



INFORME:

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2011.

RESUMEN

Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000, tres 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 y la región europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje y mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica.

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2011 se han detectado en la CM 21 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que representan una incidencia de 2,1 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es de 12 varones y 9 mujeres, el rango de edad oscila entre 1 y 13 años, con una media de 7 años (DE 4,17).

Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 34 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 91%) han tenido un diagnóstico de “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. En 2011, respecto al año anterior, los casos notificados se redujeron a la mitad a expensas, sobre todo, de los casos de polio en países no endémicos. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2011 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 706 casos en 2011, por debajo de los 1.294 registrados el año anterior.

Décimo aniversario de la Certificación de Europa como región libre de polio

El 21 de junio de 2012 la Oficina Regional Europea de la OMS ha celebrado el décimo aniversario de la Certificación de Europa como región libre de polio. Detener la transmisión del poliovirus salvaje en los 53 países europeos supuso un hito en el proceso hacia la erradicación mundial de la polio. En los diez años transcurridos tras la Certificación los países han realizado grandes esfuerzos por mantener el estatus libre de polio enfrentando el reto del declive de la vigilancia de la polio y de la evanescencia de la inmunidad en la población. La amenaza de que se dé una importación de poliovirus y de que ocurran brotes sigue siendo real, por lo que la región europea no debe ceder ni en sus actividades ni en su compromiso político hasta que se haya conseguido la erradicación mundial de la polio.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los primeros pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos, tres Regiones de la OMS 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 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. En 2010 se produjo la primera reintroducción del virus de la polio en la región europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos. En el año 2011 en una región al oeste de China se ha notificado un brote con 21 casos de polio producido por un poliovirus importado de Pakistán.

El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2011 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) que mantienen algún área endémica y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 706 casos en 2011. El poliovirus salvaje tipo 2 no se detecta desde 1999.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere:

- mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos
- mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad, con alta sensibilidad, basado en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de poliomielitis (sistema de vigilancia implantado en la mayoría de los países de la región europea).
- un plan de contención de poliovirus en los laboratorios, para evitar que pudieran ser reintroducidos accidental o intencionadamente en la población.

El Sistema de vigilancia de PFA en menores de 15 años, implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de PFA e inicia un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar/confirmar y clasificar el caso de forma adecuada y en su caso tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas ante la posible existencia de casos de polio. En España se inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional.

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 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.

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia en el año 2011, los indicadores de calidad del sistema de vigilancia y la situación epidemiológica de la poliomielitis en España, en Europa y en el mundo.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2011

En la Comunidad de Madrid (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 criterio diagnóstico de laboratorio, establece el aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en los laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

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:

- Cumplimentación 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 del caso, separadas entre sí entre 24-48 horas y dentro de los quince días siguientes al inicio de la parálisis, dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y una muestra de líquido cefalorraquídeo.
- Revisión clínica del caso a los 60 días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso: sospechoso, compatible, confirmado o descartado.

Este sistema de vigilancia se complementa con la notificación de Cero-Casos mensual, que se realiza contactando al finalizar el mes con los servicios hospitalarios implicados, lo que permite comprobar que no haya habido ningún caso que por algún motivo no se hubiera notificado. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

Para el mantenimiento de la situación libre de polio, es necesario alcanzar elevadas coberturas de vacunación en el calendario de vacunación infantil. En la Comunidad de Madrid, en el año 2011, 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 98,1%.

Estudio descriptivo de los casos

En 2011 en la CM se han detectado 21 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 2,10 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Cinco de los casos han sido notificados al sistema de vigilancia y otros 16 casos han sido recuperados en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio.

La distribución de los casos por sexo es de 12 varones (57%) y 9 mujeres (43%). El rango de edad ha oscilado entre 1 y 13 años, con una media de 7 años (DE 4,17).

En cuanto al lugar de residencia 4 casos viven en el distrito de Majadahonda, 3 en cada uno de los distritos de Parla y Villaverde, 2 en cada uno de los de Alcobendas y Collado Villalba y un caso en cada uno de los siguientes distritos: Alcalá de Henares, Carabanchel, Centro, Coslada, Latina, Leganés y San Blas.

