



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

1986-00008A

PAI/86/001

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

15-17 de enero de 1986

Ciudad de México, México

INFORME FINAL

SEGUNDA REUNION DEL GRUPO ASESOR TECNICO (GAT) DEL PAI EN
ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS EN LAS AMERICAS
15-17 de enero de 1986
CIUDAD DE MEXICO, MEXICO

Poco después del anuncio hecho el 15 de mayo de 1985 sobre la meta de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas en 1990, el Director de la Organización Sanitaria Panamericana (OPS) nombró un Grupo Asesor Técnico (GAT) encargado de prestar asesoramiento y apoyo continuos para el establecimiento y la aplicación de estrategias destinadas a lograr esa meta dentro del marco del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El trabajo de la primera reunión del GAT celebrada en julio de 1985 comprendió el análisis, la revisión y la aprobación de un plan de acción. Dicho plan se presentó ulteriormente al Consejo Directivo de la OPS y fue aprobado por medio de la Resolución XXII de la XXXI Reunión celebrada en septiembre de 1985.

Una de las principales recomendaciones emanadas de dicha reunión fue la necesidad de abordar los asuntos relativos al trabajo de laboratorio y a la vigilancia en forma detallada en la próxima reunión y de acopiar de tanta información como fuera posible a manera de ayuda para las discusiones.

Desde la primera reunión del GAT, un Comité de Coordinación Interagencial se ha reunido dos veces con representantes de la OPS, UNICEF, USAID y el Club Rotario Internacional. Se han presentado propuestas de financiamiento al Banco Interamericano de Desarrollo y a la Agencia para el desarrollo Internacional de los Estados Unidos; el Club Rotario Internacional ha asegurado el suministro de vacuna antipoliomielítica durante cinco años a todos los países que presenten planes aprobados; UNICEF ha intensificado el apoyo para las actividades de inmunización en diversos países y varias naciones han emprendido dinámicos programas mediante el establecimiento de jornadas nacionales de inmunización. Once de los 20 países latinoamericanos celebran actualmente esas jornadas.

Entre una y otra reunión del GAT, se desplegó un esfuerzo mancomunado para obtener mayor información sobre los asuntos relativos a la vigilancia y al trabajo de laboratorio. Se decidió que una visita por un consultor de la OPS al país que actualmente notificara incidencia de poliomielitis permitiría obtener información útil sobre los asuntos operativos de la vigilancia. Se escogió al Brasil por ser un país muy extenso con diversas condiciones geográficas, climatológicas y culturales y por la persistencia de poliomielitis pese a que se realizan dinámicas actividades de control y dos campañas nacionales de inmunización anuales desde hace cinco años. Varios consultores han visitado los laboratorios de siete países para determinar su capacidad para apoyar las actividades de erradicación. Los informes sobre esas investigaciones sirvieron de base para las principales discusiones de la actual reunión del GAT.

La segunda reunión del GAT fue inaugurada por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud de México, y el Dr. Pablo Isaza, Representante de la OPS en ese país. La reunión fue presidida por el Dr. D. A. Henderson, y los Dres. José Manuel Borgoño y Alan Hinman participaron como relatores. Se adjunta una lista completa de los participantes y el orden del día de la reunión. A continuación se incluye un breve resumen de los principales asuntos tratados en el orden del día y las conclusiones y recomendaciones del GAT.

Además de la presentación detallada sobre vigilancia y asuntos relativos al trabajo de laboratorio, los representantes de México hicieron una exposición general de su sistema de vigilancia, sus actividades de apoyo laboratorial y la organización de las operaciones de sus próximas jornadas nacionales de inmunización contra la poliomielitis y un resumen del programa nacional de inmunización contra DTP y sarampión. Se presentó un resumen de los asuntos relativos a la experiencia que ha tenido el Brasil con las jornadas nacionales de inmunización y otro de los principales asuntos tratados en la reciente reunión del Grupo Asesor Mundial del PAI. Por último, se hizo una presentación sobre los estudios relativos a la jeringa desechable "Ezeject".

Se señaló que en 1985 14 países de la Región habían notificado provisionalmente un total de 464 casos de poliomielitis paralítica mientras que en 1984 13 países notificaron 542 casos.

