

Poliomielitis

Informe de la Secretaría

1. Siguen haciéndose notables progresos hacia la consecución de los cuatro objetivos del Plan estratégico para la erradicación de la poliomiélitis y la fase final 2013-2018 (el Plan estratégico para la fase final). El Afganistán y el Pakistán son ya los únicos países donde la poliomiélitis es aún endémica, y la transmisión de poliovirus salvajes ha alcanzado mínimos históricos, tanto en el número de casos notificados como en el de países afectados.

2. Sigue en vigor la declaración de la propagación internacional de poliovirus salvajes como emergencia de salud pública de importancia internacional, así como las recomendaciones temporales formuladas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). En septiembre de 2015, el Consejo de Supervisión de la Poliomiélitis de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis examinó los progresos realizados y llegó a la conclusión de que es más probable que la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes se logre en 2016 que en 2015. Ese aplazamiento retrasa a 2019 la fecha prevista de certificación de la erradicación mundial de la poliomiélitis y aumenta en US\$ 1500 millones el costo de completar la erradicación. En octubre de 2015, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización de la OMS confirmó su recomendación de que las vacunas antipoliomielíticas orales que contienen el componente de tipo 2 fueran retiradas durante el periodo comprendido entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016 en todos los países que utilizan la vacuna antipoliomielítica oral trivalente, sustituyéndolas por la vacuna antipoliomielítica oral bivalente en una operación sincronizada a escala mundial. Asimismo, el Grupo reafirmó que en los preparativos para esa operación mundial es fundamental que los países cumplan los plazos fijados para señalar las instalaciones que albergan poliovirus de tipo 2 de origen vacunal, destruyan la totalidad de los materiales relacionados con los poliovirus de tipo 2 y, únicamente en caso necesario, confinen apropiadamente los poliovirus de tipo 2 en instalaciones esenciales para poliovirus. En su 138.ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe,¹ cuyo texto ha sido actualizado y revisado a la luz de las deliberaciones del Consejo.

INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS SALVAJES

3. A fecha de 17 de febrero de 2016 se habían notificado a escala mundial 74 casos de poliomiélitis parálitica por poliovirus salvajes, cuya parálisis había comenzado en 2015; en el mismo periodo de 2014 se habían registrado 359 casos. Todos los casos se habían notificado en el Afganistán y el Pakistán, y se debían a poliovirus de tipo 1. El 20 de septiembre de 2015, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis declaró erradicados a escala mundial los poliovirus

¹ Documento EB138/25 y actas resumidas de la 138.ª reunión del Consejo Ejecutivo, octava sesión, sección 2 (documento EB138/2016/REC/2).

salvajes de tipo 2. Desde noviembre de 2012 no se han detectado en ningún lugar del mundo poliovirus de tipo 3.

Países endémicos – Afganistán y Pakistán

4. Debido a la continua transmisión transfronteriza, el Afganistán y el Pakistán siguen siendo tratados como un único bloque epidemiológico. En el Pakistán se notificaron 54 casos en 2015, en comparación con los 306 de 2014. En el Afganistán se notificaron 20 casos, en comparación con los 28 de 2014. En el Pakistán y el Afganistán, la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes depende de que se consiga llegar a todos los niños, se subsanen las deficiencias crónicas en la aplicación de las estrategias de respuesta y se pueda vacunar a los niños de las zonas infectadas a las que ha sido difícil acceder por causa de la inseguridad. Los reservorios de poliovirus salvajes que quedan son los pasillos Khyber-Peshawar-Nangarhar y Quetta-Gran Kandahar que conectan el Pakistán y el Afganistán, y Karachi en el Pakistán. Son estos los focos de atención actuales para mejorar la calidad y aumentar las actividades.

5. En el Pakistán, el número de casos de poliomiелitis sigue disminuyendo. El despacho del Primer Ministro supervisa directamente un plan de emergencia nacional contra la enfermedad. Los centros de operaciones de emergencia de ámbito federal y provincial aseguran un control casi en tiempo real de las actividades y la aplicación de medidas correctivas y mejoran la rendición de cuentas y el sentimiento de implicación en todos los niveles. Más importante aún, el plan nacional se centra en la localización de los niños que de forma crónica quedan excluidos de las actividades, y en las razones de esa exclusión, y en la aplicación de planteamientos adaptados a las distintas zonas para corregir esos problemas. Como resultado de ello, se están aplicando estrategias innovadoras y se están corrigiendo las debilidades operacionales del programa, a la vez que sigue mejorando el acceso a zonas antes inaccesibles. Aun así, en 2015 el Pakistán registró el 73% del total mundial de casos por poliovirus salvajes. La cobertura de vacunación sigue presentando deficiencias en Karachi, Peshawar, el pasillo del Khyber y partes del bloque de Quetta en las que hay pruebas de una transmisión continua.