Se han notificado 5 casos de PFA a la red de vigilancia, lo que supone una incidencia de 0,50 casos por 100.000 menores de 15 años. Las notificaciones se realizaron: desde el hospital de Puerta Hierro (3), hospital Severo Ochoa (1) y hospital del Niño Jesús (1). Estos 5 casos residían en los municipios de Boadilla del Monte, Brunete, Majadahonda, Leganés y Parla. Todos estaban correctamente vacunados de acuerdo con su edad.

De los casos notificados a la Red de Vigilancia, se recogieron y enviaron muestras biológicas al Centro Nacional de Microbiología para el diagnóstico de enterovirus que resultaron negativas. En 3 de los casos se recogieron dos muestras de heces y una sola muestra en los otros 2 casos. El diagnóstico definitivo fue “Síndrome de Guillain Barrè”. Sólo en un caso se registró parálisis residual en la revisión de los 60 días posteriores al inicio de los síntomas.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2011 se encontraron 16 casos que no fueron notificados en su momento: 6 en el hospital del Niño Jesús, 2 en el hospital 12 de Octubre y 1 en cada uno de los siguientes centros: Hospital La Paz, hospital del Sureste, hospital de San Rafael, hospital Puerta de Hierro, hospital Infanta Sofía, hospital del Henares, hospital Infanta Cristina y hospital de la Zarzuela.

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia, período 2007-2011

En las Tablas 1 y 2 se presentan los indicadores de calidad del sistema de Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, durante los años 2007 a 2011. Estos indicadores, con sus correspondientes estándares, son los establecidos por OMS.

Tabla 1. Indicadores de Calidad de la Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, años 2007 - 2011

INDICADOR	OBJETIVO	2007	2008	2009	2010	2011
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	≥ 1	0,33	0,43	0,42	0,10	0,50
% PFA notificados ≤ 7 días del inicio de la parálisis	$\geq 80 \%$	66 %	25 %	50 %	100 %	20%
% PFA notificados ≤ 7 días del ingreso hospitalario	$\geq 80 \%$	66 %	50 %	75 %	100 %	40%
% PFA investigados ≤ 48 horas de la notificación	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
% PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días	$\geq 80 \%$	33 %	50 %	25 %	100 %	60%
% PFA con una muestra de heces ≤ 14 días		33 %	50 %	25 %	100 %	80%
% PFA con dos muestras de heces “sin tiempo”		33 %	75 %	25 %	100 %	60%
% PFA con seguimiento clínico ≥ 60 días	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
% PFA con diagnóstico clínico	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100%

Tabla 2. Indicadores de Calidad del envío y tratamiento de muestras en el Laboratorio, años 2007 - 2011

	OBJETIVO		2007	2008	2009	2010	2011
Envío de muestras al laboratorio ≤ 3 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	33 %	100 %	100 %	100 %	100%
		2ª muestra	33 %	75 %	100 %	100 %	100%
Resultados laboratorio ≤ 28 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	100 %	50 %	100 %	100 %	100%
		2ª muestra	100 %	66 %	100 %	100 %	100%
% Aislamientos de enterovirus no polio	$\geq 10\%$		0 %	0 %	0 %	0 %	0%

En relación a los indicadores relacionados con la notificación a la red de vigilancia, la incidencia registrada en 2011 fue de 0,5 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, superior a la registrada el año anterior (0,1) pero continúa alejada de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000). Se ha utilizado como denominador la población del padrón continuo del año 2011, publicada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Respecto a los indicadores de calidad relativos a la recogida de muestras adecuadas, se recogieron dos muestras de heces en 3 casos y solo una en dos casos. Todas las muestras se enviaron al laboratorio dentro de los plazos previstos. El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de “enterovirus no polio”, cuyo estándar es que sea superior al 10%, no se ha alcanzado, ya que las 8 muestras de heces procesadas resultaron negativas.

El indicador de seguimiento clínico a los 60 días, que debe realizarse en al menos el 80% de los casos, se completó también correctamente (100%).

