

Alerta de poliomelitis, una enfermedad que creíamos erradicada

Autor

Dr. José Marcó del Pont

Sección Infectología
Departamento de Pediatría
Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia Dr. José Marcó del Pont ♦ e-mail: jose.marco@hospitalitaliano.org.ar

Desde 1991, en Perú, no se han reportado casos de Poliomielitis por virus salvaje en América. En nuestro país, como resultado de adecuadas campañas de vacunación y control, el último fue en 1984. A partir de ese momento, se reportaron algunos casos de Parálisis Aguda Fláccida asociada al virus vaccinal; por lo tanto, algunos países con adecuadas tasas de cobertura modificaron su esquema de vacunación, utilizando para ello la vacuna Salk (inactivada).

Los planes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000 en favor de la erradicación de Polio en el mundo han fracasado. Actualmente, estamos libres de poliomielitis en nuestro país, pero corremos el riesgo de importar el virus salvaje a nuestra región.

Hay países en donde la poliomielitis sigue siendo una enfermedad endémica y continúan reportándose casos, como Nigeria, India, Pakistán y Afganistán.

Recientemente, la OMS confirmó que se ha registrado un brote de poliomielitis en el norte de Nigeria y que hay fuertes indicios de que se ha empezado a diseminar hacia los países vecinos. Comparado con 2007, este año se han multiplicado por nueve los casos de polio causados por el poliovirus tipo 1 salvaje (WPV1) en Nigeria, donde se encuentra el 86% de los casos de la enfermedad producidos por esa cepa.

Según la OMS, el nuevo brote se debe a que uno de cada cinco niños no ha sido vacunado contra la enfermedad en áreas de alto riesgo.

Ante esta situación, el Programa para la Erradicación de la Poliomielitis dependiente de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación ha enviado un alerta relacionado con la información recibida sobre nuevos casos de polio. (Boletín: 24/06/2008)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó este fin de semana que se ha registrado un brote de poliomielitis en el norte de Nigeria y advirtió que hay señales indicadoras de que se ha empezado a diseminar hacia los países vecinos.

Si no se detiene de inmediato, añadió el organismo de Naciones Unidas, existe el riesgo potencial de una epidemia internacional como la ocurrida de 2003 a 2006, que afectó a 20 países. La OMS señaló que, comparado con 2007, este año se han multiplicado por nueve los casos nuevos de polio causados por el poliovirus tipo 1 salvaje (WPV1) en Nigeria, donde se encuentra el 86% de los casos de la enfermedad producidos por esa cepa.

Tras presentarse en el norte nigeriano, se han identificado recientemente enfermos por el WPV1 en Benín y el occidente de Nigeria, un patrón semejante al observado durante la epidemia de 2003-2006, que afectó a 1.475 personas y llegó hasta Indonesia y Yemen.

Según la OMS, el nuevo brote se debe a que uno de cada cinco niños no ha sido vacunado contra la enfermedad en áreas de alto riesgo.

Las autoridades nigerianas planean lanzar campañas de vacunación en julio y agosto. Benín, Burkina Faso, Mali y Níger, por su parte, han anunciado que emprenderán campañas semejantes.

En 2003, el brote de polio surgido en Nigeria se extendió a los países vecinos de Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Ghana, Níger, Nigeria y Togo; requirió una campaña inmediata y masiva de inmunización en cinco de estos países en África Oeste y Central, llevada a la práctica por centenares de miles de voluntarios y trabajadores sanitarios con un costo superior a los diez millones de dólares.

A partir de 2003, se ha diseminado una epidemia de poliomielitis desde Nigeria (África) hacia varios países de la región que estaban libres de la enfermedad, y ha salido del continente africano, afectando a Arabia Saudita, Yemen e Indonesia.

Desde noviembre de 2002, en el marco de la erradicación de la poliomielitis a nivel mundial, se realiza un inventario de laboratorios con material infectante o potencialmente infectante con poliovirus, para contener el poliovirus salvaje en estas dependencias y minimizar el riesgo de reintroducción de la enfermedad desde los laboratorios a la comunidad cuando se deje de vacunar contra la poliomielitis.

Fuentes:

- ♦ <http://www.promedmail.org>
- ♦ Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas <http://www.isid.org> Fecha: 23 de junio, 2008.
- ♦ Afrol News <http://www.afrol.com/es/articulos/29503>

Notificación de casos de parálisis agudas fláccidas

Hoy sabemos que para erradicar la poliomielitis es necesario tener una adecuada tasa de cobertura vaccinal,

que supere el 95% de los niños, y programas de evaluación y notificación epidemiológica sobre los casos de Parálisis Agudas Flácidas (PAF).

