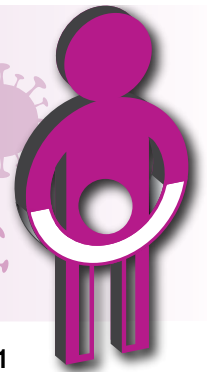


Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud



Volumen XLIII Número 3

Proteja a su familia vacunándola

Septiembre del 2021

30 años de haber derrotado la polio en las Américas

El último caso de la poliomiélitis en la Región de las Américas se detectó en 1991 ¡Este año celebramos 30 años sin la enfermedad! Pero ¿qué quiere decir realmente 30 años sin la polio?

Boletín Informativo PAI
Programa Ampliado de Inmunización
en las Américas

Año XVI, Número 4 PROTEJA A SUS HIJOS VACUNÁNDOLOS Septiembre 29, 1994

¡La poliomiélitis derrotada en las Américas!

El 23 de agosto de 1991, Lata Fermín Tenorio fue la última persona en contraer poliomiélitis en las Américas: a los 2 años de edad fue infectado por el poliovirus salvaje en Junín, Perú.

En este número:

La poliomiélitis derrotada en las Américas	1	Proteja a sus hijos vacunándolos	2
Lo que he aprendido sobre el mantenimiento de la eliminación de la poliomiélitis en la Región de las Américas	3	Experiencias de los jefes de programas con la mantención de la eliminación de la polio en la Región	4
Reduciendo el riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación en situaciones de emergencias humanitarias	5	Aceptación de la vacunación contra la poliomiélitis y comunicación conexas: las tres principales lecciones que podemos aplicar a la vacunación rutinaria y contra la COVID-19	6
Situación de la eliminación de la polio en las Américas: manteniendo una promesa	7	La transmisión y propagación internacional del poliovirus en el contexto de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional: Una llamada a la acción	8
		Red regional de laboratorios de polio	9

Boletín de Inmunización anunciando la eliminación de poliomiélitis en la Región de las Américas, 1994.¹

Antes de que existieran las vacunas contra la polio, esta enfermedad afectaba a miles de niños en todo el mundo cada año. No hace tanto tiempo era común que un niño sano dejara de caminar repentinamente y aquellos que tenían la fortuna de recuperarse, quedaban con secuelas para toda la vida. Los menos afortunados pasaban los días en salas de hospitales llenas con máquinas enormes que les permitían seguir respirando, mejor conocidas como pulmones de acero. Otros muchos perdían la vida. La polio era una enfermedad endémica en todos los países y cuando había un brote, las comunidades se veían en la necesidad de cerrar escuelas y otros espacios públicos con el fin de proteger a los más pequeños.

El descubrimiento de la vacuna contra la polio, a mitad de los años 50 cambió el mundo para siempre. Cuando se inició la vacunación, la enfermedad rápidamente empezó a descender. Era evidente que las vacunas funcionaban y con ellas se podía prevenir la enfermedad. Después de que varios países lograron controlar la polio, los líderes decidieron que eliminar la poliomiélitis para siempre era posible, pero solamente si se hacía de forma coordinada en todos los países de la Región. Y así, en 1985 todos los países de la Región se comprometieron con la erradicación de la polio. En 1988, el resto del mundo se sumó a este gran esfuerzo.

El compromiso político para terminar con la enfermedad se acompañó del esfuerzo de vacunadores que llegaron hasta el último rincón del continente por tierra, mar y aire para que nadie quedara sin ser vacunado, de trabajadores de campo que investigaron uno a uno todos los casos probables, de personal de laboratorio que confirmaron la ausencia de casos y de muchos otros trabajadores de salud decididos a combatir la enfermedad para que nadie más se viera afectado. A esta gran labor se sumaron líderes comunitarios, políticos de todos los niveles, socios de organizaciones internacionales y padres y madres convencidos de que la vacunación salva vidas.

En una muestra de panamericanismo y compromiso con la salud fue que en 1991 los países de las Américas vencieron a la polio. Las Américas se convirtieron en la primera Región del mundo en eliminar la poliomiélitis.

Sin embargo, no es suficiente con haber eliminado la enfermedad en la Región, pues mientras haya casos en algún lugar del mundo, todos los niños y niñas aún están en riesgo. Mantener la eliminación durante 30 años ha sido un esfuerzo titánico que ha requerido de asegurar la vacunación contra la polio en todos

Ver 30 AÑOS página 2

EN ESTA EDICIÓN

- 30 años de haber derrotado la polio en las Américas
- Lo que he aprendido sobre el mantenimiento de la eliminación de la poliomiélitis en la Región de las Américas
- Reduciendo el riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación en situaciones de emergencias humanitarias
- Situación de la eliminación de la polio en las Américas: manteniendo una promesa
- Experiencias de los jefes de programas con la mantención de la eliminación de la polio en la Región
- Aceptación de la vacunación contra la poliomiélitis y comunicación conexas: las tres principales lecciones que podemos aplicar a la vacunación rutinaria y contra la COVID-19
- La transmisión y propagación internacional del poliovirus en el contexto de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional: Una llamada a la acción
- Red regional de laboratorios de polio

Lo que he aprendido sobre el mantenimiento de la eliminación de la poliomiélitis en la Región de las Américas

Por la doctora Arlene King, MD, MHS, FRCPC, ICD.D, Presidenta de la Comisión Regional de Certificación (CRC) de la Erradicación de la Poliomiélitis; miembro de la Comisión de Certificación de la Región de África; miembro de la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis; miembro del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunas de la OPS; y profesora adjunta en la Facultad de Salud Pública Dalla Lana de la Universidad de Toronto (Canadá)

Desde agosto del 1991 hemos tenido el privilegio de estar sin poliomiélitis en la Región de las Américas. Me he desempeñado con orgullo desde el 2013 como presidenta de la Comisión Regional de Certificación (CRC) de la Erradicación de la Poliomiélitis, que continúa con la labor comenzada por la primera Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis, de carácter independiente, que en 1994, tras un amplio proceso de documentación y verificación, declaró que se había interrumpido la transmisión de poliovirus salvajes. Sin embargo, nuestra labor no solo es la continuación del trabajo de la primera comisión, sino también del de la Comisión Regional Americana para la Certificación de la Contención de los Poliovirus en el Laboratorio y la Verificación del Estado Libre de Poliomiélitis (AMR RCC, por su sigla en inglés), establecida en el 2004.²

Nuestra tarea como una de las seis CRC en el mundo ha sido verificar de forma independiente que la Región de las Américas se haya mantenido libre de poliomiélitis en un mundo donde el poliovirus han seguido circulando y los riesgos de importación de poliovirus salvajes (WPV), poliovirus circulantes de origen vacunal (cVDPV) y aparición de cVDPV están siempre presentes.

Mantener en la Región el compromiso programático con respecto a la poliomiélitis durante 30 años en ausencia de la enfermedad ha sido una tarea hercúlea. Al mismo tiempo que los equipos de profesionales de la salud pública de los niveles local, estatal, provincial, nacional y regional han mantenido la eliminación del sarampión, luchado contra los brotes de otras enfermedades transmisibles e introducido nuevos programas de salud pública, han seguido dando muestras de su extraordinaria dedicación para mantenernos sin poliomiélitis.

