

Metodologia de supraveghere a paraliziei acute flasce (PAF)

Boala cuprinsa in HG 589/2007 si raportabila la UE, in baza deciziei 2119, prin sistemul Tessy. Tinand cont de recomandarile Organizatiei Mondiale a Sanatatii fiecare tara membra a OMS trebuie sa-si adapteze sistemele de supraveghere a PAF in functie de specificul epidemiologic existent.

I. Scopul

- 1. Izolarea/identificarea poliovirusurilor salbatice si/sau vaccinale de import si aplicarea masurilor ce se impun pentru limitarea/stoparea raspandirii lor.**
- 2. Mentinerea statutului de „tara libera de poliomielita”.**

II. Obiective

1. Depistarea imediata a oricarui caz posibil de poliomielita.
2. Confirmarea cu laboratorul a tuturor cazurilor posibile de poliomielita.
3. Identificarea surselor de infectie.

III. Definiția paraliziei acute flasce

Paralizia flască (moale, lipsită de rezistență la mișcarea de flexie) apărută in mod brusc, instalată în curs de câteva zile la un copil de până la 15 ani sau la orice persoană de orice vârstă dacă se suspectează poliomielita.

Paralizia acuta flasca se intalneste in poliomielita, poliradiculonevrita acuta (sindromul Guillain-Barre), nevrita traumatica si mielita transversa (diagnosticul diferential este prezentat in anexa nr 2).

Desi afectiunile mentionate mai sus prezinta un tablou clinic bine stabilit, uneori anamneza este greu de condus si neconcludenta daca este sau nu o infectie cu virus polio sau alt enterovirus, ratiune pentru care investigatia de laborator este obligatorie pentru toate cazurile de PAF.

Spre deosebire de poliomielita cauzata de poliovirusurile salbatice, in toate celelalte cazuri de paralizie (inclusiv cea dupa administrarea de VPO), recuperarea paraliziei este totala sau aproape totala.

IV. Definitia de caz a poliomielitei

Criterii clinice:

- Orice persoana in varsta sub 15 ani cu paralizie acuta flasca sau orice persoana de orice varsta, la care se suspecteaza poliomielita

Criterii de laborator:

- izolarea virusului polio si diferentiere intratipica – virus salvatic polio
- izolarea de virus polio derivat din vaccin polio oral (VDPV) – cel putin 85% sa aiba asemanare cu nucleotide secventiale ale virusului polio tip 1 din vaccin
- izolarea unui virus Sabin-like – diferentiere intratipica determinata de un laborator polio acreditat de OMS

Criterii epidemiologice – cel putin una din urmatoarele doua:

- transmisie interumana
- calatorie intr-o tara endemica de polio sau intr-o zona cu cazuri suspecte ori confirmate de polio

Clasificarea cazurilor

A. Caz posibil – orice persoana care intruneste criteriile clinice

B. Caz probabil - orice persoana care intruneste criteriile clinice, dar cu un link epidemiologic

C. Caz confirmat – orice persoana care intruneste criteriile clinice si pe cele de laborator.

Infecția poliomielitica

Virusul polio (exista 3 tipuri – 1,2 si 3) este un enterovirus din familia Picornaviridae. Toate cele 3 tipuri produc paralizie, dar cele mai frecvente epidemii de polio sunt cauzate de catre tipul 1.

Virusul polio are potential mare de contagiozitate, motiv pentru care un individ poate infecta toti indivizii neimunizati dintr-un grup/casa, mai ales daca sunt precare conditiile de sanatate si igiena. Dintre persoanele infectate, numai 1-3 % dezvoltă paralizia, restul prezinta simptome minore de infectie virala sau sunt asimptomatici.

Imunitatea de protectie pentru virusul polio se poate dezvolta prin vaccinare sau infectie naturala. Imunitatea este specifica pentru fiecare tip de virus polio, motiv pentru care (in cazuri mai rare) este posibil ca un individ sa faca boala (poliomielita) de 2 ori. Imunitatea prin infectie naturala sau dupa administrarea de vaccin polio oral este pe viata. Durata de protectie dupa administrarea de vaccin polio inactivat (VPI) este necunoscuta. Copiii nascuti din mame cu un nivel ridicat de anticorpi sunt protejati impotriva infectiei cu virus polio pentru primele saptamani de viata.

