



CIRCULAR JEFATURA No. TLGG-028-2022

A: Directores y Epidemiólogos de Áreas de Salud.
Directores y Epidemiólogos de Hospitales.
Hospitales Privados
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS
Y otras entidades

De: Dra. Lorena Gobern
Jefe Departamento de Epidemiología

Vo.Bo. Dr. Edwin Eduardo Montufar Velarde
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

c.c Dr. Gerardo David Hernández García
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

M.A. Leslie Lorena Samayoa Jerez de Hermsilla
Viceministra de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Bernardo Eliú Mazariegos Salazar
Director General del Sistema Integral de Atención en Salud

Asunto: ACTUALIZACIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR RIESGO DE REINTRODUCCIÓN DEL VIRUS DE POLIOMIELITIS EN EL PAÍS, ANTE LA DETECCIÓN DE POLIOVIRUS DERIVADO DE LA VACUNA TIPO 2 CIRCULANTE EN LOS EE.UU.

Fecha: 11 de octubre de 2022

RESUMEN:

El 8 de julio del 2022 se informó de un caso de poliovirus circulante derivado de vacuna tipo 2 (cVDPV2) en Argelia, en un niño de dos años de edad, no vacunado, sin antecedentes de viaje, con inicio de parálisis el 11 de abril del mismo año, según el análisis de secuenciación genómica, el virus aislado está genéticamente vinculado a un virus previamente aislado en Kano, Nigeria. Esto demuestra el potencial de propagación internacional de la enfermedad.

En las Américas en este mismo año el 21 de julio se informó de un caso de poliomyelitis parálisis en un paciente de 20 años de edad en el estado de Nueva York, Estados Unidos inmunocompetente no vacunado, la muestra fue reportada por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) como un VDPV tipo 2.

Trabajando por la salud de Guatemala



El 13 de septiembre de 2022, Estados Unidos de América anunció que los poliovirus encontrados en Nueva York, tanto en el caso de poliomielitis parálitica en un adulto no vacunado en el condado de Rockland, como en varias muestras de aguas residuales de comunidades cercanas a la residencia del paciente, cumplen con los criterios de poliovirus derivado de la vacuna circulante (cVDPV)

El 22 de julio del 2022 el MSPAS a través de Departamento de Epidemiología del MSPAS se emitió alerta sobre el riesgo de emergencia de poliovirus derivado de la vacuna y con lineamientos a los servicios de salud para implementar medidas efectivas que aporten en la disminución del riesgo de ocurrencia de brotes, manteniendo coberturas altas y homogéneas de vacunación, así como fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica para la detección, abordaje e investigación de casos de parálisis flácida aguda.

De acuerdo con el análisis de riesgo realizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en diciembre 2021, el riesgo de introducción de enfermedades prevenibles por vacuna -EPV- en la región está caracterizado de muy alto riesgo. Adicionalmente, todos los países de las Américas informaron una reducción significativa en la notificación de casos sospechosos de EPV desde el inicio de la pandemia, específicamente en la vigilancia de Poliomielitis.

Situación de la vigilancia de Poliomielitis en Guatemala:

Vigilancia epidemiológica: Para la semana epidemiológica 37 del año 2022 (del 11 al 17 de septiembre) se han detectado 48 casos sospechosos a través de la vigilancia sindrómica de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años. Registrando una tasa de 0.87 por 100,000 menores de 15 años. (ver anexo)

Coberturas de vacunación: Para el mes de julio del 2022 se lleva una cobertura de IPV 52.8% 1era dosis, 50.2% 2da dosis y OPV3 de 41.4% lo que evidencia una cobertura baja para este periodo (datos por departamento y municipio en anexo), adicionalmente el análisis retrospectivo indica que no se han alcanzado coberturas útiles por arriba de 95% a nivel nacional con IPV y OPV en los últimos 5 años

Vigilancia ambiental: En el año 2019 se detectaron tres VDPV (poliovirus derivado de la vacuna por sus siglas en inglés) en las aguas residuales, que fueron clasificados como a VDPV, lo que significa que solo fue detectado en aguas residuales y no hubo transmisión de persona a persona, sin embargo, se concluye que en Guatemala persiste el riesgo de reintroducción de poliovirus (emergencia o importación de poliovirus derivado de la vacuna o importación de poliovirus salvaje).

