



# **PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE POLIOMIELITIS**

**Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles**

**Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública**

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de poliomielitis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

## **PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

## CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de poliomielitis.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de poliomielitis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
<b>Cambios en el protocolo</b>		
<b>Fecha de actualización</b>	<b>Epígrafe</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
Marzo-2025	Introducción	Actualización de acuerdo con la situación actual de la poliomielitis y de los poliovirus en los países en situación de eliminación.
	Criterio de laboratorio	Actualización de la clasificación de Poliovirus.
	Definición de caso	Incorporación de la definición de "Infección por PV no parálítica".
	Definición de contacto	Actualización de la definición de contacto y contacto estrecho.
	Modo de vigilancia	Se incorpora el modo de vigilancia y las actuaciones ante un caso de Infección por PV no parálítica.
	Actividades complementarias a la vigilancia de PFA	Se incorporan las actividades complementarias a la vigilancia de PFA en menores de 15 años y las actividades rutinarias de comunicación.
	Alineación con el Plan de Acción de Polio 2024-2028	Todo el protocolo de vigilancia se alinea con los fundamentos y objetivos del Plan.
	Bibliografía	Actualización de las referencias.
<b>Cambios en el Anexo I</b>		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo.
	Datos de la Enfermedad	Actualización de las variables de caso de Parálisis Flácida Aguda Incorporación de la encuesta epidemiológica de caso de Infección por Poliovirus sin parálisis.
	Datos del Laboratorio	Incorporación de opción de múltiple respuesta para las variables muestra, prueba y resultado. Actualización conforme a definición en protocolo.

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La poliomielitis es una enfermedad infecciosa causada por poliovirus (PV) y que, en su forma parálitica, comienza de forma aguda con un cuadro de parálisis flácida. El 90% de las infecciones son asintomáticas; entre el 4%-8% de los infectados presentan inicialmente síntomas leves como fiebre, fatiga, cefalea, vómitos, rigidez de cuello y dolor de extremidades. Un 1% desarrolla encefalitis y en una de cada 200 infecciones persiste una parálisis residual, generalmente de miembros inferiores. Entre un 5-10% de los casos con parálisis fallecen como resultado de la afectación de los músculos respiratorios.

La parálisis poliomiéltica se caracteriza por ser asimétrica, estar acompañada de fiebre desde su comienzo y ser de progresión rápida, esto es, alcanzar el grado máximo de parálisis al poco tiempo del inicio de esta (entre 1 y 4 días). Durante la convalecencia la parálisis mejora moderadamente. Si la parálisis persiste más de 60 días, posiblemente será permanente. El riesgo de desarrollar parálisis aumenta con la edad de adquisición de la infección.

Este protocolo de vigilancia se integra en el “Plan de Acción en España para la Erradicación de la Poliomielitis 2024-2028” que desarrolla las actividades dirigidas a mantener el territorio libre de PV y evitar la reintroducción del virus. En este documento se presenta la vigilancia de casos de poliomielitis y de parálisis flácida aguda y el seguimiento de personas sin parálisis en las que se identifique excreción de PV.

### Agente

Los PV son virus ARN que pertenecen al *género Enterovirus* (familia *Picornaviridae*) y existen tres tipos (1, 2 y 3). La transmisión del PV salvaje (PVS) tipo 2 está interrumpida a nivel mundial desde 1999 y la del PVS3 desde 2015. El PVS1 sigue circulando en las zonas endémicas.

### Reservorio

El único reservorio conocido es el hombre, particularmente las personas con infecciones subclínicas, sobre todo los niños.

### Modo de transmisión

Persona-persona, principalmente por vía fecal-oral y también respiratoria a partir de secreciones faríngeas.

Los PV pueden transmitirse mientras se excreta por secreciones faríngeas y por las heces. En secreciones faríngeas el virus se excreta a partir de las 36 horas tras la infección y persiste alrededor de dos semanas. En las heces el virus se excreta desde las 72 horas tras la infección y durante un período más prolongado, tanto en casos clínicos como en casos asintomáticos; las personas inmunocompetentes infectadas excretan PV en heces durante una media de 1,5 meses (de 3 a 6 semanas) mientras que algunas personas con trastornos de inmunodeficiencia primaria (TIP), pueden excretar PV durante un periodo más prolongado (>6meses-5años); incluso comportarse como excretadores crónicos (>5años).

Las personas infectadas por PV pueden transmitir estos virus con una tasa de transmisión secundaria entre contactos que oscila entre el 73-96%. La transmisibilidad es mayor en los días inmediatamente anteriores y posteriores al inicio de síntomas.

### Periodo de incubación

Es de 7 a 14 días para los casos paralíticos, aunque el rango puede oscilar entre 3 y 35 días.

### Susceptibilidad

La susceptibilidad entre las personas no inmunizadas es universal. El virus penetra por vía oral y se multiplica en la orofaringe primero y después en el intestino con diseminación a los ganglios regionales; en una minoría de casos (<1%) el virus afecta al sistema nervioso central destruyendo neuronas motoras de la médula espinal y produciendo parálisis flácida aguda (PFA). La infección por PV (clínica o asintomática) confiere inmunidad específica permanente frente a la enfermedad, pero la infección frente a un tipo de PV no protege frente a los otros dos tipos.

La vacuna de poliomielitis oral (VPO) contiene cepas atenuadas de PV (cepas Sabin) que se excretan por las heces. Los PV derivados de la vacuna (PVDV) proceden de alguno de los tres tipos de PV incluidos en la vacuna oral y presentan más de un 1% de divergencia genética en el gen de la proteína mayoritaria de la cápside (VP1) con la cepa del virus vacunal original. Estos cambios son consecuencia de mutaciones acumuladas, debidas a la continua replicación del virus vacunal en un huésped con inmunodeficiencia primaria o a que circula entre población susceptible con bajas coberturas de vacunación, lo que favorece su replicación y también la posibilidad de recombinación con otros *enterovirus* circulantes que coinfectan a un mismo huésped. Estos cambios pueden dar lugar a la reversión de estas cepas a fenotipos salvajes que recuperan su neurovirulencia, con mayor capacidad para transmitirse y para causar enfermedad paralítica.

Los PVDV de tipo 1, 2 y 3, al igual que los PVS, circulan en el mundo y pueden producir brotes., A efectos de vigilancia y acciones de salud pública los PVDV tienen la misma consideración que los PVS. La mayoría de los casos de poliomielitis asociados a la vacuna se deben al PV tipo 2 (casi el 90%) seguido del PV tipo 1, contenidos en la vacuna oral.

En los casos con TIP la replicación de las cepas vacunales en el intestino puede prolongarse en el tiempo, derivar en un tipo de PVDV (PVDVi) y ocasionar una poliomielitis paralítica. Además, este tipo de casos presentan mayor riesgo de desarrollar poliomielitis paralítica asociada a la vacuna (PPAV) ya que no son capaces de resolver la infección de los PV vacunales.

La excreción prolongada de PVDVi por personas con TIP supone una amenaza para el objetivo de erradicación, ya que estos PV pueden introducirse en poblaciones susceptibles y circular produciendo brotes. Estos excretores prolongados van a jugar un papel importante en la etapa post-erradicación.

