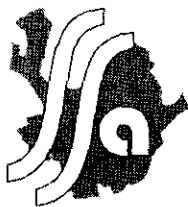


# DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN  
DE  
SALUD PÚBLICA

BIA  
BOLETÍN DE INFORMACIÓN  
PARA LA ACCIÓN



DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA  
GOBERNACION DE ANTIOQUIA



## PLAN DE ERRADICACIÓN DE POLIOMIELITIS VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

Por: Lina María Vélez Londoño, Profesional  
Universitaria, Dirección de Salud Pública-DSSA

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 (1).

Para lograr esta hazaña (ausencia de enfermos y extinción del virus polio) se implementaron estrategias como el fortalecimiento del programa rutinario de vacunación y la realización de jornadas nacionales de vacunación tendientes a interrumpir la cadena de transmisión. Así mismo, se puso en práctica un sistema de vigilancia epidemiológica centrado en el seguimiento de los enfermos menores de 15 años con parálisis flácida aguda-pfa-independiente de su causa (1). Por su similitud clínica cada caso de pfa es manejado como poliomielitis hasta que no se demuestre lo contrario.

En septiembre de 1994 la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de Poliomielitis declaró que la transmisión del poliovirus salvaje había sido interrumpida en el continente Americano (2).

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 avanzar en la erradicación de esta infección.

Para mantener los niños libres de esta enfermedad y hasta tanto no se acabe la circulación del virus en todos los rincones del planeta, se requiere continuar vacunando a los menores de 5 años, asegurando que todos reciban las tres dosis de vacuna oral antipoliomielitis-VOP. Igualmente, es necesario mantener la vigilancia epidemiológica que permita detectar precozmente la circulación viral para la aplicación de medidas de control inmediatas (1).

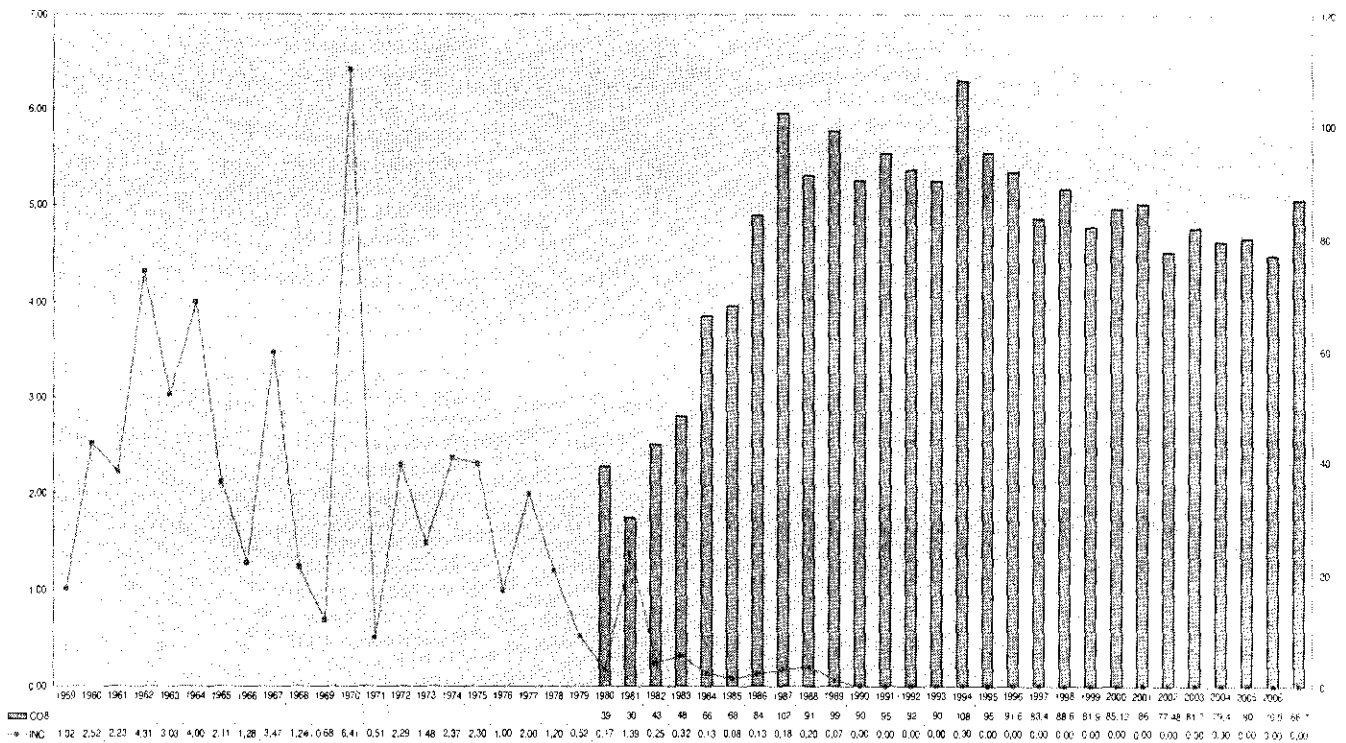
En los años 80, cuando la Organización Mundial de la Salud "OMS" lanzó el Plan de Erradicación, el virus salvaje de la polio circulaba de manera endémica en más de 125 países y generaba el reporte de unos 350.000 casos. En el 2007, la cifra de enfermos por poliomielitis no superó 1308 casos y el número de países endémicos se redujo a solo un puñado: India, Afganistán, Pakistán y Nigeria.

