesta de vacunación con OPV de tipo específico dentro de los 14 días posteriores a la notificación de laboratorio (más detalles en la sección sobre respuesta con la vacunación). En algunas circunstancias, una emergencia de polio sin transmisión local comprobada puede justificar la respuesta de vacunación, según la evaluación del riesgo.

El aislamiento de un iVDPV requiere una evaluación cuidadosa para garantizar que todos los miembros del hogar y los contactos cercanos de la comunidad estén inmunizados con IPV. No se requieren ASV a mayor escala a menos que se establezca la circulación en la comunidad. Un portador de iVDPV debe recibir la terapia adecuada para su síndrome de inmunodeficiencia subyacente y se le debe ofrecer un tratamiento óptimo contra el poliovirus cuando esté disponible.

6. Definir y planificar una respuesta de alta calidad a los brotes. Una respuesta integral al brote debería ser capaz de detener el brote de polio dentro de los 120 días posteriores a la notificación, e incluye la investigación, la vigilancia y la vacunación, todo ello apoyado por actividades de comunicación y movilización social, incluida la coordinación transfronteriza entre países. Las actividades coordinadas y de alta calidad garantizarán la confianza en la capacidad del país para detectar rápidamente cualquier circulación de poliovirus e interrumpir la transmisión mediante la vacunación. Para la vigilancia, es necesario supervisar cuidadosamente tanto el proceso (por ejemplo, las tasas de notificación de PFA, el rendimiento de laboratorio) como los resultados (por ejemplo, la detección temprana del virus a través de todas las estrategias de vigilancia en poblaciones especiales de alto riesgo).

CLASIFICACIÓN DE BROTES

Todos los brotes de polio y, en algunos casos, los eventos de alto riesgo deben ser clasificados por la Oficina Regional de la OMS pertinente de conformidad con el Marco de Respuesta a Emergencias Sanitarias.¹²

La clasificación es un procedimiento que desencadena políticas de respuesta a brotes en la OMS y en el país o países afectados. La clasificación indicará el nivel de riesgo y determinará las medidas necesarias para gestionar el evento o brote de poliovirus, en el contexto del país. Consulte el Capítulo 9 sobre cómo ampliar la respuesta a los brotes e información detallada sobre el apoyo de la GPEI según la clasificación.

El propósito de la clasificación es:

- informar a todos los asociados de la naturaleza del evento o brote, la respuesta necesaria y la necesidad de movilizar

recursos internos y externos;

- activar los mecanismos de respuesta de la GPEI;
- instar a los gobiernos locales y a los socios de la GPEI a todos los niveles a movilizar recursos para el apoyo, incluidos los recursos humanos inmediatos.

Idealmente, el brote debe clasificarse dentro de los primeros tres días de la detección del brote (día 0). El grado 1 se asigna a los brotes que pueden gestionarse en el país, y el grado 2 a los que requieren un apoyo regional sustancial y/o apoyo técnico de la Sede de la OMS. Las emergencias de grado 3 son de alcance global o involucran a múltiples regiones. Una clasificación es válida durante tres a seis meses, hasta la primera fase de la respuesta al brote, y debe revisarse con nueva información y/o a medida que avanzan las actividades de respuesta.

Los criterios utilizados para clasificar los brotes incluyen: 1) el potencial de transmisión dentro del país y más allá de las fronteras nacionales con base en la evaluación del riesgo (viroológica, contextual, riesgo de propagación internacional); y 2) la capacidad del país para responder y contener el brote, incluida la capacidad de gestión de la vacuna. Dependiendo de las circunstancias, la evaluación de riesgos puede incluir la discusión de la urgencia y complejidad del evento y el riesgo reputacional que puede generar. La capacidad de los países es una evaluación subjetiva basada en la infraestructura de salud y los desafíos actuales de seguridad o acceso. La Figura 1 presenta una matriz de riesgo general para clasificar un evento o brote.

12. Ver "Emergency Response Framework (ERF)", 2 ed. World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241512299>, pág. 28, consultado el 15 de noviembre de 2021)

Figura 1: Matriz de riesgo general para la clasificación de un evento o brote

Capacidad de respuesta de los países			
Riesgo de transmisión local o internacional	Fuerte	Moderado	Débil
Bajo	Grado 1	Grado 1	Grado 2
Medio	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Alto	Grado 2	Grado 3	Grado 3

PLAZOS ESTÁNDAR PARA LA RESPUESTA A LOS BROTES

En el cuadro 3 se esbozan las principales medidas y plazos para la respuesta a los eventos y brotes (véase en el anexo 2 una lista detallada desde el día 0 hasta el fin del brote). Es esencial establecer rápidamente mecanismos de coordinación entre los países

y los asociados de la GPEI a todos los niveles, incluidas las oficinas regionales de ERR/IMST, OMS y UNICEF, así como el GPRB. Esto puede incluir llamadas multinivel con oficinas subregionales de coordinación de brotes, oficinas regionales y socios mundiales. Tras la consulta inicial, las operaciones cuentan con el apoyo del Grupo de Respuesta y Preparación ante Brotes de la GPEI para gestionar la coordinación con todos los socios.

Tabla 3. Pasos principales y plazos para los componentes críticos de la respuesta a eventos y brotes

Línea de tiempo	Acciones de respuesta a todos los aislamientos
En un plazo de 24 horas	Iniciar investigación
	El país y cada organismo colaborador iniciará consultas internas
	El país notificará a la OMS a través del RSI
En un plazo de 48 horas	Iniciar la coordinación de socios a través de GPRB
En un plazo de 72 horas	Evaluación y clasificación de riesgos
	Solicitud de vacuna al Grupo Asesor de la liberación de Sabin OPV2 /nOPV2 del GPRB- (si aplica)
	Iniciar el desarrollo del plan de respuesta (vigilancia, vacunación, movilización social)
	GPEI debe coordinar y desplegar un equipo de respuesta rápida, según sea necesario
En un plazo de 7 días	El Gobierno Nacional declarará el brote como Emergencia Nacional de Salud Pública
En un plazo de 14 días	Ronda de respuesta rápida. Si no se implementa dentro de los 14 días, pasar a la ASV1
En un plazo de 56 días Monitoreo independiente y resultados de LQAS que se compartirán con los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB dentro de los 14 días posteriores al final de cada campaña	Primera ronda a gran escala y segunda ronda a gran escala (<i>barrido que se implementará preferiblemente dentro de los 21 días posteriores al final de la segunda ronda a gran escala</i>) Examinar la calidad de la vacunación: <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo independiente • LQAS
Evaluaciones de la respuesta a los brotes (OBRA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera evaluación en un plazo de tres a cuatro meses a partir de la notificación del brote 2. Evaluaciones trimestrales de seguimiento y revisiones de escritorio durante el curso del brote 3. Evaluación final después de al menos seis meses sin detección de poliovirus 4. Revisiones de escritorio adicionales / OBRA en brotes prolongados, según corresponda

6. RESPUESTA DE VACUNACIÓN

El objetivo principal de la respuesta de vacunación es interrumpir rápidamente la transmisión del poliovirus de persona a persona y, por lo tanto, proteger a la población vulnerable. Tanto el momento como la calidad de la respuesta de vacunación son de importancia crítica. Para lograr la interrupción del virus, se requiere una respuesta rápida de vacunación en una población y un ámbito geográfico suficientemente grandes. La vacunación de alta calidad protegerá a las personas de la infección por poliovirus y evitará futuros brotes si ocurriese una importación del poliovirus.

La vacuna oral contra la polio, apropiada para el tipo de poliovirus, induce inmunidad de la mucosa intestinal y sigue siendo la vacuna de elección para interrumpir la transmisión rápidamente y detener los brotes de polio. La vacuna más adecuada se selecciona con el apoyo técnico de la OMS y los socios de la GPEI.

VACUNA ORAL CONTRA LA POLIO (OPV) PARA LA RESPUESTA AL BROTE

La vacuna oral contra la polio es la principal herramienta de vacunación utilizada en la lucha para erradicar la polio. Existen diferentes tipos de vacuna oral contra la polio, que pueden contener uno o una combinación de dos o los tres tipos de poliovirus atenuados. La vacunación con OPV permite a los individuos montar una respuesta inmune contra el poliovirus. Todos los países que han erradicado la polio utilizaron la OPV para interrumpir la transmisión del virus de persona a persona.¹³

Sabin monovalente OPV2

Desde que se retiró el poliovirus tipo 2 de la OPV utilizada para la vacunación de rutina, en 2016, la respuesta de vacunación a los brotes de cVDPV2 solo pudo implementarse utilizando OPV monovalente de Sabin tipo 2

bajo la autorización del Director General de la OMS. Si bien la vacuna Sabin monovalente OPV2 (mOPV2) es eficaz para detener la transmisión, tiene un riesgo de reversión a la neurovirulencia y, por lo tanto, de sembrar nuevos brotes en las áreas donde las campañas de vacunación alcanzan una cobertura de vacunación baja.

OPV trivalente

En 2020, se inició el uso de OPV trivalente (tOPV) bajo la autorización del Director General de la OMS, para responder a brotes simultáneos de cVDPV2 y cVDPV1, cVDPV3 o WPV1. La OPV trivalente es actualmente la vacuna de elección para responder a la cocirculación del poliovirus tipo 2 y otros tipos de poliovirus.

Nueva OPV2

Después de ser incluida en la Lista de Uso de Emergencia (EUL) en noviembre de 2020, en marzo 2021 se utilizó la nueva OPV2 (nOPV2) por primera vez en la respuesta a brotes. El SAGE ha aprobado un marco de priorización para las vacunas de tipo 2 para la respuesta al brote de cVDPV2 con fases claras y distintas [Fase A: Recomendación previa a la EUL, preparación para el uso de nOPV2; Fase B: Uso inicial de nOPV2 bajo recomendación provisional de EUL; Fase C: Uso más amplio de nOPV2 en virtud de la recomendación provisional de la EUL; Fase D: nOPV2 licenciada y precalificada]. La nOPV2 se utilizó en su "período de uso inicial" bajo el EUL de marzo a septiembre de 2021. En octubre de 2021, el SAGE respaldó la transición de nOPV2 a su siguiente fase de uso, con base en varios factores, incluida la revisión independiente de los datos de seguridad de las campañas celebradas en Nigeria, Liberia, Benín y el Congo. En conjunto, estos países utilizaron más de 65 millones de dosis de nOPV2 durante el "período de uso inicial".

13. <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-vaccines/opv/>

En la transición de su período de uso inicial a otro más amplio, la nOPV2 será más accesible para la respuesta al brote cuando el suministro lo permita. Es importante mencionar que la nOPV2 se utilizará bajo EUL hasta 2023 y todos los países que planean usar la nOPV2 deben cumplir con los requisitos adicionales de preparación antes del lanzamiento de la vacuna.

De acuerdo con la recomendación del SAGE, los países que enfrentan brotes de cVDPV2 deben evitar demoras y priorizar la respuesta rápida y de alta calidad al brote de cVDPV2 con cualquier vacuna oral contra la polio que esté disponible para ellos. Además, todos los países en riesgo de brotes de cVDPV2 deben prepararse para cumplir los criterios para el uso de nOPV2 y para completar las evaluaciones necesarias de preparación programática de OPV2. El nOPV2 se puede utilizar en las campañas de vacunación a intervalos de 4 semanas de las otras campañas de OPV (tanto para el tiempo previo como posterior a la campaña). No hay limitación en el tiempo entre el uso en campaña de nOPV2 y el uso rutinario de la OPV, así como de la IPV, la vacuna contra el sarampión y otras vacunas no relacionadas con la polio.¹⁴

OPV bivalente

Para todos los brotes de WPV1, cVDPV1 y cVDPV3 (sin ningún brote concurrente de poliovirus tipo 2), bOPV sigue siendo la vacuna de elección.

INICIO

Se justifica una respuesta de vacunación en todos los brotes de cualquier tipo (es decir, salvajes o VDPV de todos los tipos 1, 2 y 3) y eventos de tipo 2 de alto riesgo de la siguiente manera (consulte el capítulo 2 para obtener las definiciones):

- Evento de importación que involucra cVDPV2, a menos que esté asociado a un viaje
- Nuevo evento por la emergencia de un VDPV2 en un ser humano
- Nuevo evento por la emergencia de un VDPV2 en el medio ambiente con

factores de riesgo adicionales (el virus es altamente divergente >12 nt), o en áreas que implementaron ASV con OPV2 hace más de seis meses, vigilancia de la polio de mala calidad, presencia de poblaciones inaccesibles o de difícil acceso y / o presencia de poblaciones desplazadas o altamente móviles).

Los datos epidemiológicos desde 2016 han demostrado que la detección de cualquier cVDPV2, incluso detecciones aisladas en nuevas áreas, es evidencia de transmisión de poliovirus que no había sido detectada o representa un alto riesgo de transmisión en el futuro inmediato. Por lo tanto, los ASV con OPV están justificados después de cualquier detección de cVDPV2, incluso en áreas donde la cobertura reportada de vacunación de rutina con IPV es alta. Aunque la IPV proporciona una protección individual eficaz a través de la inmunidad humoral contra la parálisis, la inmunidad de la mucosa que proporciona es insuficiente para detener la transmisión de poliovirus.¹⁵

En una detección única de WPV1 en el ambiente sin evidencia de transmisión, aún puede justificarse una respuesta de vacunación, si la cobertura de vacunación de rutina es baja (<90%) y/o en presencia de bolsones de susceptibles. Alternativamente, se debe considerar la intensificación de la vigilancia y mejorar las actividades de vacunación de rutina (divulgación, intensificación periódica de la vacunación de rutina, etc.) con especial atención a los grupos de población móviles y otros grupos de población de alto riesgo.

Para aVDPV1 y aVDPV3, no se recomienda una amplia respuesta de inmunización a nivel comunitario; sin embargo, después de la detección en una fuente humana, se puede considerar una respuesta de vacunación limitada que involucre al hogar y otros contactos cercanos, como hogares vecinos, compañeros de juego, etc. Deben reforzarse la vigilancia para detectar la transmisión comunitaria, si la hubiere.

14. Ver WHO department of IVB, Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) meeting, 4-8 October 2021 (https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/10/04/default-calendar/sage_meeting_october_2021). Full meeting report, p 622, consultado el 25 de noviembre de 2022)

15. Kalkowska DA, Duintjer Tebbens RJ, Grotto I, Shulman L, Anis E, Wassilak SGF, Pallansch MA, Cochi SL, Thompson KM. Modeling options to manage population immunity and the impact of asymptomatic wild poliovirus transmission in Israel. *Journal of Infectious Diseases* 2015; 211(11):1800-1812

Eventos asociados a instalaciones de polio (por ejemplo, laboratorio o fábricas de vacunas);

Aparte del uso de la vacuna contra el polio limitado para la persona expuesta/caso, el hogar/familia y otros contactos cercanos, no se recomienda la respuesta de vacunación. Sin embargo, si un problema en la contención de poliovirus resulta en transmisión comunitaria demostrada, se pueden considerar las opciones de respuesta más amplias descritos en estos POE de acuerdo con el serotipo, con base en la investigación epidemiológica y la evaluación del riesgo. Existen orientaciones para la respuesta.¹⁶ Un brote de WPV2 sospechoso o documentado debe gestionarse como para cVDPV2, mientras que un brote de WPV3 debe gestionarse como para WPV1.

iVDPV; El aislamiento de un iVDPV requiere una evaluación cuidadosa para garantizar que todos los miembros del hogar y los contactos cercanos de la comunidad estén inmunizados con IPV. No se requieren ASV a mayor escala a menos que se establezca la circulación en la comunidad. Un portador de iVDPV debe recibir la terapia adecuada para su síndrome de inmunodeficiencia subyacente y se le debe ofrecer un tratamiento óptimo contra el poliovirus cuando esté disponible.

CALENDARIO Y ESCALA DE LAS ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN

La GPEI recomienda una estrategia de vacunación de cuatro pasos para los brotes y eventos de alto riesgo para todos los tipos de poliovirus (tipos 1, 2 y 3) (ver Figura 2). Los cuatro pasos consisten en una ronda de respuesta rápida (RR), seguida de dos rondas a gran escala (ASV1, ASV2) y una ronda obligatoria de barrido. Se justifican otras rondas a gran escala si la transmisión continúa evidenciada por nuevos aislamientos o casos. El objetivo de esta estrategia es garantizar que:

- la respuesta sea lo más oportuna y rápida posible;
- se implementen al menos dos rondas a gran escala de alta calidad;
- revacunación de todas las áreas donde la calidad fue insuficiente.

Para la respuesta de tipo 2, la eliminación de todo Sabin OPV2 (mOPV2/tOPV) o nOPV2 del campo debe realizarse lo antes posible (en los documentos de orientación pertinentes sobre la gestión de la vacuna se dispone de más detalles/plazos de tiempo: <https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/> - Vaccine and Logistic).

Una campaña de vacunación de respuesta rápida (RR)

Para un brote o evento de alto riesgo, una campaña de vacunación RR es la primera respuesta de vacunación. Debe comenzar a más tardar el día 14 y enfocarse en el área donde se aisló el virus para detener la transmisión rápidamente, incluso si la fuente sigue siendo desconocida.

Si la respuesta rápida no puede iniciarse en un plazo de dos semanas, se debe considerar la posibilidad de proceder directamente a la ASV1 con el alcance y la población objetivo adecuados. Esta decisión debe tomarse en conjunto con los equipos regionales de respuesta a evento o brote de polio.

Si la información genética disponible y la investigación de campo detallada indican la posibilidad de que la transmisión del poliovirus haya estado en curso durante mucho tiempo y/o probablemente se haya extendido más allá del lugar de detección en el momento de la notificación, no se justifica una respuesta rápida a pequeña escala. En tales situaciones, la atención debe centrarse en preparar e implementar un ASV1 de alcance adecuado y de buena calidad tan pronto como sea posible.

ASV 1 y ASV 2

Se deben completar dos rondas de vacunación a gran escala de alta calidad (>90% de los niños vacunados), preferiblemente antes del día 42 y a más tardar en el día 56 a partir de la notificación del brote. La respuesta se adaptará al tipo de virus y al contexto local. La duración de la campaña para ASV1 y ASV2 debe ser de cuatro días, pero puede extenderse hasta siete días en función de las necesidades urgentes en el contexto local o de esfuerzos adicionales,

16. Tratamiento de la exposición a poliovirus vivos relacionada con instalaciones desde el punto de vista de la salud pública: Orientaciones para los países que albergan instalaciones donde se mantienen poliovirus vivos acerca del tratamiento de las personas expuestas” en la biblioteca del sitio web de la GPEI. Disponible en: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/2020_Public_Health_Management_of_Facility-related_Exposure_to_Live_Polioviruses_ES.pdf, consultado en 24 de noviembre de 2022

como el despliegue de personal y supervisores adicionales, para completar la campaña y llegar a los niños no vacunados en áreas de bajo desempeño, según lo identificado por el monitoreo durante la campaña o por las observaciones de los supervisores.

Ronda de barrido

Se requiere una ronda de barrido como paso adicional siempre que el monitoreo sugiera que han faltado niños en ciertos distritos o áreas de salud, para garantizar la interrupción de la transmisión (incluso en ausencia de nuevas detecciones de poliovirus). La información para guiar la selección de distritos para el barrido completo puede incluir: monitoreo durante la campaña, monitoreo independiente, relatos de testigos y verificaciones puntuales, LQAS, encuestas posteriores a la campaña o nuevos eventos como movimientos de población y casos nuevos, después de 21 días, en un área donde se han implementado al menos dos ASV. Una ronda de barrido debe incluirse en el plan inicial de respuesta al brote, escalarse e implementarse adecuadamente después de ASV2, y solo cancelarse si TODAS las áreas de salud demostraron una implementación y cobertura de vacunación de alta calidad. Preferiblemente, el barrido debe implementarse dentro de las tres semanas posteriores al final de la ASV2, para lograr el máximo beneficio y aumentar la inmunidad de la población en el menor tiempo posible.

Transmisión mantenida o que no se ha logrado interrumpir y necesidad de ASV adicionales

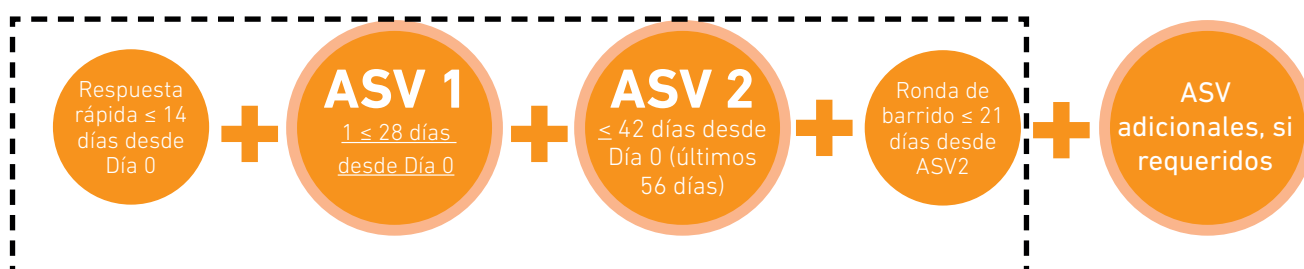
Cualquier WPV o cVDPV detectado en un caso de PFA, muestra de niño sano o ambiental con la fecha de inicio de la parálisis (para casos de PFA) o la fecha de recolección de muestra (para niño sano o muestra ambiental) más de 21 días después del primer día de la última ASV, en un área donde se han implementado al menos dos ASV, es evidencia de transmisión mantenida. Cuando existe un alto riesgo de

circulación continua, se puede utilizar un umbral más corto de 14 días en lugar de 21 para activar una ASV adicional. Las situaciones de alto riesgo incluyen, por ejemplo, cuando hay inaccesibilidad, o evidencia de una ASV de mala calidad durante la respuesta al brote, o brechas en el desempeño de la vigilancia. La decisión de realizar cualquier ASV adicional será tomada conjuntamente por la oficina regional de la OMS, otros socios de la GPEI y las autoridades locales de salud pública.

