



INFORME:

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2014.

RESUMEN

Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000, cuatro regiones han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; la Región del Pacífico occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997, la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998 y la Región Asia Suroriental en marzo de 2014 con el último caso en la India en 2011. Actualmente solo en Afganistán y en Pakistán persiste la transmisión endémica de poliovirus salvaje (PVS). Se espera que la transmisión se detenga en 2016 y que la Certificación de la Erradicación Mundial se obtenga en 2019.

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2014 se han detectado 7 casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,69 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es 57% mujeres y 43% hombres. El rango de edad oscila entre 2 y 13 años, con una media de 5,4 años (DE 3,7).

Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 41 casos de PFA con una incidencia de 0,58 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, todos ellos se clasificaron como “descartados” de polio y la mayoría (el 87,8%) fueron Síndrome de Guillain-Barré.

Situación de la Poliomielitis en el mundo: Entre 1988 y 2003 los esfuerzos realizados para la erradicación de la polio consiguieron reducir un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 2 en 2015 (Pakistán y Afganistán) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 359 casos en 2014, cifra inferior a los 416 casos registrados en 2013.

I. INTRODUCCIÓN

Desde que en 1988 se adoptó la iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis los casos de polio se han reducido más de un 99%. La OMS declaró en septiembre 2015 que Nigeria ya no es país endémico de polio, además dado que en los últimos doce meses no se han notificado casos, si no se identifica polio salvaje en los dos próximos años, África podrá ser oficialmente declarada Libre de polio. Cuatro de las seis regiones de la OMS ya han alcanzado este objetivo: Américas (1994), Pacífico Occidental (2000), Europa (2002) y Asia Suroriental (2014). Actualmente solo en Afganistán y en Pakistán persiste la transmisión endémica de PVS; se espera que la transmisión se detenga en 2016 y que la Certificación de la Erradicación Mundial se obtenga en 2019.

El polio virus salvaje tipo 2 (PVS2) no se detecta desde 1999 y el PVS tipo 3 (PVS3) desde 2012. Junto con los PVS en el mundo circulan poliovirus derivados de la vacuna (PVDV) originados en zonas donde todavía se utiliza la vacuna de polio oral (VPO). La mayoría de las poliomielitis producidas por PVDV están asociados al poliovirus vacunal tipo 2, por lo que la OMS tiene entre sus objetivos inmediatos eliminar el componente tipo 2 de la VPO y reemplazar la vacuna oral trivalente por una vacuna oral bivalente o monovalente.

En España el “Plan para mantener la situación libre de polio” se está actualizando siguiendo las recomendaciones del Plan Estratégico 2013-2018 de la OMS para la **Vigilancia de Enterovirus** y para la **Vigilancia Medioambiental de Poliovirus** y el documento de **Respuesta ante un brote de Poliovirus**. El plan contiene cuatro áreas prioritarias de intervención: la vigilancia de poliovirus, el programa de vacunación, la contención de los poliovirus en los laboratorios y el plan de respuesta ante la detección de un poliovirus, aprobado por la Comisión de Salud Pública en febrero de 2016.

La piedra angular de la vigilancia de poliovirus es la vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) cuyo objetivo es detectar precozmente todo caso compatible con poliomielitis paralítica mediante una rápida investigación epidemiológica y de laboratorio que permita confirmar o descartar la presencia de poliovirus y, en su caso, adoptar las medidas de control adecuadas.

La OMS acepta otro tipo de vigilancia alternativa en países no endémicos que dispongan de sistemas de salud de alta calidad: es la denominada vigilancia complementaria, que incluye la vigilancia de enterovirus en muestras clínicas y la vigilancia medioambiental de poliovirus en aguas residuales.

