



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

TÍTULO DEL INFORME:

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS.
VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA.
COMUNIDAD DE MADRID, 2017

Dirección General de Salud Pública

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA

C/ San Martín de Porres nº 6

28035 Madrid

E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2017.

RESUMEN

Introducción:

En 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000, en ese momento, más de 125 países en el mundo eran endémicos de la poliomielitis y cada año se daban 350.000 casos. Hoy sólo tres países siguen siendo endémicos (Pakistán, Nigeria y Afganistán) y sólo 22 casos fueron notificados en 2017. Sólo continúa circulando el serotipo salvaje Tipo 1, el serotipo Tipo 2 se declaró erradicado en 2015 y el Tipo 3 no se detecta desde 2012.

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2017 se han detectado 8 casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,79 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo el 62,5% son niñas. El rango de edad oscila entre 2 y 12 años, con una media de 3,8 años (DE 3,40).

Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 39 casos de PFA con una incidencia de 0,56 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, todos ellos se clasificaron como “descartados” de polio y la mayoría fueron Síndrome de Guillain-Barré. No se notificó ningún caso prioritario de PFA.

Situación de la Poliomielitis en el mundo: Entre 1988 y 2003 los esfuerzos realizados para la erradicación de la polio consiguieron reducir un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2017 (Afganistán, Pakistán y Nigeria) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 22 casos en 2017, un 41% menos que los 37 casos registrados en 2016.

I. INTRODUCCIÓN

Desde que en 1988 se adoptó la iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis los casos de polio se han reducido más de un 99%. Cuatro de las seis regiones de la OMS ya han alcanzado este objetivo: Las Américas (1994), Pacífico Occidental (2000), Europa (2002) y Asia Suroriental (2014). Actualmente solo en Afganistán, Pakistán y Nigeria persiste la transmisión endémica de poliovirus salvaje.

El polio virus salvaje tipo 2 (PVS2) no se detecta desde 1999 y se declaró erradicado en 2015; el polio virus salvaje tipo 3 (PVS3) no se detecta desde 2012. Junto con polio virus salvaje en el mundo circulan poliovirus derivados de la vacuna (PVDV) originados en zonas donde todavía se utiliza la vacuna de polio oral (VPO). La mayoría de las poliomielitis producidas por PVDV están asociados al poliovirus vacunal tipo 2, por lo que la OMS tiene entre sus objetivos inmediatos eliminar el componente tipo 2 de la VPO y reemplazar la vacuna oral trivalente por una vacuna oral bivalente. Esta sustitución se hizo a nivel mundial en abril de 2016 y ha supuesto el primer paso en la eliminación del uso de vacunas de polio atenuadas previsto para 2019-2020. La vacuna oral trivalente ya no se usa ni en vacunación de rutina ni en campañas de vacunación. Se dispone de vacuna monovalente tipo 2 para el control de brotes.

En España el “Plan de Acción para la Erradicación de la Poliomielitis” se ha actualizado en 2016 siguiendo las recomendaciones de la OMS para **la Vigilancia de Enterovirus** y para la **Vigilancia Medioambiental de Poliovirus** y el documento de **Respuesta ante un brote de Poliovirus**. El plan contiene cuatro áreas prioritarias de intervención: la vigilancia de poliovirus, el programa de vacunación, la contención de los poliovirus en los laboratorios y el plan de respuesta ante la detección de un poliovirus.

Una estrategia para la vigilancia de poliovirus es la vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) cuyo objetivo es detectar precozmente todo caso compatible con poliomielitis paralítica mediante una rápida investigación epidemiológica y de laboratorio que permita confirmar o descartar la presencia de poliovirus y, en su caso, adoptar las medidas de control adecuadas. La OMS acepta otro tipo de vigilancia alternativa en países no endémicos que dispongan de sistemas de salud de alta calidad: es la denominada vigilancia complementaria, que incluye la vigilancia de enterovirus en muestras clínicas y la vigilancia medioambiental de poliovirus.

