

1988-00019A

INFORME FINAL

V REUNION GRUPO TECNICO ASESOR SOBRE
ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS

LIMA, PERU
26 -28 ENERO 1988

1. INTRODUCCION

Del 26 al 29 de enero de 1988, se realizó la quinta reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) del PAI, con la finalidad primordial de revisar los avances en el PAI en los países de la Región Andina y actualizar el conocimiento sobre los programas en los países que antes fueron objeto del análisis del GTA, tales como Brasil, México y los países de Centroamérica. Se aprovechó la reunión para revisar algunos estudios sobre casos de parálisis flácida que se llevaron a cabo en Paraguay y Chile. También se presentaron algunos estudios operacionales realizados en Costa Rica (encuesta de cojera en niños escolares) y Nicaragua (encuesta sobre oportunidades perdidas de vacunación). Además, se ha actualizado el conocimiento sobre algunas investigaciones que se están llevando a cabo en algunos países, tales como estudios de campo con la vacuna anti-poliomielítica con nuevas formulaciones, la vacuna acelular anti-pertussis, y la vacuna antisarampionosa de la cepa Edmonston-Zagreb.

Una parte importante de la reunión fué dedicada a la revisión de la situación actual de la red de laboratorios que apoyan el programa en los varios países. Estuvieron presentes en la reunión representantes de UNICEF, Rotary Internacional, AID y 70 participantes de nueve países, incluyendo los directores de los laboratorios de la red de referencia, funcionarios nacionales del PAI y funcionarios del PAI/OPS, de otros programas de la OPS y varios consultores a corto plazo que apoyan el desarrollo del programa a nivel regional y de país.

La reunión fue presidida por el Dr. Donald A. Henderson, presidente del GTA y tuvo como secretario al Dr. Ciro de Quadros. La Agenda y Lista de Participantes se encuentran en el Anexo I y II, respectivamente.

2. RESUMEN DE LOS INFORMES DE PAIS

BOLIVIA

En 1987 se notificaron 11 casos sospechosos, de los cuales se confirmaron cuatro. Los 7 casos descartados tuvieron los siguientes diagnósticos: genu traumático (1), polirradiculoneuritis post varicela (1), síndrome de Guillain-Barré (3), evolución favorable sin otro diagnóstico (2).

Se tomaron muestras de heces de dos casos, una dió resultado negativo y en el otro no hay resultados.

La cobertura con OPV en menores de 1 año es de 28% para 1987.

COLOMBIA

Se notificaron 190 casos en 1987. De ellos, 55 fueron descartados y 81 confirmados, quedando 54 pendientes de clasificación final. El mayor

número de los casos confirmados se encuentra en los departamentos de la Costa Atlántica que tienen tasas de morbilidad aproximadamente cinco veces más alta que los departamentos de la Sierra.

El 16% de los casos confirmados en menores de cinco años habían recibido tres o más dosis de OPV y 43% no habían recibido ninguna dosis. El 58% de los casos fue confirmado por laboratorio (aislamiento y/o serología). El 3% se confirmó sólo por la presencia de secuelas.

Se aisló poliovirus tipo 1 en 26 casos; tipo 2 en un caso y tipo 3 en 12 casos.

En el 70% de los 55 casos descartados, se obtuvo el diagnóstico de descarte, incluyendo 12 casos de Síndrome de Guillain-Barré, de los cuales 7 eran menores de 5 años.

En 1987 se organizaron tres Jornadas Nacionales de Vacunación, en dos de ellas se aplicó sólo OPV. La cobertura con tercera dosis de OPV en menores de un año es de 82%.

ECUADOR

Durante 1987 se notificaron 29 casos, de los cuales 10 fueron confirmados como poliomiелitis parálitica. La provincia de Guayas fue la más afectada, con 9 casos, especialmente el área urbano-marginal de la ciudad de Guayaquil.

El grupo de edad de mayor incidencia constituyó el de menores de un año, en el que se alcanzó una cobertura de 47% con terceras dosis de OPV, con una tasa de abandono del 42% entre primeras y terceras dosis.

A partir de la semana epidemiológica 2, se notificaron 24 casos sospechosos. Todos fueron investigados, 21 fueron clasificados como probables y de estos se confirmaron 10.

Seis casos fueron confirmados por aislamiento o serología más secuela; uno por aislamiento o serología; uno por secuela; uno por nexo epidemiológico con otro caso; y uno por fallecimiento.

De los 7 casos confirmados por laboratorio (aislamiento viral en heces), 3 correspondieron a poliovirus tipo 1, 2 al tipo 2, y 2 al tipo 3.

El 30% de los casos recibió esquema de vacunación completo.