En España, en el año 2004 se sustituyó la VPO por la vacuna de polio inactivada (VPI), con coberturas de vacunación superiores al 90%. Por ello, actualmente los casos esperados de polio serían casos importados producidos por PVS, PV vacunales o PVDV.

La pauta de vacunación con VIP incluye primovacunación a los 2 y 4 meses, un primer recuerdo a los

11 meses y un segundo recuerdo a los 6 años. Si se identifican personas que no tienen documentadas las dosis recomendadas, se deberá seguir el calendario acelerado de vacunaciones, que recoge las pautas que se deben administrarse en personas de diferentes edades.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Detectar y descartar o confirmar, de forma rápida y con criterios de calidad, la existencia de casos importados de poliomielitis producidos por PVS, PV vacunales o PVDV y adoptar, si fuera necesario, las medidas de control adecuadas para evitar/interrumpir la transmisión.
2. Establecer el seguimiento de personas sin parálisis en las que se identifique excreción de PV y adoptar de forma rápida las medidas de control adecuadas para evitar/interrumpir la transmisión.

### Definición de caso

#### Criterio clínico

- Persona de cualquier edad en la que un médico sospeche poliomielitis, o
- Persona de menos de 15 años con PFA

El síndrome de **PFA** se caracteriza por inicio agudo de parálisis flácida en una o más extremidades, con ausencia o disminución de reflejos tendinosos en las extremidades afectadas, sin pérdida sensorial o cognitiva y sin otra causa aparente.

#### Criterio de laboratorio

Aislamiento de PV y caracterización intratípica del/los PV aislados:

- **Poliovirus salvaje (PVS):** PV con una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1 > 15% con respecto a la cepa parental atenuada (Sabin) tipo 1, 2 o 3 de la VPO.
- **Poliovirus vacunal o Sabin-like:** cepas de (PV) tipos 1, 2 y 3 atenuadas presentes en la VPO o en las nuevas vacunas orales de PV tipo 2 (nVPO2) con una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1 <1% con respecto a la cepa Sabin de la VPO tipos 1 y 3 y <0,6% para la cepa de VPO tipo 2.
- **Poliovirus derivado de la vacuna (PVDV):** presenta una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1 >1% (> 10 nucleótidos diferentes) con respecto a la cepa Sabin de VPO tipos 1 y 3 y de >0,6% (> 6 nucleótidos diferentes) para la cepa de VPO tipo 2. Los PVDV se clasifican en:
  - **PVDV circulante (PVDVc):** PVDV que ha mostrado transmisión persona a persona en la comunidad, basado en que hay detecciones de PV en humanos y/o en muestras ambientales que están genéticamente relacionados.
  - **PVDV asociado a inmunodeficiencia (PVDVi):** PVDV que se detecta en individuos que presentan algún tipo de trastorno de inmunodeficiencia primaria (TIP), que durante un periodo de tiempo prolongado tras recibir la VPO excretan el PV vacunal, que acaba derivando genéticamente en un PVDV.
  - **PVDV ambiguos (PVDVa):** PVDV que se aíslan de personas sin inmunodeficiencia conocida o aislados de las aguas residuales cuya fuente de origen es desconocida.

Para entrar en esta clasificación, no debe haber más casos de PFA relacionadas con un PVDV en la comunidad

### **Criterio epidemiológico**

Al menos uno de los siguientes:

- Vínculo epidemiológico con un caso confirmado de infección por PVS y PVDV
- Antecedentes de viaje a/desde una zona endémica de poliomielitis o a/desde una zona con circulación presunta o confirmada de PV en los 35 previos al inicio de síntomas.
- Contacto con alguien que ha viajado a /o que reside en un país donde se sabe que ha circulado PV en los 35 días previos al inicio de síntomas.
- Antecedente de vacunación con VPO entre 4-30 días antes del comienzo de síntomas o vínculo epidemiológico con personas vacunadas con VPO entre 4-60 días antes del comienzo de síntomas. Para personas con inmunodeficiencia primaria estos periodos pueden ser considerablemente más largos.

### **Clasificación de los casos**

**Caso sospechoso:** persona que cumple alguno de los criterios clínicos.

**Caso probable:** persona que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos.

**Caso confirmado:** persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio.

**Caso descartado (caso de PFA no polio):** es un caso de parálisis en el que se ha descartado PVS, PV vacunal y PVDV en el LNP o en alguno de los laboratorios acreditados.

### **Otras definiciones de interés en vigilancia**

**Caso prioritario ('hot case') de parálisis flácida aguda (PFA):** se concederá la máxima prioridad a las actuaciones y al estudio de laboratorio por suponer un riesgo incrementado de ser un caso de poliomielitis, a los siguientes:

- Caso de PFA de cualquier edad clínicamente sospechoso de ser un caso de poliomielitis.
- Caso de PFA en menor de 15 años con menos de tres dosis de vacuna de polio documentadas.
- Caso de PFA en menor de 15 años con antecedente de viaje a una zona en la que hay circulación de PV.
- Caso de PFA en menor de 15 años con inmunodepresión.

**Caso compatible con poliomielitis:** es un caso de PFA con parálisis residual después de 60 días del inicio o en el que ha habido pérdida de seguimiento o muerte, y en el que no pudieron recogerse muestras adecuadas de heces para su estudio en el laboratorio, por lo que no puede descartarse como caso de poliomielitis.

**Infección por PV no paralítica:** persona sin síntomas de poliomielitis paralítica en la que se aísla PV en una muestra clínica adecuada y que se ha confirmado y caracterizado en un laboratorio acreditado, que en España es el Laboratorio Nacional de Poliovirus (LNP), CNM, ISCIII.

**Contacto:** persona que han tenido un contacto cercano o directo con un caso sospechoso de poliomielitis o con una persona **con o sin parálisis** en la que se haya identificado **PV**, en los 35 días anteriores y/o en las 6 semanas posteriores al inicio de la parálisis. Los contactos pueden identificarse en el ámbito familiar, escolar, laboral, lugares de ocio, vecindad, personal sanitario u otros. Los contactos se definirán siempre tras realizar una valoración de la situación epidemiológica.

**Contactos estrechos:** las personas (preferiblemente menores de 5 años) en contacto con el caso de PFA en la semana anterior y/o en las dos semanas posteriores al inicio de la parálisis deben ser seleccionados para la recogida de muestras. El objetivo es identificar a los menores que estuvieron en contacto con el caso de PFA (por ejemplo, tocar, compartir juguetes y alimentos), lo que puede haber dado lugar a una infección por poliovirus, si este es la causa de la parálisis. Algunos ejemplos son los hermanos/as y otros menores que viven en el mismo hogar, y los vecinos que jugaron con el caso de PFA durante el periodo indicado.

## MODO DE VIGILANCIA

Distinguimos entre los siguientes dos grandes epígrafes:

### 1. Vigilancia de Poliomielitis y de Parálisis Flácida Aguda

Aunque la PFA es un síndrome que puede tener múltiples causas, las más frecuentes, excluyendo las causas musculares primarias y las pseudoparálisis son: la neuropatía periférica, fundamentalmente el Síndrome de Guillain Barré (polirradiculoneuritis aguda), la mielopatía aguda (mielitis transversa) sin pérdida sensorial, la enfermedad paralítica aguda por lesión de las motoneuronas de la asta anterior, causada por PV u otros virus neurotrópicos, incluidos ciertos enterovirus no-polio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el síndrome de PFA afecta anualmente a 1 de cada 100.000 niños menores de 15 años.

