

# Bibliografía

09/12/2018

1. Organización Mundial de la Salud. Polio. Actualización 2018. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>
2. Portell E, Kumru H. Síndrome pospolio. FMC. 2015;22:132-7.
3. Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: [http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/P\\_EESP\\_EN\\_A4.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/P_EESP_EN_A4.pdf)
4. Updates on CDC's Polio Eradication Efforts. (Consultado en marzo de 2008.) Disponible en: <https://www.cdc.gov/polio/updates/>
5. Vidal J. Erradicación de la polio. ¿La última etapa? Vacunas. 2016;17:39-40.
6. Plan de acción en España para la erradicación de la poliomielitis. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanPolio/docs/Plan\\_erradicacion\\_poliomielitis.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanPolio/docs/Plan_erradicacion_poliomielitis.pdf)
7. Asociación Española de Vacunología (AEV). Vacuna de la poliomielitis. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en: <https://vacunas.org/poliomielitis>
8. Vacunaciones en el viajero internacional. Vacuna de la poliomielitis. (Consultado en marzo de 2008.) Disponible en: <https://www.fisterra-com.bvcscm.a17.csinet.es/guias-clinicas/vacunaciones-viajero-internacional/#27396>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recomendaciones y medidas preventivas para los viajeros que se dirijan a países con circulación activa de

poliovirus. (Consultado en febrero de 2008.) Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/infoPoliovirus2014.htm>

10. OMS. Declaración del Decimosexto Comité De Emergencia del RSI con respecto a la propagación internacional de poliovirus. (Consultado en marzo de 2018). Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/16th-ihp-polio/en/>

11. World Health Organization (WHO). Global routine vaccination coverage, 2015. Weekly Epidemiological Record (WER); 2016; 91: 537-548. (Consultado el 18 de marzo de 2018). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251463/2/WER9146.pdf>

12. OMS. Viajes internacionales y salud. Polio. (Consultado en marzo de 2018). Disponible en: <http://www.who.int/ith/vaccines/polio/en/>

---

## ¿ Por qué debemos vacunar ?

09/12/2018

### Situación mundial

Debemos vacunar porque es una infección vírica que afecta al sistema nervioso y puede producir parálisis permanente. Dado que el único reservorio de los poliovirus es el humano (no se transmite a otras especies) y son estables (no sufren cambios biológicos), y la vacunación tiene una eficacia del 95-99%, es posible la erradicación de los virus circulantes y por tanto la desaparición de la poliomielitis. Además, la enfermedad, una vez instaurada, no tiene tratamiento, y por ello la

vacunación es la principal estrategia para combatirla<sup>3,4</sup>.

El poliovirus salvaje tipo 2 se erradicó en 1999, y desde el año 2012 no hay casos de enfermedad por virus salvaje tipo 3. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte de que, mientras haya un solo niño infectado, los niños de todos los países del mundo tienen riesgo de contraer la enfermedad. Si no se erradica la poliomielitis en los últimos países donde aún existe, podrían producirse hasta 200.000 casos nuevos anuales en 10 años en todo el mundo. La vacunación sistemática deberá mantenerse hasta la total erradicación de la poliomielitis en todo el mundo.

Los casos declarados en el año 2017 corresponden a Afganistán (14) y Pakistán (8). Nigeria no declaró ningún caso (tuvo cuatro en 2016).

Según la OMS, las coberturas vacunales en 2015 fueron desiguales en las distintas regiones, con un promedio del 86%: en África el 76%, en el Mediterráneo Este el 80%, en Europa el 94%, en las Américas el 91%, en el Sur y el Este de Asia el 86%, y el Pacífico Oeste el 96%<sup>11</sup> (fig. 1).

En junio de 2002, Europa fue declarada oficialmente por la OMS libre de poliomielitis.

Figura 1.