La investigación, en la mayoría de los casos, se efectuó dentro de las primeras 24 horas después de que fueron notificados, en cambio el período transcurrido entre el inicio de la parálisis y la atención en un establecimiento de salud fue bastante prolongado en muchos casos, llegando a observarse que va de cero hasta 32 días.

PERU

En 1987 se notificaron 79 casos de polio, el 37% fue descartado, el 48% confirmado y el 15% queda como probable.

El 80% de los casos notificados ocurrieron en el departamento de Lima que tiene 40% de la población del país. Los demás casos ocurrieron en todo el país.

Las coberturas de vacunación en menores de un año, en 1987 son aún más bajas (34%) que en 1986 (50%).

VENEZUELA

En 1987 se denunciaron 98 casos probables de poliomiелitis, de los cuales 35 fueron confirmados, 45 descartados y 18 casos están pendientes de su clasificación final.

Con la excepción de dos estados y un territorio, los casos ocurrieron por todo el territorio de Venezuela. El 37% había recibido tres o más dosis de OPV y el 22% ninguna.

Dieciocho casos fueron confirmados por tener secuelas 60 días después del inicio de la enfermedad, 13 casos tenían alguna confirmación por el laboratorio (aislamiento o serología). Todos los tipos de poliovirus circularon en el país (poliovirus tipo 1 en 4 casos, tipo 2 en 1 caso y tipo 3 en 4 casos).

El diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré fue el más frecuente entre los casos descartados (13 casos).

Aparentemente, según los datos administrativos, las coberturas con la tercera dosis de OPV en menores de un año está bajando y fue de 57% para 1986.

BRASIL

En 1987 se notificaron 690 casos en Brasil. Hasta la tercera semana de 1988, 282 (44,5%) de éstos habían sido confirmados. Cuando se comparan con 1986, estas cifras representan una reducción del 54% en el número de casos y el 57% en la incidencia. Quedan aún 96 (13,9%) casos pendientes de clasificación final, todos notificados después de la semana 44.

De los casos confirmados, el 67% corresponden a la región nordeste.

La investigación se realiza dentro de las 48 horas después de la notificación en el 83,3% de los casos.

El 61,6% de poliovirus aislado correspondió al tipo 3, 19,7% al tipo 1 y el 15,1% al tipo 2.

El 36,8% de los casos confirmados habían recibido dosis completas de vacuna. Los exámenes de laboratorio fueron utilizados como criterios de confirmación en sólo el 26,2% de los casos.

De los casos descartados, el 31,4% tuvieron diagnóstico de parálisis de Bell, el 16,8% de SGB y el 8,6% de otros enterovirus. El porcentaje restante tuvo otros diagnósticos.

Parálisis facial en Rio Grande do Norte:

El análisis de los datos provenientes de la vigilancia epidemiológica de la polio en Brasil mostró que la proporción de las notificaciones de parálisis aguda con cuadro clínico único de parálisis facial periférica (PFP) aumentó marcadamente en 1987 en comparación con 1986. Sin embargo, en Rio Grande do Norte (RN) dicha proporción llegó a un caso de PFP para cada caso de parálisis aguda sin compromiso facial notificado. Este fenómeno no se debe a una tasa selectiva incrementada de la notificación de casos de PFP en RN. Al contrario, las diferencias marcadas entre casos de PFP y casos confirmados de polio sin compromiso facial sugieren que ocurrió un brote de parálisis facial debido a causas distintas al poliovirus. En general, los casos de PFP tienen un promedio de 4,5 años y 3 dosis de vacuna antipoliomielítica de exceso en comparación con los casos confirmados de polio sin compromiso facial.

Aunque 58% de los casos de PFP informaron una historia de infecciones previas que se reconocen como asociadas con la parálisis facial, no se puede determinar si dichas infecciones tenían una relación causal con los casos de parálisis subsiguientes.

Los resultados del examen de laboratorio para los enterovirus de polio en los casos de PFP en RN, y del análisis ampliado de todos los casos de PFP reportados en Brasil en 1987, quedan pendientes.

GUATEMALA

El Ministerio de Salud informó de 43 casos de parálisis flácida durante 1987. De estos 43 casos, 16 fueron confirmados como polio, 21 fueron descartados y 6 fueron clasificados como probables. Para confirmar los 16 casos se usaron criterios clínicos y epidemiológicos, debido a que no se utilizaron técnicas de serología ni aislamiento de virus.

Las coberturas de vacunación permanecen muy bajas.

HONDURAS

En el país en 1987 han sido notificados 61 casos de parálisis flácida aguda, compatible con poliomyelitis, de los cuales han sido confirmados 5 casos: 3 con cultivo positivo (2 poliovirus tipo 1 y 1 poliovirus tipo 3), 1 por falta de seguimiento y 1 por deceso sin seguimiento.

Al momento de la reunión, 5 casos permanecen como probables y 51 descartados.