Sin embargo, nos encontramos en un momento de importancia crucial debido a la difícil situación económica en que se encuentra gran parte de la Región y al desvío de recursos de salud pública para responder a la pandemia de COVID-19. Desde el 2010, en la mayoría de los países de la Región ha habido una disminución constante en la cobertura de vacunación y a partir del 2020 la cobertura regional ha disminuido un 10%. La pandemia de COVID-19 ha exacerbado esta tendencia, ya que los gobiernos se han visto obligados a reorientar los escasos recursos a las operaciones de respuesta de emergencia.³ El acceso

² Organización Panamericana de la Salud. Contención del poliovirus: La Región de las Américas ha cumplido con éxito la fase 1. Boletín de Inmunización, volumen XXXI, número 2, abril del 2010. Puede consultarse en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54117/SNS3202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³ Revitalizar la inmunización como un bien público para la salud universal. 168.ª sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. Sesión virtual, del 21 al 25 de junio del 2021. Puede consultarse en: <https://www.paho.org/es/documentos/ce16814-revitalizar-inmunizacion-como-bien-publico-para-salud-universal>

¹ OPS. Boletín de Inmunización. ¡La poliomiélitis derrotada en las Américas! Año XVI, Número 4, 29 de septiembre de 1994. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41097/sns1604.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30 AÑOS cont. página 1

los menores y el sostenimiento de sistemas de vigilancia sensibles, lo que cada día es más difícil ante la presencia de otras prioridades en la salud.

Hoy nos encontramos más cerca que nunca de la erradicación mundial de la polio. Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 ha afectado de forma importante los servicios de salud de todo el mundo, incluyendo la vacunación de rutina y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación, poniendo en riesgo los logros alcanzados.

Los trabajadores de salud de todo el mundo deben comprometerse con culminar el proceso de erradicación. Hoy más que nunca, debemos de aprender del camino recorrido y con fuerzas renovadas, mirar hacia el futuro para cumplir la promesa de un mundo libre de poliomielitis para siempre. ■



Luis Fermin, el niño que tuvo el último caso de poliomielitis en la Región de las Américas. Crédito: OPS/OMS.

Reduciendo el riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación en situaciones de emergencias humanitarias

Las emergencias humanitarias provocan movimientos masivos de población, reubicación temporal, hacinamiento, deterioro económico y del medioambiente, escasez de agua potable, pobre saneamiento y manejo de los desechos, falta de albergue, desnutrición como resultado de la escasez de alimentos, y falta de acceso a los servicios de salud.

Todos estos factores hacen que las poblaciones afectadas por una emergencia humanitaria se encuentren a riesgo de presentar alta morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV)⁴. Por lo que se requiere que los programas nacionales de inmunización realicen la vacunación de las poblaciones afectadas y fortalezcan la vigilancia epidemiológica de las EPV.

En el 2013, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó el marco para la toma de decisiones sobre vacunación en emergencias humanitarias agudas del grupo de trabajo del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este marco está dirigido a autoridades nacionales y agencias de cooperación y propone una sistematización del proceso decisorio siguiendo tres pasos. El mismo fue publicado en el Boletín de Inmunización de la OPS en octubre del 2014 y continúa vigente⁵.

A continuación, se describen las recomendaciones puntuales para la prevención de brotes de la polio, el sarampión y la rubéola:

Prevención de brotes de polio

- Los niños < 5 años deben ser vacunados contra la polio. La vacunación podría ampliarse para incluir a niños de hasta 15 años. Debe administrarse tan pronto sea posible al menos una dosis de vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV), independientemente del estado vacunal. Se recomienda la coadministración de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) y bOPV.
- Si no se dispone de documentación sobre el estado de vacunación, deben administrarse al menos 3 dosis de bOPV, conservando los intervalos mínimos recomendados por el programa entre dosis de vacunas virales.
- Puede considerarse la vacunación de adultos con bOPV, ya que esto puede reforzar la inmunidad de las mucosas y reducir el potencial de transmisión del virus. La decisión de ampliar la campaña para incluir a los adultos debe tomarse en consulta con la Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio (GPEI).
- Debe fortalecerse la vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas y establecerse los mecanismos apropiados para realizar la búsqueda activa de casos y realizar pruebas de detección del poliovirus.
- Revisar el Plan Nacional de Respuesta a un Evento o Brote de Polio.

Prevención de brotes de sarampión y rubéola

- Vacunar a niños menores de 5 años contra el sarampión (S) y la rubéola (R). La vacunación podría ampliarse para incluir a población mayor de 5 años, de acuerdo con la disponibilidad de vacuna SR y a la consulta del Comité Nacional de Sostenibilidad de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola.
- Los países que han cumplido con una cohorte de susceptibles deben planificar las campañas de seguimiento en cuanto sea posible.
- Iniciar el análisis de riesgo por municipios con el apoyo de la herramienta de la OPS, con el fin de priorizar localidades de alto riesgo para la vacunación y vigilancia, principalmente los municipios de fronteras y con alto turismo internacional.
- Los equipos de respuesta rápida y los planes de preparación de la respuesta rápida deben ser activados y entrenados para enfrentar las importaciones de virus. Se tendrán disponibles dos cursos virtuales para el entrenamiento en respuesta rápida frente a brotes de sarampión.
- Intensificar la implementación de la búsqueda activa institucional de casos sospechosos de sarampión y rubéola, para incrementar la sensibilidad del sistema de notificación.

En este contexto es importante priorizar la vacunación contra la polio, el sarampión y la rubéola, y tan pronto sea posible, realizar la vacunación contra las otras EPV según el esquema de vacunación del país. Además, debe incluirse en el Plan Nacional de Despliegue y Vacunación contra la COVID-19, la vacunación de poblaciones en situaciones de emergencia humanitarias.

Estas actividades deben realizarse en un contexto de promoción, respeto y protección de los derechos humanos, con un abordaje coordinado con los socios

de la erradicación de la polio y eliminación del sarampión, y otras agencias, fondos y programas del Sistema de Naciones Unidas.

Es importante informar e involucrar en la toma de decisiones a los diferentes comités asesores a nivel de los países: Grupo Técnico Asesor Nacional sobre Inmunización (NITAG por sus siglas en inglés), Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y el Comité Nacional de Sostenibilidad de la Eliminación del Sarampión y Rubéola. ■

⁴ Marco para la toma de decisiones para la vacunación en emergencias humanitarias agudas (en inglés). OMS/NB/13.07. Octubre del 2013. Disponible en http://www.who.int/hac/techguidance/tools/vaccines_in_humanitarian_emergency_2013.pdf?ua=1

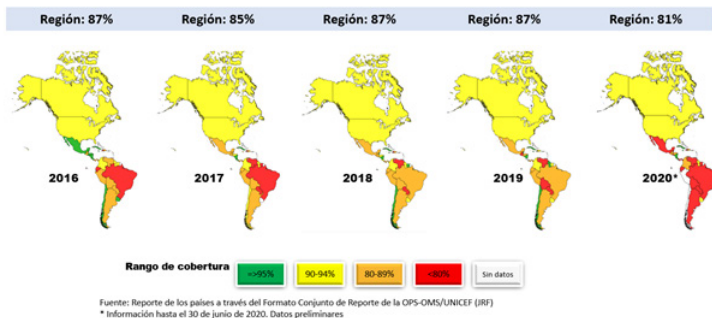
⁵ Organización Panamericana de la Salud. Vacunación en situaciones de emergencia. Boletín de Inmunización. Volumen XXXV Número 5. Octubre del 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54230/SNS3605.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Situación de la eliminación de la polio en las Américas: manteniendo una promesa

Treinta años han pasado desde aquel viernes 23 de agosto de 1991 en el que se detectó en Junín, Perú, el que sería el último caso de poliomiélitis en las Américas. Tres años después de este evento, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP) realizó una revisión cuidadosa de los datos presentados por los presidentes de las comisiones nacionales de certificación. Teniendo en cuenta las pruebas contundentes presentadas, la CICEP concluyó que se había interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas. Al mismo tiempo, la CICEP advertía que por ser la primera Región del mundo donde se había interrumpido la transmisión, era necesario mantener altas coberturas de vacunación y continuar vigilando los casos de las parálisis flácidas agudas (PFA) para garantizar que la Región de las Américas permaneciera libre de poliomiélitis. El mantenimiento de la eliminación hacia la erradicación no ha sido fácil para ninguno de los países de la Región. La CICEP ya lo anunciaba en 1994, cuando indicaba que tal vez la eliminación del poliovirus de las Américas había sido más fácil que el mantener el continente libre de la enfermedad⁶.

