



## INFORME:

# PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2013.

## 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. Hubo una reintroducción en la Región Europea en 2010, en Tayikistán, con 479 casos, que se interrumpió a los ocho meses de la introducción y no fue necesaria la recertificación. 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 2013 se han detectado en la CM 10 casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,98 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es al 50% y el rango de edad oscila entre 2 y 14 años, con una media de 8,6 años (DE 4,52).

**Situación en España:** A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 26 casos de PFA con una incidencia de 0,37 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 87%) 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. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2013 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 416 casos en 2013, cifra superior a los 223 casos registrados en 2012.

## 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, los casos de polio se han reducido en más del 99%. En la actualidad hay cuatro regiones de la OMS, más del 80% del territorio mundial, declarado “libre de polio”: Las Américas (1994), Pacífico Occidental (2000), Europa (2002) y Asia Suroriental (2014, último caso notificado en India en 2011).

El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2014 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) y existen focos activos de polio en Siria, el Cuerno de África y países de África Central que están dificultando el objetivo de la erradicación. El número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 416 casos en 2013.

En España el “Plan de acción para mantener la situación libre de polio” establece tres líneas prioritarias de intervención: el sistema de vigilancia de poliovirus, el programa de vacunación y el plan de respuesta rápida ante la importación de un poliovirus salvaje o poliovirus derivado de la vacuna.

La piedra angular de la vigilancia de poliovirus es la vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) cuyo objetivo es detectar e investigar precozmente todo caso compatible con poliomielitis paralítica para descartar o confirmar la presencia del virus de la polio y, en su caso, adoptar medidas de control.

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 se supera el 95%; la cobertura en el año 2013 ha sido de 95,6% (rango entre comunidades 88,6% - 99,6%).

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia en el año 2013, los indicadores de calidad del sistema de vigilancia y 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 2014.

## II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2013

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 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  $\leq 14$  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 Poliomiélitis 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 Comunidad de Madrid, en el año 2013, 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 98,72%.

### Estudio descriptivo de los casos

En 2013 en la CM se han detectado 10 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 0,98 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Un caso ha sido notificado al sistema de vigilancia y los otros 9 se han recuperado en la revisión del CMBD; todos se han clasificado como “descartados” de polio. 9 casos se diagnosticaron como Síndrome de Guillain-Barre y uno como neuropatía aguda.

La distribución de los casos por sexo es de 5 varones y 5 mujeres. El rango de edad ha oscilado entre 2 y 14 años, con una media de 8,6 años (DE 4,52).

En cuanto al lugar de residencia 4 casos viven en el municipio de Madrid en los distritos de Moratalaz, Chamberí, Ciudad Lineal y Vallecas y los otros 6 en los municipios de Colmenar Viejo, Torrejón de Ardoz, Fuenlabrada, Rivas-Vaciamadrid y 2 en Leganés.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2013 se encontraron 9 casos que no fueron notificados en su momento, con ingreso en los siguientes hospitales: H. Niño Jesús (4), La Paz (2), Gregorio Marañón (1), Clínica Moncloa (1) y Severo Ochoa (1).

### Indicadores de calidad del sistema de vigilancia

Sólo se ha notificado un caso al sistema de vigilancia y en relación a los indicadores relacionados con la notificación a la red de vigilancia, la incidencia registrada en 2013 fue de 0,1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años, superior a la registrada el año anterior (0,0) y continúa muy alejada de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000 habitantes). Se ha utilizado como denominador la población del padrón continuo del año 2013, publicada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

### Conclusiones

En 2013 en la CM se han detectado 10 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,98 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. El 90% de 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.

Ya que las coberturas registradas de vacunación son elevadas, la vigilancia de la parálisis flácida, 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.

### 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 y 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 1998 se puso en marcha el primer Plan de Erradicación de poliomielitis y en 2007 la Región Europea consiguió el certificado de la OMS de región libre de polio.

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.

En 2013 se detectó la circulación de poliovirus salvaje en Israel (sin casos sintomáticos), evento importante ya que es la primera vez que se observa una amplia transmisión de poliovirus salvaje tras su reintroducción en un país con altas coberturas de vacunación.

Dado que el único reservorio de poliovirus salvaje es el hombre, el principal riesgo para la reintroducción viene dado por los flujos de población entre los países donde están ocurriendo los casos, como son los países endémicos (Nigeria, Pakistán y Afganistán), y los tres países del cuerno de África afectados este año 2013 (Somalia, Kenia y Etiopía), a los que se suma Israel con la reciente circulación ambiental y presencia de portadores del virus.

