

PLAN DE ACCIÓN EN ESPAÑA

PARA LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y

Vigilancia de Enterovirus

Informe 2025



Creative commons 4.0 BY-NC-SA

Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0](#).

El material creado por un autor puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se hace referencia a la autoría. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original

Cita sugerida

Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). CIBERESP. Plan de Acción en España para la Erradicación de la Poliomielitis. **“Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus. Informe del año 2025”**. Madrid, 14 de agosto de 2026

Relación de contenidos

1. Acrónimos	4
2. Resumen ejecutivo	5
3. Executive abstract	6
4. Introducción	7
5. Resultados de la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en España, 2025.....	10
6. Actividades complementarias de la vigilancia de PFA	14
7. Indicadores de calidad de la vigilancia de PFA en España, 2025	17
8. Vigilancia de enterovirus en muestras clínicas. España, 2025	22
9. Vigilancia medioambiental de poliovirus. España, 2025	23
10. Eventos asociados a la detección de poliovirus. España, 2025	24
11. Situación de la poliomielitis en el mundo y en la Región Europea de la OMS.....	25
12. Conclusiones.....	27
13. Informe elaborado por	28
14. Referencias bibliográficas	29

Relación de tablas y figuras

Figuras	Tablas
Figura 1. Casos de poliomiелitis y detecciones de poliovirus. España, 1980-2025	Tabla 1. Casos esperados, notificados y tasas de notificación de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 años, por Comunidad Autónoma. España, año 2025
Figura 2. . Poliomiелitis: Casos, vacunas, coberturas de vacunación con tres dosis y Planes de Erradicación. España, 1931-2025	Tabla 2. Casos y tasas de notificación de PFA por grupo de edad y estado de vacunación. España, 2025
Figura 3. Distribución de los casos notificados de PFA por sexo. España, 2025	Tabla 3. Clínica de los casos de PFA al inicio de la parálisis y seguimiento a los 60-90 días. España, 2025
Figura 4. Evolución de la notificación de la búsqueda retrospectiva mensual (notificación de “cero casos”) de casos de PFA en España, años 2022-2025	Tabla 4. Diagnóstico clínico de los casos de PFA notificados en España, 2025
Figura 5. Evolución del registro de altas hospitalarias (RAE-CMBD) compatibles con PFA y de la tasa de notificación de casos de PFA. España, 2016-2024	Tabla 5. Resultados de los cultivos celulares en muestra de heces de los casos de PFA notificados. España, 2025
Figura 6. Calidad de la Vigilancia: Índice de vigilancia (<i>Surveillance Index</i>) y tasa de notificación. España 2010-2025	Tabla 6. Calidad de la Vigilancia de PFA: indicadores planteados por la OMS. España, 2010-2025
Figura 7. Calidad de la investigación de PFA: toma de muestras. España, 2010-2025	
Figura 8. Detección de enterovirus en la vigilancia de PFA. España, 2010-2025	
Figura 9. Casos de PFA notificados por semana epidemiológica y hallazgo de EV en muestras clínicas de los casos. España, 2015-2025	
Figura 10. Distribución mundial de los casos de PVS y PVDVc en los últimos 12 meses (10 junio 2025-9 junio 2026)	

1. Acrónimos

CNM	Centro Nacional de Microbiología
ESPII	Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional
EV	Enterovirus
EVNP	Enterovirus no polio
ISCI	Instituto de Salud Carlos III
nVPO	Nueva vacuna oral frente a la polio
OMS	Organización Mundial de la Salud
PFA	Parálisis Flácida Aguda
PV	Poliovirus
PVDV	Poliovirus derivado de la vacuna
PVDVc	Poliovirus derivado de la vacuna circulante
PVS	Poliovirus salvaje
PV-SL	Poliovirus Sabin-like
RCC	Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis
VPI	Vacuna inactivada frente a la polio
VPO	Vacuna oral frente a la polio

2. Resumen ejecutivo

En España, la *situación libre de polio* se monitoriza con la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años, como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). La vigilancia la realizan los servicios de vigilancia autonómicos y la red de laboratorios de PFA. A nivel nacional se coordina desde el Centro Nacional de Epidemiología, perteneciente al Instituto de Salud Carlos III (CNE, ISCIII) y en el Laboratorio Nacional de Poliovirus (LNP) del Centro Nacional de Microbiología (CNM, ISCIII). [Ver Plan de acción en España para la erradicación de la poliomiелitis 2024-2028](#)

El objetivo de **la vigilancia de PFA** es identificar los síndromes sugerentes de polio en menores de 15 años y descartar la presencia de poliovirus mediante el cultivo de heces en un laboratorio adecuadamente acreditado. En 2025 se notificaron 43 casos de PFA en España y todos se descartaron para polio (0,68 casos/10⁵ menores de 15 años). Pese a que el **Índice de vigilancia** ha mejorado respecto al año anterior (0,36 vs. 0,23) aún se encuentra por debajo del objetivo planteado por la OMS (0,80). La calidad de los indicadores relacionados con el desempeño del **laboratorio** es superior a la establecida por la OMS. La notificación mensual de la búsqueda activa retrospectiva de los casos de PFA ("**cero-casos**"), se mantiene por encima del objetivo establecido por la OMS (86,4%) y es reflejo del compromiso de los servicios de vigilancia con el Plan de Erradicación de la Polio. Sin embargo, los resultados de la búsqueda de diagnósticos compatibles con PFA en los registros de altas hospitalarias (**RAE-CMBD**) confirma la existencia de casos que, de haber sido notificados y oportunamente estudiados, habrían permitido alcanzar el objetivo planteado por la OMS relacionado con la sensibilidad del sistema de vigilancia.

Para complementar la vigilancia de PFA y aportar evidencia de la ausencia de circulación de poliovirus, en España se realiza **la vigilancia de Enterovirus (EV) en muestras clínicas** de pacientes con síndromes neurológicos diferentes de PFA

En 2025 se identificaron 35 tipos de EV, los más frecuentes fueron echovirus 9 (E9) (21%), coxsackievirus (CV) A6 (14%), E30 y EV-A71 (9% cada uno) y E7 (8%).

Algunas comunidades realizan actividades de vigilancia de poliovirus en aguas residuales, pero la vigilancia medioambiental de poliovirus no está establecida a nivel nacional en España. En el contexto de la vigilancia de aguas residuales en Cataluña, se notificó un evento con identificación de PV3–Sabin *like* (PVSL3); en las muestras investigadas (clínicas y ambientales) se identificaron 31 PV: 26 PV3–Sabin *like* en muestras de aguas residuales y 5 PVSL3 en muestras de heces de 3 personas excretoras asintomáticas, estudiados en el transcurso de la investigación epidemiológica y microbiológica del evento.

No se notificaron casos de polio paralítica asociados a la detección de PV en aguas residuales ni en personas excretoras.

La Región Europea de la OMS se certificó como "libre de polio" en 2002. Actualmente, Bosnia Herzegovina, Rumanía y Ucrania se identifican como los países con mayor riesgo de transmisión sostenida en caso de importación de poliovirus (salvaje o derivado de la vacuna), debido a las bajas coberturas de vacunación, a la debilidad del sistema de vigilancia y a la escasa capacidad de respuesta frente a brotes.

3. Executive abstract

In Spain, the polio-free status is monitored through surveillance of Acute Flaccid Paralysis (AFP) in children under 15 years of age, as recommended by the World Health Organisation (WHO). This surveillance is carried out by the regional surveillance services and the AFP laboratory network. At national level, it is coordinated by the National Centre for Epidemiology, part of the Carlos III Health Institute (CNE, ISCIII), and at the National Poliovirus Laboratory (LNP) of the National Centre for Microbiology (CNM, ISCIII). See the Action Plan in Spain for the Eradication of Poliomyelitis 2024–2028

The aim of AFP surveillance is to identify polio-like syndromes in children under 15 years of age and to rule out the presence of poliovirus through stool culture in a suitably accredited laboratory. In 2025, 43 cases of PFA were reported in Spain, and all were ruled out as polio (0.68 cases per 10^5 children under 15). The quality of the laboratory-related indicators exceeds that set by the WHO. Despite an improvement in the surveillance index compared with the previous year (0.36 vs. 0.23), it remains below the target set by the WHO (0.80). The monthly reporting rate for the retrospective active case-finding of AFP cases (“zero-cases”) remains above the target set by the WHO (86.4%) and reflects the commitment of the surveillance services to the Polio Eradication Plan. The results of the search for diagnoses consistent with AFP in hospital discharge records (RAE-CMBD) confirm the existence of cases which, had they been reported and investigated in a timely manner, would have enabled the WHO’s target regarding the sensitivity of the surveillance system to be met.

To complement AFP surveillance and provide evidence of the absence of poliovirus circulation, enterovirus (EV) surveillance is carried out in Spain on clinical samples from patients with neurological syndromes other than AFP. Some autonomous communities carry out poliovirus surveillance in wastewater, but environmental poliovirus surveillance is not established at national level.

In 2025, 35 types of EV were identified; the most common were echovirus (E) 9 (21%), coxsackievirus (CV) A6 (14 %), E30 and EV-A71 (9 % each) and E7 (8 %).