#### a. Acciones ante la detección de un caso de PFA

Todo caso de PFA diagnosticado en una persona menor de 15 años debe notificarse en menos de 24 horas al Servicio de Vigilancia de la comunidad autónoma correspondiente y de ésta, lo antes posible, al Centro Nacional de Epidemiología que semanalmente lo notificará a la OMS a través de la plataforma WHO Immunization Data Warehouse (WIISE).

**Investigación** en las primeras 48 horas tras la notificación:

- **Encuesta epidemiológica:** se completará con información relativa a la enfermedad, antecedentes de posible exposición (ver criterios epidemiológicos) y factores de riesgo (estado de vacunación, inmunodepresión) que permitan identificar los **casos prioritarios (Anexo Ia)**
- **Toma de dos muestras “adecuadas” de heces:** obtenidas en los 14 días siguientes al inicio de la parálisis y separadas entre sí al menos 24 h. Las muestras deberán recogerse y enviarse al laboratorio siguiendo las recomendaciones incluidas en el **Anexo II**.
- **Las muestras deberán llegar rápidamente** (en los **3 días** posteriores a su obtención) al LNP (CNM). Andalucía y Cataluña disponen de laboratorio acreditado por el LNP para el estudio de los casos de PFA y el aislamiento de PV. En caso de aislamiento positivo en estos laboratorios las muestras deberán remitirse para su confirmación y caracterización al LNP. Las muestras deberán recogerse y enviarse al laboratorio siguiendo las recomendaciones

incluidas en el Anexo II.

- Los resultados de laboratorio se comunican a la OMS también a través de la plataforma WIISE.

**Clasificación del caso de PFA** como caso confirmado o descartado de poliomielitis. Además, todo caso descartado de poliomielitis deberá tener un diagnóstico clínico final.

**Parálisis residual a los 60-90 días** desde el inicio de la parálisis: su evaluación es indispensable para cerrar la investigación del caso de PFA.

**Estudio de contactos:** dada la situación epidemiológica de la poliomielitis en nuestro país sólo se realizará estudio de contactos ante un caso prioritario de PFA.

#### **b. Acciones complementarias de Vigilancia de PFA en menores de 15 años**

Para reforzar la exhaustividad de la vigilancia se realizará:

- La **búsqueda activa retrospectiva mensual** de casos de PFA: independientemente de que se hayan notificado casos de PFA al sistema de vigilancia, cada comunidad autónoma deberá hacer un rastreo mensual de casos en los servicios de pediatría, neurología y unidades de cuidados intensivos de sus hospitales.

El registro de esta búsqueda se hará mediante la notificación al CNE de la búsqueda activa retrospectiva mensual de casos de PFA en la plataforma electrónica SiViES, en los **primeros 7 días** del mes posterior al que se notifica.

- Si tras esta búsqueda se encuentra algún caso de PFA no notificado oportunamente a la RENAVE:
  - Si aún puede ser estudiado adecuadamente, se notificará a través de la plataforma SiViES y se realizará el estudio y seguimiento habitual. En cualquier caso, se realizará la notificación de la búsqueda retrospectiva en la plataforma SiViES.
  - Si no es posible la toma de muestras, o ha transcurrido más tiempo del indicado como adecuado (>14 días desde inicio de la parálisis), se comunicará al CNE. En cualquier caso, se realizará la notificación de la búsqueda retrospectiva en la plataforma SiViES.
- **Búsqueda de casos de PFA en los registros hospitalarios:** para explorar la exhaustividad del sistema de vigilancia de PFA, anualmente el CNE realizará una búsqueda en los registros hospitalarios (RAE-CMBD) de las altas hospitalarias con diagnósticos relacionados con parálisis flácida aguda (Anexo III). Los resultados se publicarán en los informes anuales de vigilancia de PFA.

#### **c. Acciones de comunicación desde el Centro Nacional de Epidemiología**

- Elaboración de una tabla semanal de casos acumulados para el año en curso, con los casos de PFA notificados e investigados en cada C.A.
- Elaboración de una tabla mensual que recoge si se ha realizado y notificado la búsqueda activa retrospectiva mensual de casos de PFA en los hospitales de cada comunidad autónoma. Las tablas se enviarán a los responsables autonómicos de la Vigilancia de PFA y se publicarán en el Informe Semanal de la RENAVE.
- Elaboración de un informe anual con los resultados de la vigilancia de PFA, dentro del Plan de Acción en España para la erradicación de la poliomielitis.

## 2. Acciones ante la identificación de personas sin parálisis que excretan poliovirus

Definido como el aislamiento de PV y su caracterización intratípica (identificación de un PV vacunal, de un PVS o de un PVDVc o PVDVi) en una persona inmunocompetente o con inmunodeficiencia primaria sin parálisis

Ante la identificación de PVS, PV vacunal, PVDVc o PVDVi en una persona sin parálisis se establecerán una serie de acciones dirigidas a evitar/interrumpir la transmisión de PV.

Tras una infección natural o tras la vacunación con VPO, las personas inmunocompetentes excretan PV por poco tiempo. Las personas con ciertas TIP graves pueden mantener la excreción durante un tiempo más prolongado. Los trastornos de Inmunodeficiencia primaria (TIP) que se han asociado con excreción prolongada de PV pueden ser, solo de tipo humoral (de células B), o combinadas, humoral (células B) y celular (células T), que hacen que los niveles de inmunoglobulina estén por debajo de los estándares para la edad. Estos TIPs se agrupan en deficiencias predominantemente de anticuerpos (inmunodeficiencia común variable (IDCV) y, agammaglobulinemias), inmunodeficiencias combinadas (Inmunodeficiencia Combinada Grave, deficiencias del complejo mayor de histocompatibilidad, síndrome de anomalías faciales centroméricas por inmunodeficiencia (ICF)) y otras inmunodeficiencias con hipogammaglobulinemia con mayor susceptibilidad a las infecciones víricas.

**Si se confirma la presencia de PV en heces o en exudado faríngeo en una persona inmunocompetente o en una persona con TIP se considerará que hay riesgo de diseminación.** Se estudiarán los contactos y se establecerá un seguimiento de la presencia de PV en heces y en otras muestras clínicas (preferiblemente exudado faríngeo) hasta que sean negativos o hasta que se considere que los niveles de excreción son residuales y no suponen riesgo de diseminación.

Ante la identificación de una persona sin parálisis que excreta PV se realizarán las siguientes acciones:

### Notificación:

- El laboratorio en el que se ha identificado el PV enviará inmediatamente la/s muestra/s al LNP del CNM para la confirmación y caracterización genómica del PV detectado. De manera simultánea, notificará la sospecha de PV a Salud Pública de la Comunidad Autónoma implicada siguiendo los circuitos habituales de notificación y la Comunidad Autónoma, lo notificará al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y al Centro Nacional de Epidemiología (CNE).
- El CNM notificará además de forma simultánea esta detección de PV al CCAES (coordinador del Plan de acción para la erradicación de poliomiелitis en España) y al CNE. A su vez el CCAES verificará la información con los Servicios de Salud Pública de la C.A. implicada.

