

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

Informe de la Secretaría

1. En 1988, cuando el poliovirus salvaje era endémico en más de 125 países, la resolución WHA41.28 estableció la meta de la erradicación mundial de la poliomiélitis. En la resolución WHA59.1 la Asamblea de la Salud instó a todos los Estados Miembros en los que la poliomiélitis es aún endémica a poner en práctica su compromiso de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje, y a los Estados Miembros libres de la enfermedad, a responder rápidamente a la detección de poliovirus circulantes con las medidas previstas.

2. En 2006, cuatro países siguen afectados de forma endémica por el poliovirus salvaje; a saber, el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán. Es la cifra más baja de países endémicos registrada hasta hoy. Esos cuatro países representan un 92% de todos los casos nuevos de poliomiélitis en 2006 (a 17 de octubre de 2006). En el Afganistán (28 casos a 17 de octubre de 2006), la mayor inseguridad sufrida por la región meridional ha propiciado un nuevo brote, pues el acceso a los niños se vio aún más dificultado durante las campañas de inmunización contra la enfermedad; el Presidente de ese país ha establecido un Grupo de Acción Nacional contra la Poliomiélitis, para que su oficina supervise directamente las estrategias destinadas a ampliar el acceso a todas las poblaciones. El Pakistán (24 casos a 17 de octubre de 2006) está sincronizando sus campañas con el Afganistán a fin de optimizar la cobertura de las poblaciones en las zonas inseguras y en las zonas de movimiento de la población entre los dos países. En la India (383 casos a 17 de octubre de 2006) hay dos Estados - Bihar y Uttar Pradesh - que siguen presentando transmisión endémica. En Bihar, la transmisión del poliovirus está a punto de ser interrumpida. En Uttar Pradesh occidental se están corrigiendo las lagunas de cobertura vacunal que provocaron un nuevo brote en 2006. En Nigeria (902 casos a 17 de octubre de 2006), el poliovirus salvaje está circunscrito a los estados septentrionales, donde la transmisión endémica sigue siendo la más intensa del mundo; desde mayo de 2006 se han llevado a cabo «días de inmunización plus», en los que además de la administración de la vacuna antipoliomielítica oral se ofrecen otras vacunas e intervenciones sanitarias para mejorar la participación comunitaria.

3. En 2006, el 8% restante de los casos nuevos de poliomiélitis se han registrado en países en los que se ha reintroducido el poliovirus. Así, poliovirus originarios de la India causaron brotes en Angola, Bangladesh, Namibia, Nepal y la República Democrática del Congo. Poliovirus originarios del norte de Nigeria causaron casos o brotes en el Camerún, Etiopía, Indonesia, Kenya, el Níger, Somalia y el Yemen. La rápida implementación de las medidas preconizadas en la resolución WHA59.1 ha reducido notablemente la magnitud y la duración de los brotes recientes.

4. Para reducir el riesgo de una mayor propagación internacional del poliovirus salvaje en 2006, los países considerados de alto riesgo de importación de los virus (ya fuese porque existían precedentes de importación o porque colindaban con zonas en las que están circulando poliovirus) llevaron a cabo nuevas campañas contra la poliomiélitis. A fin de proteger a los viajeros, la OMS está actuali-

zando las indicaciones facilitadas en Viajes internacionales y salud¹ para recomendar que todas las personas que viajen a países donde se sabe que está circulando el poliovirus reciban la vacunación completa contra la poliomielitis de acuerdo con la política nacional de inmunización de su país de origen. Para reducir el riesgo de poliomielitis entre los peregrinos que realizan el Hajj o la Umrah, el Ministerio de Salud de la Arabia Saudita promulgó una directiva por la que se obligaba a todos los viajeros de menos de 15 años procedentes de países en los que estuviera circulando o hubiera circulado recientemente el poliovirus, y a todos los nigerianos independientemente de su edad, a demostrar que habían sido vacunados para poder obtener un visado de entrada.