(3). Estos países han ratificado con especial énfasis su compromiso de fortalecer las estrategias básicas del Plan de Erradicación.

En Colombia, el último caso de poliomielitis se detectó en el departamento de Bolívar en 1991 (4).

Consecuente con las coberturas de vacunación en Antioquia, el último enfermo confirmado de poliomielitis se registró en la zona urbana del municipio de Caldas en diciembre de 1989, ocasionada por polio virus tipo 1, (5) desde entonces se han evitado cada año cerca de 45 casos, para una cifra global cercana a los 900 enfermos, liberando a la población infantil de graves secuelas **Figura 1**.

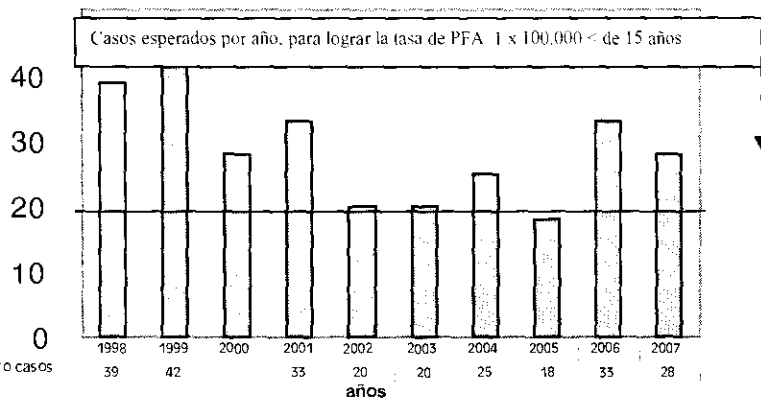
**Incidencia de poliomielitis en población general y Coberturas de VOP en menores de 1 año, Antioquia 1959 - 2007**



Las coberturas de vacunación con VOP en Antioquia muestran un importante aumento entre 1978, cuando solo el 20% en los menores de 1 año habían recibido la vacuna, y 1988 año en el que se alcanza una cobertura poblacional del 97%. Desde entonces se aprecian un comportamiento cíclico con incrementos y descensos cada siete años, alcanzando las mayores coberturas en 1987, 1994 y el 2002. Estos ciclos pueden explicarse, entre otras por los cambios en las cifras empleados en los denominadores, las cuales son obtenidas de censos poblacionales y a las modificaciones implantadas en el sector con la Ley 100 de 1993 que modificaron las responsabilidades de los entes territoriales frente a la vacunación y ampliaron la gama de actores involucrados en la prestación de este servicio.