Es por esta razón que el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS, originalmente establecido en 1985 para definir estrategias basadas en evidencias para la erradicación de la polio, ha revisado en todas las 26 reuniones sostenidas hasta la fecha, la situación de las coberturas de vacunación y la calidad de la vigilancia epidemiológica de las PFA. Durante la XXVI reunión del GTA llevada a cabo del 14-16 de julio del 2021, el GTA expresó su preocupación por la situación de las coberturas de vacunación para la vacuna polio3 en menores de 1 año, las cuales se han mantenido de manera constante por debajo del 90% desde el 2016 (Figura 1). Adicionalmente, los datos preliminares para el 2020 muestran ya el impacto de la pandemia sobre las coberturas de vacunación: la Región alcanzó una cobertura del 81% y solamente 13 países/territorios informaron una cobertura $\geq 95\%$. En lo que respecta a la vigilancia, desde el 2020 hubo una reducción significativa en el número de casos notificados de PFA en comparación con los años pre pandémicos. A la semana epidemiológica 28 del 2021, 3 países de América Latina y el Caribe no han notificado ni un solo caso de PFA (Cuba, República Dominicana y Uruguay), y se observa una reducción de $\geq 50\%$ con respecto al promedio de casos notificados en los años pre pandémicos en Argentina, El Salvador, Perú, Panamá, la subregión del Caribe, Ecuador, Brasil, Nicaragua y Costa Rica⁷ (Cuadro 1).

Figura 1: Cobertura de vacunación con polio3 <1 año, países de las Américas, 2016-2020*



Además, como parte del proceso hacia la certificación de la erradicación, cada año la Comisión Regional para la Certificación de la Fase Final de la Erradicación de la Poliomiélitis en la Región de las Américas (RCC por sus siglas en inglés) revisa los informes de la documentación del estatus de la erradicación de la polio de los 34 países y 9 territorios de la Región. Basándose en las evidencias aportadas hasta diciembre del 2019, la RCC en su última reunión sostenida en octubre del 2020, concluyó que todos los países y territorios de la Región siguen libres de poliomiélitis. Sin embargo, expresó su preocupación por la sostenibilidad de la condición de libres de poliomiélitis en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití, Paraguay, Suriname y Venezuela. Estos países, que representan el 32,63% de la población de las Américas menor de un año, tienen una cobertura de inmunización baja de forma sostenida y sistemas de vigilancia débiles, lo que supone una amenaza para la emergencia de poliovirus derivados de la vacuna (VDPV) o de importación y posterior circulación de la poliomiélitis⁸.

Para apoyar el fortalecimiento de las actividades en los países de la región, la RCC formula cada año recomendaciones generales y específicas para

Cuadro 1: Indicadores de la vigilancia de PFA, 2019-2021

	2019			2020			Últimas 52 semanas*		
	Tasa	% Inv. <48 hrs.	% muestra adecuada	Tasa	% Inv. <48 hrs.	% muestra adecuada	Tasa	% Inv. <48 hrs.	% muestra adecuada
ARG	0.78	29	73	1.66	74	74	0.35	26	72
BOL	0.45	92	79	0.45	100	75	0.51	100	78
BRA	1.1	98	64	0.56	98	67	0.45	99	62
CAN	0.44		38		29	29			
CAR	0.44	100	88	0.23	25	25	0.11	0	50
CHL	1.68	89	68	1.78	66	66	0.87	91	59
COL	1.31	75	83	0.77	75		0.66	69	84
CRI	1.5	94	81	1.32	93	93	0.75	75	75
CLB	1.54	75	93	1.16	95	95	0.61	82	91
DOM	0.84	28	92	0.37	55	55	0.2		33
ECU	1.08	73	67	0.33	81	63	0.08	75	100
GTM	1.19	85	77	0.96	79	74	0.72	84	65
HND	1.51	67	93	1.55	90	90	1.29	79	87
HTI	0.38	86	43	0.22	38	38	0.19	71	57
MEX	2.51	100	88	1.42	82	82	1.11	71	57
NIC	1.28	100	100	0.92	78	78	0.82	94	75
PAN	0.5	67	100	0.96	100	100	0.43	100	100
PER	1.5	75	67	0.55	64	69	0.23	63	63
PRY	1.26	88	92	0.92	58	58	1.02	95	67
SLV	1.96	50	91	0.99	25	94	0.64	45	91
URY	1.13	100		0.14	100	100	0.14		100
USA									
VEN	1.31	99	73	0.95	95	51	0.75	95	60
Total**	1.48	86	78	0.81	86	70	0.61	89	72

*2020/28 - 2021/26
** Excluyendo USA
Fuente: Sistema de vigilancia - Integrated Surveillance Information System (ISIS), Polio Eradication Surveillance System (PESS) y reportes de los países a FPL-IM/OPS. *Datos hasta el 23 junio 2021

los países, las cuales son compartidas con los Comités Nacionales de Certificación y las autoridades nacionales.

A su vez, el GTA brinda recomendaciones para la Región para mantener la promesa de una Región libre de polio. Las recomendaciones emitidas en la última reunión del GTA, en julio del 2021, se enlistan a continuación:

- El GTA respalda la "Estrategia Mundial de Erradicación de la Poliomiélitis 2022-2026 de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio: "cumpliendo una promesa", la cual deberá ser adoptada por los países de las Américas⁹.
- El GTA está sumamente preocupado por la inadecuada cobertura de vacunación contra la poliomiélitis y los sistemas de vigilancia necesarios para mantener y verificar la erradicación de la poliomiélitis en las Américas y teme que, a menos que se mejoren urgentemente, se produzcan brotes de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1 por sus siglas en inglés) y/o poliovirus derivado de vacunas (cVDPV por sus siglas en inglés) en la Región. El GTA insta a los países a alcanzar una cobertura del 95% con la vacuna Polio3, y recomienda encarecidamente que los gobiernos inviertan recursos para alcanzar y mantener este objetivo. La meta de la cobertura de vacunación aplica también a la primera y segunda dosis con la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV por sus siglas en inglés).
- El GTA consideró los resultados de la revisión sistemática de la inmunogenicidad a la IPV evaluada por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE por sus siglas en inglés) sobre inmunización de la OMS. El GTA consideró los criterios previamente evaluados sobre el uso de la IPV como primera dosis para prevenir los casos de poliomiélitis parálisis asociados al uso de la vacuna oral contra la polio (VAPP por sus siglas en inglés), así como, la necesidad de mantener la inmunidad intestinal mediante la administración de la vacuna oral bivalente contra la poliomiélitis (bOPV por sus siglas en inglés). El GTA recomienda el siguiente esquema de vacunación para los 13 países que aún no han introducido la segunda dosis de IPV (Cuadro 2).

Cuadro 2: Recomendación regional para el calendario de vacunación contra la poliomiélitis, las Américas, 2021

Esquema de vacunación	Esquema básico			Refuerzos	
	1 ^a	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o
	2 meses	4 meses	6 meses	12-18 meses	4-5 años
	IPV	bOPV	IPV	bOPV	bOPV

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Inmunización (Boletín Informativo PAI); v.16, 1994. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41097>.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. XXVI Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. 14-16 de julio del 2021. Informe final disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54833>

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Reporte de la 12a Reunión de la Comisión Regional de Certificación de la Fase Final de la Erradicación de la Polio en las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/reportes-12a-reunion-comision-regional-certificacion-fase-final-erradicacion-polio>

⁹ Global Polio Eradication Initiative. Delivering on a Promise: Polio Eradication Strategy 2022–2026. Pre-publication version, as of 10 June 2021. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/06/polio-eradication-strategy-2022-2026-pre-publication-version-20210609.pdf>