5. En 2006 se ha avanzado de forma considerable en la preparación de la era posterradicación, incluida la mejora de las estrategias tendentes a reducir al mínimo y controlar los riesgos a largo plazo que amenazan a la erradicación de la poliomielitis. Cabe destacar que se ha difundido para escrutinio público el proyecto de tercera edición del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en el laboratorio,² y que el Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis está examinando los procedimientos normalizados de trabajo para la constitución de reservas de vacuna oral monovalente contra el poliovirus en la era posterradicación y la interrupción del uso de la vacuna oral.

CONSIDERACIONES

6. **Interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje endémico en el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán.** A fin de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en los reservorios que aún quedan, es necesario llevar a cabo entre siete y ocho rondas de inmunización suplementaria en las zonas afectadas utilizando una combinación idónea de vacuna oral monovalente y trivalente, con una cobertura superior al 95% de los niños en cada intervención. Para organizar rápidamente las actividades necesarias a fin de garantizar esa cobertura, los dirigentes políticos tendrán que implicarse con miras a movilizar y gestionar los recursos aportados por diversos ministerios y conseguir una mayor participación de las comunidades afectadas para llegar a todos los subgrupos de población. Teniendo en cuenta la experiencia reciente en los países con poliomielitis endémica y en los que se ha reintroducido el virus, se necesitarán más de 12 meses para detener la transmisión en las zonas endémicas que todavía subsisten. En las zonas con problemas de inseguridad, la negociación de «días de tregua» facilitaría el acceso a los niños para vacunarlos contra la poliomielitis.

7. **Limitación del riesgo de propagación internacional del poliovirus salvaje.** Para reducir al mínimo el riesgo de reintroducción del poliovirus salvaje en áreas sin poliomielitis a través de personas infectadas pero asintomáticas, el Comité Consultivo especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis ha recomendado que todos los viajeros procedentes de zonas con circulación del poliovirus reciban vacunación completa contra la poliomielitis antes de emprender el viaje. A ese fin, el Comité recomendó que se formulara una recomendación permanente sobre la vacunación antipoliomielítica de los viajeros procedentes de zonas con circulación del poliovirus en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005) tras su entrada en vigor en junio de 2007. Estas medidas complementan las recomendaciones ya formuladas por el Comité para reducir al mínimo las consecuencias de la introducción del poliovirus salvaje manteniendo una cobertura inmunitaria alta contra la poliomielitis en todos los países, apuntalada por campañas de inmunización antipoliomielítica en las áreas fronterizas con las zonas de la India y Nigeria donde circula el poliovirus.

¹ *Viajes internacionales y salud: situación a 1 de enero de 2006.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

² Segunda edición (2003): documento WHO/V&B/03.11.

8. **Logro de la financiación necesaria para interrumpir la transmisión del poliovirus endémico y preparar la era posterradicación.** Se requiere una financiación adicional de US\$ 390 millones para 2007-2008; de esa cantidad, US\$ 100 millones se invertirían en actividades previstas para la primera mitad de 2007 (a 20 de octubre de 2006).

9. **Inicio de un proceso para reducir al mínimo y controlar los riesgos de reaparición de la poliomiélitis en la era de la posterradicación.** Una vez interrumpida la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo, la poliomiélitis podría reaparecer como consecuencia fundamentalmente de *a)* la aparición de poliovirus circulantes de origen vacunal como resultado del uso continuado de la vacuna antipoliomielítica oral en las actividades de inmunización sistemática, y *b)* la reintroducción en las poblaciones humanas de un poliovirus salvaje o de origen vacunal a partir de un centro de fabricación de vacunas, un centro de investigación o un laboratorio de diagnóstico. A fin de reducir al mínimo y controlar esos riesgos, se requiere un consenso internacional en torno a la utilización a largo plazo de las vacunas antipoliomielíticas y el bioconfinamiento del material de poliovirus infeccioso o potencialmente infeccioso. La planificación debe iniciarse en 2007 si se desea garantizar el pronto desarrollo de las políticas nacionales e internacionales necesarias para reducir al mínimo y controlar los riesgos de reaparición de la poliomiélitis en la era de la posterradicación. Desde un punto de vista normativo, se podría pensar, por ejemplo, en añadir otro anexo al Reglamento Sanitario Internacional (2005), pues la poliomiélitis aparece ya en el anexo 2 en relación con la notificación de enfermedades concretas.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

