

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. España, 2008	13
Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria	17
Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica	21

Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2008.

Castellanos T¹, Masa J¹, Alcalde E¹, Peña-Rey I^{1,2}

Área de Vigilancia de Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III¹. CIBERESP². Grupo de responsables autonómicos³ y de laboratorio⁴ de la Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en España.

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos: tres Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recibido la certificación "libres de polio": la Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú en 1991; la Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. Posteriormente, en el año 2001 se detectaron en la misma región, 4 casos de polio salvaje importada en Bulgaria (3 casos) y en Georgia (1 caso).

En España, los últimos casos autóctonos de poliomielitis fueron los ocurridos en un brote registrado en Andalucía en los años 1987-1988 que afectó a población marginal no vacunada. En 1989 se detectó un caso de polio importado de Mauritania. Desde 1989 al año 2000 se notificaron cuatro casos asociados a la vacunación y en 2005 se identificó un caso de polio producido por un poliovirus derivado de la vacuna (VDPV) en un niño de 6 meses de edad con una inmunodeficiencia severa, que había recibido VPO en su país de origen.

Desde 1988 a 2003 los casos de poliomielitis en el mundo disminuyeron en un 99%. Desde el año 2003 se ha producido un incremento de casos como consecuencia de la diseminación a partir de los focos endémicos, a países previamente libres de polio. Desde 2003 hasta 2006 fueron aumentando los casos notificados (784, 1.255, 1.936 y 1.997); en 2007 bajaron a 1.307 casos. Durante 2008 se notificaron 1.655 casos de polio en el mundo, 1.509 casos en países endémicos y 146 en países no endémicos. En la actualidad quedan 4 focos localizados en 4 países: Nigeria, Pakistán, Afganistán e India. Actualmente la OMS está ha-

ciendo un importante esfuerzo, con campañas de vacunación masiva en estos países.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos, así como mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad con alta sensibilidad. En 43 países de la Región Europea, entre ellos España, el sistema de vigilancia se basa en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad, la posible existencia de casos de poliomielitis. Uno de los componentes esenciales de la vigilancia de la PFA es detectar, investigar y notificar rápidamente a la OMS los "casos calientes de PFA". Un caso caliente es el que presenta una o más de las siguientes características: tener menos de tres dosis de vacuna de polio, sospecha clínica de polio, viaje reciente a un país endémico, o pertenecer a un grupo de población de muy alto riesgo. Cualquier "caso caliente" se considerará prioritario; debe ser notificado a la OMS tan pronto como sea posible y se activará el Nivel Uno de Alerta en el país donde se detecta. (Ver: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_pfa.jsp).

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

El Comité europeo de postcertificación de la polio emite un informe anual sobre la situación de la enfermedad en la región. El último informe, de 2008, ponía de manifiesto que en 28 países del Este de Europa todavía se administra VPO. Las coberturas vacunales son altas en toda la región, salvo un país que

³ **Andalucía:** V. Gallardo; **Aragón:** C. Malo; **Asturias:** M. Margolles; **Baleares:** A. Galmés; **Canarias:** P. Matute; **Cantabria:** M. Galán; **Castilla la Mancha:** B. Puente; G. Gutiérrez; **Castilla y León:** H. Marcos; **Cataluña:** N. Torner (CIBERESP); **C. Valenciana:** S. Guiral; **Extremadura:** J.M. Ramos; M. Álvarez Galicia; A. Malvar; **Madrid:** J. García; **Murcia:** V. García; **Navarra:** A. Barricarte; J Castilla; **País Vasco:** JM. Arteagoitia; M. Calabuig; **La Rioja:** M.E. Lezaun, C. Garijo; **Ceuta:** A. Rivas; **Melilla:** D. Castrillejos.

⁴ Gloria Trallero, Pilar Pérez Breña, Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

alcanza el 80% de cobertura. Remarcan en este informe que la vigilancia de la PFA es subóptima en la mayoría de los países de la zona y por ello plantean la necesidad de continuar con la vigilancia de calidad e inmunización a grupos de riesgo, además de extremar la sensibilidad de la vigilancia, focalizando en la mejora en el tiempo de notificación.

