

Plan de erradicación de la poliomeilitis

Propuesta del Grupo de Trabajo del Plan de erradicación de la poliomeilitis

En 1988 la Organización Mundial de la Salud (OMS) fijó el objetivo de la erradicación de la poliomeilitis para el año 2000.

Desde 1988 han sido muchos los esfuerzos realizados para conseguir este objetivo; que cuenta con tres estrategias fundamentales:

- Alcanzar y mantener altas coberturas de inmunización (95% en la serie primaria menores de dos años).
- Vigilancia medioambiental centrada en la detección de la circulación del poliovirus salvaje.
- Sistema de Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda que debe alcanzar determinados indicadores de calidad.

España implantó el Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) a finales de 1997 y desde entonces deben notificarse todos los casos ocurridos en menores de 15 años.

La OMS ha establecido que la Vigilancia de PFA es la regla de oro para la erradicación y todos los países deben luchar para alcanzar los indicadores de calidad de la vigilancia:

“Detectar al menos un caso de PFA cada 100.000 menores de 15 años y recoger en al menos el 80% de los casos detectados dos muestras de heces en los 14 días desde el inicio de la parálisis (separadas entre sí al menos 24 horas)”.

En 1998 la tasa alcanzada ha sido de 0,74 casos de PFA por 100.000 y sólo se han obtenido muestras adecuadas en el 64% de los casos.

Necesitamos su colaboración, así recordamos los puntos de interés:

Ante un caso de parálisis Flácida Aguda en un menor de 15 años ha de:

- **Rellenar la encuesta epidemiológica de PFA y enviarla de inmediato al coordinador provincial, para que el caso quede notificado y pueda completarse su estudio.**
- **Recoger en los 14 días desde el inicio de la parálisis: una 1ª muestra de heces del tamaño de una nuez y una 2ª muestra del mismo tamaño al menos 24 horas después.**

Todas las muestras deben ser enviadas adecuadamente a un laboratorio de referencia.

Se ha enviado información específica a los 247 hospitales donde pueden ser

diagnosticados estos casos. En cada Comunidad Autónoma, existe un coordinador del Plan de Erradicación en las Direcciones Generales de Salud Pública a las que puede dirigirse para información práctica y en cada provincia un epidemiólogo coordinador.

No obstante, si usted necesita más información puede dirigirse a:

- **Información general sobre el plan:**

Begoña Merino Merino

Ministerio de Sanidad y Consumo

Tel.: 91 5964194

- **Encuesta epidemiológica y declaración obligatoria:**

Isabel Pachón del Amo

Centro Nacional de Epidemiología

Tel.: 91 387 78 02

- **Información sobre laboratorio de referencia y envío de muestras:**

Pilar Pérez Breña

Centro Nacional de Microbiología

Tel.: 91 509 79 71

Esperamos que con la colaboración de todos podamos alcanzar durante este año los indicadores adecuados y podamos mantenerlos hasta que sea declarado el último caso.

Un cordial saludo.

Grupo de Trabajo del Plan de erradicación de la poliomelitis

Plan de actuaciones necesarias para la consecución del Certificado de Erradicación de la poliomelitis

1. Antecedentes

El **objetivo 5** de la Estrategia Salud Para Todos en el año 2000 señalaba la erradicación mundial de la poliomelitis para el año 2000.

En la Segunda Conferencia sobre Políticas de Inmunización celebrada en Karlovy Vary en 1984, se señalaba: *“Para 1990 la poliomelitis indígena deberá haber sido erradicada de todos los países de la Región”*.

En 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud tomó el acuerdo de erradicar la poliomelitis en el mundo para el año 2000.

En Mayo de 1989, la 42ª Asamblea Mundial de la Salud elaboró un *Plan de Acción para la Erradicación Mundial de la Poliomelitis para el año 2000*.

En 1990, en la Tercera Reunión del Grupo Consultivo de Erradicación de la Poliomelitis se fijaron los *Criterios para declarar a un país libre de poliomelitis indígena*.

En 1993, en la Séptima Reunión del Grupo Europeo del Programa Ampliado de Inmunización y en la Quinta Reunión de Directores Nacionales del Programa Ampliado de Inmunización, se

revisó los objetivos generales y específicos del referido programa y, por lo que se refiere a la poliomielitis definió:

“Para el año 2000, o tan pronto como sea posible, la poliomielitis indígena debida a poliovirus salvaje deberá ser erradicada de la Región”.

En marzo de 1996 se celebró en París la Primera Reunión de la Comisión Europea para la Certificación de Erradicación de la Poliomielitis (ANEXO 1). Los principales objetivos de la reunión fueron:

1. Discutir y acordar los términos de referencia de la Comisión Regional para la Certificación.
2. Discutir y proponer el proceso de certificación para los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS.
3. Formular las principales actividades que deberán incluirse en el plan de acción de la Comisión Regional para la Certificación.

1.1. Requisitos de la OMS para la obtención del Certificado de Erradicación

Según el documento anterior, las estrategias recomendadas por la OMS para la erradicación de la poliomielitis en la región europea son:

– **implantar un sistema eficaz de vigi-**

lancia de parálisis flácida aguda (PFA),

– **alcanzar y mantener una alta cobertura de inmunización y**

– **un sistema de vigilancia medioambiental**, que el virus salvaje no puede ser detectado ni en muestras humanas ni en muestras medioambientales.

Los criterios de calidad que deben cumplir los Programas de Vigilancia de Parálisis Flácidas Agudas (PFAs) y los Laboratorios y que deben mantenerse durante al menos 12 meses para conseguir el Certificado son:

1°. Al menos el 80% de los informes de vigilancia de PFAs rutinarios deben recibirse a tiempo.

2°. El sistema de vigilancia de PFAs debe detectar una tasa de PFA $\geq 1/100.000$ habitantes menores de 15 años.

3°. Al menos el 80% de los casos de PFA informados deben investigarse en las primeras 48h hasta un nivel suficiente para dirigir su investigación.

4°. Todos los ensayos de cultivo de virus, incluidos los negativos, deben ser realizados por laboratorios certificados.

Comentario: Todas las muestras de heces de PFA y otras muestras diagnósticas deben procesarse por un laboratorio que esté certificado como parte de la red global de laboratorios

para la erradicación de polio. El aislamiento de virus por laboratorios ajenos a la red debe confirmarse por un laboratorio de la red.

5° Al menos el 80% de las muestras de PFA deben ser adecuadas para su análisis a la llegada al laboratorio.

6° Todos los casos de PFAs deben tener un estudio completo tanto clínico como de laboratorio, con investigación del seguimiento de parálisis residual durante un período de seguimiento de 60 días.

Comentario: Una investigación completa clínica y de laboratorio incluye la toma de 2 muestras de heces separadas 24-48 horas tomadas en los primeros 14 días tras el comienzo de la parálisis. Los casos deberían tener también un examen de seguimiento clínico a los 60 días tras el comienzo de la parálisis para determinar si tienen parálisis residual. Finalmente, un panel de expertos debería reunirse al menos una vez al año para clasificar definitivamente los casos de PFA como poliomiélitis confirmados, poliomiélitis descartado, o poliomiélitis compatible.

Otros indicadores de vigilancia que refuerzan la Certificación son:

- Un sistema obligatorio de declaración de poliomiélitis que se haya de-

mostrado capaz de detectar casos importados.

- Un sistema de vigilancia de reacciones adversas a la vacuna que se haya demostrado capaz de detectar poliomiélitis asociada a vacunación en receptores o en sus contactos.
- Inmunización adecuada con muy alta cobertura de administración de al menos tres dosis, tanto en la población general como en poblaciones de riesgo.
- Estudios serológicos que demuestre un nivel inmunitario frente a poliovirus muy elevado.

Respecto a la **vigilancia medioambiental**, aunque la OMS estimula su implantación, es consciente de las dificultades que se presentan tanto desde el punto de vista metodológico como respecto a su interpretación.

Finalmente, aunque la Región Europea de la OMS prevé la Certificación para países no endémicos que no implanten un sistema de vigilancia activa de las PFAs, los requisitos exigidos son difícilmente implantables en nuestro país en los plazos previstos.

2. La situación en España

Los casos notificados de poliomiélitis en España han descendido de forma espectacular desde la introducción de la

vacuna antipoliomielítica en el año 1963. Los últimos casos notificados fueron en 1989.

La cobertura vacunal frente a la poliomiélitis es elevada, situándose por encima del 80% desde los años 80 y alcanzando un 91% en 1995, si bien se considera infraestimada esta cobertura al quedar excluidas las vacunaciones administradas fuera del sistema público.

Tras la recepción del informe de la 1ª Reunión de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (WHO/EPI7GEN/95.6) el Ministerio de Sanidad y Consumo envió copia del documento a las Comunidades Autónomas y a las ciudades de Ceuta y Melilla, a la vez que les consultó respecto a la viabilidad de la puesta en marcha de un Plan de Erradicación de Poliomiélitis en España.