Las regiones del país que más notificaciones han realizado son las 3 y 4, que son las que también tienen menos cobertura de vacunación con OPV.

Se encontró que el 75% de los casos notificados habían recibido 3 ó más dosis, mientras que entre los confirmados fue 60%.

Se tomaron muestras en el 87% de las notificaciones, pero no existen condiciones para procesarlas.

MEXICO

México sigue extendiendo el sistema de vigilancia a todos los lugares de su territorio. Durante 1987 se notificaron 174 casos de parálisis flácida. De estos, 50 fueron confirmados como polio y 10 siguen clasificados como pendientes. De los 114 casos clasificados como descartados, 47 (41%) fueron identificados como Guillain-Barré. Veintiocho casos nunca recibieron diagnóstico final. Treintinueve casos fueron descartados por otras etiologías. Solamente en un caso de los 50 confirmados como polio se pudo aislar poliovirus. Estos datos indican que todavía existen problemas, especialmente en las áreas de manejo de muestras y el uso de diagnóstico de laboratorio para confirmar los casos. También es deficiente la investigación completa de los casos y su seguimiento.

CHILE

Durante el período de tiempo transcurrido entre el primero de enero y el 30 de noviembre de 1987, se notificaron un total de 64 casos de parálisis flácida.

El 67,8% de los casos tenía antecedentes de vacunación completa.

El 73,0% de los casos fue objeto de estudio viral, en el 70,3% se practicó estudio citoquímico-bacteriológico del líquido cefalorraquídeo y en un 15,6% se practicó estudio electromiográfico y medición de velocidades de conducción. Solamente se aislaron virus Echo y Coxsachie. En un caso se cuadruplicaron los títulos de poliovirus 3.

Nueve casos fallecieron y 5 fueron diagnosticados como Guillain-Barré. De acuerdo con los criterios que establece la Guía Práctica para la Erradicación de la Poliomiélitis, uno de los pacientes fallecidos, al cual sólo se pudo evaluar clínicamente, correspondería a lo que se ha definido como caso confirmado de poliomiélitis mientras no se termine la investigación de los casos de parálisis flácida del año 1987.

Se evaluaron las coberturas de vacunación al nivel de cada comuna del país. Para 1986, de las 335 comunas del país, 100 (29,9%) tienen coberturas bajo 80% para tercera dosis de DPT y Polio y 140 (41,8%) tenían coberturas menores del 90% para antisarampionosa. Para el primer semestre de 1987, 31 comunas (9,3%) y 150 (44,8%) tienen coberturas bajas respectivamente para tercera dosis de DPT - Polio y antisarampionosa.

En 1986, solamente 1,5% de la población total de menores de un año no completaron el esquema de vacunación con DPT-OPV. Se observa que en la tercera región del país existe un cúmulo concentrado de susceptibles, situación que debe orientar a nuevas estrategias en dicho servicio de salud.

PARAGUAY

Se realizó un estudio retrospectivo nacional de parálisis aguda fláccida en menores de 15 años, de enero 1986 a julio 1987. Se identificaron y localizaron 13 casos probables de polio, de los cuales 10 casos quedaron con diagnóstico de GBS, dos con neuropatía post-infecciosa y uno con parálisis facial de Bell.

El análisis de cobertura vacunal reveló que 71,5% de los 225 distritos del país cuentan con coberturas de vacunación anti-poliomielítica en menores de cuatro años superiores al 90%.

3. RESUMEN DE LOS INFORMES DE LOS LABORATORIOS DE REFERENCIA

Argentina

El Laboratorio de Referencia de Argentina, Departamento Virus del Instituto Nacional de Microbiología Carlos G. Malbrán recibe muestras de diferentes provincias argentinas y a partir de Octubre de 1987 comenzó a recibir muestras de Paraguay.

Durante 1986 se recibieron muestras de 13 pacientes con parálisis fláccida aguda, ninguno de los cuales fue confirmado como polio. En todos los casos se recibió muestra de materia fecal, no obteniéndose aislamiento de poliovirus en ninguno de ellos. Sólo tres casos enviaron segunda muestra de suero, presentando títulos estables para poliovirus por neutralización.

Se aisló coxsackie B5 en materia fecal en un caso.

Durante 1987 se recibieron muestras de 21 pacientes de los cuales 6 correspondieron a Paraguay.

Se recibieron 15 muestras de materia fecal, aislándose poliovirus tipo 1 en un caso confirmado por la clínica y correspondiente a la Provincia de Buenos Aires.

Se estudiaron 8 pares de suero por neutralización, 6 con títulos estables, 1 con movilización de títulos para polio 1 y 2 correspondiente al caso confirmado y 1 con resultados discrepantes por contaminación de los sueros.