La transmisión mantenida indica una calidad inadecuada de las ASV y un fracaso para detener la transmisión del poliovirus, lo que requiere rondas de vacunación adicionales. El programa de polio del país debería llevar a cabo una investigación exhaustiva en terreno y una evaluación del riesgo de cualquier transmisión mantenida, incluida cualquier evolución de la epidemiología, de la calidad de las ASV, de la sensibilidad y calidad de la vigilancia de la polio y cualquier otro factor local importante. Los resultados de la investigación y la evaluación del riesgo deben utilizarse para decidir el curso futuro de la respuesta al brote, incluido el alcance de las ASV adicionales. La evidencia de transmisión mantenida requiere una respuesta de vacunación obligatoria; sin embargo, la ausencia de casos no necesariamente niega la necesidad de una mayor vacunación.

Cuando la calidad es claramente inadecuada en una gran área geográfica (con base en las modalidades de monitoreo de la campaña, por ejemplo, encuestas, LQAS, controles al azar, etc.), se identifican aislamientos irruptivos o el brote continúa propagándose a áreas no vacunadas, se deben considerar y planificar ASV adicionales. Se deben completar dos campañas después del último virus detectado. Una ronda de barrido de alta calidad puede considerarse como una de estas campañas, si el área donde se detectó el virus se cubrió dos veces.

Figura 2 Representación visual del calendario y la escala de las actividades de vacunación necesarias



Población objetivo

Las rondas de respuesta rápida, generalmente, deben dirigirse a un mínimo de 100.000 y un máximo de 400.000 niños (la decisión final debe tomarse en función de la población objetivo en la zona del brote y la capacidad del país). ASV1 y ASV2 generalmente deben dirigirse a 1 a 2 millones de niños para cVDPV / WPV tipo 1 y tipo 3, pero debido al mayor riesgo de propagación tipo 2, los eventos o brotes de tipo 2 generalmente deben dirigirse a 2-4 millones de niños.

Es posible considerar aumentar aún más el alcance, en áreas densamente pobladas, o si hay evidencia o riesgo de circulación extensa (por ejemplo, población de brote conectada a un área urbana importante). El alcance geográfico de la respuesta se evalúa caso por caso mediante una evaluación detallada del riesgo, con base en el debate con expertos técnicos (es decir, epidemiólogos, virólogos y expertos del país), para garantizar que se llegue a todas las zonas de alto riesgo, incluidas las zonas de los países vecinos, si es necesario.

Los datos y modelos disponibles indican que para VDPV2 existe una probabilidad de que el tamaño del brote aumente 12% y el riesgo de transmisión 5% cada semana, si no se implementa una respuesta inmediata de vacunación.¹⁷ En promedio, el retraso de un mes en la implementación de la respuesta de vacunación puede requerir un aumento del 35% en el alcance / población objetivo. Por lo tanto, se debe tener en cuenta la probabilidad de propagación de la infección si hay retrasos en la implementación de la respuesta de vacunación, al tiempo que se decide el alcance y la población objetivo.¹⁸ Los retrasos significativos en la notificación de brotes y la implementación de la respuesta de vacunación requieren rondas de vacunación de mayor alcance para detener la transmisión. Esto es particularmente cierto para los brotes de poliovirus tipo 2 y los eventos de alto riesgo, dada la continua disminución de la inmunidad de la mucosa de la población. En los países con agua y saneamiento buenos, la decisión sobre el alcance, la población objetivo y la elección de la vacuna debe considerar el contexto local y los hallazgos de la investigación

epidemiológica.

La población objetivo debe estar dentro de la capacidad del programa para lograr una alta cobertura. Dependiendo del contexto y la capacidad local, se puede considerar la posibilidad de escalonar las campañas para garantizar la calidad en cada región geográfica y demográfica cubierta.

Grupo de edad objetivo

El objetivo de las ASV son los niños menores de cinco años. Se debe considerar ampliar el grupo de edad (hasta 10 o 15 años, o toda la población dependiendo del contexto local) si hay evidencia significativa de circulación del virus entre los grupos de mayor edad. Para los brotes de poliovirus de tipo 2 y los eventos de alto riesgo, se puede considerar el tiempo transcurrido desde el switch de tOPV a bOPV al decidir el grupo de edad objetivo.

Campañas de intervalos cortos

El intervalo entre las rondas ASV utilizando Sabin OPV puede ser tan corto como una semana; esto aplica independientemente del tipo de Sabin OPV utilizado. Por ejemplo, después de una campaña de Sabin OPV2 podría realizarse una ronda con Sabin OPV2 o bOPV cuando sea necesario. Se puede implementar una estrategia de dosis adicionales de intervalo corto en circunstancias especiales cuando hay múltiples poliovirus circulantes y/o cuando surgen ventanas de oportunidad cortas para vacunar (por ejemplo, poblaciones móviles o de difícil acceso). La vacuna nOPV2 se puede utilizar para campañas de vacunación separada por 4 semanas de otras vacunas OPV (tanto para el tiempo previo como posterior a la campaña); no hay limitación para el uso de cualquier OPV y otras vacunas no polio en la vacunación de rutina.

Las estrategias de respuesta recomendadas para países utilizando la OPV según el tipo de poliovirus se resumen en la Tabla 4 y la Tabla 5.

17. Alexander G Shaw, Laura V Cooper, Nicksy Gumedde, Ananda S Bandyopadhyay, Nicholas C Grassly, Isobel M Blake, Time Taken to Detect and Respond to Polio Outbreaks in Africa and the Potential Impact of Direct Molecular Detection and Nanopore Sequencing, *The Journal of Infectious Diseases*, 2021., jjab518. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jjab518>

2. Presentación (análisis para informar las actualizaciones del POE de OBR): GPEI Cessation Risk Task Team (CRTT) modelling groups (2021, April 16), quarterly meeting of the GPEI CRTT (virtual by MS Teams)

Tabla 4: Respuesta a la detección de brote o un evento de alto riesgo de poliovirus tipo 2

Situación		Respuesta a la vacunación			Vacuna de preferencia
		Rondas	Cronograma	alcance/objetivo	
Brote de cVDV2 / Evento de alto riesgo de cVDPV2	Áreas que anteriormente usaban nOPV2	RR	≤14 días	100 000 - 400 000	1. nOPV2 * 2. Sabin OPV2, si no se puede utilizar la nOPV2 o no está disponible
		ASV1	≤28 días	Min. 2-4 millones	
		ASV2	≤42 días (máximo ≤56 días)	Min. 2-4 millones	
		Barrido	≤21 días desde ASV2	Con base en la calidad ASV1/2	
	Áreas sin uso previo de nOPV2 y último uso de Sabin OPV2 hace >2 años	RR	≤14 días	100 000 - 400 000	1. nOPV2 * 2. Sabin OPV2, si no se puede utilizar la nOPV2 o no está disponible
		ASV1	≤28 días	Mín. 2 – 4 millones (más extenso si está justificado)	
		ASV2	≤42 días (máximo ≤56 días)		
		Barrido	≤21 días desde ASV2	Basado en la calidad ASV1/2	
	Áreas sin uso previo de nOPV2 y último uso de Sabin OPV2 hace <2 años	RR	≤14 días	100 000 - 400 000	Sabin OPV2
		ASV1	≤28 días	Mín. 2 – 4 millones (más extenso si está justificado)	
		ASV2	≤42 días (máximo ≤56 días)		
		Barrido	≤21 días desde ASV2	Con base en la calidad ASV1/2	
Áreas con cocirculación de cVDPV2 y PV tipo1/tipo3	Áreas sin uso previo de nOPV2	RR	≤14 días	Según la epidemiología	1. tOPV 2. Decisión debe tomarse caso por caso si no se dispone de tOPV
		ASV1	≤28 días		
		ASV2	≤42 días (máximo ≤56 días)		
		Barrido	≤21 días desde ASV2		
	Áreas con uso previo de nOPV2	RR	≤14 días		Decisión debe tomarse caso por caso
		ASV1	≤28 días		
		ASV2	≤42 días (máximo ≤56 días)		
		Barrido	≤21 días desde ASV2		

* después de cumplir con los criterios de preparación para nOPV2

Nota: Esta tabla (4) se basa en la orientación actualmente disponible de ORPG & Strategy Committee, en un momento de limitada disponibilidad de nOPV2. La orientación se actualizará según sea necesario, con la evolución de la situación y se dará preferencia a una orientación actualizada / revisada del ORPG / Comité de Estrategia

Tabla 5: Respuesta ante la detección de un brote de poliovirus tipo 1 y tipo 3

Situación	Respuesta a la vacunación			Preferencia de vacuna
	Rondas	Cronograma	alcance/objetivo	
Brote de WPV1	RR	≤14 días	100 000 - 400 000	bOPV
	ASV1	≤28 días	Min. 1-2 millones	
	ASV 2	≤42 días (máx. ≤56 días)		
	Barrido	≤21 días desde ASV 2	Con base en la calidad ASV1/2	
Brote de cVDV1 / cVDPV3	RR	≤14 días	100 000	
	ASV1	≤28 días	Hasta 2 millones	
	ASV 2	≤42 días (máx. ≤56 días)		
	Barrido	≤21 desde ASV 2	Con base en la calidad ASV1/2	
Cocirculación del poliovirus tipo 1 y tipo 3	RR	≤14 días	Según la epidemiología	
	ASV1	≤28 días		
	ASV 2	≤42 días (máx. ≤56 días)		
	Barrido	≤21 desde ASV 2		

Vacunación de rutina

El fortalecimiento del programa de rutina sigue siendo un pilar central de la erradicación de la polio. La vacunación con bOPV/IPV y otros antígenos debe continuar como de costumbre y fortalecerse aún más, incluso si las sesiones de vacunación se llevan a cabo el mismo día o dentro de los días de una respuesta al brote. Las estrategias para mitigar cualquier impacto negativo de la respuesta al brote en el programa de rutina deben planificarse con anticipación (por ejemplo, si el personal debe enfocarse en los esfuerzos de la ASV, se deben reprogramar inmediatamente las actividades de vacunación de rutina). Los mecanismos de respuesta a los brotes deben utilizarse adecuadamente para mejorar la cobertura del programa de rutina, prestando especial atención a las zonas o poblaciones de alto riesgo.

CIRCULACIÓN SIMULTÁNEA DE DIFERENTES TIPOS DE POLIOVIRUS

Si diferentes serotipos del poliovirus circulan simultáneamente, la decisión sobre la respuesta debe basarse en la epidemiología y la disponibilidad de vacunas. La OPV trivalente es la vacuna de elección para brotes concurrentes de diferentes tipos de poliovirus. Si la tOPV no está disponible, las rondas de Sabin OPV2 monovalente y bOPV podrían escalonarse en función de la viabilidad operativa. Las decisiones sobre la estrategia de respuesta serán tomadas por los expertos técnicos de la GPEI con base en una revisión cuidadosa de la epidemiología, las áreas geográficas afectadas, la robustez de la capacidad de respuesta y la disponibilidad de vacunas caso por caso.

Recuadro 3

-Durante los brotes concurrentes de cVDPV2 y cVDPV1 o cVDPV3, la respuesta inmediata al cVDPV2 tiene prioridad, en caso de que la tOPV no esté disponible
-No se recomienda la coadministración de mOPV2 y bOPV durante las campañas por razones operativas
-Un evento o brote de polio en un país que ha estado utilizando solo IPV en el programa de rutina requiere consultas inmediatas con la OMS, como para cualquier evento o brote de polio en cualquier lugar.

ELECCIÓN DE LA VACUNA

A continuación, se presentan algunos principios para la toma de decisiones sobre la elección de vacunas para responder a los brotes de poliovirus tipo 2:

- Los países que se enfrentan a brotes de cVDPV2 deben evitar demoras y priorizar una respuesta rápida y de alta calidad al brote de cVDPV2 con cualquier vacuna oral contra la polio que esté disponible para ellos.²⁰
- Los países no serán considerados para utilizar nOPV2 a menos que se verifique que están listos para su uso por el Equipo de Verificación de Preparación de GPEI. No se asignará nOPV2 a ningún país mientras espera a ser verificado.
- Cuando hay cocirculación con serotipos 1 o 3, y no se ha usado la nOPV2, la tOPV es la vacuna de elección. En los países con uso previo de nOPV2 la decisión se tomará caso por caso.

CAMPAÑAS DE ALTA CALIDAD

Al implementar la estrategia de vacunación de cuatro pasos para la respuesta al brote, existe una tensión entre lograr una respuesta oportuna y lograr la cobertura de vacunación deseada (>90%, según lo analizado por la evaluación posterior a la campaña). En entornos donde se detecta poliovirus, la RR (Ronda 0) puede no cumplir con todas las expectativas de calidad (por ejemplo, en situaciones con problemas de seguridad o acceso, dificultades operativas, subpoblaciones de difícil acceso y / o renuencia a la vacunación, o simplemente falta de tiempo adecuado para planificar). Esto es aceptable siempre y cuando la RR sea oportuna. Sin embargo, es fundamental garantizar que la primera y la segunda ronda de vacunación a gran escala (ASV1 y ASV2) lleguen a todos los niños, para poder detener la transmisión del poliovirus. La microplanificación de calidad, el monitoreo de la preparación y el monitoreo dentro y después de la campaña son estrategias esenciales para preparar y lograr campañas de alta calidad. Es poco probable que las campañas de baja calidad (<90%, según la evaluación de la campaña) detengan los brotes.

20. Ver "Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire, 4 June 2021, 96th YEAR, No 22, 2021, 96, 197–216. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342904>. Consultado el 25 de noviembre de 2022.

Si la evaluación posterior a una campaña de respuesta a un brote determinado indica baja calidad, se deben tomar todas las medidas necesarias para asegurar la calidad antes de la campaña siguiente, con especial atención a las debilidades identificadas. La planificación del barrido debe centrarse en gran medida en mejorar la calidad en las áreas que no tuvieron un buen desempeño durante ASV1 y / o ASV2. La calidad subóptima en los cuatro pasos de la respuesta de vacunación (RR, ASV1, ASV2, barrido) puede requerir rondas adicionales cuidadosamente planificadas para abordar la brecha de inmunidad. La decisión de llevar a cabo las rondas adicionales debería adoptarse en estrecha coordinación con los equipos regionales de respuesta a la polio y el GPRB.

Microplanificación de calidad.

La preparación de planes y presupuestos a nivel macro basados en la población objetivo, las condiciones locales y los costos operativos permite a las partes interesadas discutir estrategias y asegurar recursos. Dicha planificación de arriba hacia abajo debe ir acompañada rápidamente de una microplanificación efectiva de abajo hacia arriba (es decir, desarrollar y validar planes a nivel comunitario). Las campañas casa a casa son la modalidad preferida. La experiencia ha demostrado que la implementación casa a casa resulta en una mayor cobertura en la mayoría de los entornos. Se deben considerar estrategias especiales, como los puestos fijos complementados por equipos de divulgación y equipos especiales de vacunación en los mercados y centros de transporte, para llegar efectivamente a los grupos de población de alto riesgo (por ejemplo, nómadas y refugiados) en función del contexto local. La capacitación y la supervisión de apoyo ayudan a garantizar que los microplanes sean de alta calidad. Innovaciones como las imágenes SIG son útiles para validar planes en contextos desafiantes o difíciles de alcanzar (por ejemplo, áreas urbanas densamente pobladas, asentamientos remotos con documentación débil o sin ASV previas, poblaciones inaccesibles o móviles).

Los controles al azar efectuados por personas

21. Ver "Microplanning Guidelines". GPEI guidance. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2011. Disponible en: http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Micro-planning-Guidelines_Aug2014_EN.docx, consultado el 25 de noviembre de 2022)

22. Ver "Best practices in microplanning for polio eradication". GPEI guidelines. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2018. Disponible en: <https://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/lessons-learned-from-polio-eradication/>, consultado el 25 de noviembre de 2022)

23. "Preparing for nOPV2 use: An overview on requirement for countries". Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/nOPV2-Overview-Guidance.pdf>, consultado el 15 de diciembre. 2021)

independientes podrán considerarse una medida adicional para garantizar la calidad de la microplanificación. Véase las Directrices de microplanificación y las mejores prácticas en microplanificación para la erradicación de la polio.²¹ ²²

Monitoreo de la preparación.

Se requiere un tablero de preparación y/o una lista de verificación y un cronograma para monitorear la preparación del país para lanzar la ASV y apoyar la implementación de calidad. Se espera que haya una preparación detallada antes de la campaña y un monitoreo de la calidad durante la campaña para todas las etapas de la respuesta de vacunación. La GPEI ha definido un conjunto de estándares mínimos para orientar la toma de decisiones sobre el estado de preparación hacia una campaña de alta calidad. Estos deben revisarse conjuntamente con los equipos regionales de respuesta a la polio y el GPRB una semana antes del inicio de la campaña. Los países que utilizan nOPV2 deben asegurarse de que se implementen los compromisos y actividades descritos en la documentación presentada para obtener su verificación de preparación.²³

Seguimiento de la campaña.

Una campaña de alta calidad debe aspirar a alcanzar una cobertura >90% para ASV1 y ASV2 corroborado mediante un monitoreo independiente y que no se detecten niños no vacunados de forma recurrente. El monitoreo durante y después de la campaña es esencial para garantizar la calidad de las ASV en todas las fases. Todas las fuentes de datos con información de la campaña deben revisarse y triangularse para evaluar la calidad de la campaña, incluyendo, pero no limitado a:

- cobertura administrativa
- monitoreo rápido durante la campaña,
- encuestas de conveniencia y verificaciones puntuales

- supervisión independiente: supervisión casa a casa y fuera de casa (estudios de mercado)
- LQAS por conglomerados
- coherencia general de las fuentes de datos
- movimientos de población en curso y nuevos
- manejo de la vacuna, monitoreo y notificación del desperdicio de la vacuna, dosis restantes, número de viales no contabilizados (especialmente para OPV2)
- observaciones del personal de apoyo a la campaña, supervisores, monitores y observadores en el campo.

Para cualquier área o población donde se identifique una planificación e implementación de la campaña subóptima (por ejemplo, cobertura <90%, niños persistentemente no vacunados, renuencia / rechazo de la vacuna), la vacunación de barrido debe llevarse a cabo rápidamente.

Los equipos regionales de respuesta a la polio y el GPRB realizarán un seguimiento de los tableros de mando antes, durante y después de la campaña a lo largo de la respuesta al brote, trabajando en colaboración con el equipo del país. En el capítulo 10 se proporcionan más detalles sobre las diferentes formas de realizar el monitoreo, así como en el documento sobre las Prácticas recomendadas para supervisar la calidad de los resultados de las campañas de erradicación de la polio.²⁴

Planificación para poblaciones móviles, de difícil acceso y especiales.

Las poblaciones especiales son grupos que están desatendidos o no atendidos por el sistema de salud regular por razones tales como inseguridad, infraestructura inadecuada y / o barreras de acceso. Los grupos de población pueden ser móviles (por ejemplo, migrantes económicos, desplazados internos, refugiados, poblaciones nómadas) o estacionarios (por ejemplo, comunidades remotas y de difícil acceso, como pescadores o isleños, o poblaciones urbanas de difícil acceso, como las que viven en asentamientos informales, comunidades religiosas o que son

miembros de grupos marginados). Todos los aspectos de la respuesta a los brotes, incluidas las estrategias de vigilancia, vacunación y comunicación, deben adaptarse para llegar a las poblaciones especiales.

Las estrategias para las poblaciones especiales deben elaborarse junto con los líderes comunitarios, los expertos en comunicación y movilización social y el personal conocedor del contexto, así como los proveedores de servicios con conocimientos especializados (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales (ONG), servicios públicos, grupos de mujeres, organizaciones religiosas). Las estrategias apropiadas para vacunar a cada niño pueden requerir un abordaje innovador, y podrían incluir tácticas como puestos móviles, puestos temporales de acción rápida, vacunación en mercados y / o acciones combinadas con vacunas veterinarias o animales u otras estrategias especiales.

Revisar la estrategia para llegar a los niños que no han sido vacunados.

Durante la fase de planificación se debe elaborar una estrategia de visitas de seguimiento adecuadas y supervisar su ejecución. La estrategia debe centrarse en el registro eficiente de los niños no vacunados por cualquier razón (por ejemplo, ausencia, rechazo, etc.) durante la visita del equipo de vacunación a los hogares, y la planificación adecuada de una visita de seguimiento para vacunar a los niños faltantes. La estrategia de visitas de seguimiento debe adaptarse teniendo en cuenta el contexto local, con la flexibilidad necesaria.

