

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA
BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN



DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida



EVALUACIÓN DEL PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. ANTIOQUIA 2006

Por: Lina María Vélez Londoño, Epidemióloga
Dirección de Salud Pública – DSSA

Hoy, existen miles de niños que pueden reír, caminar, correr y jugar gracias a que fueron vacunados y no se vieron afectados por la poliomielitis o parálisis infantil. Enfermedad infectocontagiosa, que ataca el sistema nervioso produciendo daños irreparables e incapacidad y en ocasiones la muerte.

En septiembre de 1985 la Organización Panamericana de la Salud presentó la propuesta de erradicar la transmisión de la poliomielitis en América para el año 1990. Dicha iniciativa fue acogida por unanimidad por todos los países de la Región. Colombia asumió en 1987 el reto de acabar con esta terrible enfermedad.

Para lograr esta gran hazaña (que no se presten enfermos y que desaparezca el virus polio) se implementaron estrategias tendientes a interrumpir la cadena de transmisión, como el fortalecimiento del programa rutinario de vacunación y la realización de jornadas nacionales de vacunación. Así mismo, se puso en práctica un sistema de vigilancia epidemiológica para la captación y seguimiento de todos los posibles enfermos por esta causa.

En septiembre de 1994 la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la poliomielitis certificó que la transmisión del poliovirus salvaje había sido interrumpida en el continente americano.

La participación entusiasta y comprometida de todo el personal de salud, el compromiso Político de las autoridades sanitarias, el apoyo y esfuerzo de organizaciones no gubernamentales y la vinculación de la comunidad han hecho posible el logro de erradicar esta enfermedad.

Para mantener a nuestros niños libres de esta enfermedad y hasta tanto no se elimine esta infección en todo el mundo, se

1

requiere continuar vacunando a los menores de 5 años asegurando que todos reciban las tres dosis de vacuna oral antipoliomielitis- VOP y mantener la vigilancia epidemiológica todas las parálisis flácidas agudas presentes en los menores de 15 años.

Cuando la Organización Mundial de la Salud lanzó el Plan de Erradicación de la Poliomiélitis, en el mundo el virus salvaje de la polio circulaba de manera endémica en más de 125 países y se reportaban cerca de 350.000 casos de esta enfermedad. En el 2006 la cifra de enfermos por poliomiélitis no supera los 2000 casos y el número de países endémicos se reduce a solo cuatro: India, Afganistán, Pakistán y Nigeria. Estos países han ratificado su compromiso de fortalecer las estrategias básicas del Plan de Erradicación.

En Colombia el último caso de poliomiélitis se detectó en el departamento de Bolívar en 1991, desde entonces la vigilancia se centró en el seguimiento de los enfermos con parálisis flácida aguda independiente de su causa. Cada caso es manejado como poliomiélitis hasta que no se demuestre lo contrario.

En Antioquia el último caso confirmado de poliomiélitis se registró en diciembre de 1989, desde entonces se han evitado cerca de 45 casos cada año, liberando a la población infantil de graves secuelas Figura 1.

SITUACIÓN EN EL 2006

Durante el año fueron captados un total de 33 casos menores de 15 años sospechosos de polio, por presentar parálisis flácida aguda. Tabla 1. Esta cifra es superior a la reportada en años anteriores. El incremento en la **captación de casos** se debe muy posiblemente al fortalecimiento de la estrategia de "Búsqueda Activa Institucional" adelantada por la Secretaría de Salud de Medellín, ciudad que reportó 22 casos.

Se alcanzó una tasa de incidencia por encima del 1 por 100.000 menores de 15 años, lo que nos indica que nuestro sistema de vigilancia epidemiológica permite la captación de la mayoría de los casos presentes en la comunidad.