ELIMINACIÓN cont. página 3

- Los países que ya han introducido dos dosis de IPV pueden considerar la adopción de este esquema o considerar el intervalo de 4 meses entre la IPV1 y la IPV2. Su decisión final debe basarse en un análisis programático y epidemiológico.
- El GTA felicita a Ecuador por realizar un estudio sobre la eficacia del uso de dosis fraccionadas de IPV. Los resultados de este estudio deberán utilizarse para determinar si el actual es apropiado o si se necesitan cambios.
- Dadas las limitaciones de la pandemia de COVID-19, el GTA no recomienda que los países suspendan el uso de la bOPV en favor de un calendario de vacunación sólo con IPV en este momento.
- El GTA apoya las recomendaciones dadas por el SAGE con respecto a la intercambiabilidad de la vacuna inactivada contra la poliomielitis de cepas Sabin (sIPV por sus siglas en inglés) con la vacuna inactivada contra la poliomielitis de cepas salvajes (wIPV por sus siglas en inglés). En este momento, la sIPV no se recomienda como una dosis fraccionada.
- Dado que la tasa de PFA de la Región ha reportado sólo un ligero aumento de 2014 a 2019 (1,19 y 1,33, respectivamente), y la adecuación de la recolección de las muestras de heces se ha mantenido constante durante el mismo período (76% y 77%, respectivamente), el GTA recomienda que se hagan esfuerzos para mejorar el rendimiento de ambos indicadores para evitar que no se detecten oportunamente casos de parálisis causados por poliovirus.
- Teniendo en cuenta el fuerte descenso de la cobertura de vacunación y de las tasas de vigilancia, los países con riesgo de brotes (Haití y Bolivia) o en riesgo debido a los movimientos de población de riesgo (Haití y Bolivia) o en riesgo debido a los movimientos de población con un país de alto riesgo (República Dominicana), deberán considerar recolectar una segunda muestra de heces de los casos de PFA. Dada la carga de trabajo y los costos de la recolección de una segunda muestra, estos países deberán aplicar esta recomendación de forma temporal mientras refuerzan su programa de vacunación y sus sistemas de vigilancia.
- Si no se puede recolectar una muestra de heces de un caso de PFA en los 14 días siguientes al inicio de la parálisis o si una muestra de heces llega al laboratorio en mal estado, el GTA recomienda que se recolecte una muestra de tres contactos, preferiblemente familiares, contactos domésticos, vecinos o compañeros de juego (todos ellos menores de 5 años).
- El GTA recomienda encarecidamente la aplicación sistemática de la visita de seguimiento a los 60 días, para evaluar la presencia de parálisis residual (actualmente se realiza en menos del 20% de los casos).
- La vigilancia ambiental es un excelente complemento del sistema nacional de vigilancia. Sin embargo, teniendo en cuenta su elevado costo, un país deberá considerar su implementación sólo después de mejorar la sensibilidad de sus sistemas de vigilancia de la PFA. ■

Experiencias de los jefes de programas con la mantención de la eliminación de la polio en la Región

En el marco de la celebración de los 30 años desde el último caso de polio en la Región de las Américas, la OPS invitó a los jefes del programa de inmunizaciones que más tiempo han trabajado en el programa a compartir lecciones aprendidas, recomendaciones y consejos para el mantenimiento de la eliminación de la polio y la fase final de la erradicación.

Roberto Arroba: “Solo trabajando en equipo podemos tener buenos resultados”



Roberto Arroba.

Roberto lleva 12 años trabajando en inmunizaciones en Costa Rica y aunque piensa que al principio no fue fácil, fue adquiriendo el conocimiento y experiencia a partir de lecciones compartidas por colegas y a través de las capacitaciones realizadas por la OPS. Para él, la OPS ha sido un aliado de los países en temas de capacitación y desarrollo de guías que apoyan el trabajo. Roberto se describe a sí mismo como un puente que ha servido para unir a los diferentes actores dentro y fuera del país; siendo esto su mayor contribución al mantenimiento de la eliminación de la polio en Costa Rica. En sus palabras, “solo trabajando en equipo podemos tener buenos resultados”.

En comparación con cuando inició su trabajo como jefe del PAI, Roberto considera que hoy hay más retos pues las coberturas han disminuido y es más difícil mantener una vigilancia de calidad. A pesar de estar centrados en las actividades de vacunación contra la COVID-19, no nos podemos olvidar de las demás enfermedades prevenibles por vacunación. Para esto, él cree que se debe tomar conciencia de la importancia del trabajo que realizamos y recordar constantemente por qué vacunamos, qué estamos previniendo y qué pasaría si la enfermedad regresara. Para revitalizar el programa, Roberto considera que hay que seguir en la línea de asegurar esquemas completos con coberturas mayores al 95% y llevar a cabo la investigación

inmediata de todos los casos de parálisis flácida aguda (PFA) pues como él dice, “tenemos que volver a ser la Región ejemplo que éramos”.

Roberto les aconseja a las personas que recientemente se han incorporado al programa escuchar los consejos de quienes tienen más experiencia, buscar trabajar en equipo y realizar actividades de capacitación continua.

Nora Villatoro: “No podemos perder los logros alcanzados”

Nora comenzó a trabajar en el programa de inmunización de El Salvador en el 2005. Desde entonces, evalúa las coberturas de vacunación y el desempeño de los indicadores periódicamente en conjunto con todo su equipo; incluyendo a los colegas de epidemiología y del laboratorio; siendo esto lo que ella considera ha sido su mayor contribución para el mantenimiento de la eliminación de la polio en El Salvador.

Para Nora, la gestión del programa ha planteado diferentes retos y oportunidades a lo largo del tiempo. Por una parte, antes era más sencillo llevar a cabo las actividades porque todas las diferentes acciones eran responsabilidad del programa, mientras que hoy hay que coordinar con diferentes actores. Pero, por otra parte, se han acumulado lecciones aprendidas y muchos años de experiencias.

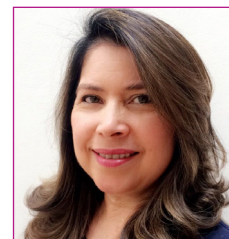
Ante las dificultades actuales para llevar a cabo las actividades de vacunación y de vigilancia epidemiológica en el contexto de la pandemia de la COVID-19 y para revitalizar el programa, Nora considera que debemos recordar el riesgo latente de reintroducir la polio y resalta: “no podemos perder los logros alcanzados”. Para mantener el compromiso del personal en todos los niveles del programa, ha utilizado diferentes medios para compartir información con el personal y mantener la comunicación activa. Dado que la población aún tiene temor de acudir a los servicios de salud debido a la pandemia, se han instalado puestos de vacunación fuera de las unidades. Para mejorar la vigilancia, se realizan búsquedas activas institucionales.

Nora considera que una de las labores importantes

de la OPS es mantener la polio y las demás enfermedades prevenibles por vacunación dentro de la agenda política, además de apoyar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas entre los países.

La recomendación de Nora para todos los profesionales de salud que recientemente se han incorporado al programa es que se apoyen en los expertos. Ella considera un privilegio haber contado con el acompañamiento de personas que le enseñaron a lo largo del camino y resalta la importancia de contar con una el apoyo de los jefes del programa de todos los países de la Región.

Ida Berenice Molina: “La eliminación es un compromiso con la población”



Ida Berenice Molina.

Hace 29 años, cuando Ida Berenice terminó su formación académica, le ofrecieron liderar el programa de inmunización bajo la advertencia de que este era el programa prioritario para el país. Desde entonces, asumió la jefatura del programa de inmunización en Honduras.

Ida ha contribuido para sistematizar la planificación estratégica y lograr la gestión a nivel nacional e internacional para lograr las metas planteadas. Además, ha logrado transformar la planificación en acciones que se llevan a cabo en el nivel local para lograr los objetivos. Ida Berenice mantiene un análisis permanente de la situación para guiar la planificación de las acciones.

