

Información actualizada sobre las emergencias de salud pública de importancia internacional en curso

Poliomielitis

Informe del Director General

1. Lograr un mundo sin poliomielitis depende de llegar a los niños de «dosis cero» (niños que no están vacunados o a los que no se ha administrado la pauta completa) en las zonas geográficas subnacionales más críticas,¹ que son focos de transmisión de poliovirus. Algunas de estas zonas siguen viéndose afectadas por la inseguridad y por diferentes emergencias humanitarias complejas, lo que obliga al programa contra la poliomielitis a adaptar sus operaciones para suministrar vacunas antipoliomielíticas en un contexto humanitario más amplio.
2. En 2025 se siguieron notificando casos de poliomielitis debidos a poliovirus salvajes de tipo 1 en el Afganistán y el Pakistán, los dos únicos países donde los poliovirus continúan siendo endémicos. A finales de junio de 2025 se habían notificado en total 16 casos debidos a poliovirus salvajes de tipo 1, dos en el Afganistán y 14 en el Pakistán. En lo que va de 2025 también se han notificado un total de 333 muestras ambientales positivas de poliovirus salvajes de tipo 1, concretamente 33 en el Afganistán y 300 en el Pakistán. A modo de comparación, en 2024 se registraron 99 casos (25 en el Afganistán y 74 en el Pakistán) y 768 muestras ambientales positivas (119 en el Afganistán y 649 en el Pakistán).
3. El Afganistán y el Pakistán siguen aplicando programas intensivos y en gran medida sincronizados de actividades de inmunización suplementaria. En lo que va de 2025, el Afganistán ha llevado a cabo dos rondas de vacunación a nivel nacional y dos a nivel subnacional utilizando la estrategia de sitio por sitio, cuyos esfuerzos se han centrado en mejorar los enfoques operativos y de comunicación para maximizar la cobertura. El Pakistán ha llevado a cabo tres rondas de vacunación a nivel nacional y una a nivel subnacional y ha informado de altas tasas de cobertura y de resultados positivos en el muestreo por lotes para la garantía de la calidad a nivel nacional y

¹ El este del Afganistán y el bloque adyacente de Peshawar en el Pakistán; el sur del Afganistán y el bloque adyacente de Quetta en el Pakistán; el este de la República Democrática del Congo; el noroeste de Nigeria; los bloques de Karachi y del sur de Jaiber Pastunjuá en el Pakistán; las zonas meridionales y centrales de Somalia; y el norte del Yemen.

provincial, con el apoyo de un fuerte liderazgo político (incluida la participación directa del Primer Ministro y el Ministro Federal de Salud); sin embargo, la calidad de la campaña varía en el nivel de los distritos y subdistritos debido a los problemas operacionales y la inseguridad en algunas partes de las provincias de Jaiber Pastunjuá y Baluchistán. Los programas de erradicación de la poliomielitis en el Afganistán y el Pakistán siguen coordinándose estrechamente a nivel nacional y subnacional, centrándose en actividades sincronizadas de vacunación de alta calidad y de vacunación en los principales pasos fronterizos, así como en la vigilancia de la parálisis flácida aguda.

4. Durante su reunión de junio de 2025, el Grupo de Asesoramiento Técnico para la Erradicación de la Poliomielitis en el Afganistán y el Pakistán señaló la intensificación de la transmisión del poliovirus salvaje tipo 1 observada en 2024 y en lo que va de 2025. La mayoría de las metas intermedias definidas durante la reunión anterior del Grupo en enero de 2025 no se habían cumplido. El análisis epidemiológico molecular indica que el número de conglomerados genéticos del poliovirus salvaje tipo 1 aumentó de dos en 2023 a ocho en 2024, de los cuales tres permanecen activos en 2025. El Grupo recomendó maximizar la inmunización en los principales focos, particularmente en el sur de Jaiber Pastunjuá y Karachi (Pakistán), mediante la realización de actividades de inmunización suplementaria de alta calidad, la implementación de campañas de vacunación con poliovirus inactivados en grupos de mayor edad en áreas con transmisión persistente y el fortalecimiento de la inmunización sistemática.

5. En 2025 no ha habido transmisión de poliovirus salvajes de tipo 1 en la Región de África de la OMS. El brote que se produjo en Malawi y Mozambique en 2022 fue declarado oficialmente finalizado en mayo de 2024 tras una evaluación independiente de la respuesta al brote para estudiar las características epidemiológicas y la calidad de las actividades de vigilancia e inmunización. El brote estaba vinculado con poliovirus que circulaban en el Pakistán y desencadenó una respuesta de emergencia en cinco países de la subregión africana afectada. El último caso se notificó en agosto de 2022.