Al evaluar la tasa de incidencia por municipio se encuentra que las 12 localidades que durante este año reportaron casos, alcanzaron la tasa de incidencia por encima del estándar internacional, Tabla 1- 2

Tabla 1 Indicadores del Plan de Erradicación de Poliomiélitis, Antioquia 2001 - 2006

INDICADORES	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº casos con PFA	33	20	20	25	18	33
Incidencia de PFA (menores de 15 años)	1,9	1,1	1,1	1,4	1	1,84
% cumplimiento en la notificación semanal	71	73	89	92	95	95
% de casos con heces oportuna	85	65	100	92	88	70
% de casos investigados oportunamente	70	75	95	84	66	76

Otro indicador que da cuenta del funcionamiento del Sistema de Vigilancia hace referencia al **cumplimiento de la notificación semanal** por parte de las unidades primaria generadoras de datos (Ips) y las unidades notificadoras (DAS). El Departamento cuenta con una red que se extiende a lo largo de todo el territorio. En la actualidad esta integrada por 365 instituciones de salud, que tienen el compromiso de reportar cada semana la presencia o ausencia de pacientes con parálisis flácida aguda.

A lo largo de las 52 semanas epidemiológicas del año, se logró que el 95% de las UPGD cumplieran de manera oportuna con el reporte semanal. Cuando se evalúa por municipio la calidad en el cumplimiento de este indicador se observan dificultades en Hispania y Cisneros. En este último, resulta difícil explicar el bajo cumplimiento ya que la DSSA cofinanció a la Dirección Local de Salud para contar con un gerente de sistema de información en salud.

La Dirección Seccional a través del Proyecto de Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública busca durante el año 2007 continuara con la cofinanciación a algunas DLS, para la contratación del recurso humano idóneo que apoye el manejo de la información. Se espera que las acciones de asesoría y asistencia técnica y de vigilancia y control en este componente de gestión de la información se concentren al mejorar la calidad de la información y no solo el cumplimiento de la misma.

Con la ausencia del virus en esta región del planeta se hace obligatorio demostrar que el cuadro de parálisis flácida que sufre el paciente no es ocasionado por el polio virus salvaje. Nuestro país cuenta con el Instituto Nacional de Salud, para realizar las pruebas que permiten monitorear la circulación del virus.

Realizar prueba de aislamiento viral en materia fecal es de gran importancia para demostrar que no tenemos presencia del virus. Todo paciente menor de 15 años con cuadro de parálisis flácida aguda, independiente de su etiología debe ser estudiado por laboratorio. Se le tome una **muestra de materia fecal** obtenida en los primeros 14 días después de iniciada la parálisis (período en el que se espera se presente la excreción del virus en caso de que este se encuentre presente).

Se espera que al menos el 80% de los casos sospechosos tengan la muestra de heces obtenida de manera oportuna.

En el 2006 se obtuvo muestra en el 70% de los casos, siendo esta una de las proporciones más bajas de los últimos años. Esto puede explicarse debido a que numerosos casos fueron identificados de manera tardía en acciones propias de la búsqueda activa institucional. Al momento de su identificación ya habían transcurrido más de 14 días de iniciada la parálisis por lo cual no está indicada la toma de heces.

Las mayores deficiencias se identificaron en instituciones de salud de Medellín, como la Clínica Soma y el Hospital General de Medellín donde se atendieron dos casos respectivamente; en ninguno se siguieron las indicaciones definidas en el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica. También presentaron dificultades el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, la Clínica El Rosario, el Hospital Pablo Tobón Uribe, la Clínica AES y el Instituto Neurológico de Antioquia. La Secretaría de Salud de Medellín requiere intensificar las acciones de asesoría y asistencia técnica en dichas entidades.

Se destaca lo ocurrido en cinco pacientes, todos ellos residentes en Medellín, quienes fueron notificados al sistema entre 23 y 42 días después de haber sido hospitalizados, por lo cual no fue posible que la DSSA realizara la tarea de recordar diariamente, hasta su obtención y recepción en el LDSP, la importancia de la toma de muestra de materia fecal.