Sostener la eliminación de la polio es un desafío permanente; pues hay que mantener coberturas altas cada año y una vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas sensible. Sin embargo, considera que mantener sistemas de vigilancia sensibles es más fácil ahora que antes, ya que hay más facilidades como la tecnología, un acúmulo de experiencia, acceso a más capacitaciones, herramientas para la microplanificación, el monitoreo permanente y la petición de cuentas. En este sentido,

EXPERIENCIAS cont. página 4

la OPS/OMS tiene un rol importante para monitorear el desempeño de los países en el cumplimiento de las estrategias de la eliminación de la poliomielitis y asegurar que la vacunación se mantenga como una prioridad política. Sin embargo, a pesar de la abogacía regional permanente, Ida Berenice sostiene que es necesario que los países tengan claridad que la eliminación de la polio es una responsabilidad nacional, lo que implica la asignación de recursos, ya que “la eliminación es un compromiso con la población”.

Para las personas que recién se incorporan al programa de inmunización, aconseja que trabajen en equipo, asegurándose de contar con el apoyo de personal comprometido en todos los niveles. Además, recuerda que el programa necesita del trabajo multidisciplinario.

Jazmina Umaña: “Ya no podemos trabajar solos”



Jazmina Umaña.

Jazmina ha trabajado en el programa de inmunizaciones desde hace 11 años y en el 2014, asumió el puesto de coordinadora nacional en Nicaragua. Ella considera que su mayor contribución para mantener la eliminación de la polio ha sido coordinar al equipo que lleva a cabo las

actividades. Resalta que, para trabajar en el programa de inmunizaciones, te tiene que gustar. Como ella dice, “si el programa no te gusta, no te vas a enamorar”.

De acuerdo con su experiencia, mantener la vigilancia epidemiológica es más difícil hoy que cuando ella comenzó a trabajar pues no es fácil mantener en las personas la percepción del riesgo dado que han pasado tantos años sin casos confirmados de polio. Ella considera que la percepción del riesgo es fundamental para el fortalecimiento del sistema. Para esto, debe aprovecharse la evaluación de riesgo para poder definir dónde y cómo incidir, planteando acciones interprogramáticas que permitan reducir el riesgo.

Para revitalizar el programa, Jazmina opina que debe crearse un nuevo modelo de salud incluyente e integrado, pues “ya no podemos trabajar solos”. Explica, “se deben mantener lineamientos y objetivos, pero integrándolos a la salud universal. Se deben aprovechar todos los espacios de capacitación y no descuidar ningún componente del programa”.

Jazmina se define a sí misma como una persona privilegiada por haber contado con el apoyo de OPS. Ella piensa que el rol de los asesores de OPS, quienes tienen una visión externa, pero trabajan como parte del equipo, es fundamental. Además, reconoce la importancia de contar con guías y manuales regionales que orientan el trabajo del país y agradece el apoyo financiero para llevar a cabo actividades esenciales en el país.

Itzel Hewitt: “La mayor satisfacción, es el deber cumplido”



Itzel Hewitt.

Itzel trabaja como la coordinadora del programa de inmunización de Panamá a nivel nacional desde el 2008. En palabras de Itzel, “crear un sentido de pertenencia, reforzar la mística, el empoderamiento y la pasión por el programa” en todas las personas que trabajan en inmunizaciones

ha sido clave para asegurar un equipo comprometido

con su trabajo y lograr mantener la eliminación de la polio en Panamá. Cuando empoderamos a quienes trabajan en el programa, aseguramos el logro.

Sin duda, Itzel ha jugado un papel muy importante para asegurar el buen desempeño del programa a lo largo de los años. Ella considera que una de sus grandes contribuciones fue la implementación de las visitas domiciliarias para complementar la revisión de archivos de vacunación que se realiza dentro de las unidades de salud. Ella ha trabajado con la OPS y otros socios estratégicos para visibilizar las acciones necesarias, además de asegurar la continuidad de las actividades de vigilancia y vacunación. Itzel aprovecha las actividades adicionales que se llevan a cabo como la Semana de Vacunación en las Américas y las campañas nacionales de puesta al día para incluir actividades relacionadas con la polio. Estas acciones han mostrado

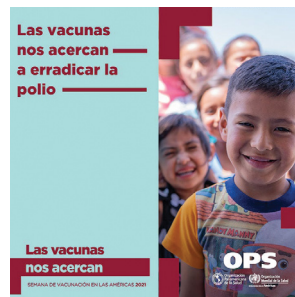
ser efectivas aún en tiempos de la pandemia de la COVID-19.

Itzel opina que la vacunación contra la COVID-19 ha permitido que actores de alto nivel que antes no estaban involucrados en las acciones del programa, conozcan ahora, desde el proceso de adquisición de las vacunas hasta la aplicación del biológico— lo que resulta en una mayor conciencia sobre la importancia de la vacunación y una oportunidad para el programa.

Para el personal de salud que se ha integrado recientemente al programa de inmunizaciones, Itzel les aconseja que aprovechen todos los contactos con los niños para revisar sus esquemas de vacunación y completarlos cuando haga falta.

Con pasión, Itzel afirma que, para ella, “la mayor satisfacción es el deber cumplido”. ■

Aceptación de la vacunación contra la poliomielitis y comunicación conexas: las tres principales lecciones que podemos aplicar a la vacunación rutinaria y contra la COVID-19



el desarrollo y comunicación en situaciones de crisis que también han ayudado a respaldar los logros del programa regional de inmunización alcanzados hasta la fecha. Ahora hay que adaptar estas estrategias de comunicación para proteger dichos logros. Además, podemos aprender de las experiencias con la aceptación de la vacunación contra la poliomielitis y aplicar ese conocimiento a la vacunación rutinaria y contra la COVID-19. A continuación se presentan tres lecciones importantes y estrechamente interrelacionadas que pueden tenerse en cuenta para las actividades de vacunación en curso.

1. Comprender los factores que influyen en las decisiones y establecer normas para la vacunación

En la decisión de vacunarse —ya sea que se trate de padres o madres que llevan a su bebé a recibir la vacuna contra la poliomielitis o de una persona con alguna enfermedad crónica que quiere vacunarse contra la COVID-19— influyen diversos factores complejos, a saber: la confianza en el programa de inmunización, la facilidad para acceder a servicios de vacunación de calidad y el apoyo de familiares o amigos para la vacunación, entre otros. La recopilación de datos sociales y de comportamiento para comprender estos factores puede ayudar a orientar las intervenciones a los destinatarios y grupos de población previstos. Al mismo tiempo puede seguirse consolidando el refuerzo de la vacunación como norma y valor en la comunidad, algo que el programa de inmunización contra la poliomielitis ha hecho muy bien.

2. Interactuar con los líderes comunitarios de confianza

Las campañas contra la poliomielitis han contado por mucho tiempo con el apoyo de líderes comunitarios de confianza para establecer normas para la vacunación. Entre los líderes figuran personas que se desempeñan en el ámbito religioso, el gobierno local, la sociedad civil o el sector educativo. Una vez que los líderes aceptan la vacunación, pueden ayudar a fomentarla en los grupos de población que acuden

a ellos en busca de un consejo confiable. Además de ayudar a dar el ejemplo en su comunidad a favor de la vacunación, también pueden proporcionar información acerca del pulso de la comunidad, por ejemplo: ¿Qué preguntas les han hecho sobre la vacunación? ¿Cuáles son los mitos y rumores que circulan sobre las vacunas o los vacunadores? ¿Qué deficiencias han detectado que los servicios de salud deben subsanar para que las campañas de vacunación sean más fructíferas?

De esta manera, los líderes comunitarios pueden promover la vacunación y proporcionar conocimiento experto acerca de sus comunidades.

3. Aprovechar la confianza en los trabajadores de salud

Los trabajadores de salud que administran las vacunas contra la poliomielitis gozan en todo el mundo de la reputación de ser personas muy dedicadas y con un profundo interés por proteger a toda la población infantil con el poder de las vacunas para salvar vidas; se les conoce por su entusiasmo y disposición a viajar incluso en las condiciones más difíciles de vacunar. Estos esfuerzos heroicos serían en vano si las comunidades no confiaran en los trabajadores de salud y en las vacunas que traen consigo.

