MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Instituto de Salud Carlos III

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIO

VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

ESPAÑA 2006

Centro Nacional de Epidemiología.
Instituto de Salud Carlos III

VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. ESPAÑA 2006

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los 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 en 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.

El número de países endémicos disminuyó de 125 en 1988 a 6 países a finales de 2004 (India, Nigeria, Pakistán, Egipto, Afganistán y Níger), y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó un 99%, de 350.000 casos en 1988 a 784 casos notificados en el año 2003. Durante 2003-2005 se produjo un incremento como consecuencia de la diseminación de casos a partir de los focos endémicos, a países previamente libres de polio; así, de los 784 casos en el 2003 aumentó a 1255 casos en el 2004 y 1936 en el 2005.
Durante 2006 el número de casos de polio notificados en el mundo fue de 1997. En la actualidad quedan 4 focos endémicos localizados en 4 países (Nigeria, Pakistán, Afganistán, India)

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, así como 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, la posible existencia de casos de polio.

El cumplimiento de los objetivos de coberturas de vacunación y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y por la Organización Mundial de la Salud.

1.- COBERTURAS DE VACUNACIÓN ESPAÑA 2005

Durante el año 2004 todas las Comunidades Autónomas llevaron a acabo la sustitución de la vacuna de polio oral por la vacuna inyectable (VPI). A finales del primer semestre del año todas las CCAA ya habían dejado de suministrar vacuna oral para sustituirla por la inyectable.

Desde 1996 las coberturas de vacunación con 3 dosis de polio han sido superiores al 90% en todas las CCAA. **Las coberturas alcanzadas durante 2005** en niños de 0-1 años fueron de 96,2%. En todas la CCAA las coberturas alcanzaron niveles superiores al 92% (rango 92%-

99,8%). La cobertura de vacunación en niños de 1-2 años de edad (dosis booster) fue de 94,9% (rango 92,0%-99,1%).

2.- VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. ESPAÑA 2006

España inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional. El sistema de vigilancia de PFA implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, lo que inicia un proceso de investigación rápida, 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. La notificación se hace bajo sospecha clínica iniciándose su circuito en el hospital.

La vigilancia pasiva se completa con la búsqueda activa que se realiza de forma mensual y con la información anual, procedente del Conjunto Mínimo Básico de Datos existentes en la Red Hospitalaria Española.

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 síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas), que ha de ser ≥ 80%.

A. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA NOTIFICADOS DURANTE EL AÑO 2006

1. Tasa de notificación:

Durante el año 2006 se notificaron al sistema de vigilancia 42 casos de parálisis flácida aguda lo que supone una incidencia de 0,66 por 100.000 menores de 15 años (ver tabla1).

Menos de la mitad de las Comunidades Autónomas (CCAA) están próximas o alcanzan la tasa esperada de 1 por 100.000 habitantes menores de 15 años, sin embargo, hay que tener en cuenta la gran variabilidad dado el pequeño número de casos esperados especialmente en las comunidades de menor población, en las la aparición de casos de PFA se esperaría que ocurriera cada varios años.

Siete comunidades autónomas no notificaron ningún caso Aragón (1,6 casos esperados), Asturias (1,1 esperados), Cantabria (0,7 esperados), Navarra (0,9 casos esperados), País Vasco (2,6 casos esperados), La Rioja (0,4 casos esperados) y Melilla (0,1 casos esperados).

Otros años hemos visto como la tasa óptima de PFA propuesta por la OMS, se podría haber alcanzado si el Sistema de Vigilancia de PFA hubiera captado oportunamente los casos detectados por búsqueda activa retrospectiva. En este momento aún no tenemos los datos de la revisión anual de 2006 del CMBD, por lo que, aunque probable, aún no sabemos si esto se cumpliría también para este año. Durante el año 2006 casi todas las CCAA realizaron la búsqueda retrospectiva mensual y la notificación subsiguiente de “0 casos”. Sólo falta esta información para Ceuta en el mes de enero; Navarra en febrero; Melilla en febrero y abril y Aragón en noviembre. Mediante esta búsqueda activa mensual se han detectado un total de 2 casos más de PFA, con lo que la incidencia se sitúa en una tasa igual o superior a 0,69/100.000 hab.

