



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

PAI/GAT/87/010

1987-00013A

CUARTA REUNION DEL GRUPO ASESOR TECNICO (GAT) DEL PAI
SOBRE LA ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS

ANTIGUA, GUATEMALA
20 - 22 ABRIL 1987

En los siete meses transcurridos desde la tercera reunión del Grupo Asesor Técnico (GAT) en Brasilia, se ha desplegado un gran esfuerzo por conseguir los recursos externos necesarios para llevar a cabo el programa de erradicación. Esto ya se ha logrado y los fondos comprometidos u ofrecidos proporcionarán más de \$50 millones para apoyar el programa de erradicación en el período 1986-1990. Este total incluye \$20,6 millones de USAID (además de una suma considerable que se pretende suministrar como apoyo bilateral directo), \$16 millones de UNICEF, \$15 millones del Club Rotario Internacional, \$7 millones de la OPS y \$5,5 del Banco Interamericano de Desarrollo.

Entre otros logros importantes desde la tercera reunión del GAT está la conclusión del Manual de Laboratorio y de la Guía Práctica, que está lista para publicación. Se ha realizado un curso sobre vigilancia e investigación de la poliomielitis en Brasil al que asistieron representantes de 14 países. Además se dictó en Brasil un curso de técnicas serológicas y virológicas para el diagnóstico de la poliomielitis que contó con la presencia de 14 representantes de distintos países. Al final del curso, los asistentes recibieron pequeñas cantidades de líneas celulares, antisueros, reactivos y útiles necesarios para realizar esos estudios. Se han identificado seis laboratorios (Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala (INCAP), México y Trinidad (CAREC)) que servirán de laboratorios subregionales de referencia y se realizará un curso especializado en Atlanta en septiembre próximo. Se pretende suministrar y equipar estos laboratorios, que estarán listos antes de fin de año. Se están contratando cuatro epidemiólogos subregionales (para Brasil, Honduras, México y Haití).

El Grupo Coordinador Interagencial se reunió en enero y descubrió que, pese a ser buena la coordinación de las actividades a nivel regional, aún hay problemas de coordinación a nivel nacional. Recomendó la formación de comités de coordinación en cada país, que deben participar en el establecimiento y la ejecución de los planes nacionales de acción. Esas actividades ya están en marcha. En los planes de trabajo que se están preparando en cada país, se tratan los compromisos y la responsabilidad financiera en forma directa.

Se han celebrado varias jornadas nacionales de vacunación desde la última reunión del GAT y, como buen ejemplo de coordinación multinacional, las repúblicas centroamericanas celebraron un día centroamericano de vacunación el 5 de abril. Una característica importante de esta actividad fue la aparición en televisión de los presidentes de todos los países.

Contra este telón de fondo se celebró la 4^a reunión del GAT en Antigua, Guatemala, del 20 al 22 de abril de 1987. La reunión fue inaugurada por el Dr. Carlos Armando Soto Gómez, Ministerio de Salud y Bienestar Social, y el Dr. Fernando Antezana, Representante de la OPS/OMS. La reunión fue presidida por el Dr. D.A. Henderson y el Dr. Alan Hinman sirvió de relator. Se adjunta una lista completa de participantes y el programa de temas de la reunión. A continuación se resumen brevemente los principales temas del programa y las conclusiones y recomendaciones del GAT.

Conclusiones y recomendaciones

La garantía de suficiente apoyo financiero externo para complementar los recursos nacionales, junto con la voluntad política de cada país, permitirá establecer el programa como se había previsto en un principio. La tarea consiste ahora en usar esos recursos en forma acertada y asignarlos rápidamente con el fin de lograr la meta de erradicación en 1990. Se ha logrado un gran progreso, pero a causa de demoras en la obtención de fondos, el programa de erradicación se ha atrasado y tendrá que intensificarse con el fin de alcanzar la meta. En ese sentido hay varios puntos de importancia, y aunque muchos se han señalado en informes anteriores del GAT, vale la pena repetirlos.

1. Vigilancia e investigación. La vigilancia es obviamente el elemento crítico del control y la erradicación de las enfermedades y debe recibir la mayor prioridad. Aunque ha mejorado en muchos países, todavía no es adecuada en ninguno y está por establecerse en muchos.