Poliomielita poate aparea oriunde in lume, exceptand zonele unde a fost eliminata. In prezent exista 4 tari endemice de polio (Afganistan, India, Nigeria si Pakistan), de unde virusul se poate importa in tarile cu mica acoperire vaccinala de rutina. Boala este sezoniera, apare mai frecvent in timpul verii si la inceputul toamnei in zonele temperate si in timpul sezonului ploios in tarile tropicale.

Transmiterea este interumana, pe cale oral-orală sau fecal-orală (virusul polio se multiplica in intestin si se elimina prin materiile fecale). Perioada de timp dintre infectare si aparitia primelor simptome este de 10-21 zile. Virusul se transmite rapid, mai ales la persoanele neimunizate. Dupa instalarea paraliziei, virusul este excretat cateva saptamini, cu o perioada

maxima de excretie in primele 14 zile, motiv pentru care recoltarea materiilor fecale pentru examenul de laborator este recomandata a se face in aceasta perioada de timp.

Virusul polio afecteaza numai omul si de aceea nu exista un alt rezervor. Totusi, exista o specie de maimute (Bonobos) care pot face boala. Virusul nu traieste timp indelungat inafara corpului uman si nu exista statutul de purtator.

V. Investigarea cazului de PAF

Toate cazurile de paralizie acuta flască, diagnosticate la copiii de pana in 15 ani sau la adulti daca se suspecteaza poliomielita, vor fi investigate clinic si paraclinic.

Paraliziile faciale vor fi investigate numai in contextul unei epidemii de poliomielita.

Diagnosticul clinic se va stabili de către medicul neurolog. La 60 de zile de la debutul paraliziei se va face un nou examen neurologic de bilanț, pentru a determina gradul de recuperare a deficitului motor.

Pentru investigarea de laborator, in ordinea importanteii sunt:

- materiile fecale – **cate 2 probe** recoltate de la fiecare caz de PAF
- exudat faringian – pentru investigarea si a altor enterovirusuri decat polio
- sânge (ser și cheag) - pentru determinarea titrului de anticorpi numai in cazul suspectarii unui „hot”caz; in acest caz se vor recolta 2 probe de pentru a urmari dinamica anticorpilor !
- LCR (dupa caz - dacă medicul care investigheaza cazul considera necesară efectuarea puncției lombare pentru diagnosticul diferential).

Materiile fecale vor fi recoltate la interval de 24-48 de ore, imediat după diagnosticare și in interval de maximum 14 zile de la debutul paraliziei (perioada in care are loc excretia maxima de enterovirusuri), în scopul de a pune în evidență virusul polio sau alt enterovirus care poate produce paralizia.

Pentru toate cazurile de PAF la copiii sub 5 ani se va recolta si cate 1 esantion de materii fecale de la 5 contacti in varsta de sub 5 ani.

Recoltarea, conservarea si transportul materiilor fecale se fac conform metodologiei Laboratorului Național de Referință pentru enterovirusuri din INCDMI Cantacuzino, în condițiile lanțului de frig invers, la o temperatură de 4 – 8 grade. Toate produsele biologice vor fi însoțite de „Buletinul de insotire probe”, atat pentru caz, cat si pentru contacti.

Metodologia de recoltare a probelor de materii fecale este prezentata in anexa nr. 1

Cazurile de PAF diagnosticate de medici de familie sau alti medici specialisti, vor fi trimise spre internare si recoltarea probelor de laborator la unitatile sanitare sentinela din rețeaua de supraveghere a PAF.