La posibilidad de transmisión, en el caso de una reintroducción, depende del porcentaje de población susceptible y de la probabilidad de exposición al virus. Como la inmunidad de la población española es alta, dadas las coberturas medias nacionales por encima del 95%, al igual que el nivel de inmunidad de la población (por encima del 94%), la probabilidad de que una vez introducido el polio virus salvaje contacte con población susceptible es muy baja.

La principal incertidumbre que plantea este nuevo evento es cómo en un país como Israel con altas coberturas de vacunación con la vacuna inyectable de la polio (IPV) ha sido posible la extensa diseminación del poliovirus salvaje. Hasta la fecha, puesto que la mayoría de los países con buenas coberturas de vacunación con IPV no realizan vigilancia ambiental sistemática, no hay datos suficientes para evaluar si esta situación pudiera estar ocurriendo en otros países o si existen características diferenciales del territorio afectado que estarían influyendo en la transmisión del poliovirus.

Como se ha observado recientemente en Israel y previamente en otros países como Holanda, la vigilancia ambiental es importante para detectar la circulación del poliovirus salvaje antes de que se produzcan los primeros casos sintomáticos. Aunque en España se encuentra disponible la metodología, esta vigilancia no se realiza de manera sistemática.

## Vigilancia de la PFA en España

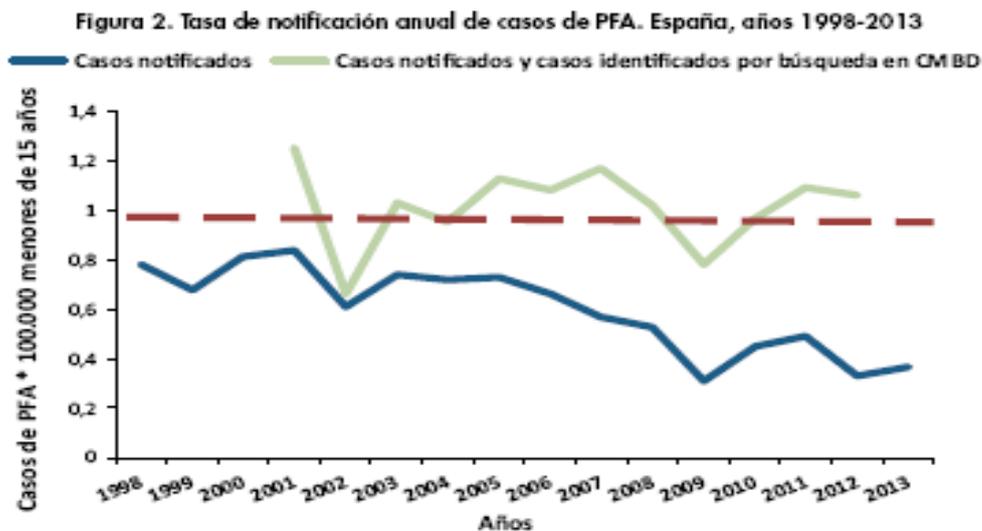
En el año 2013 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 26 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,37 por 100.000. La Figura 1 refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

**Figura 1. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2009 a 2013**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2009		2010		2011		2012		2013	
	CASOS	TASAS								
Andalucía	1	0.1	7	0.5	2	0.2	3	0.2	6	0.4
Aragón	2	1.1	2	1.1	4	2.2	4	2.1	0	0
Asturias	0	0	0	0	0	0	1	0.8	0	0
Baleares	3	1.8	5	2.9	1	0.6	1	0.6	3	1.8
Canarias	2	0.6	0	0	2	0.6	0	0	2	0.7
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla la Mancha	0	0	2	0.6	2	0.6	1	0.3	0	0
Castilla León	1	0.3	0	0	2	0.6	0	0	0	0
Cataluña	0	0	5	0.4	3	0.3	2	0.2	7	0.6
Comunidad Valenciana	3	0.4	4	0.5	5	0.7	6	0.8	3	0.4
Extremadura	0	0	2	1.2	1	0.6	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Madrid</b>	<b>4</b>	<b>0.4</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>5</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>
Murcia	2	0.8	3	1.1	4	1.5	3	1.1	2	0.8
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	3	1.1	0	0	3	1.1	2	0.7	2	0.7
La Rioja	0	0	0	0	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
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>0.3</b>	<b>31</b>	<b>0.4</b>	<b>34</b>	<b>0.5</b>	<b>23</b>	<b>0.3</b>	<b>26</b>	<b>0.37</b>

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

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 49 casos de PFA en búsqueda activa en el CMBD del año 2012 con lo que la tasa de PFA en ese año pasaría de 0,33 a 1,06 casos por 100.000 menores de 15 años, superando el objetivo de sensibilidad establecido por la OMS en 1 por 100.000 (Figura 2).