VIGILANCIA

Se presentó un resumen de la investigación intensiva realizada en el Brasil durante 4 meses. Como parte de este trabajo se efectuó un análisis detallado de todos los casos sospechosos de poliomielitis notificados a nivel nacional entre 1982 y 1985, se determinó si se habían clasificado en la debida forma al notificarse y se estudió su posible inclusión en un nuevo sistema de clasificación de casos. Además, se realizaron análisis en 13 estados y el Distrito Federal. En las visitas, efectuadas por personal de diversas esferas nacionales y representantes de otros estados, se realizó un análisis de los procedimientos generales de vigilancia y un estudio particular de todos los casos sospechosos notificados entre 1983 y 1985. Además, se efectuaron visitas a varios hospitales, centros de rehabilitación y otros establecimientos de atención de salud como parte de la búsqueda activa de casos. Se realizaron encuestas en pequeña escala en varias comunidades para determinar la cobertura y la posibilidad de que existieran otros casos sospechosos.

Fueron extensas las discusiones en las que se trataron casi todos los aspectos de la investigación en el Brasil, con lo que se obtuvo una gran cantidad de información importante sobre los aspectos prácticos de la vigilancia de la poliomielitis. Las principales discusiones se centraron en los temas siguientes:

- definición de casos;
- síndrome de Guillain-Barré;
- procedimientos de contención;
- diagnóstico en investigación de casos;
- apoyo laboratorial;
- necesidades de capacitación;
- otras investigaciones.

En otra sección de este informe se resumen las principales conclusiones y recomendaciones emanadas de estas discusiones.

LABORATORIOS

Hasta ahora se han efectuado visitas a siete laboratorios (de Brasil, Argentina, Chile, México, Venezuela, Colombia y Ecuador) y en los meses de enero y febrero se extenderán a otros siete u ocho. En los laboratorios visitados hasta la fecha se ha observado que los métodos de aislamiento e identificación del poliovirus están bastante bien normalizados. Sin embargo, no puede decirse lo mismo de los de serología de poliovirus y titulación de vacunas. Los problemas relativos a cultivos tisulares están muy generalizados, lo mismo que los de recogida y envío de especímenes. En la mayoría de los laboratorios también es un problema la falta de suministros y equipo. Sin embargo, con cierta ayuda, varios laboratorios podrán prestar el apoyo necesario, no solo a sus propios países sino a otros de la Región.

Actualmente está en preparación un amplio manual de laboratorio; ya se ha realizado casi la mitad del trabajo y en los próximos dos meses se preparará un borrador completo. Se celebrarán dos cursos de dos semanas de duración, uno sobre procedimientos de aislamiento y serología, en junio de 1986, en Río de Janeiro, y el otro sobre técnicas de virología molecular, en septiembre de 1986, en Atlanta.

MEXICO

Se efectuaron presentaciones sobre las mejoras previstas en el sistema de vigilancia de México, la organización y puesta en práctica de las jornadas nacionales de inmunización, apoyo laboratorial y producción y control de vacunas. Además, se presentó un resumen de los resultados de los programas de inmunización realizados hasta la fecha en México. El total provisional de casos notificados en 1985 fue de 139. En los últimos años, el poliovirus del tipo I ha causado la mayoría de los casos pero se han confirmado en el laboratorio solo cerca de 15% de los casos. Cerca del 40% ocurre en personas que han recibido dos o más dosis de la vacuna antipoliomielítica oral pero la vacuna se ha administrado principalmente a domicilio y se ha expresado preocupación por las fallas de la cadena de frío. Actualmente se aplican importantes medidas para mejorar el sistema de notificación y someter cada caso sospechoso a investigación por parte de un epidemiólogo del nivel central. Desde 1981 se vienen realizando campañas de inmunización en masa contra la poliomieltis, empleando la vacuna monovalente tipo I el primer año y la vacuna oral trivalente en los años subsiguientes.

Las jornadas nacionales de inmunización contra la poliomieltis, que incluirán días de vacunación en enero y marzo (con la vacuna antipoliomielítica oral trivalente) tendrán una estructura diferente. Se han establecido unos 8.000 puestos de vacunación en todo el país, que estarán dotados de más de 600.000 voluntarios además del personal permanente. Se ha lanzado una extensa campaña publicitaria y se prevé que este medio dará resultados más satisfactorios que el anterior.

