

hacia la erradicación de la poliomielitis. Sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda

En 1988 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación de la poliomielitis en el mundo para el año 2000.

En ese año se notificaron a la O.M.S cerca de 35.000 casos en todo el mundo. La incidencia de infección ha ido disminuyendo desde entonces, notificándose 5.187 casos en 1997, lo que supone un descenso del 97 %. En 1998, si bien la información aún no está consolidada, se han registrado 3.228 casos⁽¹⁾.

En 1991, el virus fue erradicado de la Región de las Américas, y el último caso notificado en la Región del Pacífico Oeste ocurrió en 1997⁽²⁾. En la Región Europea en 1998 se registraron 23 casos, todos ellos en un único foco en Turquía. ⁽¹⁾

En España, la introducción de la vacuna en 1963 consiguió una reducción del 90% en los años inmediatos. Desde entonces el descenso fue continuo, aunque con pequeñas oscilaciones, hasta que en 1989 se registraron los dos últimos casos de poliomielitis en España. En la Región de Murcia, el último caso de poliomielitis se registró en 1981.

Entre las actividades propuestas por la O.M.S., para la obtención del certificado de erradicación de poliomielitis, figura la implantación de un sistema de vigilancia activa de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, que demuestre la capacidad de detectar o descartar de forma rápida y con unos criterios

de calidad adecuados, la posible existencia de un caso de poliomielitis.

A continuación se describe el sistema de vigilancia de PFA, y los resultados obtenidos en España y en la Región de Murcia en 1998.

SISTEMA DE VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

El sistema de vigilancia de PFA se fundamenta en la notificación urgente y consecuente investigación clínica y epidemiológica de todo caso de PFA en niños menores de 15 años.

• Definición de la entidad

El síndrome de PFA se caracteriza por un inicio rápido de debilidad muscular en las extremidades, afectando en ocasiones a los músculos de la respiración y/o las estructuras anatómicas dependientes del tronco del encéfalo (bulbares, etc.), que suele alcanzar una intensidad máxima entre los días 1 y 10 a partir de su comienzo. Se estima que la PFA afecta a 1/100.000 niños menores de 15 años.

• Entidades clínicas que es necesario incluir

- Enfermedad paralítica aguda por lesión de la motoneurona del asta anterior, causada por poliovirus u otros enterovirus (coxsackie, echo y enterovirus 70 y 71).

- Mielopatía aguda (mielitis transversa).

- Neuropatía periférica, fundamentalmente el Síndrome de Guillain Barré (polirradiculoneuritis aguda).

• Definición clínica de caso

Inicio agudo (no recurrente) de parálisis flácida (hipotónica) en una o más extremidades, con ausencia o disminución de reflejos miotáticos en los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva, y que acontece en un niño menor de 15 años de edad.

• Criterio diagnóstico de laboratorio

Aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en laboratorio es-

pecializado que utilice técnicas virológicas de cultivo celular.

• Clasificación de los casos

Caso sospechoso: todo caso de PFA, incluyendo el Síndrome de Guillain Barré y la mielopatía aguda, en un niño menor de 15 años en el que ninguna otra causa puede ser identificada.

Caso compatible: todo caso de PFA con parálisis residual después de 60 días del inicio o bien pérdida de seguimiento o muerte, en el que no pudieron recogerse dos muestras de heces en las dos primeras semanas de iniciados los síntomas para ser examinadas por laboratorio especializado de virología.

Caso confirmado: todo caso de PFA en el cual se aísla poliovirus en alguna de las muestras de heces del paciente o de muestras de un contacto. Una vez confirmado el caso, y de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, este se clasificará en:

Caso autóctono de poliovirus salvaje.

Caso importado de poliovirus salvaje.

Caso asociado a la vacunación.

Caso no-poliomielitis (descartado): todo caso de PFA en la que al menos se han recogido dos muestras adecuadas de heces en las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas, siendo los resultados negativos para poliovirus.