### Investigación en las primeras 48 horas tras la notificación:

- **Encuesta epidemiológica:** se completará con información relativa a la enfermedad, antecedentes de posible exposición (ver criterios epidemiológicos) y de factores de riesgo (estado de vacunación, inmunodepresión), información relativa a las muestras estudiadas y a los PV identificados (**Anexo Ib**).

- **Seguimiento de la excreción de PV:** si se confirma la presencia de PV en heces o en exudado faríngeo de cualquier persona se considerará que hay riesgo de diseminación. Se hará el seguimiento de la presencia de PV en heces y, si se considera, en otras muestras clínicas. Se recogerá una muestra semanal o cada 15 días (dependiendo del tipo de PV identificado) para la determinación de la presencia de PV hasta la obtención de dos resultados negativos en semanas consecutivas, o hasta que se considere que los niveles de excreción son residuales y no suponen riesgo de diseminación.  
Si existe excreción durante un periodo superior a 8 semanas o si el excretor tiene documentado un TIP, se considerará que existe riesgo de excreción prolongada y la recogida de la muestra pasará a ser mensual. En este caso, el seguimiento se podrá suspender cuando haya dos resultados negativos en muestras de heces, separadas al menos un mes o hasta que se considere que los niveles de excreción son residuales y no suponen riesgo de diseminación. **Las muestras deberán llegar rápidamente** (en los **3 días** posteriores a su obtención) al LNP (CNM); Andalucía y Cataluña disponen de laboratorio acreditado para el estudio de PV; en caso de identificación de PV las muestras deberán remitirse al LNP para confirmación y caracterización. Las muestras deberán recogerse y enviarse al laboratorio siguiendo las recomendaciones incluidas en el **Anexo II**.
- **Recomendaciones para las personas con TIP:** evitar contacto con personas vacunadas con VPO y evitar viajes a zonas donde haya circulación de PV.
- Los resultados de laboratorio se comunican a la OMS también a través de la plataforma WIISE.

## MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

### Medidas preventivas

La información sobre los consejos sanitarios en relación con los viajes internacionales puede ser consultada en la web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/home.htm>.

### Acciones ante la detección de un “caso prioritario” o ante el aislamiento de PV en una persona con o sin parálisis.

El Plan de acción en España para la erradicación de la poliomielitis 2024-2028 establece diferentes escenarios con diferentes niveles de respuesta (Ver Plan Polio 2024 2028)

**Escenario Prealerta:** Identificación de un caso prioritario de PFA o Identificación de persona(s) sin parálisis que excreta(n) PV

**Escenario 1:** Identificación de PV vacunal tipo 1 o 3 en una persona, con o sin sintomatología de PFA

**Escenario 2:** identificación en muestras clínicas de uno o más casos importados de PVS, PVDV, o PV tipo 2

**Escenario 3:** Identificación de uno o más casos de poliomielitis no importados por PVS o PVDVc

**Las acciones en salud Pública se describen detalladamente en el Plan 2024-2028**

Notificación nacional/internacional, estudio y seguimiento de contactos, constitución del Grupo de Apoyo Técnico (GAT), establecimiento de determinadas acciones- como el refuerzo de la vigilancia o el estudio de las coberturas de vacunación y estrategias de vacunación-; la constitución del Comité de Coordinación de la Respuesta (CCR) con el diseño de estrategias de comunicación a la población, entre otras.

**Evaluación de la calidad del sistema de vigilancia**

**[Ver Plan Polio 2024 2028](#)**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Heyman DL. Control of Communicable Diseases Manual. David L Heyman, editor. 21st Edition; 2022.
2. Poliomiélitis. Enfermedades A-Z. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Poliomiélitis/Parálisis flácida aguda - CNE - ISCIII Portal Web
3. Plan de actuaciones necesarias para la consecución del certificado de erradicación de la poliomiélitis. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998. [plan\\_erradicaci-c3-b3n\\_poliomiélitis\\_espa-c3-b1a\\_1998-pdf](#)
4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de acción en España para la erradicación de la poliomiélitis. 2016 [plan\\_erradicacion\\_poliomiélitis\\_espa-c3-b1a-20actualizaci-c3-b3n\\_2016-pdf](#)
5. Plan de acción en España para la erradicación de la poliomiélitis 2024-2028. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. [2024plan\\_erradicacion\\_polio\\_2024\\_2028](#)
6. 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>
7. 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>
8. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), Ministerio de Sanidad. Evaluación rápida de riesgo. Riesgo asociado a la importación de virus de la poliomiélitis en España. 2019 [Internet]. [citado 2 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/polio/docs/ERR\\_poliovirus.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/polio/docs/ERR_poliovirus.pdf)
9. Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. Plan de acción en España para la Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de *Enterovirus* en España, Informes anuales 2019-2024. Poliomiélitis/Parálisis flácida aguda - CNE - ISCIII Portal Web
10. Chirlaque, MD. et al. An imported case of vaccine-derived poliovirus type 2, Spain in the context of the ongoing polio Public Health Emergency of International Concern, September 2021. *Euro Surveill.* 2021;26(50):pii=2101068. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2101068>
11. Riesgo asociado a la importación de poliovirus en España tras la reciente identificación de casos de poliomiélitis y la detección de poliovirus en aguas residuales en países de nuestro entorno [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/docs/ERR\\_poliovirus\\_24102022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/docs/ERR_poliovirus_24102022.pdf)
12. 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](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/polio/docs/20240326_PoliovirusERR.pdf)
13. Special report on the 36th meeting of the European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication: Copenhagen, Denmark, 19–20 October 2022: twenty years of polio-free status in the WHO European Region
14. Commemorating 20 years of polio-free status in world Polio Day, 24 October 2022, Speeches and statements the European Region. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-6967-46733-68044>
15. INTERVENCIÓN: ítem 13.1. Poliomiélitis Erradicación de la poliomiélitis <https://apps.who.int/gb/statements/EB152/PDF/Spain-13.1.pdf>
16. Statement following the Thirty-ninth IHR Emergency Committee for Polio <https://reliefweb.int/report/afghanistan/statement-thirty-ninth-meeting-polio-ih-emergency-committee-0>
17. 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>
18. Global Polio Eradication Initiative (GPEI) Polio this week Polio This Week | GPEI | Most Recent News | Countries
  19. Global Polio Eradication Initiative (GPEI) Polio cases. Polio today. <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>
  20. Vacunas y Programa de Vacunación. Ministerio de Sanidad <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/home.htm>
  21. Calendario de Vacunación para toda la vida CISNS
  22. Calendario Acelerado de Vacunaciones. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Calendario acelerado de vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2025.
  23. SIVAMIN: Sistema de información de vacunaciones <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/sivamin>
  24. Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Global Poliovirus Surveillance. Action Plan 2022–2024. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/05/GPSAP-2022-2024-EN.pdf>
  25. Avellón A, Cabrerizo M, de Miguel T, Perez-Breña P, Tenorio A, Pérez JL, Martínez de Aragón MV and Trallero G. Paralysis case and contact spread of recombinant vaccine-derived poliovirus, Spain. Emerg Infect Dis. 2008; 14: 1807-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630745/>.
  26. Update on Vaccine-Derived Polioviruses --- Worldwide, April 2011--June 2012. Morbidity and Mortality Weekly Report. September 21, 2012 / 61(37); 741-746. [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6137a3.htm?s\\_cid=mm6137a3\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6137a3.htm?s_cid=mm6137a3_w)
  27. Polio Global Eradication Initiative (GPEI). Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders (PIDs). May 2022. [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Guidelines-for-Implementing-PID-Suveillance\\_EN.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Guidelines-for-Implementing-PID-Suveillance_EN.pdf)

## ANEXO IA. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE POLIOMIELITIS. INCLUYE NOTIFICACIÓN DE CASO DE POLIOMIELITIS Y CASO DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS

### DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Identificación del caso<sup>1</sup>: PFA .....

Fecha de la primera declaración del caso<sup>2</sup>: ..... / ..... / .....