Ante la situación presentada y el riesgo de reintroducción del virus de la Poliomielitis por bajas coberturas y no alcanzar indicadores adecuados de vigilancia epidemiológica, emiten los siguientes lineamientos:

Vacunación

- Mantener niveles de cobertura >95%. En municipios con cobertura de vacunación menor al 80%, se debe fortalecer el programa de rutina y realizar actividades de vacunación de puesta al día para cerrar las brechas de inmunidad, incluyendo el acúmulo de susceptibles a poliovirus tipo 2 principalmente por introducción tardía de la IPV2
- Capacitar al personal de salud en la detección y proceso de notificación de un caso de PFA. La tasa de notificación debe ser mínimo, un caso de PFA por cada 100,000 habitantes menores de 15 años.

Trabajando por la salud de Guatemala



- Realizar notificación negativa semanal en la plataforma de EPIWEB por parte de los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención.
- Realizar notificación negativa diaria en los hospitales de la red del MSPAS a través de la plataforma de EPIWEB según lineamientos actualizados.
- **Expandir a partir de la fecha la vigilancia de PFA a toda persona mayor de 15 años que presente síntomas compatibles con poliomielitis, siguiendo el protocolo establecido para la vigilancia en menores de 15 años y tomando en cuenta los diagnósticos diferenciales descritos (anexo).**
- Obtener oportunamente las muestras de heces de todos los casos detectados, las cuales se deben recolectarse en los primeros 14 días después del inicio de parálisis y enviadas al Laboratorio Nacional de Salud en las 72 horas posteriores a su obtención.
- En caso de no ser posible la recolección de la muestra en los primeros 14 días de inicio de parálisis, se debe identificar 3 a 5 contactos del caso para obtención de muestras. Los contactos deben ser niños menores de 5 años y sin antecedentes de vacunación en últimos 30 días con vacuna de polio oral.
- Investigar y brindar seguimiento a todo caso notificado, realizando seguimiento a los 60 días de inicio de parálisis para identificar signos de posible parálisis residual.
- Continuar con procesos de vigilancia ambiental para las áreas definidas.

Cualquier duda o comentario favor comunicarse con esta jefatura o con la Dra. Ericka Gaitán, correo electrónico: egsoto@mspas.gob.gt/ vigilanciaepv@mspas.gob.gt o al Departamento de Epidemiología 2445-4040 extensión 123 o 158



ANEXOS

Tabla 1. Monitoreo de Indicadores de vigilancia de Poliomieltitis en la República de Guatemala enero- septiembre 2022

DIRECCION DE AREA DE SALUD	POBLACION <15 AÑOS	CASOS ESPERADOS	CASOS NOTIFICADOS	TASA DE PFA	SEGUIMIENTO A LOS 60 DIAS
ALTA VERAPAZ	500,342	5	3	0.60	
BAJA VERAPAZ	115,166	1	0	0.00	
CHIMALTENANGO	232,873	2	2	0.86	1
CHIQUIMULA	154,756	2	3	1.94	2
EL PROGRESO	57,000	1	1	1.75	
ESCUINTLA	234,849	2	1	0.43	1
GUATEMALA CENTRAL	279,727	3	1	0.36	
GUATEMALA NOR OCCIDENTE	253,334	3	0	0.00	
GUATEMALA NOR ORIENTE	148,972	1	0	0.00	
GUATEMALA SUR	262,605	3	3	1.14	
HUEHUETENANGO	537,005	5	4	0.74	
IXCAN	45,494	0	0	0.00	
IXIL	62,610	1	0	0.00	
IZABAL	144,358	1	3	2.08	
JALAPA	133,749	1	2	1.50	
JUTIAPA	162,580	2	4	2.46	
PETEN NORTE	58,976	1	2	3.39	
PETEN SUR OCCIDENTE	84,134	1	1	1.19	
PETEN SUR ORIENTE	73,907	1	0	0.00	
QUETZALTENANGO	291,240	3	2	0.69	
QUICHE	308,531	3	3	0.97	
RETALHULEU	118,721	1	1	0.84	
SACATEPEQUEZ	102,256	1	1	0.98	
SAN MARCOS	430,697	4	5	1.16	
SANTA ROSA	126,939	1	5	3.94	1
SOLOLA	147,693	1	0	0.00	
SUCHITEPEQUEZ	200,383	2	1	0.50	
TOTONICAPAN	176,259	2	0	0.00	
ZACAPA	85,395	1	0	0.00	
TOTALES	5,530,551	55	48	0.87	10.42

Los siguientes diagnósticos y sus respectivos códigos CIE-10 deben ser considerados para la notificación de parálisis flácida aguda, que deben ser objeto de vigilancia y seguimiento.