Se ha elaborado un nuevo plan estratégico 2009-2013 para la región europea que pone el énfasis en alcanzar un alto compromiso político de todos los países miembros con el plan, mantener altas coberturas vacunales y un alto nivel en la vigilancia de PFA. Pone de manifiesto la necesidad de preservar la vigilancia virológica; asegurar la respuesta ante la importación de un poliovirus salvaje o poliovirus derivado de la vacuna (cVDPV); la contención de poliovirus en los laboratorios, así como preparar a los países para el cese de OPV y sobre todo asegurar en todos los países la financiación del programa.

1. Coberturas de vacunación España 2008.

Desde 1996 las coberturas de vacunación con 3 dosis de polio han sido superiores al 90% en todas las CCAA. Durante el año 2004 se llevó a cabo la sustitución de la vacuna de polio oral por la vacuna inyectable (VPI) en todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

La cobertura media alcanzada durante 2008 para la serie básica con tres dosis en niños menores de un año, fue de 96,9% con un rango por CCAA de 94,3% -99,7%. La cobertura media de vacunación con la dosis de recuerdo en niños entre 1-2 años de edad, fue de 94,9% con un rango de 86,8%-100% por CCAA. La información sobre cobertura vacunal en País Vasco y Ceuta para el año 2008 no está disponible.

2. Vigilancia de parálisis flácida aguda. España 2008.

España inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional. El sistema de vigilancia de PFA implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, lo que inicia un proceso de investigación rápida, epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar / confirmar y clasificar el caso de forma adecuada y, en su caso, tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas. La notificación se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se detecta el caso.

La vigilancia pasiva se completa en cada CCAA con una búsqueda activa retrospectiva en hospitales. Se realiza una búsqueda mensual para obtener la notificación denominada "0 casos" y una búsqueda anual en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) de cada Comunidad.

La calidad del sistema de vigilancia se evalúa sistemáticamente mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio. Entre estos indicadores los dos más importantes son el indicador de sensibilidad del sistema representado por la tasa de PFA que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años y el porcentaje de casos de PFA en los que se han tomado "muestras adecuadas" (dos muestras de heces recogidas en un período \leq 14 días del inicio de síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas), que ha de ser \geq 80%.

A. Estudio descriptivo de los casos de parálisis flácida notificados durante el año 2008.

1. Tasa de notificación:

Durante el año 2008 se notificaron al sistema de vigilancia 35 casos de PFA lo que supone una incidencia de 0,53 por 100.000 menores de 15 años (tabla 1).

La tasa esperada de 1 por 100.000 habitantes menores de 15 años sólo se ha alcanzado en tres CCAA, Baleares, La Rioja y Murcia. Otras ocho no notificaron ningún caso; el resto notificó menos casos de los esperados. Hay que tener en cuenta la variabilidad en el número de casos esperados, especialmente en las comunidades de menor población, en las que la aparición de casos de PFA se esperaba que ocurriera cada varios años. La notificación ha disminuido respecto a años anteriores.

Otros años se ha visto como la tasa óptima de PFA propuesta por la OMS, se podría haber alcanzado si el Sistema de Vigilancia de PFA hubiera captado oportunamente los casos detectados por búsqueda activa retrospectiva. Así en el año 2007 se detectaron 35 casos por búsqueda activa en CMBD, con lo que la tasa de PFA pasó de 0,57 a 1,11 casos por 100.000 menores de 15 años. En este momento aún no se dispone de los resultados de la revisión anual del CMBD de 2008, salvo los 3 casos notificados desde Cataluña y la Comunidad Valenciana, con lo que la incidencia se sitúa en una tasa igual o superior a 0,57/100.000 hab. Durante el año 2008 casi todas las CCAA realizaron la búsqueda retrospectiva mensual y la notificación subsiguiente de "0 casos".