Todas las estrategias y tácticas deben estar bien documentadas para garantizar que se recopilen datos sobre el número de niños vacunados, el manejo adecuado de la vacuna y otra información relevante.

24. Ver "Best Practices for Monitoring the Quality of Polio Eradication Campaign Performance", GPEI guidelines. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practice-for-monitoring-the-quality-of-polio-eradication-campaign-performance.pdf>, consultado el 15 de noviembre 2021).

INTEGRACIÓN CON OTRAS INTERVENCIONES DE SALUD

A través de su estrategia 2022-2026, la GPEI prevé ampliar sus asociaciones para lograr un impacto más amplio en las áreas geográficas prioritarias para la polio junto con las estrategias e innovaciones clave que mejoran la detección y la respuesta.

Durante la planificación de la respuesta al brote, se puede considerar la integración con otras intervenciones de salud (por ejemplo, campaña contra el sarampión ya planificada, vitamina A, etc.) en las siguientes circunstancias:

- Se ha discutido ampliamente con todos los socios al nivel nacional y en otros niveles relevantes.
- Después de la respuesta a un brote por tipo 1 y/o 3 cuando la RR, ASV1 y ASV2 fueron implementadas de forma exitosa, las rondas adicionales se pueden considerar de forma integrada como una medida de ahorro de costos.
- Existen planes para asegurar una intervención de alta calidad para todos los antígenos considerados y se acuerdan de antemano los mecanismos de monitoreo.

Las rondas preventivas planificadas de bOPV pueden implementarse después de que se hayan completado los ASV de respuesta al brote de tipo 2, para evitar generar brechas de inmunidad de tipo 1 y 3.

ADAPTACIÓN CONTINUADA A LA PANDEMIA DE COVID-19

A medida que la pandemia de COVID-19 evolucione a través de varias fases y progrese el despliegue de las vacunas contra la COVID-19 en los países afectados por la polio, será importante continuar con la estrecha coordinación con los mecanismos nacionales y locales de gestión de la respuesta a la COVID-19 al mismo tiempo que se planifican e implementan las ASV contra la polio. Los programas nacionales contra la polio también deben seguir garantizando sesiones informativas de alta calidad previas a las

campañas sobre las medidas de protección personal con los trabajadores de la salud de primera línea y los líderes comunitarios, y utilizar a los residentes locales para la movilización comunitaria previa a la campaña y para la vacunación, tanto para reducir el riesgo de exposición a la COVID-19 como para mejorar la aceptación de la comunidad. También será importante continuar con una estrecha supervisión de apoyo y el monitoreo del proceso para garantizar la identificación y corrección oportunas de cualquier brecha existente. Los sistemas de seguimiento establecidos deben mantenerse y ajustarse según sea necesario para detectar y responder rápidamente al surgimiento de información inadecuada, especialmente en el contexto de COVID-19.

VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIO (IPV)

La IPV proporciona un alto nivel de inmunidad individual y protección contra la parálisis. La IPV no induce la inmunidad necesaria en la mucosa intestinal en personas sin inmunización previa con OPV del serotipo correspondiente. En niños sin vacunación previa con OPV, la IPV no detiene la transmisión del virus. El Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE) recomienda que la IPV no se utilice para la respuesta al brote porque la evidencia demuestra que es poco probable que las campañas de IPV lleguen a los niños a los que no se llega con las campañas de OPV, tienen un impacto limitado en la interrupción de la transmisión y tienen un alto costo metódico. La prioridad de la respuesta al brote es detener la transmisión; por lo tanto, las actividades deben centrarse en lograr rápidamente una alta cobertura con OPV. El SAGE también recomendó que se hicieran esfuerzos importantes para mejorar la cobertura de rutina con IPV en lugares con riesgo de brotes de cVDPV2 para reducir el número de niños susceptibles antes de que pueda ocurrir la transmisión o los brotes, especialmente en el contexto de las bajas coberturas como resultado de la pandemia de COVID-19.²⁵

25. "Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, 22-24 March 2021: conclusions and recommendations. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/meeting-of-the-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization-22-24-march-2021-conclusions-and-recommendations>. Consultado el 15 de noviembre de 2021

SOLICITUD DE VACUNA

Para cualquier brote o evento de alto riesgo que requiera una respuesta de vacunación, el equipo del país debe presentar una evaluación detallada del riesgo y una solicitud de vacuna con el apoyo de los equipos regionales antes del día 3 a partir de la notificación del brote.

Solicitud de OPV que contiene Sabin2 (OPV2 monovalente y OPV trivalente)

De conformidad con la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud,²⁶ existen procedimientos específicos para acceder a o utilizar Sabin OPV2. La evaluación de riesgos y la solicitud de vacuna se presentan al Grupo Asesor Sabin OPV2. Por recomendación del Grupo Asesor, el Director General de la OMS autoriza la liberación de Sabin OPV2 monovalente u OPV trivalente de la reserva mundial de OPV o el uso de las dosis de Sabin OPV2 restantes que se encuentren en el país. Tras su aprobación, UNICEF liberará las existencias de vacunas Sabin OPV2 con vida útil más corta de la reserva mundial de OPV para su uso inmediato. (Consulte el formulario de solicitud de vacuna y la plantilla para la aprobación de su importación, en el sitio web de la GPEI).²⁷

Solicitud de nOPV2

De conformidad con la decisión del Consejo Ejecutivo de la OMS²⁸ y la estrategia de GPEI (2022-2026) aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2021, las solicitudes de nOPV2 deben prepararse en coordinación con los equipos regionales de respuesta a la polio y presentarse al grupo de liberación de nOPV2 del GPRB. El grupo de liberación de nOPV2 asesorará al Director General de la OMS sobre la solicitud y su recomendación a través del Director del Departamento de Polio de la OMS. El Secretariado procesará toda la comunicación necesaria a lo largo de este proceso.

Solicitudes de bOPV

Las solicitudes de vacunas bOPV siguen los procedimientos habituales de adquisición a través del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

GESTIÓN DE VACUNAS Y REPORTES

La gestión de las vacunas es esencial para garantizar una campaña de vacunación de alta calidad y debe priorizarse en todos los niveles y en todas las etapas de la respuesta. Se debe vigilar el movimiento de cualquier vacuna utilizada en la respuesta al brote. Todas las vacunas recibidas, distribuidas y administradas deben registrarse a través de herramientas de gestión de existencias y / o registros de utilización de vacunas. Todos los viales y dosis utilizados, parcialmente usados o no utilizados, deben registrarse completamente (ya sea debido al uso parcial, a la contaminación o a los cambios en el monitor de los viales de la vacuna) y los viales devueltos deben contabilizarse completamente para cada ASV.

Un plan de logística inversa y eliminación de viales debe incluirse en el plan de respuesta al brote que describa:

- Los centros de salud y los almacenes de vacunas del municipio se quedarán con un suministro de bOPV para un mes posterior a las campañas de respuesta al brote de tipo 1 / tipo 3.
- Cómo se devolverá el exceso de vacuna no utilizada al almacén central o regional en una cadena de frío inversa.
- Todas las vacunas que contengan OPV2 se retirarán inmediatamente cuando se haya finalizado la campaña de respuesta al brote de tipo 2.
- En el caso de las vacunas que contenga OPV2, cómo se devolverán los viales (no usados, abiertos, vencidos, con VVM alterado) a sitios de eliminación seguros.

Para todas las campañas de OPV2 y las rondas de barrido, es de vital importancia que cada vial y dosis de vacuna no utilizada se contabilicen y se retiren al almacén central de manera segura. Se requiere informar sobre el estado de la vacuna utilizada, recuperada y almacenada después de cada ASV, incluida la respuesta rápida inmediata. Todos los viales perdidos y faltantes deben ser reportados.²⁹

26. Ver "Resolution WHA68. Poliomyelitis. In: Sixty-eighth World Health Assembly", pg. 10. Geneva: World Health Organization, 26 May 2015. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf. Consultado el 15 November 2021.

27. "Monovalent Sabin OPV2 and tOPV Vaccine Request Form". Disponible en: <https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradication/gpei-%20tools-protocols-and-guidelines/>. Consultado el 15 de noviembre 2021)

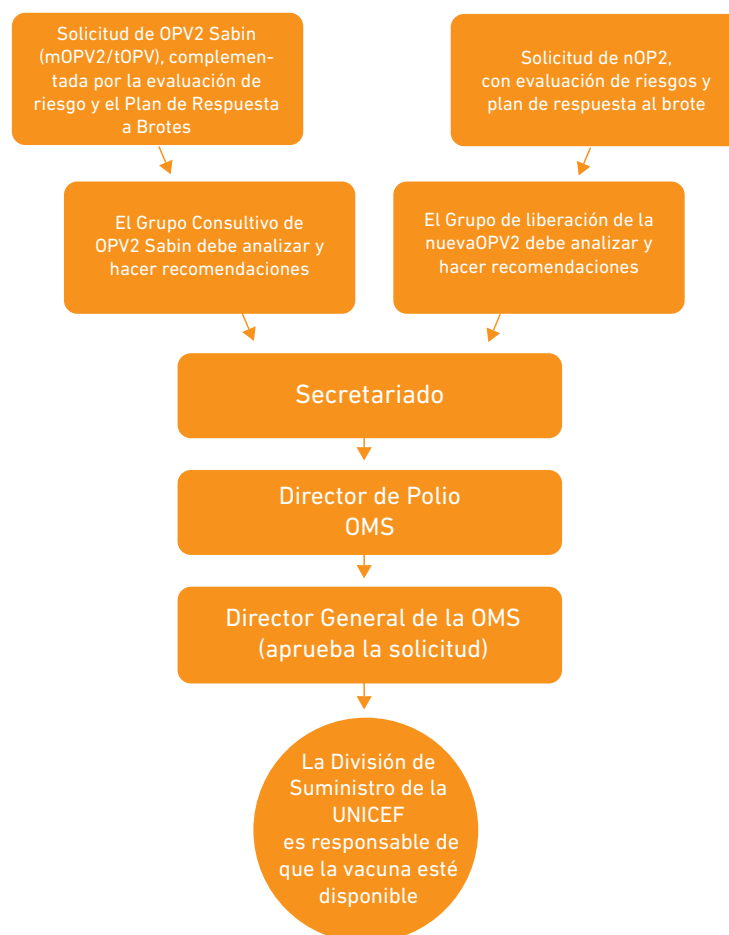
28. Ver Executive Board 146th session agenda item 16.1, EB(11) 7 February 2020. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146\(11\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146(11)-en.pdf). Consultado por última vez el 15 de diciembre de 2021.

29. Technical Guidance for monovalent Sabin OPV2 vaccine management, monitoring, removal and validation. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2016 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-management-monitoring-removal-and-validation_Oct2016_EN.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2021).

Para el seguimiento de la OPV2, el GPRB colaborará con el punto focal de la reserva estratégica de OPV de la OMS y la división de suministros de UNICEF para hacer un seguimiento de las decisiones del grupo asesor GPRB /Sabin OPV2 (según proceda), el Director General de la OMS y la distribución de las vacunas a cada país. El Centro Nacional de Operaciones de Emergencia/equipo nacional de erradicación de la polio informará al Secretariado sobre las existencias de vacunas OPV2 en el país dos semanas después del final de cada ASV. El uso de nOPV2 y OPV2 Sabin (mOPV2/tOPV) en el país se guiará por los documentos de orientación técnica pertinentes (*gestión, monitoreo, remoción y eliminación de nOPV2 (en viales de 50 dosis con VVM tipo 2) y gestión, monitoreo, eliminación y validación de la vacuna mOPV2*^{30, 26}, respectivamente).

Cualquier modificación futura en la nueva gestión y presentación de informes sobre OPV2 se documentará y se adjuntará a estos POE y se pondrá a disposición de los equipos regionales y nacionales contra la polio.

Figura 3: proceso de liberación de la vacuna OPV2



30. Ver nOPV2 management, monitoring, removal and disposal (in 50 dose vials with VVM type2) (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/nOPV2-Vaccine-Handling-Technical-Guidance-20201103-ENG.pdf>, consultado el 15 de noviembre de 2021)

PLANIFICACIÓN DE LA MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN DE RUTINA QUE FORMARÁ PARTE INTEGRAL DE LA RESPUESTA AL BROTE DE POLIO

El pilar de la erradicación de la polio y la respuesta a los brotes sigue siendo la vacunación de rutina contra la polio, de conformidad con el esquema nacional de vacunación infantil. La mayoría de los brotes de cVDPV hasta ahora ocurrieron en áreas con una cobertura de vacunación de rutina subóptima. La nueva estrategia de la GPEI (2022-26) ofrece un enfoque más holístico en alineación con la Agenda de Inmunización 2030 (IA2030) y Gavi, el plan estratégico de la Alianza de Vacunas (“Gavi 5.0”).³¹

Si bien la planificación de la respuesta específica al brote de polio se centra en lograr una vacunación contra la polio de alta calidad, la mejora de la cobertura de vacunación de rutina debe ser un componente esencial del proceso general de planificación. Los Centros de Operaciones de Emergencia (EOC) establecidos/encargados de gestionar la respuesta al brote deben tener una sección dedicada a la planificación de la mejoría de la cobertura de vacunación de rutina, dirigida por el equipo nacional del PAI, y deberían maximizar de forma efectiva el beneficio del apoyo limitado en el tiempo al programa de vacunación de rutina, mediante un análisis exhaustivo de las razones de la baja cobertura de vacunación (incluidos los niños y las comunidades con cero dosis) en las zonas del brote. El PAI nacional debe dar prioridad a las zonas/poblaciones de alto riesgo para mejorar la vacunación de rutina a través de iniciativas como intensificación periódica de la vacunación de rutina y la intensificación de las actividades de alcance con el apoyo de movilización social apropiada a nivel local. El aprovechamiento del apoyo temporal para el fortalecimiento del programa de rutina, seguido de acciones de corto y mediano plazo, puede ser factible de acuerdo con los

componentes del enfoque de llegar a todos los distritos, es decir: planificación y gestión eficaces de los recursos de inmunización, optimización de los servicios de vacunación para llegar a todas las poblaciones elegibles (ampliación/restablecimiento), supervisión capacitante para el aseguramiento de la calidad de la inmunización, vincular los servicios de inmunización con las comunidades y monitorear y usar datos para la acción.

Los planes de respuesta a los brotes deben contener el componente de mejora de la cobertura de vacunación de rutina, desde el principio y durante toda la respuesta hasta el cierre del brote. Los socios de la GPEI deben colaborar eficazmente con las contrapartes de vacunación para garantizar que las iniciativas de mejora de la cobertura de rutina reciban un apoyo eficaz durante la respuesta al brote. Los recursos pueden utilizarse adecuadamente para este propósito. Las áreas clave que deben enfocarse incluyen el fortalecimiento de la gestión de programas, la microplanificación con especial énfasis en la identificación y el mapeo de las comunidades con cero dosis, la movilización comunitaria y el monitoreo del desempeño. Los socios de la GPEI y de *Essential Immunization* deben coordinarse para identificar posibles oportunidades de movilización conjunta de recursos para apoyar la respuesta al brote de polio y la mejora de las coberturas del PAI. También es beneficioso aprovechar la atención política resultante del brote de cVDPV para garantizar la responsabilidad por la prestación de servicios de vacunación de rutina.

31. IA2030, A global strategy to leave no one behind (<https://www.immunizationagenda2030.org/>, consultado el 15 de noviembre de 2021)

7. VIGILANCIA TRAS LA INVESTIGACIÓN

Las directrices para la vigilancia de rutina de la poliomielitis, incluyendo los casos de PFA y la vigilancia ambiental, se describen en otros documentos de la GPEI, entre ellos: Mejores prácticas en la vigilancia activa para la erradicación de la polio³³, el Plan de Acción Mundial de Vigilancia de la Poliomielitis³⁴ y la Referencia Rápida Provisional sobre el Fortalecimiento de la Vigilancia de la Polio durante un Brote de Poliovirus. Si bien el capítulo 4 (anterior) describe los pasos iniciales de vigilancia requeridos como parte de una investigación exhaustiva, el capítulo actual se centra en la mejora de la vigilancia después de la investigación inicial.

FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA

Tras la investigación inicial de cualquier evento o brote de polio, es fundamental evaluar y mejorar la vigilancia del poliovirus. Se requieren esfuerzos vigorosos para poner el sistema de vigilancia en alerta máxima y mejorar la sensibilidad para identificar rápidamente cualquier virus nuevo o transmisión en curso, incluso fuera de la zona inmediata del brote. El plan de respuesta al brote debe incluir iniciativas de vigilancia a partir del día 0 del evento/brote, continuar la vigilancia en paralelo con otros aspectos de la respuesta y mantener estrategias suplementarias seleccionadas durante seis meses o más después del último poliovirus detectado. Además, deben hacerse planes para aumentar la capacidad de gestión de datos a fin de garantizar que todas las bases de datos y los análisis estén actualizados, con una conciliación semanal o bisemanal de los

datos con el laboratorio.

Un objetivo clave de la vigilancia de las PFA, tras la identificación de un evento en una zona de alto riesgo o cualquier brote, es lograr una tasa de notificación anualizada de más de tres casos de PFA no polio por cada 100.000 niños menores de 15 años, en zonas afectadas por brotes y áreas de alto riesgo³⁵ durante al menos 12 meses después del último caso o aislamiento. A nivel nacional, es deseable una tasa de dos casos de PFA no polio por cada 100.000 niños en los países con brotes. Si bien es posible que los distritos con menos de 50.000 niños menores de 15 años no detecten PFA cada año, se debe verificar la calidad de la vigilancia de la PFA para todos los distritos que no informaron ningún caso de PFA / distritos silenciosos, independientemente del tamaño de la población. Otros indicadores de vigilancia también deben evaluarse a fondo para validar si cumplen las normas a nivel nacional y subnacional.

Los países deben implementar las siguientes actividades para mejorar la vigilancia de las PFA:

- Notificar inmediatamente a todas las unidades de vigilancia nacionales y subnacionales sobre el evento/brote de poliovirus.
- Sensibilizar rigurosamente a todos los trabajadores de la salud sobre los requisitos de vigilancia y notificación de las PFA, incluida la notificación negativa. Llevar a cabo actividades de sensibilización entre los miembros de la comunidad

33. Ver Best practices in Active Surveillance for Polio Eradication, 2018. GPEI guidelines. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2018. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practices-in-active-surveillance-for-polio-eradication.pdf>, consultado el 26 de noviembre de 2022).

34. Ver The Global Polio Surveillance Action Plan (2022–2023). Disponible en: (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/02/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2022-2024.pdf>, consultado en 26 de noviembre de 2022).

35. Ver Interim quick reference on strengthening polio surveillance during an outbreak. Disponible en: (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference_Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2021)

(por ejemplo, voluntarios, informantes, trabajadores comunitarios de la salud), organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para aumentar la concientización sobre la PFA y la poliomielitis.

- Revisar y volver a priorizar las unidades de notificación (si es necesario) de la red de vigilancia activa de las PFA en todos los distritos y provincias y garantizar que centros médicos de atención de segundo y tercer nivel de los sectores público y privado participen plenamente en la vigilancia de las PFA. La red debe reflejar los proveedores actuales de servicios de salud, incluidas las instalaciones públicas y privadas, las ONG y los campamentos de refugiados. Expandirse para incluir curanderos tradicionales, farmacéuticos e informantes comunitarios clave con base en poblaciones de alto riesgo. También se debe involucrar a organismos relevantes importantes como las asociaciones de pediatras y neurólogos.
- Asegurar que las visitas de vigilancia activa se realicen regularmente y que la vigilancia pasiva funcione de manera óptima. Llevar a cabo una búsqueda activa ad hoc en instalaciones y en la comunidad para identificar casos de PFA no reportados.
- Asegurar que existan estrategias suplementarias de detección de casos de PFA en la zona del brote y las áreas de alto riesgo, incluida la búsqueda activa ad hoc durante las campañas por parte de los equipos de vacunación, los monitores independientes y los equipos de encuesta de LQAS.
- Monitorear y documentar que al menos el 90% de todas las visitas de vigilancia activa planificadas se realicen.
- Considerar estrategias suplementarias, como mejorar la vigilancia ambiental, en consulta con expertos nacionales y de vigilancia de la GPEI.
- Asegurar que el laboratorio nacional participe en la planificación de respuesta

a brotes y que se fortalezca la capacidad para manejar la carga de trabajo adicional y mantener un manejo rápido de las muestras.

Si bien los esfuerzos se centran inicialmente en mejorar la vigilancia en la zona del brote y las zonas de alto riesgo, es importante mejorar la vigilancia en todo el país infectado y las zonas demográficamente vinculadas en los países vecinos para garantizar la detección de cualquier propagación geográfica del poliovirus.

VIGILANCIA AMBIENTAL

La vigilancia ambiental (VA) sirve como complemento de la vigilancia de las PFA, pero nunca como sustituto. Es el monitoreo de aguas residuales o drenaje de lugares designados para detectar la presencia de poliovirus. En el contexto de eventos y brotes, la VA puede proporcionar información sobre la extensión geográfica, la transmisión comunitaria y la duración de la circulación del poliovirus, así como la excreción del virus de la vacuna contra la polio después de la vacunación. Cualquier ajuste en la vigilancia ambiental debe hacerse en coordinación entre los epidemiólogos, los laboratorios de polio y, cuando sea necesario, los departamentos de salud ambiental de un país para garantizar sitios apropiados para la toma de las muestras.

