



Caso de Poliomieltis Sabin derivado en Argentina. Riesgo de Transmisión

10

Semana Epidemiológica: 27
Notificador : Programa Nacional de Control de
Enfermedades Inmunoprevenibles
Fecha de Alerta: 22 de julio de 2011
Código CIE – 10: B05
Redacción informe : Programa Nacional de Control de
Enfermedades Inmunoprevenibles

El 21 de julio del 2011 (SE 27) el Laboratorio Regional de Referencia de poliomieltis ANLIS/Malbrán, informó al Programa Nacional, el aislamiento de un iVDPV tipo 1 (poliovirus derivado de la vacuna) a partir de una muestra de materia fecal. Se trata de una niña de la Provincia de Buenos Aires internada con diagnóstico confirmado de botulismo del lactante. El Ministerio de Salud de la Nación elabora este alerta para describir y difundir medidas de control para pacientes en caso de parálisis flácida aguda (PAF), acciones de control de foco, y recomendaciones a las autoridades de salud y la comunidad en general.

Antecedentes

En 1988 la OMS impulsó la iniciativa global para erradicar la poliomieltis hacia el año 2000, a través de la vacunación masiva con vacuna Sabin. En ese momento la enfermedad era endémica en 125 países. Tres años después, en 1991, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) detectó el último caso de poliomieltis en la Región de las Américas, no registrándose transmisión autóctona del poliovirus salvaje en países de América desde esa fecha.

En el año 1994 la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis certificó la interrupción de la circulación de poliovirus salvaje en las Américas.

Sin embargo, debido a que todavía hay países en el mundo donde el virus salvaje aún continúa circulando y la poliomieltis es endémica existe el riesgo de reintroducción del virus en países sin circulación autóctona, detectar casos de poliomieltis importados. En la actualidad los países endémicos son Nigeria, Afganistán, Pakistán, e India.

El último caso de poliomieltis por el virus salvaje en la Argentina fue en la provincia de Salta en el año 1984. En 1987 se implementó el **Programa de Vigilancia de las Parálisis Flácidas Agudas (PFA)** para estudiar y descartar todo caso probable de poliomieltis. El Programa también detecta casos de parálisis asociados a la vacuna Sabin y vigila la aparición de virus derivados de la vacuna Sabin.

Justificación

En Argentina se han detectado desde el año 1997 hasta el año 2010 dos casos de iVDPV, el primer caso ocurrió en el año 1998 en Pergamino, pcia. de Buenos Aires y el segundo en el año 2009 en la provincia de San Luis.

El poliovirus derivado es un virus Sabin vacunal que ha mutado en más de 1% respecto de la cepa original

POLIOMIELITIS

La poliomieltis es una enfermedad infecciosa aguda ocasionada por un virus miembro del género Enterovirus de la Familia *Picornaviridae* conocido como poliovirus. El poliovirus puede atacar el sistema nervioso y destruir las células nerviosas encargadas del control de los músculos. Como consecuencia, los músculos afectados dejan de cumplir su función y se puede llegar a una parálisis irreversible. En casos severos, la enfermedad puede conducir a la muerte.

La poliomieltis afecta principalmente a niños menores de tres años, pero puede darse en niños mayores e incluso en adultos.

Agente etiológico: el poliovirus es un enterovirus. Se han identificado tres serotipos de poliovirus: tipo 1 (PV1), tipo 2 (PV2), y tipo 3 (PV3). Los tres serotipos son extremadamente virulentos y producen los mismos síntomas de la enfermedad. El PV1 es la forma más común, y la más estrechamente relacionada con los brotes.

Transmisión: la vía fecal-oral es muy común en los países en desarrollo. La transmisión orofaríngea es frecuente en países industrializados y durante los brotes.

Reservorio: el ser humano es el único reservorio y la infección se transmite de persona a persona.

El período de incubación: desde el momento de exposición al virus hasta la aparición de parálisis es de 7 a 21 días (mínimo de 4 y máximo de 40).

Inmunidad: toda persona no inmunizada es susceptible de contraer la poliomieltis.

No existe **tratamiento** específico para la poliomieltis. Las medidas de sostén para conservar la vida preservando las funciones vitales constituyen la única forma de atención médica en la fase aguda.

Las **medidas preventivas** se centran en la aplicación de vacuna. Otras medidas incluyen la sensibilización y captación oportuna de casos, la educación a la población sobre el modo de transmisión y el cumplimiento del esquema de vacunación.

Las **medidas de control** se centran en la notificación obligatoria a las autoridades de salud, así como la vacunación según esquema regular.

La **confirmación diagnóstica** se realiza con datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio (detección en materia fecal).

