



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D. C. 20037, E.U.A.

CABLEGRAMAS: OFSANPAN

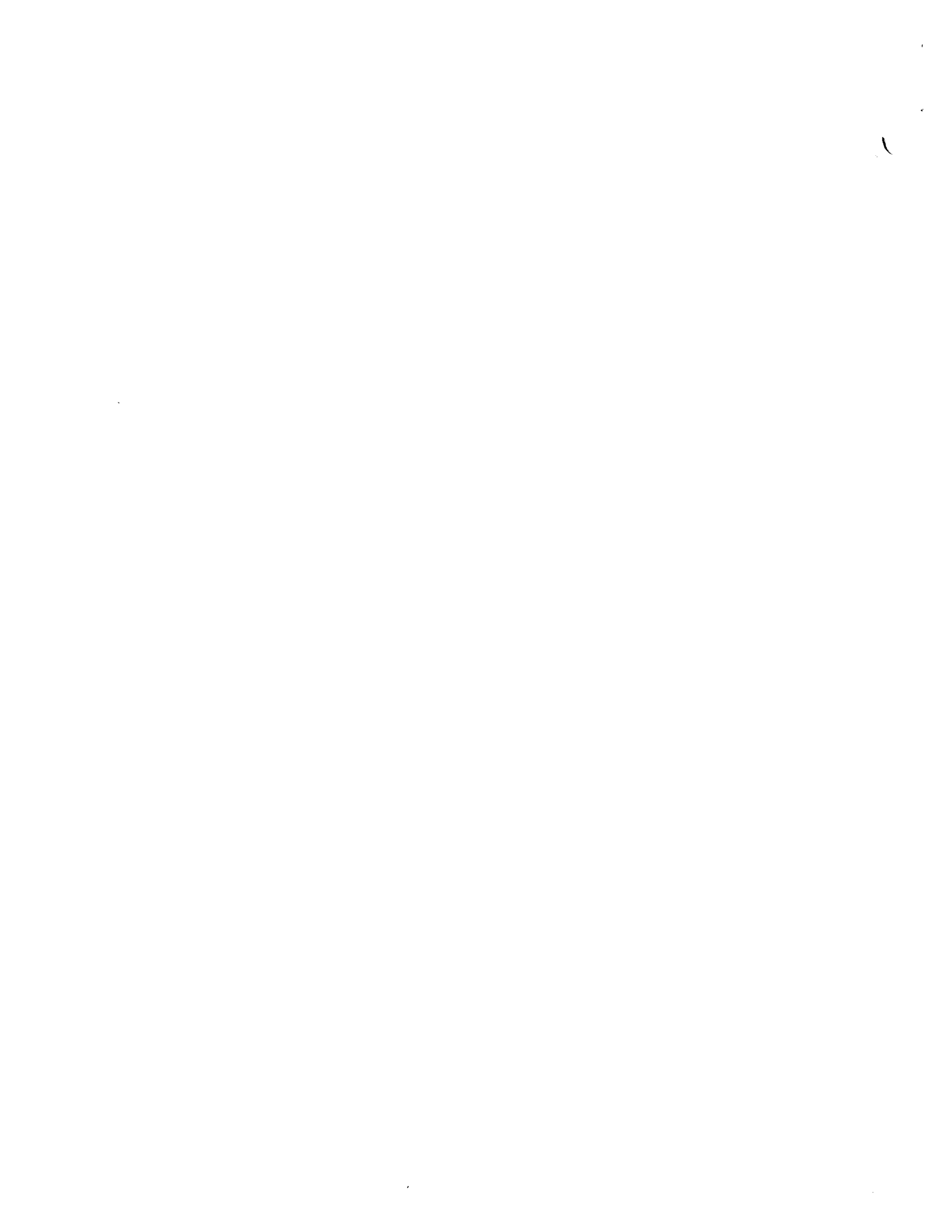
REFERENCIA PAI/GAT/86/011

TELEFONO 861-3200

1986-00009A

TERCERA REUNION DEL GRUPO ASESOR TECNICO (GAT) DEL PAI
SOBRE ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS
BRASILIA, 10-12 DE SEPTIEMBRE DE 1986