- a. Hay que establecer una red de notificación formada de por lo menos una unidad declarante en cada municipio (o en cualquiera otra unidad geopolítica pequeña comparable), que debe enviar un informe semanal indicando si se han visto casos sospechosos o no y en caso afirmativo, cuantos. Todas las unidades de salud (incluidos los hospitales y los establecimientos de rehabilitación), donde es posible que se atiendan casos, deben considerarse como unidades declarantes. Se debe mantener una lista en la que se indique si cada unidad declarante ha enviado el correspondiente informe semanal y se habrán de tomar las medidas de rigor para que todas las unidades envíen dichos informes rápida y regularmente. Esa red de notificación deberá incluir a todos los establecimientos de atención de salud (es decir del sector privado, el sistema de seguridad social y el Ministerio de Salud) y estar instalada y en funcionamiento en todos los países antes de finales de 1988.
- b. Se deben notificar todos los casos "sospechosos" de enfermedad paralítica que ocurran en personas menores de 15 años y todos los adultos en los que se sospecha diagnóstico de poliomielitis. Todos los casos de Síndrome de Guillain-Barré en personas menores de 15 años deben considerarse como casos "probables" de poliomielitis a menos que se compruebe lo contrario. La experiencia reciente sugiere que a veces se diagnostica erróneamente el síndrome citado en los niños. Podría ser útil establecer criterios específicos de diagnóstico de ese síndrome.
- c. Se deben usar las definiciones y clasificaciones de casos establecidas por el GAT en todos los países, prestando particular atención a las limitaciones de tiempo que tienen las diversas clasificaciones. Todos los casos "sospechosos" deberán recibir la visita de un epidemiólogo adiestrado en el diagnóstico clínico de la poliomielitis dentro de un lapso de 48 horas y clasificarse como "probables" o "no de poliomielitis". Cabe subrayar que el epidemiólogo, y no el médico de cabecera, debe hacer esta clasificación basándose en la información clínica y epidemiológica existente. Dentro de un lapso de 10 semanas, los casos "probables"

deben clasificarse como "confirmados" o "no de poliomielitis". Si no hay suficientes pruebas al cabo de 10 semanas para clasificar fácilmente un caso "probable", debe clasificarse como "confirmado". Todos los casos "probables" y "confirmados" deberán notificarse a la OPS antes de hacer la clasificación definitiva.

- d. Se debe mantener una lista detallada de todos los casos "sospechosos" y dar explicaciones de su clasificación como "probables", "confirmado", o "no de poliomielitis". Es particularmente importante documentar por qué se descartan casos como "no de poliomielitis". Quizá sea útil solicitar un análisis de casos particulares por parte de un experto o un grupo de expertos para ayudar en la clasificación definitiva.
- e. En los países donde no se han notificado casos de poliomielitis en época reciente, es de particular importancia hacer visitas especiales a los hospitales y centros de rehabilitación para analizar los registros y los resúmenes de egreso de los pacientes con el fin de determinar si se han visto casos que podrían ser de poliomielitis.
- f. La Guía Práctica ofrece recomendaciones detalladas para el establecimiento y la puesta en práctica de sistemas de vigilancia. Se debe distribuir y utilizar ampliamente.
- g. Se deberá proceder al aislamiento y a la serotipificación del virus en tantos casos de poliomielitis como sea posible para detectar otros brotes de P3 en caso de que ocurran. Si se detecta alguno de éstos, habrá que considerar otros métodos de control (como el empleo de la vacuna monovalente o de oral trivalente de mayor potencia).

2. Estrategia y cobertura de vacunación. El logro y el mantenimiento de coberturas de inmunización altas, son la clave de la erradicación de la poliomielitis. Vale la pena citar varios puntos.

- a. Habrá que realizar días nacionales de vacunación al menos dos veces al año en todos los países del Grupo 1 (infectados). Se deben fomentar actividades multinacionales tales como el día centroamericano de vacunación recientemente celebrado. Esos días deben separarse al menos por un intervalo de un mes e incluir

administración de las vacunas DPT y antisarampionosa y del toxoide tetánico (para las mujeres adultas), cuando sea posible. A medida que los países adquieren experiencia en esos programas, es de esperar que todos incluyan la administración de varios antígenos.

- b. Se habrá de hacer todo lo posible para que los DNV ayuden a fortalecer el establecimiento de servicios de inmunización permanentes y continuos.
- c. Se debe monitorear la cobertura de cada municipio (o en cada unidad geopolítica pequeña comparable) y preparar una lista de todos los municipios cuya cobertura sea inferior a 80%.
- d. Aunque las técnicas de la OPS/PAI para evaluar la cobertura son apropiadas para los servicios regulares, no se ha determinado a cabalidad que sean el medio más efectivo de evaluar la cobertura donde los DNV son un elemento importante de la estrategia. Se le ha pedido a la OPS que reúna a un pequeño grupo de trabajo para preparar recomendaciones sobre la forma más apropiada de evaluar la cobertura de vacunación en el PAI (incluida la identificación de los grupos de edad más apropiados para fines de vigilancia). Esta deberá lograrse antes de la próxima reunión del GAT.
- e. Siempre que sea posible, convendrá administrar una dosis de la vacuna antipoliomielítica oral inmediatamente después del nacimiento. Esto no debe contarse como parte del programa ordinario.

