



Erradicación de la poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. En 1988, cuando el poliovirus era endémico en más de 125 países, la resolución WHA41.28 fijó el objetivo de erradicar la poliomielitis a nivel mundial. En 1999, la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA52.22, pidió a todos los Estados Miembros que aceleraran las actividades de erradicación de la enfermedad. Este año se han llevado a cabo más actividades que nunca para interrumpir la circulación de poliovirus en los países todavía afectados por la poliomielitis.
2. En África no se ha detectado transmisión de poliovirus autóctonos ni en Egipto ni en el Níger durante más de seis meses, lo que parece indicar que la transmisión se ha interrumpido. Los poliovirus importados se han eliminado en 10 de los 15 países africanos que habían sufrido importaciones desde 2003, gracias a una serie de cinco campañas coordinadas de inmunización contra la poliomielitis, llevadas a cabo en 25 países bajo los auspicios de la Unión Africana. Tras la reanudación en octubre de 2004 de las campañas nacionales de inmunización contra la poliomielitis en Nigeria, el número de estados de ese país que han notificado casos de poliovirus en lo que va de año ha disminuido un 32% y el número de casos de poliomielitis ha descendido un 20% (en comparación con las cifras correspondientes al 9 de noviembre de 2004).
3. En Asia, desde la introducción de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 1 (mOPV1), el virus circulante a nivel local no se ha detectado en uno de los tres reservorios de poliovirus que quedan en la India, Mumbai, y su presencia se ha seguido reduciendo: ahora sólo se observa en 14 de los 107 distritos de Uttar Pradesh y Bihar.¹ En 2005, en el Pakistán sólo se detectaron poliovirus de tipo 1¹ en nueve de los 126 distritos, y se produjo un descenso del 57% en el número de linajes de poliovirus salvajes circulantes, en comparación con 2004. En el Afganistán, se detectaron este año unos cuantos casos de poliomielitis paralítica, debida a poliovirus de los tipos 1 y 3 en la región meridional del país.
4. Durante 2005, 12 países informaron de la presencia de poliovirus importados y, por primera vez, el número de casos de poliomielitis en los nuevos países afectados fue superior al de los registrados en los países en que la enfermedad es endémica (873 frente a 655 al 22 de noviembre de 2005).

¹ Datos correspondientes al comienzo de la estación de transmisión alta de poliovirus salvajes, 1 de julio de 2005.

CONSIDERACIONES

5. **Interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes autóctonos en África.** El norte de Nigeria es el último reservorio de poliovirus salvajes autóctonos de África y parece ser el único reservorio importante que queda en el mundo de poliovirus de tipo 1 y 3. Debido a la gran carga que impone la enfermedad y al riesgo de exportación, será necesario llevar a cabo actividades suplementarias de inmunización a gran escala y administrar una combinación adecuada de vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes y trivalentes cada cuatro a seis semanas hasta que se interrumpa la transmisión del poliovirus.

6. **Interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes autóctonos en Asia.** La transmisión de poliovirus salvajes en el Afganistán, la India y el Pakistán se limita actualmente a un solo serotipo, el 1 o el 3, en todas las zonas. Es necesario llevar a cabo campañas suplementarias de inmunización a gran escala que, cada cuatro a seis semanas y hasta que se detenga la transmisión, hagan llegar la vacuna antipoliomielítica oral monovalente a más del 95% de los niños de las zonas infectadas.

7. **Preparación para la certificación mundial de la erradicación de la poliomielitis y para el posible cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral.** Ahora que se ha acelerado la erradicación de los poliovirus salvajes, todos los países deben llevar a cabo las actividades recomendadas para la contención biológica de los poliovirus salvajes, para mejorar y mantener la vigilancia de los poliovirus circulantes y para evaluar las políticas que se podrían seguir a largo plazo con respecto a la inmunización contra la poliomielitis.