Al comienzo de un nuevo evento o brote, se deben implementar las siguientes acciones:

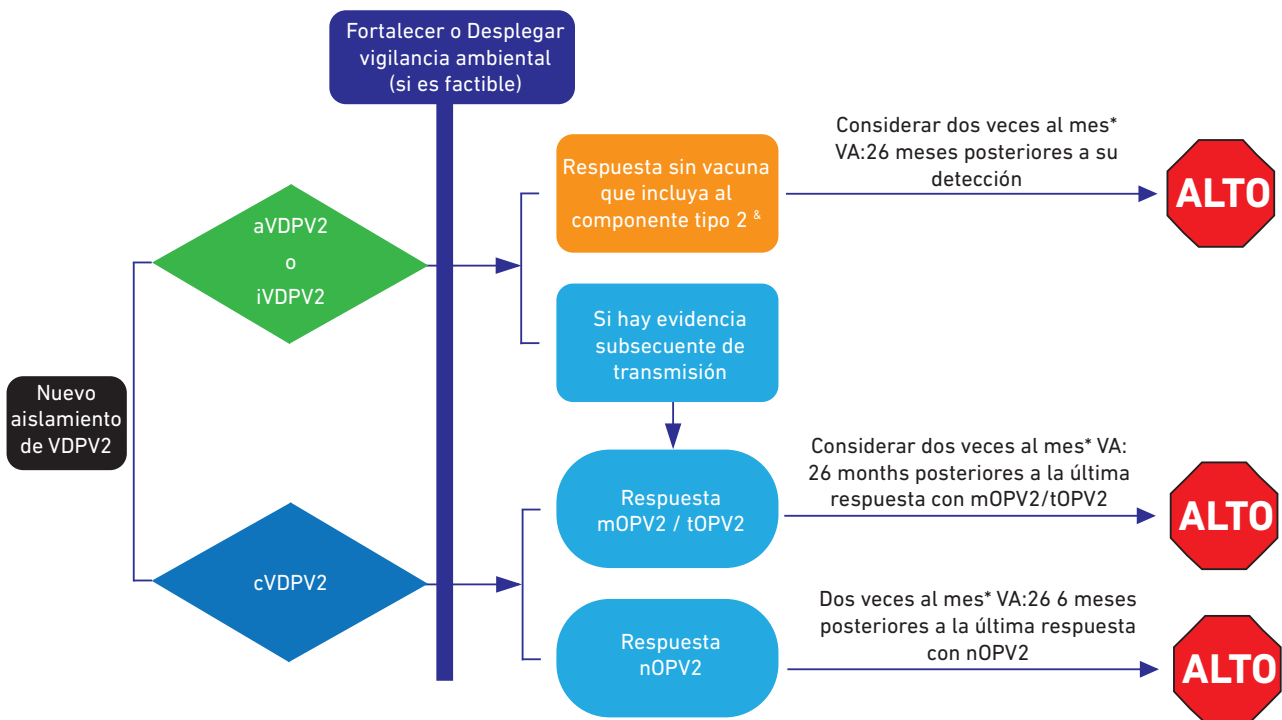
- Evaluar el desempeño de todos los sitios de VA de poliovirus existentes en el área. Los sitios que no han tenido aislamiento de virus (incluidos enterovirus no polio y virus Sabin-like) durante más de 6 meses deben, en particular, evaluarse a fondo.
- Aumentar la frecuencia de la recolección de muestras a cada dos semanas, cuando sea factible, durante un mínimo de seis meses después del último aislamiento detectado o la última fecha de uso de vacuna OPV que incluya al serotipo 2 (en caso de brotes de poliovirus tipo 2 / eventos de alto riesgo), lo que ocurra después.³⁶

36. Ver Standard operating procedures for polio environmental surveillance enhancement following investigation of a poliovirus event or outbreak (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf>, consultado el 15 de noviembre de 2021)

- Considere nuevos sitios de recolección dentro y fuera del área de brote o evento, donde lo permita la capacidad técnicamente apropiada y de laboratorio.
- Evalúe las áreas urbanas cercanas con una población de 100,000 o más como candidatos para un muestreo ambiental nuevo o mejorado.

Cualquier propuesta para ampliar la VA debe considerar la capacidad del laboratorio para apoyar el esfuerzo y no afectar la vigilancia de las PFA. Se dispone de lineamientos detallados sobre la mejora de la vigilancia ambiental de la polio tras la detección del poliovirus de tipo 2 relacionados con la vacuna, ilustrada en la figura 4³⁶.

Figura 4: Descripción general del cronograma de vigilancia ambiental reforzada en función del tipo inicial de VDPV2 aislado



*La frecuencia mínima de muestro debe ser mensualmente; todos los cambios deben discutirse o examinarse por la Oficina Regional (RO) y socios;

&Vacunas que incluyen al componente tipo 2: mOPV2, nOPV2, tOPV

ESTRATEGIAS PARA POBLACIONES ESPECIALES Y ZONAS CON SEGURIDAD COMPROMETIDA

Es posible que se requieran estrategias de vigilancia suplementarias en circunstancias que involucren a poblaciones altamente vulnerables (por ejemplo, nómadas, refugiados u otras poblaciones que no acceden rutinariamente a los servicios de salud) y/o áreas inaccesibles incluso para los servicios de salud o vigilancia reforzados. Las actividades deberán adaptarse a la situación específica, pero considere los siguientes enfoques:³⁷

1. Si aún no se ha hecho, identifique a los líderes comunitarios o curanderos, con un enfoque en la participación equitativa y significativa de las mujeres, como puntos focales y proporcione la capacitación y las herramientas para facilitar el acceso y la notificación de casos sospechosos de PFA.
2. Aumentar la sensibilización de la comunidad sobre la polio y la vigilancia de las PFA utilizando herramientas culturalmente apropiadas y con perspectiva de género en el diseño y la implementación de todas las intervenciones de sensibilización y divulgación de la información en la comunidad para garantizar que se aborden las necesidades, barreras y desafíos específicos relacionados con el género.
3. Aprovechar la asociación innovadora con otros grupos o servicios con acceso a poblaciones especiales (por ejemplo, otros ministerios o departamentos gubernamentales, otras organizaciones de las Naciones Unidas, ONG, grupos de la sociedad civil y grupos de mujeres y redes comunitarias, veterinarios, etc.).
4. Utilizar selectivamente otras estrategias suplementarias que generalmente son solo una parte de la investigación inicial de campo. Dado el rendimiento relativamente

bajo y las altas necesidades de recursos de estas estrategias cuando se utilizan a largo plazo, solo deben considerarse en consulta con los socios de la GPEI y las contrapartes de laboratorio.

- a. Excepcionalmente, se puede recomendar el muestreo de contactos en poblaciones de alto riesgo, en áreas con problemas de seguridad o de difícil acceso para cada caso de PFA solo por un tiempo limitado, como en áreas a las que se ha accedido recientemente. Como estrategia de vigilancia continua, el muestreo sistemático de contactos puede mantenerse durante no más de seis meses.
 - b. En situaciones excepcionales, el muestreo de heces en personas sanas puede ser una herramienta de tamizaje para grupos que se trasladan de un área en donde se ha detectado un evento / brote a una nueva área (por ejemplo, poblaciones desplazadas internamente, refugiados). Una vez que se ha demostrado la transmisión en un área, las encuestas de heces de niños sanos ya no son necesarias y no se recomiendan.
5. Si el poliovirus se encuentra en una población móvil de alto riesgo (por ejemplo, poblaciones desplazadas internamente, refugiados o nómadas), o en un área frecuentada por poblaciones en movimiento, evalúe inmediatamente la red / unidad de vigilancia (vigilancia activa y reportes negativos) a lo largo de las rutas de migración conocidas para buscar evidencia de transmisión.

37. Ver Guidelines for implementing polio surveillance in hard-to-reach areas and populations. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>. Consultado el 15 de noviembre de 2021.

8. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL

La Comunicación para el Desarrollo (C4D) es una estrategia sistemática, planificada y basada en evidencia para promover un comportamiento positivo y medible y un cambio social. La movilización social eficaz, haciendo hincapié en las poblaciones de alto riesgo, es un componente clave de la respuesta al brote de polio. El enfoque de respuesta al brote de polio de C4D está diseñado para corregir las percepciones y las normas sociales que disuaden a los cuidadores de vacunar a sus hijos, y reconstruir el compromiso con la vacunación, incluida la inmunización de rutina.

Una estrategia de comunicación robusta puede fortalecer el desempeño de todas las actividades de respuesta, aumentar la aceptación de la vacunación en todos los grupos de población y apoyar una vigilancia robusta con la notificación temprana de PFA. Los pasos críticos de C4D incluyen:

- sensibilizar sobre las fechas de la campaña.
- fortalecer la confianza de la comunidad en la vacunación a través del desarrollo de la capacidad de los trabajadores de la salud y la confianza en la seguridad y eficacia de las vacunas.
- elevar la percepción del riesgo de polio para los niños, las familias y las comunidades.
- abordar los cuellos de botella y las barreras a la decisión de vacunar
- incorporar la gestión de la infodemia, así como estrategias para anticipar y contrarrestar en tiempo real la desinformación o información falsa.

En el contexto del poliovirus derivado de la vacuna, y en comparación con la pandemia de COVID-19, el riesgo percibido de poliomielitis puede ser bajo, especialmente cuando el virus se detecta solo en el medio ambiente.

Si bien la respuesta de C4D al brote de VDPV sigue los mismos principios que para WPV, es importante reforzar los mensajes de seguridad de las vacunas, incluidos, según sea necesario, los mensajes específicos del tipo (por ejemplo, nOPV2, mOPV2, etc.) y abordar cualquier temor o concepto erróneo específico del contexto en torno a las vacunas. Para la detección de VDPV únicamente de fuentes ambientales, es importante explicar que la baja inmunidad es la causa raíz.

MARCO ESTRATÉGICO C4D PARA LA RESPUESTA AL BROTE DE POLIO

La comunicación de respuesta a brotes, incluida la comunicación de riesgos de emergencia y C4D, se inicia tan pronto como se declara un brote y debe integrarse en todos los aspectos de la planificación y respuesta a un brote o evento de alto riesgo. El resultado de la investigación epidemiológica y social conjunta del caso de polio/área infectada es fundamental para comprender el entorno social de las áreas o grupos afectados por el virus. Las intervenciones deben basarse en la comprensión de todas las barreras sociales y ambientales relevantes para fortalecer la aceptación y adopción de vacunas (véase el Marco Estratégico dentro de la Comunicación para las Directrices de Desarrollo para la Respuesta a los Eventos y Brotes de Polio para obtener mayor orientación).³⁸

En esta fase, la atención se centra en crear (o reconstruir) pleno conocimiento de los cuidadores sobre la polio, la OPV y el hecho de que hay un brote en la comunidad que pone a los niños en riesgo. El objetivo principal es aumentar la conciencia sobre el brote al menos al 90%. Los enfoques de comunicación deben

38. Ver "Communication for development guidelines for responding to polio events and outbreaks, post switch". 2016. Geneva: Global Polio Eradication Initiative (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/C4DGuidelines_OutbreakPostSwitch_Nov2016_EN.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2021).

ser directos, claros y provocar una respuesta urgente de los padres y la comunidad en general.

Los planes para las campañas, incluyendo ASV1, ASV2 y una ronda de barrido, deben incluir intervenciones de C4D para llegar a los niños faltantes y reducir los rechazos a la vacunación. Las actividades deben continuar elevando la percepción de riesgo público sobre el brote y su impacto y empoderar la toma de decisiones, especialmente para los grupos o comunidades disconformes. Para las campañas que utilizan el enfoque de dosis adicional de intervalo corto es importante enviar mensajes apropiados a nivel local, para que los cuidadores y los responsables de la toma de decisiones comprendan el proceso y por qué los niños pueden ser vacunados más de una vez en intervalos cortos.

Respuesta prolongada al brote. “Cuando un brote se prolonga por más de cuatro meses (120 días), puede haber una o más barreras subyacentes. Dado que el público objetivo puede incluir **aquellos que aceptan, los que aún tienen dudas (aceptación vulnerable), grupos transitorios o quienes rechazan las vacunas**, realizar un análisis de las causas puede ayudar a identificar dichas barreras, ya sean sociales (incluidas las barreras relacionadas con el género), o relacionadas con el acceso o la calidad del servicio. Las razones por las que hay niños no vacunados deben investigarse y analizarse bien para ajustar las estrategias a cuestiones como la fatiga de las campañas repetidas, las barreras relacionadas con el género o la desconfianza en la vacuna o en los trabajadores de primera fila.

En un brote prolongado, las barreras de acceso y aceptación son específicas de cada comunidad, cultura y región, y pueden ser complejas. Es importante monitorear sistemáticamente y comprender los patrones de las razones reportadas para los niños no vacunados antes de diseñar soluciones de comunicación. El objetivo es mantener o aumentar el porcentaje de concienciación al 90% o más y mantener el total de rechazos por debajo del 2%.

Mantener los logros y fortalecer la vacunación de rutina. Independientemente de cómo evolucione el brote, el enfoque de

las estrategias de C4D debe cambiar hacia el apoyo a la vacunación de rutina lo antes posible, y también a medida que el brote llega a su fin. Los planes de respuesta a los brotes deben basarse en los análisis de las brechas existentes en la vacunación de rutina que dieron lugar al brote de polio y deben indicar cómo se promoverán los servicios de vacunación de rutina, especialmente en las zonas de baja cobertura. La coordinación de brotes también debe desarrollar planes de preparación para mitigar el riesgo de futuros brotes. En la evaluación final de la respuesta a los brotes (OBRA) se examinan los planes de mejora de los países para la vacunación de rutina y la preparación a largo plazo. Deben documentarse los logros y las lecciones aprendidas de la movilización social, la promoción y las actividades de los medios de comunicación y las asociaciones a nivel nacional, provincial y de distrito.

RECOPILACIÓN DE DATOS PARA GUIAR LAS ACTIVIDADES DE C4D

Al comienzo de un brote, es importante revisar las fuentes de datos existentes en busca de conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos, o si no están disponibles, realizar una evaluación social rápida de las normas que pueden afectar la vacunación. La recopilación y el análisis de datos desglosados por sexo y otras variables pertinentes, es fundamental en todas las evaluaciones y planes de C4D para identificar y abordar las barreras y los desafíos relacionados con el género. El análisis de género debe llevarse a cabo para garantizar que se tengan en cuenta los roles y las normas de género, y las intervenciones de comunicación aborden las diferentes necesidades, desafíos, preferencias y percepciones de todos en la comunidad. Esta revisión debe realizarse antes de iniciar la respuesta y para guiar el desarrollo de las intervenciones de C4D.

Después de cada campaña, los datos de MI/LQAS y otras fuentes deben analizarse de manera oportuna, especialmente en lo que respecta a los indicadores básicos para C4D, a fin de modificar las estrategias de comunicación según sea necesario.

Los indicadores básicos incluyen: porcentaje general de niños no vacunados; porcentaje de niños no vacunados por diferentes motivos (agrupados en sociales, operativos y ausencias); porcentaje de rechazos a la vacunación; porcentaje de rechazos a la vacunación por motivo; porcentaje de ausencia por motivo; porcentaje de padres conscientes de la campaña antes de la visita del vacunador; y porcentaje alcanzado a través de diferentes canales de comunicación. Estos datos deben desglosarse por sexo y analizarse respectivamente.

Al final del brote, es importante evaluar la aceptación y el compromiso de la comunidad con la vacunación, por ejemplo, a través de encuestas a pequeña escala o análisis de datos secundarios, y documentar el resultado de las actividades de C4D, así como las lecciones aprendidas y las buenas prácticas.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Las estrategias de comunicación bien planeadas y coordinadas ayudan a garantizar que las comunidades y los responsables de la toma de decisiones a nivel local, nacional y regional participen en la promoción de la vacunación. Los planes de comunicación de riesgos y las intervenciones de C4D deben preceder a las actividades de vacunación para crear conciencia y minimizar la renuencia y los rechazos de la vacuna. Es fundamental crear o revitalizar inmediatamente un comité nacional de comunicación o movilización social. El papel del comité es planificar, coordinar y garantizar la implementación exitosa de los planes de comunicación de riesgos y las intervenciones de C4D.

Se deben desarrollar y emplear planes de comunicación de riesgos para proporcionar información creíble, oportuna y precisa a la comunidad o población afectada durante la respuesta al brote. Las estrategias efectivas de mitigación de riesgos ayudarán a controlar un brote rápidamente al garantizar que una comunidad comprenda el riesgo continuo y las acciones que pueden tomar, incluida la vacunación, para reducir el daño dentro de la comunidad y propagarse aún más fuera de la zona del brote. Las consideraciones de comunicación de riesgos durante la respuesta al brote incluyen:

- **abogacía política** para atraer la atención y los recursos necesarios para apoyar los esfuerzos de respuesta y fortalecer la confianza pública en la vacunación.
- **compromiso de los medios** de comunicación para garantizar que la información sea clara, oportuna y llegue a las poblaciones afectadas y a las partes interesadas clave cuando y donde accedan a la información de salud. La radio, por ejemplo, es un canal importante en zonas con conflictos o inaccesibles. El Ministerio de Salud y la OMS, generalmente los primeros en anunciar un brote deberían tomar la iniciativa en esta área. Como parte de la estrategia C4D/comunicación, se recomienda establecer inmediatamente que agencia está liderando la gestión de medios. Este papel de liderazgo dependerá de la capacidad de cada país, teniendo en cuenta que UNICEF generalmente dirige C4D y apoya el desarrollo de la estrategia de medios, la capacitación de portavoces y la divulgación a personas influyentes.
- **Medios digitales y sociales** para un alcance dirigido a una gran audiencia, especialmente donde las redes de comunicación interpersonal son más débiles y para contrarrestar los rumores y la desinformación rápidamente. Las barreras relacionadas con el género deben analizarse y abordarse en la selección de canales de comunicación, mensajes y herramientas apropiados para abordar las diferentes necesidades, preferencias y desafíos de las diversas mujeres y hombres en las comunidades (por ejemplo, reconociendo las tasas de alfabetización más bajas de las mujeres en muchos entornos).
- **Compromiso de partes interesadas e influyentes** para empoderar a los líderes religiosos y comunitarios, proveedores de atención médica, parlamentarios, grupos de mujeres y jóvenes y otros grupos para influir positivamente en la toma de decisiones hacia un comportamiento deseado, incluida la vacunación. Las personas influyentes y las fuentes confiables en las redes sociales pueden desempeñar un papel importante en la construcción de un fuerte consenso público sobre la urgencia del brote y la necesidad de tomar colectivamente la decisión de vacunarse. Deben hacerse esfuerzos para garantizar la participación equitativa y

significativa de las mujeres en todos los esfuerzos de participación comunitaria (participación de las mujeres dentro de las comunidades y en términos de participación en los equipos de movilización social).

- **Trabajadores de primera línea y movilizadores comunitarios** capacitados para garantizar que la información creíble y precisa llegue a la población afectada para apoyar una respuesta de alta calidad, especialmente cuando la estrategia C4D se basa en la comunicación interpersonal. Existen estándares mundiales para la capacitación de vacunadores y otros voluntarios.³⁹

Los desafíos geográficos, de seguridad o demográficos podrían limitar el acceso. El uso de medios no tradicionales, como los mensajes de texto, proveer información alrededor de puntos de recolección de agua, los días en que una población se mueve de un lugar a otro, la impresión de mensajes sobre la polio en bolsas de alimentos o la inserción de mensajes en paquetes de pan y otras innovaciones pueden implementarse además de las estrategias estándar de comunicación.

LLEGAR A POBLACIONES ESPECIALES Y ZONAS AFECTADAS POR CONFLICTOS

Las poblaciones especiales de difícil acceso o en zonas de conflicto pueden ser particularmente vulnerables a los brotes de polio. El diseño de intervenciones y mensajes estratégicos de C4D para estas poblaciones siempre debe basarse en el perfil social de los casos confirmados de polio, los casos de PFA no polio que no hayan recibido ninguna dosis de vacuna o contactos de los casos, así como en cualquier otra investigación social disponible para esos grupos.

Los movilizadores comunitarios deben seleccionarse de las comunidades a ser cubiertas y deben hacerse esfuerzos para garantizar la participación equitativa y significativa de las mujeres en todas las actividades de movilización social y divulgación. Los grupos influyentes de la comunidad deben ser consultados y participar en la fase de planificación de la campaña y continuar hasta el final del brote. Estas personas influyentes pueden ser un líder de clan, alcalde, abuela, maestro de escuela o un anciano de la comunidad. Sería importante sensibilizar a las comunidades sobre las PFA y alentar la presentación de informes, incluso a través de redes comunitarias, si procede.

39. Ver Polio training manual for health worker supervisors. Geneva: Global Polio Eradication Initiative (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/03/GPEI-Health_Supervisors_Training_Manual.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2021).