Erradicación de la poliomielitis y plan estratégico de la fase final\*

(Fuente: OMS, Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, <http://www.who.int/topics/poliomyelitis/strategy/es/>)



\* Las actividades esenciales (por ejemplo, la vigilancia, la red de laboratorios y la vacunación con poliovirus inactivados en la vacunación sistemática) se incorporarán a partir de 2019.

## Situación en España

En España no hay casos de poliomielitis desde 1989. La infección fue erradicada, al igual que en el resto de los países europeos, en el año 2002. Las coberturas vacunales infantiles son muy altas (mayores del 90%). Desde el año 2004 solo se utiliza la vacuna parenteral inactivada (VPI)<sup>5,6</sup>.

Únicamente existiría riesgo de adquirir la enfermedad en las siguientes circunstancias:

- Personas no vacunadas que viajen a zonas endémicas y se contagien.
- Casos importados (inmigrantes, viajeros).

- Aparición de casos excepcionales de poliomielitis posvacunación (vacunados antes de 2004 con la vacuna oral).
- 

# Seguridad de la vacuna contra la poliomielitis

09/12/2018

## Efectos adversos

- Con la VP0, el efecto secundario más grave es la aparición de poliomielitis paralítica, así como la transmisión del virus (heces).
- Aparición de reacciones locales y transitorias en el lugar de la inyección: enrojecimiento, hinchazón y dolor. Puede aparecer fiebre (38 °C) como reacción general poco frecuente.
- No se han comunicado efectos adversos graves con la VPI.

## Contraindicaciones

Para la VPI, las contraindicaciones son las habituales de las vacunas inactivadas: reacción anafiláctica (alergia grave) a una dosis previa o sensibilización grave a algún componente de la vacuna.

---

# Eficacia de la vacuna

09/12/2018

La eficacia de la vacuna frente a los tres serotipos de poliovirus está en función de las dosis administradas: con tres dosis de VPI se alcanzan títulos de anticuerpos protectores del 99-100%.

Hay estudios que demuestran la persistencia de anticuerpos hasta 25 años después con una cuarta dosis.

---

## Viajeros

09/12/2018

Los viajeros correctamente vacunados en la infancia que vayan a zonas de riesgo solo necesitan una dosis de recuerdo con VPI. Los viajeros mal vacunados o en situación vacunal desconocida recibirán tres dosis: las dos primeras con un intervalo de 4-8 semanas y la tercera a los 6-12 meses<sup>8,9</sup>.

Mientras no se haya alcanzado la erradicación de la enfermedad, existe riesgo de contagio en los países endémicos (fig. 3).

