
Estado actual de la poliomiелitis en México

Luis Cabrera Coello, Emergencias Epidemiológicas, SS

Voy a dar un panorama muy general de lo que está ocurriendo en el país en relación a la Poliomiелitis. en el año de 1985, en el mes de julio, la reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud propuso para el continente, la erradicación de la circulación del virus salvaje, causante de Poliomiелitis Parálitica.

En septiembre de ese mismo año, se reunió la Asamblea a la cual asistieron los ministros de todos los países americanos; ahí se discutió y planteó, además de analizar esta proposición, aceptar erradicar el virus salvaje productor de Poliomiелitis Parálitica. No es ningún secreto que la Poliomiелitis es un problema de Salud Pública que ha estado presente desde hace muchos años. Hay países que ya tienen eliminado el virus de la Poliomiелitis Parálitica de su territorio, un ejemplo es Cuba.

Los países del Cono Sur también han temido a la Tuberculosis. No voy a referirme ni a Canadá ni a Estados Unidos porque esos países se manejan aparte, aunque los países del Cono Sur, también en cierta medida, los deberíamos manejar un poco aparte porque estos países tienen características sociales, demográficas diferentes; es bien sabido que Argentina y Uruguay son países predominantes urbanos con una tasa de crecimiento muy baja y con una tasa de natalidad también baja, muy parecida a la de los países europeos, de tal manera que la cohorte de nacidos que se incorporaron a los grupo susceptibles son muy pocos y la facilidad para erradicar la enfermedad es menos compleja ya que la población es predominantemente urbana, por lo que es más fácil vacunar, además

tienen un nivel educativo muy superior al mexicano. Chile también debe considerarse aparte, aunque podría ser un caso intermedio; en Chile también es relativamente fácil vacunar. Todo mundo conoce la geografía chilena, a partir de los desiertos que limitan Perú con Chile, el territorio habitable de esta república hasta el extremo sur es una franja costera relativamente angosta el resto de su territorio esta conformado por montañas permanentemente nevadas donde no hay población o ésta es muy escasa. Esta característica le permite una tasa de crecimiento aunque algo, mayor a la Uruguay, de tal manera que también su cohorte de susceptibles que ingresan por nacimiento son relativamente pequeños y su población es también predominantemente urbana. El problema del saneamiento, que tiene mucho que ver con la difusión de los enterovirus en general, o del poliovirus en particular, tiene que ver con la presencia y la frecuencia de la Poliomiелitis. El nivel del saneamiento chileno no tiene la misma calidad del Uruguayo y del Argentino. En México, la situación es totalmente diferente; a pesar de los proyectos y programas de control natal, la disminución en la tasa de crecimiento por disminución de nacimientos, todavía las cohortes de susceptibles son mayores. Ahora, los programas de control natal se llaman paternidad responsable, pero esos programas de control natal mexicanos tienen éxito predominantemente en ciertos grupos sociales; de la clase media para arriba, y en los que están de clase media para abajo, posiblemente tengan impacto tan sólo en los que pertenezcan a algún tipo de Institución de Seguridad Social,

tales como obreros, trabajadores dentro del régimen del Seguro Social. Pero, la otra gran población, que es la población rural, la población dispersa, la población marginada urbana que no tiene estos servicios sigue teniendo muy altas tasas de natalidad. De tal manera que si es cierto lo que nos dicen las autoridades de que ha disminuido la tasa de crecimiento del país en 10 años de 3.5 a 2.1, es verdaderamente importante el impacto que ha tenido el programa, pero predominantemente a expensas de estos grupos sociales. Ahora bien, estos grupos sociales, los marginados rurales y los marginados urbanos, incluyendo a los grupos indígenas dispersos que existen en el país, que posiblemente están aislados no sólo por el lenguaje sino también por la geografía, representan problemas de salud muy especiales, de tal manera que nuestro país se enfrenta a situaciones diferentes a los que ocurren en otros países. Después de las reuniones del Comité Ejecutivo en julio y, luego, de la Asamblea, en septiembre de 1985, los países latinoamericanos adoptaron como estrategia, para erradicar la circulación del virus salvaje de la Poliomielitis, los llamados días nacionales de vacunación, que en otros países llaman jornadas. En México, antes de los días nacionales de vacunación, esta acción se realizaba a través de fases intensivas de vacunación que duraban una semana; eran días nacionales de vacunación, pero de 5 días. Ahora es de un solo día. Considero que esto podría ser pertinente por la experiencia que se había tenido ya en Brasil y también, aunque en menor escala en Colombia y otros países del Norte de América del Sur. Así México adopta el criterio, la estrategia de los días nacionales de vacunación, la cual ofrece varias ventajas, varias cualidades. Primero, la posibilidad de que se deteriore la vacuna es menor, en un solo día sale del refrigerador del almacén central y se distribuye hasta los termos, y no tiene que estarse manipulando por varios días, o sea, entre lunes y viernes. Segunda; el impacto social que permitió una gran movilidad de gentes en todo el país, en los estados son fiesta, día de fiesta los sábados, cuando se hace la vacunación. Esta movilización social es más fácil en una solo día que estar moviendo tanta gente de lunes a viernes y además se hace en sábado. Muchos cuestionaron el que fuera en sábado, por varias razones, yo mismo lo cuestioné un poco, la gente no participa en sábados son días de mercado, la gente no trabaja; dicen precisamente porque no se trabaja, hay que ponerles puestos en los mercados. Parece ser que tiene importancia esta cuestión de que sea en un solo día y en sábado, lo que proporciona otras cualidades adicionales, se hace circular una enorme can-