Posteriormente, se publicaron las conclusiones de la 1ª Reunión de la Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis, que impulsan de manera decidida la puesta en marcha de la Vigilancia de PFA como el método de elección para demostrar la ausencia de circulación de poliovirus salvajes.

Con el objetivo de tener una primera estimación de las tasas de PFA de las que tiene conocimiento el Sistema Nacional

de Salud, se ha realizado una consulta a la base de datos CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) respecto al número de casos registrados en el epígrafe de la CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación clínica) "357.0 *Polineuritis infecciosa aguda (Polineuritis post-infecciosa, Síndrome de Guillain-Barré)*", la principal causa de PFA en menores de 15 años compatible con diagnóstico de polio. Los resultados se presentan por Comunidades Autónomas de residencia y hospitalización y por edad en el ANEXO 1.

Según los datos recogidos, el número de casos registrados por el CMBD en el Estado en menores de 15 años es de 66 casos en el año 1995. Estimando que en el año 1994 el CMBD registró el 86% de las altas registradas en los hospitales públicos y el 61% de las registradas en hospitales públicos y privados, el número de casos que podría esperarse se situaría entre rango de 77 y 108 casos anuales, lo que supondría una tasa de entre 1,2 y 1,6 casos por cada 100.000 habitantes menores de 15 años.

En noviembre de 1996 se constituyó el Grupo de Trabajo del Plan de Erradicación de la Poliomiélitis (GT-PEP) que actualmente está constituido por representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud

Pública, Instituto de Salud Carlos III e Instituto Nacional de la Salud) y de Sociedades Científicas (Epidemiología, Neurología, Pediatría y Virología).

Posteriormente fueron nombrados los Responsables Autonómicos del Plan de Erradicación de la Poliomielitis y se celebró una reunión en la que se analizó el Plan elaborado por el GT-PEP y se aprobó el cronograma del proceso de certificación de erradicación de la poliomielitis en el Estado Español.

En octubre de 1997 fue nombrado por el Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo el Comité Nacional de Expertos para la obtención del Certificado de Erradicación de la Poliomielitis.

3. Propuesta de actuaciones necesarias para la consecución del certificado de erradicación de la poliomielitis en España

La propuesta incluye las siguientes actuaciones:

- implantar un sistema eficaz de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA)
- alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación
- puesta en marcha un sistema de vigilancia medioambiental
- estudio seroepidemiológico que valore el estado inmunitario de la población frente a poliovirus.

3.1. Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda.

Definición de la entidad y su importancia

El síndrome de Parálisis Flácida Aguda (PFA) se caracteriza por un inicio rápido de debilidad muscular en las extremidades, afectando en ocasiones a los músculos de la respiración y/o a las estructuras anatómicas dependientes del tronco del encéfalo (bulbares, etc.), que suele alcanzar una intensidad máxima entre los días 1 y 10 a partir de su comienzo. El término "flácida" (hipotónica) indica la ausencia de espasticidad o de otros signos de trastorno motor dependiente de la primera motoneurona (neurona motora cortical y vía piramidal) tales como hiperreflexia, clonus o respuesta plantar extensora. Aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, es fundamentalmente una enfermedad de la infancia, de ahí su importancia en la vigilancia de la poliomielitis. Se estima que la PFA afecta a 1/100.000 niños menores de 15 años.

Entidades clínicas

que es necesario incluir:

Aunque la PFA representa un síndrome con múltiples causas, las más importantes, excluyendo las causas musculares

primarias y las pseudoparálisis, son las que se especifican a continuación:

- Enfermedad paralítica aguda por lesión de motoneuronas de asta anterior, causada por poliovirus u otros enterovirus (*coxsackievirus*, *echovirus* y *enterovirus* 70 y 71).
- Mielopatía aguda (mielitis trasversa), sin pérdida sensorial.
- Neuropatía periférica, fundamentalmente el Síndrome de Guillain Barré (polirradiculo-neuritis aguda).

Definición clínica del caso

Inicio agudo (no recurrente) de parálisis flácida (hipotónica) en una o más extremidades con ausencia o disminución de reflejos miotáticos en los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva, y que acontece en niño menor de 15 años de edad.

Criterio diagnóstico de laboratorio

Aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en laboratorio especializado que utilice técnicas virológicas de cultivo celular.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA), incluyendo el Síndrome de Guillain Barré y la mielo-

patía aguda, en un niño menor de 15 años en el que ninguna otra causa puede ser identificada.

Caso compatible: Todo caso de PFA con parálisis residual después de 60 días del inicio o bien pérdida del seguimiento o muerte, en el que no pudieron recogerse dos muestras de heces en las dos primeras semanas de iniciados los síntomas para ser examinadas por laboratorio especializado en virología.

Caso confirmado: Todo caso de PFA en el cual se aísla poliovirus en alguna de las muestras de heces del paciente o de muestras de un contacto. Una vez confirmado el caso y, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, éste se clasificará en:

- Caso autóctono de poliovirus salvaje,
- Caso importado de poliovirus salvaje: Los síntomas comienzan entre 30 días antes y hasta 30 días después de haber entrado el caso en el país y la evidencia epidemiológica prueba que ha sido importado.
- Caso importado relacionado: El caso está conectado epidemiológicamente con alguien que ha viajado o resido en un área endémica, entre 30 días o menos, antes del comienzo de los síntomas. (Se considera área

endémica aquella en la que se ha detectado casos autóctonos en los últimos tres años).

– Caso asociado a la vacunación: Según los criterios de OMS/EURO un caso de parálisis flácida aguda puede ser incluido en este apartado cuando:

a. El caso de PFA presenta una parálisis residual 60 días después de que haya comenzado o la muerte ocurre debido a la parálisis y es clínicamente consistente con una poliomiелitis (fiebre al comienzo, asimetría,...)

b. El comienzo de la PFA ocurre entre 4-30 días después de la administración de la vacuna oral anti-poliomiелítica (VOP) (en un contacto con un receptor de vacuna el comienzo sería entre los 4 a 75 días siguientes de la administración de la VOP al contacto). Períodos más largos entre la vacunación y el comienzo de la PFA pueden ser esperados solamente si el niño o adulto paralizado es inmunodeficiente.

c. La persona no ha viajado o estado en contacto directo con un viajero a un país en el que se conoce o sospecha que circula el poliovirus.

d. Se han recogido al menos dos muestras de heces adecuadas¹ y al menos una de ellas es positiva para el virus vacunal y ambas son negativas para el poliovirus salvaje. Además, el país no ha aislado poliovirus salvaje o declarado poliomiелitis clínica o compatible en los seis meses anteriores al supuesto caso cuando el Sistema de Vigilancia de PFA cumple los criterios de sensibilidad² (o 1 año si el Sistema de Vigilancia de PFA no cumple los criterios de sensibilidad) y tampoco se declaran o aíslan durante los tres meses posteriores al comienzo del supuesto caso.

Si no se cumplen estos criterios, todos los casos de parálisis flácida que ocurren después de la vacunación y que tienen parálisis residual a los 60 días deben ser clasificados y declarados como compatibles con poliomiелitis sospechosa de estar asociada a vacuna. Si no hay parálisis residual a los 60 días, el caso es descartado.

¹ De suficiente tamaño (8-10 gramos) separada su recogida entre 24-48 horas y dentro de los 14 días posteriores al comienzo de la parálisis y que hayan llegado al laboratorio en "buenas condiciones" (definidas en la Encuesta Epidemiológica).

² Tasa de PFA no polio de al menos 1/100.000 niños en menores de 15 años de edad y con dos muestras de heces adecuadas.

Caso no-poliomielitis (descartado):

Todo caso de parálisis flácida aguda en la que al menos se han recogido dos muestras adecuadas de heces en las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas, siendo los resultados negativos para poliovirus.

Secuencia diagnóstica y de actuación

- a. Todo niño con edad inferior a 15 años que presente una PFA será investigado de forma inmediata, según las recomendaciones de la OMS, con recogida detallada de la encuesta epidemiológica (ANEXO 2), en la que consta su historia clínica, información demográfica y epidemiológica, examen físico, exploraciones complementarias oportunas y recogida de muestra de heces para el laboratorio. A cada caso se le asignará un nº EPID: "PFA -- -- --", los dos primeros dígitos corresponden al código de provincia del Instituto Nacional de Estadística (INE), los dígitos 3 y 4 corresponden al número de caso que se notifica de la provincia correspondiente y los dígitos 5 y 6 se utilizarán para identificar al número de contacto que corresponde a ese caso (C1,C2,C3,C4,C5).
Es de gran importancia la obtención de 2 muestras de heces con

un intervalo de 24/48 horas, dentro de las dos primeras semanas del inicio de la parálisis, ya que la probabilidad de aislar el poliovirus salvaje disminuye mucho a partir de este período. Las muestras deben llegar al laboratorio en un período igual o inferior a tres días y los resultados del laboratorio deberán estar disponibles en un período igual o menor a 28 días (Figura 1). Es recomendable valorar la respuesta de anticuerpos frente a los poliovirus, recogiendo muestras de suero al inicio del cuadro clínico y de 2 a 4 semanas más tarde. Con la primera muestra de suero es conveniente enviar una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) recogida simultáneamente.