8. **Asegurar la financiación para la «fase de barrido y certificación» de 2006-2008.** Es necesario que se contraigan compromisos de financiación plurianuales y flexibles para poder reunir los US\$ 750 millones que todavía faltan para el periodo 2006-2008, de los cuales US\$ 200 millones se necesitan de inmediato para actividades en 2006. Esos fondos se precisan para comprar la vacuna antipoliomielítica oral, realizar campañas de inmunización contra la poliomielitis, aportar respuestas de emergencia a los brotes de poliomielitis, mantener sistemas de vigilancia de la enfermedad muy precisos y proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros.

9. **Limitación de la propagación internacional de la transmisión de poliovirus salvajes.** El Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis reconoció que el 57% de todos los casos de poliomielitis notificados en 2005 estaban relacionados con brotes en países antes exentos de la enfermedad y emprendió un análisis detallado de la respuesta dada a esos brotes entre 2003 y 2005. El Comité observó que el riesgo de transmisión prolongada y de propagación de los poliovirus a nivel nacional e internacional estaban relacionados con: 1) la rapidez de las primeras actividades de inmunización; 2) el alcance geográfico de la respuesta; 3) la proporción de niños vacunados de la población objetivo; 4) el uso de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente; y 5) el número total de rondas de inmunización efectuadas. Por consiguiente, el Comité hizo recomendaciones permanentes a los Estados Miembros para hacer frente a los poliovirus circulantes en zonas exentas de poliomielitis. También hizo recomendaciones al Director General y los asociados punteros de cara a respaldar las respuestas a los brotes de poliomielitis en los Estados Miembros que notifican casos de poliomielitis debido a virus importados, y reafirmó las medidas que los países en situación de riesgo de importación especialmente alto podrían adoptar para reducir ese riesgo.¹ Para aplicar de forma efectiva esas recomendaciones es preciso reconocer de inmediato que todo poliovirus circulante constituye una posible amenaza para la salud internacional y aportar una respuesta adecuada.

¹ La versión íntegra de las recomendaciones se puede consultar en *Weekly Epidemiological Record*, 2004, **79**(32): 289-291; 2005, **80**(38): 330-331, y 2005, **80**(47), en prensa.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

10. Se invita al Consejo Ejecutivo a examinar el proyecto de resolución siguiente:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre la erradicación de la poliomielitis,¹

RECOMIENDA a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud que apruebe la siguiente resolución:

La 59ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la erradicación de la poliomielitis;

Recordando la Declaración de Ginebra sobre la Erradicación de la Poliomielitis, de 2004, por la que los seis países donde la enfermedad sigue siendo endémica y los asociados punteros se comprometieron a interrumpir las últimas cadenas de transmisión de poliovirus intensificando las campañas de inmunización;

Reconociendo que los casos de poliomielitis son cada vez más raros, gracias al aumento de las actividades de erradicación de la enfermedad a nivel mundial, y que todos los Estados Miembros están reforzando la vigilancia para detectar los poliovirus circulantes y llevando a cabo actividades de contención biológica;

Observando que las importaciones de poliovirus a las zonas exentas de poliomielitis representan una amenaza potencial para la salud internacional;

Recordando las recomendaciones permanentes del Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis,²

1. INSTA a todos los Estados Miembros exentos de poliomielitis a que, cuando detecten poliovirus circulantes, actúen con rapidez y:

1) realicen una investigación inicial, pongan en marcha actividades de respuesta a nivel local y soliciten una evaluación de los riesgos a expertos internacionales en un plazo de 72 horas a partir de la confirmación del caso índice, a fin de establecer un plan de acción de emergencia;

2) lleven a cabo como mínimo tres rondas de inmunización a gran escala, casa por casa, con una vacuna antipoliomielítica oral monovalente para un tipo específico, debiendo realizar la primera de esas rondas en las cuatro semanas siguientes a la confirmación del caso índice y dejar un intervalo de cuatro semanas entre las rondas sucesivas;

¹ Documento EB117/4.

² *Weekly Epidemiological Record*, 2004, **70**(32): 289-291; 2005, **80**(38): 330-331, y 2005, **80**(47), en prensa.

