

26280

LA CAMPAÑA CONTRA LA POLIOMIELITIS



Escolares de México ayudan a promover una de las jornadas nacionales de vacunación con carteles que instan a los padres a llevarlos a vacunar. Las campañas de vacunación en masa constituyen una parte importante de la estrategia para erradicar la poliomielitis y controlar las otras enfermedades objeto del Programa Ampliado de Inmunización (Foto: L. Taylor, OMS)

“Ha llegado la hora de que digamos que es inaceptable que cualquier niño en las Américas sufra poliomielitis”. Con esa afirmación, el 14 de mayo de 1985, el Director de la OSP, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, anunció el comienzo de una

campana destinada a erradicar la transmisión del poliovirus salvaje de la Región de las Américas para fines de 1990. El momento parecía propicio para la campana. La incidencia de la poliomielitis había experimentado un pronunciado descenso en los cinco años anteriores, gracias a la mayor cobertura de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), lanzado por la OMS en 1974 y en las Américas por la OPS en 1977. La enfermedad ya había desaparecido de algunos países, lo que hizo pensar que la idea de la erradicación era factible. Posteriormente en 1985, el Consejo Directivo de la OPS apoyaría la propuesta del Director, indicando que el PAI en su conjunto se beneficiaría de esta campana. Pero nadie dudaba que, para lograr esa meta, tendrían que superarse grandes obstáculos: técnicos, logísticos, gerenciales y financieros.

Para ayudar a superar algunos de estos obstáculos, la OPS organizó dos grupos. El Grupo Técnico Asesor, integrado por cinco expertos internacionales, se reuniría periódicamente y proporcionaría orientación técnica, analizaría el progreso y recomendaría cualesquiera ajustes pertinentes en la campana contra la poliomielitis y otras enfermedades prevenibles por vacunación en las que se concentraba el PAI. El otro grupo, el Comité Coordinador Interagencial (CCI), representó un compromiso sin precedentes por parte de distintas entidades para trabajar en colaboración hacia el logro de un objetivo de salud. Este Comité —al que se encomendó la coordinación del apoyo financiero para la erradicación de la poliomielitis— incluyó a funcionarios de la OPS, el UNICEF, la Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), el BID, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Club Rotario Internacional, entidad voluntaria privada con oficinas en todo el mundo. Los representantes de estas entidades, que habían estado presentes en el anuncio hecho por el Dr. Guerra de Macedo, ya habían prometido apoyo financiero. Sin embargo, se previó que los propios países tendrían que proporcionar al menos dos terceras partes de los recursos necesarios. Para ayudarles a movilizar los recursos, se establecieron en cada país CCI nacionales presididos por un representante del gobierno.

A principios de la década de 1950, antes de la introducción de la vacuna de poliovirus inactivados (VPI) en 1955 y la vacuna oral de poliovirus vivos atenuados (VPO) en 1961, la poliomielitis causó la muerte de miles de niños y la incapacitación de muchos miles más cada año en esta Región. El empleo con éxito de la VPO en los países desarrollados de Norteamérica y Europa, su bajo costo frente a la VPI, su facilidad de administración (por vía oral en vez de por inyección) y varias consideraciones inmunológicas habían hecho de la VPO la vacuna antipoliomielítica preferida para inclusión en el PAI. Sin embargo, esta vacuna tenía una importante desventaja: al contrario de la vacuna liofilizada termoestable que había permitido la erradicación de la viruela en la década de 1970, la VPO se volvía ineficaz a temperaturas superiores a 8 °C, por lo que había que mantener una “cadena de frío” o sistema de refrigeración durante el transporte y almacenamiento.

En esta actividad era esencial mantener una red de laboratorios, puesto que los síntomas de la poliomielitis se asemejaban a los de algunas otras enfermedades y los verdaderos casos de poliomielitis solo pueden diferenciarse mediante aislamiento del virus en muestras de heces. Así, pues, el éxito de la campana de erradicación dependía no solo de asegurar una elevada cobertura de vacunación sino también de establecer sistemas de vigilancia para descubrir los casos sospechosos y una infraestructura de laboratorios para verificar los casos de poliomielitis a fin de poder implantar medidas de control. Esas medidas de control, consistentes en campanas intensivas de vacunación en las localidades en las que se hallaran nuevos casos, recibieron el nombre de operaciones de “barrido”.

