

**ALERTA EPIDEMIOLÓGICA****INCREMENTO DEL RIESGO DE PRESENTACION DE CASOS DE
POLIOMIELITIS AGUDA**

CODIGO: AE – DEVE N° 006 - 2011

I.- Objetivo

Optimizar las actividades de vigilancia epidemiológica y vacunación para reducir el riesgo de transmisión de poliomielitis aguda en el país.

II.- Antecedentes.

La Región de las Américas ha permanecido libre de polio salvaje desde 1991 cuando se registró el último caso en el Perú. En las últimas dos décadas no se han identificado casos de poliomielitis aguda a pesar de mantener una adecuada vigilancia epidemiológica de parálisis flácida aguda (PFA).

Ante la comunicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis sobre la ocurrencia de 574 casos causados 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. Así como en Kazakhstan y Tajikistan, la Dirección General de Epidemiología, emitió la Alerta Epidemiológica sobre brotes de poliomielitis aguda y riesgo de reintroducción de virus salvaje de poliomielitis aguda, AE – DEVE N° 010- octubre 2010.

III.- Situación epidemiológica.

El día 10 de abril del 2011, la DISA Lima Ciudad notificó un caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) procedente del distrito de Santa Anita, jurisdicción de la DISA Lima Este. Se trata del niño ADH de 9 meses edad, quien durante los 85 días previos al inicio del déficit motor, residía en el mismo distrito y luego del 6 de abril en que inicia síntomas generales. El día 14 de abril del 2011, se envió a Fío Cruz-Brasil la muestra de heces, y el resultado, recibido el 07 de junio, indica el aislamiento de virus polio derivado tipo 2.

En el análisis de riesgo por acúmulo de susceptibles en el periodo 2006 al 2010 a nivel del país con la información registrada en la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, se obtuvo un índice de riesgo de 0,76 con la información estadística del 2006 al 2010, con más de 400,000 susceptibles, lo cual es clasificado como mediano riesgo.

Ante la identificación de un caso de poliovirus derivado tipo 2 en Lima y la posibilidad de importación ante el escenario globalizado de hoy, representa un riesgo para la presentación de brotes, si no se garantiza niveles de coberturas de vacunación (nacional, por distritos y establecimientos de salud) superiores a 95%.

Por estos motivos las DISA/DIRESA/GERESAs deben optimizar la vigilancia epidemiológica e implementar las medidas que se indican a continuación.

IV.- Medidas a optimizar y/o implementar:

A todas las Direcciones de Salud del país, con énfasis en Lima, Callao y en las rutas comerciales de mayor circulación en el país (Junín-Huánuco, Trujillo-Chiclayo-Piura, Jaén-Bagua-Amazonas, Arequipa-Cusco-Puno), deben cumplir las siguientes recomendaciones:

1. Todo médico y personal de servicios de salud públicos y privados del país, debe notificar todo caso de parálisis flácida aguda (PFA)/poliomielitis aguda utilizando las siguiente definiciones de la vigilancia de la poliomielitis:

- a) **Caso probable de parálisis flácida aguda (PFA)/poliomielitis aguda:** Todo menor de 15 años que presente cuadro clínico caracterizado por disminución o pérdida de la fuerza muscular (paresia ó parálisis) y del tono muscular (hipotonía ó flacidez) en una o más de sus extremidades, de instalación rápida (3 a 4 días) y de origen no traumático.

Se debe tener especial cuidado si los casos son menores de 5 años, cursan con diarrea, presentan asimetría y tienen fiebre al inicio de la parálisis.
Excepcionalmente, se puede considerar pacientes de mayor edad, especialmente si no están vacunados y tienen el antecedente de viaje a lugares donde aun hay poliomielitis.

b) **Caso Confirmado de Poliomielitis aguda:**

- Por laboratorio: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) en el cual se aísla el poliovirus salvaje de muestra de heces del paciente y parálisis residual.
- Por nexo epidemiológico: Todo caso de PFA con parálisis residual que ha tenido contacto 30 días antes con un caso confirmado por laboratorio.

c) **Caso descartado:** Todo caso de PFA:

- Con muestra adecuada de heces, con resultado negativo para poliovirus y sin secuela.
- Sin muestra adecuada de heces y que al seguimiento de los 180 días no presentan parálisis residual y hay evidencias clínicas, epidemiológicas y exámenes auxiliares suficientes para descartarlo.

d) **Contacto de caso confirmado:** Se define como contacto a toda persona que ha tenido el nexo epidemiológico con un paciente confirmado de poliomielitis dentro de los 40 días previos y 30 días después a la fecha de inicio del déficit motor en el caso.

