



PARALISIS FLACIDA AGUDA (CIE 10: A80) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-DICIEMBRE, 2014

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014

Índice

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Coberturas de Vacunación](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)
- [Recomendaciones](#)

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Sospechoso:

Cualquier caso de síndrome de parálisis flácida aguda (PFA) o enfermedad parálitica en una persona menor de 15 años; que no corresponda a traumatismo grave.

Caso Confirmado de Poliomiелitis:

Caso sospechoso con o sin parálisis residual, y aislamiento de poliovirus salvaje de las heces de un caso o de sus contactos

Caso de Poliomiелitis parálitica relacionada con la vacuna:

Caso de PFA cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna y que cumple con lo siguiente:

cuadro clínico clásico de poliomiелitis, incluyendo las secuelas; ha recibido vacuna Polio oral entre 4 a 40 días antes del inicio de la parálisis; se aísla virus polio vacunal en muestras de heces y probablemente la dosis de VPO implicada es la primera dosis.

MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal e inmediata

El médico tratante debe notificar cada caso sospechoso de PFA y a los 60 días realizar el formulario de seguimiento. Si el caso es confirmado como Poliomiелitis elaborar el Boletín ENO.

CRITERIOS DE LABORATORIO

Cultivo del virus en muestras de heces. (ISP)

Antecedentes generales

La poliomiелitis es una enfermedad causada por la infección del virus polio salvaje, que afecta con mayor frecuencia a los niños menores de 5 años. Su importancia radica en que 1 de 200 infecciones puede producir una parálisis irreversible y 5 a 10% de los casos fallecen debido a la parálisis de los músculos respiratorios. El poliovirus salvaje posee tres tipos antigénicos: 1, 2 y 3. El tipo 1 causa la enfermedad con mayor frecuencia; el tipo 3, en menor medida; y el tipo 2, no se encuentra desde el año 1999. La mayoría de las epidemias se deben al poliovirus tipo 1 y los casos relacionados a la vacuna que contiene los tres tipos de virus, generalmente son producidos por los tipos 2 o 3.

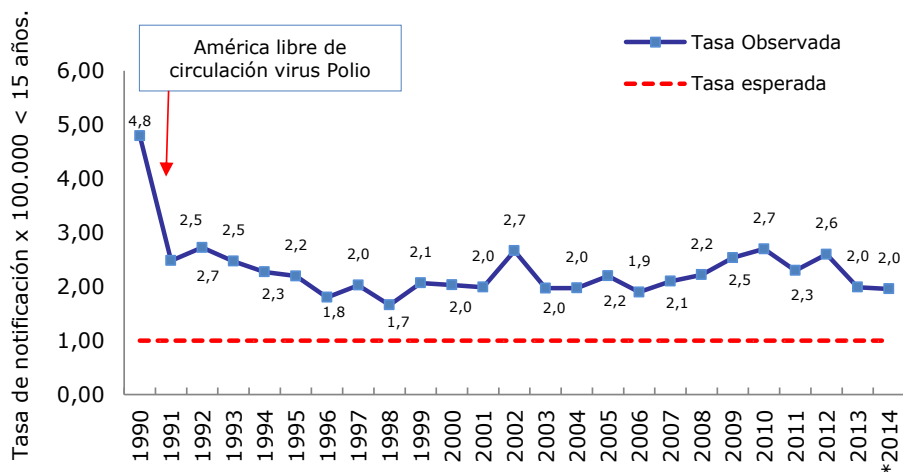
El último caso de poliomiелitis por poliovirus salvaje detectado en América, se presentó en Perú en septiembre de 1991. En Chile, no se presentan casos desde 1975, y en 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiелitis, declaró la inexistencia de poliomiелitis para la Región de las Américas. Si bien, hace 40 años que no se presentan casos en nuestro país, se realiza vigilancia sindromática de las PFA, para detectar y asegurar que no existen casos de esta enfermedad, ya que aún no se encuentra erradicada en el resto del mundo.