9. APOYO DE GPEI

Las autoridades nacionales tienen la responsabilidad final de una respuesta robusta e integral a los brotes de polio y el mantenimiento del liderazgo en todo momento. Los socios de GPEI apoyan funciones clave para una respuesta a un brote, que incluyen:

- preparación para la respuesta a brotes
- evaluación de riesgo y planificación de la respuesta a eventos/brotes
- abogacía y coordinación
- recursos técnicos y humanos, incluyendo:
 - gestión de la información
 - comunicación, movilización social y cambio de comportamiento
 - actividades de vacunación

- mejora de la vigilancia
- seguridad y acceso
- finanzas y logística, incluida la movilización coordinada de recursos y la movilización de recursos de los donantes
- evaluación de la respuesta al brote

En el cuadro 4 se ofrece un resumen de la naturaleza del apoyo que se espera de la GPEI, según el grado de riesgo del brote asignado por la OMS o modificada por la GPEI para reforzar la capacidad de respuesta. Cada brote es único, al igual que las necesidades de apoyo. Los responsables de la coordinación de brotes a nivel nacional, regional y mundial deberán reevaluar las necesidades de apoyo de manera continua para garantizar una respuesta eficaz y oportuna.

Tabla 6. Respuesta a los brotes y apoyo según el grado de riesgo

Tipo de apoyo	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Liderazgo de respuesta	Coordinador nacional	Coordinador designado por la GPEI	Coordinador designado por la GPEI y abogacía de alto nivel según sea necesario
Enlace técnico	Misión de expertos en polio de los socios de la GPEI para apoyar el desarrollo del plan de respuesta a brotes	Despliegue de un equipo multidisciplinario de respuesta rápida	Despliegue de un equipo multidisciplinario de respuesta rápida
Refuerzo de la capacidad de respuesta	Apoyo del programa Stop Transmisión de Polio (STOP) si es necesario	Despliegue del equipo de soporte de capacidad de respuesta: ¹ despliegue de equipo de consultores multidisciplinarios durante un mínimo 6 meses Soporte de STOP	Despliegue del equipo de soporte de capacidad de respuesta: ¹ despliegue de equipo de consultores multidisciplinarios por mínimo 6 meses Soporte de STOP
Financiero	Financiamiento estándar para la respuesta a los brotes por medio de actividades de vacunación (un anticipo de hasta US\$1.000.000) ²	Política de financiamiento "prefinanciamiento/sin arrepentimiento" (un anticipo de hasta US\$1.000.000) antes de completar el presupuesto de respuesta	Política de financiamiento "prefinanciamiento/sin arrepentimiento" (un anticipo de hasta US\$1.000.000) antes de completar el presupuesto de respuesta para apoyar la preparación de la respuesta y las medidas de seguridad de ser necesario
Seguridad y acceso	Coordinación con las Naciones Unidas y los organismos humanitarios sobre el terreno	Coordinación con las Naciones Unidas y los organismos humanitarios sobre el terreno	Despliegue de oficiales de seguridad sobre el terreno cuando sea necesario Coordinación con las Naciones Unidas y los organismos humanitarios sobre el terreno

¹ La composición del equipo y el número de expertos desplegados para la respuesta rápida y los equipos de apoyo para la respuesta se ampliarán para satisfacer las necesidades del país²

² El financiamiento estándar está sujeto a condiciones de reembolso, según se determine caso por caso.

COORDINACIÓN

Los mecanismos de coordinación para la polio se activan mediante una notificación del laboratorio (Día 0) de un nuevo brote o evento de alto riesgo. Los niveles nacional, regional y mundial se coordinarán para apoyar la investigación, la evaluación rápida de riesgos y la determinación de los próximos pasos.

El GPRB dirigirá la coordinación de la respuesta al brote con las autoridades nacionales, el RRT en la Región de África, el IMST en la Región del Mediterráneo Oriental, las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF, y todos los asociados de la GPEI. El O GPRB llevará a cabo una llamada de coordinación dentro de las 48 a 72 horas con los socios para abordar las necesidades del país, monitorear la provisión inmediata de prefinanciamiento (también conocido como financiamiento sin arrepentimiento) y planificar los recursos necesarios y las intervenciones iniciales de apoyo de respuesta. El GPRB incluirá todas las habilidades necesarias para coordinar la respuesta al brote. Se proporcionarán actualizaciones periódicas del GPRB al Comité de Estrategia de GPEI.

Para los brotes de grado 2 y 3 (y los eventos de alto riesgo), las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF, en consulta con el GPRB, designarán a un coordinador de brote para su despliegue a nivel nacional dentro de los 14 días posteriores al Día 0. El coordinador de brote de la GPEI se desplegará como apoyo adicional para las autoridades del país, como complemento del personal existente de la GPEI, para garantizar una coordinación y gestión de brote integrales y oportunas a nivel nacional y subnacional.

PRESUPUESTOS Y FINANCIAMIENTO

Enfoque coordinado

El objetivo del financiamiento de la respuesta al brote es garantizar que los desafíos del flujo de efectivo no interfieran con el despliegue de las actividades de respuesta, sobre la base de un modelo de “presupuesto, movilización, financiamiento y reposición”. Las autoridades nacionales deberían preparar rápidamente un presupuesto amplio, en colaboración con la OMS, el UNICEF y otros asociados. El presupuesto debería incluir una estimación amplia de los costos de todas las actividades

(es decir, coordinación, vacunación, vigilancia, comunicación y movilización social) y las funciones de apoyo (es decir, operaciones de laboratorio, capacitación y transporte). Un plan de trabajo amplio e integral y un presupuesto que es compartido con todos los niveles interesados ayudarán a movilizar fondos de los donantes para asegurar el financiamiento de las actividades de respuesta. El GPRB y la sede de la OMS proporcionarán orientación y plazos específicos sobre la presupuestación de brotes.

Política de “prefinanciamiento/financiamiento sin arrepentimiento”

La política de prefinanciamiento sin arrepentimiento (un anticipo de hasta 1 millón de dólares) ayuda a garantizar una liberación oportuna y sin barreras de fondos a los países para apoyar la respuesta al brote. Esta política afirma que es mejor otorgar fondos de más a las funciones críticas que arriesgarse a fallar por retrasos en los recursos. El límite de prefinanciamiento puede aumentarse por encima de 1 millón de dólares, previa justificación adecuada del programa del país y de las respectivas oficinas regionales/RRT/IMST. La liberación de fondos por parte de los socios de la GPEI puede ser anterior a la clasificación del grado del brote por parte de la OMS, con base en la evaluación inicial del riesgo y el debate a nivel nacional, regional y mundial. Mientras que los fondos generalmente serán liberados por la OMS y UNICEF, otro aliado de la GPEI puede en ocasiones proporcionar el financiamiento. Los fondos prefinanciados deben incluirse y contabilizarse en el presupuesto de respuesta al brote preparado por el programa del país.

REFUERZO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Los objetivos del apoyo de la GPEI para el refuerzo de la capacidad de respuesta son:

i) **activar rápidamente el despliegue** de profesionales calificados, especialmente para brotes de grado 2 y grado 3, para apoyar al equipo nacional de respuesta en las funciones clave de respuesta a brotes; ; y ii) **garantizar una transición sin problemas** a la dotación de personal a más largo plazo. . Es importante garantizar la contratación equilibrada de mujeres y hombres en funciones técnicas y operativas a todos los niveles.

Los mecanismos de coordinación para la polio se activan mediante una notificación del laboratorio (Día 0) de un nuevo brote o evento de alto riesgo. Los niveles nacional, regional y mundial se coordinarán para apoyar la investigación, la evaluación rápida de riesgos y la determinación de los próximos pasos.

El GPRB dirigirá la coordinación de la respuesta al brote con las autoridades nacionales, el RRT en la Región de África, el IMST en la Región del Mediterráneo Oriental, las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF, y todos los asociados de la GPEI. El O GPRB llevará a cabo una llamada de coordinación dentro de las 48 a 72 horas con los socios para abordar las necesidades del país, monitorear la provisión inmediata de prefinanciamiento (también conocido como financiamiento sin arrepentimiento) y planificar los recursos necesarios y las intervenciones iniciales de apoyo de respuesta. El GPRB incluirá todas las habilidades necesarias para coordinar la respuesta al brote. Se proporcionarán actualizaciones periódicas del GPRB al Comité de Estrategia de GPEI.

Para los brotes de grado 2 y 3 (y los eventos de alto riesgo), las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF, en consulta con el GPRB, designarán a un coordinador de brote para su despliegue a nivel nacional dentro de los 14 días posteriores al Día 0. El coordinador de brote de la GPEI se desplegará como apoyo adicional para las autoridades del país, como complemento del personal existente de la GPEI, para garantizar una coordinación y gestión de brote integrales y oportunas a nivel nacional y subnacional.

El despliegue debe producirse antes del día 3 a través de un mecanismo que involucre a todos los socios para desplegar personal y consultores calificados del nivel regional y con el apoyo del nivel mundial a través del GPRB.

El GPRB coordina el apoyo de los grupos de refuerzo de la capacidad de respuesta y la asistencia técnica en las siguientes áreas:

- Identificar roles clave, de acuerdo con el grado del brote y la evaluación de las necesidades del país. La experticia ofrecida incluye habilidades técnicas (comunicación, inmunización, vigilancia, gestión de datos) y operativas (coordinación, finanzas, recursos humanos).
- Escalar la composición del equipo según las necesidades, por ejemplo, coordinador de respuesta a brotes, gerente de

operaciones, oficial de comunicaciones y expertos técnicos para inmunización, vigilancia y movilización social.

- El personal con experiencia especializada también puede estar disponible para brindar apoyo a estrategias innovadoras para mejorar la calidad de la respuesta, como para el mapeo SIG de la zona del brote.
- El **Equipo de Respuesta Rápida** implica en el despliegue de los respectivos organismos de la GPEI, incluidas las oficinas regionales. El reclutamiento para el apoyo activo puede extenderse más allá de los equipos de brotes dentro de cada agencia. El período de despliegue ocurre desde la notificación del brote hasta la implementación de la ASV de respuesta rápida o la primera ASV a gran escala (ASV1), cuando se indique.
- El **Equipo de Soporte de Capacidad de Respuesta** comprende una lista interinstitucional de gente disponible para el despliegue a largo plazo que utiliza una plataforma central para facilitar la visibilidad y la presentación de informes. El equipo de soporte de capacidad de respuesta debe estar en el lugar dentro de los 21 días posteriores a la notificación del brote. El período esperado de despliegue es desde la implementación de la ASV de respuesta rápida hasta el final del brote. Los equipos de respuesta procurarán que se superponga al menos una semana entre la labor del Equipo de Respuesta Rápida y la del Equipo de Soporte de Capacidad de respuesta para garantizar una transferencia completa y detallada.
- Identificar las necesidades y abogar por el apoyo especializado y la innovación cuando lo justifique el contexto (por ejemplo, microplanificación informada por SIG, enumeración detallada, administración y finanzas).

INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LA GPEI

Los socios de la GPEI emprenderán una serie de actividades para apoyar una respuesta dirigida por los países. Los indicadores de desempeño de la respuesta a los brotes describen los resultados esperados de cada nivel en los que se involucran los socios de la GPEI en las funciones clave de respuesta a los brotes. Las acciones y los resultados esperados de los países y los socios de la GPEI por plazos específicos (dentro de las horas, días y semanas posteriores al informe de secuenciación del virus) se describen en el Anexo 2. Estos indicadores de desempeño se aplican a los brotes de polio de todos los grados. Estos indicadores no son exhaustivos y pueden modificarse según sea necesario para adaptarse al contexto específico del país y del brote. El GPRB proporcionará apoyo para coordinar y monitorear la respuesta al brote.

Si bien existen indicadores específicos, diseñados exhaustivamente, relacionados con la respuesta al brote, la GPEI ha ideado en su estrategia para 2022-26, un marco de monitoreo y evaluación de alto nivel con resultados deseados específicos e indicadores clave de rendimiento. Los progresos realizados en relación con estos indicadores clave de desempeño se evaluarán y presentarán trimestralmente al Comité de Estrategia. Después de examinar los progresos realizados, el Comité de Estrategia informará a la Junta de Supervisión de la Polio y planteará cualquier inquietud clave. En el último trimestre de 2023, se llevará a cabo una revisión exhaustiva del programa en relación con los hitos de la estrategia, incluidos los respectivos a la respuesta al brote.⁴⁰

40. "Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022–2026 El cumplimiento de una promesa". Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350970/9789240035362-spa.pdf>, consultado el 15 de noviembre de 2021.

10. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA

La garantía de calidad para la respuesta a los brotes es fundamental y debe incluir métodos cuantitativos y cualitativos para todos los aspectos básicos de la respuesta. Se alienta a los países a que elaboren herramientas e indicadores adaptados para supervisar mejor todas las etapas y componentes de la investigación y la respuesta ante los brotes. Consulte los documentos disponibles de la GPEI para obtener herramientas y documentos de orientación (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>).

En la tabla 7 se propone el abordaje e indicadores, aunque no exhaustivos, para la supervisión. Siempre que sea posible, se recomienda la captura electrónica de datos mediante dispositivos móviles y la carga segura de datos en tiempo real para respaldar la presentación de informes oportunos y completos para todas las actividades de respuesta (vigilancia, vacunación, indicadores sociales). El uso de métodos electrónicos de captura de datos requiere capacitación efectiva, limpieza y análisis de datos y controles de calidad continuos. De ser posible, deben hacer un esfuerzo para aprovechar los sistemas nacionales de datos electrónicos existentes. Los gobiernos nacionales deben tomar medidas para mantener el sistema de datos electrónicos después de la respuesta al brote de polio, para su utilización en programas de salud y vacunación más amplios.

MONITOREO DE LA CALIDAD DE LAS ASV

El indicador principal de la **ASV de respuesta rápida** es el tiempo en días desde la notificación del brote (Día 0) hasta el primer día de vacunación (meta <14 días). El monitoreo de la campaña puede llevarse a cabo si la capacidad lo permite, pero no debe restar recursos a la microplanificación de alta calidad para ASV1 y ASV2 a gran escala.

Las ASV 1 y ASV 2 deben ser monitoreados completamente, y los resultados deben ser comunicados a los socios de la GPEI dentro de los 14 días posteriores a cada campaña. El propósito del monitoreo es identificar todas las áreas o subpoblaciones con una cobertura <90% o niños que no se alcanzan persistentemente para que se puedan tomar medidas correctivas. Las áreas de bajo rendimiento deben discutirse exhaustivamente para determinar estrategias especiales, esfuerzo adicional (por ejemplo, extender la campaña, comunicaciones adicionales y / o equipos de vacunación, o una ronda de barrido con una estrategia de comunicación ajustada) y los recursos necesarios.

Las estrategias necesarias para monitorear las campañas para todas las ASV (ASV1, ASV2), todas las actividades de barrido y las ASV adicionales a gran escala incluyen, como mínimo, MI y LQAS por conglomerados.

Seguimiento intra y post-campaña. El monitoreo intra y posterior a la campaña emplea métodos de encuesta con muestreo intencionado en áreas donde se espera que la cobertura sea insuficiente y debe implementarse de acuerdo con el protocolo. El objetivo del monitoreo intracampaña es garantizar la acción correctiva de manera oportuna (por ejemplo, el mismo día o al día siguiente, incluidas las estrategias de revisita) para mejorar el desempeño de la implementación. El monitoreo posterior a la campaña permite un análisis profundo y riguroso de las áreas perdidas o que no cumplen con los objetivos de cobertura, y una revisión de las razones de los niños faltantes o no vacunados.

Se recomiendan **encuestas LQAS** por conglomerados realizadas con muestreo proporcional al tamaño de la población para todas las áreas cubiertas por la respuesta al brote. Para que los resultados sean válidos, se debe tener cuidado de planificar e implementar de acuerdo con el protocolo. Se dispone de orientación específica.⁴¹

41. Ver "Assessing vaccination coverage levels using clustered lot quality assurance sampling: field manual". 2012. Geneva, Global Polio Eradication Manual (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Assessing-Vaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS_Apr2012_EN.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2021)

Los controles por muestreo, las encuestas de conveniencia y los informes verbales

de monitores, supervisores y observadores independientes de la de campaña (por ejemplo, personal internacional de la GPEI o personal de otras agencias) son un complemento muy útil para el monitoreo de la ASV, y deben ser bienvenidos y utilizados generosamente para confirmar o cuestionar los informes de cobertura.

La selección y capacitación de los monitores es importante. Un mandato claro que describa la independencia de los supervisores de las actividades de inmunización es útil para todos los supervisores. Idealmente, los supervisores deben ser reclutados y capacitados para cada ronda de ASV. Se desaconseja el despliegue del mismo personal en las mismas zonas para sucesivas campañas, para mantener la independencia. Las fuentes de contratación de supervisores incluyen universidades y colegios (por ejemplo, estudiantes de enfermería o medicina), ONG comunitarias u organismos de servicios (por ejemplo, trabajadores de la salud que no participan directamente en la respuesta) y deben seleccionarse para adaptarse al contexto local, garantizando una participación equilibrada de mujeres y hombres.

La oportunidad de los resultados del monitoreo es importante para garantizar la rendición de cuentas, la identificación rápida de problemas y la corrección del curso cuando esté justificado. Los resultados del monitoreo deben comunicarse a los socios de la GPEI a nivel nacional, regional y mundial dentro de los 14 días posteriores a la finalización de la campaña.

MEJORA DEL MONITOREO DE LA VIGILANCIA

Los países deben supervisar semanalmente los indicadores de vigilancia y la presentación de informes de todas las unidades notificadoras, haciendo hincapié en las subpoblaciones de alto riesgo y en el resultado y el impacto de todas las mejoras.

Además de los indicadores rutinarios de vigilancia de las PFA del nivel subnacional, se deben proporcionar actualizaciones periódicas sobre los indicadores del proceso, incluida la

oportunidad de la investigación, la recolección de muestras y la recepción en el laboratorio.

Los informes deben ser adecuados para permitir a las autoridades identificar problemas de manera temprana, generar soluciones apropiadas para mejorar el rendimiento y reforzar la confianza en que el rendimiento es lo suficientemente bueno como para detectar la transmisión continua del virus. Por ejemplo, los hallazgos de las búsquedas activas retrospectivas y ad hoc institucionales y en la comunidad deben resumirse exhaustivamente e informarse de manera oportuna.

El laboratorio también debe resumir rutinariamente cualquier desafío de capacidad que enfrenten y proponer soluciones. También deben seguirse de cerca las tendencias en el volumen de trabajo de los laboratorios, así como la oportunidad y precisión de las pruebas de poliovirus y definirse un mecanismo de presentación de informes a nivel de laboratorio y regional.

MONITOREO POSTERIOR AL DESPLIEGUE DE nOPV2

El monitoreo posterior al despliegue es un requisito esencial para los países que utilizan nOPV2 mientras está bajo EUL ya que los países deben poder contribuir a la documentación sobre la estabilidad genética, la seguridad y la efectividad de la nOPV2 mediante el seguimiento de su desempeño en el campo. Todos los países que utilicen nOPV2 deberán cumplir con los compromisos acordados en el proceso de verificación del estatus de preparación. El seguimiento del cumplimiento de estos compromisos tras el uso de nOPV2 es un paso esencial para garantizar que los países cumplan con los requisitos de la OMS para la EUL. Esta información se basará principalmente en los mecanismos existentes de vigilancia de la polio y la seguridad de las vacunas en los países afectados por brotes de polio. El monitoreo posterior al despliegue comienza una vez que se ha utilizado la nOPV2 por primera vez, y algunas actividades de este monitoreo durarán hasta 12 meses después de la última ASV con nOPV2.⁴²

42. Por favor, consulte: Lista de verificación posterior a la campaña nOPV2; Actividades a completar después de una respuesta nOPV2 (<https://bit.ly/nOPV2-post-campaign-checklist>), consultado el 15 de diciembre de 2021)

EVALUACIONES DE LA RESPUESTA A LOS BROTES (OBRA)

El propósito de los OBRA es evaluar si la respuesta de vacunación y vigilancia es lo suficientemente robusta como para detectar y detener la transmisión del poliovirus y determinar los pasos necesarios para abordar las brechas. Los OBRA para polio deben llevarse a cabo de manera oportuna y efectiva, por expertos independientes que no participen directamente en la evaluación de la respuesta al brote.

El primer OBRA debe llevarse a cabo de 3 a 4 meses después de la notificación del brote. Durante el curso de la respuesta al brote, la GPEI/ GPRB desplegará misiones trimestrales, conjuntas o individuales de los organismos asociados (según sea necesario y factible), para apoyar el programa del país y evaluar el progreso. Los brotes prolongados pueden justificar OBRA intermedios o revisiones documentales independientes/externas. Se debe considerar un OBRA después de un intervalo de seis meses desde el último aislamiento de poliovirus durante el brote.

Para los eventos de alto riesgo, que requirieron una respuesta de vacunación, también se puede realizar una evaluación de la respuesta a eventos o una evaluación externa de los datos. En situaciones en las que la evaluación en persona no es posible (incluidas las limitaciones relacionadas con la pandemia de COVID-19), se pueden considerar los OBRA virtuales y las revisiones de escritorio. El enfoque, el alcance y el énfasis de los OBRA se ajustarán según el intervalo transcurrido desde el último aislamiento de poliovirus y el contexto local y se reflejarán en el mandato específico de la evaluación.