Tabla1.- Sistema de vigilancia de PFA. España 2006.
Casos notificados y detectados por buscada activa y tasas de incidencia por CCAA

CCAA	Esperados	Notificados	Tasa Vigilancia	B.activa mensual	Total	Tasa PFA
Andalucía	12,8	7	0,55		7	0,55
Aragón	1,6	0	0,00		0	0,00
Asturias	1,1	0	0,00		0	0,00
Baleares	1,6	2	1,27		2	1,27
Canarias	3,1	2	0,64		2	0,64
Cantabria	0,7	0	0,00		0	0,00
Castilla la Mancha	2,9	1	0,35		1	0,35
Castilla Y León	2,8	4	1,40		4	1,40
Cataluña	10,2	3	0,30		3	0,30
C. Valenciana	6,9	7	1,01	1	8	1,15
Extremadura	1,6	1	0,62		1	0,62
Galicia	3,1	1	0,32		1	0,32
Madrid	9,1	11	1,21		11	1,21
Murcia	2,3	2	0,86	1	3	1,29
Navarra	0,9	0	0,00		0	0,00
País Vasco	2,6	0	0,00		0	0,00
La Rioja	0,4	0	0,00		0	0,00
Ceuta	0,1	1	7,04		1	7,04
Melilla	0,1	0	0,00		0	0,00
TOTAL	**64,0**	**42**	**0,66**		**44**	**0,69**

2. Distribución por sexo y edad:

La distribución de los casos por sexo es idéntica, 21 casos (50%) son hombres y 21 (50%) mujeres. El grupo de edad en el que se dieron más casos fue el de 1 a 4 años, con un 47,6% del total. La edad media de los casos fue de 6,6 años (DE: 4,11).

Tabla 2.-Distribución por edad de los casos de PFA notificados al sistema de vigilancia. España 2006

Grupo edad	Casos	%	Población	Incidencia x 100.000
0 años	0	0,00%	462.166	0,00
1-4 años	20	47,62%	1.796.647	1,11
5-9 años	11	26,19%	2.063.110	0,53
10-14 años	11	26,19%	2.074.292	0,53
Total	**42**	**100,00%**	**6.396.215**	**0,66**

3. Antecedentes de vacunación.

Todos los casos estaban correctamente vacunados, bien con polio oral (VPO) y/o inyectable (VPI), habiendo recibido 3 ó más dosis de vacuna de polio (tabla 3).

Tabla 3: Antecedentes de vacunación, por edad, de los casos notificados al sistema de vigilancia de PFA. España 2006

Número dosis	GRUPO EDAD				
	0 años	1-4 años	5-9 años	10-14 años	Total
3		5	1		6
4		15	5	5	25
5			5	6	11
Total		**20**	**11**	**11**	**42**

4. Características clínicas de los casos:

a. Síntomas previos al inicio de parálisis

Tabla 4: Síntomas previos al inicio de parálisis

Síntoma	Sí	%	No	%	Desc	%
Dolor muscular	19	**45,2%**	18	42,9%	5	11,9%
Fiebre	16	**38,1%**	21	50,0%	5	11,9%
Síntomas respiratorios	15	**35,7%**	22	52,4%	5	11,9%
Síntomas orofaríngeos	13	**31,0%**	21	50,0%	8	19,0%
Dolor Abdominal	9	**21,4%**	26	61,9%	7	16,7%
Anorexia	6	**14,3%**	27	64,3%	9	21,4%
Irritabilidad	6	**14,3%**	25	59,5%	11	26,2%
Diarrea	5	**11,9%**	31	73,8%	6	14,3%
Vómito	4	**9,5%**	30	71,4%	8	19,0%
Náusea	3	**7,1%**	30	71,4%	9	21,4%

b. Afectación de la parálisis

El 90% de los casos (38 casos) presentaron parálisis espinal, El 5% (2 casos) afectación bulbar y espinal, el 2% (1 caso) presentó afectación facial y espinal y un 2% (1 caso) presentó parálisis en miembro inferior izquierdo por una miositis. El 52% de los casos presentó parálisis de extremidades inferiores y el 48% presentaron parálisis de extremidades superiores e inferiores.