En España la vacuna oral de polio se introdujo en 1963 y en el año 2004 se sustituyó por la vacuna de polio inactivada. La OMS recomienda mantener coberturas superiores al 90% y desde 1996 la cobertura nacional con tres dosis de vacuna de polio supera el 95%. En 2014 la cobertura media nacional para la serie básica con tres dosis en el primer año de vida fue del 96,6% (rango entre comunidades 93,5% - 100,0%).

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia de la Comunidad de Madrid (CM) en el año 2014 y los indicadores de calidad del sistema de vigilancia. Se incluye también información sobre la situación epidemiológica de la poliomielitis en España, en Europa y en el mundo, con un avance de información a nivel europeo y mundial del año 2015, en base a los informes emitidos por los responsables de la Vigilancia en los niveles correspondientes y que figuran en la bibliografía.

- II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2014

En la CM la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM e incluye la PFA en menores de 15 años como enfermedad de notificación urgente con datos epidemiológicos básicos.

La PFA como enfermedad de declaración obligatoria tiene la siguiente definición clínica de caso: enfermedad que se caracteriza por el inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

El procedimiento establecido en vigilancia ante un cuadro compatible con PFA en un niño con edad inferior a 15 años ingresado en un hospital, incluye las siguientes actuaciones:

- Complimentación del cuestionario epidemiológico específico de PFA.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Salud Pública o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitud del envío de muestras biológicas al laboratorio de referencia para la investigación de enterovirus (en la CM al Centro Nacional de Microbiología). Se deben remitir dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí al menos 24 horas.
- Revisión clínica del caso a los 60 días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso: confirmado o descartado de poliomiелitis.

El criterio diagnóstico de laboratorio, establece el aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en los laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

Este sistema de vigilancia se complementa con la notificación de Cero Casos mensual, que se realiza comprobando al finalizar el mes las notificaciones de los distintos servicios hospitalarios implicados, lo que permite rescatar los casos no notificados. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

La calidad del sistema de vigilancia se evalúa sistemáticamente mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio. Entre estos indicadores, los dos más importantes son el indicador de sensibilidad del sistema, representado por la tasa de PFA (que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años) y el porcentaje de casos de PFA en los que se han tomado muestras adecuadas (dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí al menos 24 horas) que ha de ser $\geq 80\%$.

El cumplimiento de los objetivos de coberturas de vacunación y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por el Comité Nacional para la Certificación de la

Erradicación de la Poliomielitis y por la OMS en el Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio.

Para el mantenimiento de la situación libre de polio, es necesario alcanzar elevadas coberturas de vacunación en el calendario de vacunación infantil. En la CM, en el año 2014, la cobertura de la serie primaria de vacunación con tres dosis de vacuna de polio inactivada (VPI), a los 6 meses de edad, ha sido del 94,86%.

Estudio descriptivo de los casos

En 2014 en la CM se han detectado 7 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 0,68 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Ninguno de los casos fue notificado al sistema de vigilancia y todos se han recuperado en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio: 6 casos se diagnosticaron como Síndrome de Guillain-Barré y uno como neuropatía aguda.

La distribución de los casos por sexo es de 4 mujeres y 3 hombres. El rango de edad ha oscilado entre 2 y 13 años, con una media de 5,4 años (DE 3,7).

En cuanto al lugar de residencia 3 casos viven en el municipio de Madrid en los distritos de Carabanchel, Tetuán y Chamartín y los otros 4 en los municipios de Alcorcón, Coslada, Majadahonda y Parla.

Los casos se han recuperado de la revisión del CMBD de los distintos hospitales, y no fueron notificados en su momento: Hospital San Rafael (2), Hospital Ramón y Cajal (1), Hospital de Torrejón (1), Fundación Hospital Alcorcón (1), Hospital Infanta Cristina (1) y Hospital 12 de Octubre (1).

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia

No se ha notificado ningún caso al sistema de vigilancia, por lo que la incidencia registrada en 2014 fue de 0,0 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, inferior a la registrada el año anterior (0,1) y continúa muy alejada de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000 habitantes).