Fecha de inicio de investigación del caso: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... Edad en meses en menores de 2 años: .....

Sexo al nacimiento:  Hombre  Mujer  Intersexual  Desconocido

Sexo administrativo:  Hombre  Mujer  No determinado  Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: .....

C.A. de residencia: .....

Provincia de residencia: .....

Municipio de residencia: .....

Código postal de residencia: .....

País de nacimiento: .....

Año de llegada a España: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>3</sup>: ..... / ..... / .....

Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):

Fiebre al inicio de la parálisis  Sí  No  No Consta

Presencia de parálisis asimétrica  Sí  No  No Consta

Progresión rápida (menos de 4 días) hasta parálisis completa  Sí  No  No Consta

Meningitis aséptica  Sí  No  No Consta

Otra  Sí  No  No Consta

Localización de la parálisis (marcar uno de los siguientes):

Miembro/s  Sólo bulbar

Miembro/s y bulbar  Sólo Facial

Miembro/s y facial

**Hospitalización<sup>4</sup>:**  Sí  No  Desconocido

**Fecha de hospitalización:** ..... / ..... / .....

**Fecha de alta:** ..... / ..... / .....

**Defunción causada por la enfermedad:**  Sí  No  Desconocido

**Fecha de defunción:** ..... / ..... / .....

**¿Se ha realizado seguimiento del caso a los 60-90 días desde el inicio de la parálisis?:**

Sí  No  Desconocido **Fecha de seguimiento:** ..... / ..... / .....

**Resultados del seguimiento del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

- Sin parálisis residual  Muerte durante el seguimiento  
 Parálisis residual  Pérdida de seguimiento

### DATOS DEL LABORATORIO

**Fecha de diagnóstico de laboratorio** (fecha del primer resultado concluyente): ..... / ..... / .....

**Agente causal<sup>5</sup>:**  Poliovirus

Muestra	Fechas de laboratorio				Laboratorio	Cultivo celular		Detección por PCR	
	Toma de muestra	Envío de muestra	Recepción en laboratorio	Resultado de laboratorio		Poliovirus	Otros virus no poliovirus	Poliovirus	Otros virus no poliovirus
Heces 1ª					No LNR				
					LNR				
Heces 2ª					No LNR				
					LNR				

### DATOS DEL RIESGO

**Lugar de exposición del caso: datos de viaje ≤35 días a una zona con circulación o en dónde todavía se vacune con VPO:**

- En la C.A. de residencia<sup>6</sup>  
 En una C.A. distinta de la de residencia<sup>7</sup>  
 En un país distinto de España<sup>8</sup>

**País de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**C.A. de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**Provincia de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**Municipio de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**Fecha de vuelta:** ..... / ..... / .....

**¿Padece algún tipo de Inmunodepresión?**  Sí  No  Desconocido

**¿Padece algún tipo de Trastorno de Inmunodeficiencia Primaria?**  Sí  No  Desconocido

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Ha tenido contacto con un caso confirmado de polio10
- Ha tenido contacto con alguien que ha viajado o que reside en un país donde se sabe que ha circulado poliovirus en los 35 días previos al inicio de síntomas
- Ha tenido contacto con una persona vacunada con VPO11

Fecha de contacto: ..... / ..... / .....

#### DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada:  Sí  No  Desconocido

Número de dosis de vacuna frente a la poliomiелitis recibidas: .....

Número de dosis de VPO recibidas: .....

Fecha de última dosis de VPO recibida: ..... / ..... / .....

¿Presenta documento de vacunación?  Sí  No  Desconocido

País de vacunación: .....

#### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Agente causal identificado en los casos descartados (marcar uno de los siguientes):

**Enterovirus no polio** (cada uno con  delante):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A1 (CVA1)   | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A4 (CVA4)    | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> B1 (CVB1)    |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A11 (CVA11) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A5 (CVA5)    | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> B2 (CVB2)    |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A13 (CVA13) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A6 (CVA6)    | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> B3 (CVB3)    |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A17 (CVA17) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A7 (CVA7)    | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> B4 (CVB4)    |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A19 (CVA19) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A8 (CVA8)    | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> B5 (CVB5)    |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A20 (CVA20) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A9 (CVA9)    | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> B6 (CVB6)    |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A21 (CVA21) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A10 (CVA10)  |   |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A22 (CVA22) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A12 (CVA12)  |   |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A24 (CVA24) | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A14 (CVA14)  |   |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A2 (CVA2)   | <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A16 (CVA16)  |   |
| <input type="checkbox"/> <i>coxsackievirus</i> A3 (CVA3)   |   |   |
|  |   |   |
| <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> A71 (EV-A71)   | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-95 (EV-C95)   | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-109 (EV-C109) |
| <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> A76 (EV-A76)   | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-96 (EV-C96)   | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-113 (EV-C113) |
| <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> A89 (EV-A89)   | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-99 (EV-C99)   | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-116 (EV-C116) |
| <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> A90 (EV-A90)   | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-102 (EV-C102) | <input type="checkbox"/> <i>enterovirus</i> C-117 (EV-C117) |

- enterovirus* A91 (EV-A91)
- enterovirus* A114 (EV-A114)
- enterovirus* A119 (EV-A119)
- enterovirus* A120 (EV-A120)
- enterovirus* A121 (EV-A121)
- enterovirus* C-104 (EV-C103)
- enterovirus* C-105 (EV-C104)
- enterovirus* C-118 (EV-C118)

- enterovirus* B-69 (EV-B69)
- enterovirus* B-73 (EV-B73)
- enterovirus* B-74 (EV-B74)
- enterovirus* B-75 (EV-B75)
- enterovirus* B-77 (EV-B77)
- enterovirus* B-78 (EV-B78)
- enterovirus* B-79 (EV-B79)
- enterovirus* B-80 (EV-B80)
- enterovirus* B-81 (EV-B81)
- enterovirus* B-82 (EV-B82)
- enterovirus* B-83 (EV-B83)
- enterovirus* B-84 (EV-B84)
- enterovirus* B-85 (EV-B85)
- enterovirus* B-86 (EV-B86)
- enterovirus* B-87 (EV-B87)
- enterovirus* B-88 (EV-B88)
- enterovirus* B-93 (EV-B93)
- enterovirus* B-98 (EV-B98)
- enterovirus* B-100 (EV-B100)
- enterovirus* B-101 (EV-B101)
- enterovirus* B-106 (EV-B106)
- enterovirus* B-107 (EV-B107)
- enterovirus* B-111 (EV-B111)