En España la vacuna oral de polio se introdujo en 1963 y en el año 2004 se sustituyó por la vacuna de polio inactivada. La OMS recomienda mantener coberturas superiores al 90% y desde 1996 la cobertura nacional con tres dosis de vacuna de polio supera el 95%. En 2017 la cobertura media nacional para la serie básica con tres dosis en el primer año de vida fue del 97,2% (rango entre comunidades 94,7% - 100%).

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia de la Comunidad de Madrid (CM) en el año 2017, los indicadores de calidad del sistema de vigilancia y un resumen de la situación epidemiológica de la poliomielitis en España, en Europa y en el mundo.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2017

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableció la lista de enfermedades, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Con posterioridad se desarrolló reglamentación complementaria a ésta. Sin embargo es en 2015 cuando se produce el mayor cambio en la normativa reguladora de las EDO con la publicación de la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito local e incluye la PFA en menores de 15 años como enfermedad de notificación urgente con datos epidemiológicos básicos.

La PFA como enfermedad de declaración obligatoria tiene la siguiente definición clínica de caso: enfermedad que se caracteriza por el inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

El criterio diagnóstico de laboratorio, establece el aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en los laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

El procedimiento establecido en vigilancia ante un cuadro compatible con PFA en un niño con edad inferior a 15 años ingresado en un hospital, incluye las siguientes actuaciones:

- Complimentación del cuestionario epidemiológico específico de PFA.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Salud Pública o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitud del envío de muestras biológicas al laboratorio de referencia para la investigación de enterovirus (en la CM al Centro Nacional de Microbiología). Se deben remitir dos muestras de heces del caso, separadas entre sí entre 24-48 horas y dentro de los 14-15 días siguientes al inicio de los síntomas, dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y una muestra de líquido cefalorraquídeo.
- Revisión clínica del caso a los 60 días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso respecto a polio: sospechoso, compatible, confirmado o descartado.

Este sistema de vigilancia se complementa con la revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

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

Informe: Vigilancia de la parálisis flácida aguda, año 2017.

indicadores, los dos más importantes son el indicador de sensibilidad del sistema, representado por la tasa de PFA (que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años) y el porcentaje de casos de PFA en los que se han tomado muestras adecuadas (dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí al menos 24 horas) que ha de ser $\geq 80\%$.

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

Para el mantenimiento de la situación libre de polio, es necesario alcanzar elevadas coberturas de vacunación en el calendario de vacunación infantil. En la Comunidad de Madrid, en el año 2017, la cobertura de la serie primaria de vacunación con dos dosis de vacuna de polio inactivada (VPI), a los 6 meses de edad, ha sido del 99,8%.

En la actualidad el calendario de vacunaciones infantiles de la Comunidad contempla la administración de cuatro dosis de vacuna de polio inactivada (VPI). Tres dosis en el primer año de vida, a los 2, 4, y 11 meses de edad en forma de vacuna combinada hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB) y la cuarta dosis de refuerzo a los 6 años de edad (medida que se hará efectiva a partir de 1 de julio de 2022), con vacuna combinada tetravalente (DTPa-VPI).

Estudio descriptivo de los casos

En 2017 en la Comunidad de Madrid se detectaron 8 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 0,78 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Dos de los casos han sido notificados al sistema de vigilancia y seis casos han sido recuperados en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio: Los 8 casos se diagnosticaron como Síndrome de Guillain-Barré.

La distribución de los casos por sexo fue de 5 mujeres (62,5%) y 3 varones (37,5%). El rango de edad osciló entre 2 y 12 años, con una media de 3,8 años (DE 3,40).

En cuanto al lugar de residencia 2 casos viven en el municipio de Madrid, y un caso en cada uno de los siguientes municipios: Collado Villalba, Torrejón de Ardoz, Leganés, El Álamo, Getafe y Coslada.

Se han notificado 2 casos de PFA a la red de vigilancia, lo que supone una incidencia de 0,19 casos por 100.000 menores de 15 años. Las notificaciones se realizaron desde el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Todos estaban correctamente vacunados de acuerdo con su edad.