A finales de los años 70 comenzó a observarse que los servicios ordinarios de salud del Brasil no eran adecuados para atender las metas del PAI. En consecuencia, se decidió poner en práctica una estrategia acelerada valiéndose de las jornadas nacionales de inmunización. Al principio, en esos días solo se utilizaba la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por varias razones, tales como la sencillez técnica de su uso, la facilidad de identificar a la población destinataria, los efectos inmediatos observables en incidencia de la enfermedad, la poca frecuencia de contraindicaciones y el

temor a la poliomielitis que existe entre la población. Después de cuatro años de fructíferas actividades de lucha contra la poliomielitis, en 1984 se incluyeron las vacunas DPT y antisarampionosa en las jornadas nacionales de inmunización en la mayor parte del país.

El empleo de antígenos múltiples dió lugar a varios problemas, inclusive una mayor necesidad de capacitación, dificultades para identificar a la población destinataria en un sitio de inmunización determinado, mayor importancia de las fichas de inmunización, problemas logísticos de gran magnitud como resultado de la necesidad de disponer de agujas y jeringas, la mayor urgencia de considerar los efectos secundarios y contraindicaciones y el temor que tienen algunas personas a las agujas más que a las enfermedades involucradas. Sin embargo, la inclusión de las demás vacunas ha representado una mejora general del índice de inmunización y el esfuerzo ha valido la pena, a todas luces. Aunque se han resuelto muchos de los problemas derivados del empleo de antígenos múltiples, se necesitan otras investigaciones operativas para resolver todos los problemas.

REUNION DEL GRUPO ASESOR MUNDIAL

Los principales temas tratados en la reunión del Grupo Asesor Mundial del PAI celebrada en Copenhague en noviembre de 1985 fueron los siguientes:

- los adelantos logrados hasta la fecha y los problemas restantes en la Región europea, particularmente en lo relativo a las metas de gran alcance fijadas para eliminar la poliomielitis autóctona, el sarampión, la difteria, la rubéola congénita y el tétanos neonatal;
- la necesidad de intensificar las actividades en curso mediante realización de jornadas nacionales de inmunización o estrategias similares a fin de lograr las metas del PAI para 1990;
- una discusión franca de la función y los problemas de diferentes grupos que participan en el PAI, inclusive organizaciones gubernamentales y no gubernamentales;
- una declaración más explícita de la necesidad de establecer sistemas de vigilancia y metas de reducción de la morbilidad en los programas de inmunización (como ocurre en las Regiones americana y europea).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones indicadas a continuación deberán entenderse como una elaboración del Plan de Acción y como guía para la preparación de manuales de operaciones.

1. El GAT observa complacido que se han realizado varias actividades desde que se celebró su primera reunión. Es alentador el apoyo que han prestado la OPS y determinados países y organismos. El programa está en una etapa crucial y promete desarrollarse rápidamente pero el apoyo recibido al comienzo de todos los organismos colaboradores será vital para sostener e incrementar el impulso inicial.

2. Debe aclararse que el grado de cobertura establecida como indicador de que un país exento de poliomielitis está muy poco expuesto a la reanudación de la transmisión (80% de cobertura de los niños menores de un año), es la cobertura mínima para cada unidad geopolítica (por ejemplo, en los condados y municipios).

3. Las definiciones de casos deben aclararse de la manera siguiente:

- un caso SOSPECHOSO debe definirse como cualquier ataque agudo de parálisis en una persona menor de 15 años, así como toda enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis como posible causa;
- un caso PROBABLE es cualquier ataque agudo de parálisis flácida sin ninguna otra causa comprobada. No debe considerarse la presencia o ausencia de pérdida sensorial ya que es muy difícil de determinar en los lactantes y niños pequeños;
- un caso CONFIRMADO es un caso probable con:
 - a) confirmación laboratorial 0
 - b) vinculación epidemiológica a otro caso probable o confirmado 0
 - c) parálisis residual 60 días después del comienzo de la enfermedad 0
 - d) muerte después de una enfermedad clínicamente compatible.