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales para incluirse en vigilancia de PFA

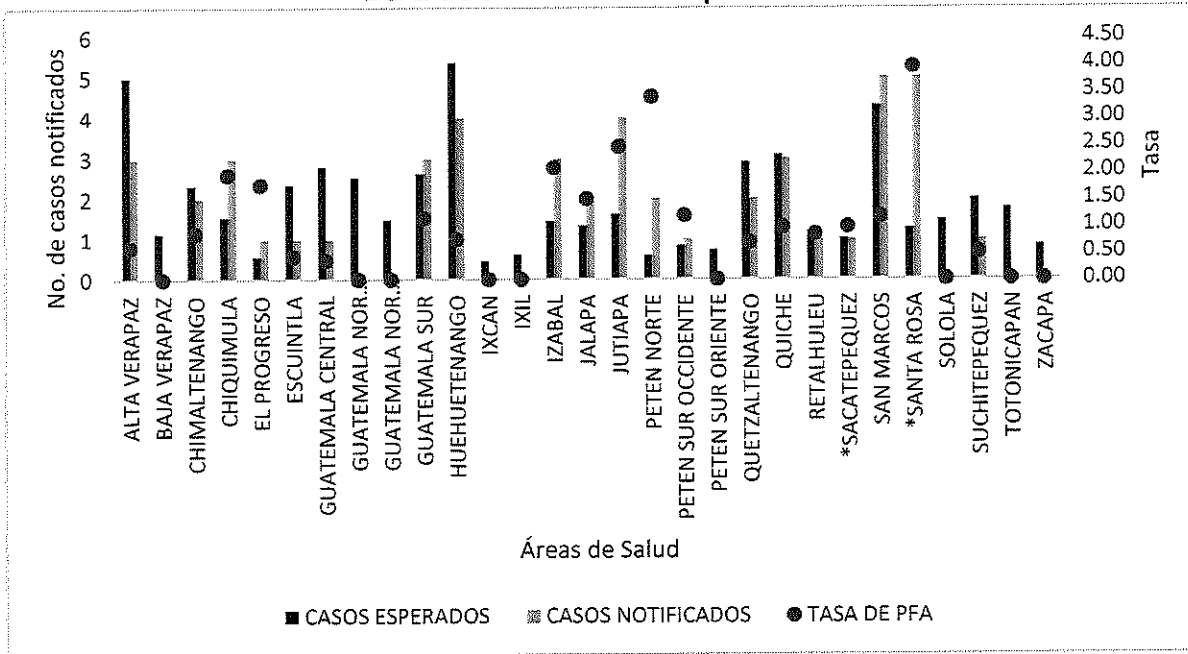
Diagnóstico	Código CIE -10
Botulismo	A05.1
Poliomielitis	A80
Encefalitis (meningoencefalitis viral)	A86.x
Enfermedad enteroviral del sistema nervioso central	A88.8
Meningitis aséptica/linfocítica	G03.0
Mielitis transversa	G37.3
Síndrome Guillain Barré	G61.0
Polineuropatía, polirradiculopatía	G61.9
Polineuritis	G62.9
Parálisis flácida muscular	G72.8
Hemiplejía súbita infantil	G810
Parálisis flácida	G82.0
Accidente cerebro vascular	I64.x
Seudoparálisis	R29.8
Intoxicación por metales pesados	T56.9- N14.3
Intoxicación por organofosforados	T60
PFA (aunque no es diagnóstico, se ha agregado a la lista porque en varios expedientes clínicos ha aparecido como impresión clínica del paciente)	G83.9

A continuación, se presenta tabla con principales diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta al evaluar un paciente con parálisis flácida.

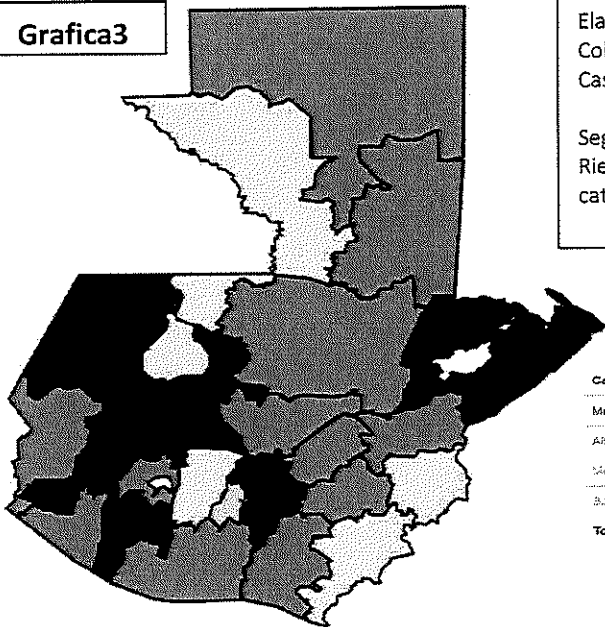
Tabla 3. Características clínicas de principales diagnósticos diferenciales para PFA