Brasil

El Departamento de Virología del Instituto Oswaldo Cruz de Río de Janeiro actúa como centro nacional de referencia para enterovirus, colaborando en la mantención de la Red Nacional de Diagnóstico de Poliomiélitis, que incluye a ocho laboratorios.

En 1986 se analizaron 478 muestras de heces y se aislaron 198 muestras de poliovirus (56 tipo 1, 16 tipo 2 y 126 tipo 3), lo que constituye un 41,3% de aislamiento. En 1987 se aislaron 134 muestras de poliovirus (17 tipo 1, 13 tipo 2 y 53 tipo 3), un 38,1% de aislamiento.

En 1986, se examinaron 283 muestras pareadas de los casos confirmados y se obtuvo un 55,9% de seroconversión. En 1987 hubo un 47,5% de seroconversión a partir del estudio de 156 muestras pareadas. Esto indica una clara diferencia en la tasa de conversión cuando las muestras fueron recolectadas dentro de los plazos ideales o fuera de ellos.

También se examinaron 23 muestras de pacientes enviadas desde Bolivia, Paraguay y Perú. Se aislaron 3 muestras de polio 3 y una de polio 1 de un total de 10 muestras de heces.

Las muestras aisladas en el país a partir de 1985, fueron a través de anticuerpos monoclonales, y por sondas a partir de septiembre de 1987. Con los dos métodos, se examinaron cerca de 480 y 120 muestras, respectivamente. En general se obtuvo buena concordancia, excepto para el tipo 2, donde hubieron resultados discordantes.

CAREC

Se hizo el diagnóstico de polio como parte de los servicios de virología prestados a los 18 países de habla inglesa del Caribe y Suriname, miembros del CAREC. Como parte de este programa también se extiende el servicio de diagnóstico a la República Dominicana y Haití, que son los únicos países que han notificado casos de polio en 1987.

Se analizaron muestras de 11 casos sospechosos de Suriname. Dos de ellos mostraron títulos de anticuerpos de 1/320 para polio 1 en los sueros de la fase aguda y la fase convalescente. No se aisló polio. También se analizaron 22 sueros pareados y 19 sueros únicos de contactos u otros casos de enfermedad del sistema nervioso central. Seis de los pareados y cinco de los únicos mostraron títulos neutralizantes de 1/320 para polio 1 y uno de un niño de 4 años con meningoencefalitis mostró títulos de

1/640 en tres muestras de suero. Haití envió muestras de 9 casos provenientes de una escuela para niños discapacitados que habían sido diagnosticados en 1985 y 1986. Las muestras de suero enviadas en 1987 produjeron altos títulos para polio 1 en 7 casos. Los otros dos casos ocurrieron en noviembre de 1987 y se obtuvieron títulos altos de polio 1 y polio 2 de las muestras de uno de ellos.

También se aislaron poliovirus en casos que no habían sido diagnosticados como polio, 8 de tipo 1, 2 de tipo 2 y 2 de tipo 3 de niños con enfermedad respiratoria o gastroenteritis.

Se aislaron echovirus, virus coxsackie A y B, adenovirus y virus de la parotiditis de casos diagnosticados con enfermedad del sistema nervioso central provenientes de Barbados, Jamaica, Suriname y Trinidad.

Colombia

El Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud de Bogotá, entre enero 1984 y diciembre 1987 confirmó 103/539 casos de poliomiелitis paralítica como causados por poliovirus 1 (50), poliovirus 2 (17), poliovirus 3 (28) e infección indeterminada por poliovirus (8).

Se ilustraron algunos de los casos confirmados y se planteó el fenómeno de conversiones serológicas inespecíficas. Se mostraron los resultados de la diferenciación intratípica de cepas utilizando un grupo de anticuerpos monoclonales preparados en el Instituto Pasteur de Paris y se discutió el nivel de desprotección a los poliovirus de los casos probables estudiados en el laboratorio. En 1987 se diagnosticaron 39/192 casos lo cual representa el 48% de eficiencia en la confirmación de poliomiелitis paralítica.

Por otra parte se aislaron 5 cepas de virus no polio que están en proceso de identificación.

INCAP

Durante 1987, el laboratorio "Dr. Leonardo Mata" del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), recibió de OPS la totalidad de suministros y la mayoría del equipo de laboratorio solicitados inicialmente. El técnico de laboratorio aún no ha sido asignado por parte del Ministerio y dos funcionarios del INCAP participaron en el Curso sobre Tecnología de Sondas de ADN, realizado en el CDC/Atlanta en Agosto 1987.

Se proporcionaron histocultivos, medios de cultivo y otros reactivos a los laboratorios del Departamento de Epidemiología e Higiene de Nicaragua.