INFORME FINAL



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

Brasilia, 10-12 de septiembre de 1986

INFORME FINAL

En los ocho meses transcurridos desde que se celebrara la segunda reunión del Grupo Asesor Técnico (GAT) en México se ha verificado un considerable progreso y han tenido lugar varios acontecimientos importantes. En México se llevaron a cabo dos jornadas nacionales de vacunación, en el Brasil se realizaron las dos jornadas de vacunación programadas periódicamente, y varios otros países han intensificado sus actividades. La OPS ha iniciado la publicación de un boletín semanal para presentar el curso del progreso alcanzado. Los administradores del programa del PAI en los países de América Latina se han reunido y han preparado planes para el próximo bienio. En el campo fiscal, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional se ha comprometido a aportar \$20,6 millones como contribución al esfuerzo hemisférico de erradicación de la poliomielitis, se espera que el Banco Interamericano de Desarrollo ha de destinar aproximadamente \$5,5 millones, y el Club Rotario Internacional ha dedicado importantes aportes a este esfuerzo en todo el mundo (\$23 millones hasta la fecha), habiendo destinado una importante proporción de dichos aportes a las Américas. El UNICEF ha continuado brindando su apoyo traducido en sumas que hasta la fecha ascienden a \$17 millones. Además, se ha completado la evaluación de la capacidad de los laboratorios en toda la Región, se ha preparado un manual sobre métodos de laboratorio y actualmente se halla en marcha en Río de Janeiro el primer curso internacional sobre técnicas de laboratorio. Se ha confeccionado también un manual práctico para la vigilancia de la poliomielitis que está siendo sometido a revisión, y en los dos países se están evaluando técnicas perfeccionadas de vigilancia. Aunque las bases que se están sentando para el programa son excelentes y muchos programas nacionales demuestran un progreso satisfactorio, se han planteado problemas inesperados que requieren atención inmediata, siendo el más notable de ellos un aumento inesperado de la incidencia de poliomielitis en el Brasil.

En vista de estos antecedentes, del 10 al 12 de septiembre de 1986 se celebró en Brasilia la Tercera Reunión del GAT. Inauguraron la reunión el Dr. Roberto Santos, Ministro de Salud, y el Dr. Florentino García Scarponi, Representante de País de la OPS. Asumió la presidencia el Dr. D. A. Henderson, y el Dr. Alan Hinman actuó de relator. Se adjunta la lista completa de participantes así como el programa de la reunión. A continuación se presenta un breve resumen de los temas principales del programa y las conclusiones y recomendaciones del GAT.

ESTADO ACTUAL DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS

Hasta la semana 35 (inclusive) de 1986 se notificaron en las Américas 700 casos de poliomielitis en total, en comparación con un total de 359 casos notificados durante el mismo período en 1985 y un total anual de 488 en 1985. Hasta la fecha ocho países han notificado casos de

poliomielitis en 1986: Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, México, Perú y Venezuela. Solo tres países han declarado aumentos significativos de casos durante 1986 (Brasil, Colombia y Guatemala), pero el incremento mayor se registró en el Brasil, país que representa el 66% de todos los casos notificados en el Hemisferio.

Hasta la semana 36 inclusive de 1986, se notificaron en Brasil 724 casos sospechosos. De este total de casos, 157 están todavía siendo estudiados, 319 se han clasificado como casos probables, 191 han resultado confirmados y 57 se cree que sean debidos a otras causas. Un análisis más detallado de los casos notificados hasta la semana 31 inclusive indica que 53,6% de los casos se produjeron en niños menores de 2 años, y 84,1% en niños menores de 5 años. De los casos en los que se aisló y determinó el tipo de virus poliomiéltico, 71,6% se debían al tipo 3 y 20,0% al tipo 1. Estos hallazgos contrastan con la situación encontrada en 1985, cuando el virus poliomiéltico de tipo 3 representaba solo el 23,7% de los casos y el tipo 1 el 72,4%. De los casos encontrados, 16,5% no habían recibido ninguna vacuna, 31,7% habían recibido 1 ó 2 dosis, 36,6% habían recibido 3 dosis o más, y 14% no tenían historia conocida de vacunación. Los casos se concentraban en la parte nordeste del país (veáse más abajo).

PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN EL BRASIL

A causa de la gran incidencia de poliomiéltis en el Brasil, en 1979 se decidió acelerar el programa de inmunización. En 1980 se iniciaron las Jornadas Nacionales de Vacunación Antipoliomiéltica, con dos campañas por año (en junio y agosto) destinadas a suministrar vacuna antipoliomiéltica oral a todos los niños menores de 5 años (20 millones aproximadamente) sin tener en cuenta la historia previa de vacunación. La participación en las campañas fue excelente durante los primeros ocho ciclos (1980-1983), administrándose el 95% o más de las vacunas previstas. Pero en 1984 la participación bajó a 85-90%, y en 1985 a 80-85%. Las razones de este descenso de la participación se cree que son, entre otras:

- menor apoyo logístico
- creencia de que la enfermedad ya no representa una amenaza debido a que la incidencia de la poliomiéltis ha disminuido
- menor participación de los niños que ya habían recibido 3 o más dosis
- menor atención a las fases preparatorias de cada jornada de vacunación
- introducción de otros antígenos, lo cual contribuyó a complicar las operaciones, y obligó a impartir más capacitación

Se han adoptado varias medidas para aumentar la participación, entre las cuales las siguientes:

- designación de coordinadores del programa de erradicación de poliomielitis a nivel nacional y estadual
- jornadas especiales de inmunización en el nordeste del país
- mayor capacitación del personal
- reubicación de los puestos de vacunación
- consultas/evaluación en el nordeste
- perfeccionamiento del mercadeo social y de la educación sanitaria

Antes de 1986 casi todos los mensajes relativos a la educación para la salud se referían primordialmente a la participación en las campañas. Actualmente los esfuerzos de movilización social se concentran también en el concepto de la erradicación de la poliomielitis además de insistir en la participación en las campañas. Los medios de difusión, las escuelas (tanto públicas como privadas) y las organizaciones religiosas participan sin excepción en estos esfuerzos. Los problemas planteados por la coordinación local inadecuada están siendo abordados mediante seminarios intersectoriales y seminarios especiales llevados a cabo en zonas con gran número de casos o con tasas bajas de participación. También se ha registrado un fuerte movimiento tendiente a velar por la uniformidad de las formas de proceder.

El plan de acción actual comprende los siguientes puntos:

- formación de comisiones ejecutivas en los planos nacional y estadual
- educación/movilización comunitaria
- vigilancia (investigación de casos, terminación de las investigaciones pendientes, capacitación, sistemas de información, difusión de información y búsqueda activa de casos)
- tareas de vacunación (vacunación habitual, campañas de vacunación, "bloques" y encuestas de cobertura)
- establecimiento de la red de laboratorios.

En los dos ciclos de 1986 la cobertura ha mejorado algo con respecto a la de 1985, con una participación del 88% en la campaña de junio y del 81% en la de agosto.

Un componente más del programa del Brasil es el programa piloto de búsqueda activa de casos a través de hospitales y establecimientos de atención de la salud en los que probablemente se vean casos de enfermedad parálitica aguda. En el estado de Río de Janeiro se identificaron códigos apropiados de la ICDA que podrían representar casos de poliomielitis, y se pidió a los hospitales que identificaran a los individuos que estarían encargados de notificar semanalmente si se habían visto o no casos diagnosticados según estos códigos. En ese estado, de

los 25 casos sospechosos notificados hasta la fecha en 1986, 19 provenían del sistema nosocomial; en 8 casos se confirmó que la enfermedad era poliomielitis. En São Paulo se halla en marcha una intensa investigación encaminada a detectar la causa de todas las enfermedades neurológicas agudas que ofrecen posibilidad de ser poliomielitis. Ello significa hacer pruebas para determinar la presencia de 23 diferentes agentes etiológicos posibles.