2. Actividades frente ante un caso probable según niveles:

a) **En el nivel de establecimiento de salud local y asistencial.**

- Notificar el caso al nivel inmediato superior de la red de vigilancia dentro de las 24 horas por el medio de comunicación más rápido (Teléfono, Fax, etc.).
- Realizar las actividades de investigación epidemiológica dentro de las 48 horas de notificación del caso (identificación de la fuente de contagio, cadena de transmisión, censo de contactos, monitoreo rápido de coberturas).
- Iniciar la Búsqueda Activa comunitaria e institucional.
- Evaluar el estado de vacunación entre contactos del hogar y de las instituciones (escuelas, guarderías, hospitales, comunidades cerradas, etc.), investigando la posible fuente de infección e informando al servicio de Salud o al profesional responsable del cumplimiento de la vacunación.
- Iniciar Vacunación de Bloqueo (vacunando a todo menor de 5 años) dentro de las 48 horas de conocido el caso.
- No se esperarán los resultados de laboratorio para efectuar las acciones de bloqueo, que deberán completarse dentro de las 48 horas.
- Revisar la cobertura de los últimos cinco años, analizar las causas de oportunidades perdidas, causas de rechazo a la vacunación para asegurar las coberturas con APO en la comunidad.
- Solicitar y evaluar en todas las consultas los carnets de vacunación.
- Verificar que se complete oportunamente el esquema de vacunación, con énfasis en el niño de 6 meses.
- Comparar los reportes de cobertura administrativa y monitoreo rápido anteriores y realizar monitoreo rápido cruzado de cobertura en la Comunidad.
- Vacunación comunitaria en áreas de riesgo (zonas con bajas coberturas)
- Indicar la toma de muestra:
 - En pacientes con menos de 14 días de evolución desde el comienzo de la parálisis:
 - Una muestra de heces (10 gramos).
 - Planificar la obtención de otras muestras para control mensual, de ser necesario.
 - En pacientes con 14 o más días de evolución desde el comienzo de la parálisis:
 - Elaborar el cronograma de control, seguimiento y evaluación del caso por el médico especialista.
- Enviar la muestra al Laboratorio de referencia regional que le corresponda, con carácter de URGENTE, acompañada de la ficha epidemiológica.
- Complementar la Ficha de Investigación para el caso probable de cada caso y enviarla al nivel correspondiente.

- Indicar las medidas de limpieza y desinfección en el medio intrafamiliar del caso probable de PFA por un lapso de tiempo mínimo de dos meses después de iniciada la parálisis ó hasta que el control por laboratorio lo indique.
- Intensificar las actividades regulares de vacunación, según lo aprobado en la técnica nacional de salud que establece el esquema nacional de vacunación (NTS N° 080-MINSA/DGSP-V.02).
 - Reforzar las indicaciones y contraindicaciones para la vacunación, recordando que no se debe aplicar vacuna antipolio oral a niños nacidos de madres portadoras de VIH, considerar las contraindicaciones especificadas en las Normas Nacionales de Vacunación, referirlo para vacuna antipolio inyectable (IPV).

b) En los niveles de DISA/DIRESA/GERESA:

- Recibir las notificaciones de los niveles operativos locales y enviar a la DGE la notificación de "casos probable" antes de las 24 horas de identificado el caso.

Teléfonos de la DGE: 461-4307, 461-3679, Fax: 461-4347
Correos electrónicos: notificacion@dge.gob.pe, barrido2011@dge.gob.pe

- Organizar la logística de envío de muestras y recepción de informes con el laboratorio de referencia regional que le corresponda según la Red de laboratorios.
- Evaluar la información para la toma oportuna de medidas.
- El equipo de gestión deberá trabajar de manera coordinada con el personal responsable de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones y Vigilancia Epidemiológica, para evaluar en el periodo 2006-2010 la cobertura de vacunación alcanzada y tasa de deserción con anti polio oral por establecimientos y distritos, actualizar el índice de riesgo por acúmulo de susceptibles en menores 5 años según distritos a fin de estimar el número de susceptibles, priorizar los escenarios de riesgo para intervención en función del acumulo de susceptibles y la deserción del presente año, y fortalecer las actividades rutinarias de vacunación y vigilancia epidemiológica.
- Evaluar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas durante los últimos 5 años (entre el 2006 a 2010) en todos los niveles.
- Retroalimentar al nivel local, sobre la situación epidemiológica de la jurisdicción.

3. De las actividades de inmunizaciones:

Para detener la transmisión y evitar que se puedan presentar otros casos de poliomielitis en el país se debe implementar y/o intensificar lo siguiente:

- a) Culminar dentro de las siguientes dos semanas la campaña de vacunación masiva ó barrido con vacuna anti poliomiéltica, especialmente en zonas urbanas con gran número de habitantes de bajos ingresos y personas con frecuentes desplazamientos, zonas de intensa migración en fronteras.
- b) Intensificar las actividades de vacunación contra poliomiéltis aguda con énfasis en los niños menores de 1 año, así como, el barrido nacional contra poliomiéltis aguda para los niños de 1 a 4 años.
- c) Realizar una evaluación del esquema de vacunación con APO y la oportunidad para la edad, según esquema nacional (3° APO al 6° mes de edad) y al ingreso escolar.
- d) Evaluar e implementar las estrategias para reducir las oportunidades perdidas de vacunación.
- e) Evaluar la verificación de antecedentes de vacunación de toda persona que acudan a los establecimientos de salud, por cualquier motivo de consulta.
- f) Evaluar las tareas y metas pendientes de vacunación a los establecimientos de salud o a las redes/microredes de salud.
- g) Monitorear mensualmente las actividades que se llevan a cabo a fin de reducir las oportunidades de vacunación perdidas.
- h) Evaluar la necesidad de realizar campañas complementarias de vacunación.
- i) Involucrar a las asociaciones de profesionales involucrados para alertarlos sobre este riesgo.

Es responsabilidad de los Directores de las DISA/DIRESA/GERESA, la difusión de la presente Alerta Epidemiológica.

Lima, 13 de junio de 2011