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

El Consejo Ejecutivo,

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

RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la erradicación de la poliomiélitis;

Recordando la resolución WHA59.1, en la que se insta a los Estados Miembros con poliomiélitis endémica a que cumplan su compromiso de interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje;

Reconociendo que el poliovirus endémico está circunscrito hoy a zonas geográficamente limitadas de cuatro países;

Reconociendo la necesidad de un consenso internacional sobre las políticas a largo plazo encaminadas a reducir al mínimo y controlar los riesgos de reaparición de la poliomiélitis en la era de la posterradicación;

¹ Documento EB120/4.

Observando que la planificación de ese consenso internacional debe dar comienzo en un futuro próximo,

1. INSTA a todos los Estados Miembros donde la poliomielitis es aún prevalente:
 - (1) a que establezcan mecanismos para poner al día regularmente al Jefe de Estado o de Gobierno acerca de los progresos y necesidades de los programas, a que refuercen su compromiso político y su participación en las actividades de erradicación de la poliomielitis a nivel estatal/provincial y distrital, y a que impliquen a los líderes locales y a los miembros de las poblaciones aún afectadas por la poliomielitis para lograr la plena aceptación de las campañas de inmunización contra esa enfermedad y la participación en las mismas;
 - (2) a que intensifiquen las actividades de erradicación de la poliomielitis a fin de interrumpir rápidamente la transmisión del poliovirus salvaje;
2. INSTA a todos los Estados Miembros:
 - (1) a que se protejan contra la importación y la propagación internacional de los poliovirus salvajes, revisando y actualizando si es necesario sus políticas nacionales para recomendar la inmunización completa contra la poliomielitis a los viajeros procedentes de las zonas con poliovirus circulante;
 - (2) a que revisen la política y la legislación nacionales sobre la inmunización de los viajeros procedentes de las zonas donde circula el poliovirus de conformidad con las recomendaciones provisionales o permanentes que puedan establecerse en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) una vez que éste entre en vigor;
 - (3) a que reduzcan las consecuencias potenciales de la importación del poliovirus salvaje alcanzando y manteniendo una cobertura de inmunización sistemática contra la poliomielitis superior al 90% y, cuando proceda, llevando a cabo actividades de inmunización suplementaria contra la enfermedad;
 - (4) a que refuercen la vigilancia activa de la parálisis flácida aguda para poder detectar rápidamente cualquier cepa de poliovirus salvaje circulante y estar preparados para certificar la erradicación de la poliomielitis;
 - (5) a que se preparen para garantizar el bioconfinamiento a largo plazo de los poliovirus aplicando las medidas descritas en las fases 1 y 2 en la actual edición del plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de los poliovirus salvajes en el laboratorio;¹
3. PIDE al Director General:
 - (1) que siga prestando apoyo técnico a los Estados Miembros donde la poliomielitis todavía es prevalente para secundar sus actividades tendentes a interrumpir las cadenas finales de transmisión del poliovirus salvaje;

¹ Documento WHO/V&B/03.11 (segunda edición).

- (2) que ayude a movilizar recursos financieros para erradicar la poliomielitis de las zonas donde aún circula el poliovirus, y para reducir al mínimo el riesgo de reaparición de la poliomielitis en la era de la posterradicación;
- (3) que siga colaborando con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en las cuestiones relacionadas con la seguridad, a través de mecanismos como la implantación de «días de tregua», en las zonas donde se requiere un mejor acceso para dar cobertura a todos los niños;
- (4) que inicie el proceso de elaboración de una posible recomendación permanente, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005), acerca de la inmunización antipoliomielítica de los viajeros procedentes de zonas donde circule el poliovirus;
- (5) que en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud presente propuestas con miras a reducir al mínimo el riesgo a largo plazo de reintroducción del poliovirus o de reaparición de la poliomielitis en la era de la posterradicación, forjando para ello un consenso internacional sobre el uso a largo plazo de las vacunas antipoliomielíticas y el bioconfinamiento de material de poliovirus infeccioso o potencialmente infeccioso.

= = =