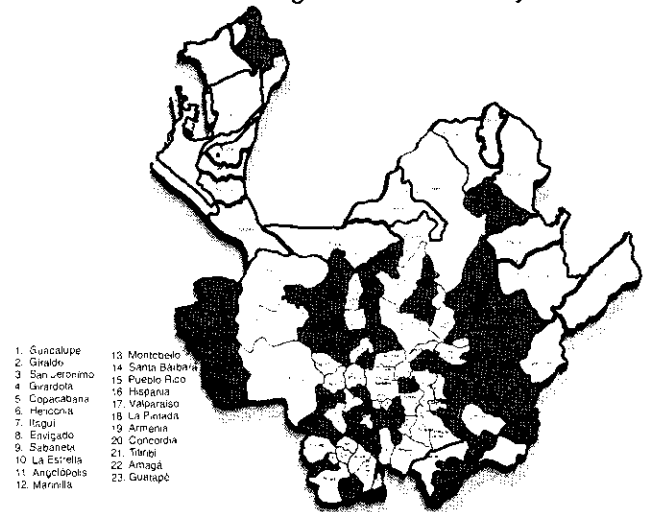
En los últimos años (1998 – 2007) se han captado un total de 286 casos con pfa para un promedio de 29 pacientes al año, los cuales se manejan como casos de poliomielitis hasta que no se demuestre lo contrario. El número de casos captados por año, corresponde a una proporción de incidencia de Pfa por encima uno por 100.000 menores de 15 años, cifra que se sitúa por encima del estándar internacional, (1) e indica que en el Departamento la vigilancia epidemiológica opera de manera adecuada y permite la captación de los casos esperado por año. Figura 2.

Figura 2. Número de Casos de Parálisis Flácida Antioquia 1998 – 2007



Municipio de procedencia: En los últimos 10 años (1998 – 2007) el 45% (58) de los 125 municipios de Antioquia han permanecido silenciosos frente a la notificación de casos probables de polio, la mayoría corresponden a poblaciones con reducido número de menores de 15 años, donde alcanzar una cohorte con estas características tardara varios lustros. Figura 3.

Figura 3. Municipios silenciosos para Parálisis Flácida Aguda entre 1998 y 2007



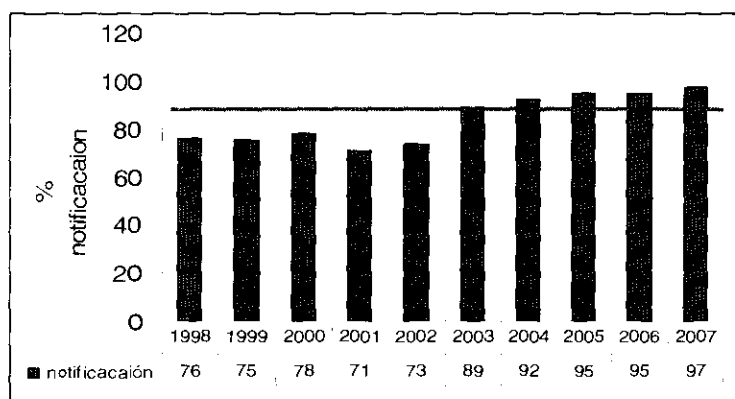
Los 10 municipios que integran la región de Valle de Aburrá y que concentran el mayor número de población han reportado el mayor número de casos probables, destacándose Medellín con las cifras más elevadas.

En el 2007 fueron 14 las localidades que reportaron casos con Pfa. Medellín con 10 y una tasa de 1.7 reporto el mayor numero. Seguido de Turbo con 4 pacientes y una incidencia de parálisis flácida en menores de 15 años de 7.9. Yarumal realizó la notificación de tres pacientes.

La red de unidades primarias generadoras de datos que se extiende a lo largo de todo el territorio departamental 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. En los últimos 10 años (1998 – 2007), este indicador ha

mejorado en su comportamiento, a partir de 2004 se ha logrado un adecuado cumplimiento en la notificación semanal ya que al menos el 90% de las unidades ha reportado de manera oportuna, lo que refleja el positivo impacto expansión de la presencia de gerentes de sistemas de información en el ámbito local y de las acciones de asesoría y asistencia técnica a direcciones locales de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud brindadas por la Dirección Seccional. *Figura 4.* En el 2007 el cumplimiento en la notificación fue del 97%.

Figura 4 Tendencia del % de cumplimiento en la Notificación semanal Antioquia 1998 -2007



Diagnósticos de captura: el diagnóstico inicial más frecuente corresponde al Síndrome de Guillain Barré, tal como se reporta en otras zonas del mundo (6), en el 2007 fueron 20 (71%) los menores con este diagnóstico, Mielitis transversa y encefalitis fueron otros de los diagnósticos captados.