VI. Tip supraveghere si populatia tinta

Supraveghere **activa**, la copiii de varsta pana in 15 ani, bazata pe depistarea cazurilor internate in unitatile santinela si investigarea cu laboratorul a fiecarui caz PAF. **Adultii vor fi investigati numai daca se suspecteaza poliomielita.**

VII. Perioada de supraveghere : permanent

VIII. Circuitul informational

Toti furnizorii de servicii mediale au obligatia de a informa DSP în cel mult 24 ore de la notificarea cazului. DSP va incepe investigatia epidemiologica a cazului, completarea fișei de declarare a cazului de PAF și recoltarea de materii fecale de la contacti pentru cazurile de pina la varsta de 5 ani. Materiile fecale de la caz si contacti vor fi trimise la Laboratorul de referinta din institutul Cantacuzino insotite de fise personale.

DSP raportează la CNSCBT prin fax, email sau telefon toate cazurile de PAF în cel mult 48 ore de la notificarea acestora folosind fisa de investigare a cazului (anexa nr. 3). DSP are de asemenea obligatia de a trimite catre CNSCBT rezultatul de bilant la 60 zile de la debutul paraliziei.

Centrele Regionale de Sanatate Publica au obligatia de a raporta lunar la CNSCBT situatia supravegherii active a PAF inclusiv raportarea „ZERO” din unitatile santinela folosind formatul de raportare lunara (anexa nr. 4) care va fi trimis pana cel mult pe data de 10 a fiecarie luni.

Toate cazurile de PAF sunt analizate si clasificate de către Comisia Nationala de Confirmare si Clasificare a cazurilor de PAF în cel mult 60- 90 zile de la debutul paraliziei.

CNSCBT – inregistreaza toate cazurile de PAF, le raportează la OMS folosind sistemul CISID si intocmeste documentatia in vederea clasificarii finale folosind codificarea OMS.

Pentru clasificarea cazurilor de PAF, DSP judetene au obligatia de a trimite ca documente: copie dupa fisa de internare in spital (prima pagina, anamneza, examenul clinic si neurologic, epicriza, investigatii de specialitate ca de ex. electromiograma si rezultatul ex. pentru materii fecale, biletul de iesire din spital cu recomandari) si copie dupa examenul de bilant la 60 zile.

IX. Indicatori de evaluare a sistemului de supraveghere a PAF

1. Rata de PAF non-polio este numarul de cazuri de PAF la 100.000 copii sub 15 ani valoarea trebuie sa fie cel putin 1 (1 caz/100.000 copii sub 15 ani).

- Toate cazurile sa prezinte un examen de bilant la 60-90 zile de la data debutului paraliziei
- Confirmarea și clasificarea tuturor cazurilor de PAF (depistate la copii sub 15 ani) de către Comisia Națională de Experți în cel mult 90 zile de la debutul paraliziei

2. Recoltarea de probe:

- Cel puțin 90% din cazurile de PAF sa aiba fie investigate si recoltate 2 probe de materii fecale la interval de 24-48 ore intre esantioane in primele 7 zile (maxim 14) de la debutul paraliziei

3. Transportul probelor:

- Cel puțin 90% din probe sa ajunga la laboratorul de referinta in maxim 72 ore de la recoltarea ultimei probe de materii fecale

4. Expedierea intr.-un interval de 2 saptamani a tuturor poliovirusurilor izolate din orice sursa de la laboratorul national de referinta la laboratorul regional de referinta (Institutul Pasteur – Paris) pentru diferentierea intratipica (DIT) si analiza moleculara a genomului in vederea stabilirii identitatii virusului – salbatic, vaccinal sau derivat din virusurile vaccinale.

Planul de acțiune pentru menținerea statutului de « țară fără poliomielită »

Obiectiv

Reducerea riscului de răspândire în urma unui eventual import a poliovirusurilor sălbatice și a poliovirusurilor derivate din virusurile vaccinale (VDPV – vaccine derived polioviruses) circulante în țările endemice și în cele recent reinfectate la nivel mondial.

Măsurile care se impun sunt:

- 1. Continuarea vaccinării antipolio de rutină cu o acoperire vaccinală cu 4 doze de VPI de cel puțin 95%**
- 2. Menținerea unui sistem de supraveghere eficient pentru detectarea tuturor cazurilor de paralizie acută flasca și instituirea măsurilor de control la apariția unui caz suspect clinic de poliomielită sau a izolării unui virus polio sălbatic de la o persoană fără manifestări clinice.**

1 Vaccinarea antipolio

Continuarea vaccinării de rutină cu vaccin polio injectabil (VPI), cel puțin 4 doze conform calendarului de vaccinare la vârsta de 2,4,6, 12 luni în sistem continuu și la 9 ani (clasa a IIIa) - în campanii școlare.