3. Apoyo al trabajo de laboratorio. Se ha logrado progresar en el establecimiento de una red de laboratorios, pero todavía queda mucho trabajo por hacer para poder analizar las muestras y preparar los informes correspondientes sin demora y obtener resultados confiables.

- a. En la actual etapa del programa de erradicación, hay una gran demora entre la toma de muestras y la publicación de los resultados de los exámenes de laboratorio y dichos resultados son a veces poco confiables en muchas regiones y, por tanto, son de poca ayuda para el diagnóstico oportuno. Sin embargo, a medida que avanzan los programas, el laboratorio desempeñará una función cada vez más importante en la confirmación del diagnóstico al indicar el tipo de virus y si es salvaje o similar al empleado en la preparación de vacunas.

- b. Como se indicó en el informe de la segunda reunión del GAT, "el establecimiento y mantenimiento de apoyo competente y confiable para el trabajo de laboratorio es algo difícil y costoso. Además, para que un laboratorio pueda mantener un nivel adecuado de excelencia técnica, necesita analizar un promedio mensual de 50 muestras para aislar enterovirus. Hay que tener esto presente al determinar si los laboratorios nacionales deben seguir empleándose para aislamiento de poliovirus o si es preciso recurrir a los de referencia subregionales.
 - c. Se deberá hacer todo lo posible por que los seis laboratorios de referencia subregionales estén plenamente equipados y en funcionamiento antes del final de 1987.
 - d. Si los laboratorios nacionales van a seguir trabajando con poliovirus una vez que los de referencia entren en funcionamiento, deberán enviarles duplicados de todas las muestras de poliovirus.
 - e. Los esquemas de envío apropiado y manipulación correcta de las muestras de laboratorio (y el pago del envío) deben establecerse antes del fin de 1987.
4. Actividades de contención. Convendrá realizar sin demora actividades de contención cuando haya casos "probables" de poliomieltis. Esto implicará normalmente que se aplicarán desde cientos hasta miles de vacunas. La finalidad de las actividades de contención no radica solo en tratar de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje. La incidencia de un caso de poliomieltis indica que la cobertura en la zona inmediata no es buena y dichas actividades ofrecen una oportunidad de mejorarla. Además, la publicidad que rodea a ese caso por lo general despierta el interés del público y lleva a aceptar la inmunización.
5. Prioridades de investigación. Además de las discusiones sobre las necesidades de investigación que surgieron a raíz del brote de P3 en Brasil, el GAT consideró en detalle varias propuestas de investigaciones para el PAI en las Américas. Dicho grupo opina que la principal actividad de investigación de los programas deberá centrarse en el campo de la vigilancia. Se identificaron los siguientes como campos prioritarios de

investigación durante los próximos 18 meses. Habrá que buscar recursos para realizar estos estudios, que no se enumeran en orden de prioridad.

- a. Determinación, lo más pronto posible, del mejor esquema de administración de la vacuna antipoliomielítica oral en las condiciones propias de las Américas. La epidemia del tipo 3 ocurrida en Brasil en 1986 y la demostración de tasas de seroconversión a P3 (y, en menor grado, a P1) inferiores a las deseadas hacen necesaria esta acción.
- b. Estudio de las pautas oficiales de cada país para determinar cualquier contraindicación. Esta actividad debe realizarse en conjunto con los esfuerzos desplegados para asegurarse de la adopción oficial de las pautas expedidas por el PAI y aprobadas por la Asociación Latinoamericana de Pediatría.
- c. Determinación del porcentaje de niños que visitan las instalaciones de salud y que reúnen los requisitos para recibir la inmunización, pero que no están vacunados, y las razones por las cuales no se ha administrado la vacuna.
- d. Establecimiento de técnicas para evaluar la eficacia y eficiencia de los días nacionales de vacunación.
- e. Comparación de la eficacia de las vacunas antisarampionosas de Edmonston-Zagreb (E-Z) y de las preparadas en membrana alantoica de pollo (MAP) administradas a niños de 6 a 9 meses de edad.
- f. Evaluación de la eficacia de otras estrategias de inmunización antisarampionosa (por ejemplo, estrategias de aplicación de dos dosis o campañas en masa).
- g. Establecimiento y utilización de técnicas de detección rápida para la identificación y clasificación de poliovirus.
- h. Evaluación del efecto del tétanos neonatal en las Américas.
- i. Establecimiento de métodos eficaces de vigilancia de pertussis.

6. Próxima reunión. La 5^a reunión del GAT se programó provisionalmente para la semana del 25 enero de 1988 en Lima. Se ha dejado un intervalo prolongado entre las reuniones cuarta y quinta para permitir un cumplimiento más cabal con los programas nacionales ahora que se dispone de suficientes recursos financieros externos.