- Conclusiones

En 2014 en la CM se han detectado 7 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,68 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Todos los casos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. En 2013 sólo se notificó un caso al Sistema de Vigilancia establecido y en 2014 ninguno.

La ausencia de casos de polio en la CM (y en España) en los últimos años, hace que la vigilancia activa de esta enfermedad esté relativamente relegada en la rutina de los notificadores, en especial cuando la mayoría de los diagnósticos definitivos son Síndrome de Guillain-Barré. Sería necesario revisar la sistemática de la vigilancia, ya que continúa siendo muy necesaria por el riesgo de importación de poliovirus.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Situación de la polio en España

Los últimos casos autóctonos de poliomielitis notificados en España ocurrieron en Andalucía en un brote en 1987 y 1988 en población marginal no vacunada. En 1989 se produjo un caso importado de Mauritania. Los últimos casos asociados a la vacuna oral de la polio (VPO) se produjeron entre 1995 y 2001 en Barcelona, Murcia y Bilbao y en 2005 en un lactante inmunodeprimido de 6 meses que había recibido la VPO en Marruecos (su país de origen).

En la actualidad España cuenta con un Plan de Acción para mantener la situación libre de polio que establece tres líneas prioritarias de intervención:

- Sistema de Vigilancia de Poliovirus.
- El Programa de vacunación.
- El Plan de respuesta rápida ante la importación de un poliovirus.

Además, la vigilancia de la PFA se complementa con la vigilancia de enterovirus que se realiza a través de la Red de Laboratorios para la Vigilancia de la PFA, coordinada por el Laboratorio Nacional de Poliovirus del Centro Nacional de Microbiología.

Vigilancia de la PFA en España

La vigilancia de la PFA se inicia con la notificación urgente de todo caso de PFA en menores de 15 años; la notificación desencadena un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio con el fin de descartarlo/confirmarlo como caso de polio, clasificarlo de forma adecuada y, si procede, instaurar rápidamente las medidas de intervención. La notificación se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se identifica el caso. La OMS define un caso de PFA como "caso prioritario" para la investigación cuando el cuadro de PFA con fiebre ocurre en un niño que ha recibido menos de tres dosis de vacuna de la polio ha viajado desde un área infectada de polio o pertenece a un grupo de alto riesgo (ej. Inmunodeprimido). También se consideran prioritarios los casos de PFA de cualquier edad clínicamente sospechosos de ser casos de polio.

En el año 2014 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 41 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,58 por 100.000. La Tabla 1 refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores. En 2014 no se notificó ningún caso prioritario de PFA.

La tasa óptima de detección de PFA propuesta por la OMS se podría haber alcanzado si el sistema de vigilancia hubiera captado oportunamente los casos que posteriormente se han detectado en la búsqueda activa retrospectiva.

En 2013 en la búsqueda activa en el CMBD se recuperaron 46 casos adicionales de PFA con lo que la tasa de PFA en ese año pasaría de 0,37 a 1,02 casos por 100.000 menores de 15 años, superando el objetivo de sensibilidad establecido por la OMS (1 por 100.000) (Figura 2).