Menținerea unei acoperiri a vaccinării de rutină de cel puțin 95% la nivel național și județean, cu 4 doze de VPI până la vârsta de 12 luni, cu evaluarea bianuală a rezultatelor (în lunile februarie și august).

Identificarea de către Direcția de Sănătate Publică județeană și a municipiului București a grupurilor cu grad mare de risc (ex. rromi, rromi nomazi, comunități religioase, copiii care nu sunt înscrși la nici un medic de familie, refugiați) în vederea planificării și implementării a unor sesiuni suplimentare de vaccinare.

Monitorizarea continuă a activității de vaccinare și raportarea lunară la CNSCBT.

Recuperarea sistematică a copiilor nevaccinați sau incomplet vaccinați, incluzând instruirea medicilor de familie, mobilizare socială, imunizări suplimentare la nivel județean (după caz), în funcție de situația epidemiologică locală.

Vaccinarea persoanelor care călătoresc în zonele endemice în scop lucrativ sau turistic, indiferent de statutul vaccinal anterior.

2. Sistemul de supraveghere a cazurilor de PAF.

Mentinerea unui sistem alert de supraveghere a PAF reprezinta cheia capacitatii de detectare a unui caz suspect clinic de poliomielită si/sau a izolării unui poliovirus salbatic sau poliovirus derivat din virusurile vaccinale de la o persoana sanatoasa.

In contextual national actual de folosire numai a VPI pentru vaccinarea de rutina, izolarea unui poliovirus vaccinal sau derivat din vaccin poate fi numai din importat.

Pentru fiecare din următoarele cazuri posibile vor fi luate măsurile necesare de către direcția de sănătate publică județeană si a municipiului Bucuresti.

1. Caz „grav” („hot”)

Definiție: Paralizie acută flasca apărută la:

- copii sub 5 ani
- vaccinare incompleta
- calatorie in zona endemica de polio
- cu unul din urmatoarele semne clinice:
 - febra la debutul paralizie
 - paralizie asimetrica de obicei la membre
 - paralizia progresa rapid in 3 zile

Sau boala asemanătoare poliomielitei clinice aparuta la o persoană de orice varsta; sau izolarea unui poliovirus salbatic sau derivat din vaccin la o persoana de orice varsta, chiar fara paralizie.

Masuri:

- Cazul va fi internat si izolat la sectia de boli infectioase.
- Cazul se raporteaza telefonic în termen de 24 de ore la Direcția de Sanatate Public judeteană si Centrele Regionale de Sanatate Publica care vor coordona investigarea cazului (in conformitate cu recomandarile din metodologie) pentru cazul de PAF si cel putin 5 contacti (sub 5 ani) ai acestuia. CRSP vor informa CNSCBT iar acesta DSPCSP din Ministerul Snatatii.
- Se declanseaza ancheta epidemiologica pentru depistarea contactilor

Se vor recolta probele necesare - cel putin 2 probe de materii fecale (la interval de 24-48 ore), exudat nazofaringian, si prima proba de ser si se vor transporta, in maxim **24 de ore**, la laboratorul national de referinta din Institutul Cantacuzino I.C. **Punctia lombara si analiza LCR – se vor efectua, dupa caz, numai la recomandarea medicului curant.**

Tuturor contactilor li se va administra VPI subcutanat - 2 doze la interval de 30-60 de zile, indiferent de antecedentele vaccinale antipolio.

Se va face de urgenta o estimare a acoperirii vaccinale in localitatea in care a fost depistat cazul „grav” de PAF; copiii nevaccinati sau vaccinati incomplet vor fi depistati si vaccinati subcutanat cu 2 doze VPI la minim 30 zile interval.