De Bahía se recibieron datos muy interesantes sobre el funcionamiento del sistema de vigilancia en ese estado. Se observaron, entre otros, los siguientes indicadores: proporción de casos con información completa, período de tiempo requerido para completar una investigación, y rapidez con que se llevaban a cabo las investigaciones. Además se han realizado valiosos análisis de la cobertura a fin de determinar el número de municipios con una cobertura de al menos el 80% en cada ciclo de 1986.

POLIOMIELITIS TIPO 3 EN EL NORDESTE DEL BRASIL

En febrero de 1986 apareció en la región nordeste del Brasil un brote de poliomielitis parálitica. Hacia el 30 de junio se había notificado un total de 107 casos confirmados y 166 casos probables. De 71 casos confirmados en el laboratorio, 56 (80%) habían sido causados por el virus poliomielítico de tipo 3, lo cual era distinto de modalidad observada los cuatro años anteriores. Las investigaciones revelaron que 36% de los casos confirmados habían recibido por lo menos tres dosis de vacuna antipoliovirica oral. Las estimaciones hechas de la eficacia de la vacuna indicaban que en lactantes y niños de un año de edad la eficacia era menor de la prevista, aunque no era posible calcularla con precisión dada la falta de información exacta sobre la proporción de niños que en cada uno de los grupos de edades había recibido un número específico de dosis. Los estudios serológicos de casos indicaban que el título medio de anticuerpos contra el virus de tipo 3 era más bajo que el de los tipos 1 y 2, lo cual indicaría posiblemente, pero no definitivamente, una eficacia menor que la deseada del componente de tipo 3 de la vacuna. Los estudios del título de vacunas a granel y manufacturada en FIOCRUZ también indicaron la posibilidad de que el título vírico del componente de tipo 3 podría ser bajo, aunque esto no fue confirmado en otros estudios de FIOCRUZ y del laboratorio de referencia de la OPS.

A causa del brote actual debido al tipo 3 se decidió lanzar una campaña especial de vacunación en el nordeste del país, lo cual se llevó a cabo en abril. La campaña, sin embargo, no detuvo la propagación de casos, lo cual indica una vez más que la eficacia de la vacuna podría ser menor de la normal, ya sea como resultado de la cantidad insuficiente de virus de tipo 3 en el momento de la producción o debido a deficiencias de la cadena de frío. A fin de llegar a comprender mejor las respuestas serológicas de los niños a las formulaciones diferentes de la vacuna de tipo 3, se hallan ya en marcha en Recife estudios especiales destinados a evaluar las respuestas serológicas a tres preparaciones diferentes de

vacuna antipoliomielítica oral tipo 3 (monovalente, trivalente, y trivalente con el doble del título actual de tipo 3) para determinar si se requiere una vacuna tipo 3 monovalente o una vacuna trivalente con un título aumentado de tipo 3 para proporcionar una respuesta serológica adecuada. Participaron en el estudio 734 niños de 2 meses a 5 años de edad, divididos en tres grupos iguales de vacunación. Casi todos los niños habían recibido anteriormente alguna dosis de vacuna antipoliomielítica oral (más de la mitad de ellos habían recibido una o dos dosis, y aproximadamente un tercio de ellos habían recibido tres o cuatro dosis).

PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN MEXICO

Las dos jornadas nacionales de inmunización (en enero y abril) se realizaron con evidente éxito, y según se informó, las vacunaciones del segundo ciclo fueron equivalentes al 95,3% de la población destinataria. Las encuestas rápidas de cobertura realizadas en varios estados la semana siguiente al segundo ciclo indican que la cobertura real fue de un 80-85%. Se encontró bastante útil la técnica de estimación rápida de la cobertura y se la continuará aplicando. Dichas encuestas suministraron además valiosa información sobre las razones por las cuales algunos niños no participaron. Entre ellas la más importante era que el niño se hallaba enfermo el día de la campaña. Puesto que esto no debió haber sido un impedimento, es un dato que deberá tenerse especialmente en cuenta al planear los temas de educación sanitaria para el próximo ciclo.