- b. Se obtendrá una muestra de heces de cinco contactos del caso índice menores de 15 años, del entorno familiar, social o escolar y que no hayan recibido la vacuna oral contra la poliomielitis en los 30 días precedentes. En el ANEXO 3 se incluye el protocolo para la elección de los contactos del caso.
- c. Si el caso sospechoso fallece se intentará obtener muestras del contenido intestinal, de heces ya formadas o de otros tejidos (bulbo

raquídeo, médula espinal) y de suero, lo más pronto posible tras el fallecimiento, con el fin de poder llegar al diagnóstico etiológico definitivo.

- d. Las muestras obtenidas deberán enviarse lo antes posible al laboratorio virológico correspondiente. Las cantidades de muestra a remitir para estos estudios son:

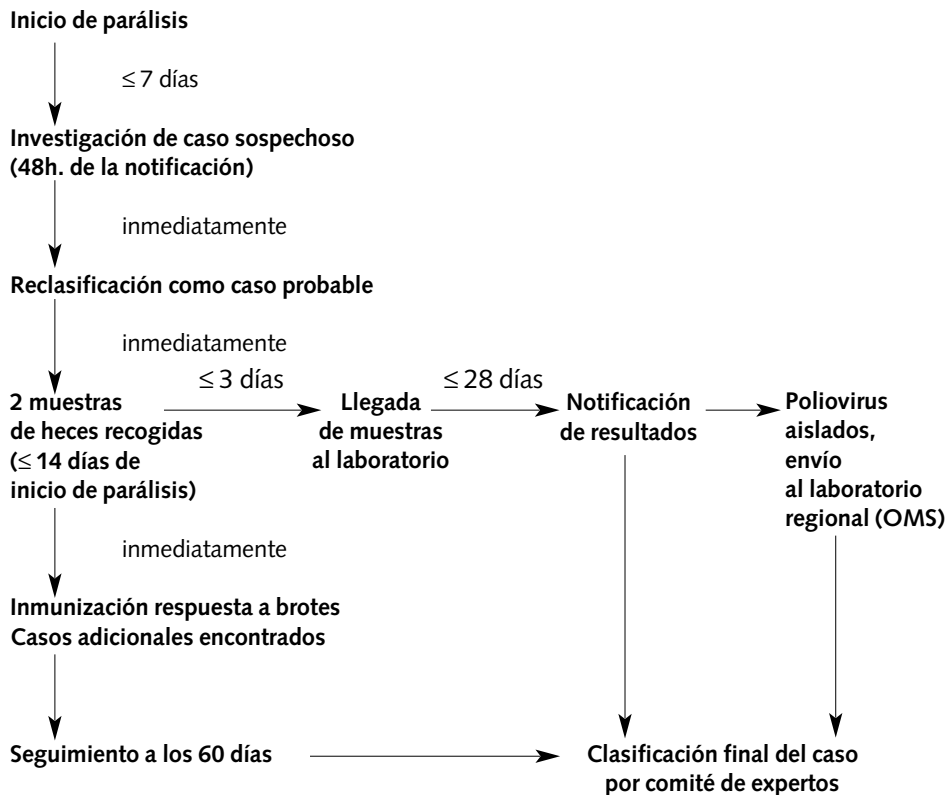
Heces: Tamaño de una nuez

Suero: Como mínimo 3 ml

LCR: Como mínimo 2 ml

Conviene que las muestras lleguen refrigeradas (no utilizar hielo) en envases apropiados para el transporte de muestras biológicas y en régimen de envío urgente. Se recomienda que antes de realizar otro tipo de pruebas, separen previa-

Figura 1. Diagrama de flujo en la investigación de caso sospechoso de PFA (OMS)



mente las alícuotas destinadas a estudios virológicos en los laboratorios designados, con el objeto de evitar contaminaciones. En el ANEXO 4 se detalla las normas de recogida y envío de muestras.

- e. Una vez recogida toda la información y realizadas las pruebas de laboratorio se procederá a clasificar el caso, de acuerdo a la definición adoptada previamente y siguiendo las recomendaciones de la OMS, en descartado, compatible o confirmado. (Figura 2). Es obligatorio cubrir todos los epígrafes del impreso de la Encuesta Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda y remitirlo con urgencia al epidemiólogo provincial el cual lo enviará al Coordinador Autonómico y éste al Centro Nacional de Epidemiología.

Notificación del caso sospechoso

Todo caso sospechoso de PFA en menores de 15 años que ingrese en un hospital será notificado por el médico que realiza el diagnóstico o por el máximo responsable del Servicio correspondiente, de forma inmediata y urgente mediante Fax o teléfono. En paralelo, se recogerán y enviarán las muestras que procedan al laboratorio designado. En ambos casos se rellenará y enviará la

encuesta epidemiológica con los datos que en cada momento se conozca.

- 1. A las autoridades de salud pública de nivel provincial** (Consejería de Sanidad, Servicio de Vigilancia Epidemiológica), que de forma inmediata iniciarán la recogida de la información epidemiológica, la búsqueda e investigación de los 5 contactos y envío de muestras de los mismos al laboratorio designado en cada CC.AA.

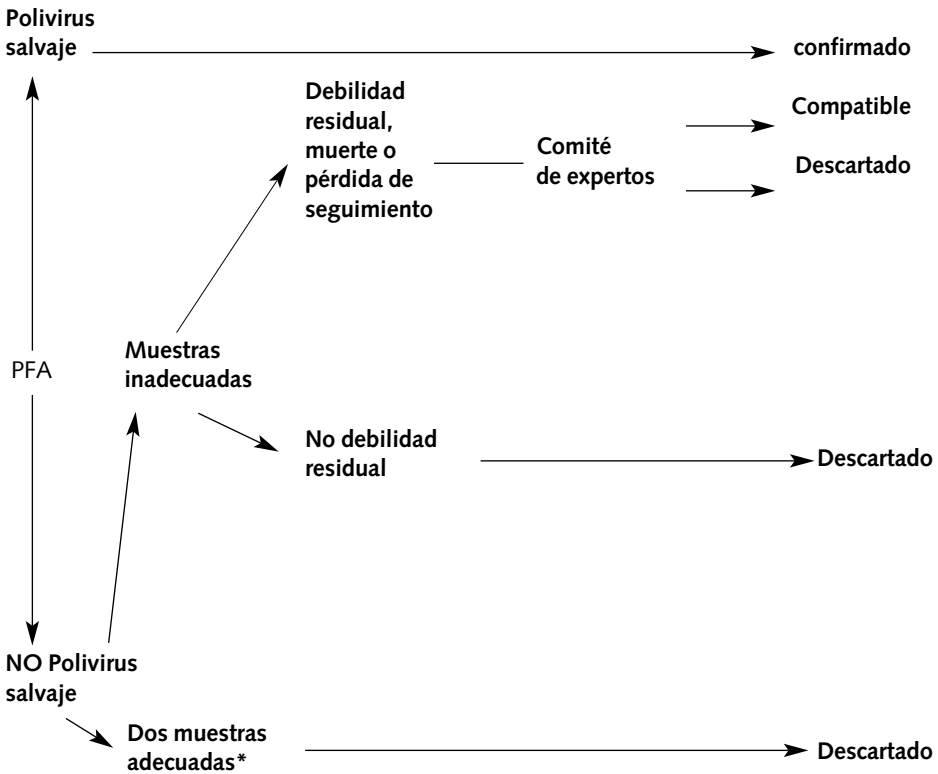
Las autoridades del nivel provincial comunicarán, de forma urgente, la sospecha del caso al coordinador del Plan de Erradicación de la Polio (PEP) de la Comunidad Autónoma correspondiente, el cual a su vez lo comunicará de forma urgente al Centro Nacional de Epidemiología (CNE)^a. Una vez detectado un caso sospechoso se mantendrá un continuo contacto con el Centro Nacional de Epidemiología para la transmisión de la información:

- a) Notificación urgente del caso y envío de la encuesta epidemiológica en la que al menos deberá constar la información relativa a los datos personales y de ingreso al hospital, las fe-

^a (Persona de contacto: Isabel Pachón; teléfono 91 3877802; fax 3877816; e-mail: ipachon@isciii.es).

- chas de recogida de las muestras y los datos de vacunación.
- b) Ir completando la información del caso y de los contactos y los datos referentes al laboratorio. Al producirse el alta del hospital se comunicará la fecha y se completará los datos de la encuesta.
- c) Revisión a los 60 días del inicio de la parálisis, fecha en que se realiza y diagnóstico definitivo del caso. El coordinador autonómico del PEP coordinará, controlará y supervisará la correcta investigación del caso, fundamentalmente en lo referente a la investigación epidemiológica,

Figura 2. Clasificación virológica (OMS) (≤ 12 semanas del inicio parálisis)



*muestras adecuadas = 2 muestras recogidas del caso, separadas al menos 24 h. y en 14 días de inicio de la parálisis, con un volumen adecuado y que lleguen en "buenas condiciones"

contactos y toma y envío de muestras (Figura 3).