tidad de virus vacunales, o sea, la estrategia persigue dos cosas. La primera, sustituir el virus salvaje por un virus vacunal, hay que hacer circular el virus vacunal y esto hay que hacerlo antes de las temporadas de elevaciones epidémicas anuales estacionales, por ello se hace en enero y en marzo. Hay que darle más oportunidad al virus vacunal para que llegue a los intestinos antes de que le llegue el virus salvaje, ésa es la cuestión; otra cualidad de los días nacionales de vacunación, adicional y no menos importante; es lograr perfiles de inmunidad satisfactorios. No había un programa de búsqueda, de notificación idóneo de casos, pero a partir de los años 50s se observa que se acumulan susceptibles cada 2 años, ocasionando brotes. No ocurre así en los Estados Unidos, porque entre otras cosas la difusión del virus de la Poliomielitis es diferente en un país con mal saneamiento, como el de México. Lo que voy a decir es una perrogrullada, pero hay que decirlo, en México, los mexicanos nos exponemos a edades muy tempranas a todos los enteropatógenos, no es tampoco un secreto; no es tampoco un desconocimiento que las tasas de mortalidad infantil por diarrea son de las más elevadas que hay. Los enteropatógenos hacen mucho daño a los menores de edad, después se modifica un poco y así sucesivamente, la posibilidad de enfermarse de diarrea en el primer año de vida es enorme en este país. El virus de la Polio es un enteropatógeno, también es un neuropatógeno. Hay que decirlo también, así es que el patrón epidemiológico de México era vía anual, el de E.U.A. no seguía un patrón tan claro y difundido como éste de los picos en los años noventa; además, recordemos que el presidente Roosevelt andaba en silla de ruedas, enfermo de Poliomielitis ya siendo adulto. En Estados Unidos se enfermaban a edades más avanzadas, en adultos; en México no, a los 3 años todos los niños habían tenido su infección por Polio y algunos de ellos habían desarrollado parálisis y éstos son los que detectamos en estos picos. En estos años se empezó a aplicar la vacuna en México; pero, en tan poca cantidad que prácticamente no afectó el comportamiento de la Polio. La vacuna que se aplicó en aquellos primeros años fue con virus inactivados y se aplicaba por vía parenteral; ya para los años 50s se empiezan a utilizar los virus atenuados, por vía oral, la vacuna del Dr. Sabin, y se pudo observar el impacto inmediato sobre la frecuencia de la enfermedad, a partir de esas fechas mejoran mucho los sistemas de notificación y registro; como por ejemplo, la frecuencia de la Poliomielitis según algunas variables, estando vacunados tenemos tantos casos. Antes de 1960 los casos registrados no tenían dosis de vacuna; se registro un 32%,

el cual, aparentemente, es muy elevado, pero es un fenómeno que se repite con mucha frecuencia, inclusive en este año la proporción se ha incrementado. Después vamos a decir por qué hacemos estas observaciones en los registros de los hospitales que cuentan con el más alto nivel; donde se hace investigación y docencia, de donde salen los mejores, de donde se preparan los pediatras de México, como son el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Pediatría y, por supuesto, de otros hospitales. Observamos en estas instituciones casos de Parálisis Flácida Aguda, la cual descartaban como Polio, por el simple antecedente de que se había aplicado al menos una vacuna; aquí estamos demostrando que, por lo menos la tercera parte, puede tener este antecedente y de todos modos presentan Polio. Desde 1986, que empezamos a trabajar en la Vigilancia Epidemiológica activa, o sea, buscando los casos en hospitales y en Servicios de Rehabilitación, los hospitales han cambiado ya su criterio; vemos que sí puede ser Polio, y no sólo sabemos esto sino además que la vacuna, el virus vacunal, puede producir neuropatía periférica, inclusive parálisis.