• Secuencia diagnóstica y de actuación

A) Todo niño con edad inferior a 15 años que presente una PFA será investigado de forma inmediata con recogida detallada de su historia clínica, información demográfica y epidemiológica, examen físico, exploraciones complementarias oportunas y recogida de muestras de heces para el laboratorio. Es de gran importancia la obtención de dos muestras de heces con un intervalo de 24-48 horas, dentro de las dos primeras semanas del inicio de la parálisis, ya que la probabilidad de aislar el poliovirus salvaje disminuye mucho a partir de este periodo. Es recomendable recoger una muestra

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 45 a 48 (del 8 de noviembre al 5 de diciembre de 1998). Distribución semanal

		Casos notificados												Casos acumulados		
		Semana 45			Semana 46			Semana 47			Semana 48			Semanas 1 a 48		
		1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana	1998	1997	Mediana
Enfermedades																
Gripe	1980	1.565	1.085	1.156	1.934	1.102	1.202	2.056	1.540	1.484	2.305	1.345	1.345	115.560	143.433	80.401
Tuberculosis respiratoria	1980	5	2	2	2	2	4	5	2	3	2	1	2	147	159	202
Meningitis tuberculosa	1997	0	0		0	0		0	0		0	0		1	2	
Otras tuberculosis	1986	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	29	29	32
Legionelosis	1997	1	0		0	0		1	0		0	0		19	5	
Hepatitis A	1997	0	1		0	0		0	1		0	0		75	27	
Hepatitis B	1997	0	1		0	0		1	0		2	0		22	28	
Otras hepatitis vírica	1997	0	2		1	1		1	1		0	0		21	39	
Fiebres tifoidea y paratíf.	1980	1	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	17	21	21
Disenteria	1982	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	5
Toxiinfecciones-Alimen.	1983	9	2	3	3	3	6	48	1	3	2	1	5	522	350	498
Varicela	1980	40	32	58	60	31	87	61	33	64	75	77	84	6.450	7.957	8.048
Sarampión	1980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	38	46
Rubeola	1980	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	23	79	98
Parotiditis	1980	1	4	1	2	4	1	2	1	1	0	1	1	125	64	51
Tosferina	1980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	49	17
Enfermedad meningocóc.	1980	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	27	71	41
Otras meningitis	1986	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	45	345	106
Sífilis	1982	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	31	20	22
Infección gonocócica	1982	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	16	18	22
Fiebre exantemática me.	1981	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	12	12
Brucelosis	1980	0	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	51	81	80
Sífilis congénita	1997	0	0		0	0		0	0		0	0		1	0	
Leishmaniasis	1982	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Paludismo	1980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1

Mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual

Porcentaje de declaración (*)
Semanas 45 a 48 (del 8 de noviembre al 5 de diciembre de 1998)

Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración	Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración
Abanilla	4.988	100,0	Calasparra	8.509	100,0
Abarán	12.229	100,0	Campos del Río	1.815	33,3
Águilas	27.802	100,0	Caravaca de la Cruz	19.475	100,0
Albudeite	1.263	100,0	Cartagena	166.419	98,8
Alcantarilla	35.017	100,0	Cehegín	11.777	100,0
Aledo	896	100,0	Ceuti	7.140	100,0
Alguazas	7.627	100,0	Cieza	31.742	88,2
Alhama de Murcia	14.636	80,6	Fortuna	5.859	100,0
Archena	14.140	72,5	Fuente Álamo de Murcia	7.591	100,0
Beniel	8.525	100,0	Jumilla	19.122	60,4
Blanca	5.363	93,8	Librilla	3.814	91,7
Bullas	9.863	100,0	Lorca	66.249	100,0

* Datos de declaración numérica recibidos / (número de médicos de atención primaria en las 3 semanas) * 100%

*Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 45 a 48 (del 8 de noviembre al 5 de diciembre de 1998).*

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población	455.459		257.340		127.245		57.194		47.717		157.514		1.102.469	
	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.
Enfermedades														
Gripe	4.058	41.490	664	16.674	1.503	28.635	195	6.621	55	3.556	1.385	18.584	7.860	115.560
Tuberculosis respiratoria	7	58	5	57	0	5	0	1	0	2	2	24	14	147
Meningitis tuberculosa	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otras tuberculosis	0	15	2	11	0	0	0	0	0	1	0	2	2	29
Legionelosis	1	10	0	3	0	3	0	2	0	0	1	1	2	19
Hepatitis A	0	31	0	13	0	8	0	5	0	0	0	18	0	75
Hepatitis B	0	10	3	7	0	2	0	1	0	0	0	2	3	22
Otras hepatitis víricas	2	10	0	9	0	0	0	1	0	0	0	1	2	21
Fiebres tifoidea y paratifoidea	0	4	2	8	0	1	0	1	2	3	0	0	4	17
Disentería	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Toxiinfecciones-alimentarias	23	189	0	58	2	25	1	57	0	102	36	91	62	522
Varicela	154	2.815	29	1.347	9	678	1	632	2	47	41	931	236	6.450
Sarampión	0	5	0	3	0	2	0	1	0	0	0	1	0	12
Rubeola	0	10	0	6	0	3	0	0	0	0	0	4	0	23
Parotiditis	2	93	1	12	1	6	0	3	1	2	0	9	5	125
Tosferina	0	6	0	2	0	3	0	0	0	1	0	1	0	13
Enfermedad meningocócica	0	12	0	1	0	8	0	0	0	3	0	3	0	27
Otras meningitis	1	23	0	9	0	5	0	1	0	2	2	5	3	45
Sífilis	1	6	1	21	1	2	0	0	1	2	0	0	4	31
Infección gonocócica	1	6	0	7	0	1	0	1	0	0	0	1	1	16
Fiebre exantemática mediterránea	0	2	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8
Brucelosis	0	12	2	20	1	7	0	8	0	0	0	4	3	51
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Leishmaniasis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Paludismo	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4