- enterovirus* D-68 (EV-D68)
- enterovirus* D-70 (EV-D70)
- enterovirus* D-94 (EV-D94)
- enterovirus* D-111 (EV-D111)
- human rhinovirus* 87 (HRV-87)

- echovirus* 1 (E1)
- echovirus* 2 (E2)
- echovirus* 3 (E3)
- echovirus* 4 (E4)
- echovirus* 5 (E5)
- echovirus* 6 (E6)
- echovirus* 7 (E7)
- echovirus* 8 (E8)
- echovirus* 9 (E9)
- echovirus* 11 (E11)
- echovirus* 12 (E12)
- echovirus* 13 (E13)
- echovirus* 14 (E14)
- echovirus* 15 (E15)
- echovirus* 16 (E16)
- echovirus* 17 (E17)
- echovirus* 18 (E18)
- echovirus* 19 (E19)
- echovirus* 20 (E20)
- echovirus* 21 (E21)
- echovirus* 22 (E22)
- echovirus* 24 (E24)
- echovirus* 25 (E25)
- echovirus* 26 (E26)
- echovirus* 27 (E27)
- echovirus* 29 (E29)
- echovirus* 30 (E30)
- echovirus* 31 (E31)
- echovirus* 32 (E32)
- echovirus* 33 (E33)

- Clostridium botulinum*
- Virus del Nilo Occidental/ de la encefalitis japonesa/ de la encefalitis de San Luis
- Adenovirus
- No se ha identificado agente causal**

**Diagnóstico clínico en los casos descartados** (marcar uno de los siguientes):

- Polirradiculoneuritis/S. Guillén Barré
- Neuropatía periférica de etiología infecciosa o tóxica
- Mielitis transversa
- Parálisis de etiología desconocida
- Enfermedad sistémica metabólica, o músculo-esquelética
- Neuropatía traumática
- Tumor medular u otro tumor
- Otra enfermedad neurológica

**Categoría diagnóstica** (marcar una o más de las siguientes opciones):

- Poliovirus salvaje
  - PVS1     PVS2     PVS3
- Poliovirus vacunal
  - PVV-1     PVV-2     PVV-3
- Poliovirus derivado de la vacuna (PVDV)
  - Poliovirus derivado de la vacuna circulante (PVDVc)
    - PVDVc-1     PVDVc-2     PVDVc-3
  - Poliovirus derivado de la vacuna asociado con inmunodeficiencia (PVDVi)
    - PVDVi-1     PVDVi-2     PVDVi-3
  - Poliovirus derivado de la vacuna ambiguo (PVDVa)
    - PVDVa-1     PVDVa-2     PVDVa-3

**Prioridad de la investigación:**

- No prioritario
- Poliomiелitis paralítica
- Menos de 3 dosis de vacuna
- Viaje reciente a zona con circulación de poliovirus
- Grupo de riesgo (desplazados, contacto con persona con inmunodeficiencia recientemente vacunada con polio oral)
- Desconocido

**Completar solo en caso de Poliomiелitis:**

**Criterios de clasificación de caso:**

- Criterio clínico<sup>12</sup>:             Sí     No     Desconocido
- Criterio de laboratorio<sup>13</sup>:     Sí     No     Desconocido

Criterio epidemiológico<sup>14</sup>:  Sí  No  Desconocido

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

Sospechoso<sup>15</sup>  Probable<sup>16</sup>  Confirmado<sup>17</sup>  Descartado

**Asociado a brote**<sup>18</sup>:  Sí  No  Desconocido

Identificación del brote: .....

C.A. de declaración del brote<sup>19</sup>: .....

**OBSERVACIONES**<sup>20</sup>

.....

1. Número PFA: Código de provincia/ número de caso correlativo desde el inicio del Plan de Erradicación de la Polio.
2. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
3. Fecha del caso: Se considerará la fecha de inicio de la parálisis; en caso de desconocerse se asignará la fecha de ingreso hospitalario.
4. Hospitalización: Estancia de, al menos, una noche en el hospital.
5. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
6. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la C.A. de residencia.
7. Lugar de exposición. C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia.
8. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España.
9. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco. Completar este apartado sólo si se confirma caso de polio.
10. Ha tenido contacto con un caso confirmado de polio: Contacto con un caso confirmado de infección por poliovirus salvaje o derivado de la vacuna en los 35 días anteriores al inicio de síntomas.
11. Ha tenido contacto con una persona vacunada con VPO: Contacto con personas vacunadas con VPO entre 4-60 días antes del comienzo de síntomas. Se pueden esperar períodos más largos entre la vacunación y el inicio de la PFA si el niño o el adulto con parálisis es inmunodeficiente.
12. Criterio clínico: Una persona de cualquier edad en la que un médico sospeche poliomiелitis o persona de menos de 15 años con parálisis flácida aguda (el síndrome de parálisis flácida aguda se caracteriza por inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros con ausencia o disminución de reflejos tendinosos en los miembros afectados, sin pérdida sensorial o cognitiva y sin otra causa aparente).
13. Criterio de laboratorio (ver apartado categoría diagnóstica de esta encuesta): aislamiento de poliovirus y caracterización intratípica, con identificación de uno de los poliovirus siguientes:
  - Poliovirus salvaje (PVS) PV con una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1 > 15% con respecto a la cepa parental atenuada (Sabin) tipo 1, 2 o 3 de la vacuna oral (VPO).
  - Poliovirus vacunal o Sabin-like: cepas de poliovirus (PV) tipos 1, 2 y 3 atenuadas presentes en la

- VPO o en las nuevas vacunas orales de PV tipo 2 (nVPO2) con una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1 <1% con respecto a la cepa Sabin de la VPO tipos 1 y 3 y <0,6% para la cepa de VPO tipo 2.
- Poliovirus derivado de la vacuna (PVDV): presentan una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1 >1% (> 10 nucleótidos diferentes) con respecto a la cepa Sabin de la VPO tipos 1 y 3 y de >0,6% (> 6 nucleótidos diferentes) para la cepa de VPO tipo 2. Los PVDV se clasifican en:
    - PVDV circulante (PVDVc): aquel PVDV para el que se ha demostrado transmisión persona a persona en la comunidad, basado en que hay detecciones del virus en humanos y/o en muestras ambientales de PV que están genéticamente relacionados.
    - PVDV asociado a inmunodeficiencia (PVDVi): PVDV que se detecta en individuos que presentan algún tipo de inmunodeficiencia primaria y, excretan el PV vacunal durante un periodo de tiempo prolongado después de recibir la VPO y acaba derivando genéticamente en un PVDV.
    - PVDV ambiguos (PVDVa): PVDV que se aíslan de personas sin inmunodeficiencia conocida, o aislados de las aguas residuales cuya fuente de origen es finalmente desconocida. Se sabe muy poco acerca de ellos, pero para entrar en esta clasificación, no debe haber más casos de PFA relacionadas con un poliovirus derivado en la comunidad
14. Criterio epidemiológico: Al menos uno de los siguientes:
- Vínculo epidemiológico con un caso confirmado de infección por poliovirus salvaje o derivado de la vacuna.
  - Antecedentes de viaje a/o procedencia de un área con circulación presunta o confirmada de poliovirus en los 35 días anteriores al inicio de síntomas.
  - Contacto con alguien -que ha viajado a /o que reside en un país donde se sabe que ha circulado poliovirus- en los 35 días previos al inicio de síntomas
  - Antecedente de vacunación con VPO entre 4-30 días antes del comienzo de síntomas o vínculo epidemiológico con personas vacunadas con VPO entre 4-60 días antes del comienzo de síntomas. Se pueden esperar períodos más largos entre la vacunación y el comienzo de la PFA si el niño o el adulto paralizado es inmunodeficiente.
15. Caso sospechoso: cualquier persona que cumpla alguno de los criterios clínicos.
16. Caso probable: cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y epidemiológicos.
17. Caso confirmado: cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y de laboratorio.
18. Asociado a brote: detección de PVS o PVDVc con transmisión a nivel comunitario.
19. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
20. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