6. En lo que va de 2025 se han notificado un total de 67 casos de infección por poliovirus circulantes de origen vacunal, de los cuales 65 eran de tipo 2 y dos de tipo 3. Además, en lo que va de 2025 también se han notificado 69 muestras ambientales positivas (todas ellas de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2). A modo de comparación, en 2024 se notificaron 319 casos de infección por poliovirus circulantes de origen vacunal (de tipo 2 en 304 casos, de tipo 1 en 11 casos y de tipo 3 en 4 casos) y 276 muestras ambientales positivas. El brote de poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2 en la República Democrática del Congo está disminuyendo gracias a la intensa campaña de vacunación que se está llevando a cabo. La cuenca del lago Chad en el norte de Nigeria, y Etiopía y Somalia en el Cuerno de África, son los principales focos de la transmisión en la Región de África y en todo el mundo. Se ha notificado un nuevo brote de poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2 en Papua Nueva Guinea, vinculado a una cepa de poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 2 que estuvo circulando en 2024 en Indonesia, donde fue detectada por última vez en junio de 2024. En los últimos 12 meses se ha detectado la presencia de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 en las aguas residuales de varios países de la Región de Europa, a saber, Alemania, España, Finlandia, Israel, Polonia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Esto se remonta a la transmisión originada en la Región de África y representa un riesgo continuo para la seguridad sanitaria mundial. Sin embargo, aún no hay pruebas establecidas de transmisión a escala comunitaria de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2 en ninguno de estos países de la Región de Europa. El brote de poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 1 en Madagascar se declaró finalizado después de una evaluación exhaustiva realizada por expertos independientes. Recientemente se han notificado

nuevos brotes de poliovirus circulante de origen vacunal de tipo 1 en Djibouti e Israel, para los que se está planificando la respuesta.

7. A 4 de junio de 2025 se han detectado en total 15 nuevos grupos de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2, frente a 30 en 2024, 27 en 2023, 22 en 2022, 29 en 2021, 36 en 2020 y 44 en 2019. De estos, dos se detectaron recientemente en 2025 y se derivan de la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2. Desde su introducción en 2021, se han administrado unos 1650 millones de dosis de la nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2, y se han asociado a ella un total de 30 apariciones de poliovirus circulantes de origen vacunal de tipo 2. La nueva vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 sigue demostrando una estabilidad genética considerablemente superior y un riesgo considerablemente inferior de reversión a la neurovirulencia en comparación con la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2 de Sabin. Gran parte del riesgo de aparición de poliovirus de origen vacunal se atribuye a una combinación de inaccesibilidad, inseguridad, alta concentración de niños que no han recibido ninguna dosis de la vacuna o no han recibido la pauta completa, y desplazamientos de población. Estos factores siguen siendo especialmente evidentes en el este de la República Democrática del Congo, Etiopía, el norte de Nigeria, las zonas meridionales y centrales de Somalia y el norte del Yemen. El actual entorno de escasez de recursos dificulta aún más la aplicación plena y efectiva de las actividades cruciales de erradicación.

8. En vista de las importantes limitaciones de financiación, el Comité de Estrategia de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, bajo los auspicios del Consejo de Supervisión de la Poliomielitis, está examinando las estrategias programáticas y los enfoques operacionales para determinar en qué áreas se puede aumentar la eficiencia y eliminar redundancias, al tiempo que se garantizan los progresos continuos hacia el logro de los objetivos de la Iniciativa.

9. De acuerdo con la recomendación del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la propagación internacional de poliovirus, las actividades que se llevan a cabo en el mundo para erradicar los poliovirus continúan y la propagación internacional de poliovirus sigue siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional. Atendiendo al consejo del Comité de Emergencias, el Director General ha emitido recomendaciones temporales para los países que han registrado infecciones por poliovirus o donde sigue habiendo riesgo de reinfección².

Intervención del Comité Permanente

10. Se invita al Comité Permanente a que tome nota del informe. Además, se le invita a que, en sus debates, formule observaciones y orientaciones con respecto a las preguntas que se exponen a continuación.

- Dadas las actuales limitaciones de recursos, ¿qué enfoques eficaces podrían adoptarse con el fin de garantizar un apoyo continuado para la erradicación de la poliomielitis?
- ¿Qué medidas adicionales deberían adoptarse para mantener la voluntad política en apoyo de la erradicación de la poliomielitis, incluida la movilización de recursos internos por parte de los Estados Miembros?

² Véase la [declaración de la 42.ª reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional \(2005\) \(RSI\)](#) sobre la propagación internacional de poliovirus (en inglés) (consultado el 30 de julio de 2025).