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 viral. La prueba de aislamiento viral es de gran importancia para demostrar que no tenemos presencia, por esto todo paciente menor de 15 años con cuadro de parálisis flácida aguda, independiente de su etiología debe ser

estudiado por laboratorio. obtenida en los primeros 14 días después de iniciada la parálisis (período en el que se espera haya excreción viral en caso de estar presente). Al menos el 80% de los casos sospechosos deben tener una muestra oportuna de materia fecal. (5)

En nuestro Departamento este indicador presenta grandes fluctuaciones en su comportamiento, como ha venido ocurriendo en los últimos años no solo en el país sino en otras naciones de la Región de América. (8,12). *Figura 5.*

En los últimos 10 años (1998 – 2007) se obtuvo muestras de heces de 277 correspondiente a 97% del total 286 casos. *Tabla 1.*

Figura 5 Proporción de casos de PFA con toma de muestra de materia fecal adecuada Antioquia 1998 – 2007

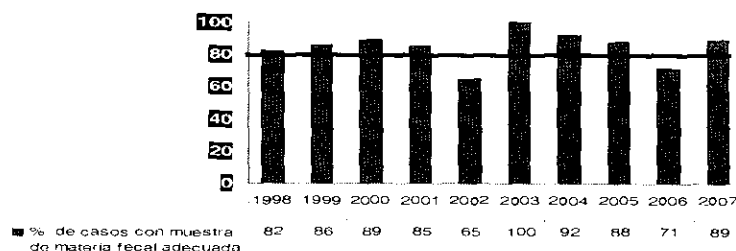


Tabla 1 Muestras de heces procedas para aislamiento poliovirus según resultado; Antioquia 1998 -2007

RESULTADO DE MUESTRAS PROCESADAS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	
CASOS ESTUDIADOS	37	39	27	33	20	20	25	18	33	25	277	
AISLAMIENTO NEGATIVO	37	35	25	32	10	20	24	16	23	23	245	88.4
AISLAMIENTO ENTEROVIRUS NO POLIO	0	4	2	1	3	1	2	2	2	2	19	7.76
AISLAMIENTO VIRUS POLIO SABIN	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	10.5
AISLAMIENTO VIRUS SALVAJE POLIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

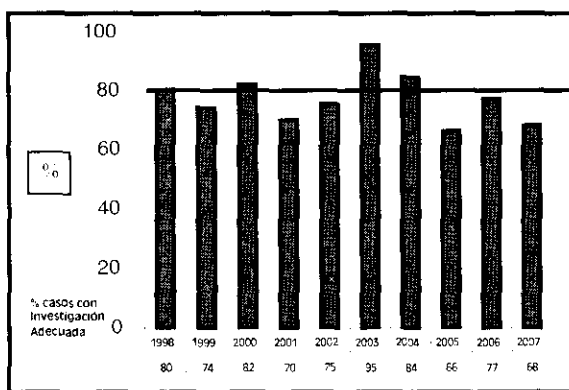
El laboratorio de virológica del INS reportó 245 (88.4%) muestras como negativas para enterovirus, incluido polio. En 19

(7.7%) se aisló un enterovirus no polio; así: una positiva para Coxsackie, una para Echovirus 6 y en 17 no se especificó el virus aislado. Los hallazgos anteriores evidencian que en nuestro territorio no se presenta circulación del virus salvaje de poliomielitis.

En el 2007 se obtuvo muestra en el 89% de los casos correspondiente a 25, siendo ésta una de las proporciones más altas de los últimos años, sin embargo cuando se evalúa el indicador por IPS se encuentran dificultades en los Hospitales de Turbo, La Unidad Hospitalaria de Buenos Aires y el Instituto Neurológico de Antioquia en Medellín.

Ante la captación de un caso sospechoso de poliomielitis es necesario realizar acciones de control a nivel comunitario. La investigación epidemiológica de campo busca identificar menores susceptibles que requieran vacunación y la presencia de casos adicionales. La gestión de las direcciones locales de salud frente a esta responsabilidad es crítica y requiere implementar planes de mejoramiento como la asignación de personal idóneo para su ejecución y agilizar su realización para ser oportunos. Los deficientes resultados al evaluar este indicador ponen en alto riesgo los logros hasta ahora alcanzados y permitirían que se diera la reinfección del territorio, el virus salvaje este se expandiría fácilmente. Figura 6.