## ANEXO IB. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE INFECCIÓN POR POLIOVIRUS SIN PARÁLISIS (PV-NP)

### DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Identificación del caso<sup>1</sup>: PV-NP .....

Fecha de la primera declaración del caso<sup>2</sup>: ..... / ..... / .....

Fecha de inicio de investigación del caso: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... Edad en meses en menores de 2 años: .....

Sexo al nacimiento:  Hombre  Mujer  Intersexual  Desconocido

Sexo administrativo:  Hombre  Mujer  No determinado  Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: .....

C.A. de residencia: .....

Provincia de residencia: .....

Municipio de residencia: .....

Código postal de residencia: .....

País de nacimiento: .....

Año de llegada a España: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>3</sup>: ..... / ..... / .....

Síntomas:  Respiratorios  Neurológicos

Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Hospitalización<sup>4</sup>:  Sí  No  Desconocido

Fecha de hospitalización: ..... / ..... / .....

Fecha de alta: ..... / ..... / .....

Defunción causada por la enfermedad:  Sí  No  Desconocido

Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

**DATOS DEL LABORATORIO**

Fecha de confirmación del PV: ..... / ..... / .....

Agente causal<sup>5</sup>:  Poliovirus

Muestra	Fechas de laboratorio				Laboratorio	Poliovirus	
	Toma de muestra	Envío de muestra	Recepción en laboratorio	Resultado de laboratorio		Cultivo	PCR
Heces 1ª					No LNR		
					LNR		
Suero 1ª					No LNR		
					LNR		
Exudado 1ª					No LNR		
					LNR		
Otra 1ª					No LNR		
					LNR		
Heces 2ª					No LNR		
					LNR		
Suero 2ª					No LNR		
					LNR		
Exudado 2ª					No LNR		
					LNR		
Otra 2ª					No LNR		
					LNR		

**DATOS DEL RIESGO**

Lugar de exposición del caso (datos de viaje (≤35 días a una zona con circulación o en dónde todavía se vacune con VPO)<sup>6</sup>:

- En la C.A. de residencia
- En una C.A. distinta de la de residencia
- En un país distinto de España

País de exposición del caso: .....

C.A. de exposición del caso: .....

Provincia de exposición del caso: .....

Municipio de exposición del caso: .....

Fecha de ida: ..... / ..... / ..... Fecha de vuelta: ..... / ..... / .....

¿Padece algún tipo de Inmunodepresión?  Sí  No  Desconocido

Exposición<sup>7</sup> (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Ha tenido contacto con un caso confirmado de polio
- Ha tenido contacto con alguien que ha viajado o que reside en un país donde se sabe que ha circulado poliovirus en los 35 días previos al inicio de síntomas

Ha tenido contacto con una persona vacunada con VPO

Sin vacunación reciente, ni antecedente de viaje, ni antecedentes familiares de vacunación.

**Fecha de contacto:** ..... / ..... / .....

### DATOS DE VACUNACIÓN

¿Ha recibido alguna dosis de vacuna de polio?:  Sí  No  Desconocido

**Número de dosis de vacuna de polio recibidas:** .....

**Número de dosis de vacuna de polio oral recibidas:** .....

**Fecha de última dosis de vacuna polio oral recibida:** ..... / ..... / .....

¿Presenta documento de vacunación?  Sí  No  Desconocido

**País de vacunación:** .....

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

**Descartado para poliovirus:**  Sí  No

**Categoría diagnóstica** (marcar una o más de las siguientes opciones):

Poliovirus salvaje

PVS1  PVS2  PVS3

Poliovirus vacunal

PVV-1  PVV-2  PVV-3

Poliovirus derivado de la vacuna (PVDV)

Poliovirus derivado de la vacuna circulante (PVDVc)

PVDVc-1  PVDVc-2  PVDVc-3

Poliovirus derivado de la vacuna asociado con inmunodeficiencia (PVDVi)

PVDVi-1  PVDVi-2  PVDVi-3

Poliovirus derivado de la vacuna ambiguo (PVDVa)

PVDVa-1  PVDVa-2  PVDVa-3

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio de laboratorio<sup>8</sup>:  Si  No  Desconocido

**Clasificación del caso:**

Confirmado<sup>9</sup>

**Seguimiento del caso:**

¿Se ha realizado seguimiento del caso desde la detección del PV?:  Si  No  Desconocido

**Fecha de seguimiento 1:** ..... / ..... / ..... **Elimina PV:**  Si  No  Desconocido

Fecha de seguimiento 2: ..... / ..... / ..... Elimina PV:  Si  No  Desconocido

Fecha de seguimiento 3: ..... / ..... / ..... Elimina PV:  Si  No  Desconocido

Fecha de cierre del seguimiento<sup>10</sup>: ..... / ..... / .....

Asociado a brote<sup>11</sup>:  Si  No  Desconocido

Identificación del brote: .....

C.A. de declaración del brote<sup>12</sup>: .....