Se recibieron visitas de El Salvador para actualizarse en los aspectos de diagnóstico de poliomielitis. Se recibieron muestras de heces y sueros pareados de 33 pacientes de Guatemala y de 21 pacientes de El Salvador.

México

Durante el período de 1986-1987, el Departamento de Virología del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de la Ciudad de México, recibió muestras de 105 casos ocurridos en 1986 y de 126 casos ocurridos en 1987, que hacen un total de 231 casos estudiados.

En 1986 hubo 10 aislamientos virales de casos provenientes de 8 estados entre los que se encuentran el Distrito Federal, Jalisco y Chiapas entre otros. El serotipo predominante fue el 1, con 5 aislamientos. En dos casos se recuperó el serotipo 2 y en un caso el serotipo 3.

Para 1987, únicamente se recuperó un aislamiento de serotipo 2, en un caso que ya cursaba franca recuperación y que recibió vacuna oral trivalente cinco días antes a la toma de una muestra de materia fecal que fue remitida al laboratorio.

Por serología se encontraron resultados positivos en 22 casos con predominio de respuesta hacia el serotipo 1 en 10 de ellos. Para 1987 se encontró seropositividad en tres casos.

4. RESUMEN DE ALGUNOS ESTUDIOS PRESENTADOS

Estudios de campo con la OPV

El programa ampliado de inmunizaciones ha continuado los estudios acerca de la mejor formulación posible para la TOPV en áreas tropicales, como una respuesta al estudio clínico realizado en Pernambuco, Brasil, en agosto de 1986 (ver resumen de la 4ta reunión del GTA, Guatemala).

A principios de 1988 se hará la selección aleatoria de 3.000 recién nacidos en el nordeste de Brasil, en Gambia, y en Indonesia. Estos niños recibirán cuatro dosis de TOPV con diferentes concentraciones de polio virus, tipos 1, 2 y 3. Se evaluarán cuatro vacunas diferentes y se estudiará la respuesta serológica a cada dosis. En la próxima reunión del GTA se presentarán los resultados preliminares del estudio.

Oportunidades perdidas: Estudio de caso en Nicaragua

Para estimar las oportunidades perdidas de vacunación en niños de 1 a 35 meses de edad que acuden a unidades de salud de primer nivel y determinar las causas de no aplicación de los biológicos se realizaron 12 encuestas en 6 regiones del país. Entre los 3.276 niños encuestados se deberían

haber aplicado 2.590 dosis de vacuna, de las cuales se aplicaron efectivamente 887 (34%) perdiéndose la oportunidad de administrar 1,703 (66%). Las causas más frecuentes de no vacunación fueron, falta de vacuna (37%), no haber determinado la necesidad de vacunas (31%) y enfermedad (19%). Los resultados se presentaron y discutieron con el personal de salud a nivel local y regional para identificar e implementar las medidas correctivas más oportunas.

Encuesta de cojera en Costa Rica

En Costa Rica el último caso de poliomiелitis fue reportado en 1973. Para tratar de confirmar la no existencia de secuelas de poliomiелitis se propuso desarrollar en las escuelas primarias urbanas del país una encuesta de cojera, utilizando el protocolo desarrollado por la OMS (EPI/79/GEN1 y EPI/GAG/83/WP.10).

A partir de un listado de todas las escuelas primarias del país se seleccionó una muestra de 40 escuelas representativas de las 269 del país (15%, abarcando 35.631 niños o 22% de todos los niños escolarizados en las escuelas primarias.

Se encontró 79 niños con cojera y se pudo concluir, desde el punto de vista de la historia y del examen clínico, que en ningún caso eran secuelas compatibles con poliomiелitis. En el 82% de los casos la etiología de la cojera era atribuible a enfermedades congénitas, 12% a traumatismo, 1% a proceso tumoral y en 5% se encontró otro diagnóstico. La totalidad de estos casos tenían un esquema completo de vacunación y habían sido debidamente estudiados y rehabilitados en el Hospital Nacional del Niño y en el Centro Nacional de Rehabilitación.

No se encontró niños con cojera que habían desertado o en la comunidad a través de preguntas en la comunidad.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se han hecho avances considerables desde que los países de las Américas resolvieron erradicar la poliomiелitis del hemisferio para 1990, y aún desde la última Reunión del GTA, realizada en Antigua, Guatemala en abril de 1987. Muchos países han mejorado la calidad de sus sistemas de información. La cobertura con OPV alcanzó el 81% en 1986. A pesar del aumento en las actividades de vigilancia, el número de casos de poliomiелitis paralítica notificados en la Región, decreció en 1987 comparado con 1986. Aunque el número de casos notificados aumentó en 1987 en muchos países, el aumento no es inesperado, dada la intensificación de la vigilancia. Siguiendo las recomendaciones del GTA, 13 países planearon y llevaron a cabo Jornadas Nacionales de Vacunación en 1987, con el propósito de mejorar las coberturas. Todos los países han desarrollado Planes Nacionales de Acción para el PAI que cubren el quinquenio de 1987 a 1991.

