

Disminuyendo el riesgo de un brote de poliomielitis en emergencias

Actualización interina 2021

*Protegiendo a las poblaciones vulnerables
de parálisis permanente por la polio*

La vacunación es fundamental para asegurar el derecho de los niños y niñas de alcanzar el más alto nivel de salud. Esta nota conceptual presenta las estrategias óptimas para reducir el riesgo de un brote de polio durante y después de una emergencia. El objetivo es reducir el riesgo de un brote de polio después de una importación del poliovirus en el contexto de una emergencia humanitaria. A través del compromiso nacional que apoye una rápida y coordinada respuesta, todas las personas vulnerables pueden ser protegidas contra la polio.

Esta nota conceptual se basa en “La vacunación en emergencias humanitarias agudas: un marco para la toma de decisiones”.

RESUMEN

La poliomiélitis (mejor conocida como la polio) es causada por un virus que causa parálisis permanente y en casos extremos, la muerte. Los menores de 5 años son los más afectados, pero cualquier persona no inmunizada puede contraer la enfermedad. No hay una cura para la polio, sin embargo, puede ser prevenida con el uso de vacunas efectivas y seguras.

La meta de erradicación de la polio fue adoptada en 1988 y desde entonces el número de personas afectadas por el poliovirus salvaje ha disminuido 99.9%. El esfuerzo es liderado por la Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio (GPEI, por sus siglas en inglés), una asociación público-privada encabezada por los gobiernos nacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Club Rotario Internacional, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos y la Fundación Bill y Melinda Gates. A la fecha, las únicas zonas endémicas para la circulación del poliovirus salvaje se limitan a Pakistán y Afganistán. Sin embargo, la exportación del poliovirus salvaje de estas áreas endémicas a zonas libres de polio ha ocurrido en el pasado; resultando en brotes de polio.

También se han presentado brotes en países libres de polio causados por virus circulantes derivados de vacuna (cVDPV, por su nombre en inglés) que son cepas del virus vacunal contenido en la vacuna oral contra la polio (OPV, por su nombre en inglés) que mutan. La exportación de virus salvajes o cVDPV representa una amenaza latente para las poblaciones y para alcanzar la meta final de la erradicación.

Los brotes de polio frecuentemente afectan a las poblaciones más vulnerables, incluyendo poblaciones desplazadas y refugiados. En 2013, después de un periodo de 10 años sin la enfermedad, el poliovirus salvaje se detectó en el Medio Oriente; resultando en un brote en las zonas de conflicto dentro de Siria y con una subsecuente importación a Iraq. En respuesta, el Medio Oriente llevó a cabo campañas de vacunación de gran escala, con especial énfasis en asegurar la vacunación de las poblaciones de refugiados. Ese mismo año, la importación del poliovirus desde Somalia a los campos de refugiados en Dadaab, Kenia resultó en un brote. Estos eventos ilustran la importancia de asegurar que las poblaciones vulnerables estén protegidas contra la polio.

LOS BROTES DE POLIO AFECTAN A LAS POBLACIONES MÁS VULNERABLES

Todos los niños y niñas tienen el derecho a la supervivencia y a la buena salud; la inmunización forma parte de este derecho. Las autoridades nacionales y las organizaciones humanitarias tienen la obligación de proteger a los menores contra la polio. Cuando hay una emergencia humanitaria, muchos niños y niñas, e incluso algunos adultos, no reciben las vacunas correspondientes,

incluyendo la vacuna contra la polio. Las poblaciones que presentan el mayor riesgo ante un brote de polio son las que viven en zonas con malas condiciones de higiene, sobrepoblación y altos índices de desnutrición. Además, los sistemas de vigilancia epidemiológica y de atención médica pueden verse afectados; resultando en un diagnóstico tardío y una respuesta no oportuna para interrumpir la transmisión del virus.

DECLARACIÓN

La GPEI recomienda que las autoridades nacionales y otros socios aseguren que los niños y niñas en poblaciones desplazadas y/o de refugiados sean vacunados contra la polio en áreas en las que la importación de un poliovirus es un riesgo y aseguren los mecanismos adecuados para la implementación adecuada de la vigilancia de las enfermedades infecciosas.

LOS NIÑOS Y NIÑAS DE POBLACIONES DESPAZADAS Y REFUGIADOS DEBEN SER VACUNADOS CONTRA LA POLIO

¿Dónde?

La vacunación contra la polio debe ser implementada inmediatamente para poblaciones desplazadas y de refugiados ante una emergencia humanitaria en áreas con alto riesgo de importación de poliovirus o en áreas de circulación endémica del virus. A la fecha, estas áreas incluyen: Afganistán y Pakistán; así como África (países en Africa Occidental, África Central, el este y el cuerno de África) y algunas partes de Asia. Una lista actualizada de países de riesgo alto para la importación de poliovirus y brotes se puede consultar en: <https://polioeradication.org/where-we-work/polio-outbreak-countries/>

¿Quién?