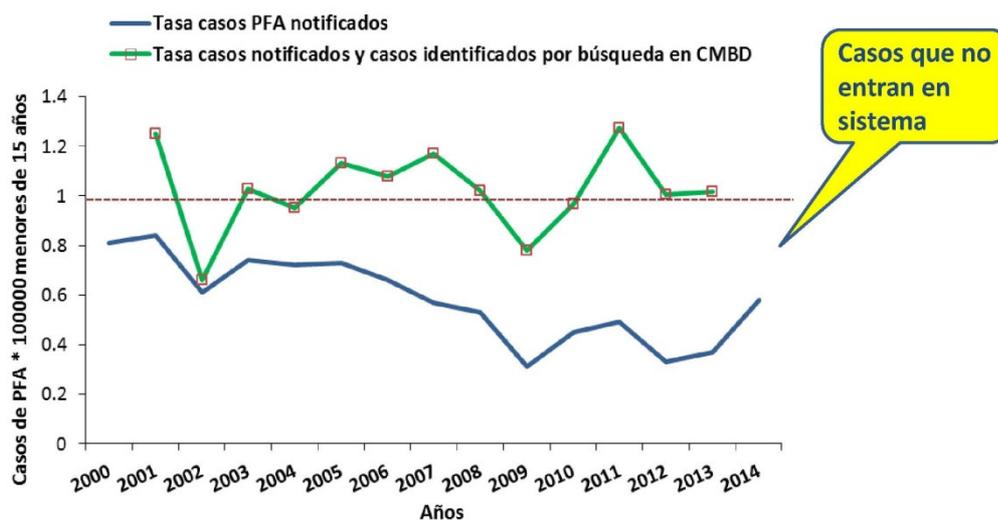
Tabla 1. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2010 a 2014

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	TASAS								
Andalucía	7	0.5	2	0.2	3	0.2	6	0.4	9	0.6
Aragón	2	1.1	4	2.2	4	2.1	0	0	2	1.1
Asturias	0	0	0	0	1	0.8	0	0	0	0
Baleares	5	2.9	1	0.6	1	0.6	3	1.8	2	1.2
Canarias	0	0	2	0.6	0	0	2	0.7	3	1.0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla la Mancha	2	0.6	2	0.6	1	0.3	0	0	1	0.3
Castilla León	0	0	2	0.6	0	0	0	0	1	0.3
Cataluña	5	0.4	3	0.3	2	0.2	7	0.6	7	0.6
Comunidad Valenciana	4	0.5	5	0.7	6	0.8	3	0.4	5	0.7
Extremadura	2	1.2	1	0.6	0	0	0	0	1	0.6
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Madrid	1	0.1	5	0.5	0	0	1	0.1	0	0
Murcia	3	1.1	4	1.5	3	1.1	2	0.8	4	1.5
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	3	1.1	2	0.7	2	0.7	5	1.6
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	31	0.4	34	0.5	23	0.3	26	0.4	41	0.6

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

Figura 1. Casos de PFA notificados y detectados mediante búsqueda en el CMBD. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2000 a 2014

ISC^{III} La sensibilidad de la vigilancia de PFA, 2000-2014



Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

En cuanto a la distribución de casos por sexo, el 70,7% de los casos (29) fueron niñas. El 46,3% de los casos tenían entre 1 y 4 años y el 39,0% entre 5-9 años. Todos los casos, salvo uno, estaban adecuadamente vacunados con al menos tres dosis de vacuna de polio.

En cuanto a la clínica, el 24,4% de los casos presentó fiebre al inicio de la parálisis, en el 41,5% de los casos la parálisis progresó rápidamente (<4 días), y en el 9,8% (4 casos) la parálisis fue asimétrica.

En la mayoría de los casos el tipo de afectación de la parálisis fue espinal (75,6%; 31 casos), seguida de la espinal-bulbar (12,2%; 5) y en otros 5 casos la parálisis fue de miembros y facial (12,2%).

En todos los casos se obtuvo un diagnóstico clínico, la mayoría de los casos (36; 87,8%) fueron Síndrome de Guillain-Barré. También se diagnosticó un caso con mielitis transversa y otras cuatro con diferentes neuropatías.

En el seguimiento de los casos a los 60-90 días tras el inicio de los síntomas, 29 casos (61,5%) no tenían parálisis residual y en 10 casos se identificó algún grado de parálisis. En dos casos no se completó el seguimiento, pero los dos estaban bien vacunados: uno con estudio de laboratorio negativo para poliovirus y aislamiento de un virus Epstein Barr y el otro caso no tenía estudio de laboratorio.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA Y EN EL MUNDO

OMS-Europa publica un informe anual sobre la situación de la polio en la región elaborado por el Comité Regional para la Certificación de la Erradicación de la polio (RCC). El RCC después de revisar los informes enviados por los países miembros, concluye que durante el año 2014 no se produjo transmisión ni de PVS ni de PVDV en la Región Europea.