Tablas 5 y 6: Localización de la parálisis

LOCALIZACIÓN	Nº casos	%
EXTREMIDADES	38	90%
BULBAR	0	0%
EXTREM Y BULBAR	2	5%
EXTREM Y FACIAL	1	2%
DESCONOCIDO	1	2%
TOTAL	**42**	**100%**

LOCALIZACIÓN	Nº casos	%
EXT. INFERIOR	22	52
SUPERIOR + INFERIOR	20	48
TOTAL	**42**	**100**

c. Características clínicas y síntomas al inicio de la parálisis y evolución posterior:

Tabla 7: Clínica al inicio de la parálisis y evolución posterior

Signos/síntomas	Sí	%	No	%	Desc	%
Dolor muscular	26	61,9%	10	23,8%	6	14,3%
Decaimiento	15	35,7%	19	45,2%	8	19,0%
Parestesia	14	33,3%	18	42,9%	10	23,8%
Déficit sensitivo	11	26,2%	22	52,4%	9	21,4%
Fiebre	9	21,4%	29	69,0%	4	9,5%
Cefalea	8	19,0%	25	59,5%	9	21,4%
Letargia	6	14,3%	32	76,2%	4	9,5%
Dolor de cabeza	6	14,3%	28	66,7%	8	19,0%
Dificultad respiratoria	3	7,1%	36	85,7%	3	7,1%
Progresión rápida	15	**35,7%**	18	42,9%	9	21,4%
Asimetría	5	**11,9%**	37	88,1%	0	0,0%
Parálisis residual	16	**38,1%**	26	61,9%	0	0,0%

- **Progresión rápida de la parálisis:** En 15 casos (35.7%) la parálisis cursó con una progresión rápida; en 18 casos (42.9%) ésta fue lenta, y en 9 (21.4%) se desconoce.

- **Asimetría**: se presentó en 5 de los casos. Todos ellos estaban correctamente vacunados para su edad, con dos muestras de heces adecuadas con resultados negativos, excepto en un caso al que no se le recogieron. Los diagnósticos definitivos fueron PFA de posible origen vírico sin tipificar, miositis de miembro inferior izquierdo, Mielitis transversal cervical, y dos síndromes de Guillain-Barré. Tres casos de estos casos presentaron parálisis residual en la revisión de los 60-90 días.

- **Parálisis residual:** En la revisión a los 60-90 días se encontró parálisis residual en 16 casos, todos vacunados con 3 ó más dosis. El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-

Barré (8 casos), mielitis (3 casos), polineuritis infecciosa aguda (3 casos, uno de ellos por Echovirus6) y polineuropatía desmielinizante (2 casos).

- **Diagnóstico definitivo**, se muestra en la tabla 8. El Síndrome de Guillain-Barré es el diagnóstico que presentan el 69.0% de los casos (29 casos), seguido de la mielitis con el 9.5% (4 casos).

Tabla 8- Vigilancia de PFA. España 2006. Clasificación de los casos de PFA por diagnóstico definitivo y hallazgos de laboratorio

Diagnóstico Definitivo	Nº	%
S. Guillain Barré / Polirradiculoneuritis	35	83,3%
Mielitis	4	9,5%
Debilidad Muscular	1	2,4%
Miositis	1	2,4%
Sacroileitis Transitoria	1	2,4%
Total	**42**	**100,0%**

d. Resultados de laboratorio:

- **Muestras de heces:** Se tomaron 2 muestras de heces en 33 casos (78,6%), de los 9 casos restantes, en 7 (16,7%) se hizo sólo toma de una primera muestra (3 muestras no llegaron al laboratorio de referencia por lo que no pudieron ser procesadas) y en 2 de los casos las muestras no se recogieron.

Se procesaron un total de 70 muestras de heces, incluidas la primera y segunda muestra de los casos. El 88,6 % del total de las muestras procesadas fueron negativas. En ningún caso se identificó poliovirus. En las primeras muestras, el 80,0% resultaron negativas, en el 12,5% se identificó enterovirus no polio (echovirus14, echovirus33, echovirus6, echovirus9) y en el 2,5% adenovirus. En el caso de las segundas, el 90,9% resultaron negativas, el 6,1% enterovirus no polio (echovirus14, echovirus33).

Tabla 9: Resultado de los cultivos celulares de las muestras de heces, de los casos notificados al sistema de vigilancia de PFA, España 2006

Muestras Heces	SÍ	%	Resultados	%
Primera	40	95,2	32 negativos	80,0%
			5 Enterovirus	12,5%
			1 Adenovirus	2,5%
			2 sin estudio	5,0%
Segunda	33	78,6	30 negativos	90,9%
			2 Enterovirus	6,1%
			1 sin estudio	3,0%

Casos sin estudio de heces: hay 4 casos en los que no se estudiaron muestras de heces, en dos casos no se obtuvieron las muestras y en otros 2 casos las muestras llegaron en mal estado.