La Poliomiелitis continúa siendo endémica en tres países en el mundo: Afganistán, Nigeria y Pakistán. Durante el año 2013 se notificaron 416 casos de esta enfermedad, de los cuales 160 correspondieron a países endémicos y 256 a no endémicos; situación preocupante debido a la re-emergencia de esta enfermedad en países no endémicos, a causa de brotes causados por la importación del Poliovirus salvaje.¹ Esta situación obligó a que el 5 de Mayo de 2014, la OMS declarara la diseminación internacional del poliovirus salvaje como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). En este contexto, se estratificó a los países en 2 grupos: (i) Estados que actualmente están exportando poliovirus salvaje (Camerún, Pakistán y la República Árabe Siria) y (ii) Estados infectados con poliovirus salvaje, pero que actualmente no están exportándolo (Afganistán, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Iraq, Israel, Somalia y Nigeria). Esta declaración, corresponde a la segunda ESPII luego de la pandemia de influenza AH1N1 del año 2009. Sumado a esto, el 18 de junio de 2014, Brasil notificó la detección de poliovirus salvaje tipo 1 en muestras de aguas residuales recogidas en el aeropuerto internacional de Viracopos en Campinas, Sao Paulo, como parte de las actividades de vigilancia rutinaria. Hasta la fecha, no se ha reportado ningún caso sospechoso o confirmado de poliomiелitis por poliovirus salvaje en ese país.

¹ Fuente: <http://www.polioeradication.org/>

Situación Epidemiológica

Gráfico 1: Tasa de notificación de Parálisis Fláccida Aguda. Chile, 1990-2014.



*Datos preliminares

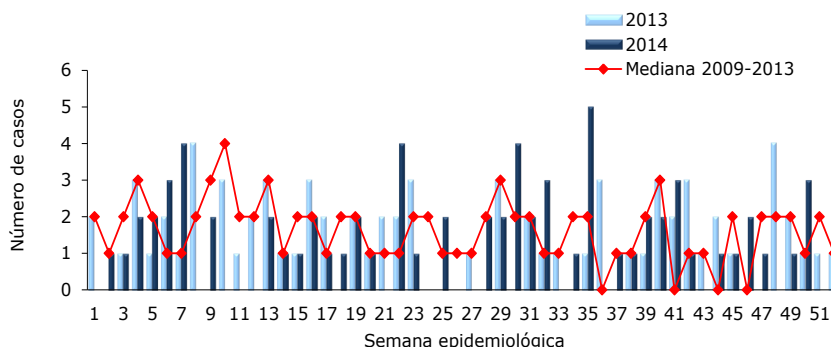
Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

A partir de 1991, se observa una estabilización en las notificaciones por Parálisis Fláccida Aguda (PFA), con variación de las tasas de incidencia para las dos últimas décadas entre 1,7 a 2,7 por 100.000 menores de 15 años.

Cabe destacar que en los últimos 23 años, a nivel país, se ha cumplido con la meta internacional de OMS/OPS de detectar como mínimo 1 caso anual de PFA por 100.000 menores de 15 años (gráfico 1; tasa esperada).

A la semana epidemiológica (SE) 53, la tasa de incidencia acumulada corresponde a 2,0 por 100.000 menores de 15 años (n=72 casos). Los casos notificados a la fecha, se encuentran bajo lo esperado en un 14% de acuerdo a la mediana quinquenal (n=84 casos) y bajo la cifra observada el año anterior (gráfico 2 y tabla 1). De los 72 casos notificados a la fecha, un caso notificado en la SE 31 resultó positivo a poliovirus Sabin 2 y 3, lo que fue confirmado por el laboratorio de referencia del CDC, como virus vacunal, y que según la investigación y análisis de los datos, todo indicaría que correspondió a un virus asociado a la vacuna.

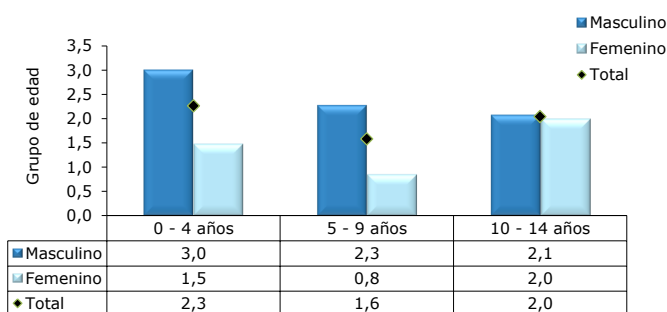
Gráfico 2: Casos de Parálisis Fláccida Aguda según semana epidemiológica. Chile, semana 1 a 53 de 2014(*).