El informe incluye la evaluación del riesgo de reintroducción del PVS en la región tras una importación. Con arreglo a una serie de indicadores (coberturas de vacunación, calidad del sistema de vigilancia, existencia de poblaciones de alto riesgo y proximidad a países con transmisión de poliovirus salvaje) se elabora un índice de riesgo para cada país. Actualmente cualquier país está a riesgo de una importación pero Bosnia Herzegovina, Rumania y Ucrania tienen alto riesgo de que se produzca un brote de polio tras una importación debido a la baja inmunidad de su población. Otros 14 países tienen riesgo intermedio (Bulgaria, Chipre, Georgia, Grecia, Islandia, Kirguistán, Letonia, Montenegro, Noruega, Polonia, República de Moldavia, San Marino, Serbia y Turkmenistán) y 30 países tienen riesgo bajo. Para España, el RCC considera que presenta un riesgo bajo de transmisión tras una importación de PVS, pero se señala que necesita mejorar la calidad de su vigilancia.

El informe recoge que los países del sur de Europa que están recibiendo inmigrantes y refugiados que cruzan el mediterráneo, están respondiendo con actuaciones para mejorar la vacunación de estos grupos, pero señala que no hay una respuesta estandarizada ni métodos de evaluación de las actuaciones implantadas. Preocupa especialmente Turquía, Grecia, Italia y Malta, por la necesidad de que mantengan la inmunidad entre la población autóctona, ya que el riesgo de dispersión de poliovirus no se restringe a los grupos de migrantes /refugiados.

Brote de polio en Ucrania, Agosto 2015

A finales del mes de agosto de 2015 Ucrania notificó dos casos de polio paralítica causada por un *poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 1* (PVDV): un niño de 4 años y otro de 10 meses que debutaron con parálisis el 30 junio y el 7 julio respectivamente. Las similitudes genéticas entre los virus aislados indican que había ocurrido transmisión activa del cVDPV1. Los niños vivían en un distrito al sudoeste de Ucrania fronterizo con Rumania, Hungría, Eslovaquia y Polonia.

Desde hace varios años Ucrania tiene un alto riesgo de que aparezcan brotes de enfermedades prevenibles por vacunación debido a una situación crónica de bajas coberturas vacunales. OMS-Europa estima que en el primer trimestre de 2015 solo el 14% de los niños menores de 1 año habían recibido las 3 dosis de la vacuna de polio y que en 2014 esa cobertura había sido del 50%. Varios factores explican cómo se ha llegado a la situación actual de caída de coberturas de vacunación en Ucrania: recortes en los presupuestos para los servicios públicos, escasez de vacunas, creciente escepticismo y desconfianza de la población sobre las vacunas y fuerte presencia de grupos antivacunas en la opinión pública (entre ellos grupos de profesionales sanitarios). Además, desde 2014 la guerra civil ha contribuido a empeorar la situación.

Es posible que la cepa PVDV haya estado circulando en Ucrania desde varios meses atrás por lo que, aunque los PVDV son menos transmisibles que los poliovirus salvajes, las estrategias para atajar un brote son las mismas para los dos tipos de poliovirus. Han sido necesarias dos estrategias básicas:

- Vacunar a todos los niños menores de 5 años con al menos 3 dosis en campañas nacionales de amplio alcance: la rapidez con la que se empiece a vacunar es clave para interrumpir la transmisión.
- Reforzar la vigilancia de PFA: todos los casos de PFA en niños <15 años se notificarán e investigarán en el laboratorio para PVS y VDPV.