De los casos notificados a la Red de Vigilancia, se recogieron y enviaron muestras biológicas al Centro Nacional de Microbiología para el diagnóstico de enterovirus. Se obtuvieron 3 muestras negativas a enterovirus. El diagnóstico definitivo fue “Síndrome de Guillain Barré” en los 2 casos.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2017 se encontraron 6 casos que no fueron notificados en su momento: dos en el Hospital Infantil

Informe: Vigilancia de la parálisis flácida aguda, año 2017.

Universitario Niño Jesús y uno en cada uno de los siguientes hospitales: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario Rey Juan Carlos y Hospital Universitario 12 de Octubre. Todos con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré.

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia

Dos casos se notificaron al sistema de vigilancia, por lo que la incidencia registrada en 2017 fue de 0,19 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, inferior a la registrada el año anterior (0,88) y lejos de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000 habitantes).

Respecto a los indicadores de calidad relativos a la recogida de muestras adecuadas, se recogieron dos muestras de heces en 1 caso y solo una en el otro caso. Todas las muestras se enviaron al laboratorio dentro de los plazos previstos. El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de “enterovirus no polio”, cuyo estándar es que sea superior al 10%, ha sido del 0%, ya que las tres muestras fueron negativas.

El indicador de seguimiento clínico a los 60 días, que debe realizarse en al menos el 80% de los casos, se completó correctamente (100%).

Conclusiones

En 2017 en la Comunidad de Madrid se han detectado 8 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,78 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Seis casos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La ausencia de casos de polio en la Comunidad de Madrid, al igual que en el resto de España en los últimos años, hace que la vigilancia activa de esta enfermedad esté relativamente relegada en la rutina de los notificadores, en especial cuando la mayoría de los diagnósticos definitivos son Síndrome de Guillain-Barré.

Sería necesario revisar la sistemática de la vigilancia, ya que continúa siendo muy necesaria ante el riesgo de importación de poliovirus.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Situación de la polio en España

Los últimos casos autóctonos de poliomielitis notificados en España ocurrieron en Andalucía en un brote en 1987 y 1988 en población marginal no vacunada. En 1989 se produjo un caso importado de Mauritania. Los últimos casos asociados a la vacuna oral de la polio (VPO) se produjeron entre 1995 y 2001 en Barcelona, Murcia y Bilbao y en 2005 en un lactante inmunodeprimido de 6 meses que había recibido la VPO en Marruecos (su país de origen).

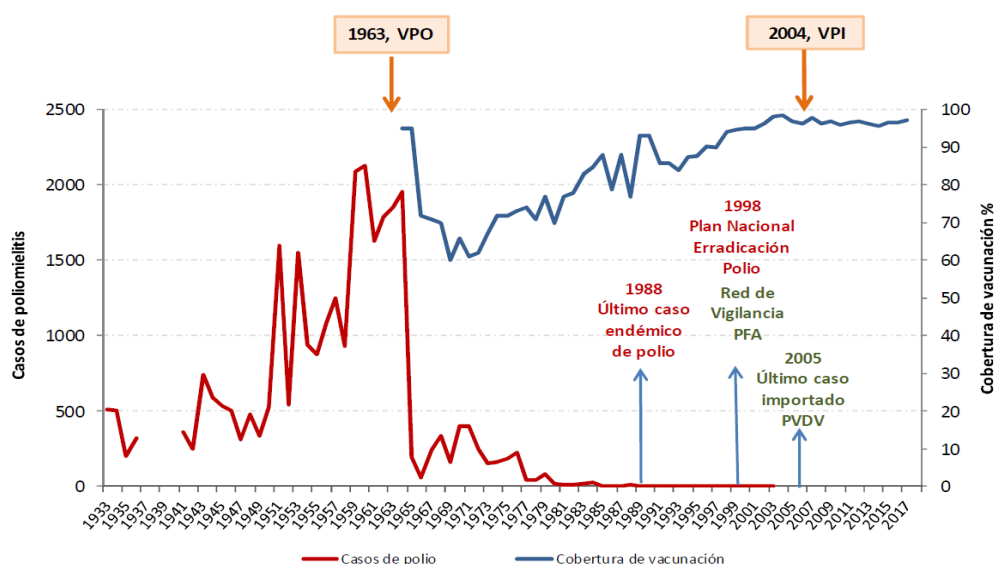
Informe: Vigilancia de la parálisis flácida aguda, año 2017.