2. Al laboratorio designado (ANEXO 4), al cual enviará de forma urgente las muestras correspondientes junto con la información que en ese momento tenga respecto al caso.

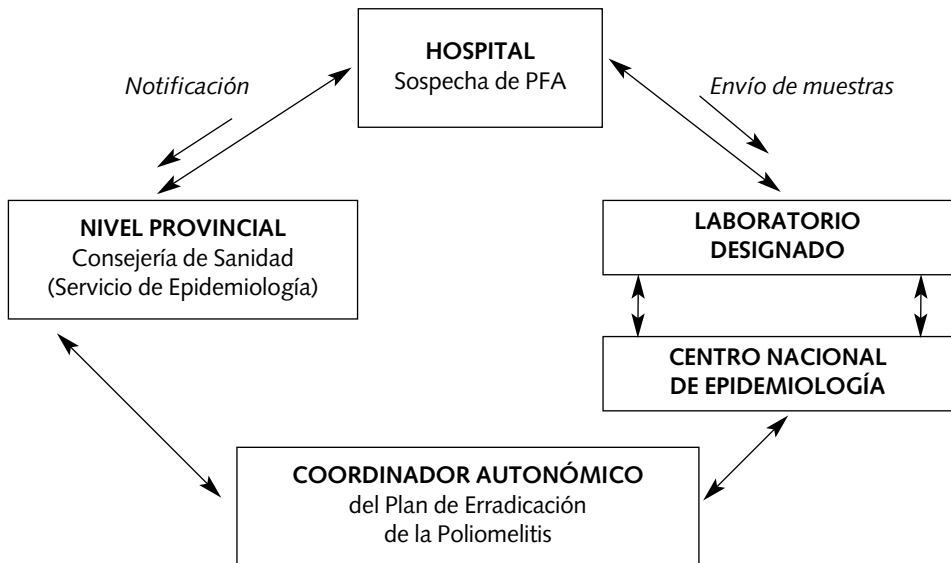
El laboratorio lo comunicará de forma urgente al Centro Nacional de Epidemiología (CNE), que iniciará el seguimiento del caso hasta su diagnóstico definitivo, momento en el

cual recibirá la ficha epidemiológica del caso así como la información referente al seguimiento de los contactos. A su vez el CNE se pondrá en contacto inmediato con el coordinador autonómico del PEP.

Para evitar pérdida de información se establecerá un fluido constante y recíproco entre el CNE, el laboratorio y el coordinador autonómico.

Los casos sospechosos que se notifiquen serán revisados de forma periódica por el Grupo de Trabajo del PEP y

Figura 3. Circuito de notificación de un caso sospechoso de PFA



* Responsable de la notificación a determinar en cada Comunidad Autónoma según las peculiaridades de sus hospitales.

posteriormente serán comunicados al Comité Nacional de Expertos.

En el supuesto de confirmarse un caso de polio (importado, postvacunal ó autóctono) éste será incluido en el sistema de notificación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

El CNE remitirá semanalmente a la Oficina Regional Europea de la OMS la información requerida sobre los casos de PFA investigados, su clasificación definitiva y los indicadores específicos. Una copia de dicha información será remitida a los coordinadores del PEP de las Comunidades Autónomas y al Comité Nacional.

De forma periódica, se difundirá información sobre la evolución del Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida a través de publicaciones de las sociedades científicas y boletines epidemiológicos.

El grupo de trabajo del Plan de Erradicación de la Polio deberá emitir un informe anual de la situación, evolución del sistema de vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y evaluación del mismo.

Registro de Cero-Casos

En el informe mensual que habrá de remitirse a la OMS deberá notificarse Cero-Casos en el supuesto de que durante ese mes no hubiera ninguna noti-

ficación de caso. Para ello, el coordinador autonómico del PEP remitirá al CNE todos los días 1 de mes antes de las 12 h. el registro de Cero-Casos correspondiente a cada una de las provincias de su comunidad si en alguna de ellas no se hubiera notificado ningún caso, o al día siguiente laboral en el supuesto de ser festivo y nunca en un plazo superior a 5 días. Se rastrearán los servicios de pediatría, neurología y unidad de cuidados intensivos de los correspondientes hospitales.

Sistema de vigilancia pasivo a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos

De forma paralela al Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda se establecerá la recopilación de información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los centros hospitalarios. Para ello, el coordinador autonómico del PEP establecerá las pautas de actuación necesarias para que semestralmente se revise el CMBD de los hospitales correspondientes, con el fin de asegurar que no ha habido pérdidas en la notificación de los casos sospechosos de PFA en menores de 15 años.

Para facilitar esta labor podría establecerse un sistema de alerta con el codificador del CMBD de los hospitales de tal forma que al introducir alguno

de los códigos incluidos en la sospecha de PFA anotará la información que permitiera identificar el caso de forma fácil.

Sistema de vigilancia a través del FEDRA (Farmacovigilancia Española Datos Reacciones Adversas)

Se ha realizado una revisión de las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a vacunas antipoliomielíticas recogidas desde 1986 hasta la fecha en el sistema FEDRA, con el fin de poder detectar posibles casos de polio postvacunal que no hubieran sido recogidos por el sistema de vigilancia vigente. Desde este momento dicho sistema notificará al Centro Nacional de Epidemiología cualquier reacción postvacunal grave a la vacuna antipoliomielítica que se detecte.

3.2. Cobertura de vacunación

A nivel nacional deberá alcanzarse una cobertura de inmunización del 95% en la serie primaria, menores de 2 años. A nivel provincial se alcanzarán coberturas de inmunización primaria no inferiores al 90% en menores de 2 años. Este objetivo se alcanzará mediante:

a) **Servicios rutinarios de vacunación.**
Incluyen las actividades que se reali-

zan de forma continua, a través de los servicios de salud permanentes, para llevar a cabo el programa de vacunación infantil. El objetivo es garantizar que todas las cohortes nuevas que se incorporan a la población sean vacunadas correcta y adecuadamente.

- b) **Oportunidades perdidas:** Cuando un niño que puede ser vacunado, y que no presenta ninguna contraindicación, acude a un centro asistencial y no recibe las vacunas necesarias, se trata de una oportunidad perdida. Este hecho puede ocurrir, y habrá que poner los medios necesarios para evitarlo, en dos ámbitos:
- en los centros de vacunación y otros servicios preventivos: asegurar que el personal de salud sea plenamente consciente de las pocas contraindicaciones que hay para la administración de las vacunas; las falsas contraindicaciones son una de las principales causas de oportunidades perdidas.
 - en las consultas pediátricas asistenciales: aprovechar todo contacto que el niño hace con el sistema de salud, independientemente del motivo, para revisar su estado de vacunación y completarlo en caso de necesidad.

c) **Acciones de apoyo y mantenimiento:** Ya que las coberturas alcanzadas por los programas de inmunización infantil en nuestro país son bastante elevadas, no parece necesario implantar campañas de inmunización masiva y/o campañas de barrido, como en determinadas situaciones aconseja la OMS. Sin embargo, sería conveniente implantar acciones encaminadas a consolidar las coberturas alcanzadas por los programas de inmunización infantil y mantener dichas coberturas.

Para ello se proponen las siguientes acciones:

- revisar el estado de vacunación, mediante documento acreditativo, al entrar en guarderías, colegios y centros de enseñanza secundaria, recomendando la vacunación en aquellos casos que no estuviera correcto.
- Proponer acciones específicas necesarias para cubrir núcleos de población marginal que se conozca o sospeche de tener bajas coberturas de inmunización.

d) **Estimación de coberturas de vacunación,** de forma periódica y a distinto nivel: nacional, de comunidad y provincial. En esta primera fase se considera de gran interés que cada

una de las Comunidades informen de si están realizando alguna acción específica en materia de vacunación dirigida a poblaciones marginales, la forma de abordaje y los resultados que se están obteniendo.

3.3. Vigilancia medioambiental

La certificación de la erradicación de la poliomielitis requiere demostrar que no existen casos producidos por poliovirus salvaje y además que el virus no puede ser detectado ni en humanos ni en el medio ambiente. De ahí, que la vigilancia medioambiental de la circulación de poliovirus salvaje sea una necesidad. Sin embargo, métodos prácticos, sensibles y específicos para realizar análisis a gran escala no están aún disponibles, particularmente por la dificultad de detectar poliovirus salvaje entre una gran cantidad de poliovirus vacunal, especialmente en países, como el nuestro, que utilizamos la VOP de forma rutinaria. Esto unido a la ausencia de notificación de casos de poliomielitis en nuestro país desde 1989, dificulta la realización de estudios medioambientales de circulación de poliovirus salvaje.

Sin embargo, es posible la implantación de algunas actividades, como refuerzo del Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácidas, tales como:

- análisis de muestras de heces en niños sanos que estén incluidos en “poblaciones de riesgo”, definiendo como tales a poblaciones con baja cobertura de inmunización o minorías étnicas de riesgo debido a la escasa utilización de los servicios de salud.
- Análisis de muestras medioambientales, aguas residuales, ríos, etc., en áreas en las que se encuentren estas “poblaciones a riesgo”.
- Puesta en marcha de un Sistema de Vigilancia de Enterovirus mediante la creación de una Red complementaria de laboratorios de virología.

