



Informe sobre la situación de la Poliomielitis en el Perú (Casos de Poliomielitis Paralítica asociada a la vacuna)

Antecedentes:

- El país ha permanecido libre de polio salvaje desde 1991 cuando se detectó y confirmó el último caso en el Perú en Pichanaki, Junín, el cual fue también el último caso de las Américas. Este logro fue conseguido gracias al esfuerzo de cientos de trabajadores de salud en especial de las enfermeras del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud, de la seguridad social y de los otros componentes del sector salud; al apoyo financiero del club Rotary International y al apoyo constante técnico y financiero de UNICEF y de la Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/spanish/sha/BE_v15n4.pdf
- En las últimas dos décadas la vigilancia epidemiológica realizada en todos los países de las Américas no ha identificado casos de poliomielitis aguda por poliovirus salvaje a pesar de mantener una adecuada vigilancia epidemiológica de parálisis flácida aguda (PFA) incluyendo la investigación clínica, epidemiológica y laboratorial de cada caso reportado.
- Todas las Regiones de la Organización Mundial tienen que cumplir con el doble requisito de eliminar la circulación autóctona del virus salvaje de la polio en sus comunidades y de cumplir con la Fase I del Plan de Contención del virus de la polio en los laboratorios, el cual tiene como objetivo prevenir la reintroducción del virus salvaje desde los laboratorios hacia la comunidad. Todos los países del continente han cumplido con los requisitos exigidos por la Comisión Global para la certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. <http://new.paho.org/mirtaroses/index.php?id=124>
- Desde la eliminación de la poliomielitis por virus salvaje en nuestro país la Dirección General de Epidemiología www.dge.gob.pe ha mantenido una sensible vigilancia y detección de casos sospechosos de poliomielitis (Parálisis Flácida Aguda) a través de la Red Nacional de Epidemiología conformada por más de 7,000 establecimientos de salud en el país, encontrándose protocolizado los procedimientos para investigación y control de cada caso según la Guía de la Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/guiapractica_polio.pdf

Poliomielitis por Virus Salvaje de la Poliomielitis

- Ante la aparición de casos de Poliomielitis en el 2010 en Kazakstán y Tayikistán, la OMS emitió una Alerta Epidemiológica. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/alerta_epi_2010_20_octubre_brote_poliomelitis.pdf
- La OMS tiene registrando oficialmente la presencia de 574 casos causado por el virus salvaje tipo 1 (WPV1) y 3 (WPV3) en países no-endémicos: Angola, países de Asia central y Rusia, Chad, Sudan, República Democrática del Congo, Nepal y países del África del Oeste. Kazakstán notificó su primer caso de polio por virus salvaje, luego de más de 15 años de interrupción de la transmisión de este virus en el país. Al 12 de octubre de 2010, en la Federación Rusa, se tiene registrado un total de 13 casos de polio por virus salvaje, siendo el inicio de síntomas del último caso registrado el 18 de septiembre.
- En Tayikistán el número total de casos de polio virus salvaje desde el 1 de enero al 12 de octubre de 2010 es de 458, siendo el inicio de síntomas del último caso registrado el 4 de julio de 2010. Este es el primer brote de poliomielitis que se registra en Europa desde que en 2002 se certificó que la Región estaba libre de poliomielitis.
- La Región de las Américas ha permanecido libre de polio salvaje desde 1991 cuando se registró el último caso en la Región.

Poliomielitis Post Vacunal y Poliomyelitis por Virus Derivado de la vacuna:

- Al ser la vacuna antipolio oral (OPV) o vacuna Sabin una vacuna de virus vivo atenuado existe la posibilidad muy remota que esta vacuna produzca un cuadro de poliomyelitis paralítica en una razón de 1 caso por cada 1.5 a 2.2 millones de dosis; estos casos se presentan generalmente en niños con trastornos inmunitarios como la hipo o agammaglobulinemia congénita.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486585/>
- Cuando el laboratorio encuentra que el virus aislado de las heces del niño con parálisis pos vacunal, la diferencia de los nucleótidos es menor a 1% se considera “Virus Similar a la Vacuna”; cuando la diferencia es mayor al 1 % del virus vacunal original son considerados “Virus Derivados de la Vacuna” VDPV y en este caso si las condiciones de salubridad son deficientes, estos virus pueden transmitirse por la vía fecal oral y producir otros casos de polio paralítica en niños susceptibles (no vacunados) aún en ausencia de inmunodeficiencia.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/1/16-23.pdf>
- Los principales factores de riesgo para que ocurra un brote por este “virus derivado” VDPV son:
 - Bajas coberturas de vacunación anti-polio.
 - Condiciones de saneamiento ambiental deficiente que favorezcan la contaminación fecal oral del agua y alimentos.
 - La tardía detección de los primeros casos.
 - La tardía respuesta gubernamental para lograr una cobertura de vacunación adecuada.
- Hasta enero del 2009 en el mundo se han conocido ocho brotes por Virus Derivado de la Vacuna, VDPV.
- En las Américas se produjo un brote de 21 casos de poliomyelitis por un virus derivado de la vacuna en La isla Española (República Dominicana y Haití)
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n4/4831.pdf>
- La vacuna oral contra la poliomyelitis (OPV) es la vacuna preferida para la erradicación del poliovirus salvaje y también para prevenir y controlar la transmisión los Virus Derivados de la Vacuna VDPV.

Recomendaciones sobre poliomyelitis del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS, julio 2011

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5731&Itemid=2244&lang=en

- La organización Panamericana de la Salud recomienda que los países de la Región de las Américas deben continuar utilizando la vacuna antipolio oral (Sabin) VOP hasta que se logre la eliminación de la poliomyelitis a nivel mundial.
- Los países que no logren una cobertura de VOP $\geq 95\%$ en todos los distritos deben realizar campañas anuales de inmunización con VOP para niños <5 años, sin importar su estado de vacunación previa.
- La OPS recomienda también que los países deben mantener estándares de certificación para la vigilancia de las Parálisis Fláccidas Agudas PFA (en cumplimiento con indicadores de vigilancia). El Perú cuenta con los estándares de Vigilancia Epidemiológica, todos los casos de Parálisis Fláccida Aguda detectados en el Perú tienen una investigación epidemiológica inmediata y las muestras de heces de los niños son enviadas al Laboratorio Referencial de Fio Cruz a Brasil.
<http://www.who.int/wer/2011/wer8614.pdf>



Informe sobre la situación de la Poliomieltis en el Perú (Casos de Poliomieltis Paralitica asociada a la vacuna)

Antecedentes de casos presentados en el Perú.

- En el año **2003** se detectó el primer caso de Poliomieltis por Virus Derivado de la Vacuna identificado en el Perú, se notificó en Moquegua y correspondió a un lactante inmunodeficiente (Agammaglobulinemia congénita), el virus aislado tuvo una mutación de 1.2%, se realizaron las acciones de vacunación y vigilancia epidemiológica no presentándose ningún caso secundario.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5540a3.htm>
- En el año **2010** se identificó en Lima, un caso diagnosticado clínicamente de poliomieltis en el Instituto Nacional de Salud del Niño, el caso era procedente del distrito de Villa El Salvador, se trató de un lactante que padecía de hipogamaglobulinemia; el Instituto FIOCRUZ-Brasil aisló en las muestras de heces de este niño poliovirus vacunal con un cambio en los nucleótidos del genoma menor a 1 %, por lo que se considera un virus similar a la vacuna y no un virus derivado de la vacuna (VDPV). El caso se clasificó como Poliomieltis paralitica asociada a la vacunación (poliovirus 2). Las acciones realizadas por la DISA II Lima Sur, permitieron vacunar rápidamente a más de 25 000 niños sin que se presentaran otros casos adicionales, controlando la situación presentada

Casos de Parálisis Fláccida Aguda clasificados como Poliomieltis Paralitica asociada a la vacuna en el Perú en el 2011.