Furthermore, amongst all the EV types characterised in the samples investigated (clinical and environmental), 31 PV were identified: 26 PV3–Sabin-like (PVSL3) in wastewater samples and 5 PVSL3 in faecal samples from 3 asymptomatic shedders, studied during the epidemiological and microbiological investigation of this event.

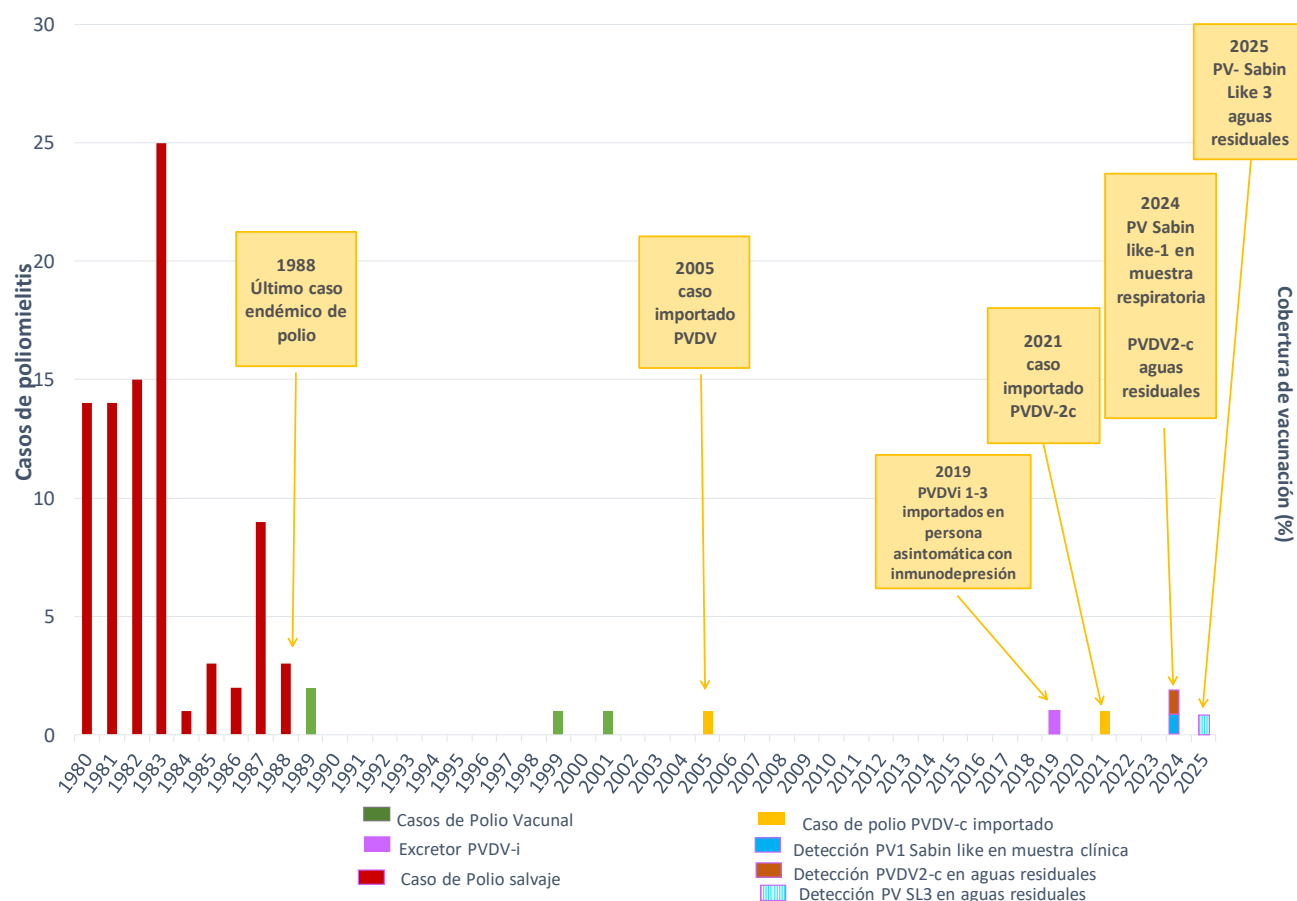
No cases of paralytic polio were reported in association with the detection of PV in wastewater or in shedders.

Within the WHO European Region, Bosnia and Herzegovina, Romania and Ukraine are at greater risk of sustained transmission in the event of poliovirus importation (wild or vaccine-derived), due to low vaccination coverage, weak surveillance systems and limited capacity to respond to outbreaks.

4. Introducción

En 1988 se lanzó la Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomieltitis. En cinco de las seis regiones de la OMS ya se ha interrumpido la transmisión endémica de poliovirus salvajes (PVS); dos de los tres PV salvajes (PVS2 y PVS3) están ya erradicados, pero el PVS1 sigue siendo endémico en Afganistán y Pakistán. Junto con los PVS, en el mundo circulan poliovirus derivados de la vacuna (PVDV) que se originan en zonas donde todavía se utiliza la vacuna de polio oral (VPO). En España, el último caso endémico de polio salvaje ocurrió en 1988. Desde entonces, se han notificado tanto casos importados de polio como detecciones de poliovirus en muestras clínicas o en aguas residuales (**Figura 1**). La introducción de la vacunación frente a la polio con VPO en España en 1963, devino en un espectacular e inmediato descenso en el número de casos. Con el primer Plan Nacional de Erradicación de la Polio, establecido en 1998, España se sumaba al objetivo de erradicación de la enfermedad propuesto por la OMS. En la actualidad se encuentra vigente el Plan de Acción para la Erradicación de la Polio (2024-2028) (**Figura 2**).

Figura 1. Casos de poliomieltitis y detecciones de poliovirus. España, 1980-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. Ministerio de Sanidad.

La mayoría de las poliomiELITIS producidas por PVDV están asociadas al PV vacunal tipo 2, por lo que eliminar el componente tipo 2 de la VPO y reemplazar la vacuna oral trivalente por una vacuna oral bivalente fue un objetivo prioritario de la OMS. La sustitución de esta vacuna a nivel mundial se hizo en abril de 2016 y supuso el primer paso en la eliminación del uso de vacunas de polio atenuadas. La VPO trivalente ya no se usa ni en vacunación rutinaria ni en campañas de vacunación.

Las dificultades para mantener coberturas de vacunación adecuadas y la retirada del componente 2 de la VPO produjeron una brecha importante en la inmunidad en los niños más pequeños, lo que ha propiciado que en los últimos años los brotes de polio causados por PVDV circulantes tipo 2 (PVDV2c) se hayan extendido por muchas zonas del mundo.

Para mejorar el control de los brotes producidos por PVDV2c, desde 2020 se está utilizando una versión modificada de la vacuna oral monovalente tipo 2 (mVOP2), la denominada vacuna novel oral PVS2 (nVOP2) que es más estable genéticamente y reduce el riesgo de propagación de PVDV2c en zonas del mundo con bajas coberturas. Actualmente se está trabajando en el desarrollo de vacunas monovalentes similares frente a los tipos 1 y 3 que se espera que se autoricen en los próximos años.

En 2014 la OMS lanzó la **ESPII** (Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional, de sus siglas en inglés *Public Health Emergency of International Concern* - PHEIC) sobre la dispersión internacional de los poliovirus. La declaración de la [44ª reunión](#) del **Comité de Emergencia sobre la poliomiELITIS del Reglamento Sanitario Internacional** (RSI), que tuvo lugar en enero de 2026, concluyó que la propagación internacional del poliovirus sigue constituyendo una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII/PHEIC) y recomendó mantener las medidas temporales vigentes. El comité destacó que la transmisión del poliovirus salvaje tipo 1 continúa limitada a Afganistán y Pakistán, aunque persisten desafíos operativos y de vigilancia, mientras que los brotes de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (especialmente VDPVc2) siguen representando un riesgo significativo en varios países. Asimismo, señaló avances hacia el objetivo de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje en 2026, pero advirtió que la baja cobertura vacunal, los conflictos armados, los movimientos transfronterizos de población y las deficiencias en la vigilancia epidemiológica continúan favoreciendo la propagación internacional del virus. Por ello, instó a los países afectados a reforzar la vacunación, la vigilancia y las medidas de control para evitar nuevos brotes y avanzar hacia la erradicación mundial de la poliomiELITIS

Desde que en 2002 la Región Europea de la OMS se certificó como “libre de polio”, cada estado miembro debe establecer un plan nacional dirigido a mantener interrumpida la transmisión de poliovirus en su territorio. En 2024 se publicó el [Plan de acción en España para la erradicación de la poliomiELITIS 2024-2028](#) (en adelante, Plan), que contiene cuatro áreas: programa de vacunación, vigilancia de poliovirus, plan de respuesta ante la detección de un poliovirus y contención de poliovirus en los laboratorios. Con este plan se renueva el compromiso de nuestro país con el objetivo global de erradicación de la polio y se adaptó a la situación de ausencia de circulación de poliovirus en nuestro territorio, concediendo especial relevancia a la respuesta ante la detección de poliovirus en personas con inmunodeficiencias o en la vigilancia de aguas residuales.