OMS-Europa, a 27 de Noviembre de 2015, informó que no se han notificado más casos de polio y que se ha completado la primera de las 3 rondas previstas de vacunación con vacuna de polio oral dirigidas a 2 millones de niños menores de 6 años. Solo se alcanzó el 54% de cobertura (se necesitan 3 rondas con >95% de cobertura para controlar la situación). En la última de las 3 rondas está programado vacunar a todos los niños menores de 10 años (4,7 millones).

Casos de polio en el mundo

En los últimos 12 meses (desde 23 de noviembre de 2014 al 23 de noviembre de 2015) se han notificado 86 casos de polio producidos por PVS tipo 1 (Pakistán 67 y Afganistán, 19) y 20 casos de polio producidos por poliovirus derivados de la vacuna tipo 1 y tipo 2 (PVDV) (África 12, Región Mediterráneo Oriental 3, Europa (Ucrania) 2 y Región del Pacífico Occidental 3).

El pasado 25 de Septiembre 2015 la OMS anunciaba que en los 27 años de lucha contra la polio se había dado un paso adelante, ya que Nigeria no había notificado ningún caso de polio en los 12 meses anteriores, por lo que ya no se consideraba país endémico. Además ningún país africano ha declarado casos producidos por PVS en los 12 últimos doce meses; por lo que si en los dos próximos años no se identifican poliovirus en la región, África sería declarada oficialmente libre de polio.

En Pakistán y en Afganistán se están haciendo importantes progresos en la lucha contra la polio por lo que es probable que la transmisión de poliovirus se detenga en el año 2016; si así

fuera en el año 2019 se podría conseguir el Certificado de Erradicación de la Polio. En las tablas 2 y 3 y en el mapa 1 se presentan la distribución de la polio según regiones y países en los últimos años.

Tabla 2. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomieltis en las regiones de la OMS. Años 2011 – 2014

Regiones de la OMS	2011		2012		2013		2014	
	Tasas PFA	Casos Polio						
África	4.4	389	4.8	128	5.3	80	5.6	22
America	1.0	0	1.0	0	1.1	0	0.8	0
Mediterráneo Este	5.7	295	5.2	95	5.2	336	5.8	337
Europa	1.3	0	1.3	0	1.3	0	1.0	0
Sudeste Asiático	12.1	1	12.2	0	11.0	0	11.0	0
Pacífico Oeste	2.0	21	2.1	0	1.9	0	1.9	0
Total Global	5.9	650	6.0	223	5.7	416	5.5	359

Fuente: OMS. WER (06/01/2015)