En cuanto a la distribución de casos por sexo, 15 casos (65%) son hombres y 8 casos (35%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 6 años (DE: 3,9). Los grupos de edad en los que aparecieron más casos fueron el de 1 a 4 años y el de 5 a 9 años (39,1% del total cada uno).

Todos los casos estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inactivada (VPI).

El 87% de los casos presentaron parálisis espinal y en dos casos (13%) el tipo de afectación fue tanto espinal como bulbar. En el 52,2% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores y en otro 34,8% sólo se afectaron los miembros inferiores. La progresión rápida de la parálisis se presentó en 15 casos (65%) y en 5 casos (22%) la progresión fue lenta. Se detectó asimetría en 4 casos (17,4%). En la revisión a los 60-90 días, 5 casos (21,7%) presentan parálisis residual. El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis / Síndrome de Landry en el 87% de los casos.

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

La primera reintroducción del poliovirus en Europa después de obtener el certificado “libre de polio” sucedió en 2010 con un brote de poliomiélitis en Tayikistán, en el extremo suroriental de Europa, con 479 casos de poliomiélitis y 29 muertes. Se identificó un poliovirus salvaje tipo 1 (PVS1) relacionado genéticamente con poliovirus que circulan en Uttar Pradesh, India. Otros tres países del entorno geográfico de Tayikistán - Kazajistán, Federación Rusa y Turkmenistán- se infectaron con polio. La transmisión quedó interrumpida en los 8 meses posteriores a la introducción, por lo que la Región Europea no ha necesitado someterse a un proceso de recertificación.

A nivel mundial aún existen tres países con circulación endémica de PVS: Afganistán, Pakistán y Nigeria. Además, en 2013 se han notificado casos y brotes de polio paralítica producida por PVS1, en Siria, países del Cuerno de África (Etiopía y Somalia), Camerún y Guinea Ecuatorial.

El brote de Siria con 13 casos, supone la primera detección del PVS1 en el país desde que se aisló por última vez en 1999. Los casos se dieron en menores de 2 años que no estaban vacunados o no habían completado la primovacunación. Las coberturas de vacunación estimadas han descendido en Siria desde el 91% en 2010 hasta el 68% en 2012, debido principalmente al conflicto bélico que padecen. También en octubre de 2013, en Camerún se notificaron 4 casos, primeros casos por PVS1 desde el año 2009.

Además, hay evidencia de la reintroducción y circulación de poliovirus salvaje en Israel, detectado en aguas residuales y en muestras de heces de población sana de la zona afectada (4,4% de las muestras de heces positivas) con aislamiento de PVS1, cepa relacionada con la circulante en Pakistán.

El Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio, recuerda a los estados miembros que persiste el riesgo de una importación de poliovirus salvaje y el riesgo de emergencia por un poliovirus derivado de la vacuna en los países donde todavía se administra vacuna oral.

Y en la última evaluación de riesgo para Europa, presentada en el informe de 2013, se estimó que cuatro países de la región (Bosnia Herzegovina, Georgia, Rumania y Ucrania) presentan un alto riesgo de transmisión de poliovirus tras una importación. De los países restantes, en 19 se considera el riesgo como intermedio y en 30 (entre los que se incluyó España) como bajo.

Se recomienda:

- Evaluar las coberturas de vacunación a nivel local con especial énfasis en la identificación de bolsas de población susceptibles.
- Reforzar los Sistemas de Vigilancia de la PFA en menores de 15 años.
- Evaluar la pertinencia de una vigilancia ambiental.

En los últimos años la cifra total de casos de polio en el mundo ha ido descendiendo (Figura 3), aunque esta cifra ha aumentado en 2013, debido al brote de Somalia notificado en mayo de 2013 que ha causado 203 casos en tres países del Cuerno de África (Somalia, Kenia y Etiopía) y los casos registrados en Siria y Camerún (Figura 4).