3.4. Estudios seroepidemiológicos

En España se ha iniciado en 1996 un estudio seroepidemiológico con representatividad nacional, que se llevará a cabo en 16 Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla y cuyo objetivo fundamental es determinar el perfil serológico de la población de 2 a 40 años de edad frente a determinados agentes infecciosos, entre ellos los poliovirus 1, 2 y 3.

Así mismo, se está realizando un estudio similar con representatividad para la Comunidad Autónoma de Andalucía y en el año 1993 se realizó un estudio en la Comunidad de Madrid en población de 2 a 10 años.

4. Papel de los laboratorios de virología en el Plan de Erradicación de Polio.

El Plan de Erradicación de Poliomielitis se apoya en una Red de Laboratorios Españoles que está constituida por laboratorios de virología "certificados a nivel nacional" propuestos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y/o por las Comunidades Autónomas y por el Laboratorio Nacional de Referencia. Se propone como laboratorio de Referencia el Centro Nacional de Microbiología, por el único laboratorio español certificado por la OMS. La Red de Laboratorios Españoles así como la metodología a utilizar en el proceso de recogida, envío y procesamiento de las muestras, se encuentra recogida en el ANEXO 4.

Cada uno de los laboratorios integrantes será certificado a su vez por el Laboratorio Nacional de Referencia mediante un previo control de calidad de sus resultados y será sometido a controles de calidad periódicos una vez iniciado el Plan de Erradicación.

Será responsabilidad de cada laboratorio la custodia de las muestras clínicas recibidas, su estudio virológico en los términos que se especifican en el siguiente apartado y el envío de muestras biológicas al Laboratorio Nacional de Referencia, que confirmará los resulta-

dos positivos para cualquier enterovirus y completará la caracterización del caso.

A su vez, el Laboratorio Nacional de Referencia seguirá siendo sometido a los controles de calidad periódicos que establece la OMS para los laboratorios de la Red Mundial y enviará los poliovirus detectados al Laboratorio Regional de Referencia (RIVM, Bilthoven, Holanda) para la confirmación de sus resultados.

La investigación virológica de las muestras clínicas se realizará siguiendo las recomendaciones de la OMS (Anexo 4).

5. Implantación del Plan de Erradicación de la Poliomielitis

5.1. Requisitos recomendados por la OMS para la implantación del Plan de Erradicación de Polio.

En 1995 se constituyó la Comisión Global para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. En enero de 1996 se nombra la Comisión Regional para Europa para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Los miembros de la Comisión Regional han sido nombrados por el Director Regional de la OMS en la Región de Europa. Está compuesta por siete personas con la formación y experiencia adecuadas para poder contribuir a las deliberacio-

nes sobre la erradicación, en la esfera regional, del virus de la poliomielitis (responsables de la salud pública, virólogos, epidemiólogos y clínicos). No son responsables directos de las actividades para la erradicación de la poliomielitis en sus respectivos países y el servicio que prestan en la Comisión Regional de Certificación no plantea un conflicto de intereses.

El Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, cuyos integrantes serán profesionales de reconocido prestigio y que no estén involucrados de forma directa en las actividades de erradicación de la poliomielitis, han sido nombrados por el Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo.

El Comité Nacional supervisará el Plan de Erradicación y deberá aportar la documentación suficiente que acredite que en el país no existe virus de la poliomielitis y que los casos importados de poliomielitis pueden detectarse de forma inmediata.

5.2. Organización del Plan de Erradicación de la Poliomielitis.

El Real Decreto 2.210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica y que tiene carácter de norma básica, de acuerdo con lo establecido en el artículo

149.1.16^a de la Constitución, establece que son funciones de la Red (Artículo 2, punto 1) la identificación de los problemas de salud de interés supracomunitario en términos de epidemia, endemia y riesgo. En su Artículo 4, punto 3, establece que la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica estará constituida por:

"Aquellos otros sistemas de vigilancia que el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, dentro de su ámbito competencial, de acuerdo con la normativa vigente y a través del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud, crean necesario desarrollar en función de problemas específicos o como complemento de las intervenciones sanitarias para el control de las enfermedades".

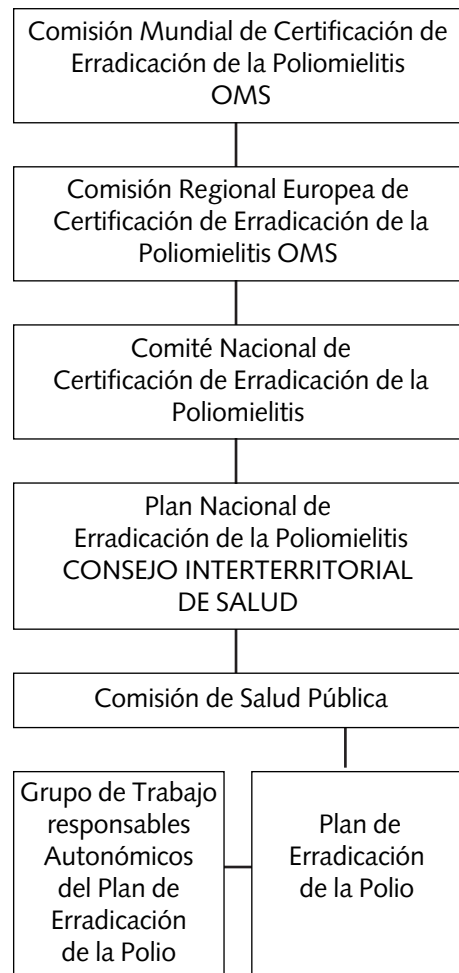
Por otro lado, el Artículo 6 dice que el Ministerio de Sanidad y Consumo

"2. Coordinará las acciones e intercambios de la información correspondiente a la vigilancia epidemiológica tanto a nivel nacional como a nivel de la Unión Europea, Organización Mundial de la Salud y demás organismos internacionales, y

3. Propiciará el cumplimiento de las obligaciones sanitarias internacionales, como son la notificación internacional de las enfermedades cuarentenables y la de aquellas que son objeto de vigi-

lancia especial por la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea".

En virtud de esta normativa y de acuerdo con las estrategias de la OMS para la consecución del Certificado de Erradicación de la Poliomielitis, el Ministerio de Sanidad y Consumo propone la siguiente organización:



Finalmente, para llevar a cabo el objetivo de alcanzar la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis en el año

2000, se propone de forma provisional el siguiente cronograma:

Cronograma provisional del proceso de certificación de la erradicación de la poliomelitis en Europa y en España

Año	Mes	Europa	España
1996	enero	Nombramiento de la Comisión Regional Europea de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis	
	marzo	1ª Reunión de la Comisión Regional	
	mayo		Recepción en el Ministerio de Sanidad y Consumo del documento del primer encuentro de la Comisión Global y envío a las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla.
	junio-julio	Publicación de los documentos de Certificación de la Erradicación de Poliomielitis en la Región Europea	
	noviembre	2ª Reunión de la Comisión Regional	1ª Reunión del Grupo de Trabajo del Plan de Erradicación de Poliomielitis (GT-PEP).
1997	enero-junio	Primeras reuniones de los Comités Nacionales	

Continúa en pág siguiente ►►►

▶▶▶ Viene de pág anterior

Cronograma provisional del proceso de certificación de la erradicación de la poliomielitis en Europa y en España (Continuación).

Año	Mes	Europa	España
	febrero		2ª Reunión del GT-PEP Propuesta del Plan de Erradicación de Poliomielitis (PEP) a la Comisión de Salud Pública.
	abril	de los Responsables	Se inicia el nombramiento Autonómicos del PEP.
	mayo		3ª Reunión del GT-PEP.
	abril-junio	y documentación	Elaboración de protocolos definitiva del PEP.
	junio-julio		Nombramiento del Comité Nacional y Presentación a dicho Comité de la documentación definitiva del PEP. 1ª Reunión con los Responsables Autonómicos del PEP.
	septiembre		Inicio del sistema de vigilancia de PFA y otras actividades propuestas en el PEP.
	diciembre		Informe de evaluación del PEP.
1998	abril		Informe de seguimiento del PEP al Comité Nacional.
	mayo-junio	4ª Reunión de la Comisión Regional	<i>Continúa en pág siguiente</i> ▶▶▶

▶▶▶ Viene de pág anterior

Cronograma provisional del proceso de certificación de la erradicación de la poliomielitis en Europa y en España

Año	Mes	Europa	España
	octubre noviembre	5ª Reunión de la Comisión Regional	
	diciembre		Informe de evaluación del PEP.
1999	julio		Informe de seguimiento del PEP al Comité Nacional.
	septiembre octubre	6ª Reunión de la Comisión Regional	
	diciembre		Informe de evaluación del PEP.
2000	agosto septiembre	7ª Reunión de la Comisión Regional	Presentación del informe final del PEP al Comité Nacional. Informe de Certificación del Comité Nacional a la Comisión Regional.