Se han introducido importantes modificaciones en el sistema de vigilancia de México. Se ha confeccionado un manual de vigilancia distribuido entre los epidemiólogos de los estados. Todos los casos sospechosos están siendo investigados (generalmente dentro de las 24 horas) por epidemiólogos especialmente preparados del nivel central. Aunque 1986 comenzó con gran número de casos notificados de poliomiélitis, a partir de la segunda campaña se ha verificado un notable descenso de la incidencia, y por primera vez han transcurrido semanas enteras sin que se notificara ningún caso.

PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN OTROS PAISES

Se recibieron informes sucintos de los programas de Colombia, Ecuador y Perú. En estos informes se ponen de relieve algunos de los problemas planteados en la vigilancia y la cobertura de vacunación.

PARALISIS RELACIONADA CON LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA ORAL

Se presentó información acerca de la experiencia de los Estados Unidos de América en materia de poliomiélitis relacionada con la vacuna. En los 12 años transcurridos entre 1973 y 1984, de los 138 casos notificados de poliomiélitis, se consideró que 105 (76%) se relacionaban con la vacuna: 35 se produjeron en individuos inmunizados con vacuna

antipoliomielítica oral, 50 en individuos que habían tenido contacto con vacunados, 14 en individuos inmunodeficientes, y 6 en individuos de quienes, a pesar de no tener historia de vacunación ni de contacto con vacuna antipoliomielítica oral, se aislaron virus parecidos a los de la vacuna. La frecuencia general de la parálisis relacionada con la vacuna era de 1 caso por 2,6 millones de dosis distribuidas de vacuna antipoliomielítica oral. La frecuencia relativa de la parálisis variaba, sin embargo, de acuerdo con el orden de las dosis en la serie--la frecuencia relacionada con la primera dosis era de 1 caso por 520.000 dosis, mientras que para las dosis subsiguientes era de 1 caso por 12,3 millones de dosis.

No se dispone actualmente de datos de otros países de las Américas, pero estas tasas son compatibles con las encontradas en el estudio internacional coordinado por la OMS para el período 1970-1979. A medida que la parálisis por virus poliomielítico salvaje se hace cada vez menos frecuente en la Región, puede preverse que habrá una proporción más alta relacionada con la vacuna. Si bien esto sirve para destacar la importancia de la investigación pronta y exhaustiva de cada caso de poliomyelitis, debe reconocerse que la experiencia de que se dispone indica que en América Latina no se producirán más de 10-20 casos relacionados con la vacuna por año.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El GAT nota complacido el notable progreso alcanzado desde la última reunión. Esto es particularmente evidente en Brasil y México. El Grupo desea también expresar su reconocimiento por el rápido y generoso apoyo de los organismos bilaterales e internacionales (por ejemplo, USAID, UNICEF) y organismos de bien público como el Club Rotario Internacional. Este apoyo ha sido un factor decisivo en el progreso alcanzado hasta la fecha. En vista de todo el apoyo externo suministrado, es de importancia fundamental que los países comiencen ahora a hacer los planes para continuar los esfuerzos una vez terminado el período de financiamiento externo. A pesar de todo lo que se ha avanzado hasta ahora, siguen en pie varios problemas que amenazan el buen éxito del programa. Algunos de dichos problemas figuran a continuación, divididos por categoría.

1. Dirección nacional

La naturaleza intersectorial del programa, su alcance nacional (e internacional) y la multiplicidad de las fuentes externas de financiamiento hacen indispensable la designación de un individuo o de un pequeño grupo en el plano nacional al que se le dará la responsabilidad de coordinar el programa. Este individuo o grupo deberá tener también autoridad para influir en las directrices.

2. Cuestiones de índole operativa

La cobertura de vacunación deberá ser más regularmente analizada a nivel de municipio (o de divisiones más pequeñas) y se planearán esfuerzos especiales para aumentar la cobertura en zonas donde esta sea

inferior al 80%. Para ello podrían establecerse ciclos especiales de vacunación. Debido a los problemas que se plantean cuando se aplican los datos disponibles de población para estimar la cobertura, habrá que considerar otras técnicas como la de encuestas rápidas de cobertura empleadas en México para obtener datos correctos.

