

Sumario

Vigilancia de parálisis flácida aguda. España, 2006	13	Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria	17
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión	16	Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica	21

Vigilancia de parálisis flácida aguda. España, 2006

Castellanos T, Alcalde E, Peña-Rey I, Martínez de Aragón MV. Área de Vigilancia de Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

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 sido certificadas «libres de polio»: la Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú en 1991; la Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998.

El número de países endémicos disminuyó de 125 en 1988 a seis países a finales de 2004 (India, Nigeria, Pakistán, Egipto, Afganistán y Níger), y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó un 99%, de 350.000 casos en 1988 a 784 casos notificados en el año 2003. Durante 2003-2006 se produjo un incremento como consecuencia de la diseminación de casos a partir de los focos endémicos, a países previamente libres de polio; así, de los 784 casos en el 2003 aumentó a 1.255 casos en el 2004 y 1.936 en el 2005. Durante 2006 el número de casos de polio notificados en el mundo fue de 1.997. En la actualidad quedan cuatro focos endémicos localizados en cuatro países (Nigeria, Pakistán, Afganistán, India).

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos así como mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad, con alta sensibilidad, basado en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de poliomielitis.

El cumplimiento de los objetivos de coberturas y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certifica-

ción de la Erradicación de la Polio y por la Organización Mundial de la Salud.

1. COBERTURAS DE VACUNACIÓN ESPAÑA 2005

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

Desde 1996 las coberturas de vacunación con tres dosis de polio han sido superiores al 90% en todas las CC.AA. Las coberturas alcanzadas durante 2005 en niños de 0-1 años fueron de 96,2% (rango 91,8-99,8%) y en niños de 1-2 años de edad (dosis booster) fue de 94,9% (rango 92,0-99,1%).

2. VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. ESPAÑA 2006

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

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

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 2006

1. Tasa de notificación

Durante el año 2006 se notificaron al sistema de vigilancia 42 casos de parálisis flácida aguda lo que supuso una incidencia de 0,66 por 100.000 menores de 15 años (ver tabla 1).

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

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

Otros años hemos visto como la tasa óptima de PFA propuesta por la OMS, se podría haber alcanzado si el

Sistema de Vigilancia de PFA hubiera captado oportunamente los casos detectados por búsqueda activa retrospectiva. En este momento aún no tenemos los datos de la revisión anual de 2006 del CMBD, por lo que, aunque probable, aún no sabemos si esto se cumpliría también para este año.

2. Distribución por sexo y edad

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

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

4. Características clínicas de los casos

- **Síntomas previos al inicio de parálisis:** Dolor muscular, fiebre, síntomas respiratorios y orofaríngeos fueron los síntomas mencionados en el mayor porcentaje de los casos.
- **Afectación de la parálisis:** El 90% de los casos (38 casos) presentaron parálisis espinal, El 5% (2 casos) afectación bulbar y espinal, el 2% (1 caso) presentó afectación facial y espinal y un 2% (1 caso) presentó parálisis en miembro inferior izquierdo por una miositis. El 52% de los casos presentó parálisis de extremidades inferiores y el 48% presentaron parálisis de extremidades superiores e inferiores.
- **Progresión rápida de la parálisis:** En 15 casos (35,7%) la parálisis cursó con una progresión rápida; en 18 casos (42,9%) ésta fue lenta, y en nueve (21,4%) se desconoce.
- **Asimetría:** se presentó en cinco de los casos. Todos ellos estaban correctamente vacunados para su edad, con dos muestras de heces adecuadas con

Tabla 1

Sistema de vigilancia de PFA. España 2006. Casos notificados y detectados por búsqueda activa y tasas de incidencia por CC.AA.

CC.AA.	Pob. < 15 años	Esperados	Notificados	Tasa	Búsqueda activa mensual	Totales	Tasa PFA
Andalucía	1.280.805	12,8	7	0,55		7	0,55
Aragón	162.301	1,6	0	0,00		0	0,00
Asturias	106.731	1,1	0	0,00		0	0,00
Baleares	158.067	1,6	2	1,27		2	1,27
Canarias	311.472	3,1	2	0,64		2	0,64
Cantabria	67.891	0,7	0	0,00		0	0,00
Castilla-La Mancha	286.161	2,9	1	0,35		1	0,35
Castilla y León	284.803	2,8	4	1,40		4	1,40
Cataluña	1.015.588	10,2	3	0,30		3	0,30
C. Valenciana	693.177	6,9	7	1,01	1	8	1,15
Extremadura	161.122	1,6	1	0,62		1	0,62
Galicia	309.909	3,1	1	0,32		1	0,32
Madrid	910.364	9,1	11	1,21		11	1,21
Murcia	231.791	2,3	2	0,86	1	3	1,29
Navarra	85.831	0,9	0	0,00		0	0,00
País Vasco	260.817	2,6	0	0,00		0	0,00
La Rioja	40.385	0,4	0	0,00		0	0,00
Ceuta	14.205	0,1	1	7,04		1	7,04
Melilla	14.795	0,1	0	0,00		0	0,00
TOTAL	6.396.215	64,0	42	0,66		44	0,69

resultados negativos, excepto en un caso al que no se le recogieron. Los diagnósticos definitivos fueron PFA de posible origen vírico sin tipificar, miositis de miembro inferior izquierdo, Mielitis transversal cervical, y dos síndromes de Guillain-Barré. Tres de estos casos presentaron parálisis residual en la revisión de los 60-90 días.