En cualquier caso, el Plan de Erradicación de Poliomielitis estará sometido a las nuevas estrategias que marque la OMS, la Comisión Regional Europea y el Comité Nacional de Certificación de la Erradicación de Poliomielitis.

Anexo 1

Estudio del total de casos registrados en el C.M.B.D. con el código "357.0 Polineuritis infecciosa aguda (Polineuritis postinfecciosa, Síndrome de Guillain-Barre)" por Comunidades Autónomas en menores de 15 años en 1996.

Para la realización del estudio se ha solicitado a la Subdirección General de Programas de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria una explotación de la Base de datos C.M.B.D. Estatal del año 1996 que contuviera los registros válidos con diagnóstico principal el código "357.0 Polineuritis infecciosa aguda (Polineuritis postinfecciosa, Síndro-

me de Guillain-Barré), sexo, edad y Comunidad Autónoma donde se ha producido el alta y Comunidad Autónoma de residencia habitual del paciente.

Como diagnóstico principal se define la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio clínico o facultativo que atendió al enfermo. Aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes, éstas se consignan en el apartado de otros diagnósticos.

Durante la explotación de la base de datos se detectaron casos duplicados

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda. Edad menor de 15 años y Comunidad Autónoma de residencia. Año 1996.



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1996. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

que se eliminaron para el estudio. Así mismo se eliminó uno de los dos registros en el caso de haber sido notificados dos veces, una desde el hospital en que ingresó y otra desde el hospital al que fue necesario, en algunos casos, trasladar al enfermo. Se prefirió, arbitrariamente, mantener el primero de los dos registros y suprimir el segundo.

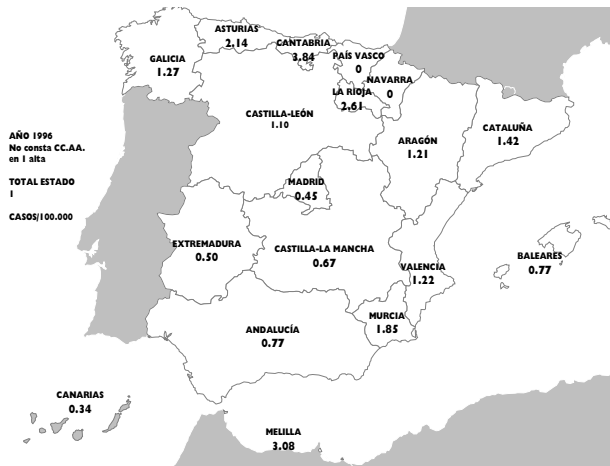
La explotación de la información se presenta en forma de mapas (distribución geográfica), gráficos de barras y tablas (distribución por edad, edad y CCAA, período estacional y sexo).

En los mapas se puede identificar el número de registros válidos (casos pro-

ducidos) para el grupo de menores de 15 años, que contienen como diagnóstico principal el proceso estudiado, por Comunidad de residencia y de hospitalización. El número de casos menores de 15 años por 10⁵ habitantes menores de 15 años se ha realizado según lugar de hospitalización.

Se ha preferido que las referencias poblacionales se realicen sobre el lugar de hospitalización y no el de residencia por ser aquel más completo y fiable. En seis casos no fue posible saber el lugar de residencia y en sólo uno, no fue posible tampoco saber la CC.AA. de hospitalización.

Altas con edad menor de 15 años y diagnóstico principal 357.0, Polineuritis Aguda por 100.000 habitantes con edad menor de 15 años y CC.AA. de hospitalización. Año 1996.



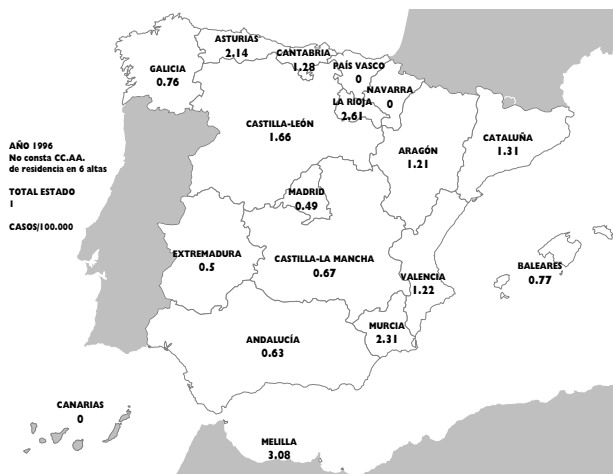
Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyección de la población española. España 1991-2006
Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda. Edad menor de 15 años y Comunidad Autónoma de hospitalización. Año 1996.



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1996. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Altas con edad menor de 15 años y diagnóstico principal 357.0, Polineuritis Aguda por 100.000 habitantes con edad menor de 15 años y CC.AA. de residencia. Año 1996.

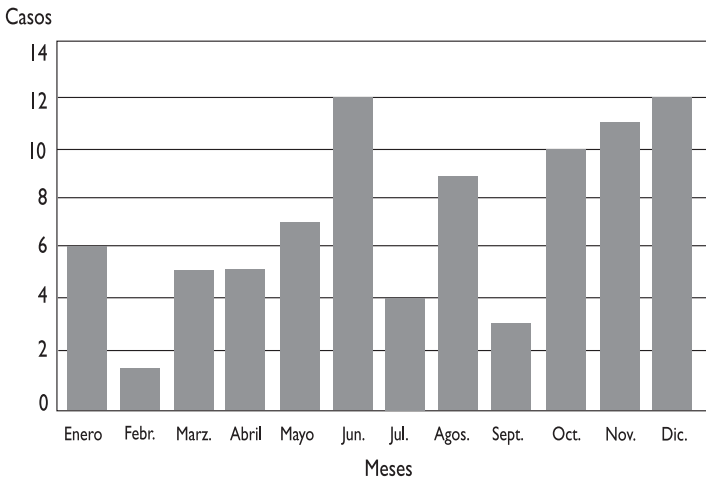


Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyección de la población española. España 1991-2006. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

La estimación de población infantil para el año 1996 se ha obtenido de la publicación "Proyección de la población española: España 1991-2026. Comunidades Autónomas y provincias

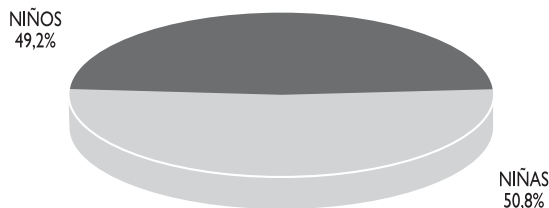
1991-2005" elaboradas por el Instituto de Demografía mediante un convenio específico de colaboración con el Consejo Superior de Investigaciones científicas.

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda. Edad menor de 15 años. Distribución estacional. Año 1996.



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1996.
Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda. Edad menor de 15 años. Distribución por sexos. Año 1996.



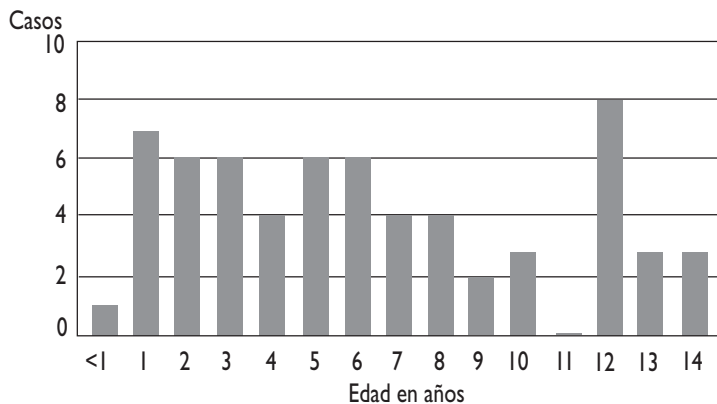
Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1996.
Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

**Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda.
Edad menor de 15 años y Comunidad Autónoma de residencia. Año 1997.**



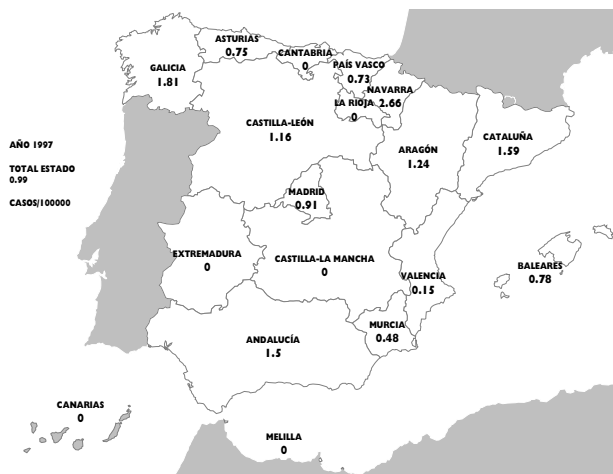
Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1997.
Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda y edad menor de 15 años. Año 1997.