La aparición de casos en zonas donde ha habido ciclos reiterados de vacunación (como en el nordeste del Brasil) plantea interrogantes acerca de la calidad de la cadena de frío. Parecería justificado realizar un estudio especial sobre esta calidad. En todos los países, sin embargo, es indispensable seguir prestando atención a la conservación apropiada de las vacunas desde el fabricante hasta el que las recibe debido a la extrema sensibilidad al calor de la vacuna antipoliomielítica oral.

Aunque la inclusión de otros antígenos en programas que han estado exclusivamente dirigidos a la poliomielitis introduce complejidades operacionales, el GAT sigue creyendo que deben hacerse esfuerzos por incluir otros antígenos del PAI en las campañas.

3. Vigilancia

Se ha avanzado apreciablemente en la confección de manuales de vigilancia y se ha marcado el comienzo del establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia. Las cuestiones referentes a la vigilancia siguen, sin embargo, planteando los problemas más serios. El GAT nota que en ciertos países el número de casos sospechosos notificados es igual al número de casos probables o confirmados, o mayor. La categoría de caso sospechoso debe ser muy temporaria. Dentro de las 48 horas de la notificación inicial todo caso sospechoso deberá clasificarse como caso probable o eliminárselo por deberse a alguna otra causa. De manera similar, los casos probables se clasificarán finalmente dentro de las 10 semanas de notificados ya sea como casos confirmados de poliomielitis o como casos no poliomielíticos.

Todas las investigaciones deberán estar a cargo de epidemiólogos especialmente capacitados del plano estatal (en países grandes como el Brasil) o nacional. Deberán hacerse todos los esfuerzos posibles para obtener sueros de pacientes agudos y convalescientes así como muestras de materia fecal a fin de aumentar las probabilidades de confirmar el caso. También habrá que esforzarse por determinar porque se ha producido el caso--falla de la vacuna, niño no vacunado (y si no está vacunado, por qué?)--para poder orientarse en las medidas de control.

Los sistemas de vigilancia variarán indudablemente de un país a otro, y aun dentro de los mismos países. Deberán observarse, sin embargo, ciertos principios comunes. Se identificará por lo menos un centro de notificación en cada municipio (o pequeña unidad geopolítica comparable) que informará semanalmente a la oficina estatal (o nacional) si se han visto o no casos de poliomielitis. Se llevará el control de la participación de este centro notificador como forma de evaluación del sistema de vigilancia. Deberán elaborarse y utilizarse otros indicadores

de la suficiencia del sistema de vigilancia, especialmente el intervalo transcurrido entre la aparición del caso y su notificación, el intervalo entre la notificación y la investigación, la proporción de casos con información completa, el período de tiempo para completar la investigación, la proporción de centros de notificación que presenta informes semanales, etc.

Todos aquellos países que declaran pocos casos o ninguno deberán ampliar el sistema de detección identificando todos los hospitales y centros de rehabilitación en los que posiblemente se vean casos, y pidiéndoles que informen todas las semanas acerca de los casos que se presenten con enfermedad paralítica febril, síndrome de Guillain-Barré y mielitis transversa. Esto requerirá sin duda visitas repetidas a los establecimientos de los funcionarios del programa de vigilancia a fin de establecer el sistema. Todos esos casos deben ser investigados por epidemiólogos especialmente capacitados y habrá que obtener y analizar de inmediato especímenes de laboratorio. También podrán efectuarse encuestas sobre la presencia de cojera como medio de confirmar la ausencia de poliomielitis en zonas donde por varios años no se han declarado casos.