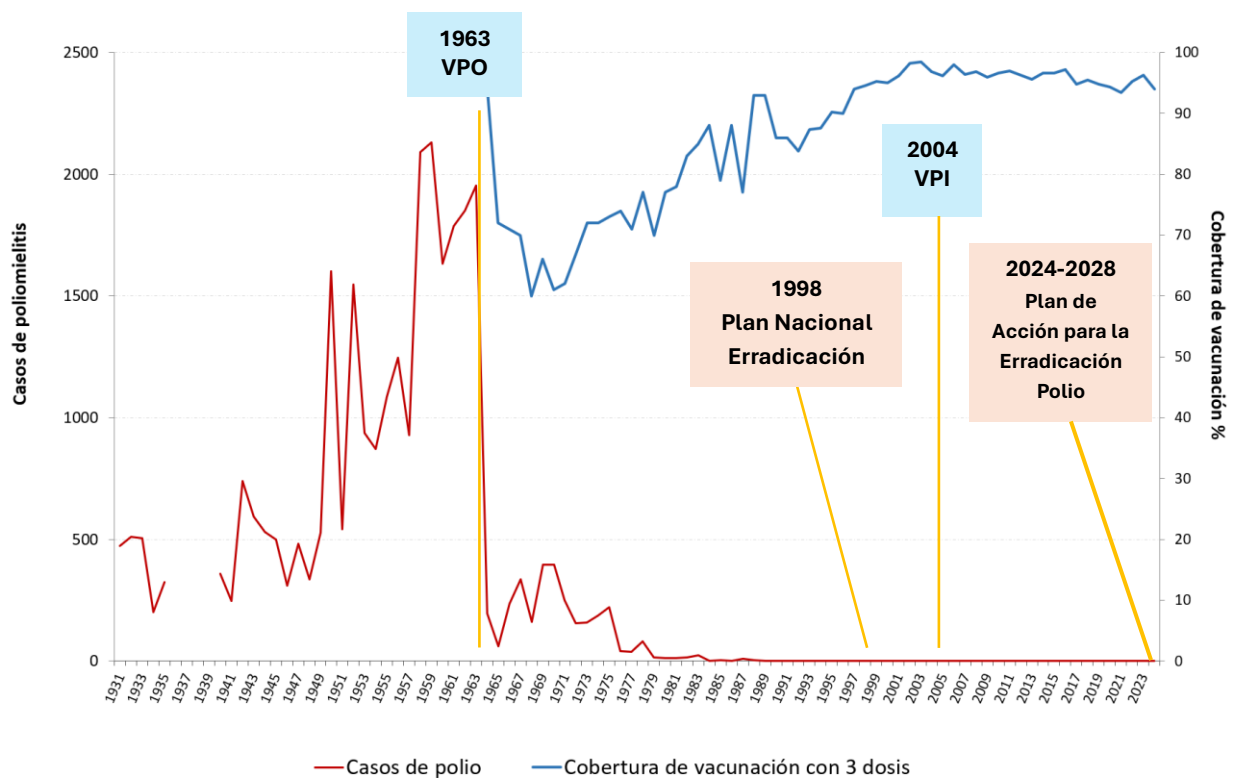
Para mantener un territorio libre de polio y evitar la reintroducción de poliovirus se requieren elevadas coberturas de vacunación y un sistema de vigilancia activo, que en España está basado en la vigilancia clínica de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en niños y en la vigilancia de enterovirus (EV) en otros síndromes clínicos, principalmente neurológicos, en todas las edades.

La pauta de vacunación frente a poliomielitis en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida, tiene dosis a los 2, 4, 11 meses y 6 años. Desde 2017 las dosis de 2 y 4 meses se consideran como **primovacunación** y las administradas a 11 meses y 6 años como dosis de refuerzo.

La [OMS](#) establece el objetivo de cobertura de vacunación de 90% **con tres dosis** en aquellos países, que, como el nuestro, tienen pauta exclusiva de VPI. En España el [Plan](#) contempla el 95% de cobertura tanto a nivel nacional como autonómico, para mantener el estado de eliminación y contribuir a la erradicación mundial de la enfermedad.

Desde 1996 la cobertura nacional de primovacunación supera el 95%. En 2025 la cobertura nacional con primovacunación (2 dosis) fue del 97,80% y del 93,57% con tres dosis ([Figura 2](#)). Los datos relativos a 2025 son provisionales.

Figura 2. Poliomielitis: Casos, vacunas, coberturas de vacunación con tres dosis y Planes de Erradicación. España, 1931-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. SIVAMIN. Ministerio de Sanidad.

5. Resultados de la vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en España, 2025

En 2025 se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) 43 casos de PFA, lo que supone una tasa de notificación nacional de 0,68/100.000 menores de 15 años, que pese a encontrarse por debajo del objetivo de sensibilidad de la vigilancia de PFA establecido por OMS ($1/10^5$ hab. menores de 15 años), es una de las mejores alcanzadas en la serie histórica (igual a 2022 y cercana a la de 2016 – $0,73/10^5$ hab. menores de 15 años). Seis comunidades (Asturias, Asturias, Canarias, Cataluña, Murcia y Navarra) alcanzaron el objetivo esperado de notificación de casos de PFA en 2025 ([Tabla 1](#)). Todos los casos se descartaron para poliomielitis.

Tabla 1. Casos esperados, notificados y tasas de notificación de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 años, por Comunidad Autónoma. España, año 2025

Comunidad Autónoma	Población <15 años	Casos esperados	Casos notificados	Tasa /100.000
Andalucía	1190450	12	7	0,59
Aragón	174299	2	3	1,72
Asturias	99493	1	2	2,01
Baleares	166360	2	1	0,60
Canarias	252609	3	7	2,77
Cantabria	67490	1	0	0,00
Castilla-La Mancha	289791	3	0	0,00
Castilla y León	261584	3	1	0,35
Cataluña	1079859	11	14	1,30
C. Valenciana	714210	7	2	0,28
Extremadura	129106	1	0	0,00
Galicia	290166	3	0	0,00
Madrid	943976	9	1	0,11
Murcia	243400	2	3	1,23
Navarra	95211	1	2	2,10
País Vasco	272272	3	0	0,00
La Rioja	42578	0	0	0,00
Ceuta	14168	0	0	0,00
Melilla	17041	0	0	0,00
TOTAL	6344063	63	43	0,68

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII. INE: cifras de población a 1 de enero.

El 60,5% de los casos de PFA declarados tenían cinco años o más. Todos los casos estaban **correctamente vacunados** para su edad, salvo una niña de 22 meses nacida en España, perteneciente a una familia contraria a la vacunación ([Tabla 2](#)). Este caso de PFA fue

adecuadamente estudiado en laboratorio, l **cultivo** de heces fue negativo y se obtuvo un diagnóstico clínico alternativo a la poliomielitis.

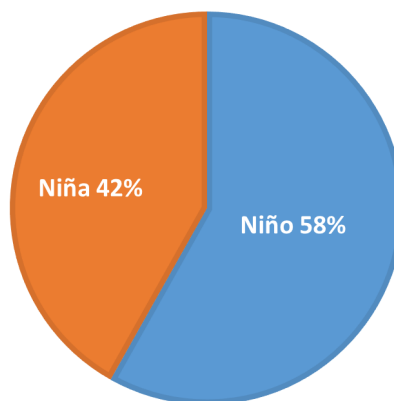
En 2025 la proporción de casos en niños fue superior al de niñas (58% niños vs. 42% niñas) (*Figura 3*).

Tabla 2. Casos de PFA por grupo de edad y estado de vacunación. España, 2025

Grupo de edad	Casos		Estado de vacunación Número de dosis				
	n	%	0	1-2	≥3	Desc	Total
0-5 meses	2	5	1	1	0	0	2
6-11 meses	2	4,7	0	2	0	0	2
12-59 meses	13	30,2	1	0	12	0	13
≥60 meses	26	60,5	0	0	26	0	26
Total	43	100	3	3	38	0	43

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

Figura 3. Distribución de los casos notificados de PFA por sexo. España, 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

La **Tabla 3** recoge los signos de la clínica típica de un caso de poliomielitis paralítica:

- fiebre
- progresión rápida: menos de 4 días desde el inicio de síntomas hasta la parálisis completa)
- parálisis asimétrica

La mayoría de los casos de PFA notificados en 2025 no presentaba estos signos.

En el 90,0% de los casos (40) se realizó el seguimiento de la **evolución de la parálisis** a los 60-90 días. El 9,3% de los casos presentaba parálisis residual al final del seguimiento (60-90 días).

Tabla 3. Clínica de los casos de PFA al inicio de la parálisis y seguimiento a los 60-90 días. España, 2025

Síntomas	Sí	%	No	%	Desc	%
Fiebre	20	46,5	23	53,5	0	0,0
Progresión rápida	15	34,9	24	55,8	4	9,3
Parálisis asimétrica	9	20,9	30	69,8	4	10,0
Parálisis residual	Sí	%	No	%	Desc	%
	4	9,3	36	83,7	3	7,0

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

El 100% de los casos de PFA notificados en España en 2025 tuvieron un **diagnóstico clínico**, fundamentalmente **Síndrome de Guillain-Barré** (72,1%; 31 casos), como en años previos (Tabla 4).