En la actualidad España cuenta con un Plan de Acción para mantener la situación libre de polio que establece tres líneas prioritarias de intervención:

- Sistema de Vigilancia de Poliovirus.
- El Programa de vacunación.
- El Plan de respuesta rápida ante la importación de un poliovirus.

Además, la vigilancia de la PFA se complementa con la Vigilancia de Enterovirus, cuyo objetivo es demostrar la ausencia de poliovirus circulantes entre los enterovirus caracterizados en muestras clínicas de pacientes con cuadros clínicos diferentes a PFA y en las aguas residuales a través de la vigilancia medioambiental. Esta vigilancia se realiza a través de la Red de Laboratorios para la Vigilancia de la PFA, coordinada por el Laboratorio Nacional de Poliovirus del Centro Nacional de Microbiología.

Figura 1. Casos de poliomiélitis y coberturas con vacunas de polio. España, 1931-2017.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII. Coberturas de vacunación: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social

Vigilancia de la PFA en España

La vigilancia de la PFA se inicia con la notificación urgente de todo caso de PFA en menores de 15 años; la notificación desencadena un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio con el fin de descartarlo/confirmarlo como caso de polio, clasificarlo de forma adecuada y, si procede, instaurar rápidamente las medidas de intervención. La notificación se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se identifica el caso.

La OMS define un caso de PFA como “caso prioritario” para la investigación cuando el cuadro de PFA con fiebre ocurre en un niño que ha recibido menos de tres dosis de vacuna de la polio, ha viajado desde un área infectada de polio o pertenece a un grupo de alto riesgo (ej. Inmunodeprimido).

Informe: Vigilancia de la parálisis flácida aguda, año 2017.

También se consideran prioritarios los casos de Enterovirus de cualquier edad clínicamente sospechosos de ser casos de polio. La técnica de elección para el estudio virológico de muestras de heces de los casos de PFA, única aceptada por OMS-Europa, es el cultivo celular de virus (Células L20B). Los resultados de las técnicas de PCR todavía no se aceptan como definitivos para descartar la presencia de poliovirus en heces.

Figura 2. Tasa de notificación de PFA, tasa de hospitalización de PFA (CMBD) y % de casos PFA con detección de EV, España, 2000-2017



Fuente:

Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. Centro Nacional de Epidemiología. Registro de Altas Hospitalarias (CMBD). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

En el año 2017 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 39 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,56 por 100.000. La Figura 3 refleja la distribución de los casos notificados y esperados según la Comunidad Autónoma de residencia. En 2017 no se notificó ningún caso prioritario de PFA.

En cuanto a la distribución de casos por sexo, el 46,2% de los casos (18) fueron niñas. El 43,6% de los casos tenían entre 1 y 4 años y el 28,2% entre 5-9 años. Todos los casos estaban adecuadamente vacunados con al menos tres dosis de vacuna de polio.

En cuanto a la clínica, el 23,1% de los casos presentó fiebre al inicio de la parálisis, en el 38,5% de los casos la parálisis progresó rápidamente (<4 días), y en el 10,3% (4 casos) la parálisis fue asimétrica.

En todos los casos se obtuvo un diagnóstico clínico, el 74,4% (29) fueron Síndrome de Guillain-Barré (SGB/Polirradiculoneuritis). También se diagnosticaron 5 casos (12,8%) de neuropatía de origen tóxico o infeccioso, 2 mielitis transversa y 2 casos se clasificaron como "Otras neuropatías / Enfermedades sistémicas".