Daca in localitatea respectiva acoperirea vaccinala este sub 90%, se va organiza o campanie de vaccinare a tuturor copiilor sub 5 ani, indiferent de antecedentele vaccinale antipolio (se vor administra 2 doze de VPI subcutanat la interval de 30-60 de zile una de alta).

II: Caz unic, suspect de poliomielită

Definiție:

Paralizie acuta flasca la o persoana de orice varsta si la care s-a izolat un poliovirus (înainte de terminarea diferențierii intratipice de catre laboratorul specializat).

Măsuri ce vor fi luate în acest caz:

1. Cazul va fi internat si izolat in spital si raportat in maxim 24 de ore la Ministerul Sanatatii – DSPCSS si la CNSCBT. MS va anunta biroul regional OMS in maxim 24 de ore.
2. Se vor initia investigatiile corespunzatoare (in conformitate cu recomandarile OMS) pentru cazul de PAF si pentru toti contactii apropiati ai acestuia.
3. Contactii vor fi izolati la domiciliu sub monitorizare medicala si li se va administra VPI subcutanat indiferent de antecedentele vaccinale antipolio.

La nivel de judet si/sau a municipiului Bucuresti in termen de maxim 48 de ore se vor initia urmatoarele:

1. Informarea tuturor cadrelor medicale din teritoriu despre situatie;
2. Spitalizarea obligatorie si de urgenta a tuturor cazurilor suspecte de PAF la copilul sub 15 ani sau orice caz indiferent de varsta la care se sustecteaza poliomielita.
3. Introducerea raportării zilnice la DSP a tuturor cazurilor de PAF internate în spitalele/sectiile de boli infectioase, pediatrie, neurologie, ortopedie etc.
4. Identificarea tuturor comunitatilor la risc crescut de imbolnavire, supravegherea epidemiologica a acestora si vaccinare antipolio a copiilor sub 5 ani indiferent de antecedentele vaccinale (cu cel puțin 2 doze de VPI subcutanat la interval de 30-60 de zile).
5. Initierea actiunilor de dezinfectie în focar.

Toate aceste activitati vor continua pana cand circulatia poliovirusului salbatic va fi fost exclusa.

III: Caz /cazuri confirmate de poliomielita

Definiție:

Boala compatibilă cu poliomielita și la care s-a confirmat prin diferențiere intratipică un poliovirus salvatic.

Masuri

1. Cazul/cazurile vor fi internate și izolate în spital raportate imediat (maxim 24 de ore) la Ministerul Sănătății – DSPCSP și CNSCBT. MS va informa imediat (maxim 24 de ore) biroul regional OMS.
2. Se vor iniția investigațiile corespunzătoare (în conformitate cu recomandările OMS) pentru cazul de PAF și toți contactii apropiați ai acestuia.
3. Contactilor li se va administra VPI, indiferent de antecedentele vaccinale antipolio.
4. În termen de 48 de ore se vor institui la nivel **național** următoarele:
 - a. Informarea tuturor cadrelor medicale despre situație;
 - b. Spitalizarea obligatorie și de urgență a tuturor cazurilor suspecte de PAF la copilul sub 15 ani sau a cazului de PAF care se suspicionează a fi poliomielita la orice vârstă
 - c. Introducerea raportării zilnice la **CNSCBT** a tuturor cazurilor de PAF internate în spitalele / secțiile de boli infecțioase, pediatrie, neurologie, ortopedie etc;
 - d. Investigarea circulației poliovirusurilor – recoltarea unei probe de materii fecale de la copii cu vârste mai mici de 5 ani contacti cu cazurile sau provenind din localități și comunități ce prezintă grad mare de risc; se vor colecta probe de scaun și de la copiii sănătoși;
 - e. Investigarea gradului de imunitate – recoltarea unei probe de sânge de la copii cu vârste mai mici de 5 ani internați în perioada respectivă în spitalele mari din fiecare județ, indiferent de diagnostic (cu prioritate copii provenind din localități și comunități ce prezintă grad mare de risc);
 - f. Supravegherea mediului și acțiuni de dezinfectie în zonele cu risc;
 - g. Evaluarea acoperirii vaccinale la nivel județean, regional și național;
 - h. Se vor organiza zile naționale / subnaționale de vaccinare pentru toți copiii din grupurile cu risc crescut de îmbolnăvire sau toți copiii sub 5 ani (indiferent de antecedentele vaccinale antipolio);

In funcție de evoluția epidemiei pot fi extinse activitățile de vaccinare și la alte grupe de vârstă. Comitetul Național de Certificare a Eradicării Poliomielitei va lua în considerare reintroducerea vaccinului polio oral.