Conclusiones

En 2011 en la CM se han detectado 21 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 2,10 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. 5 casos se notificaron al sistema y otros 16 se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. Sólo el 24% de los casos fueron notificados. Si bien, en los casos notificados se cumplen adecuadamente los indicadores de calidad.

Ya que las coberturas registradas de vacunación son elevadas, la vigilancia de la parálisis flácida, ya consolidada en nuestra Comunidad, se considera como la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier sospecha de polio.

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.

Los brotes masivos de polio ocurridos en 2010 en Europa ponen de manifiesto que mientras que el poliovirus esté circulando en el mundo la importación de poliovirus es posible en cualquier zona declarada libre de polio.

En España el riesgo de importación de poliovirus podría derivarse del importante número de visitantes anuales, de la inmigración procedente de países con diferentes coberturas de vacunación y del aumento de situaciones clínicas que favorecen el desarrollo de la enfermedad, como son las inmunodeficiencias. Es muy importante que el sistema de vigilancia esté activo y alerta, manteniendo la sensibilidad y el elevado nivel de calidad exigido, ante la posibilidad de importación de poliovirus salvajes o derivados de la vacuna, procedentes de países endémicos o de países en los que todavía se utiliza la vacuna de polio oral.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2011 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 34 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,49 por 100.000. La Tabla 3 refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

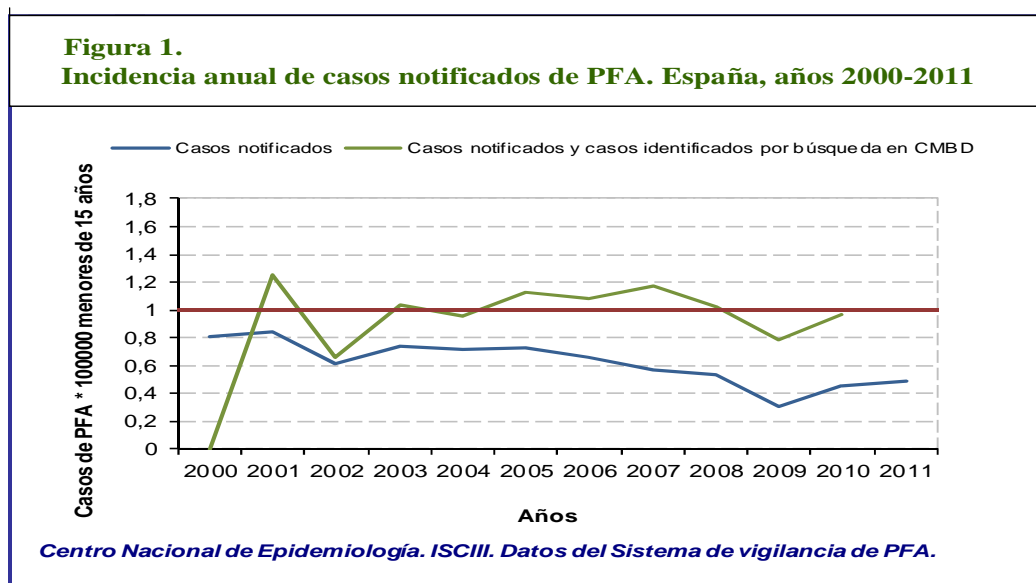
Tabla 3. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2007 a 2011

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2007		2008		2009		2010		2011	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
Andalucía	7	0.6	8	0.6	1	0.1	7	0.5	2	0.2
Aragón	0	0	1	0.6	2	1.1	2	1.1	4	2.2
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	2	1.3	4	2.5	3	1.8	5	2.9	1	0.6
Canarias	2	0.7	1	0.3	2	0.6	0	0	2	0.6
Cantabria	2	2.8	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla la Mancha	3	1.0	0	0	0	0	2	0.6	2	0.6
Castilla León	1	0.3	0	0	1	0.3	0	0	2	0.6
Cataluña	6	0.6	4	0.4	0	0	5	0.4	3	0.3
Comunidad Valenciana	8	1.1	4	0.5	3	0.4	4	0.5	5	0.7
Extremadura	1	0.6	1	0.6	0	0	2	1.2	1	0.6
Galicia	0	0	2	0.6	0	0	0	0	0	0
Madrid	3	0.3	4	0.4	4	0.4	1	0.1	5	0.5
Murcia	0	0	5	2.0	2	0.8	3	1.1	4	1.5
Navarra	1	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	3	1.1	0	0	3	1.1
La Rioja	1	2.3	1	2.3	0	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	0.6	35	0.5	21	0.3	31	0.4	34	0.5

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

Sólo tres comunidades (Aragón, Murcia y País Vasco) alcanzaron la tasa esperada de 1 caso de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 años, nueve comunidades notificaron menos casos de los esperados y las restantes no notificaron ningún caso.