La definición de caso de **PAF** incluye a cualquier **paciente menor de 15 años** que presente **debilidad o parálisis focal** caracterizada como **flácida** (reducción del tono muscular) y que no tenga otra causa evidente (por ejemplo, traumatismo).

La vigilancia de las PAF es importante para:

- ◆ Evitar la aparición de casos de polio importados de áreas endémicas (por ejemplo: la epidemia en África, por cese de la vacunación o bajas tasas de cobertura).
- ◆ Detectar aquellos casos de parálisis asociados a la vacuna Sabin
- ◆ Vigilar la aparición de virus derivados de la vacuna Sabin

El virus polio vaccinal puede mutar hacia un fenotipo virulento y causar también PAF. Si esto se combina con bajas tasas de cobertura, puede generar la aparición de un brote de poliomielitis, como ha ocurrido en Haití y Santo Domingo en 2001, así como en Egipto, Japón, Filipinas y Madagascar.

Ante la sospecha de PFA debemos:

- ◆ Notificar todos los casos de PAF*
- ◆ Tomar muestras de materia fecal para estudio dentro de los 15 días**
- ◆ Completar la ficha de denuncia epidemiológica
- ◆ Controlar el foco: completando esquemas con vacuna Sabin

- ◆ Investigar otros casos en el área
- ◆ Efectuar el seguimiento del caso y evaluación a los 60 días

Las pruebas analíticas específicas de la polio recomendadas por la OMS siguen siendo vitales para la evaluación y documentación de todos los casos, incluidos aquellos en los que no se esté considerando la poliomielitis como un posible diagnóstico. Asimismo, mediante la investigación virológica temprana de heces o de otras muestras clínicas se pueden investigar otros virus, fuera del poliovirus, también causantes de PAF. Es importante notificar el estado del paciente en el seguimiento a los 60 días para verificar o descartar una parálisis residual, y debería alcanzar el objetivo de vigilancia de la OMS del 80%.

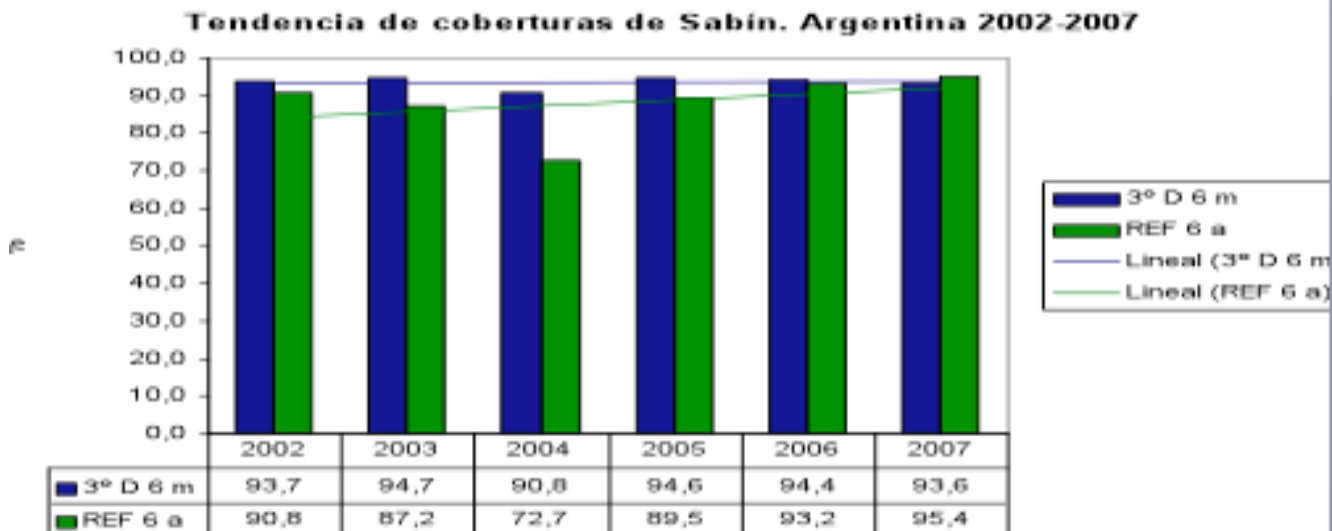
*Notificación: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación direpi@msal.gov.ar 4379-9237

En la Ciudad de Buenos Aires al Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología TE: 4323-9028 / 4323-9000 (3028) FAX (3309) rforlenza@buenosaires.gov.ar o jchaui@buenosaires.gov.ar

** Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Neurovirosis. Dra. Cecilia Freire. Av. Vélez Sarsfield 563, Buenos Aires. TE: 4303-2382/2817.