4. Apoyo del laboratorio

Se necesita con urgencia mejorar el apoyo brindado por el laboratorio y extender una red integral de laboratorios. El GAT nota el considerable progreso ya verificado en la evaluación de laboratorios nacionales, la preparación de manuales de laboratorio y la capacitación de personal de laboratorio. El GAT cree que, como próximo paso, sería apropiado que la OPS designe un número limitado de laboratorios (5-6) para que reciban apoyo inmediato a fin de que puedan funcionar como centros internacionales de consulta. De acuerdo con la evaluaciones llevadas a cabo, el GAT sugiere que los laboratorios de Argentina, Brasil (FIOCRUZ), Colombia, Guatemala, México y Trinidad (CAREC) constituirían una elección apropiada para la primera etapa del desarrollo.

A los fines de erradicación de la poliomeilitis, la información primaria del diagnóstico que se necesita del laboratorio es si el agente causante es un virus poliomeilitico o no. No es necesario llevar más adelante una etiología posiblemente no poliomeilitica. En ciertos lugares donde ya existe la capacidad, sería interesante sin embargo, llevar a cabo las pruebas más complejas y caras necesarias para identificar al agente etiológico no poliomeilitico en al menos una muestra de casos. La decisión de realizar este esfuerzo adicional deberá tomarse con perfecto conocimiento de los costos y el trabajo involucrados.

En algunos países no se ha desarrollado todavía la estrecha coordinación necesaria entre el laboratorio y los epidemiólogos y directores del programa. El laboratorio desempeña una función decisiva en la labor de vigilancia, que es en sí misma la clave del éxito del programa. Deberá hacerse todo lo posible para tener la seguridad de que el personal de laboratorios, epidemiológico y de operaciones trabaje en

estrecha y eficaz colaboración, quizá al punto de que vayan representantes de cada una de estas actividades en las investigaciones de casos o de brotes.

5. Investigación

En un programa de erradicación se requerirá la realización de investigaciones básicas y operativas. Las necesidades más urgentes se hallan aparentemente en el área de la investigación operativa destinada a resolver los problemas existentes--por ejemplo, el sistema de la cadena de frío, no aceptación de las vacunas, instrumentos más eficaces de vigilancia en una determinada zona. Deberá considerarse además la evaluación de la cobertura por año de edad del individuo a fin de determinar si los niños de 3 y 4 años participan en las jornadas de vacunación en la misma medida que los lactantes y niños pequeños, y si la inclusión de los niños de 3 y 4 años de edad en la población destinataria influye en las estimaciones de la cobertura de la población más vulnerable. Se necesitan también más instrumentos básicos como la prueba rápida de diferenciación entre el virus salvaje y el de las vacunas. El GAT cree que la OPS debería coordinar la preparación de un programa de investigaciones y tratar luego de que estas se lleven a cabo.

6. Brasil

El brote de tipo 3 ocurrido en el nordeste del Brasil es difícil de entender y aparentemente puede deberse, ya sea a una falla selectiva del componente del tipo 3 de la vacuna antipoliomielítica oral o una falla general de la vacuna antipoliomielítica oral (por ejemplo, a causa de problemas de la cadena de frío) en un ambiente donde se da el hecho de que se halle en circulación el tipo 3 del virus antipoliomielítico. Las medidas adoptadas para abordar el problema actual son apropiadas y los estudios ya en marcha deberán completarse lo más pronto posible. Otras medidas que pueden ayudar a identificar las causas del problema son la evaluación detenida de la cadena de frío, la estimación de la cobertura a nivel local por medio de encuestas tendientes a determinar si existe escasa cobertura en las zonas afectadas, y más análisis de los datos disponibles a fin de ver si hay alguna diferencia evidente en la eficacia clínica de los componentes del tipo 1 y el tipo 3. Si se encuentran indicios de problemas con la cadena de frío, deberá considerarse el uso de indicadores de temperatura para acompañar a las vacunas.

7. Próxima reunión del GAT

La próxima reunión del GAT se ha establecido en forma provisional para fines de abril de 1987, en Guatemala. Entre los temas básicos del programa están las presentaciones sobre el estado actual de las actividades en los países de Centroamérica, información actualizada de Brasil y México, discusión acerca del virus y la vacuna antipoliomielítica tipo 3 y consideración de un programa de investigaciones.