Vacunación

Cuando el PAI comenzó en las Américas, solo 35% de los niños de un año de edad recibían cobertura con dos o tres dosis (dependiendo de la práctica del país) de VPO. Para 1985 esa cifra había aumentado a 70%. La meta de inmunización universal de los niños contra la poliomielitis se abordaría mediante tres estrategias complementarias: vacunaciones de rutina administradas en todas las instalaciones de atención de salud en cada oportunidad, vacunaciones masivas durante las jornadas nacionales de vacunación y actividades de barrido concentradas en zonas extensas en las que se identificaran casos.

Al comenzar la iniciativa en 1985, se instó a los 11 países clasificados como endémicos de poliomielitis (es decir, países que habían notificado casos confirmados en los últimos tres años) a que organizaran días o jornadas nacionales de vacunación dos veces por año con un intervalo de al menos cuatro semanas. Con estas jornadas se aspiraba a vacunar a tantos niños menores de cinco años de edad como fuera posible, independientemente de si habían sido vacunados o no con anterioridad contra la poliomielitis. Los días nacionales de vacunación se habían utilizado con éxito en varios países durante años y habían producido reducciones espectaculares en la incidencia de la poliomielitis. Incluso antes de que comenzara la iniciativa contra esa enfermedad, la OPS había recomendado que esta estrategia se hiciera parte integral del PAI general.

El éxito de las jornadas nacionales de vacunación, junto con la vacunación continua de rutina, es evidente: para 1991, la cobertura con VPO era de 89% para la Región en su conjunto, y la cobertura con otras vacunas del PAI incluidas en los días nacionales de vacunación también aumentó sustancialmente. Incluso en medio de los conflictos civiles en Centroamérica y Perú, las campañas de vacunación se llevaron a cabo con la cooperación de las partes beligerantes.

Vigilancia

La clave para la vigilancia es la notificación de casos, que a su vez depende de saber exactamente qué notificar. Por esta razón, se adoptó una definición uniforme de caso que requirió que los casos de parálisis flácida de comienzo repentino en los niños menores de 15 años de edad se declararan como casos sospechosos de poliomielitis. Después se realizarían investigaciones para determinar la causa de la parálisis. Conforme a la definición de caso confirmado utilizada antes de 1990, los casos se clasificaban como poliomielitis si se aislaba poliovirus salvaje o si se producía parálisis residual, si se perdían para el seguimiento o si morían, incluso si no se habían realizado pruebas de laboratorio para identificar el virus.

La necesidad de aislamiento del virus crea una demanda apremiante de recolección oportuna y correcta de muestras de heces y de laboratorios capaces de analizarlas. Poco después de comenzar la iniciativa, la OPS organizó una red regional de ocho laboratorios que trabajan en colaboración para resolver los problemas técnicos relacionados con el diagnóstico de la poliomielitis, formular nuevos enfoques analíticos y capacitar personal, brindando beneficios a los países de la Región que trascienden del papel de los laboratorios en la erradicación de esta enfermedad.

La intensificación de las actividades de vigilancia a través de una red de 20 000 unidades de notificación, la mayoría de las cuales presentan informes semanales, llevó a una duplicación del número de casos de parálisis flácida aguda que se notifican e investigan: de 1100 en 1985 a 2390 en 1991. Además, desde 1989, la OPS ha

estado ofreciendo una recompensa de \$US 100 por informes escritos de casos que se confirman posteriormente como poliomielitis, a fin de promover la conciencia pública e identificar casos que pudieran pasar desapercibidos para los servicios de salud. Incluso a medida que han aumentado las actividades de localización de casos, el número de casos confirmados ha seguido disminuyendo, y descendió de 946 en 1986 (un incremento en comparación con 1985 debido a una mayor vigilancia) a solo 9 casos en 1991.