	POLIOMIELITIS	SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ	NEURITIS TRAUMÁTICA	MIELITIS TRANSVERSA
INSTALACIÓN DE PARÁLISIS	24-48 horas para parálisis total	Horas a 10 días	Horas a 4 días	Horas a 4 días
INICIO DE FIEBRE	Alta, presente al inicio de parálisis, ausente al 2° día.	Poco común	Presente antes, durante y después de parálisis	Rara vez
PARÁLISIS	Aguda, usualmente asimétrica, principalmente proximal	Generalmente aguda, simétrica y distal	Aguda, asimétrica y afecta únicamente a un miembro	Aguda, simétrica, miembros inferiores
TONO MUSCULAR	Reducido o ausente en miembros afectados	Hipotonía global	Reducido o ausente en miembros afectados	Hipotonía en miembros inferiores
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PROFUNDOS	Disminuido o ausente	Ausentes	Disminuido o ausente	Ausente en extremidades inferiores de forma temprana, hiperreflexia en estadios tardíos
SENSIBILIDAD	Mialgia severa, lumbalgia, no cambios sensoriales	Parestesias, "calambres", hipoanestesia de palmas y plantas	Dolor en glúteo, hipotermia	Anestesia en miembros inferiores con nivel sensorial
AFECTACIÓN PARES CRANEALES	Únicamente cuando hay afectación bulbar	Frecuente. PC VII, IX, X, XI, XII	Ausente	Ausente
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	Únicamente cuando hay afectación bulbar	En casos severos, incrementado si neumonía bacteriana	Ausente	Ocasional

Gráfica 2. Casos notificados de PFA por Área de Salud. Del 2 de enero al 17 de septiembre de 2022.



Grafica3



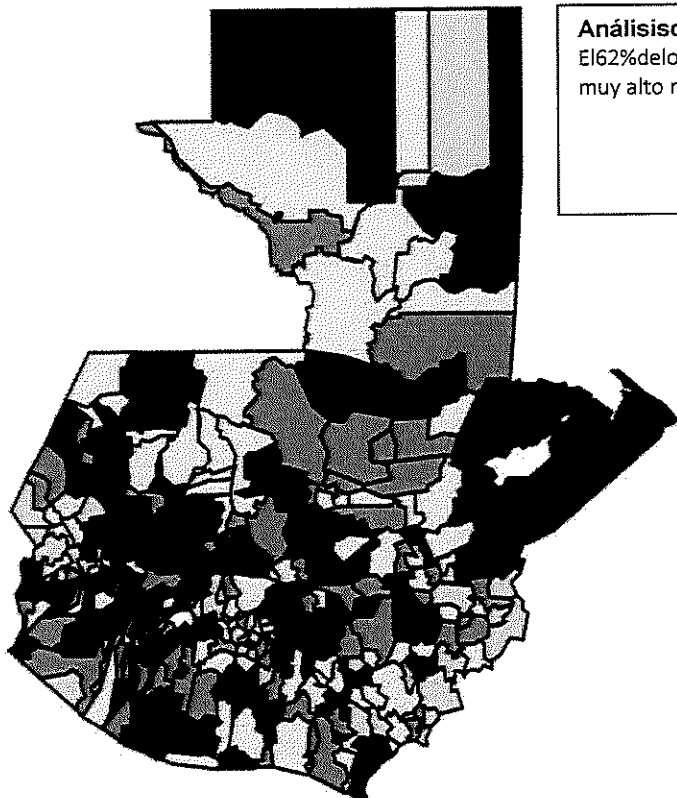
Análisis de Riesgo de Poliomielitis 2021. Nivel Nacional

El análisis de riesgo de Poliomielitis para el año 2021 tiene en consideración Coberturas de vacunación, Vigilancia Epidemiológica, Determinantes de Salud Casos y Brotes.

Según el análisis de riesgo realizado, Guatemala pasa de un país de Mediano Riesgo a un país de **Alto Riesgo** con un **75%** de áreas de salud dentro de las categorías de alto riesgo (12) y muy alto riesgo (10).

Categoría	Cantidad
Muy alto riesgo	10
Alto Riesgo	12
Mediano riesgo	6
Bajo riesgo	1
Total	29

Grafica4



Análisis de Riesgo de Poliomielitis 2021. Nivelsub-nacional
El 62% de los municipios en el país se encuentran en las categorías de alto riesgo (69) y muy alto riesgo (142).

Categoría	Cantidad
Muy alto riesgo	142
Alto Riesgo	69
Mediano riesgo	39
Bajo riesgo	40
Total	340