Muchos estudios han demostrado que los trabajadores de salud son la fuente más confiable de información sobre la vacunación en sus comunidades. Por ello, lograr que estas personas de confianza acepten la vacunación es fundamental para alcanzar un grado elevado de aceptación de los servicios de inmunización en las comunidades. Para aprovechar al máximo esta situación, es importante invertir en los trabajadores de salud para que puedan mantener una relación positiva y de confianza con las comunidades a las que sirven; dirigir intervenciones específicas de información, educación y comunicación a los trabajadores de salud para que tengan la información correcta y puedan hacer bien su trabajo; y capacitarlos en materia de comunicación interpersonal sobre la vacunación para que puedan responder empáticamente a las preguntas y preocupaciones de la comunidad con respecto a la vacunación.

Puede leer más al respecto en:

GPEI. Polio prevention: The communities. Puede consultarse en: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-communities/>

The Polio Communication Global Strategy. Puede consultarse en: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Polio-Communications-Global-Guide-Part-1-or-4_Jan2016_EN.pdf ■

La transmisión y propagación internacional del poliovirus en el contexto de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional: Una llamada a la acción

Con la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en junio del 2007, los Estados Miembros se comprometieron a notificar a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) toda potencial emergencia de salud pública de importancia internacional y la OPS por su parte a evaluar dichas notificaciones y cuando correspondiera declarar una emergencia de salud de importancia internacional (ESPII) siempre y cuando se cumplan los requerimientos y procedimientos requeridos para dicha declaración.¹⁰

Según consta en el mismo Reglamento, una ESPII es un evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de su propagación internacional, y que requiere de una respuesta internacional coordinada. Desde su implementación a la fecha, se han declarado 5 ESPII, dos de las cuales continúan vigentes: la actual pandemia por la COVID-19 y la relacionada a la diseminación internacional del poliovirus.¹¹ En efecto, el 5 de mayo del 2014 fue declarado que la diseminación internacional del poliovirus salvaje constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional y se formularon recomendaciones temporales con el fin de detener dicha propagación a través de una respuesta internacional coordinada.¹²

El pasado 20 de agosto del 2021, después de recibir la evaluación del Comité de Emergencias que asesora al director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo relacionado a la emergencia por la diseminación internacional de polio, el director reiteró que la misma continuaba vigente, así como también las recomendaciones temporales formuladas previamente.¹³

En la Región de las Américas los Estados Miembros continúan con el compromiso de mantener los niveles requeridos de cobertura de vacunación contra la polio, así como de mantener una vigilancia adecuada de la parálisis flácida aguda (PFA), y de notificar a través del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI toda detección en fuentes humanas o no humanas de:

- poliovirus salvaje
- poliovirus derivado de vacuna (tipo 1, 2 o 3)
- y virus de tipo 2 similares a Sabin / Sabin.

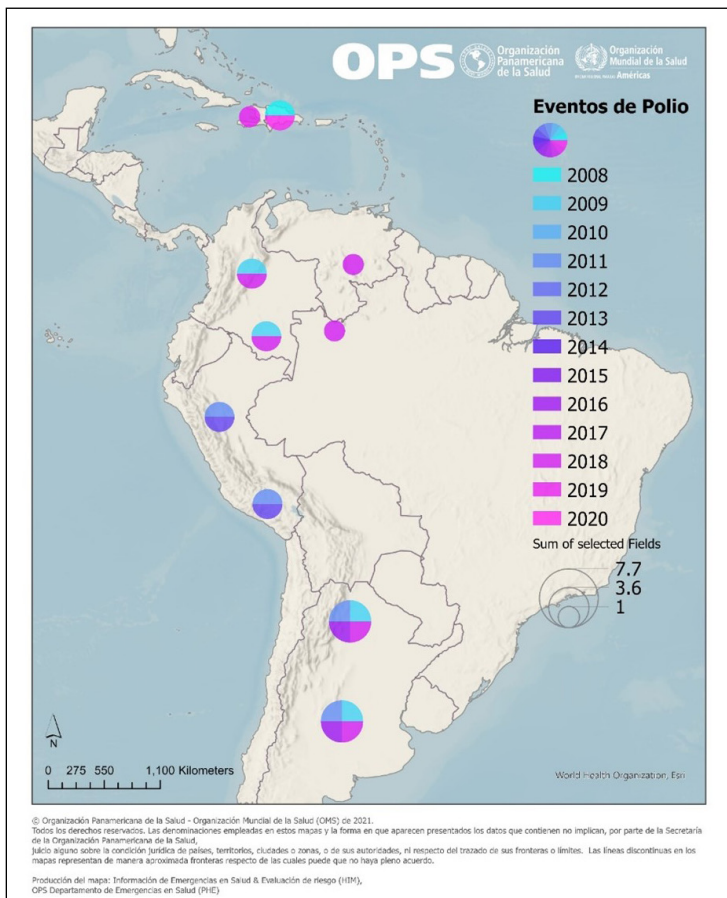
Desde el 2008 a la fecha en la Región, se han notificado a la OPS/OMS 12 eventos relacionados a la polio, los cuales ocurrieron en 6 países. La fuente inicial de información en 8 (67%) de estos eventos fue el CNE para el RSI. La media del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas del caso y la notificación fue 74 días (rango de 33 a 272 días). Ver el Cuadro 3 y la Figura 2 a continuación. Ninguno de estos eventos se extendió más allá del área de ocurrencia o tuvo diseminación internacional. Sin embargo, la disminución de la cobertura de vacunación contra la polio en la mayoría de los países y territorios de la Región sumado al debilitamiento de la vigilancia de PFA ocasionado por la pandemia de la COVID-19 es un llamado de atención sobre el riesgo de reintroducción de polio en las Américas.

Cuadro 3. Eventos de polio notificados por los países de la Región de las Américas, 2008 a 2021 (agosto)

Año	País	Evento	Notificación realizada por	Fecha de inicio de síntomas (FIS)	Fecha de notificación a la OPS/OMS	Tiempo estimado entre FIS y fecha de notificación a la OPS/OMS (días)
2008	República Dominicana	Poliovirus vacunal Sabin tipo 1 S1	CNE	2007-12-31	2008-05-12	133
2009	Argentina	Poliovirus vacunal relacionado a inmunodeficiencia (iVDPV) S1	CNE	N/A	2009-05-28	N/A
2009	Colombia	Poliovirus vacunal tipo 2	CNE	2009-07-15	2009-09-14	61
2011	Argentina	Poliovirus vacunal relacionado a inmunodeficiencia (iVDPV) tipo 1	OMS	2011-04-29	2011-07-25	87
2011	Perú	Poliovirus vacunal tipo 2	OMS	2011-04-11	2011-06-08	58
2013	Perú	Poliovirus vacunal relacionado a inmunodeficiencia (iVDPV)	CNE	N/A	2013-06-24	N/A
2016	Argentina	Poliovirus vacunal tipo 2	CNE	2016-03-02	2016-08-01	152
2018	Argentina	Poliovirus vacunal relacionado a inmunodeficiencia (iVDPV)	CNE	2018-11-20 CNE	2018-12-23	33
2018	Colombia	Poliovirus vacunal relacionado a inmunodeficiencia (iVDPV)	Año	2018-03-01	2018-06-22	133
2018	Venezuela	Polio asociado a la vacuna (VAPP)	CNE	2018-04-29	2018-06-07	39
2019	Haití	Poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en un caso de PFA	CNE	2019-02-13	2019-11-12	272
2020	República Dominicana	Poliovirus vacunal, Sabin tipo 3, en un caso de PFA	CNE	2020-05-26	2020-07-10	45

N/A: Dato no está disponible.

Figura 2. Distribución de los eventos de polio notificados en la Región de las Américas según año de ocurrencia



Fuente: OPS/OMS, 2021.