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. Se han identificado 39 casos de PFA en búsqueda activa en el CMBD 2010 con lo que la tasa de PFA en ese año pasó de 0,45 a 1,00 casos por 100.000 menores de 15 años (Figura 1).



En cuanto a la distribución de casos por sexo 21 casos (62%) son hombres y 13 casos (38%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 6,7 años (DE: 4,2). El grupo de edad en que aparecieron más casos fue el grupo de 1 a 4 años (41% del total).

Todos los casos estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inactivada, excepto dos casos que sólo tenían 2 dosis administradas. Uno de ellos, un niño de 10 años, tenía solo 2 dosis de vacuna documentada aunque la familia aseguró que estaba correctamente vacunado. Fue diagnosticado de *polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica* y el estudio de heces fue negativo para enterovirus; el otro caso es un niño de 16 meses al que se le diagnosticó Síndrome de Guillain-Barré/Siringomielia, sin estudio de heces y con parálisis residual a los 60 días del inicio de los síntomas.

El 97% de los casos presentaron parálisis espinal. En el 41% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores, en el 48% la parálisis sólo afectó a las extremidades inferiores, en otro 41% sólo se afectaron los miembros inferiores, en un 6% sólo los miembros superiores y en 4 casos (11,7%) se desconoce esta variable. La progresión rápida de la parálisis se presentó en 18 casos (53%), en 10 casos (29%) la progresión fue lenta y en 6 casos (18%) se desconoce. Se detectó asimetría en 4 casos (11,8%) todos ellos con resultado negativo a poliovirus en el estudio de heces y correctamente vacunados frente a polio. En la revisión a los 60-90 días, 10 casos (29,4%) presentaban parálisis residual, siete de ellos estaban adecuadamente vacunados de polio, con tres o más dosis. De los tres restantes, dos casos habían recibido sólo dos dosis de vacuna (uno con resultado negativo en el cultivo de heces) y en el otro caso no se dispone de esta información.

El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis en el 91% de los casos.

En cuanto a los cultivos celulares de las muestras de heces de los casos, se analizaron un total de 40 muestras de las que 35 (87,5%) presentaron resultados negativos a enterovirus. En las 5 muestras restantes (12,5%) se identificaron diferentes serotipos de enterovirus no polio.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA

En general la inmunización sistemática está bien establecida en la mayoría de países de la Región Europea de la OMS, con coberturas medias nacionales para la primovacunación frente a polio superiores al 90% en 2010. Malta (76%), San Marino (78%), Bosnia Herzegovina (89%) y Moldavia (89%) han notificado coberturas medias nacionales por debajo del 90%. Destaca Ucrania con una cobertura media del 52% en 2010. Las coberturas medias, en ocasiones, enmascaran bajas coberturas de vacunación a nivel local que pueden suponer un riesgo para la transmisión del poliovirus.

Los países de Europa occidental han sustituido la vacuna atenuada de polio por la vacuna inactivada de polio. En el centro y este de Europa hay muchos países en los que todavía se administra vacuna de polio oral, bien de forma exclusiva, bien conjuntamente con la vacuna de polio inactivada. En mayo de 2012 en 20 países europeos se seguía administrando vacuna de polio oral: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Montenegro, Moldavia, Polonia, Serbia, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Tayikistán, Turquía, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.

En Holanda entre 1992-1993 se produjo un brote tras la importación de un poliovirus tipo 3, en una comunidad que rechazaba las vacunaciones, con 71 casos de poliomielitis parálitica y dos muertes. El virus fue importado de India y no se extendió fuera de esta comunidad contraria a la vacunación.