- **Parálisis residual:** En la revisión a los 60-90 días se encontró parálisis residual en 16 casos, todos vacunados con tres ó más dosis. El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-Barré (8 casos), mielitis (3 casos), polineuritis infecciosa aguda (3 casos, uno de ellos por Echovirus6) y polineuropatía desmielinizante (2 casos).
- **Diagnóstico definitivo.** El Síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis es el diagnóstico que presenta en el 83,3% de los casos (35 casos), seguido de la mielitis con el 9,5% (4 casos).

B. Indicadores de calidad del sistema de vigilancia de PFA (tabla 2)

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

2. **Oportunidad en la notificación e investigación:** El porcentaje de casos notificados en un período ≤ 7 días desde el inicio de los síntomas alcanza un 40,5%. Si se considera la fecha de ingreso el 73,2% de los casos fueron notificados en menos de 7 días desde su ingreso;

este indicador refleja mejor que el anterior el tiempo empleado en la notificación desde que se tiene conocimiento del caso. Ambos indicadores están por debajo del objetivo fijado por la OMS del 80%.

3. **Investigación epidemiológica de los casos:** El 100% de los 42 casos fueron investigados en las 48 horas siguientes a su notificación.

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

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

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

3. CONCLUSIONES

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

Tabla 2

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

Indicadores de calidad de vigilancia	Objetivo OMS (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)
Incidenca PFA/100.000 < 15 años	≥ 1	0,78	0,68	0,81	0,84	0,61	0,74	0,72	0,73	0,66
% PFA notificados ≤ 7 d inicio síntomas	≥ 80	53	55	50	45	48	43	35	50	40,5
% PFA notificados ≤ 7 d ingreso	≥ 80	72	92	75	76	76	67	56	70,5	73,2
% PFA investigados ≤ 48 h desde la notificación	≥ 80	97	97,5	98	96	97	93	100	100	100
% PFA con seguimiento 60-90 d	≥ 80	100	97,5	100	94	92	96	100	100	100
% PFA con diagnóstico clínico	≥ 80	100	97,5	100	100	97	100	100	100	100
% PFA con 2 muestras de heces en ≤ 14 d desde inicio síntomas	≥ 80	64	72,5	69	61	57	46	56	65,9	45,2
% PFA con 2 muestras de heces en ≤ 14 d desde el ingreso	≥ 80						67	67	72,7	64,3
% PFA con 1 muestra de heces en ≤ 14 d desde inicio síntomas	≥ 80	74	85	75	82	73	70	70	75,0	59,5
% PFA con 1 muestra de heces en ≤ 14 d desde el ingreso	≥ 80							88	77,3	78,6
% PFA con 2 muestras de heces en cualquier tiempo	≥ 80	76	92,5	90	90	81	73	77	77,3	78,6
Envío muestras al laboratorio en ≤ 3 d	≥ 80		1. ^a muestra 80	94	94	95	78	89	52,8	94,1
			2. ^a muestra 87	98	98	100	85	96	75,8	89,7
Desde envío a recepción ≤ 3 d	≥ 80		1. ^a muestra 91					91	75,0	90,9
			2. ^a muestra 91					91	75,0	96,4
Resultados de laboratorio en ≤ 28 d	≥ 80		1. ^a muestra 90	68	82	70	90	81	82,1	89,5
			2. ^a muestra 97	67	89	90	90	86	81,3	93,8
% aislamientos de enterovirus no polio	≥ 10		9,3	4,2	2,1	14	5	9,3	2,3	11,9

de muestras adecuadas. Los indicadores referentes a la oportunidad en la notificación y la toma de muestras «adecuadas», presentan, desde el inicio del plan, valores inferiores al estándar propuesto por la OMS.

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

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

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

a través de las fronteras, y el aumento creciente de población inmigrante, procedente de países con diferentes niveles de coberturas, debe mantener alerta el sistema de vigilancia ante la posibilidad de importación del virus.

BIBLIOGRAFÍA

<http://www.polioeradication.org/content/general/>.

Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Plan de erradicación de la poliomielitis en España.

http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_pfa.jsp.

OMS. Polio endemic countries hit all-time low of four. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr05/en/index.html>.

CDC. Progress toward global poliomyelitis eradication—Nigeria, January 2003—March 2004. *MMWR* 2004;53:343—6.

World Health Organization. Global Polio Eradication Initiative Annual Report 2005.

World Health Organization. Report on polio to the 58th World Health.

Suárez B, Castellanos T, Peña-Rey I, Alcalde E, Martínez de Aragón MV. *Vigilancia de la parálisis flácida aguda en España*. 2005. *Bol Epidemiol Semanal* 2006; 14 (5): 49-60.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Casos acumulados desde el 01/01/2007 hasta el 29/01/2007 (semana 04)

CC.AA.	Casos notificados (1)	En investigación	Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
			Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnosticar	Total
Andalucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aragón	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Asturias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canarias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cantabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla y León	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cataluña	136	52	-	65	-	65	-	2	17	19
Com. Valenciana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremadura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Galicia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madrid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rioja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	139	55	-	65	-	65	-	2	17	19

(1) **Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.

(2) **Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

(3) **Caso confirmado por laboratorio:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.

(4) **Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.

(5) **Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.

(6) **Otros diagnósticos:** Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: Parvovirus B19, escarlatina.

Más información (BES 2000;8:169-172)