¹⁰ World Health Assembly, 56. (2003). Revision of the International Health Regulations. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78336>

¹¹ Comités de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional. Disponible en: <https://www.who.int/teams/hr/hr-emergency-committees>

¹² Declaraciones de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional para examinar la propagación internacional del poliovirus; 5 de mayo de 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus>

¹³ Declaraciones de la OMS en relación con la décimo novena reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional para examinar la propagación internacional del poliovirus; 20 de agosto de 2021. Disponible en (inglés solamente): <https://www.who.int/news/item/20-08-2021-statement-of-the-twenty-ninth-polio-hr-emergency-committee>

Red regional de laboratorios de polio

Desde que se definió la meta de eliminación de la poliomielitis en la Región de las Américas en 1985, se reconoció como esencial para el programa de erradicación (eliminación) la vigilancia virológica de los poliovirus, la cual facilitó la comprensión sobre la epidemiología de la poliomielitis en la Región, permitió identificar zonas de transmisión de poliovirus salvaje, y aportó evidencia fundamental para certificar que la meta de erradicación había sido alcanzada.

En 1986, la OPS estableció una Red Regional de Laboratorios de Polio con la cooperación de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC), con el propósito de proveer a los programas de inmunización de la Región los datos virológicos a través de pruebas de aislamiento y tipificación de poliovirus. La red se construyó soportada en laboratorios de salud pública con alta capacidad y estratégicamente localizados en países de la Región. Fue así como inicialmente la conformaron 10 laboratorios localizados en 8 países.

Con base a la capacidad técnica de estos laboratorios, la estructura de la red se definió en tres grupos:

- Laboratorios grupo 1 con capacidad para aislamiento viral y tipificación
- Laboratorios grupo 2 con capacidad adicional para caracterizar los poliovirus aislados por hibridación con sondas de ácidos nucleicos o por reacción en cadena de polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés)
- Laboratorios grupo 3 con capacidad adicional para realizar secuenciación genética y desarrollo de nuevos ensayos o producción de reactivos.

El establecimiento de la red brindó la oportunidad de fortalecer el diagnóstico por laboratorio mediante la estandarización, evaluación e implementación de los métodos para realizar la vigilancia virológica en la Región. El fundamento fue mantener la sensibilidad para aislar o recuperar poliovirus en los cultivos celulares y garantizar la exactitud en la tipificación de los virus.

La red también promovió la coordinación entre la vigilancia de campo y el laboratorio, al identificar áreas de transmisión de poliovirus salvaje que se convertían en sitios para intensificar las actividades de vacunación contra la polio. Esta asertiva comunicación también permitió mejorar la recolección y remisión de las muestras, además de definir prioridades para el procesamiento de las muestras en momentos donde la cantidad de muestras recibidas en el laboratorio superaba la capacidad de procesamiento de estas.

Desde los inicios de la red, los procedimientos de control de calidad y participación en pruebas de competencia técnica fueron considerados criterios relevantes para aumentar la confiabilidad de los resultados que generaban los laboratorios.

La información proporcionada por la red también fue útil para retirar el uso de algunas de las pruebas utilizadas como una herramienta de confirmación de un caso de poliomielitis, por ejemplo, la serología, dado el uso masivo de vacunas contra la polio que generaban un estímulo en el sistema inmune de la población infantil, por lo cual no era posible definir una correlación entre la concentración de anticuerpos y un caso de infección por el virus salvaje.

Los desarrollos tecnológicos se fueron incorporando a la red, es así como los ensayos moleculares para la tipificación de los poliovirus fueron introducidos paulatinamente, pasando de la hibridación con sondas a las pruebas de PCR convencional, PCR en tiempo real y la secuenciación genética.

Es importante resaltar que la red de laboratorios fue evolucionando junto con los programas, y algunas iniciativas como la adopción de los países del Caribe inglés de eliminar el sarampión para el 1995, permitiendo proyectar la ampliación de los servicios de la red de laboratorios de polio para otras enfermedades prevenibles por

vacunación.

La investigación aplicada ha sido de gran relevancia para los programas, es así como las recomendaciones sobre el análisis de muestras de heces, las muestras de contactos, el uso de líneas celulares, entre otros, han permitido ajustes en el programa. Finalmente, se debe reconocer que la red no sería la misma sin el compromiso y arduo trabajo de todas las personas que han sido o siguen siendo parte de ella. Son ellos los que han permitido que la vigilancia por laboratorio de los poliovirus se esté realizando desde hace más de 35 años en la Región de las Américas. Todos merecen un reconocimiento por su trabajo, esfuerzo y dedicación.

También son múltiples los desafíos enfrentados por la red de laboratorios, entre ellos: muestras inadecuadas, la capacidad de conservación de muestras a temperaturas adecuadas, datos mínimos recibidos de cada muestra, la dotación de equipos, reactivos y suministros suficientes y oportunos, además de la capacidad para retener el personal de laboratorio entrenado. La mayoría de estos desafíos se hacen más evidentes a través del tiempo, cuando la atención en los programas ha disminuido quizás como consecuencia de una baja percepción del riesgo y la necesidad de atender otros programas prioritarios en la salud pública.

En los últimos años los países están colocando más requerimientos para la importación de especímenes biológicos en sus territorios, dificultando la oportuna recepción de muestras y reactivos biológicos en los laboratorios de referencia. Adicionalmente, los costos de servicios de transporte internacional han incrementado de forma exorbitante, comprometiendo gran cantidad de los recursos financieros asignados a los programas de vigilancia.

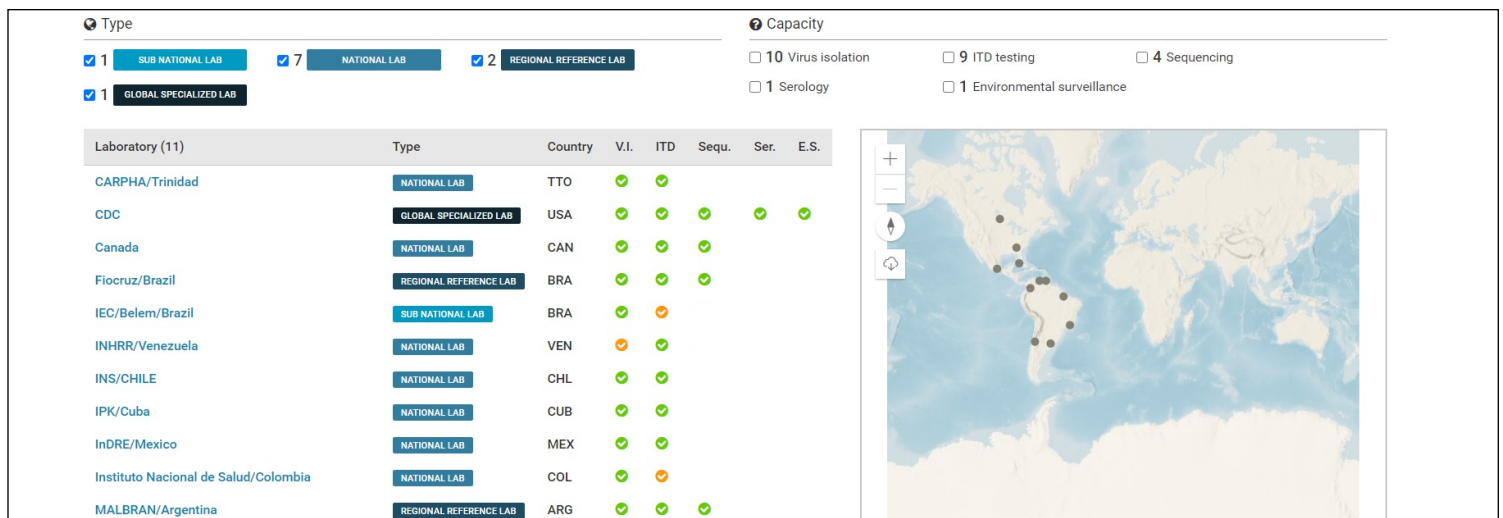
Desde el 2009, 11 laboratorios en 9 países (Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, Cuba, Estados Unidos, México y Venezuela) conforman la red regional de laboratorios de polio. Actualmente la capacidad técnica instalada en los laboratorios es: 11 con aislamiento viral y diferenciación intratípica (por PCR en tiempo real); 4 con secuenciación genética; la vigilancia ambiental de poliovirus ha sido intermitente; y las pruebas serológicas para evaluar inmunidad poblacional actualmente sólo se desarrollan en un laboratorio de la red, con otro laboratorio con capacidad para realizar estudios (ver la **Figura 3**).