En 2001 se notificaron cuatro casos de poliomielitis salvaje importada en niños no vacunados o insuficientemente vacunados. Los casos se asociaron con un poliovirus tipo 1 procedente de India: tres casos se dieron en Bulgaria, en niños de etnia gitana y un caso de poliomielitis no parálitica en Georgia. Estos casos importados no derivaron en transmisión indígena que la OMS define como aquella transmisión que se mantiene sin interrupción durante más de 12 meses.

En el año 2002 la Región Europea de la OMS consiguió la certificación de zona libre de polio, después de más de tres años con notificación “cero casos” de polio endémica en la región. El último caso de polio indígena en la región se notificó en noviembre de 1998 en un niño turco no vacunado.

La primera reintroducción del poliovirus en Europa después de obtener el Certificado “libre de polio” sucedió en 2010 con un brote de poliomielitis en Tayikistán, en el extremo suroriental de Europa, con 458 casos de poliomielitis y 29 muertes. Se identificó un poliovirus tipo 1 relacionado genéticamente con poliovirus que circulan en Uttar Pradesh, India. La mitad de los casos se dieron en niños menores de 5 años. Las bajas coberturas de vacunación, por debajo del 80% en muchas zonas, la insuficiente vigilancia de PFA junto con un importante movimiento de personas en las zonas fronterizas con Afganistán y cercanas a la India hicieron posible la aparición de este brote.

Otros tres países del entorno geográfico de Tayikistán - Kazajstán, Federación Rusa y Turkmenistán- se infectaron con polio y en otros dos más, Kirguistán y Uzbekistán se intensificó la vigilancia de PFA aunque no se confirmaron casos de polio. Se han realizado intensas campañas de vacunación con vacuna polio oral en toda la región, y se estima en 45 millones las dosis de VPO administradas.

El Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio ha considerado que las medidas adoptadas para controlar el brote de 2010 consiguieron interrumpir la circulación del poliovirus en los 6 meses posteriores a la introducción, por lo que la Región Europea no ha necesitado someterse a un proceso de *recertificación*.

Tabla 4. Brote de poliomielitis en Tayikistán y países vecinos, años 2010 y 2011

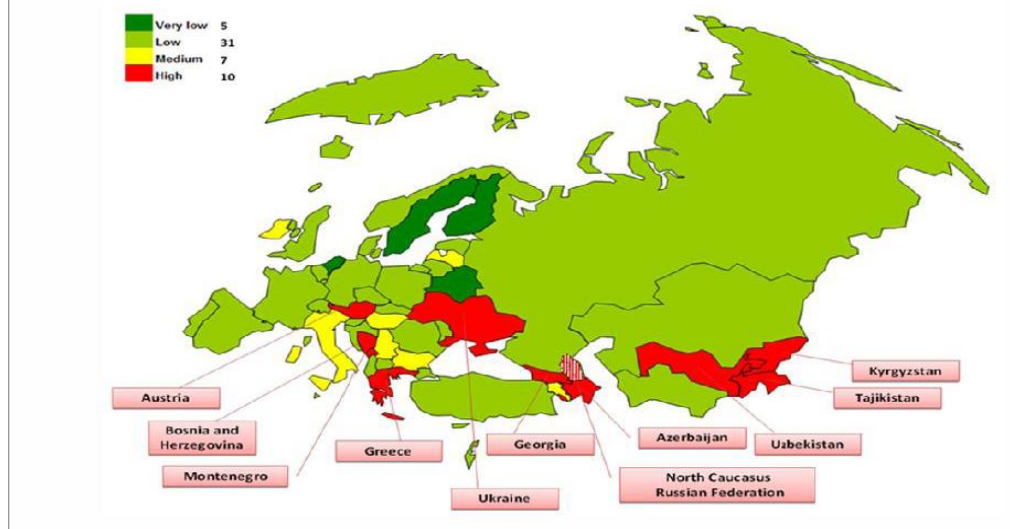
PAÍS	Casos de PFA		Casos de Polio	
	2010	2011	2010	2011
Kazajastán	113	0	1	0
Federación Rusa	409	72	14	0
Tayikistán	706	3	458	0
Turkmenistán	50	5	3	0
Kyrgistán	68	8	0	0
Uzbekistán	147	0	0	0

Figura 2. Mapa de la zona afectada por el brote de poliomielitis.