Muchos países parecen haber alcanzado el nivel de compromiso y el interés consistentes con alcanzar la meta de erradicación para 1990. Sin embargo, no todos los países demuestran dicho compromiso y ciertos elementos críticos del programa no han sido incorporados. El GTA está especialmente preocupado de que el área de laboratorios no ha jugado el papel importante que debiera tener en la confirmación oportuna de los casos de polio. El personal de campo debe asumir una gran parte de la responsabilidad de esto. Casi todos los aspectos del diagnóstico de laboratorio tienen problemas, desde la toma de muestras, hasta su procesamiento e interpretación. En muchos casos, ha pasado demasiado tiempo entre el inicio de síntomas y la toma de muestras. Demasiadas muestras no han sido preservadas en forma adecuada y han habido muchos retrasos entre la toma y la llegada al laboratorio. Existen fallas en la comunicación entre los epidemiólogos y el personal de laboratorio que han llevado al manejo inadecuado de las muestras y a fallas en la entrega de la información clínica necesaria para que los resultados puedan ser interpretados en forma adecuada. El GTA también manifiesta preocupación de que el programa no tiene una disponibilidad universal de apoyo de laboratorio de alto nivel y lamenta que la meta establecida en su última reunión, de que todas las muestras fuesen procesadas oportunamente por una red de laboratorios confiables y totalmente equipados para fines de 1987, no haya sido alcanzada. Las muestras han sido procesadas por una diversidad de laboratorios que están fuera de la red, entre los que se incluyen algunos de calidad cuestionable. Han habido demoras en la notificación de los resultados por parte de los laboratorios que han impedido que los diagnósticos fuesen hechos oportunamente. Este problema surgió, en parte, debido a que los laboratorios no se concentraron en determinar la presencia o ausencia del poliovirus o la infección. Se espera que muchos de los problemas mencionados sean resueltos una vez que la red entre en operaciones en un futuro cercano.

Quedan menos de dos años para la fecha establecida como meta para la erradicación de la polio. Cada país debe evaluar el estado actual de su programa para poder determinar los cambios que deben ser hechos para acelerar el progreso hacia esa meta. La estrategia de erradicación aún tiene los mismos componentes:

- 1) alcanzar y mantener niveles altos de cobertura de vacunación;
- 2) realizar vigilancia intensiva y llevar a cabo investigación activa de los casos; y,
- 3) efectuar bloqueos agresivos.

En cuanto a alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación, el Plan de Acción para la Erradicación de la Polio de las Américas para 1990 establece que aquellos países que permanecen infectados por el virus de la polio, debieran, en forma rutinaria, llevar a cabo Jornadas Nacionales de Vacunación con OPV, por lo menos dos veces al año para asegurar

incrementos rápidos en la cobertura y la interrupción de la transmisión de polio. Es más, la utilización de las Jornadas, que es la clave para la erradicación y la aceleración del programa debiera incluir la administración de las vacunas DPT, antisarampionosa y el toxoide tetánico para que no se pierda la oportunidad de aumentar la cobertura general del PAI.

El éxito de las Jornadas para interrumpir la transmisión de polio y aumentar la cobertura del PAI requerirá una intensiva planificación de la logística y un fuerte componente de movilización social que sólo será productiva si se trata de un esfuerzo nacional. Finalmente, la decisión de descontinuar estas Jornadas deberá ser tomada sólo cuando la infraestructura de salud básica sea capaz de mantener el mismo nivel de cobertura del PAI y el estado "libre de polio". Estas políticas y estrategias han sido endosadas en reuniones previas del GAT y más recientemente por el CCI en su Comunicado Conjunto de Octubre 1987.

Los informes presentados por los países de la Región Andina durante esta reunión ilustran la necesidad de acelerar el programa. Por ejemplo, mientras Bolivia, Ecuador y Perú han realizado algunos progresos en la vigilancia de la polio, la cobertura de vacunación permanece baja y sus programas, especialmente en el Perú, necesitarán reforzar las actividades hacia el aumento de las coberturas dentro de las estrategias epidemiológicas descritas.

El cumplimiento exitoso de la estrategia de erradicación también requerirá que los sistemas de información se refuercen de manera tal que los problemas del programa puedan ser identificados en forma continua, que se puedan formular y llevar a cabo soluciones, y evaluar los resultados. Se deben estudiar las limitaciones del programa en forma detallada con el objetivo de eliminarlas.