**Figura 3. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomieltis en las regiones de la OMS. Años 2010 – 2013**

Regiones de la OMS	2010		2011		2012		2013	
	Tasas PFA	Casos Polio						
Africana	4.9	657	4.4	389	4.8	128	5.3	80
Americana	1.1	0	1.0	0	1.0	0	1.1	0
Mediterráneo Este	5.0	169	5.7	295	5.2	95	5.2	336
Europea	1.2	478	1.3	0	1.3	0	1.3	0
Sudeste Asiático	10.2	48	12.1	1	12.2	0	11.0	0
Pacífico Oeste	1.7	0	2.0	21	2.1	0	1.9	0
<b>Total Global</b>	<b>5.3</b>	<b>1352</b>	<b>5.9</b>	<b>650</b>	<b>6.0</b>	<b>223</b>	<b>5.7</b>	<b>416</b>

Fuente: OMS. WER (27/06/2014)

**Figura 4.**  
**Número de casos de poliomielitis por países a 18 de noviembre de 2014**

### Wild Poliovirus 2009 - 2014

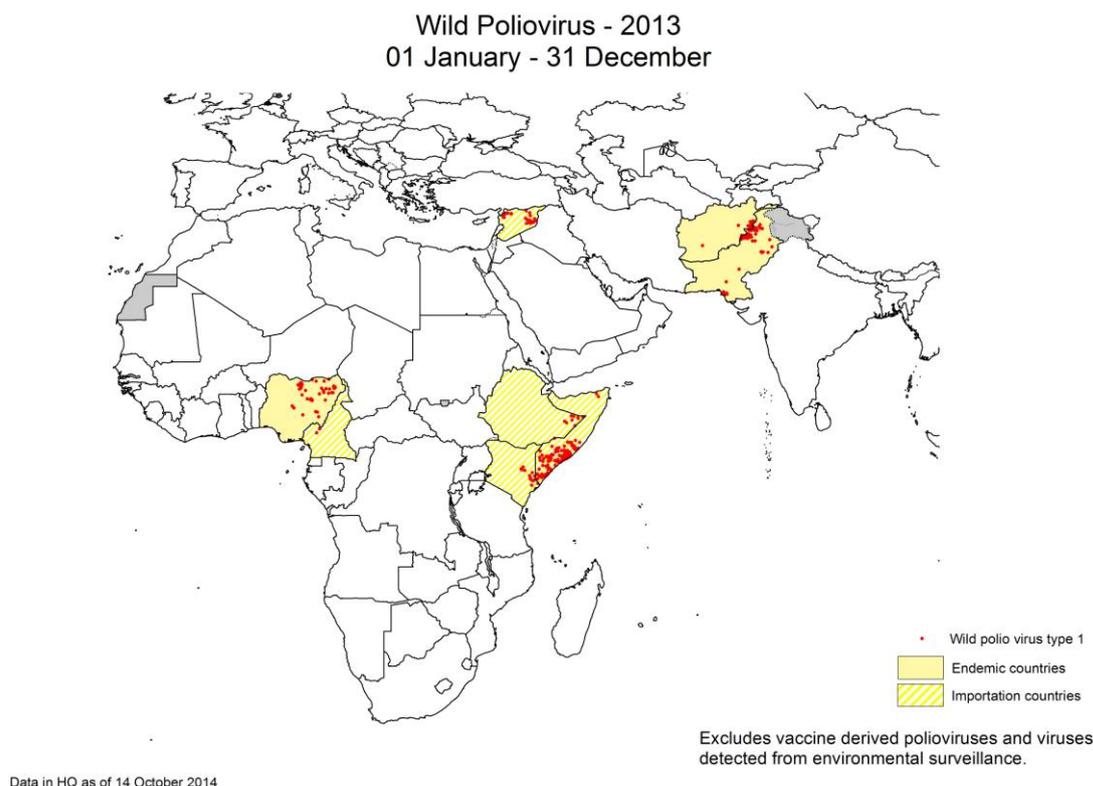
Country or territory <sup>3</sup>	Wild virus confirmed cases								Wild virus reported from other sources <sup>2</sup>							
	Total					01 Jan - 18 Nov <sup>1</sup>		Onset of most recent type 3	Onset of most recent type 1	Total					Date of most recent virus	
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2014			2009	2010	2011	2012	2013		2014
Pakistan	89	144	198	58	93	63	246	18-Apr-12	01-Nov-14	18	79	136	89	66	80	21-Oct-14
Afghanistan	38	25	80	37	14	9	20	11-Apr-10	20-Oct-14	2					9	21-Oct-14
Somalia	0	0	0	0	194	163	5	NA	11-Aug-14							
Nigeria	388	21	62	122	53	51	6	10-Nov-12	24-Jul-14		1	15	3	1		05-May-14
Cameroon	3	0	0	0	4	2	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 <sup>4</sup>	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA				136	14		30-Mar-14
Syria	0	0	0	0	35	13	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	64	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	06-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 <sup>5</sup>	0	441	1	0	0	0	0	NA	22-Jan-11							
Gabon	0	0	1	0	0	0	0	NA	15-Jan-11							
India <sup>6</sup>	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	29-Mar-09							
<b>Total</b>	<b>1604</b>	<b>1352</b>	<b>650</b>	<b>223</b>	<b>416</b>	<b>341</b>	<b>291</b>			<b>23</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	<b>105</b>	
Total wild virus type 1 <sup>7</sup>	482	1265	583	202	416	341	291									
Total wild virus type 3	1122	87	67	21	0	0	0									
Tot. in endemic countries	1256	232	341	217	160	123	272									
Tot. in non-end countries	348	1120	309	6	256	218	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