El último informe del Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio de agosto del 2011, incluye la evaluación del riesgo de transmisión de poliovirus tras una importación en los países europeos. Basándose en varios criterios: coberturas de vacunación nacional y regional, calidad de la vigilancia (PFA, enterovirus y medioambiental), existencia de planes de preparación para mantener un estado libre de polio y para el control de una importación y en el funcionamiento de los Comités Nacionales para la certificación de la polio se clasifica a los países en zonas de alto, medio o bajo riesgo.

Figura 3. Riesgo de transmisión del poliovirus salvaje después de la importación. Región europea, 2011.



Fuente: Report of the 25th Meeting of the European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication Copenhagen, Denmark, 23-25 August 2011

Austria, Bosnia Herzegovina, Montenegro, Grecia, Georgia, Ucrania, zonas del norte del Cáucaso en la Federación Rusa, Azerbaiyán, Uzbekistán, Tayikistán y Kirguistán se clasifican como zonas de alto riesgo. Aunque la probabilidad de que circule el poliovirus en Europa occidental y central es muy baja, varios países de esta zona aparecen en la evaluación como de riesgo intermedio para la transmisión sostenida después de una importación. Algunos de estos países tienen distritos con coberturas de vacunación frente a polio inferiores al 90% (Austria) y en otros la vigilancia de enterovirus es de baja calidad.

Para los países de la zona sur de Europa, en la que está incluida España, con uso generalizado de la vacuna de polio inactivada y vigilancia subóptima de poliovirus, el Comité cree que el poliovirus salvaje no ha circulado en la región en 2011 y que si hubiera habido alguna importación los sistemas de vigilancia lo habrían detectado. Se considera que el riesgo de transmisión después de una importación es intermedio, pero que Portugal, Grecia, Italia y Croacia tienen mala vigilancia y grupos de población de alto riesgo. Valoran positivamente que los países, entre ellos España, hayan actualizado sus Planes Nacionales para mantener el estado libre de polio y controlar una importación de poliovirus.

Las conclusiones del Comité sobre la situación de la polio en la Región Europea son:

- El brote en Tayikistán y la posterior dispersión del poliovirus a otras repúblicas de la antigua Unión Soviética, ha puesto en evidencia la fragilidad de la situación en algunos países de la región.
- Las medidas adoptadas para controlar el brote de 2010 consiguieron interrumpir la circulación del poliovirus en los 6 meses posteriores a la introducción, por lo que la Región no necesita ser re-certificada.
- Se reconocen los avances conseguidos en la Red de Laboratorios de Polio de la Región, sobre todo en lo referente a la estandarización de las técnicas. Así mismo se valoran los avances en el control de la destrucción del material que contiene poliovirus con 31 países que no tienen laboratorios que tengan muestras infectadas con poliovirus.

No obstante el Comité recuerda a los estados miembros que persiste:

- Riesgo de una importación de poliovirus salvaje.
- Riesgo de emergencia por un poliovirus derivado de la vacuna en los países donde todavía se administra vacuna oral.

Así mismo recoge la preocupación por Ucrania donde la cobertura de vacunaciones ha caído hasta el 60% debido a la desconfianza de la población en la seguridad de las vacunas y a las reticencias del gobierno para aceptar ayuda de organismos internacionales.

En el mes de junio, la OMS-Europa ha celebrado el 10º aniversario de la Certificación de Europa como Región Libre de Polio y, aunque reconoce los logros obtenidos, alerta sobre el aumento del riesgo de posibles brotes de polio en el mundo, lo que subraya la necesidad urgente de conseguir la erradicación mundial de la polio.

V. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación de la polio redujeron en un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. Sin embargo, la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio, produciendo una dispersión internacional del poliovirus y, aunque el número total de casos de polio está estabilizado, en el año 2010 el 80% de los casos se han notificado en países no endémicos. En el año 2011 se han conseguido grandes avances en la fase final de la erradicación de la polio, los casos notificados se redujeron a la mitad a expensas, sobre todo, de los casos de polio en países no endémicos.