Todos estos casos tienen diagnóstico definitivo alternativo: 3 S. De Guillain-Barré, uno de ellos mantiene parálisis residual a los 60 días; El otro caso sin muestras tiene diagnóstico de mielitis transversa cervical, con parálisis residual a los 60 días.

- **Resultados de serología y estudio de LCR:** Se tomó una muestra de suero en el 85,7% de los casos y dos muestras de suero tan solo en 11 casos (26,2%). Se tomó muestra de LCR en el 81,0% de los casos.

Hay que señalar la importante falta de información referente a los resultados del análisis de serología y LCR (tabla 10).

Tabla 10.- Resultados de serología y estudio de LCR de los casos de PFA notificados al sistema de vigilancia. España 2006

RESULTADO	SUERO 1	SUERO 2	LCR
Echovirus 33	-	-	1
Micoplasma	1	-	-
Borrrelia	1	-	-
Varicela-Zoster	1	-	-
Negativo	20	8	22
Sin resultado	13	3	11
Sin muestra	6	31	8
Total	**42**	**42**	**42**

B. INDICADORES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE PFA

La vigilancia de los casos de PFA debe cumplir unos indicadores de calidad relativos a la sensibilidad, oportunidad en la notificación, investigación, toma de muestras y proceso de laboratorio. Entre estos indicadores los dos más importantes son: la tasa de PFA en menores de 15 años, que indica la sensibilidad del sistema, y debe ser de ser al menos de 1/100.000 y el porcentaje de casos con 2 muestras de heces "adecuadas" (dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas), que debe de ser ≥ 80%.

1. Incidencia de PFA (tabla 11) se ha calculado utilizando como denominador las poblaciones estimadas por el INE en menores de 15 años para las diferentes CCAA, a partir del censo del 2001. La tasa de PFA ha sido de 0,66, similar a la detectada en años precedentes. Hay que señalar que si bien, no se ha alcanzado la tasa de incidencia de 1 por 100.000 niños <15 años, se considera que las tasas anuales alcanzadas durante el periodo 1998-2006 (0,78; 0,68; 0,81; 0,84; 0,61; 0,74; 0,72; 0,73 y 0,66) son satisfactorias, dado el pequeño número de casos esperados por cada CA especialmente en aquellas de menor población, en las que se esperaría menos de un caso de PFA al año.

2. **Oportunidad en la notificación e investigación (tabla 11):** El **porcentaje de casos notificados en un período ≤ 7 días** desde el inicio de los síntomas alcanza un 40,5%. **Si se considera la fecha de ingreso** el 73,2% de los casos fueron notificados en menos de 7 días desde su ingreso; este indicador refleja mejor que el anterior el tiempo empleado en la notificación desde que se tiene conocimiento del caso. Ambos indicadores están muy por debajo del objetivo fijado por la OMS del 80%.

3. **Investigación epidemiológica de los casos (tabla 11)**: El 100% de los 42 casos fueron investigados en 48 horas o menos desde su notificación.

4. **Revisión a los 60-90 días y diagnóstico definitivo (tabla 11):** en los 42 casos (100%) se les hizo la revisión a los 60-90 días y en el 100% se informó el diagnóstico definitivo.

Tabla 11: Indicadores de Calidad del Sistema de Vigilancia de PFA. España 1998-2006

Indicadores de calidad de vigilancia	Estándar calidad OMS	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
Incidencia PFA/100.000 < 15 años	**>=1**	0,78	0,68	0,81	0,84	0,61	0,74	0,72	0,73	**0,66**
% PFA notificados <=7 d inicio síntomas	**>=80**	53	55	50	45	48	43	35	50	**40,5**
% PFA notificados <= 7 d ingreso	**>=80**	72	92	75	76	76	67	56	70,5	**73,2**
% PFA investigados <= 48 h desde la notificación	**>=80**	97	97.5	98	96	97	93	100	100*	**100**
% PFA con seguimiento 60-90 d	**>=80**	100	97,5	100	94	92	96	100	100	**100**
% PFA con diagnóstico clínico	**>=80**	100	97.5	100	100	97	100	100	100**	**100**

Indicadores de calidad de la vigilancia relativos a la toma de muestras (tabla 12):

El 78,6% de los casos tienen una muestra de heces tomada en los 14 días posteriores a su ingreso y el 78,6% de los casos tienen dos muestras independientemente del momento en el que fueron tomadas. Sin embargo si se considera la toma de 2 muestras de heces "adecuadas" tomadas en los 14 días siguientes al inicio de síntomas o al ingreso, este porcentaje se reduce un poco y alcanza el 45,2% y el 64,3% respectivamente.