¿Cuál es hoy la situación en nuestro país ?

Según datos reportados por el Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina a través del Programa Nacional de Salud (COFESA), en Buenos Aires, en Mayo del 2008, las tasas de cobertura fueron:



Para Vacuna Sabin: tendencia de cobertura

Propuestas del Taller realizado por el Ministerio de Salud:

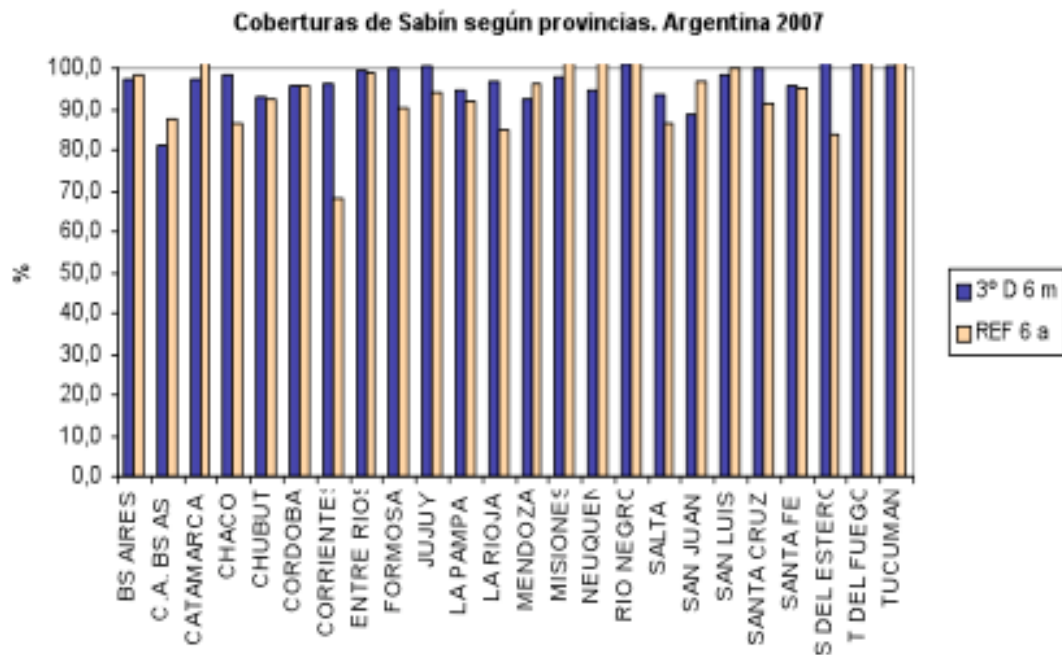
1. Control biológico y cadena de frío: continuar garantizándolos
2. Comunicación social: iniciar una campaña
3. Sensibilización médica: impartir talleres-ateneos a través de Maternidad e Infancia y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).
4. Búsqueda activa poblacional: impartir cursos de actualización para agentes sanitarios. Fomentar el trabajo en terreno de los asistentes sociales.

Situación actual y desafío

Como podemos ver, en nuestro país, las tasas de cobertura no son parejas: hay regiones con coberturas regulares o no satisfactorias, lo que significa un riesgo potencial. Ya hemos tenido experiencia en Argentina con los brotes de tos convulsa, de una alta morbimortalidad en niños menores de un año, siendo una de las principales causas las bajas tasas de cobertura. Creo imprescindible la rejerarquización de las vacunas por parte de los pediatras, así como la obtención de planes de cobertura que superen el 95 % de nuestros

niños. Logrado esto, debemos definir la mejor estrategia de vacunación en la elección del tipo de vacuna a utilizar en nuestro medio, de acuerdo con los riesgos y

beneficios de las diferentes vacunas con las que contamos actualmente.



Sabin: coberturas 2007 a nivel país

- Se considera una tasa de cobertura
- Óptima: cuando se supera el 95%
- Satisfactoria: 90 – 95 %
- Regular: 85 – 90 %
- No satisfactoria: < 85 %