Tabla 4. Diagnóstico clínico de los casos de PFA notificados en España, 2025

Diagnóstico	n	%
Sd.Guillain-Barré	31	72,1
Neuropatía periférica de etiología infecciosa o tóxica	3	7,0
Otra enfermedad neurológica	3	7,0
Enfermedad sistémica metabólica o músculo-esquelética	2	4,7
Mielitis transversa	1	2,3
Parálisis de etiología desconocida	2	4,7
Neuropatía traumática	1	2,3
Total	43	100

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

De acuerdo con el Protocolo de Vigilancia de la Poliomiелitis vigente en España, todo caso de PFA en menores de 15 años, debe ser **estudiado en un laboratorio acreditado** (cultivo celular) con dos muestras de heces tomadas en los primeros 14 días desde el inicio de la parálisis y separadas entre sí, al menos, 24 horas. En 2025:

1. Se recogió una primera muestra de heces para cultivo de poliovirus en 41 de los 43 casos notificados de PFA (95,3%); 35 muestras (81,4%) se recogieron oportunamente (dentro de los primeros 14 días desde el inicio de la parálisis).
2. Una segunda muestra de heces se recogió en 31 casos (72,1%); 23 muestras (53,5% de los casos) se recogieron de manera oportuna (dentro de los primeros 14 días desde el inicio de la parálisis).

Todas las muestras procesadas fueron negativas para poliovirus ([Tabla 5](#)).

Tabla 5. Resultados de los cultivos celulares en muestra de heces de los casos de PFA notificados. España, 2025

Muestra	Casos con muestra		Casos con muestra oportuna*		Resultado cultivo celular			
	n	%	n	%	Pos	%	Neg	%
Primera	41	95,3	35	81,4	0	0,0	41	100
Segunda	31	72,1	23	53,5	0	0,0	31	100

*Muestras oportunas de heces para cultivo de poliovirus en casos de PFA: dos muestras de heces tomadas en los 14 días posteriores al inicio de la parálisis y separadas entre sí, al menos, 24 horas.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

En 2025 de los 43 casos de PFA notificados en España, solo dos (4,6%) no se estudiaron en el laboratorio. Estos dos casos estaban adecuadamente vacunados frente a polio y tuvieron un diagnóstico alternativo. Ninguno presentó parálisis residual.

6. Actividades complementarias de la vigilancia de PFA

Además de la notificación pasiva de los casos que cumplen con los criterios de PFA, se llevan a cabo **dos actividades** para mejorar y evaluar la sensibilidad del sistema de vigilancia:

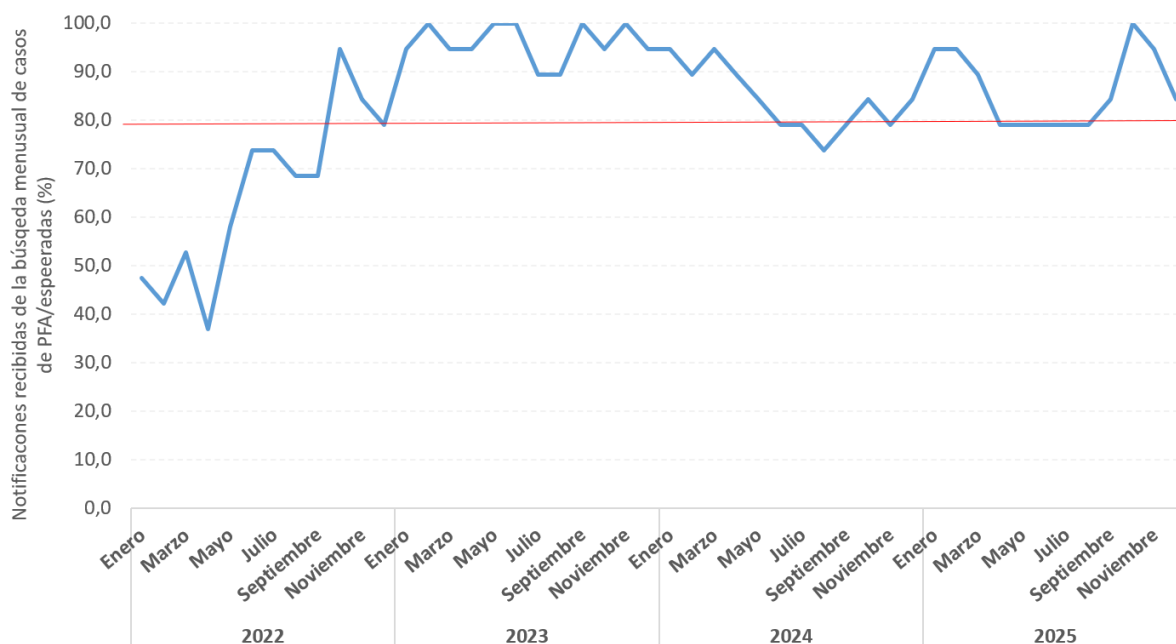
- I. La **búsqueda mensual activa retrospectiva de los casos de PFA** (ver Protocolo vigilancia poliomielitis) que no se notificaron oportunamente en el mes anterior (“notificación de cero casos”), cumple varias funciones:
 - Dar respuesta los requerimientos de la OMS con arreglo a esta notificación.
 - Concienciar a los servicios clínicos hospitalarios, fundamentalmente de pediatría y neuropediatría de la importancia de notificar y estudiar todo caso que cumpla criterios de PFA en menores de 15 años.
 - Incrementar la posibilidad de estudiar oportunamente (en los primeros 14 días tras el inicio de la parálisis) aquellos casos que no se hubieran notificado de manera pasiva.

En 2025 se declararon a la RENAVE el 86,4% de las notificaciones mensuales esperadas (84,2% en 2024)([Figura 4](#)). Este cálculo se realiza mediante el cociente que relaciona el número de comunidades autónomas (CCAA), además de Ceuta y Melilla, que realizaron la notificación de la búsqueda retrospectiva mensual a lo largo del año, dividido por el número total esperado:

$$19 \text{ CCAA} \times 12 \text{ meses} = 228 \text{ notificaciones esperadas}$$

La oportunidad de la notificación de esta búsqueda retrospectiva (primeros 7 días del mes posterior) fue inferior al año anterior (53,9% vs. 78,2% en 2024).

Figura 4. Evolución de la notificación de la búsqueda retrospectiva mensual de casos de PFA. (notificación de “cero casos”: porcentaje de notificaciones recibidas sobre las esperadas). España, 2022-2025



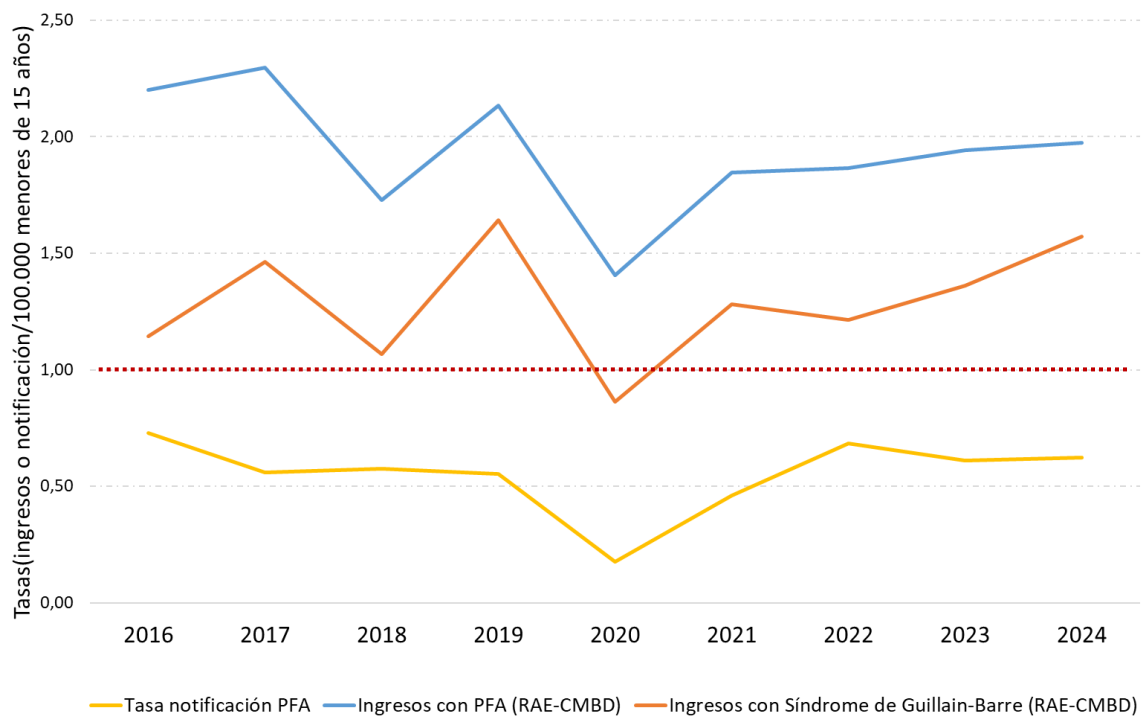
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

- II. La búsqueda **anual** en los registros de altas hospitalarias del **Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD)** del Ministerio de Sanidad, con código diagnóstico (CIE-10 MC) compatible con PFA:
- Síndrome de Guillain-Barré u otras Neuropatías Periféricas
 - Mielopatías Agudas
 - Poliomielitis Agudas Anteriores causadas por Poliovirus u otros virus neurotróficos

Pese a que la disponibilidad de estos datos tiene un retraso de dos años (en 2026 se valoran los registros hasta 2024), la evaluación conjunta de la serie con las tasas de notificación de PFA, permite una aproximación a la sensibilidad del sistema de vigilancia.