Figura 6 Proporción de casos de parálisis Flácida aguda > 15 años con investigación epidemiológica adecuada, Antioquia 1998 – 2007



En el 2007 de los 28 casos captados solo en 19 se realizó la investigación de manera oportuna, en las siguientes 48 horas de captado el paciente. Los municipios con deficiencias en este aspecto fueron Cáceres, El Bagre, Nechí, Yondó y Turbo. Medellín tampoco alcanzó el estándar mínimo deseado, ya que de los 10 pacientes investigó siete.

La clasificación final de los casos se realiza teniendo en cuenta el resultado de aislamiento viral en heces, la presencia de secuelas a los 30, 60 y 90 días de iniciada la parálisis (compatible con polio), el antecedente vacunal y la presencia de casos adicionales en la zona.

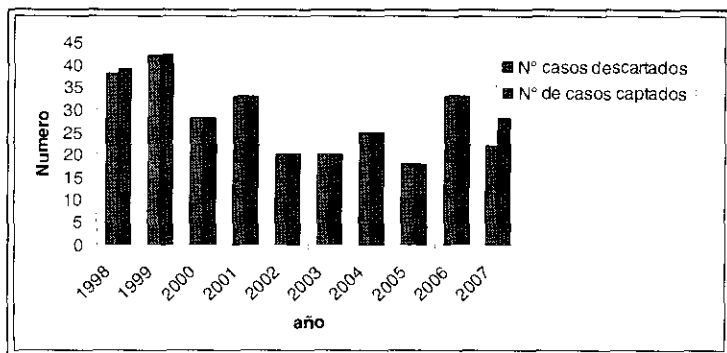
De los 286 casos registrados en el periodo evaluado el 99% se descartaron como casos de polio; 1 en el año 1998 se definió como compatibles 1% por ausencia de información. *Tabla 2*

Tabla 2 según clasificación final. Antioquia 1998 – 2007

TABLA 2 CLASIFICACIÓN FINAL DE CASOS CON PFA 1998-2007

AÑO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
CLASIFICACIÓN											
DESCARTADO	38	42	28	33	20	20	25	18	33	28	285
COMPATIBLE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CONFIRMADO ASOCIADO A VACUNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	39	42	28	33	20	20	25	18	33	28	286

En el 2007 de los 28 casos, 22 se descartaron y 6 casos están pendientes de clasificación final ya que no poseen evaluaciones neurológicas a pesar de que han transcurrido más de tres meses de iniciada la parálisis, residen en Turbo, Taraza, Cáceres, El Bagre, Yondó y Medellín.



El reto que afronta hoy la región, le exige a las autoridades sanitarias ratificar el compromiso político, para que se mantengan las acciones tendientes a lograr coberturas útiles de vacunación y se fortalezcan las de vigilancia epidemiológica para la captación y seguimiento oportuno de casos sospechosos. Los próximos años serán decisivos en el logro de la meta de erradicar la poliomielitis del planeta.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Erradicación de la poliomielitis: guía práctica. Washington, D.C.: OPS 2005, 3 era ed Publicación Científica y Técnica N° 607.
2. La poliomielitis derrotada en las Américas Boletín Informativo Pai, Programa Ampliado de Inmunizaciones en las Américas OPS, Vol. XVI, (4) sept 1994. pp 1-6
3. WHO. Immunization surveillance, assessment and monitoring. Vaccine preventable diseases. [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/poliomyelitis/en/index](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/poliomyelitis/en/index)
4. La Poliomielitis en Colombia. En Nosotros lo Logramos. Acto de celebración "Colombia libre de polio" Programa Ampliado de Inmunizaciones en las Américas, Ministerio de Salud de Colombia, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNICEF Bogotá dic 1994.
5. Sierra, Marta Ligia; Vélez, Lina María; Castañeda, Ángela María et al. Análisis de la mortalidad. Revista Epidemiol de Antioquia Vol. 25 N° 1-3 enero - sept 2000 pp. 112.
6. Vigilancia de las parálisis flácidas agudas en Canadá. Boletín Informativo Pai, Programa Ampliado de Inmunizaciones en las Américas OPS, Vol. XXIX, (2) abril 2007. pp. 1-.