<sup>1</sup>Data in WHO HQ on 19 Nov 2013 for 2013 data and 18 Nov 2014 for 2014 data. <sup>2</sup>Wild viruses from environmental samples, contacts and other sources. <sup>3</sup>In 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. <sup>4</sup>Results are based on L20B positive culture. Prior to reporting week 16, results were based on a combination of direct qRT-PCR on RNA from concentrated sewage and L20B positive culture. <sup>5</sup>The 2010 total includes cases with inadequate specimens that were exceptionally classified as confirmed polio based on their association with the WPV1 outbreak. <sup>6</sup>As of 28 February 2012, India is no longer considered to be a polio-endemic country. <sup>7</sup>includes 1 case in 2012 with a mixture of W1W3 virus. NA - Most recent case had onset prior to 1999.

Data in WHO HQ as  
of 18 November 2014

Fuente: "The Global Polio Eradication Initiative"

**Figura 5. Mapa de los casos de polio en el mundo (Año 2013)**

Fuente: “The Global Polio Eradication Initiative”

## V. DECLARACIÓN DE EVENTO DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL

### Extensión internacional de la transmisión del Poliovirus Salvaje 5 Mayo de 2014

*El 5 de mayo de 2014 la Directora General de la OMS ha declarado que la extensión internacional de la transmisión del poliovirus salvaje en 2014 es un Evento de Salud Pública de Importancia Internacional, basándose en la evaluación realizada por el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional y en el contexto de la Iniciativa global para la erradicación de la poliomielitis. El Comité concluye que es necesaria una coordinación internacional para frenar esta transmisión internacional.*

A nivel mundial, según los datos de la OMS, en los últimos seis meses (diciembre 2013 a mayo 2014) se ha observado transmisión activa en 10 países, Pakistán, Nigeria, Afganistán, Guinea Ecuatorial, Siria, Iraq, Camerún, Etiopía, Somalia y Kenia. En los tres primeros países la transmisión era endémica previamente. A finales de 2013, el 60% de los casos de polio se debían a la transmisión internacional del poliovirus salvaje, por lo que parece evidente que los adultos viajeros estaban contribuyendo a esta diseminación.

Para el Comité de Emergencias, la principal prioridad de los estados en los que está circulando el virus debería ser interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje dentro de sus fronteras lo más rápido posible, inmunizar a la población de todas las áreas geográficas mediante la realización de campañas suplementarias de inmunización con vacuna de la polio oral y reforzar la inmunización rutinaria y la vigilancia de poliovirus.

Además de estas medidas, la OMS recomienda temporalmente la puesta en marcha de las siguientes medidas:

Los estados con mayor riesgo de exportación del poliovirus salvaje (Paquistán, Camerún y Siria) y los países en los que está circulando el poliovirus salvaje pero que no están exportando casos (Afganistán, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Iraq, Israel, Somalia y Nigeria) deberían declarar que la interrupción de la transmisión del poliovirus es una “Emergencia de Salud Pública Nacional”. Deberán asegurar que los residentes y visitantes de larga duración (> 4 semanas) reciben una dosis de VPO o de VPI entre 4 semanas y 12 meses antes de cualquier viaje internacional. En caso de que el viaje sea urgente, se debería garantizar al menos una dosis en el momento de la salida.

Los viajeros de estos países deben llevar el Certificado de Vacunación Internacional según se especifica en el Anexo 6 del Reglamento Sanitario Internacional que demuestre su situación de inmunización.

Estas medidas deben mantenerse hasta que transcurran al menos 6 meses sin que el país exporte casos o detecte transmisión de poliovirus salvaje en su territorio o presenten documentación de las actividades que estén realizando dirigidas a la erradicación en todas las áreas infectadas y de alto riesgo. En ausencia de estas medidas deberán mantener las recomendaciones al menos 12 meses sin que el país exporte casos o detecte transmisión de poliovirus salvaje.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Centro Nacional de Epidemiología. *Plan Nacional para la Erradicación de la poliomielitis. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda, año 2013. Madrid 2014.*  
[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/InformePFA\\_2013.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/InformePFA_2013.pdf)  
Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Agosto 2013.
- 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>