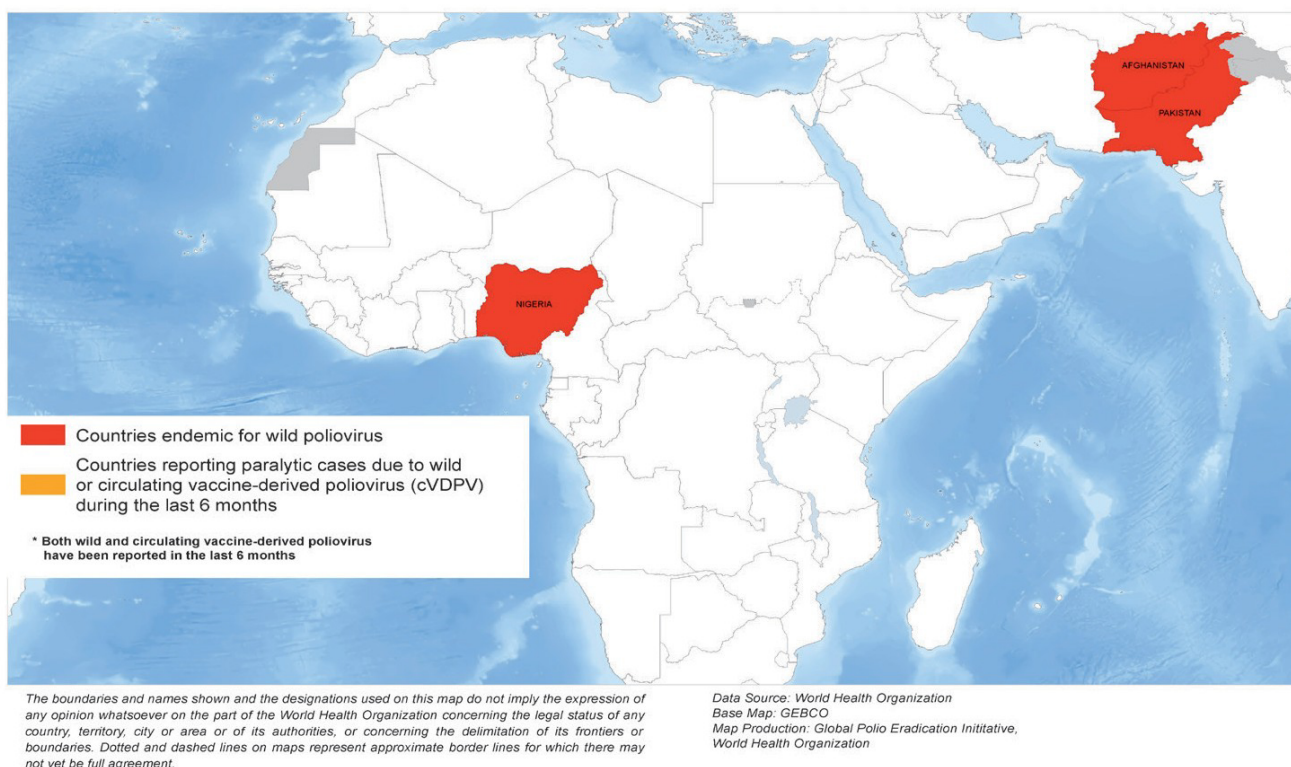
La infección no solo puede afectar a los niños, sino también a los adultos no inmunizados o vacunados de forma incompleta. Además, los viajeros infectados actúan de vectores y podrían reintroducir el virus en países actualmente libres de la enfermedad.

Según la Declaración del Comité de Emergencia de la OMS<sup>10</sup>, la situación actual de la poliomielitis en febrero de 2018 es:

- Países con WPV1 (virus salvaje), cVDPV1 o cVDPV3 (virus derivados de las vacunas circulantes) con riesgo de propagación internacional: Afganistán (14 casos en 2017), Pakistán (8 casos en 2017) y Nigeria (0 casos en 2017, pero 20 en 2016).

Figura 3.

Países con virus de la poliomielitis circulante en los que la OMS recomienda vacunación a los viajeros que llegan o salen del país, actualización 29 de abril de 2015 (Fuente: OMS)



- Países con cVDPV2 (virus vacunal) con riesgo de propagación internacional: República Democrática del Congo (21 casos en 2017), Nigeria y Siria (74 casos en 2017).
- Países donde ya no circulan WPV1 ni cVDPV, pero que siguen siendo vulnerables a la reinfección: Camerún (último caso en 2014), República Centroafricana (último caso en 2011), Chad (último caso en 2014) y Níger (último caso en 2012).
- Para todos aquellos viajeros que se dirijan a los 10 países señalados, así como para aquellos viajeros

emisores o residentes en los países afectados, la OMS ha emitido una serie de recomendaciones temporales cuyo objetivo principal es detener la propagación del poliovirus salvaje hacia las zonas libres de poliomielitis en el mundo<sup>12</sup>.

Estas recomendaciones dirigidas a los viajeros a países con circulación activa de poliovirus se basan fundamentalmente en la actualización de su calendario vacunal frente a la poliomielitis y en la administración de aquellas vacunas de la poliomielitis que se consideren oportunas, tras la evaluación personalizada de dicho calendario vacunal, el destino de viaje (países exportadores y no exportadores de poliovirus salvaje, pero infectados), la duración de la estancia y el motivo del viaje.