Tabla 3. Número de casos de poliomieltis por países a 6 de enero de 2015

Wild Poliovirus 2009 - 2014

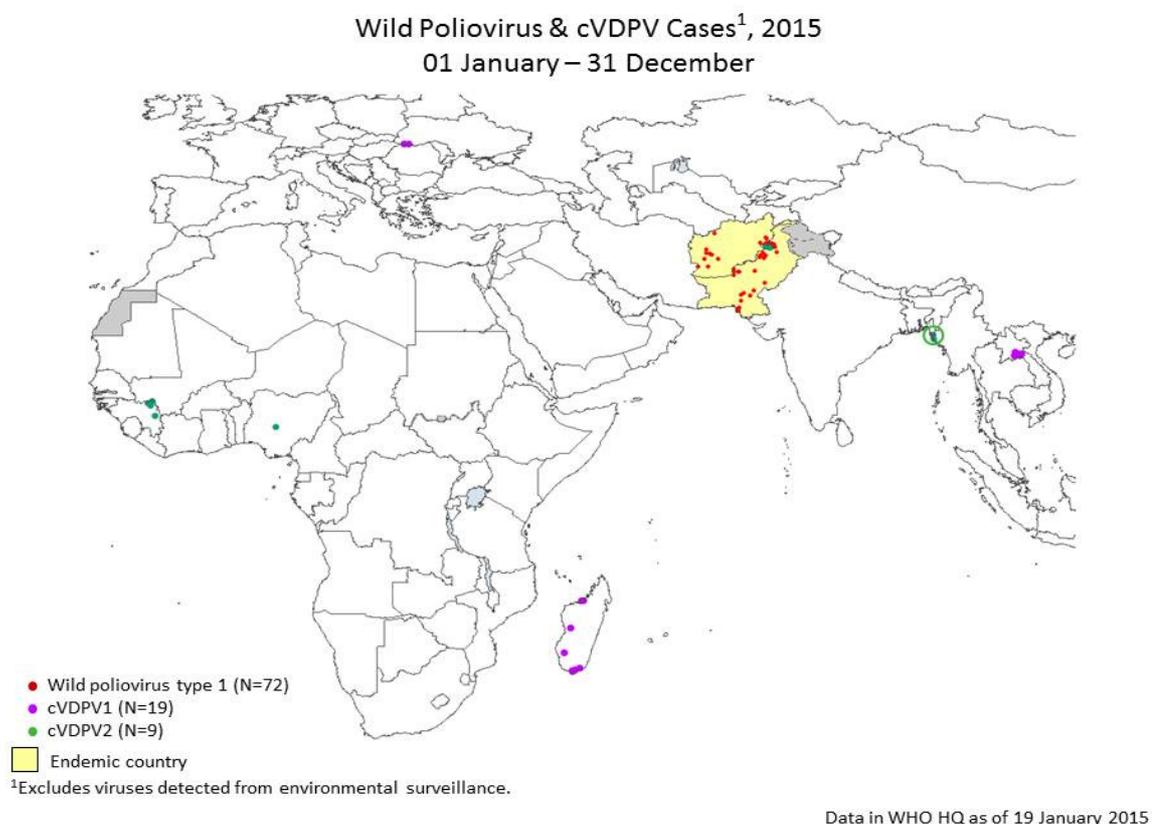
Country or territory ³	Wild virus confirmed case										Wild virus reported from other sources ⁴						
	Total							Onset of most recent type 3		Onset of most recent type 1		Total					Date of most recent virus
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Pakistan	89	144	198	58	93	85	297	18-Apr-12	15-Dec-14	18	79	138	89	86	102	12-Dec-14	
Afghanistan	38	25	80	37	14	12	28	11-Apr-10	04-Dec-14	2						23-Nov-14	
Somalia	0	0	0	0	194	183	5	NA	11-Aug-14								
Nigeria	388	21	82	122	53	51	6	10-Nov-12	24-Jul-14			1	15	3	1	05-May-14	
Cameroon	3	0	0	0	4	4	5	15-Oct-09	09-Jul-14								
Equatorial Guinea	0	0	0	0	0	0	5	NA	03-May-14								
Iraq	0	0	0	0	0	0	2	NA	07-Apr-14								
Israel ⁴	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA					136	14	30-Mar-14	
Syrian Arab Republic	0	0	0	0	35	17	1	NA	21-Jan-14								
Ethiopia	0	0	0	0	9	6	1	NA	05-Jan-14								
West Bank and Gaza	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA					7	1	05-Jan-14	
Kenya	19	0	1	0	14	14	0	NA	14-Jul-13					1		12-Oct-13	
Egypt	0	0	0	0	0	0	0	NA	03-May-04	1		2				06-Dec-12	
Niger	15	2	5	1	0	0	0	19-Jan-11	15-Nov-12								
Chad	84	26	132	5	0	0	0	10-Mar-11	14-Jun-12								
DRC	3	100	93	0	0	0	0	24-Jun-09	20-Dec-11								
CAR	14	0	4	0	0	0	0	09-Aug-09	08-Dec-11								
China	0	0	21	0	0	0	0	NA	09-Oct-11								
Guinea	42	0	3	0	0	0	0	03-Aug-11	03-Nov-09								
Côte d'Ivoire	26	0	36	0	0	0	0	24-Jul-11	06-Aug-09								
Angola	29	33	5	0	0	0	0	17-Nov-08	07-Jul-11								
Mali	2	4	7	0	0	0	0	23-Jun-11	01-May-10								
Congo ⁵	0	441	1	0	0	0	0	NA	22-Jan-11								
Gabon	0	0	1	0	0	0	0	NA	15-Jan-11								
India	741	42	1	0	0	0	0	22-Oct-10	13-Jan-11	2	19					10-Nov-10	
Uganda	8	4	0	0	0	0	0	NA	15-Nov-10								
Russian Federation	0	14	0	0	0	0	0	NA	25-Sep-10								
Liberia	11	2	0	0	0	0	0	NA	08-Sep-10								
Nepal	0	6	0	0	0	0	0	15-Oct-08	30-Aug-10	1						12-Jul-10	
Kazakhstan	0	1	0	0	0	0	0	NA	12-Aug-10								
Tajikistan	0	460	0	0	0	0	0	NA	04-Jul-10								
Turkmenistan	0	3	0	0	0	0	0	NA	28-Jun-10								
Senegal	0	18	0	0	0	0	0	NA	30-Apr-10								
Mauritania	13	5	0	0	0	0	0	NA	28-Apr-10								
Sierra Leone	11	1	0	0	0	0	0	NA	28-Feb-10								
Burkina Faso	15	0	0	0	0	0	0	NA	25-Oct-09								
Burundi	2	0	0	0	0	0	0	NA	12-Sep-09								
Sudan	45	0	0	0	0	0	0	16-Dec-08	27-Jun-09	1						09-Jan-09	
Benin	20	0	0	0	0	0	0	01-Dec-08	19-Apr-09								
Togo	6	0	0	0	0	0	0	NA	28-Mar-09								
Total	1604	1352	650	223	416	372	350			23	100	137	106	213	118		
Total wild virus type 1 ⁶	482	1265	583	202	416	372	350										
Total wild virus type 3	1122	87	67	21	0	0	0										
Tot. in endemic countries	1256	232	341	217	160	148	331										
Tot. in non-end countries	348	1120	309	6	256	224	19										
No. of countries	23	20	16	5	8	8	9										
No. of endemic countries	4	4	4	3	3	3	3										