- La Dirección General de Epidemiología recibe la notificación de casos de Parálisis Fláccida Aguda (PFA) a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que involucra a más de 7000 establecimientos de Salud en todo el país
- El presente año 2011 han sido notificados e investigados 81 casos de Parálisis Fláccida Aguda, de los cuales 3 casos han sido considerados por la Comisión Nacional Revisora de PFA como Poliomieltis Aguda Paralitica considerando criterios clínicos, electromiográficos y de laboratorio (aislamiento viral en el Instituto Fio Cruz en Brasil).
- De estos tres casos han sido clasificados por la Comisión Nacional Revisora de Parálisis Fláccida de la siguiente manera:
 - Caso N°1 - 2011, Procedente de San Juan de Miraflores fue clasificado como "Poliomieltis Paralitica por un Virus Similar a la Vacuna"
 - Caso N°2 - 2011, Procedente de Santa Anita (Actualmente vive en el Rímac), fue clasificado como "Caso de Poliomieltis Paralitica por Virus Derivado de la Vacuna" (VDPV).
 - Caso N° 3 - 2011, Procedente del Callao como "Poliomieltis Paralitica" el cual aun se encuentra en investigación.
- **Comentario:** Los casos de Polio Paralitica por Virus Similar a la Vacuna, se explican por lo conocido según la literatura científica que el virus de la vacuna antipolio (Sabin) puede producir muy raramente cuadros de polio paralitica en niños que presentan trastornos inmunológicos como la Agammaglobulinemia o Hipogamaglobulinemia congénita. El caso de Polio Paralitica por Virus Derivado de la Vacuna es el que tiene mayor importancia epidemiológica, ya que estos "Virus Derivados" pueden transmitirse por la vía fecal oral y afectar a cualquier niño inmunocompetente que no esté vacunado. Ninguno de los casos por Virus Similar a la Vacuna se relaciona epidemiológicamente con el caso de Poliomieltis por Virus Derivado (VDPV).

Descripción Resumida de los Casos presentados

Caso N° 1 - 2011 (DMMT)

El caso corresponde a un lactante de 3 meses de edad, sexo femenino, procedente del distrito de San Juan de Miraflores quien inicia enfermedad el 27/01/11. El caso fue evaluado en el Instituto Nacional de Salud del Niño por el Servicio de Neuropediatría y por el Comité Nacional Revisor de Parálisis Flácidas; que diagnosticaron clínicamente Poliomielitis Aguda.

El 10/02/11 se obtiene la primera muestra de heces y fue enviada a Fío Cruz - Brasil. El resultado de laboratorio nos fue comunicado el 11/04/11: aislamiento viral P3 vacunal con un cambio menor a 1 % en los nucleótidos de su genoma. El caso ha sido clasificado como una Poliomielitis Paralítica Asociada a la Vacunación (poliovirus 3) en niña inmunodeficiente.

Caso N° 2 - 2011 (ADH)

El día 10 de abril del 2011, la DISA V Lima Ciudad notificó un caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) procedente del distrito de Santa Anita, jurisdicción de la DISA IV Lima Este. Se trató de un niño de 9 meses edad, cuya enfermedad había iniciado el día 6 de abril. El epidemiólogo de la DISA realizó la investigación correspondiente y se tomaron las muestras de heces según protocolo. Refiere la familia que el niño fue vacunado con 3 dosis de antipolio, la última dosis recibida el 15/01/2011 (se verificó este dato en el carné de vacunación).

El día 14 de abril del 2011, se envió a Fío Cruz - Brasil la muestra de heces, y el resultado fue recibido el 07 de junio, donde se indica el aislamiento de virus polio derivado tipo 2.

El día 8 de junio el laboratorio referencial Fío Cruz - Brasil informa que el virus aislado tiene una mutación de alrededor del 2 % en el secuenciamiento genético realizado.

El caso ha sido clasificado como Poliomielitis aguda por poliovirus derivado (poliovirus 2) en niño inmunodeficiente.

La Defensoría del Pueblo emitió recomendaciones sobre este caso al Despacho Viceministerial, las cuales se encuentran implementándose por la DGE y la DGSP del MINSA.

El caso está siendo atendido actualmente en el Hospital Edgardo Rebagliati de ESSALUD y la situación es conocida por el Presidente de la Entidad quien ha garantizado todo el tratamiento y rehabilitación que requiera.