*Datos preliminares

Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

Gráfico 3: Tasas notificación específicas de Parálisis Fláccida Aguda, según sexo y edad. Chile, semana 1 a 53 de 2014(*)



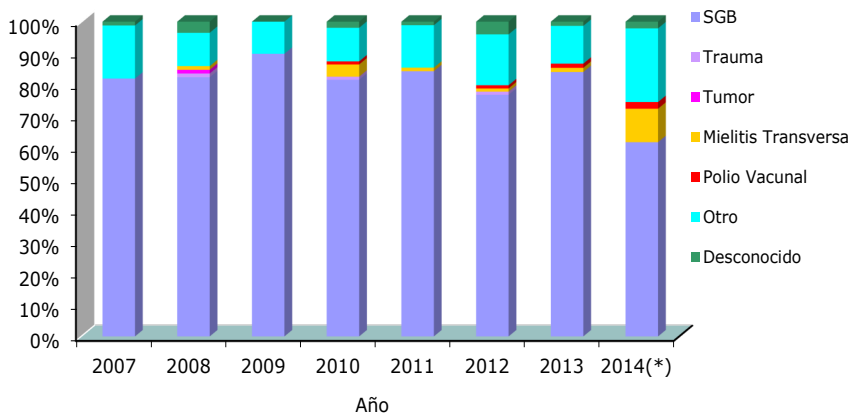
*Datos preliminares

Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

En los grupos etarios menos de 10 años, los niños presentan tasas de notificación más altas que las niñas y en el grupo de 10 a 14 la diferencia entre ellos es mínima. En este mismo grupo y a diferencia de lo ocurrido en años anteriores, a la SE 53 de 2014 presenta una tasa menor a la del grupo de 0 a 4 años (2,0 y 2,3 por 100.000 menores, respectivamente) (gráfico 3).

[Volver al Índice](#)

Gráfico 4: Casos de Parálisis Fláccida Aguda según diagnóstico final. Chile, 2007-2014



En el gráfico 4, se observa que durante los años 2007 a 2013, en promedio, 80% de los casos notificados por PFA correspondieron a Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y se observó un bajo porcentaje para los diagnósticos de mielitis transversa y tumores. Si bien aun quedan casos 2014 por cerrar, el porcentaje de mielitis transversa y otros diagnósticos aumentó en relación a años anteriores.

*Datos preliminares
Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1

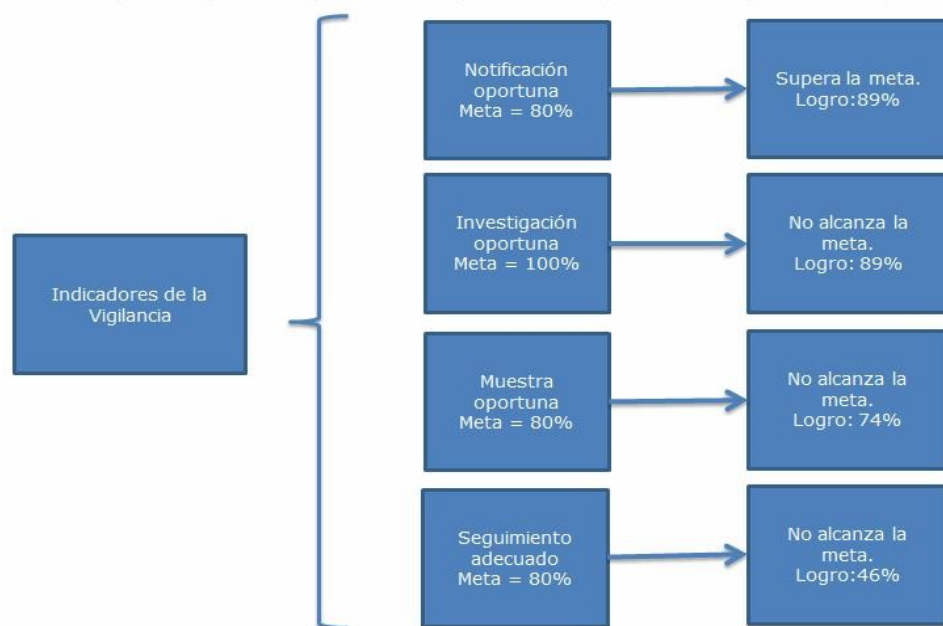
Vigilancia Epidemiológica de las Parálisis Fláccida Aguda en menores de 15 Años. Casos notificados, indicadores de calidad y sensibilidad de la vigilancia, por región de residencia. Chile, semana 1 a 53 de 2014 y total 2013 (&)