Este enfoque de solución de problemas debe emplearse con los tres componentes de la estrategia. Se deberán realizar esfuerzos para determinar quién no está siendo vacunado y por qué. La cobertura deberá medirse a nivel de municipio, parroquia y distrito, con el objetivo de identificar núcleos de susceptibles que serán objeto de programas de vacunación especiales. El impacto de las oportunidades perdidas (falla en dar vacuna a un niño elegible en el momento en que interactúa con el servicio de salud) puede usarse para convencer a los trabajadores de salud que cambien las prácticas y ofrezcan las vacunas en cada oportunidad que se presente a todos aquellos que las necesiten.

Cada caso confirmado de polio debe verse como una falla del programa. Los datos sobre los casos deben analizarse para determinar por qué ocurrieron, si representan fallas en la administración de vacuna (los vacunados o los parcialmente vacunados) o fallas de la vacuna (los vacunados adecuadamente). La evaluación de los casos en no vacunados o

parcialmente vacunados debiera concentrarse en la identificación de medios para mejorar la cobertura, mientras que la evaluación de casos en vacunados debiera hacer énfasis en la eliminación de los factores de riesgo para fallas de la vacuna, como por ejemplo, las deficiencias en la cadena de frío.

Se debe evaluar la calidad del sistema de información. A medida que aumentan los niveles de cobertura, la incidencia de polio debiera disminuir. Si no se observa dicha relación, se debe cuestionar la validez de los datos de cobertura y de vigilancia.

Muchas de las recomendaciones que se han hecho y que se hacen a continuación ya fueron enunciadas en informes anteriores del GTA. Sin embargo, pueden ser repetidas porque siguen siendo componentes fundamentales del esfuerzo de erradicación de polio y porque muchas de ellas aún no han sido cumplidas.

1. Estrategia y Cobertura de Inmunización

a. Las Jornadas Nacionales de Vacunación con OPV deben ser adoptadas por todos aquellos países clasificados como infectados o bajo riesgo de ser infectados. Es la estrategia más rápida y efectiva para interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje.

b. Las Jornadas deben incluir la administración de las vacunas DPT y antisarampiñosa y el toxoide tetánico para las mujeres en edad fértil, a modo de obtener el máximo beneficio de los recursos invertidos. Se deben realizar todos los esfuerzos necesarios para asegurarse que las Jornadas ayuden a reforzar todo el PAI y conduzcan al desarrollo de servicios de inmunización permanentes.

c. Es de especial interés la ocurrencia continuada de casos en las áreas periurbanas de muchos países. Es indiscutible que estas áreas constituyen reservorios de infección desde donde la enfermedad se transmite a las áreas rurales. Se deben realizar campañas de vacunación intensivas dirigidas especialmente a estas áreas.

d. Se debe aprovechar cada oportunidad posible para vacunar a los niños y ofrecerse vacunación a cada niño durante cada contacto con el personal de salud.

2. Vigilancia e Investigación. La vigilancia es el elemento más importante del control de enfermedades y la erradicación y debe continuar teniendo la más alta prioridad. Las mejoras en la calidad y cantidad de información para la vigilancia son considerables, sin embargo, son pocos los países que cuentan con sistemas adecuados.

a. Se deben diseñar sistemas de vigilancia que tengan la capacidad de obtener información semanal desde todos los puestos de salud (incluyendo hospitales y centros de rehabilitación), donde se puedan

atender casos de polio. Se debe exigir que cada unidad notifique semanalmente aún cuando no hayan casos que notificar. Para evaluar el cumplimiento se debe mantener un listado de las localidades que deben informar. Esta red de notificación, que debe incluir tanto instituciones públicas como privadas, debiera estar funcionando para fines de 1988.

b. Las definiciones y clasificaciones de casos desarrolladas por el GTA debieran ser usadas en todos los países, tanto par la vigilancia como para la notificación. Se deben usar criterios uniformes en la confirmación de casos. El GTA sigue recomendando las siguientes definiciones de casos confirmados de polio:

1. Todos los casos de parálisis fláccida aguda que tengan confirmación de laboratorio.

2. Todos los casos de parálisis fláccida aguda que presenten parálisis residual a los 60 días y que no tengan otro diagnóstico específico. Todos los casos que ocurran en menores de 15 años de edad que hayan sido diagnosticados como Síndrome de Guillain-Barré y que presenten parálisis fláccida residual a los 60 días, debieran ser clasificados como casos confirmados.