Los resultados de la muestra se ven afectados por la oportunidad en su toma, las condiciones de transporte y la rapidez en su envío al Laboratorio Departamental de Salud Pública de la DSSA, donde se remite al Instituto Nacional de Salud en Bogotá. Por lo anterior, otro de los indicadores que hace parte del conjunto de elementos

empleados para evaluar el Plan es el que hace referencia al intervalo de días transcurrido entre la **toma de la muestra y su recepción** en el Laboratorio Departamental de Salud Pública. Solo 19 muestras fueron recibidas en los primeros cinco días después de su toma, (intervalo máximo definido como el más apropiado). Situación que no es clara ya que la mayoría de las Ips donde se atendieron los pacientes están situadas en Medellín, bien cerca de las instalaciones del LDSP. Los mayores de los retrasos se presentaron en el Hospital Pablo Tobón Uribe y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, donde tienen establecido que solo un día a la semana hacen remisión de muestras la LDSP:

Se contó con muestras de heces de 23 casos. El laboratorio de virológica del INS reportó 20 (87%) muestras como negativas para enterovirus, incluido polio. Tres muestras resultaron positivas: una para Coxsackie, una para Echovirus 6 y en una se obtuvo virus polio tipo Sabin, procedente de la vacuna VOP que se emplea en la actualidad para la vacunación masiva.

Ante la captación de un caso sospechoso de poliomielitis es necesario realizar **acción de control** a nivel comunitario. Rápidamente está indicada la investigación epidemiológica de campo para identificar menores susceptibles que requieran la vacunación y la presencia de casos adicionales con sintomatología similar. En el Sistema de Seguridad Social vigente en el país la responsabilidad y los recursos financieros para su ejecución han sido asignados a las Direcciones Locales de Salud.

En el 76% (24) de los casos se realizó según los lineamientos internacionales la investigación epidemiológica de campo. Las localidades con resultados críticos en este sentido fueron Puerto Berrío, Mutatá, Sabaneta, Valdivia y Valparaíso, poniendo en alto riesgo su población.

El desempeño global en el Plan por parte del Departamento puede clasificarse como deficiente, ya que solo se alcanzó el cumplimiento del estándar internacional en solo dos indicadores: la tasa de incidencia de PFA en menores de 15 años superior a 1 por 100.000 y el cumplimiento en la notificación semanal.

El manejo individual de los pacientes, que refleja la calidad de la atención brindada y la aplicación de medidas a nivel comunitario que dan cuenta de como las direcciones locales de salud asumen sus competencias en salud pública son

una señal del riesgo que se tienen en el mantenimiento de los logros (no transmisión del virus, ausencia de susceptibles y extinción del virus) hasta ahora alcanzados en la erradicación de poliomielitis.

Son necesarias acciones que lleven a promover la movilización social para mejorar el acceso de la población a métodos de prevención, dx y de tratamiento; a mejorar la capacidad del personal de salud para la captación, identificación y manejo de casos y comunidades involucradas; a mantener actualizado el protocolo relacionado con este evento y a mejorar el monitoreo de casos para avanzar en la fase final de la lucha contra esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Las aseguradoras, las IPS y los entes territoriales deben intensificar las acciones de fortalecimiento del PAI, para mantener coberturas útiles con VOP en población menor de 6 años, y reducir el número de susceptibles.

El sistema de vigilancia epidemiológica en el Departamento permite la captación de una proporción alta de los casos reales y se apoya en un sistema de información- Sivi- que opera cumplidamente en la mayoría de las localidades.

El manejo individual de los menores con parálisis flácida aguda en cuanto a la toma y remisión de muestra de heces es uno de los aspectos claves del Plan que debe ser mejorado.

El Instituto Nacional de Salud brinda apoyo a todas las instituciones de servicios de salud públicas o privadas en el diagnóstico de problemas virales relacionados con manifestaciones similares a la poliomielitis, realizando cultivos virales sin costo para el usuario.