6. En el Afganistán, el número de casos de poliomiелitis sigue disminuyendo continuamente, por ejemplo en la región del sur. Sin embargo, la transmisión persiste en los pasillos del este y el sur, como demuestra la detección de poliovirus salvajes en niños con parálisis flácida aguda y en muestras medioambientales. Aunque se están mejorando los programas a fin de reducir el número de niños a los que no llegan las actividades en zonas accesibles, el deterioro de la situación de seguridad es preocupante y reduce el acceso, sobre todo en las regiones del este y del norte. La suspensión temporal de la vacunación por los dirigentes locales en la región del sur se resolvió haciendo hincapié en la importancia de que se mantuviera la neutralidad de las actividades de salud pública. Se está aplicando un plan de acción nacional de emergencia, se están siguiendo de cerca todos los esfuerzos por identificar y solucionar deficiencias, y el país está elaborando estrategias innovadoras para llegar a los niños siempre y cuando sea viable, prestando especial atención a las zonas fronterizas.

Países endémicos hasta hace poco – Nigeria

7. En Nigeria no se ha registrado ningún caso por poliovirus salvajes de tipo 1 desde el 24 de julio de 2014; en consecuencia, el 25 de septiembre de 2015 se suprimió oficialmente a Nigeria de la lista de países de endemidad.

Propagación internacional de poliovirus salvajes

8. En 2015 siguieron registrándose episodios de propagación internacional de poliovirus, y tanto el Afganistán como el Pakistán exportaron virus a través de su frontera. Para reducir al mínimo el riesgo y las consecuencias de que se produzcan nuevas propagaciones internacionales de poliovirus es necesario lo siguiente: aplicar plenamente las estrategias de erradicación en las zonas infectadas restantes; aplicar integralmente las recomendaciones temporales formuladas por la Directora General con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005); y reforzar la vigilancia a escala mundial para facilitar una respuesta rápida a los nuevos casos. En su reunión del 10 de noviembre de 2015, el Comité de Emergencias del RSI observó con preocupación los brotes pandémicos en curso causados por poliovirus de tipos 1 y 2 de origen vacunal y la emergencia de esas cepas en tres regiones de la OMS en 2015, en particular en la presente etapa del Plan estratégico para la fase final. El Comité recomendó que las recomendaciones temporales se ampliaran a los países afectados por los brotes (anteriormente, las recomendaciones se ceñían a los países afectados por los poliovirus salvajes).

Poliovirus circulantes de tipo 1 de origen vacunal

9. En 2015 se notificaron en Madagascar 10 nuevos casos de infección por un poliovirus circulante de tipo 1 de origen vacunal emparentado genéticamente con los aislados de la misma cepa detectados por primera vez en 2014. En Ucrania se notificaron dos casos en los que la parálisis apareció el 30 de junio y el 7 de julio de 2015, respectivamente. En la República Democrática Popular Lao se notificaron siete casos, en el primero de los cuales la parálisis comenzó el 7 de septiembre de 2015. Hasta la fecha se han notificado otros dos casos en 2016. En Madagascar se siguen intensificando las actividades nacionales para detener la prolongada circulación. En la República Democrática Popular Lao se puso en marcha una respuesta integral inmediatamente después de que se confirmara el primer caso notificado de un brote. En Ucrania empezó la respuesta a un brote el 21 de octubre de 2015, con un retraso de varias semanas.

Poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal

10. Es esencial que todos los brotes de poliovirus circulantes de tipo 2 de origen vacunal (cVDPV2) se detengan antes de la retirada programada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral, en abril de 2016. En Nigeria se notificó un caso de enfermedad por cVDPV2, con aparición de parálisis el 16 de mayo de 2015, relacionado con una cepa aislada por primera vez en agosto de 2014 a partir de muestras ambientales. En Guinea se detectaron dos casos por cVDPV2 relacionados con una cepa detectada por última vez en el país en agosto de 2014. En el primero de ellos la parálisis se produjo el 20 de julio de 2015. En el Pakistán también se notificaron dos casos en febrero de 2015. En Myanmar se detectaron dos casos por cVDPV2. El inicio de la parálisis se registró en uno de ellos el 5 de octubre de 2015; en el otro, del mismo pueblo, el inicio de la parálisis, asignado retrospectivamente, tuvo lugar en abril de 2015. En Nigeria, la respuesta a los brotes forma parte del plan de emergencia nacional, que supervisa el despacho del Presidente. En Guinea y las zonas fronterizas de Malí, la respuesta al brote comenzó dentro de las dos semanas siguientes a su confirmación. En Myanmar la respuesta al brote se inició en noviembre, y en diciembre hubo dos campañas centradas en poblaciones mayores. Una cepa aislada de un caso detectado en Sudán del Sur cuya parálisis se inició en abril de 2015 está siendo gestionada como una cepa circulante (cVDPV2), lo que entraña un riesgo de propagación por las zonas afectadas por conflictos. Se han emprendido actividades de respuesta y la cepa no se ha detectado desde abril. Solo se registran apariciones de poliovirus de origen vacunal cuando la cobertura de inmunización sistemática es baja, lo que pone de relieve la importancia de que se refuercen los sistemas de ese tipo de inmunización.