Todos los menores de 5 años.

Nota: en el contexto de un brote activo de polio en la zona, el rango de edad debe expandirse para incluir todos los menores de 15 años.

La inmunización de los adultos puede también considerarse como una forma de mejorar la inmunidad de mucosas y reducir el potencial para la transmisión del virus. La decisión de expandir la campaña para incluir a los adultos debe tomarse en conjunto con la GPEI.

¿Con qué vacunas y cuántas dosis?

Todos los refugiados y las poblaciones desplazadas de las zonas de riesgo deben recibir al menos una dosis de OPV a la brevedad posible sin importar el antecedente vacunal. Los cuidadores deben hacer un esfuerzo por verificar el estado vacunal y asegurar la vacunación contra todas las enfermedades, incluyendo la polio. En los casos en los que no se conozca el antecedente vacunal, se deben administrar 3 dosis de OPV a todos los menores de 5 años.¹

También se puede utilizar la vacuna inactivada contra la polio (IPV, por su nombre en inglés). IPV y OPV pueden ser administradas simultáneamente.

¹ Se debe consultar el esquema nacional de vacunación para definir el intervalo entre las dosis.

Nota: la OPV bivalente (bOPV) debe ser la vacuna de elección cuando hay riesgo alto ante un cVDPV tipo 1 o 3 o ante el riesgo elevado de un brote de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1, por sus siglas en inglés).

De acuerdo con el *Plan Estratégico para la Erradicación de la Polio 2013-2018*, la OPV trivalente (tOPV) fue retirada en 2016. Después de que fue retirada, la bOPV es la vacuna que se utiliza. La GPEI puede ser contactada para preguntar sobre la disponibilidad y la vacuna de elección.

ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA OPV

La vacunación de poblaciones desplazadas y refugiados puede hacerse utilizando diversas estrategias. Se debe aprovechar cada contacto con estas poblaciones para asegurar la vacunación. La vacunación contra la polio puede llevarse a cabo al momento del registro a su llegada. En caso de que no haya un registro, se deberán poner puestos de vacunación en puntos estratégicos en los lugares de llegada y tránsito. Además de las actividades antes mencionadas, deberá llevarse a cabo vigilancia activa de las parálisis flácidas (PFA) en la comunidad con el apoyo de trabajadores de salud locales.

Las campañas de vacunación suplementarias son una estrategia clave para asegurar la vacunación con OPV de la población en 3-7 días con el objetivo de reforzar la inmunidad poblacional. Cuando se sospecha o se confirma un brote de polio, o ante la llegada repentina de poblaciones vulnerables, las campañas deben priorizarse como la estrategia más efectiva para lograr una rápida protección de la población. Campañas consecutivas, con un intervalo de 3-4 semanas, sirven para administrar múltiples dosis. En lugares de alto riesgo, se pueden llevar a cabo las campañas con un intervalo más corto de 7-14 días. Es más fácil administrar OPV en las campañas, pero también se puede utilizar IPV cuando la situación lo requiera. La administración simultánea con otras vacunas (como SR) es también posible. Las campañas también pueden servir como una plataforma efectiva para aumentar la vigilancia epidemiológica, incluyendo la búsqueda de casos de PFA. La transmisión de mensajes de promoción de la salud, la administración de vitamina A y antiparasitarios, el tamizaje nutricional y la entrega de mosquiteros son algunas acciones que pueden implementarse durante las campañas de polio.

La provisión de inmunizaciones de rutina debe establecerse dentro del marco de los programas de atención primaria.

INDICADORES DE DESEMPEÑO

Vacunación contra la polio al momento de la llegada: El número de niños y niñas que son vacunados debe ser comparado con el número de menores registrados diariamente para monitorear la cobertura de vacunación.

Vacunación de rutina: Los carnés de vacunación deben ser verificados y completados o entregados de ser necesario. Generalmente se debe alcanzar una cobertura de al menos 90% con 3 dosis de vacuna contra la polio, pero en estos escenarios, como los campos de refugiados, es preferible alcanzar una cobertura de al menos el 95%. Se deben preparar reportes por área/campo y compartirse con las autoridades correspondientes de forma semanal.

Campañas de vacunación masiva: De acuerdo con los lineamientos de la GPEI para el monitoreo independiente, las campañas deben ser monitoreadas de forma independiente y se debe procurar que el número de niños no vacunados sea menor al 5% en cada una de las campañas y que los resultados del monitoreo se tengan en un tiempo máximo de 14 días. Un informe detallado de la campaña con el número de niños y niñas vacunados por área/campo y el número de dosis aplicadas debe ser preparado y compartido con las autoridades correspondientes.