Región	Nº casos 2014	Indicadores de Calidad de la Vigilancia 2014					Total casos 2013	Tasa(1) de Notificación 2013
		Tasa (1) de notificación 2014	Notificación oportuna (2). Meta OPS 80%	Investigación oportuna (3). Meta OPS: 100%	Muestra oportuna (4). Meta OPS 80%	Seguimiento adecuado (5). Meta OPS 80%		
Arica y Parinacota	0	0,0	-	-	-	-	2	5,0
Tarapacá	2	2,5	100%	100%	100%	100%	0	0,0
Antofagasta	3	2,2	67%	100%	33%	67%	3	2,1
Atacama	2	2,8	100%	100%	100%	50%	1	1,5
Coquimbo	1	0,6	100%	100%	0%	0%	3	1,8
Valparaíso	5	1,4	100%	100%	60%	40%	7	1,9
Metropolitana	25	1,7	88%	96%	77%	62%	22	1,5
O'Higgins	4	2,1	100%	100%	75%	25%	3	1,5
Maule	5	2,4	100%	100%	60%	0%	4	1,8
Biobío	7	1,7	100%	100%	71%	57%	8	1,8
Araucanía	6	2,9	100%	83%	67%	0%	7	3,1
Los Ríos	4	5,0	100%	75%	100%	100%	1	1,2
Los Lagos	6	3,3	75%	50%	100%	17%	10	5,1
Aisén	2	8,1	100%	100%	50%	50%	3	11,6
Magallanes	0	0,0	-	-	-	-	1	3,1
Pais	72	2,0	89%	89%	74%	46%	75	2,0

- (&) Datos preliminares
 (1) Por cien mil menores de 15 años. Meta: al menos 1 caso por cien mil menores de 15 años en un año.
 (2) % de casos con intervalo entre inicio de la PFA y notificación menor a 14 días.
 (3) % de casos con investigación iniciada dentro de 48 hrs luego de notificación.
 (4) % de casos con muestra de heces tomada dentro de 14 días desde el inicio de la parálisis.
 (5) % de casos con seguimiento realizado a los 60 días de inicio de la PFA.

A la SE 53 del 2014, 12 regiones logran superar la meta definida por OPS/OMS de notificar 1 caso por cien mil < 15 años; sin embargo dos regiones del país aún no han realizado notificaciones de PFA en menores de 15 años (tabla 1); por lo cual, se sugiere revisar el sistema de vigilancia sindromática, a fin de pesquisar casos cuya notificación podría haberse omitido.

Figura 1. Porcentaje de cumplimiento de indicadores internacionales para la vigilancia, Chile, 2014.



Los indicadores anuales que se muestran en la Figura 1, permiten evaluar el cumplimiento de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto, su calidad. Como se observa, en sólo uno de los cuatro indicadores, Chile logra una meta adecuada, según lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Destaca el bajo porcentaje de cumplimiento para el indicador de seguimiento adecuado de los casos (46%). En otras palabras, existen retrasos en el seguimiento dentro de los 60 días de iniciada la parálisis, período necesario para determinar clínicamente si el cuadro de PFA corresponde a un cuadro compatible con polio o bien es descartado con otro diagnóstico.

Coberturas de vacunación

Si bien esta enfermedad no posee un tratamiento específico, la principal intervención eficaz para prevenir la poliomielitis es la vacunación. En Chile se utilizan 3 tipos de vacuna que incluyen el componente poliovirus: vacuna polio oral (OPV), vacuna polio inyectable (IPV) y vacuna Hexavalente (dentro de sus 6 componentes incluye IPV). La vacuna se ofrece gratuitamente para todos los niños a los 2, 4, 6 y 18 meses, y se enmarca dentro de las estrategias de prevención de las políticas de salud pública.

Durante el año 2014, la cobertura país de estas 3 vacunas fue 88% en la tercera dosis y 85% en el refuerzo a los 18 meses. Por lo tanto, es necesario continuar aunando esfuerzos para lograr la inmunización de todos los niños que nacen en nuestro país, con el objetivo de evitar brotes causados por la importación de virus salvaje o de virus derivado de vacuna.