Tabla 12: Indicadores de Calidad del Sistema de Vigilancia de PFA relativos a la toma de muestras. España 1998-2006

INDICADOR	Estandar Calidad %	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
% PFA con 2 muestras de heces en <=14 d desde inicio síntomas	**>= 80**	64	72,5	69	61	57	46	56	65,9	**45,2**
% PFA con 2 muestras de heces en <=14 d desde el ingreso	**>= 80**						67	67	72,7	**64,3**
% PFA con 1 muestra de heces en <=14 d desde inicio síntomas	**>= 80**	74	85	75	82	73	70	70	75,0	**59,5**
% PFA con 1 muestra de heces en <=14 d desde el ingreso	**>= 80**							88	77,3	**78,6**
% PFA con 2 muestras de heces en cualquier tiempo	**>= 80**	76	92,5	90	90	81	73	77	77,3	**78,6**

6. **Indicadores de calidad relativos a los tiempos de envío y proceso de muestras en el laboratorio (tabla 13):** alcanzan todos los objetivos marcados por las OMS para la región europea.

Tabla 13: Indicadores de envío y proceso de muestras por el laboratorio. Sistema de vigilancia de PFA, España 1999- 2006

INDICADOR	Estándar Calidad	Muestra	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
Envío muestras al laboratorio en <=3 d	>=80	1ª	80	94	94	95	78	89	52,8	**94,1**
		2ª	87	98	98	100	85	96	75,8	**89,7**
Desde envío a recepción <=3 d	>=80	1ª						91	75,0	**90,9**
		2ª						91	75,0	**96,4**
Resultados de laboratorio en <= 28 d	>=80	1ª	90	68	82	70	90	81	82,1	**89,5**
		2ª	97	67	89	90	90	86	81,3	**93,8**
% aislamientos de enterovirus no polio	>=10		9,3	4,2	2,1	14	5	9,3	2,3	**11,9**

Indicadores de calidad de la vigilancia en algunos países de la UE

Tabla 14: Tasa de PFA y porcentaje de muestras adecuadas, en algunos países de la Región Europea de la OMS 2001-2006. (fuente OMS)

Notificación casos de PFA Región Europea												
	Tasa de PFA por 100.000 hab <15 años.						% PFA con 2 muestras de heces adecuadas*					
PAIS/año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Austria	0,68	0.62	0,16	0,6	0,2	0,72	56%	88%	100%	57%	33%	55.6%
Alemania	0,44	0.55	0,42	0,6	0,6	0,54	36%	42%	35%	45%	42%	44,4%
Grecia	0,89	0.97	0,85	0,72	1,2	1,26	50%	40%	29%	40%	39%	75,0%
Italia	0,88	0.79	1,02	0,9	0,9	0,64	58%	58%	65%	63%	76%	65,4%
Holanda	0,79	0.59	0	nd	nd	nd	4%	6%	0	nd	nd	nd
Noruega	1,1	1,5	1,1	0,92	1,4	1,22	40%	23%	40%	0%	17%	27,3%
Portugal	0,96	0.60	0,4	0,42	0,2	0,36	50%	60%	33%	67%	50%	50%
Suiza	0,9	1,1	1,1	1,1	0,5	1,1	10%	33%	8%	10%	0%	7,7%
Irlanda	0,7	0,9	0,4	0,61	0,6	1,06	33%	43%	0%	40%	20%	22,2%
España	**0,84**	**0,61**	**0,74**	**0,72**	**0,73**	**0,66**	**61%**	**57%**	**46%**	**56%**	**66%**	**45,0%**

* Dos muestras de heces (separadas entre sí, al menos 24h) recogidas en un período ≤ 14 días desde el inicio de la parálisis.

Conclusiones

Los indicadores de calidad de la vigilancia de PFA, referentes a la investigación epidemiológica y de laboratorio, una vez detectados los casos por el sistema, continúan con cifras superiores o cercanas al 80%, estándar de calidad de la OMS. Durante el año 2006 todos los casos han sido adecuadamente investigados y seguidos por los servicios de vigilancia. Así mismo, los indicadores referentes a la calidad del laboratorio superan los objetivos marcados por la OMS, siendo su cumplimiento para todos los parámetros superior al 80%. El fallo se produce en general en la oportunidad de la notificación, con retraso consiguiente en la toma de muestras adecuadas. Los indicadores referentes a la oportunidad en la notificación y la toma de muestras "adecuadas", presentan, desde el inicio del plan, valores inferiores al estándar propuesto por la OMS.