Barrido

En 1989 los casos confirmados se circunscribieron a la región noroccidental de México, a la subregión andina (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y al nordeste del Brasil. Para reducir el riesgo de brotes en estas zonas se iniciaron campañas especiales de vacunación domiciliaria de los niños menores de cinco años. En 1991 solo se confirmaron casos de poliomielitis en las zonas costeras de Colombia (ocho casos) y la zona central del Perú (un caso), y en estas zonas se intensificaron las operaciones de barrido. En Colombia, durante dos rondas de campañas en 1991 y una tercera a principios de 1992, trabajadores de salud y voluntarios visitaron más de un millón de hogares en 199 condados costeros y vacunaron a 80% de los niños menores de cinco años de edad. En el Perú se realizó una campaña de barrido aun más masiva —concentrada en dos millones de hogares— en marzo y mayo de 1992 en respuesta al último caso de poliomielitis detectado en las Américas, el 23 de agosto de 1991 en Junín. Para aumentar al máximo el valor de este contacto con la población, en las operaciones de ambos países se incluyeron actividades educativas encaminadas a reducir la enorme epidemia de cólera.

En previsión del día en que todos estos trabajos alcanzarán la meta de la campaña, en julio de 1990 la OPS convocó la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en las Américas a fin de formular una metodología para certificar a los países exentos de poliomielitis. Sin embargo, un obstáculo en este proceso es el de que, a veces, no se obtienen muestras de heces oportunas y adecuadas de los casos notificados de parálisis flácida aguda, lo que significa que no puede descartarse con certeza un diagnóstico de poliomielitis. Continúan las actividades destinadas a fortalecer todos los eslabones de la cadena de vigilancia y diagnóstico. Además, la Comisión encareció la recolección de muestras ambientales de las aguas servidas para complementar la vigilancia de los casos.

La Región de las Américas, como hizo en la campaña de erradicación de la viruela, ha estado a la vanguardia en la lucha contra la poliomielitis. En 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud, advirtiendo el progreso que se había logrado ya en esta Región, declaró que la OMS se comprometía a desplegar todos los esfuerzos posibles con miras a la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000, y en 1990 una consulta de la OMS recomendó que la campaña empleara estrategias análogas a las utilizadas en las Américas.

En esta Región, la inversión de recursos, tanto humanos como financieros, ha sido enorme. Los organismos del CCI han aportado más de \$US 110 millones a la campaña, mientras que los propios países, a pesar de la crisis económica de la década de 1980, asignaron casi \$US 500 millones a las actividades de inmunización contra la poliomielitis y otras enfermedades. Aunque no se alcanzó la meta de 1990, la erradicación parece ahora inminente, ya que desde agosto de 1991 no se han detectado casos nuevos. No hay duda de que puede considerarse que la campaña ha tenido éxito y que las inversiones han sido bien empleadas. La amenaza de la poliomielitis ha desaparecido para la gran mayoría de los niños de la Región, se han evitado cientos de

muerres y sufrimientos incalculables, y además se han ahorrado millones de dólares en costos de tratamiento y rehabilitación cada año. Los sistemas de vigilancia y laboratorio fortalecidos son un legado que se está utilizando en la actualidad en los esfuerzos por eliminar otras enfermedades; las campañas continuarán beneficiándose de las lecciones aprendidas en la lucha contra la poliomielitis, mucho después de que esta enfermedad no sea más que un desagradable recuerdo.

Actualización

Al 31 de agosto, no se habían confirmado casos de poliomielitis en las Américas en 1992. El último caso se detectó en Junín, Perú, el 23 de agosto de 1991. Han de transcurrir tres años después del último caso, y han de satisfacerse criterios rigurosos de vigilancia, para que la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en las Américas certifique que la enfermedad ha desaparecido de esta Región.

El principal objetivo de la vacunación ... es eliminar ese 1 en 100 a 1 en 100 000 de riesgo de parálisis durante la vida, proporcionando artificialmente una inmunidad duradera. El logro de este objetivo depende del éxito de extensos estudios de vacunación por medio de preparaciones de virus muerto, y variantes vivas avirulentas. ... La ventaja obvia que cabría esperar de una vacuna de virus vivo es la posibilidad de que produzca una inmunidad duradera con una sola dosis pequeña administrada por vía oral o parentéricamente, con preferencia durante la primera infancia.

Dr. Albert B. Sabin
Boletín de la OSP, junio de 1955