



Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación

Informe de la Secretaría

1. La Directora General convocó con carácter urgente a las principales partes interesadas a una reunión consultiva el 28 de febrero de 2007 sobre la erradicación completa de la poliomiélitis y la capacidad colectiva para hacer frente a las dificultades operacionales y financieras conexas. Las nuevas metas establecidas para finales de 2007 y para finales de 2008 relacionadas con la intensificación de las medidas destinadas a erradicar la enfermedad se publicaron durante la 60ª Asamblea Mundial de la Salud.¹
2. Para el 25 de febrero de 2008, después de que, en febrero de 2007, se intensificaran las actividades encaminadas a la erradicación, los dos países con poliomiélitis endémica y aquellos en los cuales se ha vuelto a introducir el virus habían progresado notablemente hacia la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje. En 2007 el número de casos de poliomiélitis se redujo un 63% en comparación con el año precedente, y el número de casos debidos al tipo 1 de poliovirus salvaje, el más peligroso de los dos serotipos restantes, disminuyó un 84%. La ausencia de poliovirus de tipo 1 en la parte occidental del estado de Uttar Pradesh (India) es una novedad que llama la atención porque ésta es la única zona de la India donde nunca se ha interrumpido la transmisión de poliovirus autóctono. Otros logros muy importantes alcanzados en 2007 comprenden lo siguiente: una disminución general de un 76% en el número de casos en el norte de Nigeria, una mayor restricción geográfica de la transmisión de poliovirus salvaje en el Afganistán y el Pakistán, y la interrupción de la transmisión del poliovirus importado original en 25 de los 27 países en los cuales éste se había reintroducido entre 2003 y 2007.
3. En mayo de 2007, la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA60.14, relativa al mecanismo de gestión de los posibles riesgos para la erradicación de la poliomiélitis, instó a los Estados Miembros a que reforzaran la vigilancia activa de la parálisis flácida aguda y a que se prepararan para garantizar el bioconfinamiento a largo plazo de los poliovirus. También pidió a la Directora General que en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud presentara propuestas con miras a reducir al mínimo el riesgo a largo plazo de reintroducción de poliovirus o de reaparición de la poliomiélitis (esto es, después de la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje a nivel mundial).

¹ http://www.polioeradication.org/content/publications/TheCase_FINAL.pdf

CONSIDERACIONES

4. **Interrupción de la transmisión de todo poliovirus salvaje a nivel mundial.** La plena aplicación de las actividades intensificadas de erradicación¹ será fundamental para que se administren a todos los niños dosis múltiples de la vacuna antipoliomielítica oral adecuada, en particular donde no se hayan alcanzado todas las metas establecidas para finales de 2007. Se están redoblando esfuerzos en los siguientes lugares: el sur del Afganistán; las 72 circunscripciones de máximo riesgo (de un total de 433 circunscripciones) del estado de Bihar (India); las áreas de gobierno local de los estados del norte de Nigeria en las cuales nunca se interrumpió la transmisión de poliovirus salvaje (especialmente las de los estados de Borno, Jigawa, Kano, Katsina, Kebbi y Sokoto); y la provincia de la Frontera del Noroeste y extensas zonas de Sindh y Baluquistán, en el Pakistán. Las actividades de respuesta a brotes deben implementarse íntegramente en Angola y el Chad, donde la transmisión de virus importados continúa desde 2005 y 2003, respectivamente. A fin de ejecutar el plan de intensificación de las actividades de erradicación para 2008-2009 es preciso financiar la totalidad del presupuesto previsto, que asciende a US\$ 1306 millones.

5. **Protección de las zonas libres de poliovirus salvaje.** Mantener el nivel de vigilancia de la parálisis flácida aguda necesario para la certificación en todos los Estados Miembros, incluidos los 56 que no alcanzaron ese nivel en 2007, es indispensable para poder aportar una respuesta eficaz a cualquier brote resultante de la importación de poliovirus salvaje a una zona libre de poliomieltitis. Para reducir al mínimo las consecuencias de una importación de poliovirus es preciso que la cobertura de inmunización antipoliomielítica sistemática se mantenga en un nivel superior al 80% en todos los Estados Miembros. El riesgo de reintroducción accidental de poliovirus salvaje se puede reducir aún más aplicando las medidas descritas en la fase 1 (Encuestas e inventarios de laboratorios) del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en el laboratorio² en los 39 Estados Miembros libres de poliomieltitis que aún no lo han hecho.

6. **Caracterización de los riesgos a largo plazo asociados con poliovirus.** Los principales riesgos asociados con poliovirus tras la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje son los siguientes:

- brotes provocados por poliovirus de origen vacunal circulantes porque se sigue administrando la vacuna antipoliomielítica oral; se calcula actualmente que, a nivel mundial, cada año hay entre un 60% y un 95% de probabilidades de que se produzcan brotes de ese tipo, y la proporción pasaría a oscilar entre un 1% y un 3% al tercer año del cese sincronizado de la administración de la vacuna oral;
- poliomieltitis paralítica asociada a la vacuna, como consecuencia de que se sigue administrando vacuna antipoliomielítica oral a personas no inmunes: se calcula que todos los años se registran entre 250 y 500 casos a nivel mundial;

¹ Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 27-28 November 2007. *Weekly epidemiological record*, 2008, 83(3):25-36.

² Documento WHO/V&B/03.11, segunda edición.