A nivel nacional, si se hubieran notificado todos los ingresos que cumplieran con los diagnósticos compatibles con PFA, se habría alcanzado el objetivo planteado por la OMS de, al menos, 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años. Es más, si sólo se hubieran notificado los casos con Síndrome de Guillain-Barré, también se habría alcanzado ese objetivo ([Figura 5](#)).

Figura 5. Evolución del registro de altas hospitalarias (RAE-CMBD) compatibles con PFA y de la tasa de notificación de casos de PFA. España, 2016-2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII. RAE-CMBD, Ministerio de Sanidad. Población residente a 1 de enero de cada año mostrado (INE).

7. Indicadores de calidad de la vigilancia de PFA en España, 2025

La OMS establece una serie de indicadores anuales para evaluar la calidad de la vigilancia de PFA, referidos a

- La **sensibilidad** del sistema para detectar casos que cumplan con los criterios clínicos de PFA.
- El **estudio** mediante cultivo en células L20 y en **laboratorio** acreditado, de dos muestras de heces tomadas oportunamente.
- El correcto **seguimiento** de los casos, con la evaluación de la parálisis una vez que han transcurrido entre 60 y 90 días desde el inicio de la parálisis.
- El **índice de vigilancia** («*surveillance index*») es un indicador sintético que combina la tasa de notificación y la proporción de casos de PFA que se estudian correctamente en laboratorio.
- La proporción de enterovirus no polio detectados entre los casos de PFA

En la **Tabla 6** se recoge la evolución de los indicadores desde 2010 en España. En 2025 la notificación de casos de PFA fue mejor que en 2024 (0,68 vs. 0,57 casos/100.000 menores de 15 años).

En cuanto al estudio en laboratorio, se alcanza el objetivo de estudio con una muestra de heces (81,4%), pero aún se encuentra por debajo en segunda muestra (53,5%) (**Figura 7**). Por su parte, los resultados del laboratorio están disponibles en los primeros 14 días desde la recepción de la muestra tanto para la primera (87,8%) como la segunda (87,1%), y superan el objetivo establecido por la OMS.

La mayoría de los casos tiene un **seguimiento** y cierre adecuado (93,0%).

El **Índice de Vigilancia** ha mejorado con respecto al año anterior (0,36 vs. 0,26), uno de los mejores de la serie histórica (**Figura 6, Tabla 6**).

En 2023 se puso en marcha una nueva plataforma de notificación a la OMS (WIISE) que no requiere la notificación de la fecha de envío de muestras a laboratorio, por lo que desde este año no se tiene en cuenta este indicador.

En general, en 2025 la calidad de la vigilancia y estudio de los casos con PFA notificados en España se aproxima o supera los objetivos establecidos por la OMS, salvo para la tasa de notificación, la toma de la 2ª muestra de heces y el Índice de Vigilancia.

Tabla 6. Calidad de la Vigilancia de PFA: indicadores planteados por la OMS. España, 2010-2025

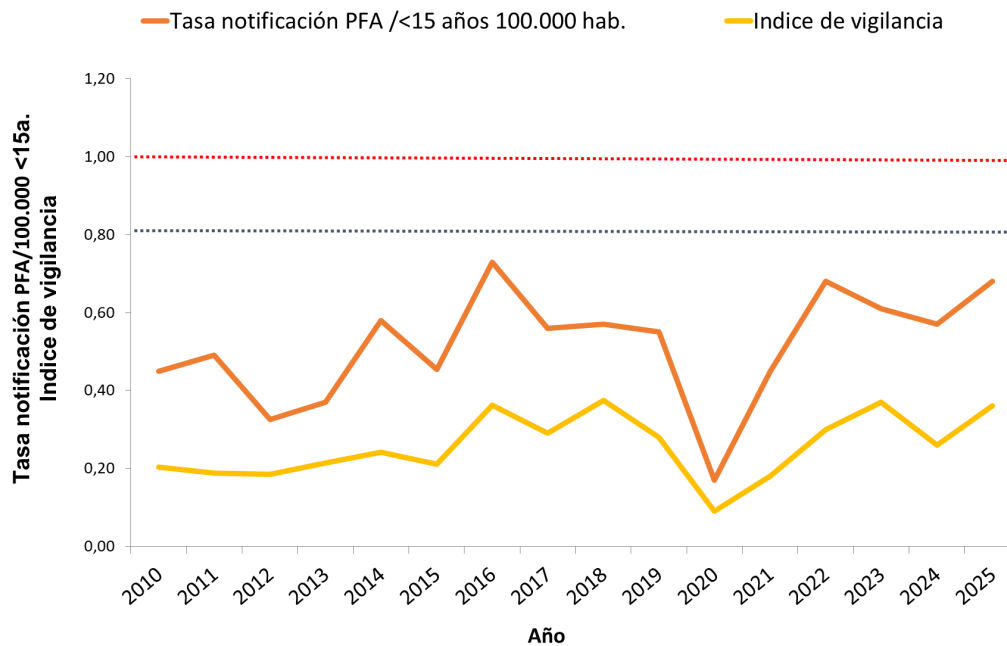
Indicador	Objetivo OMS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Tasa de notificación de PFA*	≥1	0,45	0,49	0,33	0,37	0,58	0,45	0,73	0,56	0,58	0,55	0,17	0,45	0,68	0,61	0,57	0,68
% PFA con 1 muestra de heces	≥80%	80,6	70,6	91,3	69,2	73,2	65,6	80,4	71,8	80,0	68,4	75,0	58,1	62,2	77,5	85,0	81,4
% PFA con 2 muestra de heces	≥80%	45,2	38,2	56,5	57,7	41,5	46,9	51,0	51,3	65,0	50,0	50,0	40,0	44,4	60,0	45,0	53,5
% PFA investigados ≤48 horas desde la notificación	≥80%	96,8	91,2	95,7	96,2	95,1	96,8	94,1	97,4	92,5	81,6	83,3	77,4	82,2	90,0	82,5	88,4
% PFA con seguimiento a los 60-90 días	≥80%	96,8	100	95,7	88,0	95,1	96,8	94,1	100	95,0	97,4	100	96,8	93,3	92,5	87,5	93,0
Índice de Vigilancia **	≥0,8	0,20	0,19	0,18	0,21	0,24	0,21	0,36	0,29	0,37	0,28	0,09	0,18	0,30	0,37	0,26	0,36
Enterovirus no polio (%)	>10%	16,1	11,5	4,3	4,2	0,0	6,3	45,1	10,3	22,5	13,2	16,7	3,3	15,6	15,0	10,0	9,3
% Resultados laboratorio ≤14 días desde su recepción	1ª						65,4	66,7	82,4	83,8	94,1	41,7	56,5	80,0	76,3	84,8	87,8
	2ª						66,7	65,6	85,7	84,6	93,1	41,7	53,3	89,3	75,9	84,0	87,1

(*) casos /100.000 hab. < 15 años

(**) Índice de vigilancia (Surveillance Index)= Tasa de notificación de PFA hasta 1.0 x (proporción de casos de PFA con 2 muestras de heces recogidas de forma separada entre 24-48 horas en los 14 días después del inicio de parálisis)

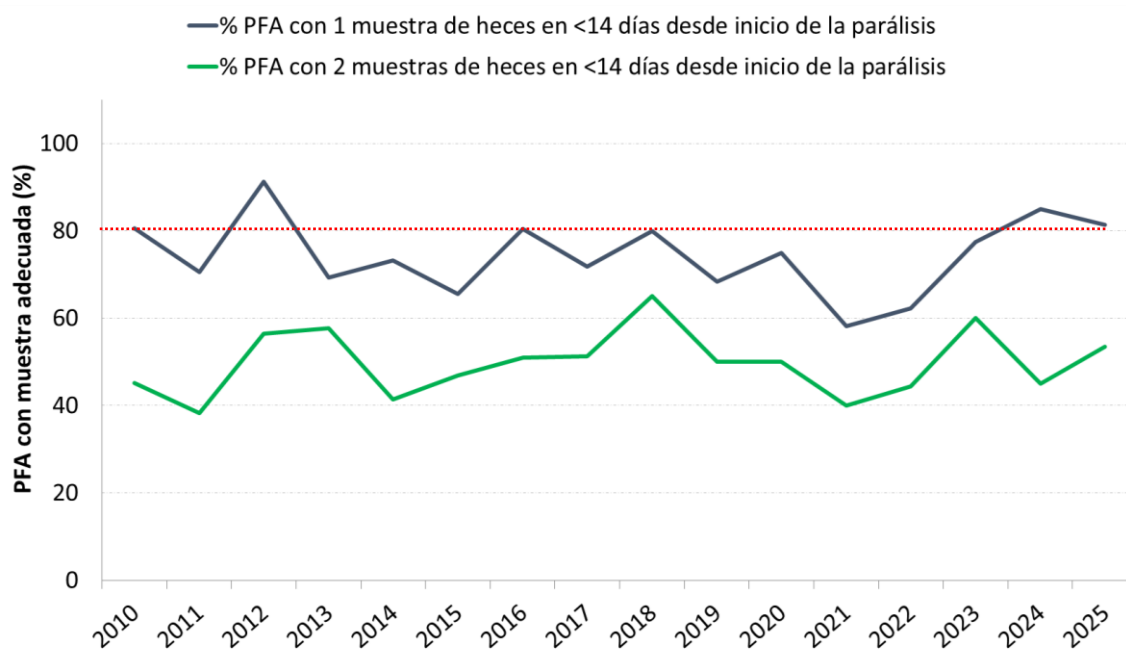
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