Tabla 2

Coberturas de vacunación de OPV+IPV+Hexavalente, por Región. Chile, 2014

Región	1a dosis		2a dosis		3a dosis		1er refuerzo	
	Nº Dosis administradas	Cobertura	Nº Dosis administradas	Cobertura	Nº Dosis administradas	Cobertura	Nº Dosis administradas	Cobertura
Arica y Parinacota	2.188	128%	1.910	112%	1.820	107%	2.116	124%
Tarapacá	3.595	97%	3.528	95%	3.381	91%	3.077	83%
Antofagasta	5.783	87%	5.631	85%	5.484	83%	5.090	77%
Atacama	3.145	103%	3.082	101%	3.006	99%	2.844	93%
Coquimbo	7.386	101%	7.263	99%	7.148	98%	6.969	95%
Valparaíso	15.007	92%	14.890	91%	14.555	89%	14.176	87%
Metropolitana	63.254	92%	61.730	90%	59.772	87%	56.081	82%
Lib. Bdo O'Higgins	7.995	98%	7.976	97%	7.826	96%	7.520	92%
Maule	9.225	99%	9.071	98%	8.809	95%	8.700	94%
Biobío	17.124	91%	16.927	90%	16.179	86%	16.063	85%
Araucanía	8.411	87%	8.218	85%	8.076	83%	8.212	85%
Los Ríos	3.158	90%	3.090	88%	2.993	85%	3.191	91%
Los Lagos	7.227	84%	7.112	83%	6.966	81%	6.796	79%
Aisén	959	83%	964	84%	951	83%	997	87%
Magallanes	1.291	90%	1.362	95%	1.326	92%	1.257	87%
Total	155.748	93%	152.754	91%	148.292	88%	143.089	85%

Las regiones de Aisén, Araucanía y Antofagasta presentan las coberturas más bajas en relación a las otras regiones (tercera dosis).

Fuente: Departamento de Inmunizaciones, DIPRECE-Ministerio de Salud de Chile

[Volver al Índice](#)

Comentarios y conclusiones

Si bien en Chile se realiza vigilancia sindrómica a todo caso de Parálisis Fláccida Aguda (PFA) independiente de su edad, el principal foco se encuentra en menores de 15 años que presentan PFA por causa no traumática, con la finalidad de contribuir a la erradicación de la enfermedad y determinar cómo y dónde el virus salvaje continúa circulando; o bien, identificar si se ha erradicado de la naturaleza. A pesar de que en Chile no se realiza vigilancia ambiental del virus, la prioridad señalada por los organismos internacionales siempre debe ser la mantención y reforzamiento de la vigilancia en personas.

Recomendaciones

La poliomielitis es incurable, sin embargo, la principal intervención eficaz para prevenirla es la vacunación. El objetivo de la vacunación es alcanzar coberturas vacunales de 95%, para asegurar la protección contra la enfermedad. Dadas las cifras nacionales, se hace necesario mejorar las coberturas de vacunación tanto por región como por comuna.

Las regiones que presentan "silencio epidemiológico"; es decir que no han notificado casos de PFA en menores de 15 años, deben verificar que este silencio corresponda a la ausencia de casos y no a omisiones en la notificación o alguna otra falla en la vigilancia. Por lo tanto, estas regiones deben reforzar la vigilancia y mejorar la sensibilidad de la notificación.

La situación internacional, principalmente lo ocurrido en África y Asia por la importación de virus salvaje y la detección de poliovirus salvaje en muestras ambientales en Brasil, hacen prioritario mantener una alerta constante de la sospecha clínica de toda PFA, fortaleciendo la vigilancia y la capacidad de detección precoz de la introducción del virus salvaje al país. En este contexto, resulta importante considerar entre la información epidemiológica a recabar, el antecedente de viaje reciente al extranjero.

Como país, necesitamos avanzar en el cumplimiento de los indicadores nacionales de la vigilancia, particularmente en lo relacionado al seguimiento a los 60 días, de tal forma de asegurar la calidad y veracidad de la información, que permitan tomar medidas oportunas y pertinentes, y de esa forma, reunir fuerzas y voluntades entre todos los países para poder, ojalá en un futuro cercano, erradicar esta enfermedad del planeta.