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1997.
Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Altas con edad menor de 15 años y diagnóstico principal 357.0, Polineuritis Aguda por 100.000 habitantes con edad menor de 15 años y CC.AA. de hospitalización. Año 1997.



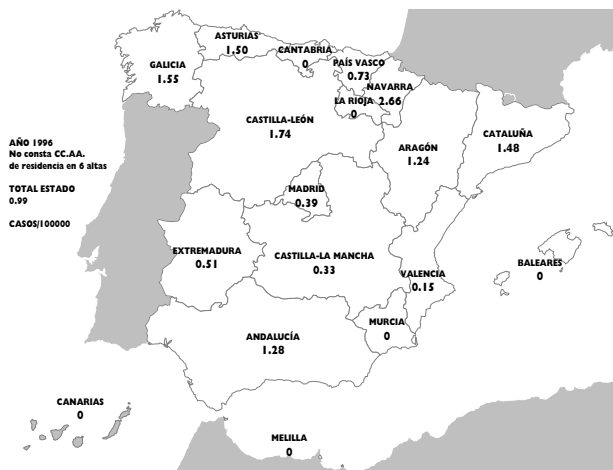
Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Población española según I.N.E. Padrón de 1996. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda. Edad menor de 15 años y Comunidad Autónoma de hospitalización. Año 1997.



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyección de la población española. España 1991-2006. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

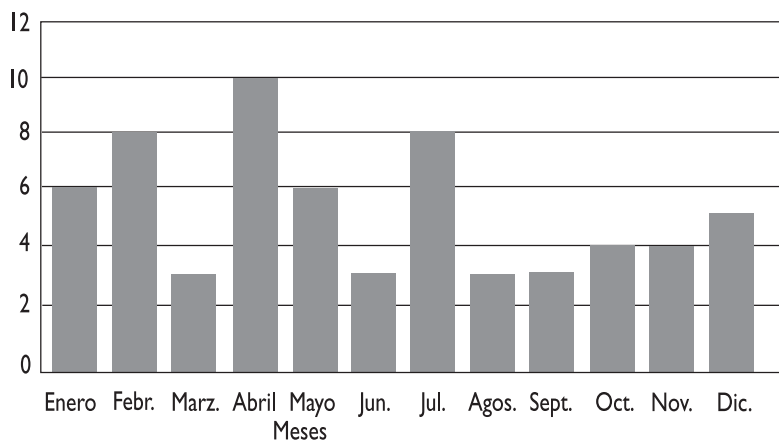
Altas con edad menor de 15 años y diagnóstico principal 357.0, Polineuritis Aguda por 100.000 habitantes con edad menor de 15 años y CC.AA. de residencia. Año 1997.



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1997.Ministerio de Sanidad y Consumo. Población española según I.N.E. Padrón de 1996. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda y edad menor de 15 años. Distribución estacional. Año 1997.

Casos



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1997. Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Enfermos dados de alta con diagnóstico principal 357.0 Polineuritis Infecciosa Aguda y edad menor de 15 años. Distribución por sexos. Año 1997.



Fuente: Subdirección General de Programas. Explotación de Bases.C.M.B.D. Estatal año 1997.Elaboración: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.

Anexo 2

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PARÁLISIS FLACIDA AGUDA

SIEMPRE PUNTEAR EN []

FACTORES DE FILIACIÓN DEL ENFERMO

Identificación del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de ingreso al hospital: _____ Sexo: _____ Nivel de escolaridad: _____

Domicilio

Localidad: _____ Provincia: _____ Dpto: _____

ANTECEDENTES

1. PROBLEMAS DE SALUD RESOLVIDOS O EN TRATAMIENTO

Fecha	Problema	Tratamiento	Resultado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. SÍNTOMAS AL INICIO DE LA PARÁLISIS

Fecha en que comenzó la enfermedad: _____

Fecha	Síntoma	Fecha en que terminó el síntoma	Tratamiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hubo alguna lesión o trauma al momento de comenzar? _____

¿Hubo algún otro síntoma al momento de comenzar? _____

3. CUERPO AZULADO DE LA PARÁLISIS FLACIDA

Fecha	Problema	Pruebas Sensitivas (PUNTS)	Pruebas Sensitivas (PUNTS)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Atención: el número de puntos debe ser menor o igual a 5.

Ingreso en hospital: _____ Fecha de egreso: _____

Nº EPID. P. V.
 PRO.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Fecha de evaluación clínica (Escriba el día, mes y año) _____

¿Se detecta la siguiente(s) clase(s) de lesión?

Sí No Sí No

Extremidad

Extremidad

Extremidad superior Extremidad inferior

Extremidad

CLASIFICACION DEFINITIVA DEL CASO

Parálisis Completa Incompleta Asintomático

Resolución

CONTACTOS

	Intervención	Nº de contactos	Fecha de inicio de la intervención	Fecha de finalización de la intervención	Fecha de inicio de la intervención	Fecha de finalización de la intervención
CONY. 101						
CONY. 102						
CONY. 103						
CONY. 104						
CONY. 105						

DATOS DEL DELEGADO

Nombre y apellido _____

Matrícula profesional _____

Categoría profesional _____

Municipio _____

Bohemia

Ex. de conocimientos en esta materia _____

VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA COMUNIDAD

Fecha de la encuesta _____

Fecha de la encuesta anterior _____

¿Se detecta la siguiente(s) clase(s) de lesión?

Extremidad superior

Extremidad inferior

Asintomático

Resolución

Resolución

Resolución

Anexo 3

Protocolo para la elección de los contactos de un caso de parálisis flácida aguda

Son aquellos niños que han tenido un contacto directo con el caso de PFA, en los treinta días anteriores y/o las 6 semanas posteriores al inicio de la parálisis.

Este tipo de contacto puede darse con los compañeros de escuela, guardería, juegos, hermanos y otros niños que comparten la misma habitación. No se considerará contacto a los compañeros que están compartiendo habitación en el hospital.

Condiciones requeridas por el sistema

- Que no hayan recibido la vacuna oral de la polio en los 30 días anteriores a la toma de la muestra de heces.
- Que sean menores de 15 años.

Situaciones especiales

En el caso de niños muy pequeños que no asisten a guarderías, ni tienen hermanos o no han tenido contacto directo con otros niños en el período descrito es posible que no puedan encontrarse los cinco contactos; en cualquier caso se dejará constar que se ha realizado la investigación adecuada, y se recogerán los contactos que sean posibles. (Uno o dos contactos en esta situación

pueden ser adecuados). Los contactos son especialmente útiles si el caso ha muerto o pasaron más de 6 semanas desde que comenzó la parálisis sin que se recogieran muestras adecuadas. Sin embargo si han pasado más de tres meses desde el comienzo de la parálisis del caso la recogida de muestras en los contactos no es de utilidad.

Datos que son requeridos de los contactos

Se recogen los datos de filiación del mismo y todos los que son necesarios para completar la encuesta epidemiológica del caso.

Explicación a los posibles contactos

La explicación deberá ser sencilla y lo más directa posible y podrá realizarse por el procedimiento que el epidemiólogo de campo crea correcto. Los familiares del caso, el maestro, el médico de cabecera, el pediatra de familia u hospitalario pueden ser de gran ayuda. Recordar que los contactos son de un caso de parálisis flácida. Si llegáramos a confirmar un caso de polio la investigación de contactos no estaría limitada en número y habría que tomar otro tipo de medidas.

Criterios de elección

Si tuviéramos un número de contac-

tos superior al requerido (5) y siempre que fuera posible podríamos utilizar para su elección uno o más de los siguientes criterios:

- El tiempo en el que se ha realizado el contacto: preferible entre los 7 a 10 días antes y después del inicio de los síntomas en el caso.
- La duración del contacto: se elegirá prioritariamente a los hermanos o los que viven en comunidad cerrada con él y tras éstos a los niños que más tiempo han permanecido con el caso.
- Edad: Se preferirá a los niños de menor edad.
- Estado de Salud:
 - Se elegirá preferiblemente a los contactos que estén enfermos (dolores musculares, febrícula, faringitis...cefalea, náuseas y/o vómitos).
 - Se elegirá preferiblemente a los que presentan inmunodeficiencias, o se les ha realizado recientemente una adenectomía o/y amigdalectomía.
- Estado vacunal:
 - Se preferirá a los contactos no inmunizados o deficientemente inmunizados a los correctamente vacunados.
 - Si han recibido una dosis de vacuna recientemente se preferirá a los que estén más alejados de la fecha de vacunación.

Recomendaciones para la toma de muestras de los contactos

Una vez seleccionados los contactos de acuerdo a las características que éstos deben reunir, el médico y/o coordinador que tenga que informar al familiar seguirá los siguientes pasos:

- Explicar correctamente el motivo de la necesidad de la toma de heces, sin que ello pueda causar alarma individual o social.
- Se facilitará el envase apropiado (los de tomas de orina, con boca ancha son los idóneos) y una cucharita de plástico (para helados).
- La deposición se hará en un orinal y de allí se tomarán con la cucharita una cantidad aproximada como del tamaño de una nuez, que se pondrá en el envase de plástico y, una vez cerrado y etiquetado (figurará el nombre del contacto, la edad y domicilio) se guardará en nevera a 4°C hasta que se lleve al laboratorio o dirección facilitada o sea recogido en el domicilio.
- En caso de niños pequeños, la muestra se tomará del pañal en una cantidad similar al supuesto anterior y se siguen los mismos pasos.
- En caso de heces líquida, tomar volúmenes equivalentes.