Informe: Vigilancia de la parálisis flácida aguda, año 2017.

En el seguimiento de los casos a los 60-90 días tras el inicio de la parálisis, 30 casos (76,9%) no presentaron parálisis residual. En todos los casos se realizó el seguimiento adecuadamente.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA Y EN EL MUNDO

OMS-Europa publica un informe anual sobre la situación de la polio en la Región, elaborado por el Comité Regional para la Certificación de la Erradicación de la polio (RCC). El RCC después de revisar los informes enviados por los países miembros, concluye que durante el año 2017 no se produjo transmisión de poliovirus salvaje ni derivados de la vacuna en la Región Europea.

El informe incluye la evaluación del riesgo de reintroducción de poliovirus salvaje en la región tras una importación desde algún país con casos de polio, sobre todo Afganistán y Pakistán. Con arreglo a una serie de indicadores (coberturas de vacunación, calidad del sistema de vigilancia, existencia de poblaciones de alto riesgo y proximidad a países con transmisión de poliovirus salvaje) se elabora un índice de riesgo para cada país. Debido a la cada vez más próxima certificación de la erradicación de la poliomielitis, el enfoque que aplica el Comité para evaluar los informes se ha vuelto más estricto, dando lugar al aumento del número de países clasificados con riesgo intermedio.

Aunque actualmente cualquier país está a riesgo de una importación, Bosnia Herzegovina, Rumanía y Ucrania presentan riesgo alto de que se produzca un brote de polio tras una importación. De manera provisional también se ha considerado que Grecia, Islandia, Italia y San Marino tienen alto riesgo de transmisión. Veinticinco países presentan un riesgo intermedio. Para España, el RCC considera que tiene un riesgo bajo de transmisión tras una importación de polio virus salvajes, pero señala que necesita mejorar la calidad de su vigilancia.

El RCC hizo hincapié en la importancia de que todos los Estados miembros sigan las directrices previamente establecidas sobre la composición de los comités nacionales de certificación y evite posibles conflictos de intereses causados por los empleados del programa de erradicación de la poliomielitis, ministerios de salud o instituto de salud pública que actúan como miembros del RCC.

Casos de polio en el mundo

En mayo de 2016 la 68ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución histórica, que pone en marcha todos los elementos básicos necesarios para completar la estrategia de Erradicación de la Poliomielitis (Plan Endgame 2013-2018) e insta a todos los Estados miembros para que la apliquen y financien plenamente.

En el año 2017 se consiguieron grandes progresos en el Plan de Erradicación, sólo se notificaron 22 casos de polio por poliovirus salvaje en dos países: Afganistán y Pakistán frente a los 37 casos notificados en 2016. En Nigeria el último caso de polio por poliovirus salvaje fue en agosto de 2016 (figura 3). En la tabla 1 se presenta un resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomielitis en las regiones de la OMS desde 2014 a 2017 y en la tabla 2 la distribución del número de casos de poliomielitis por países desde 2013 al 20 de marzo de 2018.

En Afganistán han tenido 14 casos en 2017, un caso más que los 13 de 2016 y se están intensificando los esfuerzos de erradicación haciendo llegar la vacunación a lugares inseguros e inaccesibles a través de los Centros de Operaciones de Emergencias (EOC) y el Plan de Acción

Informe: Vigilancia de la parálisis flácida aguda, año 2017.

Nacional que han mejorado el programa y están ayudando a garantizar que todos los niños sean vacunados.