Las Direcciones Locales de Salud responsables de asumir las acciones de salud pública a nivel comunitario, y del análisis de la misma, (circular 0018 de Minprotección) cuentan con los recursos económicos para tal fin a través del Plan de Atención Básica., pero en muchos casos carecen de la infraestructura necesaria para el cumplimiento de sus competencias, en especial lo que hace referencia al componente del recurso humano.

RECOMENDACIONES

Son muchas las acciones que aún deben mantenerse para que en poco tiempo la poliomielitis sea cosa del pasado, como:

- ◆ Realizar periódicamente actividades de divulgación del Plan, dirigidas tanto al personal asistencial responsable del manejo individual del caso, como al personal de la DLS responsable de la aplicación de medidas de control a nivel comunitario.
- ◆ Asegurar la inclusión en los Planes de Salud Pública del componente de fortalecimiento de la VSP con énfasis en el apoyo al Plan de Erradicación para facilitar la disponibilidad de recursos y el desarrollo de las competencias.
- ◆ Fortalecer la estrategia de “Búsqueda Activa Institucional” por parte de las Direcciones Locales de Salud, tal como aparece en los lineamientos del Plan de Atención Básica 2007.
- ◆ Sistematizar la supervisión por parte de la DSSA, las DLS y los prestadores en el monitoreo de la calidad de la información reportada cada semana por el sistema para garantizar no solo el cumplimiento del reporte si no la calidad del mismo.
- ◆ Garantizar el recurso idóneo para la realización de las acciones de control a nivel comunitario de manera oportuna y con las especificaciones definidas en los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica del nivel seccional.
- ◆ Revisar la medida administrativa de remitir solo una vez a la semana muestras al LDSP, ya que esto reduce la posibilidad de contar con resultados oportunos.
- ◆ Se deben continuar las acciones de vacunación y vigilancia en salud pública para mantener el territorio antioqueño libre de la circulación del polio virus.