2. Distribución por sexo y edad:

El 57,1% de los casos sospechosos (20 casos) son hombres. La edad media de los casos fue de 5,4 años (DE: 2,65). El grupo de edad en el que aparecieron más casos, fue el grupo de 5 a 9 años (54,3% del total).

3. Antecedentes de vacunación:

De los 35 casos, 33 estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inyectable (VPI). Un varón de 3 años de etnia gitana sólo tenía documentada una dosis de VPI y una niña de dos años de origen rumano, cuyos padres aseguraron que estaba vacunada, pero sin documentar, con lo que se desconoce el número de dosis y el tipo de vacuna. Ambos casos se diagnosticaron de Síndrome de Guillain-Barré, el primero con parálisis residual en miembros inferiores y dos muestras de heces negativas, y el segundo, sin parálisis residual y con una muestra de heces negativa.

4. Características clínicas de los casos:

- **Síntomas previos al inicio de parálisis:** dolor muscular, fiebre, síntomas respiratorios y orofaríngeos fueron los síntomas más frecuentes.
- **Afectación de la parálisis:** El 97% de los casos (34) presentaron parálisis espinal, y el 3% (1 caso) afectación bulbar. En el 46% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores y en el resto, la parálisis sólo afectó a las extremidades inferiores.
- **Progresión rápida de la parálisis:** en 15 casos la parálisis cursó con una progresión rápida; en 13 casos (37,1%) lenta, y en 7 (20%) se desconoce.
- **Asimetría:** se detectó asimetría en tres casos, que tuvieron dos muestras de heces con resultados negativos. Dos casos estaban correctamente vacunados y el tercero tenía una sola dosis documentada. Los diagnósticos definitivos fueron en dos casos síndrome de Guillain-Barré y en el tercer caso, encefalomielititis.

Tabla 1

Sistema de vigilancia de PFA. España 2008. Casos notificados y detectados por búsqueda activa y tasas de incidencia por CCAA

CCAA	POB < 15 AÑOS	ESPERADOS	NOTIFICADOS	TASA	BÚSQUEDA ACTIVA	TOTALES	TASA PFA
Andalucía	1.326.283	13,3	8	0,60		8	0,60
Aragón	173.579	1,7	1	0,58		1	0,58
Asturias	108.442	1,1	0	0,00		0	0,00
Baleares	160.509	1,6	4	2,49		4	2,49
Canarias	309.435	3,1	1	0,32		1	0,32
Cantabria	72.396	0,7	0	0,00		0	0,00
Castilla la Mancha	308.751	3,1	0	0,00		0	0,00
Castilla y León	297.090	3,0	0	0,00		0	0,00
Cataluña	1.083.951	10,8	4	0,37	2	6	0,55
C. Valenciana	734.359	7,3	4	0,54	1	5	0,68
Extremadura	159.569	1,6	1	0,63		1	0,63
Galicia	314.539	3,1	2	0,64		2	0,64
Madrid	920.072	9,2	4	0,43		4	0,43
Murcia	244.972	2,4	5	2,04		5	2,04
Navarra	91.349	0,9	0	0,00		0	0,00
País Vasco	274.972	2,7	0	0,00		0	0,00
La Rioja	43.929	0,4	1	2,28		1	2,28
Ceuta	15.878	0,2	0	0,00		0	0,00
Melilla	15.814	0,2	0	0,00		0	0,00
TOTAL	6.655.889	66,6	35	0,53	3	38	0,57

- **Parálisis residual:** en la revisión a los 60-90 días, 8 casos presentaban parálisis residual. De ellos, siete casos están correctamente vacunados con 3 ó más dosis; un caso sólo tiene documentada una dosis de VPI, y tenía dos muestras de heces negativas y diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré. El diagnóstico definitivo del resto de casos fue síndrome de Guillain-Barré (5 casos) y mielitis (2 casos).
- **Diagnóstico definitivo:** el 80% de los casos (28 casos) fueron diagnosticados de síndrome de Guillain-Barré / poliradiculoneuritis y el 20% (7 casos) se diagnosticó de mielitis.