Explicación a los posibles contactos (optativo)

Pedirles que colaboren para que nuestro país pueda conseguir el Certificado de Erradicación de la Poliomieltis, es decir un certificado en el que las autoridades de la Organización Mundial de la Salud afirman que en nuestro país no existe ya el virus que provoca esta enfermedad.

En los años cincuenta y setenta esta enfermedad afectó a muchas personas en España pero afortunadamente cuando la mayoría de los niños fueron vacunados esta enfermedad dejó de aparecer. El último caso ocurrió en nuestro país en 1989.

No obstante esta enfermedad sigue ocurriendo en otros países donde no ha sido posible vacunar a toda la población o donde existen condiciones ambientales para que el virus siga provocando la enfermedad. Los viajes e intercambios internacionales son cada vez más frecuentes, por lo que debemos mantener no solo la vacunación sino unos sistemas de vigilancia de la enfermedad muy estrictos.

Para conseguir "el Certificado de Erradicación" se ha desarrollado un sistema de vigilancia que exige que cuando un niño comience con síntomas de parálisis flácida en los brazos y/o piernas se le haga un análisis de heces. Pero

no solo a ese niño sino a otros cinco con los que convive o comparte momentos de la vida diaria.

Estos síntomas de parálisis flácida ocurren normalmente cada año en 1 de cada 100.000 niños menores de 15 años por varios motivos, causas nerviosas, infecciones leves..etc y vuelven a la normalidad en pocos días. La poliomieltis también podía empezar así, por esto la Organización Mundial de la Salud nos exige que mantengamos una vigilancia especial durante tres años antes de declarar a nuestro país libre de polio.

En el entorno de su hijo ha ocurrido uno de estos casos por lo que necesitaríamos una muestra de heces de su hijo para analizar, ustedes mismos podrían recogerla según unas sencillas instrucciones que le facilitaremos si quiere colaborar.

Ustedes no están obligados a hacer este análisis ya que su hijo no tiene ningún problema; pero tenga la seguridad de que su colaboración sería muy importante para que esta enfermedad desaparezca del mundo. Este es el objetivo que se ha propuesto la Organización Mundial de la Salud para el año 2000 y al que nuestro país se ha sumado. Ustedes también pueden colaborar. Con un procedimiento similar la viruela fue erradicada del mundo en 1980 y es-

peramos que pronto podamos conseguirlo con la polio.

Anexo 4

Recomendaciones para la toma de muestras ante la aparición de un caso de PFA en menor de 15 años

1. El hospital notifica la sospecha de PFA al primer coordinador del nivel superior que se haya establecido.
2. El coordinador autonómico, o persona asignada, rellena la Encuesta Epidemiológica se decide la calificación del caso como de "sospecha de PFA", si procede y se asigna el nº EPID.
3. TOMA DE MUESTRAS: 1ª de heces. Etiquetar y mantener a 4°C (¡no congelar!), mientras se prepara el envío por mensajero. Hacer copia de la Encuesta Epidemiológica con los datos que se tengan hasta ese momento.
4. Llamar al laboratorio para concertar detalles del envío (horario, dirección exacta, volumen etc.).

Dirigir el envío a:

– Dr. Álvaro Lozano

Plan de erradicación de polio

Servicio de Admisión de Muestras

Centro Nacional de Microbiología

Ctra. Majadahonda a Pozuelo Km. 2

Majadahonda 28220. Madrid

Tel. 91 5097970, 5097901 Ext. 3659;

Fax 91 5097966

5. Preparar el paquete de envío, teniendo en cuenta:

- No utilizar tubos de vidrio.
- Asegurarse de que los tapones están bien enroscados y recubrir con Parafilm.
- No utilizar hielo como refrigerante. Rodear la muestra con material absorbente e introducirla en una bolsa de plástico hermeticamente cerrada.
- Mantener la refrigeración con packs congelados. Introducir la Encuesta Epidemiológica en bolsa de plástico, independiente de las muestras. Introducir todo el conjunto en otra bolsa de plástico.

Finalmente, incluirlo todo en un recipiente apropiado de poliestireno. Etiquetar al exterior con "mantener vertical y en frío".

Asegurarse de la dirección y de que se han pagado los portes.

6. A las 24-48 horas se tomará la segunda muestra de heces (en el intervalo se habrán tomado la 1ª de suero y el LCR).

Asegurarse de que las alícuotas destinadas al estudio virológico tienen un volumen de al menos 3 ml y de que se han separado antes de ser utilizadas para pruebas bacteriológicas, etc, con el fin de preservar la esterilidad más absoluta.

7. A la llegada al Laboratorio se inspeccionarán las muestras y se rellenará la parte de la Encuesta Epidemiológica destinada a ello, firmando la persona encargada.

Tener siempre a punto:

- Recipientes estériles de plástico con tapón de rosca, de tamaño apropiado.
- Espacio definido a 4°C para guardar las muestras transitoriamente.
- Packs de congelación.
- Teléfonos de Epidemiología (Coordinador y Nivel provincial al menos), del laboratorio correspondiente y del servicio de mensajería contratado.

Normas para el envío de las muestras de PFA desde el laboratorio nacional de referencia

1. Las muestras originales de cada caso estarán guardadas a -70°C en el Laboratorio Primario (LP) hasta que proceda su envío al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), para lo cual se empaquetarán tratando de mantener su estado de congelación.
2. Distribución:
LCR: guardar 200 microl. en el LP, enviando el resto al LNR.
Suero: enviar la totalidad al LNR.
Heces: enviar la alícuota de las heces

originales separada en el momento de su llegada al LP.

3. Virus aislados en el LP a partir de su correspondiente alícuota de heces: enviar el propio tubo del cultivo celular positivo o bien un criotubo con sobrenadante y células infectadas del cultivo positivo.
4. No olvidar incluir la Ficha para la Referencia de Cepas que se adjunta, acompañando a los virus aislados.

Relación de laboratorios de la Red Nacional para el Plan de erradicación de la polio

Andalucía

Dr. José M^a Navarro
(Dr. Manuel de la Rosa)
Servicio de Microbiología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
18014 GRANADA
Tel. 958-24 12 32
Fax. 958-24 12 45

Canarias

Dra. Carmen Pérez González
Servicio de Microbiología
Hospital Ntra. Sra. del Pino
c/ Angel Guimerá nº 93
35007 LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA
Tel: 928-44 11 17/44 11 19
Fax: 928-44 10 69

Castilla-León

Dr. Raúl Ortiz de Lejarazu
(Dr. A. Rodríguez Torres)
Área de Microbiología
Facultad de Medicina
Avda. Ramón y Cajal sn
47005 VALLADOLID
Tel: 983-42 30 00: Secret: 423063/
Hosp: 983-420000 /420251
Fax: 983-42 30 22

Cataluña

Dra. Nuria Rabella (Dr. Guillem Prats)
Servicio de Microbiología
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Avda. S. Antonio M^a Claret n^o 167
08025 BARCELONA
Tel: 93-291 90 69 / 2 91 90 71
Fax: 93-291 90 70

Galicia

Dra. Isabel López Miragaya
Servicio de Microbiología
Hospital Meixoeiro
C/ Meixoeiro sn
36235 VIGO (Pontevedra)
Tel: 986-81 17 11
(Central: 81 11 11
Ext: 711, 556, 599)
Fax: 986-27 64 16
Dra. M^a Dolores Peñalver Barral
Servicio de Microbiología
Hospital General de Galicia
c/ Galera s/n

15704 SANTIAGO
DE COMPOSTELA (La Coruña)
Tel: 981-54 01 05
(Central: 54 00 00 Ext. 40251)
Fax. 981-57 01 02

País Vasco

Dra. Gurutxe Rubio
Servicio de Microbiología
Hospital de Cruces
Plaza Cruces s/n
48903 BARACALDO (Vizcaya)
Tel: 94-485 99 60
Fax: 94-485 09 18

Valencia

Dra. Beatriz Acosta Boga
Servicio de Microbiología
Hospital La Fe
Avda. Campanar n^o 21
46009 VALENCIA
Tel-Fax: 96-386 27 44
Fax: 96-386 27 44/386 87 89

Laboratorio Nacional de referencia

Drs. Gloria Trallero,
Antonio Tenorio, Álvaro Lozano,
Pilar Pérez Breña, Fernando de Ory
Centro Nacional de Microbiología
Instituto de Salud Carlos III
28220 MAJADAHONDA, Madrid
Tel: 91-509 79 01
Exts: 3619, 3632, 3629, 3622 y 3630
Fax: 91-509 79 66