El GPRB, el RRT, el IMST y la oficina regional respectiva de la OMS facilitarán conjuntamente la organización de los OBRA y darán seguimiento a las revisiones de escritorio en coordinación con los equipos del país. El líder del equipo de OBRA presentará un informe al equipo nacional, al finalizar la evaluación, y, posteriormente, enviará un informe al equipo nacional, al presidente del GPRB, a los equipos regionales de respuesta a la polio y al Director del programa de la OMS contra la polio. La oficina regional de la OMS confirmará el fin del brote, si procede, sobre la base del informe de

evaluación y las recomendaciones.

El país debe desarrollar un plan de acción basado en las recomendaciones del OBRA, con el objetivo de fortalecer la respuesta al brote. Si el OBRA recomienda cerrar un brote, el país debe desarrollar un plan post-OBRA dentro de un mes del cierre del brote, centrándose en mantener los mecanismos implementados para mejorar la cobertura de vacunación y la sensibilidad de la vigilancia que fueron establecidos durante la respuesta al brote. Los OBRA en situaciones especiales como múltiples países afectados por el mismo brote (misma cepa/aparición de poliovirus), múltiples brotes de cVDPV en el mismo país, etc., deben tratarse caso por caso. Se dispone de orientaciones detalladas, herramientas y materiales para las evaluaciones de la respuesta a los brotes y la gestión de las vacunas.⁴³

¿Ha terminado el brote?

Se puede considerar que un brote ha terminado y la respuesta puede detenerse cuando no se ha detectado ningún poliovirus durante seis meses; siempre y cuando la vigilancia sea adecuada en la zona del brote y otras zonas de alto riesgo y hay pruebas convincentes de que existen medidas suficientes para detener la transmisión del poliovirus en las zonas afectadas por conflicto, así como entre las poblaciones desplazadas y de difícil acceso. Si no se cumplen estas condiciones, el equipo del OBRA hará recomendaciones para acciones correctivas (fortalecimiento de la vigilancia, mejora de la calidad de la vacunación, etc.). Después de un período adicional de seis meses (es decir, después de 12 meses desde la última detección) sin detección de un poliovirus de ninguna fuente, el brote puede considerarse terminado y la respuesta puede detenerse, según la revisión y recomendación del OBRA.

Cuando se cumplen los criterios de “fin del brote” y/o el equipo de OBRA está convencido de que la respuesta al brote ha sido suficiente, siguiendo el árbol de decisiones a continuación (Figura 5), la oficina regional de la OMS puede: considerar los hallazgos del OBRA en consulta con el GPRB, compartir el informe con el comité nacional de certificación y la comisión regional de certificación, y puede confirmar que el brote ha terminado y puede ser «cerrado». El país es informado, como corresponde.

43. Ver: Polio Outbreak Response Assessment (OBRA): Aide Mémoire 2018. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/10/Polio-Outbreak-Response-Assessment-Aide-Memoire-version-4.pdf>. Consultado el 15 de noviembre de 2021)

DOCUMENTANDO LAS LECCIONES APRENDIDAS

Es muy valioso que los países revisen el desempeño de la respuesta al brote o evento y documenten las lecciones aprendidas. La documentación del brote debe, entre otras cosas, incluir:

- una investigación detallada del brote y una evaluación del riesgo
- epidemiología descriptiva (incluida la investigación del caso índice)
- respuesta de vigilancia para supervisar la evolución hasta el final
- respuesta de vacunación en la que se esbozan los hitos clave para la garantía de la calidad y las innovaciones (microplanificación, capacitación, supervisión de la preparación, gestión logística, participación de la comunidad y monitoreo/supervisión)
- coordinación de la respuesta al brote, incluyendo la oportunidad y la eficacia del refuerzo de la capacidad de respuesta.

Por lo general, las mejores prácticas en la respuesta de emergencia incluyen una revisión formal posterior a la acción. Las lecciones aprendidas son útiles para mejorar la planificación de la preparación para emergencias y pueden informar la respuesta a futuros eventos y brotes.

La documentación sobre los brotes también debe reflejar las lecciones aprendidas y las mejores prácticas destacadas por los OBRA y las evaluaciones externas de los datos, como estrategias para la interrupción exitosa de los brotes de polio. Ya se han publicado varios documentos pertinentes sobre las mejores prácticas. Los países pueden documentar las lecciones aprendidas sobre la erradicación de la polio.⁴⁴

44. Ver: Capturing and sharing lessons learned [website] Geneva: Global Polio Eradication Initiative. Disponible en: <http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/lessons-learned-from-polio-eradication/> , consultado el 15 de noviembre de 2021)

11. PERSPECTIVA DE GÉNERO

La nueva Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-2026 enfatiza la importancia del uso del análisis rápido de género para una respuesta más efectiva al brote. Al recopilar y analizar datos desglosados por sexo e información sensible al género, los equipos de respuesta al brote desarrollan una comprensión más sólida de la población que mejora la participación de la comunidad y aumenta la aceptación de la vacuna.

La incorporación de la perspectiva de género en la respuesta a los brotes se referirá a las siguientes áreas:

Análisis de género

El análisis rápido de género proporciona información esencial sobre los roles y responsabilidades de género, las capacidades y vulnerabilidades para guiar la programación. Se utiliza en situaciones donde el tiempo es esencial y los recursos son muy escasos. Como se describe en la nueva Estrategia de Erradicación de la Polio 2022-2026, el análisis rápido de género en la respuesta al brote se guiará por la [Evaluación Rápida Inicial Multisectorial \(MIRA\)](#)⁴⁵ del IASC y el [Análisis Rápido de Género de CARE International](#)^{46 47}.

El análisis rápido de género debe ser específico al contexto y requiere un enfoque adaptado a las necesidades e intereses de las comunidades afectadas y en riesgo. Esto puede requerir la participación de los expertos locales en el país.

Comunicación

La participación de la comunidad, el cambio social y de comportamiento son componentes críticos de la respuesta al brote de polio. El enfoque de respuesta al brote de polio está diseñado para corregir las percepciones y las normas y creencias sociales que desaniman a los cuidadores de vacunar a sus hijos, en particular las normas de género que inhiben el acceso y la aceptación de las vacunas, y

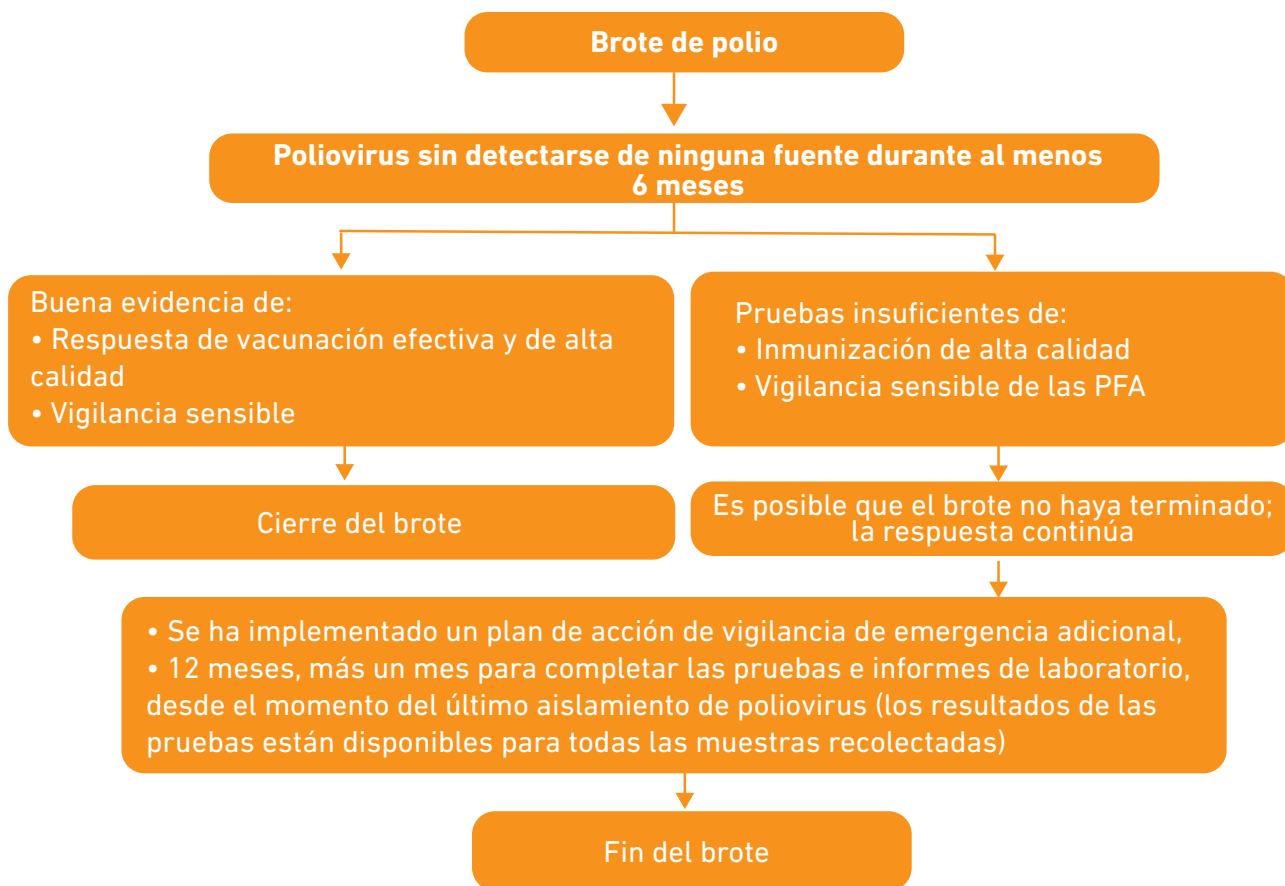
reconstruir el compromiso con la vacunación a través del desarrollo del comportamiento y los esfuerzos de cambio social, incluida la vacunación de rutina. Al comienzo de un brote, es importante realizar evaluaciones rápidas del comportamiento y revisar todas las fuentes de datos existentes y disponibles para comprender el conocimiento, las actitudes, las prácticas y los comportamientos. Comprender cómo las cuestiones de género interactúan con otros factores para inhibir o promover el acceso a la información y los servicios, y el impacto en la adopción de los servicios en las comunidades es un componente crítico de las intervenciones de la SBC. Las cuestiones de género deben integrarse en el análisis de la recolección de datos para garantizar que se tengan en cuenta las funciones y normas de género al diseñar estrategias e intervenciones para y con las comunidades. La evidencia muestra que las mujeres (a menudo las principales cuidadoras de los niños) frecuentemente están en desventaja cuando se trata de acceso a la información y a los servicios de vacunación y de salud y la comprensión de las intervenciones conductuales clave. Junto con mensajes personalizados, modalidad clave de proporcionar información y comunicación de riesgos, los esfuerzos deben alinearse y adaptarse cuidadosamente a las necesidades de varias comunidades y, lo que es más importante, ser informados por las mujeres y los miembros de las comunidades para la mejor resonancia y aceptación.

45. Ver Tool, Multi-Sector Initial Rapid Assessment (MIRA), July 2015 IASC Needs Assessment Task Force. Disponible en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2021

46. Ver In practice rapid gender análisis. Disponible en: <https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis>, consultado el 15 de noviembre de 2021

47. Ver OXFAM minimum standards for gender in emergencies. Disponible en: https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/ml-oxfam-gender-emergencies-minimum-standards-291113-en_0_0.pdf, consultado el 15 de noviembre de 2021)

Figura 5: Árbol de decisiones de evaluación de la respuesta al brote



Recuadro 4

La polio fue declarada una emergencia de salud pública de importancia internacional el 5 de mayo de 2014, y de acuerdo con las Recomendaciones Temporales emitidas por el Director General de la OMS, los criterios para evaluar a los países como ya no infectados por WPV1 o cVDPV son los siguientes:

-Caso de poliovirus: 12 meses después de la fecha de inicio de la parálisis del caso más reciente MÁS un mes en consideración del tiempo necesario para la detección del caso, la investigación, las pruebas de laboratorio y el período de notificación 0 cuando todos los casos de PFA notificados con inicio de la parálisis dentro de los 12 meses posteriores al último caso han sido examinados para detectar polio y se ha excluido WPV1 o cVDPV, y las muestras ambientales recolectadas dentro de los 12 meses posteriores al último caso también han sido negativas, cualquiera que sea el más largo.

-Aislamiento ambiental de WPV1 o cVDPV (sin caso de poliovirus): 12 meses después de la recolección de la muestra ambiental positiva más reciente MÁS un mes en consideración del tiempo necesario para tener el resultado de las pruebas de laboratorio e informe.

-Cada tres meses el comité se reúne para revisar el estado de emergencia y determinar a qué países deben aplicarse las Recomendaciones Temporales. Sin embargo, si se considera que un país ya no está infectado de acuerdo con las Recomendaciones Temporales, esto no siempre significa que sea el fin del brote, ya que la respuesta puede necesitar continuar.

Personal de salud

Los trabajadores de la salud tienen un papel crucial en la respuesta al brote de polio. Debe prestarse atención a garantizar un mayor equilibrio de género en los procedimientos de contratación, prestando especial atención al equilibrio de género en todas las funciones y en cada nivel del programa.

Las trabajadoras de la salud que están a la vanguardia de la respuesta a los brotes deben recibir un apoyo activo para identificar y abordar las barreras y los desafíos a los que se enfrentan (incluida la garantía de un entorno de trabajo seguro, inclusivo y de apoyo, la prevención de la explotación y el abuso sexual y las medidas de salvaguardia). Además, es muy importante que las últimas directrices de la OMS ^{48 49} sobre los trabajadores comunitarios de la salud se tengan en cuenta durante el proceso de contratación, formación y gestión de los trabajadores de la salud.

Datos desglosados por sexo

En línea con la nueva Estrategia de Erradicación de la Polio (2022-2026) y la Estrategia de Igualdad de Género (2019-2023), los datos desglosados por sexo y edad deben recopilarse y analizarse en el monitoreo posterior a la campaña. Los datos desglosados por sexo y edad también deben incluirse en los informes, incluso sobre la ejecución programática.

Para apoyar la incorporación de las actividades de género en contextos de brotes, en la lista de verificación anexa (anexo 3) se esbozan actividades desde la contratación de equipos con equilibrio de género (incluido el personal de soporte a la capacidad de respuesta), hasta la reunión y el análisis de datos desglosados por sexo para la vigilancia de las PFA y la supervisión de las campañas, y la incorporación de datos sociales específicos de género en las actividades de movilización social, comunicación y participación comunitaria.

48. Ver Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios. Disponible en: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326553/9789243550367-spa.pdf?ua=1>), consultado el 15 de noviembre de 2021

49. Ver COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1, consultado el 15 de noviembre de 2021

12. PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA EXPLOTACIÓN, EL ABUSO Y EL ACOSO SEXUAL

De conformidad con la política de tolerancia cero a la conducta sexual indebida de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio⁵⁰ en todas sus operaciones, las operaciones contra el brote de polio deben incluir medidas para garantizar la protección de la población beneficiaria y del personal que responde al brote de polio contra la explotación, el abuso y el acoso sexual. Esto debería incluir capacitación, selección de personal y consultores, mecanismos accesibles para informar sobre posibles denuncias, un enfoque centrado en las víctimas para responder a las denuncias de explotación y abuso sexual (EAS), trabajando en estrecha colaboración con el Comité Permanente Interinstitucional y los mecanismos de las Naciones Unidas.

- Los administradores de la respuesta al brote deben velar por que todos los miembros de los equipos, incluido el personal nacional, sean conscientes de la necesidad de cumplir las políticas de la Organización sobre prevención y respuesta al abuso, el acoso y la explotación sexual. Esto debería hacerse extensivo a los socios en la ejecución y los contratistas con referencia específica en los acuerdos contractuales de conformidad con las normas de los socios individuales.
- Todos los consultores desplegados estarán sujeto a verificaciones de antecedentes y deberán completar capacitaciones en

línea sobre prevención y respuesta a la explotación y el abuso sexual antes del despliegue.

- Los administradores de incidentes/ coordinadores de la respuesta a los brotes deben coordinarse con el punto focal y los coordinadores de la OMS/UNICEF/ IASC PRSEAH, si están disponibles, para una reunión informativa sobre la evaluación de riesgos de la EAS, las actividades de mitigación a nivel nacional, los mecanismos de reporte a nivel nacional, el apoyo disponible para las víctimas y sobrevivientes y cómo proporcionar referencias seguras y éticas para recibir atención de acuerdo con las vías de remisión existentes en un mapeo de servicios. Los recursos disponibles sobre PRSEAH pueden utilizarse para este respecto.^{51 52 53 54 55}

50. Ver <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-oversight-board-statement-on-sexual-misconduct-20180426.pdf>, consultado el 15 de noviembre de 2021)

51. Ver WHO sexual exploitation and abuse prevention and response (, consultado el 15 de noviembre de 2021)

52. Integrity Hotline provides a safe and independent mechanism to report any concerns about issues involving WHO. Disponible en: <https://www.who.int/about/ethics/integrity-hotline>, versión en español disponible, consultado el 15 de noviembre de 2021)

53. Ver UNICEF Strategy to Prevent and Respond to Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment. Disponible en: <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-05/UNICEF-Strategy-Prevent-Respond-Sexual-Exploitation-Abuse-Sexual-Harassment-January-2019.pdf>, consultado el 15 de noviembre de 2021

54. Ver Denuncia de irregularidades. Cómo denunciar una sospecha de mala conducta, fraude, abuso u otro tipo de irregularidad. Disponible en: <https://www.unicef.org/auditandinvestigation/es/denuncia-de-irregularidades>, consultado el 27 de noviembre de 2022

55. Ver Protecting children from sexual exploitation and abuse. Disponible en: <https://www.unicef.org/protection/protecting-children-from-sexual-exploitation-and-abuse>, consultado el 15 de noviembre de 2021

- El plan de comunicaciones de respuesta al brote debe garantizar los esfuerzos para sensibilizar a las poblaciones beneficiarias sobre los riesgos de la EAE, sus derechos y los canales para informar sobre posibles denuncias, utilizando los canales existentes de las Naciones Unidas siempre que sea posible.
- Cualquier acusación de EAS o acoso sexual debe ser reportada inmediatamente a través de los canales apropiados de la organización.
- Los supervivientes/víctimas de EAS deben recibir asistencia inmediata y/o remisiones a asistencia al recibir una denuncia, según sus deseos, de conformidad con el Protocolo de Asistencia a las Víctimas de las Naciones Unidas.⁵⁶
- Los gerentes y el equipo del brote no deben discutir ni intentar investigar ninguna acusación.