incluyen las enfermedades sin caso notificados en año actual.

Porcentaje de declaración (1)

Semanas 45 a 48 (del 8 de noviembre al 5 de diciembre de 1998)

Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración	Municipios	Población (Proyec. 1997)	% de declaración
Lorquí	5.414	100,0	Torre Pacheco	18.021	80,8
Mazarrón	16.778	100,0	Torres de Cotillas, Las	16.077	100,0
Molina de Segura	42.053	53,1	Totana	21.557	100,0
Moratalla	7.570	87,5	Ulea	1.006	100,0
Mula	13.028	100,0	Unión, La	12.957	100,0
Murcia	364.571	81,0	Villanueva del Río Segura	1.568	100,0
Ojós	714	75,0	Yecla	28.595	93,8
Piiego	3.180	100,0	Santomera	9.610	100,0
Puerto Lumbreras	10.741	100,0	Alcázares, Los	5.256	100,0
Ricote	1.594	62,5			
San Javier	16.502	95,0	Total Región	1.102.469	89,5
San Pedro del Pinatar	13.816	58,3			

Tabla 1. Sistema de Vigilancia de PFA. Diagnóstico definitivo de los casos. España 1998.

Diagnóstico definitivo	Nº casos	(%)
S, Guillain-Barré	35	(85,3)
Mielitis Transversa	2	(4,8)
Tumor Medular	1	(2,4)
Otros diagnósticos	3	(7,5)
Total	41	(100)

fuentes: sistema de vigilancia de PFA; Bol Epidemiol Semanal 1998;6:221-224.

de suero y una de líquido cefalorraquídeo al inicio del cuadro clínico, y una segunda muestra de suero de dos a cuatro semanas más tarde para valorar la respuesta de anticuerpos.

B) Se obtendrá una muestra de heces de cinco contactos del caso índice menores de 15 años que no hayan recibido la vacuna oral contra la poliomiélitis en los 30 días anteriores.

C) Si el caso sospechoso fallece se intentará obtener muestras del contenido intestinal, y de suero, lo más pronto posible tras el fallecimiento.

D) Las muestras obtenidas deberán enviarse lo antes posible al laboratorio virológico de referencia (Centro Nacional de Microbiología).

E) Clasificar el caso, de acuerdo a la definición adoptada previamente, en descartado, compatible o confirmado.

• Notificación del caso sospechoso

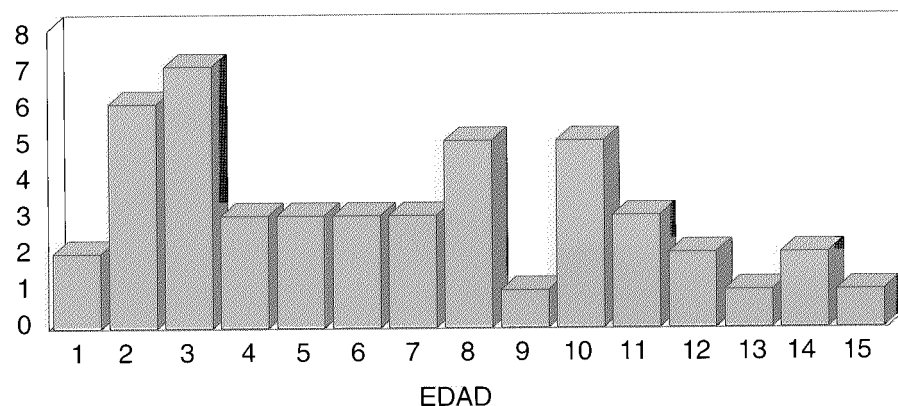
Todo caso sospechoso de PFA en menores de 15 años será notificado por el médico que realiza el diagnóstico o por el médico responsable de la vigilancia de la PFA en el Servicio correspondiente, de forma inmediata y urgente mediante fax o teléfono a la Coordinadora Autónoma del sistema de vigilancia de PFA (Servicio de Epidemiología, teléfono 362039, fax 201614). En paralelo, se recogerán y enviarán las muestras que procedan al laboratorio designado. En ambos casos se enviará la encuesta epidemiológica con los datos que en ese momento se conozcan, volviendo a remitir la encuesta cuando se hayan completado todos los datos.