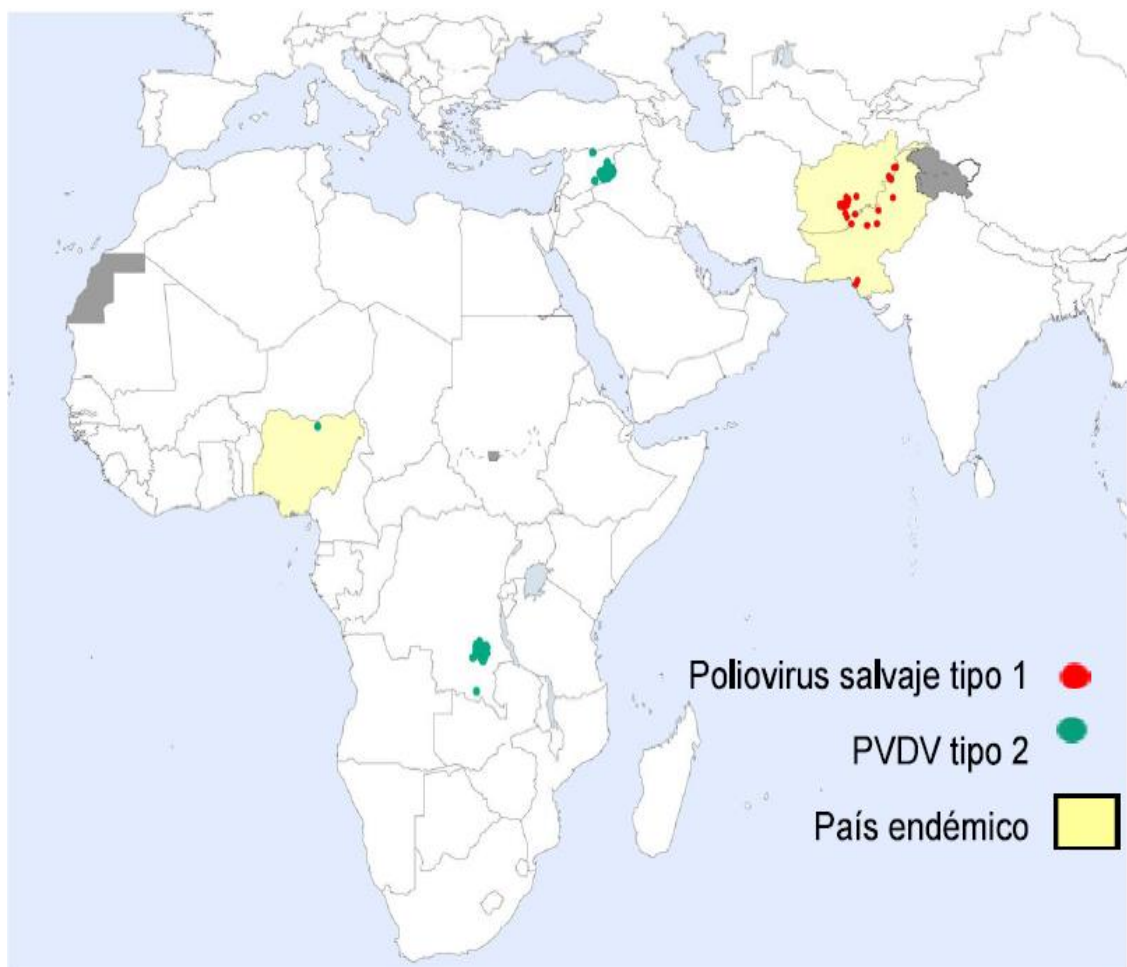
En Pakistán se han hecho grandes progresos reduciendo en un 99% el número de casos desde 2014, con 8 casos en 2017 frente a los 20 casos en 2016. Sin embargo los datos de vigilancia siguen indicando la circulación de poliovirus salvaje en el país.

Tabla 1. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomieltis en las regiones de la OMS. Años 2014 – 2017.

Regiones de la OMS	2014		2015		2016		2017	
	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio
África	5.6	22	6.3	0	8.0	4	7.8	0
América	0.8	0	0.8	0	0.9	0	0.8	0
Mediterráneo Este	5.8	337	6.1	74	7.6	33	9.1	22
Europa	1.0	0	1.0	0	1.1	0	1.0	0
Sudeste Asiático	11.0	0	9.3	0	9.4	0	8.1	0
Pacífico Oeste	1.9	0	1.8	0	1.9	0	1.8	0
Total Global	5.5	359	5.2	74	5.8	37	5.5	22

Fuente: OMS. WER (13/04/2018)

Figura 3. Mapa de los casos de polio en el mundo (Año 2017)



Fuente: OMS. Actualización de casos de polio en el mundo (30 mayo 2017 – 29 mayo 2018).