56. Ver PROTOCOLO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE LA EXPLOTACIÓN Y LOS ABUSOS SEXUALES. Disponible en: <https://psea.interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/2021-11/UN%20Protocol%20on%20the%20Provision%20of%20Assistance%20to%20Victims%20of%20Sexual%20Exploitation%20and%20Abuse%20%28SP%29.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2022

REFERENCIAS

1. The probability of a case being travel associated is the highest at 7-10 days, and decreases thereafter, minimal after 35 days (<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/poliomyelitis>)
2. "International Health Regulations" (2005), third Edition. Geneva: World Health Organization; (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>, accessed 15 November 2021)
3. "Detailed epidemiologic case investigation form". GPEI guidance. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2011 (see document within GPEI library <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, accessed 15 November 2021)
4. "Public Health Management of Facility-Related Exposure to Live Polioviruses: Interim guidance in managing exposed persons for countries hosting facilities that maintain live polioviruses" on GPEI website library, <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, accessed on 15 Nov. 2021
5. Job aid (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>, accessed on 15 Nov. 2021)
6. Use of AFP contact sampling and targeted healthy children stool sampling: GPEI Job Aid. Geneva: Global Polio Eradication Initiative 2019. (see document with GPEI library <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, accessed on 15 Nov. 2021)
7. Emergency Response Framework (ERF)". World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241512299>, pg 28, accessed 15 Nov. 2021)
8. <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-vaccines/opv/>
9. WHO department of IVB, Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) meeting, 4-8 October 2021 (https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, accessed on 15 Nov. 2021)
10. Public Health Management of Facility Related Exposure to Live Polioviruses (<https://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/containment/containment-resources/>, accessed on 15 Nov. 2021)
11. Alexander G Shaw, Laura V Cooper, Nicky Gumede, Ananda S Bandyopadhyay, Nicholas C Grassly, Isobel M Blake, Time Taken to Detect and Respond to Polio Outbreaks in Africa and the Potential Impact of Direct Molecular Detection and Nanopore Sequencing, The Journal of Infectious Diseases, 2021;, jiab518, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab518>
12. WHO department of IVB, Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) meeting, 4-8 October 2021 (https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, accessed on 15 Nov. 2021)
13. "Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire, 4 June 2021, 96th YEAR, No 22, 2021, 96, 197-216, <http://www.who.int/wer>)

14. "Microplanning Guidelines". GPEI guidance. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2011 (see document within GPEI library <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, accessed 15 Nov. 2021)
15. "Best practices in microplanning for polio eradication". GPEI guidelines. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practices-in-mircoplanning-for-polio-eradication.pdf>, accessed 15 November 2021)
16. "Preparing for nOPV2 use: An overview on requirement for countries" (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/nOPV2-Overview-Guidance.pdf>, accessed 15 Dec. 2021)
17. "Best Practices for Monitoring the Quality of Polio Eradication Campaign Performance", GPEI guidelines. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practice-for-monitoring-the-quality-of-polio-eradication-campaign-performance.pdf>, accessed 15 Nov. 2021).
18. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, 22-24 March 2021: conclusions and recommendations (<https://www.who.int/publications/i/item/meeting-of-the-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization-22-24-march-2021-conclusions-and-recommendations>, accessed on 15 November 2021)
19. "Resolution WHA68. Poliomyelitis. In: Sixty-eighth World Health Assembly", pg. 10. Geneva: World Health Organization, 26 May 2015. (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf, accessed on 15 November 2021).
20. "Monovalent Sabin OPV2 Vaccine Request Form". (Document within GPEI library (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/> accessed 15 November 2021)
21. Executive Board 146th session agenda item 16.1, EB(11) 7 February 2020 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146\(11\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146(11)-en.pdf), last accessed on 15 Dec. 2021)
22. Technical Guidance for monovalent Sabin OPV2 vaccine management, monitoring, removal and validation. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2016 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-management-monitoring-removal-and-validation_Oct2016_EN.pdf, accessed on 15 November 2021).
23. nOPV2 managemmopvzent, monitoring, removal and disposal (in 50 dose vials with VVM type2) (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/nOPV2-Vaccine-Handling-Technical-Guidance-20201103-ENG.pdf>, accessed on 15 Nov 2021)
24. IA2030, A global strategy to leave no one behind (<https://www.immunizationagenda2030.org/>, accessed on 15 Nov 2021)
25. Reaching Every District, a guide to increasing coverage and equity in all communities; (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-02/Feb%202018_Reaching%20Every%20District%20%28RED%29%20English%20F%20web%20v3.pdf, accessed on 15 November 2021)
26. Best practices in Active Surveillance for Polio Eradication, 2018. GPEI guidelines. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2018 (<https://www.who.int/polio-transition/documents-resources/best-practices-active-surveillance.pdf?ua=1>, accessed 15 November 2021)

27. The Global Polio Surveillance Action Plan (2022–2023) (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/02/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2022-2024.pdf>, accessed on 01 March 2022)
28. Interim quick reference on strengthening polio surveillance during an outbreak (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference-Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf, accessed on 15 Nov 2021)
29. Standard operating procedures for polio environmental surveillance enhancement following investigation of a poliovirus event or outbreak (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf>, accessed on 15 Nov. 2021)
30. Guidelines for implementing polio surveillance in hard-to-reach areas and populations (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>, accessed on 15 Nov. 2021)
31. “Communication for development guidelines for responding to polio events and outbreaks, post switch”. 2016. Geneva: Global Polio Eradication Initiative (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/C4DGuidelines_OutbreakPostSwitch_Nov2016_EN.pdf, accessed on 15 November 2021)
32. Polio training manual for health worker supervisors. Geneva: Global Polio Eradication Initiative (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/03/GPEI-Health-Supervisors_Training_Manual.pdf, accessed 15 November 2021).
33. “Polio Eradication Strategy 2022-2026: Delivering on a Promise”. (<https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/>, accessed on 15 Nov. 2021)
34. Assessing vaccination coverage levels using clustered lot quality assurance sampling: field manual”. 2012. Geneva, Global Polio Eradication Manual (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Assessing-Vaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS_Apr2012_EN.pdf, accessed on 15 November 2021)
35. nOPV2 post campaign checklist; Activities to complete after an nOPV2 response (<https://bit.ly/nOPV2-post-campaign-checklist>, accessed on 15 Dec. 2021)
36. Polio Outbreak Response Assessment (OBRA): Aide Mémoire 2018 (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, accessed on 15 Nov. 2021)
37. Capturing and sharing lessons learned [website] Geneva: Global Polio Eradication Initiative (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/lessons-learned-from-polio-eradication/>, accessed on 15 November 2021)
38. Tool, Multi-Sector Initial Rapid Assessment (MIRA), July 2015 IASC Needs Assessment Task Force (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf, accessed on 15 Nov. 2021)
39. In practice rapid gender analysis (<https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis>, accessed on 15 Nov. 2021)
40. OXFAM minimum standards for gender in emergencies (https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/ml-oxfam-gender-emergencies-minimum-standards-291113-en_o_o.pdf, accessed on 15 Nov. 2021)

41. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes, (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275501/WHO-HIS-HWF-CHW-2018.1-eng.pdf?ua=1>, last accessed on 15 Nov. 2021)
42. COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1, last accessed 15 Nov. 2021)
43. <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-oversight-board-statement-on-sexual-misconduct-20180426.pdf>, accessed on 15 Nov. 2021)
44. WHO sexual exploitation and abuse prevention and response (<https://www.who.int/publications/m/item/who-sexual-exploitation-and-abuse-prevention-and-response>, accessed on 15 Nov. 2021)
45. The Integrity Hotline provides a safe and independent mechanism to report any concerns about issues involving WHO (<https://www.who.int/about/ethics/integrity-hotline>, accessed on 15 Nov. 2021)
46. UNICEF Strategy to Prevent and Respond to Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment (<https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-05/UNICEF-Strategy-Prevent-Respond-Sexual-Exploitation-Abuse-Sexual-Harassment-January-2019.pdf>, accessed on 15 Nov 2021)
47. Report Wrongdoing, How to report suspected misconduct, fraud, abuse or other types of wrongdoing (<https://www.unicef.org/auditandinvestigation/report-wrongdoing>, accessed on 15 Nov 2021)
48. Protecting children from sexual exploitation and abuse (<https://www.unicef.org/protection/protecting-children-from-sexual-exploitation-and-abuse>, accessed on 15 Nov 2021)
49. UN protocol on the provision of assistance to victims of sexual exploitation and abuse (https://www.un.org/en/pdfs/UN%20Victim%20Assistance%20Protocol_English_Final.pdf, accessed on 15 Nov 2021)

ANEXOS

ANEXO 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

Resumen de elementos para la evaluación sistemática de riesgos de un nuevo aislado VDPV, WPV o SL2

Categoría del riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Observaciones
VIROLOGÍA			
cVDPV	Definido automáticamente como situación de alto riesgo		
Factores virológicos			
Desviación genética del virus de la vacuna original (cambios en los nucleótidos)	Sustancial	No sustancial	
Relación, si la hubiera, con aislados pasados	Relacionado	No relacionado	
Caracterización / interpretación del virólogo	Sí	No	
Co-circulación con WPV	Sí	No	
Detección de otros VDPV (no relacionados) en la región	Sí	No	Solicitar la evaluación de un virólogo experto
Fuente humana			
Co-aislamiento con otro Sabin o enterovirus	Sí	No	
Evidencia de inmunodeficiencia primaria	No	Sí	
Fuente ambiental			
Número de aislados de virus			
Diversidad genética (número de grupos genéticos)	Alto	Medio/bajo	
CONTEXTO			
Características del caso			
Miembro de la población conocida de "alto riesgo"/desatendida (barrios marginales, minorías, refugiados, móviles, desplazados internos, etc.)	Sí	No	Revisión y debate por expertos técnicos, a nivel nacional, regional y mundial
Dosis 0 o parcialmente vacunado	Sí	No	
Mayores de 5 años	Sí	No	
Datos de cobertura			
Cobertura de rutina (IPV si está disponible, de lo contrario difteria-tétanos-tos ferina (DPT3) en el nivel Admin 1 infectado)	Deficiente	Bueno/alto	Inmunidad de la población" para los poliovirus tipo 2, debe tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el "switch" y el uso de la IPV para estimar la población ingenua de tipo 2
Calidad de los ASV anteriores (>5% de niños perdidos por los datos de MI, < 80% de lotes de LQAS aprobados)	Deficiente	Adecuada/bueno	

Categoría del riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Observaciones
Calidad de la vigilancia			
Calidad de la vigilancia (por ejemplo, indicadores de PFA deficientes, VA poco frecuente o ausente, virus huérfano) en el nivel Admin 1 infectado	Evidente	Adecuada/bueno	
Otra detección reciente de poliovirus	Sí	No	
Contexto nivel 1 de administración			
Área grande y densamente poblada	Sí	No	
Poblaciones conocidas de alto riesgo (por ejemplo, móviles, refugiados, comercio, peregrinación, desplazamiento)	Sí	No	
Zona insegura y/o inaccesible que afecta a la vigilancia y/o la vacunación	Sí	No	
Cualquier tipo de eventos centinela que sugieran un mayor riesgo de propagación rápida	Sí	No	
Evidencia de ruptura de la contención	Sí	No	
Encontrar tOPV/mOPV2/nOPV2 en la cadena de distribución de vacunas	Sí	No	
Condiciones ambientales asociadas con altos niveles de transmisión fecal-oral	Agua y saneamiento deficientes	Agua y saneamiento razonable/bueno	
DIFUSIÓN INTERNACIONAL			
Vínculos con la frontera internacional			
Enlace de transporte contiguo o directo a la frontera internacional (especialmente si se conoce otra zona de alto riesgo)	Sí	No	Investigación de casos locales / basada en datos disponibles
Enlaces entre sitios o personas con polio con otros países (por ejemplo, mercados, rutas de transporte)	Sí	No	Revisión y debate por expertos técnicos de la GPEI, en consulta con los niveles nacionales y regionales
Historial de viaje de casos de polio u familiares (por ejemplo, refugiados, nómadas, peregrinos, apátridas) al país vecino (o cualquier otro)	Sí	No	
Antecedentes de patrones de transmisión de la poliomielitis y brotes entre países	Sí	No	
Movilidad/migración de la población			
Puntos de servicio comunes entre el área infectada y las áreas vecinas como mercados, sitios de peregrinación, sitios comerciales comunes, etc.	Sí	No	
Evidencia de altos niveles de migración (a partir de datos de secuenciación, datos disponibles de teléfonos celulares, patrones de migración previos, etc.)	Sí	No	
Contexto de las zonas vecinas			
Evidencias de brechas de vigilancia u otros factores de alto riesgo en zonas vecinas susceptibles de importación desde la zona afectada	Sí	No	
Inmunidad de la población en los países/zonas vecinas	Bajo	Bueno/alto	
Conflicto	Presente	Ninguno	

Anexo 2B: Calendario y responsabilidad de las actividades de respuesta a los brotes desde el día 0 hasta el fin del brote

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
Notificación de virus desde el laboratorio - Día 0	Coordinación de brotes	Establecer un equipo de gestión de brotes con representación de todas las agencias relevantes.	Gobierno nacional/autoridades sanitarias, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	
	Recursos	Buscar el plan nacional de preparación y respuesta ante brotes de poliomielitis (se puede encontrar en el anexo del informe del Comité Nacional de Certificación (NCC)).	Gobierno nacional/autoridades sanitarias, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	
	Recursos	Identificar personas capacitadas o con experiencia en la respuesta al brote de poliomielitis en el país o la región.	Gobierno nacional/autoridades sanitarias, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	Las oficinas y sedes regionales de la OMS y el UNICEF proporcionarán rápidamente los documentos necesarios
	Recursos	Leer todo informe o documento de actividades de respuesta a brotes anteriores.	Gobierno nacional/autoridades sanitarias, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	
Dentro de las 24 horas posteriores a la notificación	Recursos	Asegurarse de que el equipo en el país tenga documentos de orientación técnica para apoyar la investigación y la respuesta (POE de brotes, plantilla de investigación, plantilla de evaluación de riesgos, etc.).	Oficinas regionales y sede de la OMS y el UNICEF	
	Investigación	Iniciar una investigación epidemiológica y social en conjunto (ver el capítulo 3)	Gobierno nacional/autoridades sanitarias, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	Con el apoyo de la OMS y la oficina regional y la sede del UNICEF
	Comunicación	Informar a las autoridades nacionales y otros socios pertinentes	Gobierno Nacional/autoridades sanitarias	La sede de la OMS informará a los asociados de la GPEI (GPRB, Comité de Estrategia)
	Coordinación y promoción de brotes	Informe al Ministro de Salud, jefe de gobierno/estado y otros funcionarios pertinentes sobre las medidas específicas necesarias para una respuesta urgente con el fin de detener el brote: 1. Establecer un centro nacional de operaciones de emergencia (COE) si aún no existe una estructura de coordinación de emergencia existente, dirigida por un alto funcionario gubernamental como punto focal designado para el brote y apoyada por personal para la administración, la comunicación estratégica, las operaciones, la logística, la gestión de suministros y las finanzas. 2. Implementar las operaciones de respuesta necesarias para detener la transmisión del virus según los POE de respuesta al brote, el tipo de virus y la clasificación. 3. Asegurar un mecanismo de monitoreo sistemático a todos los niveles (nacional, regional y distrital) para monitorear el progreso de las acciones de planificación, implementación y seguimiento a lo largo de las actividades de respuesta. 4. Notificación oportuna y periódica del progreso de las actividades de respuesta al brote al jefe de gobierno/estado y a los socios de la GPEI.	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	Con el apoyo de los socios de la GPEI para garantizar que las autoridades sanitarias nacionales dispongan de la información necesaria para comunicarse eficazmente con las partes interesadas de los países.

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad		
			País	Regional / Global	
Dentro de las 24 horas posteriores a la notificación	RSI notificación	Presentar una notificación del RSI al Punto de Contacto Regional de la OMS	Punto focal nacional del RSI	Punto focal del RSI en la Sede de la OMS	
	Comunicación	Alertar a la división de suministros de UNICEF si el poliovirus es de tipo 2		Sede de la OMS y el UNICEF	
	Coordinación de brotes	Iniciar mecanismos de respuesta a eventos/brotes a nivel de las oficinas regionales y las sedes. Compartir cualquier información disponible con el equipo en el país (borrador de evaluación de riesgos, evaluaciones de vigilancia, cobertura histórica, evaluaciones de seguridad, grupos de alto riesgo, etc.).		Socios de GPEI	
	Coordinación de brotes	Grupo de Preparación y Respuesta a Brotes (GPRB) para establecer conferencias telefónicas semanales entre la OMS, UNICEF y los socios de la GPEI.	La OMS y UNICEF participarán	GPRB iniciará convocatorias electrónicas y de presidencia	
	Refuerzo con recursos humanos		Evaluar la capacidad de recursos humanos del sistema nacional de salud sobre el terreno, la OMS, el UNICEF y otros asociados en el país para llevar a cabo operaciones de respuesta.	Autoridades sanitarias nacionales, oficinas de la OMS y el UNICEF en los países	
			Solicitar procedimientos acelerados para visas en el puerto de entrada para cualquier consultor internacional del equipo de respuesta a brotes.	Autoridades sanitarias nacionales	Las oficinas regionales y sedes de la OMS y el UNICEF proporcionarán rápidamente los documentos necesarios
			Activar los procesos de refuerzo de la capacidad de respuesta; implementar tan pronto como esté disponible. (Objetivo 72 horas - Respuesta Rápida; Objetivo 21 días - Refuerzo de la capacidad de respuesta).	Las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país harán los preparativos	GPRB y los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis se coordinarán
Evaluación de riesgos y respuesta	Iniciar el llenado de la plantilla de evaluación de riesgo y una propuesta de estrategia de respuesta a la inmunización	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Con el apoyo de la oficina regional y la sede de la OMS/UNICEF		
Comunicación	Identificar a una persona focal de los medios y portavoz del brote.	Las autoridades sanitarias nacionales, la OMS y las oficinas del UNICEF en los países deben acordar y designar			
Dentro de las 24 horas posteriores a la notificación	Comunicación	Trabajar con socios y contrapartes gubernamentales para:	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en los países	Con el apoyo de los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis/oficinas regionales y sedes	
		Realizar un análisis del panorama de los medios			
		Realizar una conferencia de prensa / comunicado de prensa			
		Iniciar la supervisión de medios.			
Configuraciones de emergencia complejas (si corresponde)		Informar al Coordinador Residente de las Naciones Unidas y al equipo humanitario en el país.	Oficina de la OMS del país		
		Coordinar con el Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas (UNDSS) las misiones sobre el terreno.	Representantes de la OMS y el UNICEF		
		Evaluar la seguridad y el acceso en el área del virus aislado y áreas circundantes. Solicite al asesor de seguridad que realice una evaluación a nivel de campo.	UNDSS, en colaboración con las autoridades nacionales	Apoyo de los asesores de seguridad de las oficinas regionales y las sedes de la OMS según sea necesario	

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
Dentro de las 72 horas (3 días) de la notificación	Evaluación de riesgos y planificación de la respuesta	1) Finalizar la evaluación de riesgos y la propuesta de respuesta, con toda la información disponible, incluso de los países vecinos 2) Presentar la evaluación de riesgos y la propuesta a GPRB (poliovirus tipo 1 o tipo 3) o al Grupo Asesor Sabin OPV2 / grupo de liberación nOPV2 (poliovirus tipo 2) para obtener comentarios y recomendaciones	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis/oficinas regionales de la OMS/UNICEF y sede con el apoyo del GPRB
	Planificación logística	Completar un plan logístico que incluya: estimación de la demanda de vacunas; capacidad de la cadena de frío y almacenamiento; y distribución, monitoreo, control del uso y eliminación de la vacuna (consulte la guía de administración de vacunas.)	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	La Sede de UNICEF prestará apoyo
	Solicitud de vacuna	Presentar una solicitud de autorización de vacuna OPV2 liberada por el Director General de la OMS	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	La secretaría del Grupo Asesor Sabin OPV2 y el grupo de liberación de GPRB -nOPV2 examinarán y enviarán a la División de Suministros del UNICEF
	Suministro de información por la OMS	Se puede dar un resumen a través del Sitio de Información sobre Eventos para los puntos focales nacionales del RSI o públicamente en el sitio web de la OMS como Noticias sobre Brotes de Enfermedades.	Punto focal nacional del RSI	La Oficina Regional y la Sede de la OMS prestarán apoyo
	Clasificación de la emergencia	Preparar y participar en la convocatoria de los 3 niveles de la OMS para la clasificación por parte de WHE, OMS Polio, la oficina regional y la oficina en el país, de conformidad con el Marco de Respuesta a Emergencia	Oficinas de la OMS y el UNICEF en los países con las autoridades sanitarias nacionales	Oficina Regional de la OMS (Polio y WHE) para coordinar, WHE de la OMS para clasificar, en consulta con el programa de Polio en la sede de la OMS y la oficina regional
	Finanzas	Liberar "financiación previa/financiación sin arrepentimiento" (hasta 1.000.000 de dólares) a la oficina regional/en el país para financiar las actividades de respuesta inicial		GPRB y la sede de la OMS coordinarán y liberarán
	Logística	Iniciar el envío de la vacuna de respuesta empaquetada según la propuesta de respuesta	Oficina del UNICEF en el país	División de Suministros del UNICEF
	Respuesta a brotes	Comunicar el plan preliminar a todas las provincias y distritos involucrados en las actividades de respuesta.	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	
		<p>Iniciar el desarrollo del plan de respuesta al brote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes y riesgo de transmisión posterior • Estrategia propuesta de las ASV (alcance, calendario, etc.) • Actividades de fortalecimiento de la vigilancia • Actividades de promoción, comunicación y movilización social • Coordinación y asociaciones • Evaluación de los recursos humanos • Monitoreo, evaluación y evaluaciones de respuesta a brotes (OBRA) • Presupuesto • Buscar retroalimentación y aportes de los equipos subnacionales 	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	GPRB facilitará la revisión y las recomendaciones de los socios de GPEI

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
Dentro de las 72 horas (3 días) de la notificación	Respuesta a brotes	Activar el centro operativo de emergencia nacional (COE) o la estructura de coordinación de emergencia existente para implementar las actividades requeridas para la primera respuesta de inmunización y las actividades posteriores en el plan de respuesta al brote.	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	
	Vacunación de rutina, mejora de la cobertura	Incluir una unidad sobre la mejora de la cobertura de vacunación de rutina en la EOC, dirigida por el PAI Nacional y apoyada por los socios de inmunización	Autoridades sanitarias nacionales / PAI nacional con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en los países (equipos del PAI)	
	Promoción y comunicación	<p>Iniciar el desarrollo de un plan nacional de promoción y comunicación centrado en la participación de la comunidad, la movilización social y las estrategias generales de difusión de información durante todo el período de respuesta al brote. (Consulte el Capítulo 9 para obtener mayor orientación) Incluir:</p> <p>-Sesiones de sensibilización previas a la campaña dirigidas a poblaciones de alto riesgo y difíciles de alcanzar</p> <p>-Comunicación proactiva que garantice que las comunidades y los trabajadores de la salud estén sensibilizados sobre los peligros de la enfermedad y los beneficios de la vacuna</p> <ul style="list-style-type: none"> Participación de personas influyentes claves y partes interesadas claves (incluidos líderes políticos, religiosos, comunitarios, celebridades) para proporcionar acceso a comunidades difíciles de alcanzar Desarrollo de un plan especial de comunicación de crisis para abordar los rumores en caso de resistencia a la vacunación y acciones de respuesta rápida a los eventos adversos después de la vacunación. 	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	
			ERR/IMST y oficinas regionales de OMS y UNICEF prestarán apoyo	
			Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	
	Comunicación	Llevar a cabo una sesión informativa de seguimiento para los medios de comunicación sobre los planes y propuestas para responder al brote.	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	
C4D, movilización social y comunicación	Comparta el conjunto de herramientas C4D sobre la poliomielitis y la lista de acuerdos a largo plazo que la oficina en el país pueda utilizar inmediatamente para acelerar las actividades de respuesta.	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y la oficina regional y la sede del UNICEF prestarán apoyo		
	Completar el perfil social del caso y el contexto utilizando herramientas especiales de investigación del país para guiar el diseño de las intervenciones de C4D.	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y la oficina regional y la sede del UNICEF prestarán apoyo		