4. El síndrome de Guillain-Barré (SGB) representa un problema muy particular ya que el diagnóstico de esta afección parece ser incorrecto en muchos lugares. Cualquier caso de parálisis en una persona menor de 15 años debe considerarse como poliomielitis a menos que se compruebe lo contrario. Todos los casos del SGB (de cualquier edad) deben investigarse debidamente en el laboratorio para comprobar que la enfermedad no sea poliomielitis.

5. Contención. La extensión geográfica de la zona en que se realizan las actividades de contención debe determinarse según la situación epidemiológica local pero, en términos generales, deberá demarcarse una amplia zona para cada caso. Es preciso determinar la edad de los grupos de personas vacunadas en las actividades de contención, basándose en la situación epidemiológica. Esta práctica puede llevar algunas veces a la vacunación de personas mayores de cinco años.

6. Mejoras en la búsqueda de casos. Se necesita con urgencia introducir mejoras en las actividades de vigilancia en todos los países. Debe recalcarse la importante función del laboratorio como fuente de información. Los laboratorios deben comunicar inmediatamente al oficial del PAI el recibo de especímenes para estudio de virus, en los que se hace mención de poliomielitis o parálisis en la solicitud de laboratorio. Debe recalcarse la función de las escuelas, los hospitales y los proveedores de atención de salud como fuentes de información de posibles casos de poliomielitis.

7. Investigación de casos. De ahora en adelante, cada país de la Región debe investigar sin demora todo caso sospechoso de poliomielitis notificado y obtener los debidos especímenes de laboratorio. Cada país debe adiestrar a un pequeño grupo de personas (que trabajarán a niveles estatal, regional o nacional, según el tamaño de la población) para investigar todos los casos sospechosos notificados y evaluar y clasificar los casos probables o confirmados. Además, conviene establecer un sistema nacional de registro, clasificación y disposición de casos sospechosos.

8. Apoyo laboratorial. Es difícil y costoso establecer y mantener actividades de apoyo laboratorial en forma competente y fiable. Además, para poder mantener la pericia adquirida por el personal de laboratorio, se necesita un promedio mensual de unos 50 especímenes para aislamiento de enterovirus. Afortunadamente, solo se necesita un reducido número de laboratorios (quizá de cinco a ocho) para apoyar las actividades de erradicación de la poliomielitis. Conviene identificar los laboratorios que prestarán ese servicio y ponerlos en pleno funcionamiento antes de finales de 1986. A nivel central, se necesitan reactivos (y tal vez suministros y equipo) normalizados para asegurar la comparabilidad y calidad de los resultados. Habría que tener particular cuidado en la obtención, manipulación y presentación de especímenes.

9. Necesidades de capacitación. Para ayudar a adiestrar al personal necesario a niveles nacional, estatal y local, es indispensable preparar manuales lo más pronto posible. Se necesitan, como mínimo, un amplio manual de laboratorio y otro de vigilancia y control. Se prevé que ambos estarán a disposición de los interesados antes de finales de 1986.

10. Otras investigaciones necesarias de inmediato:
- a) creación y evaluación de los medios de vigilancia más apropiados;
 - b) institución de técnicas para determinar la intensidad de las actividades de contención, tanto en lo que se refiere a la extensión geográfica de las mismas como a los grupos destinatarios, clasificados según la edad, que deberán inmunizarse;
 - c) importancia programática de la poliomielitis en las personas mayores de 15 años;
 - d) creación de métodos para determinar la ausencia del poliovirus salvaje en los países sin casos notificados;
 - e) función de los enterovirus distintos de los de la poliomielitis como causa de la enfermedad paralítica;
 - f) magnitud de posible diagnóstico equivoco de casos de poliomielitis clasificados como casos del SGB;

- g) institución de métodos para detectar los casos que, de ordinario, no se señalan a la atención del sector de salud;
- h) incidencia de casos de parálisis relacionados con la vacuna;
- i) establecimiento de técnicas para lograr una cobertura satisfactoria en todos los grupos de la población destinataria durante la realización de actividades intensivas.