La siguiente, la otra variable es en los grupos de edad, el grupo de edad más afectado es, todavía en nuestro país, la niñez. El niño pequeño tiene riesgo de enfermar de Polio, pues, como ya lo habíamos mencionado y dicho con mucha insistencia, se ponen pronto en contacto con entoropatógenos, con el virus de la Poliomiélitis. Hay un estudio, de hace 3 años 3 ó 4 años, publicado por Kumate en el Boletín Oficial Central Panamericano sobre la frecuencia del antecedente serológico de infección por Hepatitis A en niños, en el cual se encontró que había anticuerpos prácticamente en el 98% cuando llegaban a la edad de 15 años. Puesto que la hepatitis es producida por un virus enteropatógeno debe tener un comportamiento de infección semejante al de la Poliomiélitis; son virus que se difunden igual por problemas de saneamiento y, los que se infectan, se infectan porque ingieren bebidas o alimentos contaminados.

La Organización Panamericana de Salud invitó a formar un grupo para la vigilancia epidemiológica de la Poliomiélitis en 1985. Este grupo técnico asesor decidió, como primera tarea, definir qué se va a atender como caso de Poliomiélitis en etapa de erradicación. Se utilizaron criterios que ya habían ensayado en Europa, en donde también hay Poliomiélitis; claro que los países más al sur de Europa tienen más Poliomiélitis que los que están al norte. Rusia tiene bastante Polio, Turquía, España, Grecia, Rumania, etcétera. Estos países ya

habían iniciado su proyecto de erradicación, y también es para 1990; decidieron que debería haber 3 categorías de casos, la primera inicial, la segunda intermedia y la tercera final o definitiva.

La primera categoría es caso sospechoso, todo caso de parálisis aguda en menores de 15 años debe ser considerado como sospecha de Poliomiélitis, para la definición intermedia se considera si la parálisis es flácida, debe ser probable; esto requiere el conocimiento, la habilidad para poder diagnosticar la flacidez de la parálisis, lo cual no es fácil, sobre todo en niños pequeños, y además agregando, al principio, variables como de sensibilidad, asimetría etcétera. Pero, consideraron que dado que algunos de estos diagnósticos se van a hacer en el campo, por pasantes de medicina o por médicos rurales, donde no tienen suficientes recursos, se eliminaron las variables, y, de esta manera, lograr un sistema muy sensible aún a costa de cierta especificidad. Si la parálisis era aguda y flácida era probable y se tomó la decisión de que un caso probable debía ser confirmado o rechazado. Para obtener la decisión final, es decir, para decidir si el caso se confirma o se desecha se utilizan 3 criterios, clínico, epidemiológico y de laboratorio. Si se aísla un virus Polio eso sí es Poliomiélitis, si se cuadruplican los títulos de anticuerpos neutralizantes en 2 muestras idóneas tomadas con 2 o 3 semanas de diferencia, es Polio; pero, si a pesar de que sea negativo el resultado de laboratorio, persiste la parálisis por 60 días, es Polio. Si el caso se perdió o falleció con diagnóstico de probabilidad, también es Polio, esto ha creado un problema. El Sistema de Vigilancia es muy sensible pero poco sencillo, estamos incorporando muchos casos de Poliomiélitis que no lo son. Los países latinoamericanos dijeron que no era correcto lo que se estaba haciendo. El concepto latinoamericano no estaba de acuerdo con el criterio europeo, nació una polémica en relación a la parálisis flácida y su tiempo de solución. Los informes estadounidenses hablan de 4 días de evolución como requisito para poder hablar de parálisis flácida, a este criterio, en América Latina, se integran diagnósticos de Síndrome de Guillain Barre en pacientes menores de 5 y 15 años, en los Estados Unidos es raro este diagnóstico en menores de 15 años.

La conclusión fue que la epidemiología norteamericana es diferente a la de los países latinoamericanos, esto explica el comportamiento diferente de la enfermedad. Son puntos que habrán de considerarse en estudios posteriores para obtener conclusiones adecuadas a los mismos.