Figura 6. Calidad de la Vigilancia: Índice de vigilancia (Surveillance Index) y tasa de notificación. España 2010-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

Figura 7. Calidad de la investigación de PFA: toma de muestras. España, 2010-2025

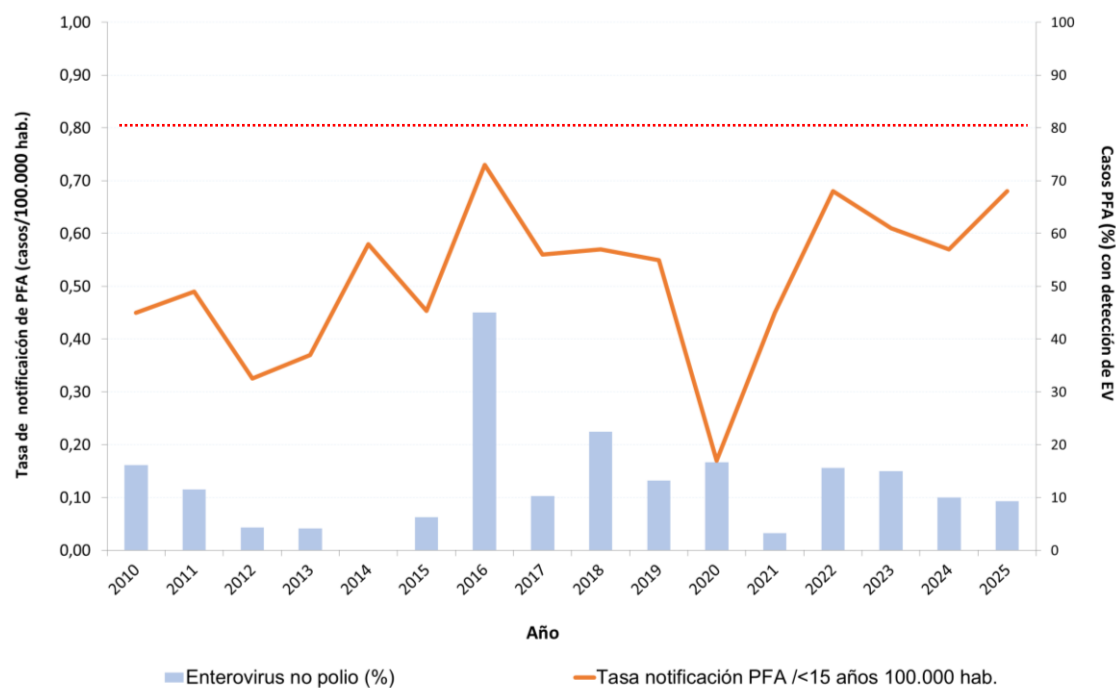


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

La OMS establece como criterio de calidad de laboratorio la identificación de EVNP en al menos el 10% de las muestras de heces estudiadas en los casos de PFA ([Tabla 6](#)).

En 2025, la detección de **enterovirus no polio (EVNP)** en las muestras de los casos de PFA se sitúa muy próxima al objetivo establecido por la OMS (9.3%) ([Figura 8](#)). La detección de los 4 EV identificados en los casos notificados de PFA se realizó mediante PCR: 2 CV-B2, 1 CV-B4 y 1 EV-A71.

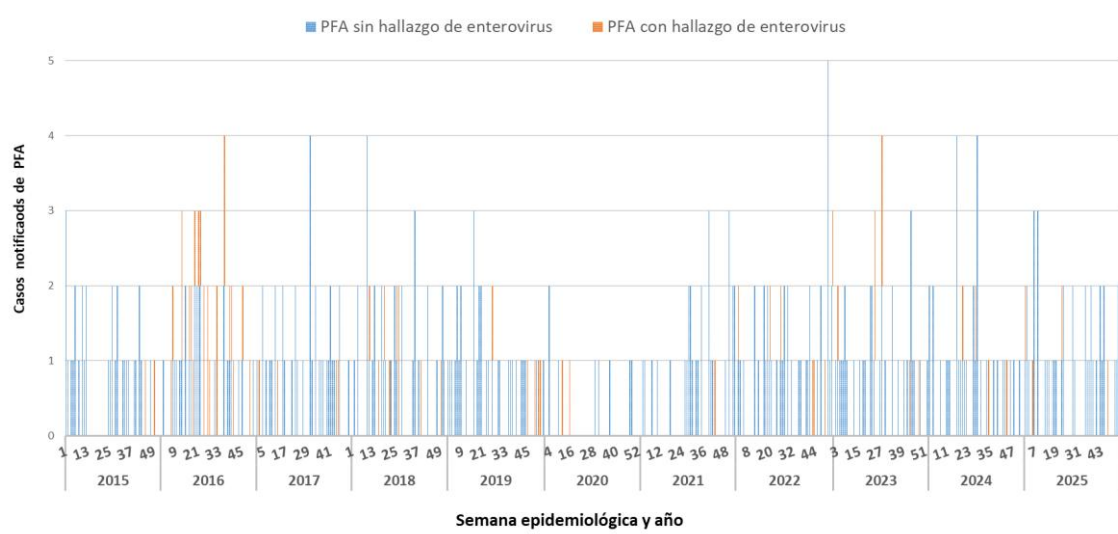
Figura 8. Detección de enterovirus en la vigilancia de PFA. España, 2010-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

Los casos de PFA notificados desde 2015, así como las detecciones de EV por semana epidemiológica y año se muestran en la [Figura 9](#).

Figura 9. Casos de PFA notificados por semana epidemiológica y hallazgo de EV en muestras clínicas de los casos. España, 2015-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

8. Vigilancia de enterovirus en muestras clínicas. España, 2025

En España la Vigilancia de enterovirus (EV) se implantó en 1998 como vigilancia complementaria a la vigilancia de PFA. La vigilancia de EV es voluntaria y no está establecida en todo el territorio nacional. La Red de Laboratorios de Vigilancia de EV está actualmente constituida por el Laboratorio Nacional de Poliovirus (LNP) y por laboratorios de 12 hospitales: los dos laboratorios sub-nacionales que están acreditados para realizar el cultivo celular en la vigilancia de la PFA (**Andalucía**: H. Virgen de las Nieves (Granada), y **Cataluña**: H. San Pau (Barcelona) y otros 10 laboratorios que realizan solamente vigilancia molecular: en **Cataluña** (H. San Joan de Deu y H. Vall D`Hebron, Barcelona), **País Vasco** (H. Cruces y H. Basurto Bilbao), **Gran Canaria** (H. Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias), **Madrid** (H. Universitario La Paz), **Murcia** (H. Virgen de la Arrixaca), **Navarra** (Hospital Universitario de Navarra, Pamplona), **Cantabria** (H. Marqués de Valdecilla, Santander) y **C. Valenciana** (H. Elche, Alicante).

El LNP coordina la Red con el objetivo de recoger información sobre los EV detectados en muestras clínicas de pacientes de cualquier edad ingresados con cuadros diferentes a PFA, a fin de constatar la ausencia de PV entre los EV caracterizados. Los cuadros clínicos que se incluyen en la Vigilancia de Enterovirus son neurológicos (meningitis y encefalitis), respiratorios y otros como fiebre sin foco, enfermedad mano-pie-boca o exantema atípico, miocarditis y sepsis neonatal.

En el año **2025** los laboratorios de la Red de Laboratorios de Vigilancia de EV han estudiado un total de 1.140 muestras de heces y 44.723 muestras clínicas no-heces (principalmente LCR, sueros, muestra respiratoria y cutánea) para diagnóstico de EV. En 123 y 1.304 muestras, respectivamente, el diagnóstico fue positivo para EV, lo que supone un rendimiento del 10% (13% en 2024) para heces y del 3% (5% en 2024) para otras muestras.