A todos los viajeros vacunados se les suministrará un certificado de vacunación internacional o profilaxis (RSI2005), que acredita la vacunación, el cual podrá ser exigido en los países señalados.

---

## Vacunas disponibles

09/12/2018

La vacuna atenuada oral (VP0) se introdujo en España en el año 1963. En 1975 se implantó en el calendario vacunal con la siguiente pauta: tres dosis a los 3, 5, 7 meses y dosis de recuerdo a los 15 meses y los 6 y 14 años<sup>7</sup>.

En el año 2004 se cambió la VP0 por la VPI, con tres dosis (2, 4, 6 meses) y una de recuerdo (15-18 meses).

La VP0 es una vacuna de virus vivos atenuados que incluye los serotipos 1, 2 y 3. Según la OMS, se recomienda como

estrategia global para la erradicación de la enfermedad en aquellos países donde existen casos de poliomielitis por virus salvaje. También estaría indicada para el control de brotes epidémicos.

El principal problema de la VPO es el riesgo de desarrollar poliomielitis paralítica en el vacunado o sus contactos, en especial si padecen alguna inmunodeficiencia (alteración del sistema de defensa contra las infecciones).

En el año 2004 también se cambió en España la VPO por la VPI. Dicho cambio se justificaba por la disminución del número de casos (situación epidemiológica favorable) y por disminuir el riesgo de poliomielitis paralítica asociada a la vacunación oral generalizada.

La VPI utilizada actualmente en España en el calendario vacunal es tan efectiva como la oral, sin el riesgo de provocar poliomielitis posvacunal. Se utiliza como vacuna combinada junto con otras vacunas (tetraivalente, pentavalente o hexavalente), lo que permite incrementar el número de vacunas sin aumentar los pinchazos.

## **Vacunas contra la poliomielitis**

- VPI monovalente (Imovax Polio®), disponible a través de medicamentos extranjeros.
- VPI en combinación con otras vacunas (tetraivalente, pentavalente o hexavalente) según el calendario vacunal vigente.

## **Pautas de vacunación**

- Vacunación sistemática según el calendario vacunal del año 2018: pauta con VPI con tres dosis (2, 4, 11 meses) y una de recuerdo (6 años) (Figura 2).

## Situaciones especiales

- Personas que han recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos por pérdida de la inmunidad.
- La VPI puede administrarse sin riesgo a personas con alteración de su sistema inmunitario, así como en convivientes.
- Puede utilizarse en gestantes siempre que la situación epidemiológica lo requiera (viaje a zona endémica o exposición a casos importados).

VACUNACIÓN	EDAD									
	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años
Poliomielitis		VPI	VPI	VPI				VPI <sup>(a)</sup>		
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa <sup>(a)</sup>		Td
Haemophilus influenzae b		Hib	Hib	Hib						
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV		TV			
Hepatitis B <sup>(b)</sup>	HB <sup>(b)</sup>	HB	HB	HB						
Enfermedad meningocócica C			MenC <sup>(c)</sup>		MenC				MenC	
Varicela						VVZ	VVZ		VVZ <sup>(d)</sup>	
Virus del Papiloma Humano									VPH <sup>(e)</sup>	
Enfermedad neumocócica		VCN1	VCN2	VCN3						

<sup>(a)</sup> Se administrar la vacuna combinada DTPa/VPI a los niños vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de 6 años. Los niños vacunados con pauta 3+1 recibir n dTpa.

<sup>(b)</sup> Pauta 0, 2, 4, 11 meses. Se administrar la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada y la vacunación de hijos de madres portadoras de Ag HBs en las primeras 24 horas de vida junto con administración de inmunoglobulina HB.

<sup>(c)</sup> Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

<sup>(d)</sup> Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

<sup>(e)</sup> Vacunar solo a las niñas con 2 dosis.