Esta misma situación se observa en otros países de la Unión Europea al comparar la tasa de PFA y el porcentaje de muestras adecuadas entre 7 países semejantes al nuestro (tabla 14).

Como se ha comentado en años anteriores, es difícil mantener la sensibilidad del sistema de vigilancia de parálisis flácida, debido a la ausencia de casos de poliomielitis en nuestro país. El personal sanitario tiene la sensación de que no estamos ante un problema importante de salud pública. Esta sensación se ha potenciado a partir de la certificación por la OMS de la Región Europea "libre de polio", en junio de 2002, lo que puede hacer creer que ya no hay riesgo de dicha enfermedad en la Región. Sin embargo, hasta que la poliomielitis no sea erradicada en el mundo, existe un riesgo de importación de poliovirus que no se puede menospreciar.

España es un país que puede ser considerado de riesgo para la importación, dada su condición de frontera física con el Continente Africano y por ser el tercer país del mundo en número de visitantes anuales, por lo que es muy importante que el sistema de vigilancia se mantenga activo y alerta manteniendo el elevado nivel de calidad requerido, ante la posibilidad de importación de poliovirus, salvajes o vacunales, procedentes de países endémicos o de países en los que aún se vacuna con la vacuna de polio oral. El flujo constante de gente a través de las fronteras, y el aumento creciente de población inmigrante, procedente de países con diferentes niveles de coberturas, así como el aumento de situaciones que favorecen el desarrollo de la enfermedad (inmunodeficiencias), debe mantener alerta el sistema de vigilancia ante la posibilidad de importación del virus.

9. Situación de la poliomielitis en el Mundo http://www.polioeradication.org/content/general/

Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación mundial, consiguieron reducir el número de casos de 350.000 a 1189. Sin embargo la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen durante 2003-2005 a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio

Después de la diseminación internacional ocurrida durante 2003-2005, la polio endémica se mantiene confinada en solo 4 focos de 4 países: Nigeria, India, Pakistán y Afganistán.

Las estrategias y herramientas disponibles para la erradicación de la polio son mejores que nunca: se dispone de vacunas monovalentes más efectivas y herramientas diagnósticas que permiten la detección y seguimiento de forma mucho más rápida.

Existen políticas para minimizar el riesgo y las consecuencias de la diseminación internacional de poliovirus incluyendo los planes nacionales para el mantenimiento de la situación libre de polio y la recomendación de tener la vacunación completa frente a polio a las personas que viajen a áreas endémicas.

Acciones para alcanzar la erradicación mundial de la polio:

- Fortalecer la supervisión de las actividades del plan de erradicación en todos los niveles: Nacional, regional y de distrito.
- Eliminar la transmisión en las áreas endémicas más prioritarias: Norte de Nigeria y el área occidental de Uttar Pradesh, India.
- Mantener los fondos internacionales para alcanzar la erradicación.

Casos de polio en el mundo a 7 de marzo de 2007 http://www.polioeradication.org/casecount.asp

	Casos 2007 (hasta el 7-marzo)	Casos 2006 hasta el 7-marzo	Total casos 2006
Todos los países	35	35	1997
- Países endémicos	30	21	1869
- Países no endémicos	5	14	128

Casos de polio por país

País	Casos 2007 (hasta el 7-marzo)	Casos 2006 hasta el 7-marzo	Total casos 2006	Fecha de inicio de síntomas del caso más reciente
India*	11	7	674	31 Enero 2007
Pakistán*	5	0	40	30 Enero 2007
Nigeria*	14	12	1124	22 Enero 2007
Somalia	2	10	36	14 Enero 2007
DRC	2	0	14	10 Enero 2007
Níger	1	3	11	1 Enero 2007
Camerún	0	0	2	6 Diciembre 2006
Afganistán*	0	2	31	28 Noviembre 2006
Chad	0	0	1	26 Noviembre 2006
Angola	0	0	2	14 Noviembre 2006
Kenia	0	0	2	13 Noviembre 2006
Etiopía	0	0	17	7 Noviembre 2006
Bangladesh	0	0	17	4 Noviembre 2006
Nepal	0	0	4	23 Octubre 2006
Namibia	0	0	19	26 Junio 2006
Indonesia	0	1	2	20 Febrero 2006
Yemen	0	0	1	2 Febrero 2006

*** Países con circulación endémica**