B. Indicadores de calidad del sistema de vigilancia de PFA:

1. Sensibilidad: Incidencia de PFA se ha calculado utilizando como denominador las poblaciones del padrón municipal del INE de 2008, en menores de 15 años para las diferentes CCAA. La tasa de PFA ha sido de 0,53, siendo la más baja desde el inicio del plan.

Menos de la mitad de las Comunidades Autónomas (CCAA) están próximas o alcanzan la tasa esperada de 1 por 100.000 habitantes menores de 15 años. La notificación ha disminuido respecto a años anteriores.

2. Oportunidad en la notificación e investigación: el porcentaje de casos notificados en un período ≤ 7 días desde el inicio de los síntomas es de un 40%. Si se considera la fecha de ingreso, como fecha más cercana para identificar el caso desde el sistema sanitario, el 74,3% de los casos fueron notificados en menos de 7 días desde su ingreso; este indicador refleja mejor que el anterior el tiempo empleado en la notificación desde que

se tiene conocimiento del caso. Ambos indicadores están por debajo del objetivo fijado por la OMS del 80%.

3. Investigación epidemiológica de los casos: el 100% de los casos fueron investigados en 48 horas o menos desde su notificación.

4. Revisión a los 60-90 días y diagnóstico definitivo: el 100% de los casos fueron revisados y se informó del diagnóstico definitivo.

5. Indicadores de calidad de la vigilancia relativos a la toma de muestras: el 82,9% de los casos tienen una muestra de heces tomada en los 14 días posteriores a su ingreso y el 51,4% dos muestras independientemente del momento en el que fueron tomadas. Sin embargo si se considera el indicador enunciado por la OMS (toma de 2 muestras de heces "adecuadas" recogidas en los 14 días siguientes al inicio de síntomas o al ingreso), este porcentaje se reduce un poco y alcanza el 34,3% y el 40% respectivamente.

6. Indicadores de calidad relativos a los tiempos de envío y proceso de muestras en el laboratorio: estos indicadores sólo alcanzan los objetivos marcados por las OMS para la región europea, en lo que respecta a la emisión oportuna de los resultados de laboratorio (tabla 2).

Conclusiones

El indicador de sensibilidad del sistema de vigilancia ha experimentado un descenso en los tres últimos años. Sólo tres CCAA alcanzan la tasa esperada de PFA de 1 por 100.000 habitantes menores de 15 años, si bien hay que tener en cuenta el pequeño número de casos esperados especialmente en las comunidades de menor población. En otros años se ha visto que

el objetivo de detección se podría haber alcanzado si el Sistema de Vigilancia de PFA hubieran captado oportunamente los casos detectados en la búsqueda activa que se realiza retrospectivamente; este año esta búsqueda no está finalizada.

Los indicadores de calidad de la vigilancia de PFA referentes a la investigación epidemiológica, una vez detectados los casos por el sistema, continúan con cifras superiores o cercanas al 80%, estándar de calidad de la OMS. Durante el año 2008 todos los casos han sido adecuadamente investigados y seguidos por los servicios de vigilancia.

Los indicadores relativos a la toma de muestras han descendido notablemente en 2008. Sólo el 40% de los casos de PFA tienen dos muestras adecuadas de heces frente al 80% fijado como estándar de calidad.

Los indicadores referentes a la calidad del laboratorio rondan el objetivo marcado por la OMS con un cumplimiento para todos los parámetros cercano o superior al 80%.

Como se ha comentado en años anteriores, es difícil mantener la sensibilidad del sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda. El personal sanitario tiene la sensación de que no estamos ante un problema importante de salud pública, dada la ausencia de casos de polio en nuestro país, sensación potenciada desde la certificación por la OMS de la Región Europea "libre de polio", en junio de 2002. Sin embargo, hasta que la poliomiélitis no sea erradicada en el mundo, existe un riesgo de importación de poliovirus que no se puede menospreciar. Esta misma situación se observa en otros países de Europa occidental.