Fuente: Programa Nacional de Erradicación de la Poliomieltis. Programa Nacional de Control de Enfermedades inmunoprevenibles. Ministerio de

Sabin (VDPV) y que ha revertido a la neurovirulencia. Se conocen diferentes tipos de poliovirus derivados de la vacuna: el iVDPV (i de inmunodeficiente), el aVDPV (a de ambiguo), y el cVDPV (c de circulante), que ha sido aislado en brotes y ha mostrado tener las mismas características epidemiológicas y biológicas de los virus salvajes. Se han producido brotes en Egipto, Filipinas, Haití, Madagascar y la República Dominicana. En el año 2000-2001 en Haití y República Dominicana un virus Sabin derivado produjo aproximadamente 21 casos de poliomiелitis en los 2 países. El brote terminó después de campañas masivas con vacuna OPV.

La ausencia de Poliomiелitis no descarta la posibilidad de la introducción del virus a través de un caso importado, por lo que todo caso de Parálisis Fláccidas Agudas (PFA) se considera sospechoso de Poliomiелitis.

Es necesario investigar todos los casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años. Es difícil confirmar la poliomiелitis paralítica en la fase aguda sobre la base de los signos y síntomas clínicos solamente, ya que muchas otras enfermedades y trastornos pueden causar síntomas similares. Por lo tanto, la confirmación del laboratorio es indispensable para el diagnóstico definitivo. Las dos enfermedades que se asemejan más con la poliomiелitis son el síndrome de Guillain-Barré (SGB) y la miелitis transversa. Otras afecciones con síntomas similares a los de la poliomiелitis paralítica son la neuritis traumática, ciertos tumores y, con menos frecuencia, la meningitis/encefalitis y las enfermedades producidas por diversas toxinas.

Situación Actual

El día 21 de julio se recibe la confirmación por parte del Laboratorio Regional de Referencia de Poliomiелitis del ***aislamiento de un iVDPV tipo 1 (poliovirus derivado de la vacuna) a partir de una muestra de materia fecal.***

Se trata de una niña internada en una institución pública de la Provincia de Buenos Aires con diagnóstico de botulismo del lactante.

Información preliminar: Paciente de sexo femenino, fecha de nacimiento: 01/12/2010, Recién nacida de término, nacida por cesárea, eutrófica, inmunocompetente, sin antecedentes patológicos de importancia, que presentó a los 5 meses de edad un episodio de hipotonía con ptosis palpebral y decaimiento. Se interna en el Htal. Penna de Bahía Blanca en donde realizan diagnóstico de botulismo del lactante y tratamiento, permanece en la unidad de cuidados intensivos durante 11 días, no requiriendo ARM(asistencia respiratoria mecánica). Se envía la muestra de materia fecal al Malbrán, quien confirma aislamiento de toxina botulínica tipo A positiva. Por otro lado, como parte del sistema de vigilancia intensificada, se procesa la muestra obteniendo un aislamiento de iVDPV. La niña permaneció internada con muy buena evolución, egresando el 26 de mayo del corriente año.

Realizó controles semanales con estimulación. **Actualmente se encuentra en buen estado general y moviliza los cuatro miembros.**

El análisis virológico informó que el VDPV se clasifica como un iVDPV, con una distancia en nucleótidos con respecto a la cepa Sabin 1 de referencia de 1.1%. Esto indica que el virus se encuentra circulando desde hace 13 meses, y, al presentarse en una paciente inmunocompetente de 5 meses es altamente probable que el virus se haya transmitido desde un paciente inmunocomprometido, tratándose de un caso probable de portación. Se considera el caso como un hallazgo de la vigilancia que demuestra su sensibilidad.

Se notificó a la Dirección de Medicina Preventiva de la provincia de Buenos Aires donde se acuerda con la Región realizar las medidas de control de foco, incluyendo la visita al domicilio del caso y el control de todos los carnets de vacunación de los contactos familiares, para garantizar que tuvieran el esquema de Sabin completo. Se iniciaron las acciones de bloqueo con Sabin a todos los menores de 18 años que habitan dentro del radio de 10 manzanas del caso índice, independientemente del esquema de vacunación. Se realizaron búsquedas activas de Parálisis Agudas Fláccidas y toma de muestra según protocolo.

También se realizó una evaluación de las coberturas de vacunación del área, según coberturas administrativas.

Coberturas teóricas Región I

Avance de metas- Primer trimestre Marzo 2011(según vacuna y edades)

Vacuna	Dosis	Región I
Sabin	Tercera Dosis	22.3%
	Primer Refuerzo	19.5%
	Cobert. 6 años	29%

El análisis de las coberturas con vacuna Sabin para la Región I, muestra para el primer trimestre un avance general del 24% (esperado 33%). Al analizar las coberturas por grupo etáreo (3ª dosis de Sabin, 1er. Refuerzo a los 18 meses y Refuerzo del ingreso escolar), para el total de la Región supera el 100%, pero al analizar por localidad se observa en algunas áreas coberturas inferiores al 95%.

Información provista por el Programa de Inmunizaciones de la provincia de Buenos Aires.