Se va reevalua planul național de inventariere și păstrare în condiții sigure de securitate în laboratoare a materialelor infectioase sau potențial infectioase cu poliovirusuri salbatice. Toate aceste acțiuni vor continua până când transmiterea poliovirusurilor salbatice va fi fost exclusă.

Componenta și atribuțiile Comitetului Național de Certificare a Eradicării Poliomielitei și a Comisiei Naționale de Confirmare și Clasificare a cazurilor de PAF

Comitetul Național de Certificare a Eradicării poliomielitei

Componenta Comisiei Naționale de Experti pentru Certificarea Eradicării Poliomielitei (CNECEP) este următoarea:

- 1. Prof. Dr. Marian Neguț – Președinte**
- 2. Prof. Dr. Constantin Ciufeciu – Membru**
- 3. Conf. Dr. Alexandru Rafila - Membru**
- 4. Prof. Dr. Simona Ruta – Membru**
- 5. Șef lucrări Dr. Daniela Pitigoi - Membru**

Atribuțiile CNECEP sunt următoarele:

- Membrii CNECEP au acces la toate informațiile privind modul de desfășurare a programului de eradicare a poliomielitei în România
- Membrii CNECEP participă la redactarea și avizarea actelor normative și instrucțiunilor tehnice privind programul național de eradicare a poliomielitei.
- Membrii CNECEP participă la instructajele tehnice cu cadrele medicale din teren privind acțiunile din cadrul programului de eradicare a poliomielitei
- CNECEP acordă asistență tehnică de specialitate la cerere tuturor verigilor implicate în programul național de eradicare a poliomielitei, avizează și certifică oportunitatea măsurilor întreprinse
- CNECEP analizează și certifică rapoartele anuale înaintate de CNSCBT către OMS/EURO privind desfășurarea și rezultatele programului național de menținere a eradicării poliomielitei

Comisia Nationala de Confirmare si Clasificare a cazurilor de PAF

Componenta Comisiei de Confirmare si Clasificare a cazurilor de PAF este urmatoarea:

1. Dr. Ana Persu – presedinte, medic primar microbiolog, Institutul Cantacuzino
2. Dr. Viorica Gheorghiu – secretar – medic primar sanatate publica si management, Centrul de Prevenire si Control al Bolilor Transmisibile
3. Dr. Anda Baicus – membru, medic primar microbiolog, Sef de lucrari Catedra de microbiologie Universitatea de Medicina Bucuresti, Sef laborator enterovirusuri Institutul Cantacuzino
4. Dr. Rozina Iagaru - membru, medic primar boli infectioase, Institutul de boli infectioase Matei Bals, Bucuresti
5. Dr. Luminita Padure – membru, medic primar neurolog, Centrul de recuperare neurologica si motorie Nicolae Robescu, Bucuresti
6. Dr. Laurentia Velea – membru, medic primar epidemiolog, Spitalul Elias, Bucuresti

Sarcinile Comisiei de Confirmare si Clasificare

- Constituie si pastreaza arhiva Comisiei, alcatuind pentru fiecare caz de PAF un dosar care cuprinde toate actele primite (fisa de declarare a cazului, copii după foaia de observatie, ancheta epidemiologica, rezultatele examenului virusologic, examenul neurologic de bilant la 60 zile dupa debutul paraliziei, etc.)
- Se reuneste periodic (la 1-2 luni) pentru a analiza toate dosarele cazurilor noi (dupa obtinerea examenului neurologic de bilant), in scopul confirmarii diagnosticului final si al clasificarii fiecărui caz in conformitate cu criteriile recomandate de OMS.