España es un país que puede ser considerado de riesgo para la importación, dada su condición de frontera física con el continente africano, por ser el tercer país del mundo en número de visitantes anuales y por el importante incremento de población inmigrante en los últimos años, por lo que es muy importante que el sistema de vigilancia se mantenga activo y alerta, manteniendo el elevado nivel de calidad requerido, ante la posibilidad de importación de poliovirus, salvajes o vacunales, procedentes de países endémicos o de países en los que aún se vacuna con la vacuna de polio oral.

En enero de 2008, la Asamblea Mundial de Salud, tras valorar los importantes avances alcanzados durante 2007, enfatizó la necesidad de una acción internacional coordinada para minimizar el riesgo de reaparición de poliovirus en la era post erradicación, fortaleciendo la supervisión de las actividades del plan de erradicación en todos los niveles: nacional, regional y local; eliminando la transmisión en las áreas endémicas más prioritarias y manteniendo los fondos internacionales para alcanzar la erradicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Wild Poliovirus Weekly Update. Disponible en: <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>. Consultado el 11 de marzo de 2009.
- Wild Poliovirus Infected Districts, September 2008-March 2009. Disponible en: <http://www.polioeradication.org/content/general/infecteddistricts.pdf>. Consultado el 12 de marzo de 2009.
- Acute flaccid paralysis surveillance. Europe WHO region. Disponible en: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=198968>. Consultado el 12 de marzo de 2009.
- World Health Organization. Global Polio Eradication Initiative. <http://www.polioeradication.org/>.
- Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Plan de erradicación de la poliomiélitis en España. http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_pfa.jsp.
- World Health Organization.. 21st Meeting of European Region Certification for Polyomyelitis Eradication. June 2008. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e91881.pdf> Consultado el 23 de junio de 2009.
- World Health Organization Executive Board report on Poliomyelitis: mechanism for management of potential risks to eradication EB122/6. 10 January 2008. http://www.polioeradication.org/content/meetings/EB_Report.pdf
- Alcalde E, Castellanos T, Salamanca L, Martínez de Aragón MV Peña-Rey I. Vigilancia de parálisis flácida aguda. España, 2007. Bol Epidemiol Semanal 2008; 16 (1): 1-4.

Tabla 2

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda

INDICADORES DE CALIDAD DE VIGILANCIA	OBJETIVO OMS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidencia PFA/100.000 < 15 años	>=1	0,68	0,81	0,84	0,61	0,74	0,72	0,73	0,66	0,57	0,53
% PFA notificados <=7 días desde el inicio de síntomas	>=80	55	50	45	48	43	35	50	40,5	45,9	40,0
% PFA notificados <= 7 días desde el ingreso	>=80	92	75	76	76	67	56	70,5	73,2	78,4	74,3
% PFA investigados <= 48 horas desde la notificación	>=80	97,5	98	96	97	93	100	100	100	94,6	100
% PFA con seguimiento a los 60-90 días	>=80	97,5	100	94	92	96	100	100	100	97,3	100
% PFA con diagnóstico clínico	>=80	97,5	100	100	97	100	100	100	100	100	100
% PFA con 2 muestras de heces en <=14 días desde el inicio de síntomas	>=80	72,5	69	61	57	46	56	65,9	45,2	56,8	34,3
% PFA con 2 muestras de heces en <=14 días desde el ingreso	>=80					67	67	72,7	64,3	78,4	40,0
% PFA con 1 muestra de heces en <=14 días desde el inicio de síntomas	>=80	85	75	82	73	70	70	75,0	59,5	83,6	57,1
% PFA con 1 muestra de heces en <=14 días desde el ingreso	>=80						88	77,3	78,6	94,6	82,9
% PFA con 2 muestras de heces en cualquier tiempo	>=80	92,5	90	90	81	73	77	77,3	78,6	83,8	51,4