En **India**, gracias a la introducción de una vacuna bivalente frente a los tipos 1 y 3 con una capacidad inmunógena similar a la de las vacunas monovalentes, se ha conseguido que el último caso de polio se notificara en enero de 2011. En **Nigeria** un fuerte compromiso político para la erradicación de la polio ha conseguido reducir los casos en un 96%. **Pakistán y Afganistán** continúan notificando casos y están llevando una intensa actividad de vacunación. Los aislamientos de poliovirus 3 sólo persisten en algunas áreas confinadas de África.

En los últimos años se reconoció el restablecimiento de la transmisión del poliovirus en Angola, Chad y República Democrática del Congo, debido a que las respuestas para controlar los brotes epidémicos fueron inadecuadas. Continúa habiendo casos en Chad que suponen un riesgo de transmisión a otros países de su entorno.

De los once países que notificaron brotes tras una importación en el año 2011, todos parecen haber interrumpido la transmisión en los 6 meses tras el inicio del brote, entre ellos los países del oeste de África: Guinea, Costa de Marfil, Mali y Níger todos causados por poliovirus tipo 3. En 2012 no se han notificado casos en esta zona.

China, que tuvo su último caso de polio importado en 1999, ha sufrido en 2011 un brote de polio en el oeste, provincia de Xinjian producido por poliovirus tipo I importado de Pakistán. Se han confirmado 21 casos de polio, el último en octubre de 2011.

Tabla 5. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomieltis en las regiones de la OMS. Años 2008 – 2011

Regiones de la OMS	2008		2009		2010		2011	
	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio
Africana	4.4	912	3.9	691	4.9	601	4.4	389
Americana	1.2	0	1.1	0	1.1	0	1.0	0
Mediterráneo Este	4.6	174	4.3	172	5.0	169	5.7	295
Europea	0.9	0	0.9	0	1.2	476	1.3	0
Sudeste Asiático	7.8	565	8.4	741	10.2	48	12.1	1
Pacífico Oeste	1.4	0	1.5	0	1.7	0	2.0	21
Total Global	4.6	1651	4.9	1604	5.3	1294	5.9	706

Fuente: OMS. WER (30/03/2012)

La Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio concluye que:

- La polio vuelve a estar confinada en los países endémicos.
- Las importaciones de poliovirus que se produjeron en 2009, 2010 y 2011 han sido interrumpidas y sólo queda un brote activo en Chad.

Hasta que la polio no sea completamente erradicada del mundo persiste el riesgo de importación de poliovirus, circunstancia que se ha puesto de manifiesto en los últimos brotes registrados en zonas previamente libres de polio, especialmente en el Este de Europa y en China.

El momento actual, en el que se está alcanzando la erradicación mundial de la polio, es muy delicado. Los modelos matemáticos predicen que un fallo ahora podría suponer la aparición de muchos casos de polio en los próximos años en todo el mundo. Ante la magnitud del riesgo y teniendo en cuenta la preocupación de la comunidad internacional, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud ha reconocido en su resolución WHA65 que conseguir la erradicación mundial de la polio “*representa una emergencia de salud pública mundial*”.

El **Plan de Acción Mundial de Emergencia contra la Poliomieltis 2012-2013** contempla dos áreas de acción prioritarias:

- La erradicación de la transmisión residual del poliovirus salvaje.
- El establecimiento de la denominada “*estrategia final de poliomieltis para eliminar los poliovirus vacunales*” que incluye:
 - ° Mejorar el diagnóstico de los poliovirus vacunales.
 - ° Mejorar la disponibilidad de la vacuna oral bivalente (PV1y PV3).
 - ° Desarrollar métodos de producción a bajo costo de la Vacuna Inactivada de Polio (VPI).

Bibliografía

- Josefa Masa Calles, Javier Almazán Isla, Teresa Castellanos Ruiz y Noemí López Pérez. *Plan de Erradicación de la Poliomielitis. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2011.* Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Agosto 2012.

- 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>