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
Dentro de los 7 días posteriores a la notificación	Coordinación y promoción de la respuesta a brotes	Declarar el brote de poliomielitis/evento de alto riesgo como una emergencia nacional de salud pública	Gobierno Nacional/autoridades	Con el apoyo necesario de los socios de GPEI
	Refuerzo con recursos humanos	Determinar los requisitos de aumento de recursos humanos con el GPRB en función de la clasificación y las necesidades del país	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de país de la OMS y UNICEF	GPRB facilitará el apoyo de los socios de GPEI
	Respuesta a brotes	Desarrollar un tablero de preparación para evaluar la preparación para la "Ronda 0". Iniciar el seguimiento de las actividades (por ejemplo, paneles disponibles para orientación).	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de país de la OMS y UNICEF	
	Vigilancia reforzada	<p>Iniciar actividades de refuerzo de la vigilancia (ver el capítulo 7 para obtener mayor orientación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificar y sensibilizar a los trabajadores de la salud de las unidades de vigilancia nacionales y subnacionales sobre los requisitos de notificación • Implementar actividades suplementarias de búsqueda de casos de PFA • Revisar y reclasificar las unidades de notificación en la red de vigilancia activa de las PFA • Asegurar que el laboratorio nacional participe en la planificación de la respuesta a brotes para garantizar que se fortalezca la capacidad • Aumentar la frecuencia de muestreo ambiental de sitios ya existentes, cuando sea factible y apropiado. 	Autoridades sanitarias nacionales con la oficina de la OMS en el país	Socios de GPEI prestarán apoyo
	Promoción y comunicación	Desarrollar un plan de promoción externa para asegurar el compromiso político de alto nivel del país afectado y complementar los esfuerzos de promoción en el país	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de país de la OMS y UNICEF	GPRB, oficinas regionales y Sede de la OMS/UNICEF
		Los directores regionales de la OMS y el UNICEF deben escribir al Ministro de Salud destacando la emergencia y el pleno apoyo de los representantes y organizaciones en el país para orientación y apoyo.	Las oficinas de la OMS y el UNICEF del país facilitarán apoyo	Directores regionales de OMS/UNICEF, en coordinación con el Comité de Estrategia de la GPEI
	Comunicación	Iniciar la elaboración de un informe conjunto OMS/UNICEF de la situación (SITREP) para actualizar semanalmente a los socios de la GPEI sobre el progreso de las actividades de investigación, planificación y respuesta (plantilla disponible para orientación).	Oficinas de la OMS y el UNICEF del país	Con el apoyo de los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y las oficinas regionales y la sede de la OMS y el UNICEF
		Informar a la comunidad de donantes, en general, sobre la notificación del poliovirus y el estado de las actividades de respuesta a la poliomielitis, incluidas la vacunación y la vigilancia.	Oficinas de la OMS y el UNICEF en el país con donantes y medios de comunicación del país	

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
Dentro de los 7 días posteriores a la notificación	Comunicación	Finalizar el kit de protocolo de medios con mensajes clave, produzca resúmenes de medios y otros productos de comunicación relevantes para el brote para uso local y regional / global.	Autoridades sanitarias nacionales con la oficina del UNICEF en el país	La oficina regional y la sede del UNICEF prestarán apoyo
		Iniciar una sesión informativa semanal para los medios de comunicación sobre el plan de respuesta y el estado de las actividades de vacunación y vigilancia.	Autoridades sanitarias nacionales con la oficina del UNICEF en el país	
	Configuraciones de emergencia complejas (si corresponde)	<p>Iniciar el desarrollo de un plan de acceso, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mapeo de líderes comunitarios, actores clave, partes interesadas e identificación de personas influyentes Planificación de estrategias de puntos de vacunación permanentes/ de tránsito en torno a áreas inaccesibles Planificación de estrategias de vacunación oportunistas para llegar a poblaciones en áreas inaccesibles. 	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de la UNDSS	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis, oficina regional de la OMS
	Coordinación de socios	Iniciar la coordinación de los socios con otros organismos humanitarios y de las Naciones Unidas sobre el terreno.	Oficina de la OMS en el país	Equipo regional de respuesta a la poliomielitis
Dentro de los 14 días posteriores a la notificación	Plan y presupuesto de respuesta a brotes	Finalizar el plan de respuesta al brote y el presupuesto semestral (ver la plantilla y el presupuesto de los POE elaborados por el GPRB para obtener orientación y el calendario); el equipo en el país finalizará en el plazo de una semana	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	GPRB coordinará la revisión y retroalimentación de los socios de GPEI
		Iniciar el monitoreo de la actividad del plan de respuesta al brote para rastrear su implementación (por ejemplo, rastreador, tablero).	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	
	Coordinación de socios	Establecer una reunión semanal con las principales partes interesadas del país para coordinar y supervisar la aplicación del plan de respuesta al brote.	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	
	Plan de operaciones de respuesta a brotes	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar el desarrollo del macro plan nacional de operaciones para la "Ronda 0" detallando la estrategia, estructura de coordinación, vacuna, logística, recursos humanos, supervisión, movilización social, comunicación y necesidades de capacitación, etc. Revisar el plan macro para la posterior ASV 1/ASV 2 y la ronda adicional de limpieza 	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis
	Desarrollo de microplanes	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar herramientas y capacitación para el desarrollo de micro planes para la "Ronda 0", detallando estrategias, estructura de coordinación, vacuna, logística, recursos humanos, supervisión, movilización social, comunicación y necesidades de capacitación, etc. (Guía disponible para mejores prácticas para microplanificación). Revisar los microplanes para la ASV 1/ASV 2 posterior y la ronda adicional de limpieza. 	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF del país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad		
			País	Regional / Global	
Dentro de los 14 días posteriores a la notificación	C4D, movilización social y comunicación	Implementar el plan de promoción y comunicación para involucrar a todas las partes interesadas relevantes a nivel nacional y subnacional en las actividades de respuesta al brote.	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB para facilitar el apoyo de los socios	
	Comunicación	Velar por la elaboración y distribución entre los asociados del informe conjunto OMS/UNICEF sobre la situación (SITREP).	Oficinas de la OMS y el UNICEF del país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis para brindar apoyo	
	Configuraciones de emergencia complejas (si corresponde)	Iniciar proceso para cubrir puestos vacantes en áreas infectadas y de alto riesgo.	Desplegar un oficial de seguridad sobre el terreno.	Autoridades sanitarias nacionales	La oficina regional y la sede de la OMS prestarán apoyo técnico
			Implementar el plan de acceso (ejemplos de estrategias que se enumeran a continuación):	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y del UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y oficina regional de la OMS
			<ul style="list-style-type: none"> Involucrar a los líderes de la comunidad y a los influyentes identificados Negociar el acceso a través de actores clave, personas influyentes y partes interesadas Implementar estrategias de puntos de vacunación permanentes/de tránsito en torno a áreas inaccesibles Implementar estrategias de vacunación oportunistas para llegar a poblaciones en áreas inaccesibles. 		
	Inmunización	Dentro de los 14 días, implemente la respuesta de inmunización "Ronda 0".	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y del UNICEF en el país		
Manejo de vacunas	Para la respuesta con OPV2, garantice una gestión integral de todos los viales. Se requiere un seguimiento y notificación detallados de los viales desplegados, recuperados, restantes y no contabilizados al final de cada actividad de inmunización. (Consulte la guía de manejo de vacunas)	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y del UNICEF en el país	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y la oficina regional y la sede del UNICEF prestarán apoyo		
14 días hasta la finalización de las actividades de inmunización (75-90 días)	Finanzas	GPRB para proporcionar respaldo al plan de respuesta al brote y el presupuesto (dentro de los 20 días) e iniciar mecanismos para liberar fondos. Dentro de los 28 días los fondos deben estar disponibles en el país.	Los equipos de la OMS y el UNICEF en los países prepararán y presentarán el presupuesto	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB para facilitar los procesos de revisión y aprobación	
	Seguimiento de la preparación	Desarrollar tableros de monitoreo de preparación para las ASV que se utilizarán para evaluar la preparación de las ASV a nivel nacional y subnacional.	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y del UNICEF en el país		
		Realizar evaluaciones de la preparación dos semanas, una semana y tres días antes de la implementación de la ASV para informar el soporte técnico específico para el aseguramiento de la calidad del ASV.	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país		

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
14 días hasta la finalización de las actividades de inmunización (75-90 días)	Monitoreo de la promoción	Realizar un seguimiento de la implementación de los planes de promoción interna y externa. Tomar nota del éxito de las intervenciones y comunicar las necesidades adicionales a los ERR/IMST y el GPRB.	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB para facilitar el apoyo de los socios de GPEI
	Monitoreo de la inmunización	<p>Establecer el monitoreo de campañas para las ASV:</p> <ul style="list-style-type: none"> Supervisión Monitoreo independiente (intra y post-campaña) Reuniones diarias de revisión (rendimiento del equipo, informes diarios) Muestreo de garantía de calidad de lotes (LQAS) Revisiones de la ASV, incluyendo rechazos de vacunas, cuestiones relacionadas con la desconfianza, etc. 	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y las oficinas regionales y la sede de la OMS y del UNICEF prestarán apoyo
	Monitoreo de la comunicación	Establecer un seguimiento de las intervenciones de comunicación.	Autoridades sanitarias nacionales con las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y la oficina regional/sede del UNICEF prestarán apoyo
	Desarrollo de microplanos	Desarrollar herramientas y capacitación para el desarrollo de microplanos que detallen estrategias, estructura de coordinación, vacuna, logística, recursos humanos, supervisión, movilización social, necesidades de comunicación y capacitación, etc. (Una guía de las mejores prácticas para la microplanificación están disponibles).	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis para proporcionar cualquier documento de orientación regional/mundial
	Capacitación	Llevar a cabo capacitaciones de los trabajadores de primera línea (vacunadores, supervisores y movilizadores sociales) sobre habilidades técnicas, comunicación y habilidades interpersonales para las áreas específicas de ASV 1 y ASV 2.	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	
	Gestión de la información	Servir de enlace con los administradores de datos en el país para identificar y resolver problemas de formato e integridad de los datos	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	ERR/IMST/ Oficina regional de OMS
	Manejo de vacunas	Evaluar la capacidad de la cadena de frío y las capacidades de gestión de vacunas y tomar medidas urgentes para llenar las brechas antes de la ASV 1	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	La oficina regional y la sede del UNICEF prestarán apoyo
	Coordinación de socios	<ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo reuniones periódicas de donantes y actividades de promoción Asegurar una discusión en profundidad y la alineación con otros socios de salud para considerar intervenciones adicionales junto con la OPV, como el suministro de vitamina A y tabletas antiparasitarias, cuando sea factible, particularmente para los brotes de tipo 1 y 3. (La integración para brotes de tipo 2 solo debe considerarse excepcionalmente). 	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB para brindar apoyo

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
14 días hasta la finalización de las actividades de inmunización (75-90 días)	Inmunización	Implementar actividades de vacunación posteriores (ASV 1, ASV2, ronda de limpieza) según el plan de respuesta al brote	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB para facilitar el apoyo de los socios de GPEI
	Inmunización	<ul style="list-style-type: none"> Realizar actividades para mejorar la calidad de las ASV con cada ronda posterior: Triangulación de datos que incluyen: áreas de bajo rendimiento, datos sociales sobre rechazos / niños faltantes u otras barreras sociales observadas, datos de vigilancia, etc. Llevar a cabo capacitación adicional de vacunadores y supervisores para habilidades interpersonales Fortalecer la supervisión, el monitoreo y las reuniones de revisión periódicas durante la campaña Iniciar estrategias especiales para llegar a poblaciones no vacunadas, de alto riesgo o móviles Llevar a cabo actividades para mejorar la calidad de las ASV, incluida la microplanificación detallada respaldada por el mapeo SIG, cuando sea apropiado y factible. 	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis, el GPRB y las oficinas regionales y la sede de la OMS/UNICEF prestarán apoyo
	Plan de respuesta a brotes	Revisar y adaptar el plan de respuesta al brote, incluidas las actividades de vacunación, vigilancia y comunicación para las fases posteriores. Realizar un seguimiento del progreso y /o el apoyo necesario para cerrar las brechas restantes.	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis para apoyar y GPRB para revisar planes y proporcionar recomendaciones
	Gestión de la información	Asegurar que los datos de vigilancia, ASV y monitoreo se completen y se envíen a las oficinas regionales y sedes de la OMS y UNICEF, de acuerdo con los plazos acordados (dentro de los 14 días para todas las ASV, y semanalmente para los datos de PFA).	Autoridades sanitarias nacionales con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	
	Notificación de vacunas y rendición de cuentas	Informes completos sobre la utilización de la vacuna y la rendición de cuentas después de cada ronda, incluida la ronda 0 (consulte la guía de gestión de la vacuna).	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y la oficina/sede regional del UNICEF prestarán apoyo
	Eliminación de vacunas	Eliminación de viales de vacunas usados y parcialmente utilizados para la respuesta de vacunación con OPV tipo 2. Los viales sin abrir deben almacenarse de forma segura en almacenes estratégicos con instalaciones de control de acceso hasta que el brote se considere finalizado (consulte la guía de gestión de vacunas).	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y la oficina/sede regional del UNICEF prestarán apoyo

Línea de tiempo	Función	Actividades	Responsabilidad	
			País	Regional / Global
Hasta el cierre del brote	Análisis de datos	Analizar y triangular todos los datos para evaluar la inmunidad de la población, la sensibilidad de la vigilancia y el progreso hacia la interrupción de la transmisión.	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB para facilitar el apoyo de los socios de GPEI
Hasta el cierre del brote	Vacunación de rutina, mejora de la cobertura, recuperación y fortalecimiento	Asegurar una unidad que funcione bien y que “mejore la cobertura de vacunación de rutina” como parte del apoyo ampliado del COE a la vacunación, durante el período de respuesta al brote, maximizando el refuerzo de la capacidad de respuesta para fortalecer a la gestión del programa, la microplanificación, la movilización comunitaria y el monitoreo del desempeño. La EOC debe maximizar efectivamente el beneficio del apoyo por tiempo limitado a la vacunación de rutina, a través de acciones seleccionadas, en línea con los componentes operativos del enfoque Reaching Every District (RED)*. (Consulte el final del Capítulo 7 y la estrategia RED para obtener más información).	Las autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en los países, y el refuerzo a la capacidad de respuesta contra la poliomielitis del país	
	Mejora de la vigilancia	Continuar las actividades de mejoría de la vigilancia (véase el capítulo 8 para obtener más información): <ul style="list-style-type: none"> • Notificar y sensibilizar a los trabajadores de la salud de las unidades de vigilancia nacionales y subnacionales sobre los requisitos de notificación • Revisar y reclasificar las unidades de notificación de la red de vigilancia activa de las PFA. 	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis, GPRB y Grupo de Vigilancia
	OBRA; 3-4 meses	Realizar una evaluación independiente de la respuesta al brote (OBRA) (orientación detallada disponible en OBRA Aide-Mémoire)	Las autoridades sanitarias nacionales facilitarán, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	GPRB, en coordinación con el ERR/IMST
	Seguimiento de la OBRA y revisiones de gabinete	La revisión de escritorio para seguimiento del programa se llevará a cabo de 6 a 9 meses, a partir del último aislamiento detectado, o según corresponda a las circunstancias. Los brotes prolongados pueden justificar OBRA intermedios o revisiones de escritorio. En situaciones en las que la evaluación en persona no es posible (incluidas las limitaciones relacionadas con la pandemia de COVID-19), se pueden considerar OBRA virtuales y revisiones de escritorio	Las autoridades sanitarias nacionales facilitarán, con el apoyo de la OMS y las oficinas del UNICEF del país	GPRB, en coordinación con los equipos regionales de respuesta a la poliomielitis
	Revisión de calificación - 3 meses	Cada tres meses se lleva a cabo una revisión del grado; si el grado cambia, la respuesta se adaptará en consecuencia		Oficina Regional de la OMS (Polio y WHE) para coordinar, WHE de la OMS para clasificar, en consulta con el programa de Polio en la sede de OMS y en la oficina regional
	Lecciones aprendidas	Documentar la respuesta y compartir las lecciones aprendidas.	Autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de las oficinas de la OMS y el UNICEF en el país	Equipos regionales de respuesta a la poliomielitis y GPRB para proporcionar insumos

ANEXO 3: LISTA DE VERIFICACIÓN DE GÉNERO PARA LA RESPUESTA AL BROTE DE POLIOMIELITIS

Recursos humanos y operaciones

La contratación equilibrada de mujeres y hombres en todos los aspectos de la respuesta a los brotes en todos los niveles y funciones, tanto técnicas como operativas (incluidas las funciones de liderazgo), se garantiza mediante medidas específicas (como cuotas y políticas de recursos humanos).

Se alienta activamente la participación significativa de las mujeres en las actividades relacionadas con los brotes a todos los niveles y en diferentes funciones.

Se asigna un presupuesto adecuado para apoyar las actividades de incorporación de la perspectiva de género y los conocimientos especializados en materia de género

Todo el personal que trabaja en la respuesta a los brotes a todos los niveles y en diferentes funciones ha completado una capacitación obligatoria sobre la prevención de la explotación y el abuso sexuales

Se mantiene una política de cero tolerancias con respecto a la discriminación, el abuso sexual y el acoso o cualquier mala conducta, y se ha establecido un mecanismo funcional de denuncia y apoyo.

Partes interesadas y participación

Se consulta a grupos de mujeres, organizaciones locales de mujeres/redes/ asociaciones/organizaciones de base de la sociedad civil y líderes en diferentes etapas de la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de la respuesta al brote.

Recopilación y análisis de datos

Se recopilan, analizan y utilizan datos desglosados por sexo para guiar las intervenciones durante la respuesta al brote (incluyendo el monitoreo posterior a la campaña de MI/LQAS)

Los datos desglosados por sexo se utilizan en todas las sesiones informativas, informes y presentaciones de respuesta al brote

Existen indicadores que tengan en cuenta las cuestiones de género para la supervisión y la evaluación

Construyendo capacidades

Existe un mecanismo para garantizar que las mujeres y los hombres se beneficien por igual de la capacitación y otras actividades de fomento de la capacidad realizadas durante la planificación y ejecución de la respuesta a los brotes, identificando cómo abordar los obstáculos y desafíos específicos que enfrentan las mujeres.

Asegurar que todo el personal reciba capacitación sobre el enfoque de cero tolerancia de la organización a todas las formas de acoso, abuso y explotación sexual, y que se le informe sobre los mecanismos y sistemas de apoyo disponibles para denunciar el acoso y la mala conducta.

Comunicaciones/C4D

Colectar, analizar y utilizar datos desglosados por sexo y edad, y también por otros factores como el origen étnico, la discapacidad, los antecedentes socioeconómicos, las zonas urbanas/rurales/lugar de residencia, en los análisis de la situación de participación comunitaria y movilización social, las evaluaciones y todos los planes de intervención en materia de comunicación para identificar y abordar las barreras relacionadas con el género.

Consultar igualmente y garantizar la participación significativa de diversas mujeres y hombres en el diseño, las pruebas y la entrega de herramientas y materiales de divulgación (como carteles, volantes, mensajes de radio, SMS, anuncios de televisión)

Asegurar que todos los materiales de comunicación tengan en cuenta los diferentes niveles de alfabetización de mujeres y hombres en las comunidades, asegurando que el contenido de los materiales/mensajes y canales de distribución se adapten a sus necesidades y preferencias.

Identificar y trabajar con personas influyentes clave dentro de las comunidades, incluidos grupos de mujeres, redes de apoyo y organizaciones comunitarias, así como otras personas influyentes en la opinión popular (según el análisis del contexto)

Asegurar que el contenido, el diseño y las imágenes de los materiales, mensajes e intervenciones contra la poliomielitis desafíen las normas, roles y estereotipos dañinos de género.

Abordar las barreras identificadas para que las mujeres y los hombres accedan o participen en las actividades planificadas de divulgación sobre la poliomielitis (por ejemplo, organizando el transporte para que las mujeres puedan asistir a una reunión comunitaria sobre información sobre la poliomielitis)

Garantizar la movilización social equilibrada en cuanto al género y los equipos de participación comunitaria, así como otros grupos y eventos relacionados con la comunicación contra la poliomielitis

Asegurar que todos los movilizadores sociales estén capacitados sobre el enfoque de cero tolerancia de la organización a todas las formas de acoso, abuso y explotación sexual, y estén informados sobre los mecanismos y sistemas de apoyo disponibles para denunciar el acoso y la mala conducta.

Dirigirse tanto a hombres como a mujeres como cuidadores en todas las actividades relacionadas con la poliomielitis, alentando una mayor participación de los hombres en el cuidado de los niños

EVERY
LAST CHILD



9789240049161



www.polioeradication.org