La nueva estrategia del programa de erradicación de la polio 2022–2026 de la OMS, denominada "Cumpliendo una promesa", propone que los resultados de laboratorio sean reportados en un tiempo de 21 días. Para ello, se espera que nuevos ensayos sean incorporados en los laboratorios y se expandan las capacidades para realizar la secuenciación de los poliovirus; también se propone expandir la vigilancia ambiental de los poliovirus como complemento de la vigilancia de las parálisis flácidas agudas.

El nuevo plan estratégico invita a optimizar los recursos y realizar un plan de priorización, que sea factible. Estos nuevos desafíos deben ser abordados por los países y los laboratorios, junto con el apoyo de los socios y la OPS/OMS.

En síntesis, la red de laboratorios de polio ha permitido mantener la vigilancia por laboratorio de poliovirus en la región, facilitado la capacidad de respuesta de los países. Las instituciones con laboratorio de polio han apoyado la respuesta a las enfermedades virales transmisibles soportadas en sus competencias técnicas, entre estas, la capacidad para cultivos celulares, el aislamiento viral, ensayos serológicos (seroneutralización, Elisa), y ensayos moleculares (hibridación con sondas, PCR, secuenciación). Igualmente, la red plasmó los requerimientos técnicos de una red de laboratorios, entre ellos, las pruebas de laboratorio estandarizadas, el control de calidad, la participación en pruebas de competencia, la transferencia de tecnología, la capacitación, la supervisión y la comunicación. ■

Figura 3. Tipos de laboratorios y la capacidad técnica instalada



El Boletín de Inmunización se publica cuatro veces al año, en español, inglés, francés y portugués por la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es facilitar el intercambio de ideas e información acerca de los programas de inmunización en la Región y más allá.

La referencia a productos comerciales y la publicación de artículos firmados en este Boletín no significa que éstos cuentan con el apoyo de la OPS/OMS, ni representan necesariamente la política de la Organización.

ISSN 1814-6252

Volumen XLIII Número 3 • Septiembre del 2021

Es de nuestro agrado comentar que con el apoyo de la Unidad de Gestión de Conocimiento de la OPS, todos los Boletines de Inmunización desde 1979 hasta la actualidad se encuentran en el Repositorio Institucional (IRIS), el cual pueden encontrar aquí: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33674>

Editores: Octavia Silva, Martha Velandia y Cuauhtémoc Ruiz Matus

©Organización Panamericana de la Salud, 2021.
Todos los derechos reservados.

Unidad de Inmunización Integral de la Familia

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org/inmunizacion>



OPS

KING cont. página 1



Dra. Arlene King.

a los servicios de atención de salud sigue siendo limitado debido a las exigencias de la respuesta frente a la pandemia y se prevé que la cobertura de vacunación disminuya en el 2021 y que el producto interno bruto (PIB) regional disminuya 9,1%. Así pues, la magnitud real del impacto de la pandemia en los programas de inmunización aún está por verse.

Cabe destacar que el progreso regional en materia de detección, cuantificación, destrucción y contención de los poliovirus en los establecimientos ha sido ejemplar. Sobre la base del examen de 23 informes anuales del 2019 (22 informes de país y 1 informe subregional del Caribe), se determinó que 40 de los 44 países y territorios habían reducido al mínimo el riesgo de reintroducción de poliovirus en los establecimientos que recogen, manipulan o almacenan materiales de poliovirus infecciosos o potencialmente infecciosos.¹⁴

A continuación, me gustaría transmitir tres enseñanzas fundamentales que me ha aportado mi trabajo en el ámbito de la erradicación de la poliomielititis:

Establecer objetivos es importante. En 1985 los países de la Región de las Américas se fijaron el objetivo de eliminar la poliomielititis en la Región, que ha sido respaldado en los más altos niveles políticos y nos ha dado algo por lo que esforzarnos, y algo a lo que dar seguimiento y medir periódicamente.

Los sistemas de salud pública e inmunización sólidos son importantes. El personal de los programas de inmunización y enfermedades prevenibles por vacunación, los grupos consultivos de expertos y los grupos no gubernamentales de toda la Región han seguido poniendo sus mentes, corazones y almas en la prevención y el control de enfermedades potencialmente mortales y discapacitantes que pueden prevenirse por vacunación, incluida la poliomielititis. Su dedicación ha dado lugar a resultados notables.

Los fundamentos de la lucha contra las enfermedades transmisibles funcionan. Los pilares de la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación son la vigilancia epidemiológica y de laboratorio sólida, la realización de pruebas, el aislamiento de casos, la cuarentena de los contactos, la cobertura de vacunación elevada, la bioseguridad y bioprotección, la prevención y el control de infecciones, y la preparación y respuesta ante emergencias.

Sin embargo, el establecimiento de objetivos se vuelve una promesa vana si no va acompañado de un compromiso financiero constante para apoyar la infraestructura necesaria, a saber: recursos humanos capacitados, herramientas y procesos en todos los niveles administrativos, a fin de lograr y mantener nuestro trabajo. La propagación internacional de WPV y cVDPV sigue siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional.¹⁵ Gran parte de la Región sigue siendo vulnerable debido a la disminución de la cobertura de vacunación con tres dosis de la vacuna contra la poliomielititis, que entre el 2016 y el 2020 pasó del 87% al 81%, lo que oculta grandes brechas inmunitarias

de la población en los niveles nacional y subnacional, y representa una amenaza para la condición de región libre de poliomielititis.¹⁶ La disminución concomitante de la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA), incluidas la tasa de PFA, la proporción de casos investigados en un plazo de 48 horas y la proporción de casos de PFA en los que se recogió una muestra adecuada de heces, conlleva el riesgo de ocasionar retrasos graves en la detección de poliovirus en caso de que hubiera importaciones o una emergencia. En las últimas 52 semanas epidemiológicas, **ningún país de la Región ha alcanzado estos tres indicadores.** Además, se ha determinado que ocho países están en riesgo muy alto o alto de poliomielititis, lo que representa el 32% de la población de menores de 1 año de edad en la Región. En épocas recientes nunca ha sido tan alto el riesgo de que sobrevenga un brote de WPV1 o cVDPV.

En julio del 2021, en apoyo a las recomendaciones proporcionadas por el CRC en nuestra última reunión,¹⁵ el GTA de la OPS dedicó tiempo considerable a debatir y formular trece recomendaciones para evitar la reaparición de la poliomielititis en la Región.¹⁶ Con la finalidad de que se mantenga la eliminación de la poliomielititis, quisiera pedir a todos los países que revisen cuidadosamente esas recomendaciones. Asimismo, al analizar las lecciones aprendidas de nuestra respuesta frente a la pandemia de COVID-19, debemos hacerlo con miras a mantener la eliminación de la poliomielititis en nuestros países y en la Región, y a reforzar nuestros sistemas de salud pública e inmunización como bienes públicos esenciales en beneficio de las generaciones presentes y futuras. ■

¹⁴ Reporte de la 12ª reunión de la Comisión Regional de Certificación de la Fase Final de la Erradicación de la Polio en las Américas. Puede consultarse en: <https://www.paho.org/es/documentos/reporte-12a-reunion-comision-regional-certificacion-fase-final-erradicacion-polio>.

¹⁵ Statement following the Twenty-Eighth IHR Emergency Committee for Polio. 21 de mayo del 2021. Puede consultarse en: <https://www.who.int/news/item/21-05-2021-statement-following-the-twenty-eighth-ihre-emergency-committee-for-polio>.

¹⁶ XXVI Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunas de la OPS. Las vacunas nos acercan. Reunión virtual, del 14 al 16 de julio del 2021, informe final disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54833>