3. Todos aquellos casos de parálisis fláccida aguda a los que no se les pueda efectuar seguimiento o fallezcan en un plazo de 60 días después del inicio, deberán ser clasificados como casos confirmados.

d. Casos de parálisis facial aislada no deben ser incluidos en la lista de casos sospechosos de polio que requieren investigación intensiva. Un estudio reciente demuestra que una mayoría considerable de los casos de parálisis facial aislada, no se deben a poliovirus. El GAT piensa que los beneficios que puedan resultar de la investigación de muchos casos de parálisis facial para encontrar unos pocos casos de polio, no justifican la inversión de recursos requerida. Se deben concentrar todos los esfuerzos en aspectos más prioritarios del programa que incluyan la investigación de casos de parálisis fláccida generalizada.

e. Se deben realizar actividades de bloqueo después de la clasificación preliminar y no se debe esperar hasta la evaluación final.

f. La clasificación final de los casos debe ser hecha en un período que no supere las diez semanas a partir del inicio de síntomas.

g. Se reconoce que el diagnóstico diferencial de polio basado en aspectos clínicos es complejo, especialmente cuando se trata de diferenciar polio de SGB. Este problema puede reducirse con la notificación e investigación inmediata de todos los casos

sospechosos. La mayoría de los casos de polio pueden confirmarse si las muestras de laboratorio son tomadas en forma adecuada y oportuna. Las muestras de laboratorio deben preservarse y transportarse adecuadamente. La cadena de frío es tan importante para las muestras de laboratorio como para las vacunas.

h. Las dificultades que se han presentado en la diferenciación de polio y SCB señalan la necesidad de realizar estudios prospectivos de las características clínicas y epidemiológicas de ambos, que tengan el objetivo de desarrollar una definición de casos de polio más específica a la vez que se mantenga la sensibilidad de esta definición. La evaluación prospectiva es de suma importancia y ayudará a mejorar la toma de historias clínicas, de muestras de laboratorio y de otras pruebas diagnósticas como estudios de conducción y EMGs. Estos datos permitirán que se comparen las características de los casos que se confirman por laboratorio y los que no se confirman a pesar de que las muestras fueron tomadas durante el plazo recomendado. El protocolo de este estudio deberá ser elaborado con mucho cuidado, ya que es de suma importancia para el proyecto de erradicación, y deberá ser revisado por expertos en el diagnóstico diferencial de polio. La responsabilidad del estudio ha sido asignada al Grupo de Asunción (Brasil, Bolivia, Uruguay, Argentina y Chile). Se espera que los resultados puedan ser discutidos en la próxima reunión del GTA.

3. Apoyo de los laboratorios. Los laboratorios tienen un papel fundamental en el esfuerzo de erradicación de polio. El procesamiento rápido de las muestras y la entrega oportuna de los resultados a los epidemiólogos y otro personal de salud son componentes esenciales de las actividades de vigilancia y bloqueo.

a. Se deben realizar especiales esfuerzos para asegurar que la red de laboratorios esté funcionando para marzo de 1988, para lo que se requieren laboratorios completamente equipados y confiables. El estado actual debe ser evaluado y se deben eliminar o agregar laboratorios a la red, según sea necesario. Los problemas administrativos existentes deben ser resueltos a la brevedad posible.

b. Se exige un alto nivel de calidad y confiabilidad de parte de los laboratorios de la red. Los laboratorios deben evaluarse periódicamente; para esto se les deben enviar, usando un método ciego, muestras especialmente codificadas preparadas para dar títulos específicos. Se deben hacer pruebas similares para aislamiento de virus.

c. Si los laboratorios nacionales van a seguir trabajando con poliovirus, aún cuando la red esté operando, deben enviar al laboratorio de referencia duplicados de todas las muestras que analicen.

d. Antes de marzo de 1988, se deben haber hecho todos los arreglos necesarios para el manejo y envío adecuado de las muestras, inclusive los arreglos financieros para su envío.

e. Se deben realizar reuniones periódicas entre los epidemiólogos y el personal de los laboratorios como una forma de asegurar el cumplimiento eficiente de todos los pasos que deben seguirse entre la toma de las muestras y la notificación de los resultados y como mecanismo para integrar la experiencia en diagnóstico de los laboratoristas y los epidemiólogos y establecer la presencia o ausencia de polio.

f. La prioridad principal de los laboratorios de la red es determinar si la enfermedad que se está evaluando se confirma como polio o no. Cualquier estudio posterior para determinar la etiología si el caso no se confirma, es de baja prioridad.

4. Formulación de la vacuna antipoliomielítica. Los resultados preliminares de estudios realizados en el Brasil, sugieren que la seroconversión a poliovirus tipo 3 de la vacuna OPV trivalente es baja, y que esta tasa baja puede deberse a la poca cantidad del componente tipo 3 (300.000 TCID₅₀) que tienen algunas vacunas. La seroconversión baja se compensó, en parte, aumentando la concentración del tipo 3 a 600.000 TCID₅₀. El GTA recomienda que, tan pronto como sea posible, todas las compras de OPV trivalente para el programa contengan aproximadamente 600.000 TCID₅₀ del componente tipo 3, para que se mejoren las tasas de seroconversión en otros países.