Global Wild Poliovirus & cVDPV Cases. Data in WHO HQ as of 29 May 2018.

Tabla 2. Número de casos de poliomielitis por países a 20 de marzo de 2018.

Global Wild Poliovirus 2013 - 2018

Country or territory ³	Wild virus confirmed cases								Wild virus reported from other sources ²							
	Full year total					01 Jan -20 Mar ¹		Onset of most recent type 3	Onset of most recent type 1	Full year total						Date of most recent virus
	2013	2014	2015	2016	2017	2017	2018			2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Afghanistan	14	28	20	13	14	2	5	11-Apr-10	19-Feb-18		17	20	2	42	11	25-Feb-18
Pakistan	93	306	54	20	8	2	0	18-Apr-12	15-Nov-17	66	127	84	62	111	14	15-Feb-18
Nigeria	53	6	0	4	0	0	0	10-Nov-12	21-Aug-16	3	1		1 ⁶			27-Sep-16
Somalia	194	5	0	0	0	0	0	NA	11-Aug-14							
Cameroon	4	5	0	0	0	0	0	15-Oct-09	09-Jul-14							
Equatorial Guinea	0	5	0	0	0	0	0	NA	03-May-14							
Iraq	0	2	0	0	0	0	0	NA	07-Apr-14							
Israel ⁴	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA	136	14					30-Mar-14
Syrian Arab Republic	35	1	0	0	0	0	0	NA	21-Jan-14							
West Bank and Gaza	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA	7	1					05-Jan-14
Ethiopia	9	1	0	0	0	0	0	NA	05-Jan-14							
Kenya	14	0	0	0	0	0	0	NA	14-Jul-13	1						12-Oct-13
Total	416	369	74	37	22	4	5			213	160	104	65	153	25	
Total wild virus type 1	416	369	74	37	22	4	5									
Total wild virus type 3	0	0	0	0	0	0	0									
Tot. in endemic countries	160	340	74	37	22	4	5									
Tot. in non-end countries	256	19	0	0	0	0	0									
No. of countries (infected)	8	9	2	3	3	2	1									
No. of countries (endemic)	3	3	3 ⁵	3 ⁵	3 ⁵	3	3									

Countries in yellow are endemic. ¹Data in WHO HQ on 21 Mar 2017 for 2017 data and 20 Mar for 2018 data.

²Wild viruses from environmental samples, selected contacts, healthy children and other sources. ³In March 2014, a serotype 1 wild poliovirus was detected in an environment specimen from Brazil, further investigation indicates this is an isolated event without evidence of circulation. ⁴Results are based on L20B positive culture. Prior to reporting week 16, 2014, results were based on a combination of direct qRT-PCR on RNA from concentrated sewage and L20B positive culture. ⁵Between 27 Sep 2015 and 27 Sep 2016, Nigeria was not classified as endemic. NA - Most recent case had onset prior to 1999. ⁶Exceptionally reporting case-contact of a positive index case given the date of collection is later than the onset date of the most recent WPV.

Data in WHO HQ as of 20 Mar. 2018

Fuente: "The Global Polio Eradication Initiative"

Referencias

- Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. Plan Nacional de Erradicación de la Poliomielitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus, año 2017. Madrid, noviembre 2018. Disponible en:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf_2018/Informe_anual_PFA_2017_v2.pdf

- World Health Organization. Global Polio Eradication initiative. Disponible en:

<http://www.polioeradication.org> , <http://www.who.int/immunization/en/>

- Vacunación infantil. Calendario de vacunación infantil. Disponible en:

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc.tecnico_calendario_infantil_y_acelerado_2018.pdf