

## Informe de cierre de evento

### Caso de poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (PVDV-2) en España con vínculo epidemiológico con Senegal

21 de diciembre de 2021

#### Detección y descripción del caso

Durante la cuarta semana de septiembre de 2021, el Laboratorio de Polio del Centro Nacional de Microbiología (CNM) detectó un caso de poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (PVDV-2). El Laboratorio se lo comunicó al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y el CCAES comunicó el caso a la Oficina Regional de la OMS en Europa.

El caso, un preescolar menor de 6 años procedente de Senegal, había ingresado de manera programada en un hospital de Murcia el mismo día de su llegada a España a comienzos de agosto, para continuar el tratamiento por un cuadro de parálisis flácida aguda que había debutado a comienzos de julio en Senegal. El caso evolucionó favorablemente y fue dado de alta la segunda semana de agosto con un diagnóstico de parálisis flácida aguda (PFA) secundaria a meningomieloradiculitis anterior aguda secundaria a infección por enterovirus. Durante el ingreso se identificó enterovirus en una muestra respiratoria, posteriormente caracterizada como coxsackievirus B4, y en heces, este último sin caracterizar. El caso regresó a Senegal los primeros días de septiembre.

El caso fue detectado en el contexto de la vigilancia complementaria de poliovirus (PV). Durante la búsqueda retrospectiva de casos de PFA del mes de septiembre, el servicio de vigilancia epidemiológica de la Región de Murcia identificó el caso descrito, que no había sido notificado, y lo notificó al CNE a comienzos de septiembre. Se pudo recuperar una muestra de heces del caso que se remitió al CNM. El CNM estudió mediante cultivo celular dicha muestra, aislándose e identificándose por diferenciación intratípica un PV tipo 2 el 22 de septiembre. Los resultados de análisis adicionales de secuenciación en el gen VP1 realizados concluyeron que se trataba de un PVDV-2, confirmado posteriormente por el Laboratorio Regional de Referencia de para Polio de la OMS en Europa, en el Instituto Robert Koch (Berlín).

#### Coordinación nacional e internacional. Constitución del Grupo de Apoyo Técnico (GAT) y del Comité de Coordinación de la Respuesta (CCR).

Tras la identificación del caso, el CCAES convocó la reunión constitutiva del Grupo de Apoyo Técnico (GAT) tal y como viene establecido en el Plan de Acción de España para la Erradicación de la Poliomielitis, para discutir la información disponible hasta el momento y las actuaciones de respuesta al evento. El GAT lo integraron en un primer momento representantes del CCAES, del Área de Programas de Vacunación de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, del CNM, del CNE y de Salud Pública de Murcia. Tras verificarse la existencia de contactos

estrechos del caso en la Comunidad de Madrid y en Canarias, se incluyó en el GAT a representantes de Salud Pública de dichas comunidades autónomas. Además, la Directora General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad constituyó el Comité de Coordinación de la Respuesta (CCR) con representantes de la Dirección General de Salud Pública de las comunidades autónomas afectadas, CCAES, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Instituto de Salud Carlos III, y del Comité Nacional de Certificación de la Erradicación de Poliomielitis para evaluar las actuaciones recomendadas por el GAT. Las medidas de control propuestas por el GAT fueron avaladas en el CCR.

El mismo día que el GAT fue convocado, el CCAES comunicó el caso al Punto Focal del Reglamento Sanitario Internacional en Senegal solicitando información adicional sobre los antecedentes del caso, así como de la situación epidemiológica de circulación de PVDV-2 en Senegal.

### **Actuaciones de respuesta al evento**

Las comunidades autónomas implicadas desarrollaron las actuaciones establecidas en el Plan de Acción de España para la Erradicación de la Poliomielitis teniendo además en cuenta el contexto de alta inmunidad frente a poliomielitis en la población general y a nivel local en el área afectada. Estas acciones incluyeron: 1) Identificación y estudio de contactos, toma de muestras de heces y vacunación; 2) Análisis virológico en aguas residuales; 3) Evaluación de coberturas de vacunación en busca de población susceptible/de riesgo; 4) Vigilancia activa para la búsqueda prospectiva y retrospectiva de casos sospechosos.

Los miembros del GAT y otros actores implicados en la respuesta publicaron una Comunicación Rápida en Eurosurveillance donde se presentan los detalles sobre la respuesta a este evento:

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2101068>

El día 21 de diciembre, el CNM emitió los resultados finales de laboratorio que indicaron la ausencia de transmisión comunitaria del PVDV-2 tras no haberse detectado PV en ninguna de las 83 muestras de los 42 contactos del caso estudiados. Tampoco se identificó PV en los análisis de las aguas residuales. El 21 de diciembre tuvo lugar la séptima reunión del GAT en la que se acordó el cierre del evento y la disolución del GAT.

### **Evaluación de riesgo**

Mientras haya circulación de PV en el mundo y se continúen utilizando vacunas vivas atenuadas, existe la posibilidad de introducción de PV salvajes, vacunaes o derivados de la vacuna en España. Sin embargo, la alta calidad de los sistemas de vigilancia, los altos estándares de saneamiento ambiental, las altas coberturas de vacunación y la alta capacidad de detección y respuesta a eventos relacionados con PV en nuestro país, determinan que el riesgo de transmisión de virus de la poliomielitis en nuestro país se considere en la actualidad bajo.

Este evento ha demostrado la importancia de mantener una óptima coordinación entre todos los componentes que forman parte del Plan de Acción de España para la Erradicación de la



Poliomielitis y nos recuerda que para preservar un estado libre de circulación de PV debemos mantener y fortalecer los sistemas de vigilancia de PV para la detección temprana. Esto incluye aumentar la concienciación entre el personal clínico, especialistas de microbiología clínica, de salud pública y otros profesionales con un papel en este sistema, así como mantener unas altas coberturas de vacunación.