Figura 1. Tendencia de la incidencia de poliomiелitis Antioquia 1959 2006

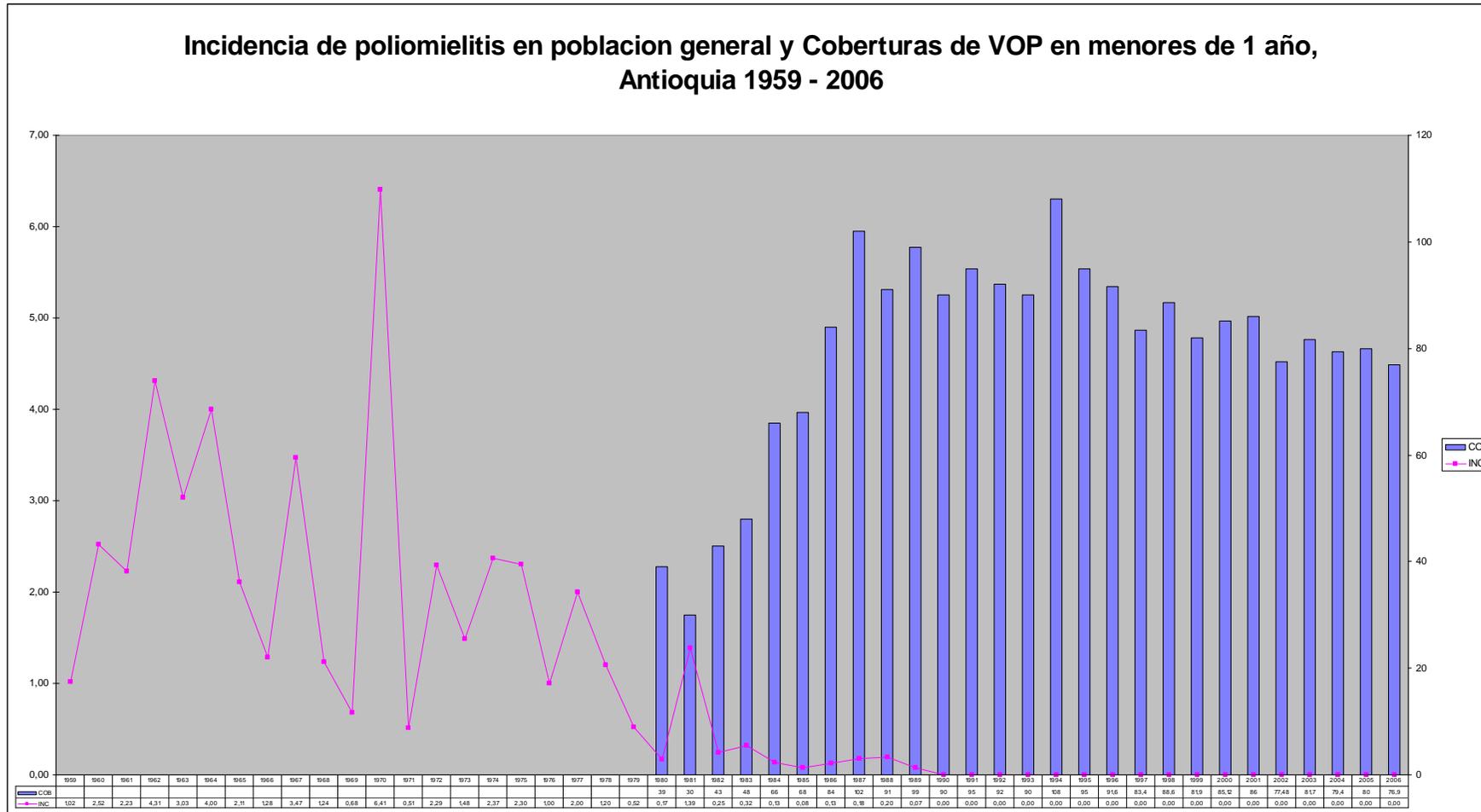


Tabla N°2 Indicadores de Evaluación del Plan de Erradicación de Polio

INDICADORES DE EVALUACION DEL PLAN DE ERRADICACION DE POLIO, ANTIOQUIA 2006												
N°	MUNICIPIO	N° CASOS PFA	TASA DE INCIDENCIA	CASOS CON MUESTRA HECEES OPORTUNA *		CASOS CON INV EPIDEMIOLOGICA OPORTUNA **		% CUMPLIMIENTO NOTIFICACION SEMANAL	% MUESTRAS RECIBIDA OPORTUNAMENTE ***		N° DE CASOS SIN MATERA FECAL	N° DE INDICADORES CUMPLIDOS
				N°	%	N°	%		N°	%		
1	CISNEROS	1	35,6	1	100	1	100	75%	1	100	0	4
2	HISPANIA	1	68,8	0	0%	1	100	42%			1	2
3	LA UNION	1	14,2	1	100	1	100	90%	1	100	0	5
4	MEDELLIN	22	3,87	14	64%	18	82%	96%	12	86%	8	2
5	MUTATA	1	25,7	1	100	0	0%	100	1	100	0	4
6	PTO BERRIO	1	7,41	1	100	0	0%	98%	0	0%	0	3
7	RIONEGRO	1	3,05	1	100	1	100	100	1	100	0	5
8	SABANETA	1	9,57	1	100	0	0%	100	1	100	0	4
9	SANTA ROSA O	1	10,6	1	100	1	100	98%	0	0%	0	4
10	TURBO	1	1,94	0	0%	1	100	100			1	3
11	VALDIVIA	1	14,9	1	100	0	0%	96%	1	100	0	4
12	VALPARAISO	1	38,6	1	100	0	0%	96%	1	100	0	4
	TOTAL ANTIOQUIA	33	1,84	23	70,0%	24	76,0%	95%	19	76%	10	2
<p>* TOMADA EN LOS PRIMEROS 14 DIAS DESPUES DE INICIADA LA PARALISIS ** REALIZADA EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DESPUES DE LA NOTIFICACIÓN *** REMITIDAS AL LAB EN LOS PRIMEROS 5 DIAS DESPUES DE SU TOMA</p>												