Countries in yellow are endemic. Countries in pale yellow are considered to have active transmission (i.e. within the previous 6 months) of an imported poliovirus.
¹Data in WHO HQ on 07 January 2014 for 2013 data and 06 January 2015 for 2014 data. ²Wild viruses from environmental samples, contacts and other sources. ³In March 2014, a serotype 1 wild poliovirus was detected in an environment specimen from Brazil, further investigation indicates this is an isolated event without evidence of circulation. ⁴Results are based on L20B positive culture. Prior to reporting week 16, 2014, results were based on a combination of direct qRT-PCR on RNA from concentrated sewage and L20B positive culture. ⁵The 2010 total includes cases with inadequate specimens that were exceptionally classified as confirmed polio based on their association with the WPV1 outbreak. ⁶Includes 1 case in 2012 with a mixture of W1V3 virus. NA - Most recent case had onset prior to 1999.

Data in WHO HQ as of 06 January 2015

Fuente: "The Global Polio Eradication Initiative"

Mapa 1. Distribución de los casos de polio en el mundo (Año 2015)



Fuente: “The Global Polio Eradication Initiative”

Bibliografía

- Centro Nacional de Epidemiología. Plan Nacional de Erradicación de la poliomielitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda, año 2014. Madrid, Noviembre 2015.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf_2015/Informe_anual_PFA_2014v1.pdf
- World Health Organization. Global Polio Eradication initiative.
<http://www.polioeradication.org> , <http://www.who.int/immunization/en/>
- World Health Organization. Number of polio cases reported globally
<http://www.polioeradication.org/casecount.asp>