- excreción de poliovirus de origen vacunal asociada a problemas de inmunodeficiencia; en estos momentos se sabe que, como mucho, tres personas son excretoras crónicas¹ de esos virus, pero ninguna de ellas se ha relacionado con casos secundarios;
- reintroducción de poliovirus salvaje o de cepas Sabin procedentes de algún lugar donde se conserven poliovirus (por ejemplo un laboratorio de diagnóstico, investigación y control de calidad o un fabricante de vacunas contra la poliomielitis); se conocen más de 600 lugares con reservas actuales de poliovirus salvaje, según información facilitada por los Estados Miembros que han llevado a cabo las actividades descritas en la fase 1 del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en el laboratorio.²

Es necesario realizar más estudios para caracterizar mejor los riesgos debidos a los poliovirus vacunales circulantes, los virus cuya excreción está asociada a problemas de inmunodeficiencia y las reservas de poliovirus, y formular estrategias para mitigar cada uno de ellos.

7. Coordinación de las estrategias de gestión de los riesgos a largo plazo asociados con poliovirus. Para reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de poliovirus y de reaparición de la poliomielitis después de la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje es necesario que los Estados Miembros:

- a) coordinen la aplicación de las salvaguardias y las medidas de bioconfinamiento apropiadas para el manejo y el almacenamiento de los poliovirus residuales (poliovirus salvajes, cepas Sabin y cepas vacunales) y el material que pueda estar infectado con poliovirus;
- b) sincronicen el cese de la inmunización sistemática con vacuna antipoliomielítica oral;
- c) respeten los procesos acordados internacionalmente para el uso de la vacuna antipoliomielítica oral (es decir, con poliovirus vivos) en respuesta a nuevos brotes de poliomielitis.

8. Establecimiento de procesos más seguros para la producción de vacuna con poliovirus inactivado y estrategias asequibles para su empleo. Debería haber opciones asequibles para utilizar vacunas con poliovirus inactivado, opciones que estén al alcance de cualquier país donde se considere que los riesgos a plazo medio o largo de reintroducción de poliovirus y de reaparición de la poliomielitis justifican el mantenimiento de la inmunización antipoliomielítica sistemática después del cese sincronizado del uso de la vacuna oral. Lo ideal sería que, tras el cese de la administración de toda vacuna antipoliomielítica oral, los países de ingresos bajos que desearan mantener la inmunización con vacunas inactivadas pudieran hacerlo a un costo similar al de la vacuna oral. Prosiguen las investigaciones sobre el fraccionamiento de las dosis y la administración de un número menor de dosis de vacuna con poliovirus inactivados, sobre la utilización de adyuvantes y cepas de siembra alternativas para producir vacunas con poliovirus inactivado, así como sobre nuevos procesos de optimización de la fabricación de vacuna con poliovirus inactivado. Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que quizá sea posible disponer en breve de nuevas opciones que, sin influir en los costos, hagan posible utilizar y producir sin riesgos en países de bajos ingresos vacunas con poliovirus inactivado.

¹ Según la definición de trabajo, por «excreción crónica» de ese virus se entiende su excreción durante más de cinco años.

² Documento WHO/V&B/03.11, segunda edición.

9. **Acuerdo acerca de un mecanismo para coordinar la gestión de los riesgos a largo plazo asociados con poliovirus.** Según la Constitución de la OMS, la Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar tres tipos de instrumentos normativos que permitirían negociar un consenso internacional sobre los mencionados elementos de la estrategia general para reducir al mínimo los riesgos a largo plazo de reintroducción de poliovirus o de reaparición de la poliomielitis tras la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje. Esos tres tipos de instrumentos son los siguientes: convenciones o acuerdos, reglamentos y recomendaciones. Teniendo en cuenta que el Reglamento Sanitario Internacional (2005), establecido en virtud del Artículo 21 de la Constitución, exige a los Estados Partes que notifiquen todo caso de «poliomielitis por poliovirus salvaje», se propuso al Consejo Ejecutivo en su 122ª reunión, en enero de 2008, como posible mecanismo para llegar a un consenso internacional sobre las estrategias a largo plazo para gestionar el riesgo de reintroducción de poliovirus o de reaparición de la poliomielitis, que se redacte y negocie un anexo de dicho Reglamento. Tras un debate considerable, el Consejo, adoptó la resolución EB122.R1, titulada «Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación», en la cual se recomienda a la Asamblea de la Salud un proyecto de resolución en el que se pide a la Directora General que presente «una o más propuestas, para que las examine el Consejo Ejecutivo, relativas a un mecanismo de mitigación del riesgo de reintroducción del poliovirus... ».

10. **Fijación de un plazo para iniciar mecanismos destinados a reducir al mínimo los riesgos a largo plazo de los poliovirus.** Para reducir al mínimo los riesgos a largo plazo de los poliovirus es necesario dejar de utilizar la vacuna antipoliomielítica oral en la inmunización sistemática lo antes posible después de la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje a nivel mundial, cuando los niveles de inmunidad de la población y de sensibilidad de los dispositivos de vigilancia son altos. Las actividades coordinadas para reducir al mínimo los riesgos a largo plazo de los poliovirus deberían dar comienzo en cuanto haya una probabilidad alta de que se haya interrumpido la transmisión de todos los poliovirus salvajes a nivel mundial. Se ha demostrado que el poliovirus salvaje de tipo 1 es el serotipo cuya transmisión es la más difícil de interrumpir y, como es poco probable que éste circule sin ser detectado durante un periodo superior a seis meses si existe una buena vigilancia, los mecanismos encaminados a la coordinación internacional de las estrategias de gestión de riesgos podrían ponerse en marcha seis meses después de la detección del último caso mundial de poliomielitis parálitica causada por un poliovirus salvaje de tipo 1 circulante.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

11. Se invita a la Asamblea de la Salud a examinar el proyecto de resolución recomendado en la resolución EB122.R1.

= = =