Además, el LNP/Unidad de Enterovirus del CNM recibe muestras positivas para EV procedentes de otros laboratorios de microbiología para su tipado. En total y contando los laboratorios de la red y no-red, durante el año 2025, el CNM recibió 560 muestras EV-positivas para tipar, de las que se confirmaron 444; en 359 de ellas (81% de las muestras confirmadas) se consiguió identificar el tipo específico. Se identificaron 35 tipos de EV, los más frecuentes fueron echovirus (E)9 (21%), coxsackievirus (CV)A6 (14%), E30 y EV-A71 (9% cada uno) y E7 (8%). La presencia de PV se descartó en las 359 muestras EV-positivas.

9. Vigilancia medioambiental de poliovirus. España, 2025

Las personas infectadas pueden eliminar poliovirus en heces durante semanas, de ahí que puedan detectarse en aguas residuales. La OMS considera que la vigilancia medioambiental es un buen sistema de vigilancia complementaria en áreas no endémicas con riesgo de importación. En España la vigilancia medioambiental de poliovirus no está establecida, pero se realizan determinadas actividades:

- La **Universidad de Barcelona** realiza vigilancia ambiental de EV en muestras de aguas residuales procedentes de depuradoras de Barcelona y de su área metropolitana (5.000.000 personas, 70% de la población del área). A lo largo de 2025, se estudiaron 96 muestras procedentes de 6 puntos de muestreo (EDAR). Todas fueron positivas a EV no-polio, excepto 2 en las que se detectó PVSL3. En consecuencia y adicionalmente, entre septiembre y diciembre de 2025 se estudiaron otras 53 muestras, resultado 26 de ellas positivas a PVSL3. Ver más adelante “**Detección de poliovirus Sabin-like 3 en aguas residuales del área metropolitana de Barcelona**”.
- El LNP mantiene a punto las infraestructuras y metodologías necesarias y actualizadas para la vigilancia medioambiental, por si fuera preciso aplicarlas ante una alerta de detección o de circulación de PV en cualquier punto del territorio nacional. En 2025, una nueva metodología basada en detección directa y secuenciación utilizando tecnología *nanopore* fue validada y utilizada para la confirmación y caracterización de los 2 primeros PVSL3 detectados en Barcelona en septiembre.
- Como consecuencia de las detecciones de PVSL3 en aguas residuales, se extendió la vigilancia epidemiológica y microbiológica, detectándose 5 PVSL3 en 5 muestras de heces procedentes de 3 personas excretoras asintomáticas (sobre un total de 182 muestras estudiadas recogidas de 67 personas asintomáticas).

10. Eventos asociados a la detección de poliovirus. España, 2025

Detección de poliovirus Sabin-like 3 en aguas residuales del área metropolitana de Barcelona.

El 7 de septiembre de 2025 el laboratorio de virus entéricos de la Universidad de Barcelona informó sobre la detección de poliovirus (PV) en muestras de aguas residuales tomadas en las Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales de Begues y Gavá, en el área metropolitana de Barcelona.

Los análisis realizados por el Laboratorio Nacional de Polio del Centro Nacional de Microbiología concluyeron que se trataba de un poliovirus vacunal o Sabin-like tipo 3 (PVSL3). Tras dicha detección se constituyó un Grupo de Apoyo Técnico con miembros del Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III y representantes de las dos Comunidades Autónomas implicadas, según lo dispuesto en el Plan de Acción de España para la Erradicación de la Polio para acordar las acciones de salud pública pertinentes.

La identificación de PVSL3 en aguas residuales de Cataluña es un reflejo del riesgo real de importación de PV vacunal procedente de países donde todavía se utiliza la vacuna oral frente a la poliomielitis. Mientras esta vacuna continúe empleándose a nivel mundial, el riesgo de importación persistirá y es esperable que sigan detectándose PV en aguas residuales en nuestro país.

Sin embargo, la detección de PVSL3 tiene una relevancia limitada desde el punto de vista de la salud pública en España debido a la alta cobertura de vacunación contra la polio, un sistema de vigilancia eficaz y buenas condiciones higiénico-sanitarias, lo que hace que el riesgo sea muy bajo. Este evento pone de relieve la importancia de mantener óptimas coberturas de vacunación, reducir posibles brechas de inmunidad y seguir fortaleciendo los sistemas de vigilancia para garantizar una detección temprana y una adecuada capacidad de respuesta.

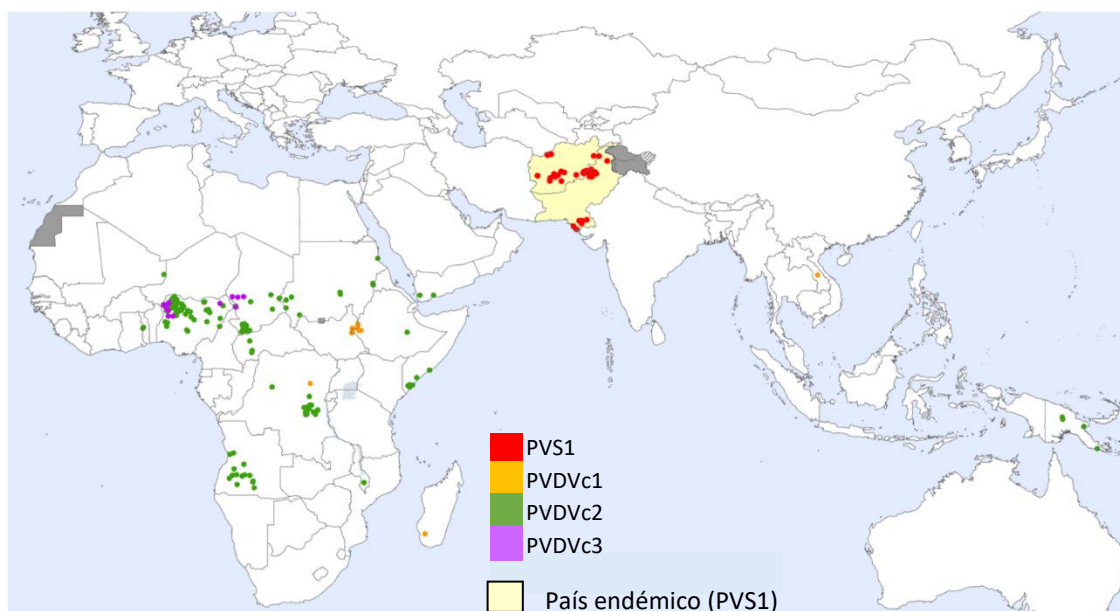
Se realizó y publicó una Evaluación Rápida de Riesgo (ERR) que se puede consultar en [20260601_ERR_Polio.pdf](#). No se notificaron casos de poliomielitis ni transmisión secundaria asociados a este evento.

11. Situación de la poliomielitis en el mundo y en la Región Europea de la OMS.

En la actualidad, Afganistán y Pakistán son los dos únicos países en el mundo con circulación endémica del PV salvaje (PVS1) (*Figura 10*). La circulación de PV derivados de la vacuna, especialmente PVDVc2 en África subsahariana, que reflejan los fallos en las coberturas de vacunación. Estos virus derivan de cepas vacunales orales que, en contextos de baja cobertura vacunal, pueden recuperar neurovirulencia y transmitirse de forma sostenida en la comunidad. Se ha detectado en múltiples regiones de África, Asia y algunos países del Pacífico y representa la mayor parte de los brotes actuales de poliovirus. El cVDPV2 supone actualmente la principal amenaza para la salud pública global por su amplia distribución geográfica y para la consecución de la erradicación.

La Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI) establece como meta interrumpir todos los brotes de cVDPV2 antes de 2028, utilizando campañas de inmunización masiva y la nueva vacuna oral tipo 2 (nOPV2), diseñada para ser más estable genéticamente. Para lograr la erradicación mundial será necesario alcanzar simultáneamente dos objetivos: **interrumpir la transmisión de PVS1** y **eliminar la circulación de PVDVc2**, manteniendo sistemas sensibles de vigilancia de parálisis flácida aguda y vigilancia ambiental.

Figura 10. Distribución mundial de los casos de PVS y PVDVc⁽¹⁾ en los últimos 12 meses⁽²⁾ (10 junio 2025-9 junio 2026). OMS



Fuente: OMS (1) Se excluyen los virus detectados mediante vigilancia ambiental; (2) Inicio de la parálisis: del 10 de junio de 2025 al 9 de junio de 2026

En su 39ª reunión, celebrada en septiembre de 2025, la **Comisión Regional Europea** para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (RCC) revisó la documentación presentada por los Estados Miembros sobre la situación de los programas de erradicación de la poliomielitis durante 2024 con el fin de verificar el mantenimiento del estatus de

Región Europea libre de polio. Aunque el informe técnico completo de esta reunión no se encuentra actualmente disponible entre las publicaciones consultadas, la RCC mantiene su énfasis en la necesidad de reforzar las coberturas de vacunación, la vigilancia epidemiológica, la preparación frente a brotes y las medidas de contención de poliovirus para preservar los logros alcanzados y minimizar el riesgo de reintroducción del virus en la Región.

La Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis identificó a **Bosnia y Herzegovina, Rumanía y Ucrania** como los países con mayor riesgo de transmisión sostenida de poliovirus en caso de importación del virus salvaje o de de poliovirus circulantes derivados de la vacuna, debido principalmente a deficiencias en la inmunización poblacional y otros factores que comprometen la capacidad de prevención y respuesta frente a brotes.