### OBSERVACIONES<sup>13</sup>

1. Casos de infección por poliovirus No-paralítica: PV-NP Código de provincia/ número de caso correlativo desde 2024.
2. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
3. Fecha del caso: Se considerará la fecha de la toma de muestra sobre la que se realiza la primera detección de PV.
4. Hospitalización: Estancia de, al menos, una noche en el hospital.
5. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
6. Lugar de exposición del caso (datos de viaje ( $\leq 35$  días a una zona con circulación o en dónde todavía se vacune con VPO): es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.
7. Exposición: Contacto con un caso confirmado de infección por poliovirus salvaje o derivado de la vacuna en los 35 días anteriores al inicio de síntomas. Contacto con personas vacunadas con VPO entre 4-60 días antes del comienzo de síntomas. Se pueden esperar períodos más largos entre la vacunación y el inicio de la PFA si el niño o el adulto paralizado es inmunodeficiente.
8. Criterio de laboratorio: Aislamiento de poliovirus y caracterización intratípica, con identificación de uno de los poliovirus siguientes:
  - Poliovirus salvaje (PVS): PV con una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1  $> 15\%$  con respecto a la cepa parental atenuada (Sabin) tipo 1, 2 o 3 de la vacuna oral (VPO).
  - Poliovirus vacunal o Sabin-like: cepas de poliovirus (PV) tipos 1, 2 y 3 atenuadas presentes en la VPO o en las nuevas vacunas orales de PV tipo 2 (nVPO2) con una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1  $< 1\%$  con respecto a la cepa Sabin de la VPO tipos 1 y 3 y  $< 0,6\%$  para la cepa de VPO tipo 2.
  - Poliovirus derivado de la vacuna (PVDV): presentan una divergencia en la secuencia de nucleótidos en la región VP1  $> 1\%$  ( $> 10$  nucleótidos diferentes) con respecto a la cepa Sabin de la VPO tipos 1 y 3 y de  $> 0,6\%$  ( $> 6$  nucleótidos diferentes) para la cepa de VPO tipo 2. Los PVDV se clasifican en:
    - PVDV circulante (PVDVc): aquel PVDV para el que se ha demostrado transmisión persona a persona en la comunidad, basado en que hay detecciones del virus en humanos y/o en muestras ambientales de PV que están genéticamente relacionados.
    - PVDV asociado a inmunodeficiencia (PVDVi): PVDV que se detecta en individuos que presentan algún tipo de inmunodeficiencia primaria y, excretan el PV vacunal durante un periodo de tiempo prolongado después de recibir la VPO y acaba derivando genéticamente en un PVDV.

- PVDV ambiguos (PVDVa): PVDV que se aíslan de personas sin inmunodeficiencia conocida, o aislados de las aguas residuales cuya fuente de origen es finalmente desconocida. Se sabe muy poco acerca de ellos, pero para entrar en esta clasificación, no debe haber más casos de PFA relacionados con un poliovirus en la comunidad.
9. Caso confirmado: cualquier persona que cumpla criterio de laboratorio.
  10. Cierre del seguimiento: el seguimiento se podrá suspender cuando haya dos resultados negativos en muestras de heces, separadas al menos un mes
  11. Brote: detección de PVS o PVDVc con transmisión a nivel comunitario
  12. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
  13. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

## ANEXO II. RECOMENDACIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE RECOGIDA, ALMACENAMIENTO Y ENVÍO DE MUESTRAS

### Muestras de heces

#### Recogida de la muestra

Para la recogida de muestra de heces se facilitará el envase apropiado. Los envases de toma de muestra de orina con boca ancha son los idóneos junto con una cucharita de plástico.

La deposición se hará en un orinal y de ahí se tomará con la cucharita una cantidad aproximada al tamaño de una nuez que se pondrá en el envase de plástico. En caso de niños pequeños la muestra se tomará del pañal en una cantidad similar al supuesto al anterior. Se debe evitar tomar hisopos rectales y el uso de medios de transporte de muestras que inactiven los virus.

#### Almacenamiento de la muestra

Las muestras obtenidas deberán enviarse lo antes posible al laboratorio correspondiente. Una vez cerrado y etiquetado el envase (con los datos del caso) se guardará en nevera a 4 ° C hasta ser enviado al laboratorio. Si la muestras no se envían en las 24-48h siguientes, conservar a -20°C.

### Envío de la muestra

#### Preparar el paquete de envío

Utilizar un contenedor primario y otro secundario homologados para el envío de muestras biológicas de categoría B.

#### Envío de muestras al Centro Nacional de Microbiología

Para el envío y solicitud de estudio de heces al LNP, se utilizará la aplicación informática GIPI, a través del Programa de Vigilancia de PFA y *Enterovirus* (Cartera de Servicios del CNM), seleccionando el tipo de muestra, heces-1 (< 24h) y heces-2 (<48h), que activan las pruebas correspondientes de cultivo celular y detección por PCR. Es imprescindible rellenar un formulario para proceder a la solicitud. En el caso de envío de otro tipo de muestras (respiratorias), se utilizará el mismo Programa de Vigilancia, pero seleccionando la muestra correspondiente (indicando en observaciones que la muestra corresponde a un caso de PFA).

Para consultas, la dirección y teléfonos de contacto son:

Área de Orientación Diagnóstica.

Centro Nacional de Microbiología.

Instituto de Salud Carlos III.

Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2.

28220. Majadahonda (Madrid). ESPAÑA.

Teléfonos: 91 822 37 01 - 91 822 37 23 - 91 822 36 94.

CNM- Área de Orientación Diagnóstica: [cnm-od@isciii.es](mailto:cnm-od@isciii.es).

#### Envío de muestras a los laboratorios acreditados para la vigilancia de PFA de Cataluña y Andalucía

Seguir las recomendaciones específicas de cada hospital.

**ANEXO III. CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON PARALISIS FLÁCIDA AGUDA****TABLA DE CORRESPONDENCIAS CIE-9MC Y CIE-10 ES para PFA en CMBD**

<b>CIE-9-MC</b>	<b>CIE-10-ES Diag.</b>	<b>Descripción CIE-9-MC</b>	<b>Descripción CIE-10-ES Diag.</b>
045.10	A80.0		Poliomielitis parálitica aguda, asociada a vacuna
045.10	A80.1		Poliomielitis parálitica aguda, virus natural, importado
045.10	A80.2		Poliomielitis parálitica aguda, virus natural, autóctono
045.90	A80.30		Poliomielitis parálitica aguda, no especificada
045.00	A80.39	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR TIPO NO ESPECIF.	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.01	A80.39	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR TIPO 1	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.02	A80.39	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR TIPO 2	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.03	A80.39	POLIOMIELITIS PARALITICA AGUDA BULBAR TIPO 3	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.10	A80.39	POLIOMIELITIS AGUDA CON OTRO TIPO DE PARALISIS TIPO NO ESPECIF	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.11	A80.39	POLIOMIELITIS AGUDA OTRO TIPO DE PARALISIS POLIOVIRUS TIPO I	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.12	A80.39	POLIOMIELITIS AGUDA OTRO TIPO PARALISIS POLIOVIRUS TIPO II	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.13	A80.39	POLIOMIELITIS AGUDA OTRO TIPO PARALISIS POLIOVIRUS TIPO III	Otros tipos de poliomielitis parálitica aguda
045.90	A80.9	POLIOMIELITIS AGUDA NO ESPECIFICADA POLIOVIRUS TIPO NO ESPEC	Poliomielitis aguda, no especificada
336.9	G95.9	ENFERMEDAD DE LA MEDULA ESPINAL NO ESPECIFICADA	Enfermedades de la médula espinal, no especificadas
357.0	G61.0	POLINEURITIS INFECCIOSA AGUDA	Síndrome de Guillain-Barré
357.9	G62.9	NEUROPATIA INFLAMATORIA Y TOXICA NO ESPECIFICADA	Polineuropatía, no especificada
356.9	G60.9	NEUROPATIA PERIFERICA HEREDITARIA E IDIOPATICA SIN ESPECIFIC	Neuropatía hereditaria e idiopática, no especificada
341.20	G37.3	MIELITIS (TRANSVERSA) AGUDA NEOM	Mielitis transversa aguda en enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central
341.21	G37.3	MIELITIS (TRANSVERSA) AGUDA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTROS CONCEPTOS	Mielitis transversa aguda en enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central
344.9	G83.9	PARALISIS NO ESPECIFICADA	Síndrome paralítico, no especificado