RECOMENDACIONES A TODAS LAS JURISDICCIONES

- **INTENSIFICAR LA BÚSQUEDA DE CASOS DE PARALISIS FLACCIDAS AGUDAS (PAF) EN TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, TANTO PÚBLICOS COMO PRIVADOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**
- **NOTIFICAR E INVESTIGAR DENTRO DE LAS 24 HS. LOS CASOS A LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES DE CADA JURISDICCIÓN Y DEL NIVEL NACIONAL.**
- **REFORZAR LAS ACCIONES DE VACUNACIÓN SISTEMÁTICAS PARA GARANTIZAR COBERTURAS DEL 95% O MÁS CON LA VACUNA SABÍN.**
- **IDENTIFICAR ÁREAS CON COBERTURAS INFERIORES AL 95% E IMPLEMENTAR ACCIONES DE VACUNACIÓN PARA COMPLETAR ESQUEMAS**

Fortalecimiento de las actividades de Vigilancia y Control

1. Sistema de Vigilancia:

Recordar a todo el personal de los servicios de salud cumplir con el sistema de vigilancia de PAF.

- **Caso probable:** toda persona menor de 15 años de edad que presente parálisis flácida aguda, por cualquier razón, excepto traumatismo grave, o toda persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.
- **Caso confirmado:** Enfermedad paralítica flácida aguda asociada al aislamiento de poliovirus salvaje (o de poliovirus derivado VDPV), con parálisis residual.

Todas las muestras de materia fecal de los casos sospechosos de PAF serán analizados por el Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio de neurovirosis, Inst. ANLIS/Malbrán.

2. Actividades ante un caso sospechoso

A) Del nivel asistencial

1. Notificar a la dirección de Epidemiología local el caso dentro de las 24 horas por el medio de comunicación más rápido (Tel., Fax etc.), con los datos necesarios para realizar las acciones de Vacunación de BLOQUEO.
2. Indicar la toma de muestra de materia fecal (dentro de los 14 días del inicio de la parálisis) y enviarla al laboratorio de referencia ANLIS/Malbrán, en carácter de URGENTE, con todos los datos básicos ya que está establecido el mecanismo para el envío de muestras y recepción de informes.
3. Iniciar la Búsqueda Activa entre contactos (familiares y convivientes del caso sospechoso) investigando la posible fuente de infección informando al servicio de Salud o al profesional responsable del cumplimiento del Programa.
4. Cumplimentar la Ficha de Investigación de PAF para cada caso sospechoso y enviarla al nivel correspondiente.

Notificación Negativa: En ausencia de casos sospechoso durante una semana, realizar “notificación negativa”.

B) De los niveles jurisdiccionales:

1. Recibir las notificaciones de los niveles operativos y enviar URGENTE al Nivel Nacional la notificación de “casos sospechosos”.
2. Establecer el mecanismo para el envío de muestras y la recepción de informes con la información de laboratorio, la evaluación clínica-epidemiológica y la situación del área, realizar la Clasificación Final del caso, de acuerdo con las normas del Programa Nacional de Erradicación de la Poliomielitis y Contención del Poliovirus Salvaje.
3. Evaluar la información para la toma oportuna de medidas.
4. Notificar a los niveles operativos los resultados de la Clasificación Final, como así también la situación epidemiológica de la jurisdicción; informar a las jurisdicciones vecinas de manera regular.

C) Del Nivel Nacional:

1. Analizar y consolidar la información de las jurisdicciones y de laboratorio.
2. Notificar y recomendar a todas las jurisdicciones, la situación epidemiológica del país y de cada una de las jurisdicciones mediante el Boletín Semanal de Poliomielitis u otra modalidad pertinente.
3. Notificar a la Organización Panamericana de la Salud y a los países limítrofes, la situación epidemiológica del país.

SISTEMA DE VIGILANCIA.

Todo **caso sospechoso** asistido por **cualquier** efector de salud **público o privado** debe ser notificado en un plazo **no superior a 24 horas por las vías definidas por la jurisdicción**, al **Programa Ampliado de Inmunizaciones del nivel provincial**, que tiene a su cargo la vigilancia intensificada y las acciones de prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas en proceso de eliminación y erradicación.

Los Jefes de los Programas de Inmunizaciones de las jurisdicciones son los responsables de notificar al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles tanto los casos sospechosos, como las acciones de control implementadas.

Forma de notificación:

• **Notificación inmediata:**

Teléfono/fax: 011-4379-9018

Vía mail: vigilanciaimmunoprevenibles@gmail.com,
inmunizacionesnacion@msal.gov.ar.

El nivel provincial debe enviar la **ficha de investigación epidemiológica** para PAF (parálisis agudas flácidas), notificar en el SNVS C2 y el informe con las medidas de control realizadas e investigación epidemiológica **dentro de las 72 horas de la notificación**.