11. México. El GAT notó con satisfacción el mayor compromiso demostrado por medio de las jornadas nacionales de inmunización antipoliomielítica iniciadas en 1986 (que los miembros del GAT tuvieron la oportunidad de observar) y las actividades destinadas a mejorar la vigilancia. Estas son, a todas luces, empresas de gran envergadura que deben tener un efecto considerable en la incidencia de la enfermedad en México. Es bastante posible que una mayor vigilancia permita detectar tal número de casos previamente no notificados, que quizá se observe un aumento paradójico en el número de casos, aun cuando haya mejorado el porcentaje de niños inmunizados. El GAT espera con interés los futuros informes de actividades en México y la inclusión de otros antígenos y de fichas particulares de inmunización en el programa.

12. La experiencia del Brasil y de otros países ha demostrado claramente que las jornadas nacionales de inmunización son una forma factible y eficaz de mejorar la cobertura vacunal y tienen un efecto drástico en la incidencia de las enfermedades, particularmente de la poliomielitis. Con la debida planificación y el continuo apoyo de las autoridades federales, esas actividades pueden seguir realizándose por varios años. Las jornadas nacionales de inmunización son particularmente apropiadas para lograr rápidos resultados sin demora en la lucha contra la poliomielitis y son un eficaz instrumento empleable en la erradicación de la enfermedad del hemisferio. Además, dichas jornadas pueden tener un efecto importante que se extiende más allá del de la inmunización, por la forma en que movilizan los recursos sociales, generan mayor apoyo político y concentran la atención del público en las actividades de salud preventiva. Si bien la inclusión de las vacunas antisarampionosa y DTP en las jornadas nacionales de inmunización causa algunos otros problemas operativos, es posible resolver la mayoría de éstos y derivar muchos otros beneficios. En cualquier circunstancia, es indispensable encontrar mecanismos precisos de vigilancia para demostrar el efecto de los programas de inmunización.

La próxima reunión del GAT se programó provisionalmente para la primera semana de septiembre de 1986 en Brasilia. Entre los principales temas recomendados para inclusión en el programa están un análisis de los manuales de laboratorio, vigilancia y control actualmente en preparación, la discusión de los principales asuntos relativos a investigación y un estudio de la experiencia adquirida en las actividades de vigilancia intensiva (por ejemplo, Brasil, México y, quizá, otros países). Además, se indicó que las discusiones deben comenzar sobre el proceso de confirmación de la erradicación, y que debe hacerse un análisis de las experiencias que ha tenido el hemisferio en lo que respecta a la poliomielitis asociada con la vacuna.

GRUPO ASESOR TECNICO (GAT) EN ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS
15-17 DE ENERO DE 1986, CIUDAD DE MEXICO, MEXICO
Programa de temas

15 de enero (miércoles)

9:30 - 10:00 a.m. Inauguración.
10:00 - 10:30 a.m. Estado actual del Programa Ampliado de Inmunización.
10:30 - 12:00 m. Asuntos relativos a la vigilancia epidemiológica:
presentación de datos de investigaciones sobre
poliomielitis efectuadas en el Brasil.
12:00 - 1:00 p.m. Almuerzo.
1:30 - 3:00 p.m. Asuntos relativos a la vigilancia epidemiológica
(continuación).
3:00 - 3:30 p.m. Receso.
3:30 - 5:00 p.m. Análisis panorámico de los laboratorios nacionales de la
Región.

16 de enero (jueves)

8:30 - 10:00 a.m. Discusión de los asuntos relativos a la vigilancia
epidemiológica.
10:00 - 10:30 a.m. Receso.
10:30 - 12:00 m. Discusión (continuación).
12:00 - 1:30 p.m. Almuerzo.
1:30 - 3:00 p.m. Discusión (continuación).
3:00 - 3:30 p.m. Receso.
3:30 - 5:00 p.m. El PAI en México.

17 de enero (viernes)

8:30 - 10:00 a.m. Jornadas nacionales de vacunación en México.
Producción de vacuna en México.
10:00 - 10:30 a.m. Receso.
10:30 - 12:00 m. Jornadas nacionales de vacunación en Brasil.
Actualización sobre el aplicador de vacunas "Ezeject".
Resumen de la Reunión del Grupo Asesor Mundial del PAI.
celebrada en 1985.
12:00 - 1:30 p.m. Almuerzo.
1:30 - 5:00 p.m. Informe final y recomendaciones.