12. Conclusiones

En España la situación libre de polio se monitoriza con la vigilancia de PFA en niños menores de 15 años. También se realiza la vigilancia de EV en muestras clínicas para complementar el sistema de vigilancia clínica. La vigilancia medioambiental no está implantada a nivel nacional.

En 2025 la **tasa de notificación** de PFA en España fue 0,68 casos por 100.000 menores de 15 años, que pese a ser superior al año previo (0,57/10⁵ menores de 15 años) no alcanza el objetivo de sensibilidad establecido por la OMS (1 caso/10⁵ menores de 15 años). El **índice de vigilancia**, que pone en relación el número de casos notificados con el estudio adecuado en laboratorio, ha mejorado con respecto a 2024 (0,36 vs. 0,23), uno de los mejores valores de la serie histórica. La **oportunidad** en la toma de la primera muestras supera el objetivo establecido (81,4%), pero se encuentra alejado de lo esperado en la toma de la segunda muestra (53,5%). La **detección de EVNP** en las muestras clínicas de heces de los casos de PFA analizadas fue del 9,3%, muy próxima al objetivo establecido por la OMS.

La notificación de la **búsqueda activa retrospectiva mensual** de casos de PFA en 2025 (“cero casos”) ha mejorado ligeramente con respecto a 2024, (86,4% vs. 84,2%) y se mantiene por encima del objetivo establecido por la OMS para este indicador, lo que pone de manifiesto el compromiso de los servicios de vigilancia epidemiológica de las CCAA con el Plan de Acción en España para la Erradicación de la Polio.

Los **laboratorios de la Red de Laboratorios de Vigilancia de EV** en el año 2025 han estudiado un total de 1.140 muestras de heces y 44.723 muestras clínicas no-heces (principalmente LCR, suero o muestra respiratoria) para diagnóstico de EV.

En 123 y 1.304 muestras, respectivamente, el diagnóstico fue positivo para EV, lo que supone un rendimiento del 10% (13% en 2024) para heces y del 3% (5% en 2024) para otras muestras. Se identificaron 35 tipos de EV, los más frecuentes fueron echovirus (E)9 (21%), coxsackievirus (CV)A6 (14%), E30 y EV-A71 (9% cada uno) y E7 (8%). La presencia de PV se descartó en las 359 muestras EV-positivas.

En 2025 en España se identificó PVSL3 tanto en aguas residuales como en muestras clínicas de tres personas excretoras asintomáticas. Ninguna de estas detecciones se asoció con casos paralíticos ni transmisión secundaria.

Hay que mantener los sistemas ya establecidos de vigilancia de la circulación de EV -polio y no polio- (vigilancia de PFA y vigilancia de EV), y evaluar la pertinencia de incorporar la vigilancia de poliovirus en aguas residuales, con el objetivo de detectar a tiempo la circulación inesperada de un poliovirus o de un EV clínicamente relevante.

13. Informe elaborado por

Noemí López-Perea y Josefa Masa-Calles. **Centro Nacional de Epidemiología, CIBERESP, ISCIII.**

María Cabrerizo Sanz y Dolores Fernández García. **Laboratorio Nacional de Poliovirus. Centro Nacional de Microbiología. CIBERESP, ISCIII.**

Grupo de Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en España

Andalucía: V. Gallardo
Aragón: E. Estupiñán
Asturias: M. Margolles, A Fernández
Baleares: MM. Ribot, MM Salom
Canarias: L. García Hernández
Cantabria: M Pacheco
Castilla la Mancha: M.A. Rafael
Castilla y León: H. Marcos
Cataluña: C. Izquierdo; A. Martínez
C. Valenciana: E. Mansilla y C. Vicedo
Extremadura: M^a M. López-Tercero
Galicia: N. Suárez, M. Conde
Madrid: A. Nieto, A M Pérez Meixeira
Murcia: A. Martínez
Navarra: J Castilla; M. García Cenoz
País Vasco: P. Sancho
La Rioja: E. Martínez-Ochoa, A. Blanco
Ceuta: A.I. Rivas
Melilla: D. Castillejo

Red de Laboratorios de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y de Vigilancia de Enterovirus

Andalucía: S. Sanbonmatsu, I. Pedrosa Corral y JM. Navarro, Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)
Canarias: E. Lagarejos, Hospital Universitario Dr. Negrín (Las Palmas de Gran Canarias)
Cantabria: M. Gozalo-Marguello, H. Marqués de Valdecilla (Santander)
Cataluña: MC. Casas, C. Berengua. Hospital Santa Creu i Sant Pau (Barcelona); A. Pérez-Argüello; C. Muñoz-Almagro, Hospital San Joan de Deu. CIBERESP (Barcelona); A. Antón, C. Andrés, Hospital Vall D' Hebrón (Barcelona)
Madrid: A. Gutiérrez Arroyo; I. Falces, Hospital La Paz (Madrid)
Murcia: A. Moreno-Docón, Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)
Navarra: A. Navascués, Hospital Universitario de Navarra (Pamplona)
País Vasco: M. Gallego, Hospital de Cruces (Bilbao)

14. Referencias bibliográficas

- Poliomielitis. Enfermedades A-Z. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. [Poliomielitis/Parálisis flácida aguda - CNE - ISCIII Portal Web](#)
- Protocolo de vigilancia de poliomielitis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026. [Poliomielitis/Parálisis flácida aguda - CNE - ISCIII Portal Web](#)
- Plan de acción en España para la erradicación de la poliomielitis 2024-2028. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2024. [plan_erradicacion_polio_2024_2028](#)
- World Health Organization. *Statement of the Forty-fourth Meeting of the Polio IHR Emergency Committee* [Internet]. Geneva: WHO; 4 Mar 2026 [citado 8 Jul 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/04-03-2026-statement-of-the-forty-fourth-meeting-of-the-polio-ihr-emergency-committee>
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad. Evaluación rápida de riesgo. Detección de poliovirus Sabin-like 3 en el área metropolitana de Barcelona. 2 de junio de 2026. [20260601_ERR_Polio.pdf](#)
- Ministerio de Sanidad. Evaluación rápida de riesgo. Detección de poliovirus vacunal tipo 1 en España con vínculo epidemiológico con Pakistán. 26 de marzo de 2024. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/polio/docs/20240326_PoliovirusERR.pdf
- Böttcher S et al. Detection of circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2) in wastewater samples: a wake-up call, Finland, Germany, Poland, Spain, the United Kingdom, 2024. *Euro Surveill.* 2025 Jan;30(3):2500037. DOI: [10.2807/1560-7917.ES.2025.30.3.2500037](#)
- Rendi-Wagner P, Kluge H. Poliovirus detections in Europe - urgent action needed to keep Europe polio-free. *Euro Surveill.* 2025 Jan;30(4):2500076. DOI: [10.2807/1560-7917.ES.2025.30.4.2500076](#)
- Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. Plan de Acción en España para la Erradicación de la Poliomielitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España: Informe del año 2024. [Presentación de PowerPoint](#)
- Report of the thirty-eighth meeting of the European Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication: 5–6 September 2024 Copenhagen, Denmark. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/588b9307-3bdc-486a-b10c-fc1abc8027df/content>
- Ministerio de Sanidad. SIVAMIN: Sistema de Información de Vacunaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [consultado 2026 Jul 8]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/sivamin>

- N. López-Perea et al. Parálisis flácida aguda y enterovirus en España. Resultados de la vigilancia en 2019. *Vacunas*. 2021; 22:28-38 <https://doi.org/10.1016/j.vacun.2020.12.001>
- Masa-Calles J et al. Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance: challenges and opportunities from 18 years' experience, Spain, 1998 to 2015. *EuroSurveill*. 2018;23(47):pii=1700423. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.47.1700423>
- Global Polio Eradication Initiative (GPEI) Polio cases. Polio today. <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>
- Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. Polio vaccines: WHO. Position paper – June 2022. 24 JUNE 2022, 97th YEAR / 24 JUIN 2022, 97e ANNÉE No 25, 2022, 97, 277–300. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d5f84a62-8242-4530-9c50-75e4f8de6703/content>
- Chumakov K, Plotkin S. Choosing the Right Path toward Polio Eradication. Reply. *N Engl J Med*. 2023 May 11;388(19):1824. PMID: 37163640. DOI: 10.1056/NEJMc2303169
- Guijarro-Castro C, Cabrerizo Sanz M, Masa Calles J. La amenaza que no cesa: enterovirus D68, mielitis flácida aguda y vigilancia epidemiológica [The unremitting threat: enterovirus D68, acute flaccid myelitis, and epidemiological surveillance]. *Rev Esp Salud Publica*. 2025 Apr 3;99:e1-e5. Spanish. PMID: 40177802. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/1023/1463>
- Helfferich J, Calvo C, Alpeter E, et al. Acute flaccid myelitis in Europe between 2016 and 2023: indicating the need for better registration. *Euro Surveill*. 2025;30(21):2400579. doi:10.2807/1560-7917.ES.2025.30.21.2400579