Caso N° 3 - 2011 (VAGA)

El caso corresponde a un niño de 2 años con 7 meses de edad, sexo masculino, procedente del Callao, el 28/03/11 fue notificado por la Médico de Neuropediatría de la Clínica San Juan de Dios del distrito de San Luis con el diagnóstico clínico de Poliomielitis Paralítica.

El 20/06/2011, es clasificado el caso por la Comisión Nacional Revisora de PFA, como Poliomielitis Paralítica Aguda en niño inmunocompetente, por criterios clínicos y electromiográficos. Las pruebas de laboratorio fueron negativas. El caso continua en investigación. No se han identificado otros casos en el Callao.

Medidas Sanitarias y epidemiológicas realizadas

- Al saberse que un Poliovirus Derivado de la Vacuna (VDPV) podría en algunos casos transmitirse a otros niños, la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud en cumplimiento de su mandato establecido en la Ley del Ministerio de Salud y su reglamento, emitió una Alerta Epidemiológica con la finalidad de sensibilizar aun más el sistema de Vigilancia de Parálisis Fláccida en el país y poder detectar precozmente la aparición eventual de algún otro caso.
- Se realizó el seguimiento de los contactos familiares, comunitarios y hospitalarios del niño con Polio Paralítica por VDPV, ante la eventualidad de que hubieran tenido contacto directo o indirecto con las heces del niño (a través de las manos sucias, pañales descartables etc.) Ningunos de los contactos evaluados y que continúan en seguimiento ha presentado sintomatología sospechosa de poliomieltis aguda, por lo que a estos momentos podemos afirmar que no existe ningún otro caso contagiado a partir de este caso.
- En nuestro país la Vigilancia Epidemiológica y la organización de los servicios de salud ha permitido una rápida respuesta de seguimiento de contactos, lo que garantizaría que si hubiera algún caso secundario se detectaría precozmente.
- En el Perú se está culminando un barrido nacional contra la poliomieltis y el sarampión, ambas enfermedades han sido eliminadas en nuestro país, y estas medidas son parte de las acciones periódicas que deben realizarse para mantener estos logros alcanzados.

Análisis de la situación epidemiológica: ¿Cuáles son los riesgos reales y potenciales que existen en el Perú en relación a la Poliomieltis?

- Se espera que con el barrido de vacunación que se está realizando reducir el número de susceptibles en muy poco tiempo, a la fecha la cobertura estimada a nivel nacional se ha incrementado de 60% en junio a 83 % en promedio a nivel nacional. Es muy importante la participación de los gobiernos regionales y locales en apoyar las actividades de vacunación que realiza el MINSA. Así mismo el apoyo de las organizaciones civiles y no gubernamentales y de los padres de familia que lleven a sus hijos a vacunar o den las facilidades cuando llegan los vacunadores a su casa.
- Ante la identificación de un caso de Poliovirus Derivado de la Vacuna en Lima, y sabiéndose que en otros lugares del mundo se presentaron casos secundarios, el MINSA ha actuado oportuna y responsablemente, siendo justificadas las acciones de Vigilancia Epidemiológica y Vacunación que se está realizando. Estas medidas han permitido un rápido control del problema.
- La poliomieltis por “Poliovirus Salvaje”, aun no ha sido erradicada del planeta, cualquier país insertado en el actual mundo globalizado, y abierto al turismo internacional tiene el riesgo de “importación” de casos de los países que aún presentan transmisión, por lo que el MINSA y los gobiernos regionales deben mantener el compromiso de garantizar niveles de coberturas de vacunación muy altas, superiores a 95 %, en cada distrito del país.
- La ocurrencia de casos de Poliomieltis Asociada a la Vacuna o por un Poliovirus derivado de la Vacuna (VDPV) son situaciones complejas, a veces difíciles de comprender y que pueden confundir a la población y a la prensa. La población debe confiar en sus autoridades sanitarias que están tomando las mejores medidas posibles para proteger a los niños del país.
- El MINSA y ESSALUD están trabajando de manera conjunta para garantizar la atención y rehabilitación que los niños afectados requieran.