RESULTADOS

En España, este sistema de vigilancia de PFA se inició en noviembre de 1997 en algunas CC.AA., extendiéndose en 1998 al total del Estado. Durante el año 1998 se han no-

Gráfica 1. Sistema de vigilancia de PFA en menores de 15 años. Casos notificados en España en 1998. Distribución por edad.

N.º DE CASOS



fuentes: sistema de vigilancia de PFA; Bol Epidemiol Semanal 1998;6:221-224.

tificado 47 casos sospechosos de PFA⁽³⁾.

La media de edad de los casos ha sido de 6,6 años. El 51% de los casos se ha presentado en niños de edad igual o inferior a 6 años y el 81% de los casos en niños de edad igual o inferior a 10 años (gráfica 1). Un 66% de los casos fueron varones.

Una información muy relevante a obtener de los casos notificados de PFA es la que hace referencia a algunas de las características de presentación de la parálisis que son compatibles con el diagnóstico de poliomiélitis, entre las que se destacan:

- Presentación rápida de la parálisis. Un signo compatible con el diagnóstico de poliomiélitis es la presentación de la parálisis en un período de tiempo menor o igual a 4 días. En los casos de PFA notificados, los días transcurridos desde los síntomas al inicio de la parálisis hasta la presentación de la misma ofrece un amplio rango, siendo la media de 3,5 días. En el 46,8% de los casos la forma de progresión de la parálisis ha sido rápida.

- Asimetría de la parálisis. En los 47 casos notificados solamente presenta asimetría uno de ellos, en el que está afectada la extremidad superior derecha.

- Lugar de presentación de la parálisis. En 44 casos (93,6%) se presenta en extremidades, siendo las más afectadas las inferiores con 27 casos (57,4%), seguido por afectación de las cuatro extremidades en 15 casos (31,9%).

- Persistencia de parálisis a los 60 días de su inicio. De los 47 casos notificados sólo en dos persiste parálisis.

El diagnóstico definitivo de los 41 casos que han realizado revisión a los 60 días de su inicio se muestra en la tabla 1.

Hasta el momento existen resultados de laboratorio de las muestras de heces en 42 de los casos notificados. De ellos, 39 (93%) han sido negativos y en 3 casos (7%) se han aislado enterovirus, dos son Echovirus 3 y otro es un Echovirus 7. No se ha aislado poliovirus en ninguna muestra de los casos.

En la Región de Murcia, durante el año 98 se han registrado 2 casos de PFA. El primero correspondió a un varón de 3 años, incorrectamente vacunado frente a poliomiélitis (sólo 2 dosis), con diagnóstico definitivo de Síndrome de Guillain-Barré y recuperación completa. El segundo fue también un varón de 2 años, correctamente vacunado, con PFA de etiología desconocida y persistencia de parálisis residual después de 60 días del inicio. En ambos casos los resultados de laboratorio fueron negativos para enterovirus, tanto en los casos como en los contactos estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Performance of Acute Flaccid Paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 1997-1998; Wkly Epidem Rec 1999; 74:17-20.
- 2.-Final stages of polio eradication. WHO Western Pacific Region, 1997-1998. Wkly Epidem Rec 1999; 74:20-24.
- 3.-Centro Nacional de Epidemiología. Erradicación de la Poliomiélitis. Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. Bol Epidemiol Semanal 1998;6:221-224.

Suscripción: Envío gratuito, siempre que sea dirigido a cargo oficial. Solicitudes: Servicio de EPIDEMIOLOGÍA
Dirección General de Salud, Consejería de Sanidad y Política Social
Ronda de Levante, 11. MURCIA 30008 (Correo electrónico: bolepi@carm.es)