11. En la primera mitad de 2015, en estrecha consulta con las partes interesadas, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis llevó a cabo un examen de mitad de periodo de los progresos realizados en la aplicación del Plan estratégico para la fase final. Si bien se llegó a la conclusión de que se habían establecido los elementos esenciales para lograr la erradicación de la poliomielitis, se identificaron áreas programáticas cuyas prioridades necesitan ser replanteadas, en particular con respecto a los fallos de la vigilancia, a la inclusión de los niños que habían quedado excluidos y a la mejora de la preparación y respuesta a los brotes epidémicos en las zonas de alto riesgo. Se está elaborando un plan integral para poner en marcha las recomendaciones del examen de mitad de periodo.

RETIRADA DEL COMPONENTE DE TIPO 2 DE LA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL

12. El 20 de septiembre de 2015, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis declaró erradicados a escala mundial los poliovirus salvajes de tipo 2, cuyo último caso detectado databa de 1999. El 20 de octubre de 2015, el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización examinó la situación respecto de los poliovirus de tipo 2 de origen vacunal, y los progresos realizados hacia la preparación mundial para la retirada coordinada y escalonada de las vacunas antipoliomielíticas orales, y confirmó que la retirada de las vacunas antipoliomielíticas orales de tipo 2 debía producirse entre el 17 de abril y el 1 de mayo de 2016, mediante la sustitución mundial sincronizada de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente (de los tipos 1 y 3), en todos los países que todavía utilizan la vacuna antipoliomielítica oral trivalente.¹

Suministro mundial de vacunas en preparación de la sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente

13. Para preparar el paso a la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, todos los países se han comprometido a introducir al menos una dosis de la vacuna con poliovirus inactivados en sus programas de inmunización sistemática. El grado de compromiso de los países para alcanzar ese objetivo ha sido excepcional. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización tomó nota de la disminución del suministro de vacuna con poliovirus inactivados debido a las dificultades técnicas con que han tropezado los fabricantes para multiplicar la producción. El Grupo aconsejó que se diera prioridad al uso de vacunas con poliovirus inactivados, garantizando su introducción antes del cambio en los países de los niveles 1 y 2, de alto riesgo; manteniendo reservas de vacuna con poliovirus inactivados y de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2 para la respuesta a los brotes de poliovirus de tipo 2 después de la retirada de la vacuna antipoliomielítica oral de tipo 2; y reduciendo al mínimo el retraso en el suministro de vacuna con poliovirus inactivados y el número de países afectados. Los países afectados por el retraso son de los niveles 3 y 4, de menos riesgo. Dado que en esos países la inmunidad frente a los poliovirus de tipo 2 es alta (porque su cobertura de inmunización sistemática ha sido regularmente alta), el riesgo de que aparezcan y se propaguen poliovirus de tipo 2 de origen vacunal es mínimo. Se están haciendo todos los esfuerzos para garantizar que todos los países dispongan de suministros de vacuna con poliovirus inactivados para finales de 2016 o principios de 2017. La situación relativa al suministro seguirá siendo frágil a lo largo de 2017. El suministro mundial de vacunas ha sufrido nuevas limitaciones, dado que los fabricantes anunciaron entre finales de febrero y principios de marzo de 2016 nuevas reducciones sustanciales de la disponibilidad de productos para 2016 y 2017 con respecto a los mercados con países candidatos a recibir ayuda de la Alianza GAVI.

¹ Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, octubre de 2015 – conclusiones y recomendaciones. *Weekly epidemiological record*, 2015; 90: 681-700 (<http://www.who.int/wer/2015/wer9050.pdf?ua=1>, consultado el 21 de marzo de 2016).

Estas reducciones, la preocupación por la posibilidad de que se produzca una escasez adicional, las implicaciones programáticas y las opciones estratégicas están siendo discutidas con los Estados Miembros.

14. El Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización reiteró su postura de que había que crear y mantener una reserva de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2 para facilitar la respuesta a los brotes, en caso necesario. La Asamblea de la Salud, en su resolución WHA68.3 (2015), aprobó un planteamiento relativo a la gestión y distribución de esa reserva. El UNICEF y la OMS han contratado a dos fabricantes de vacuna, que han creado una reserva mundial a granel suficiente para hasta 519 millones de dosis. Antes de abril de 2016 se dispondrá de 50 millones de dosis en viales listos para su uso inmediato. Continúan los preparativos para garantizar la disponibilidad de vacuna antipoliomielítica oral bivalente para su uso en los programas de inmunización sistemática de todos los países a tiempo para el cambio de abril de 2016.

15. La Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis sigue de cerca el suministro mundial de vacunas con poliovirus inactivados y trata de minimizar el número de países afectados por retrasos en su introducción y/o agotamiento de sus existencias. Los problemas de suministro se han visto agravados por nuevos retrasos de la producción en el primer trimestre de 2016. En este contexto, la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis está explorando con las oficinas regionales de la OMS y los Estados Miembros la viabilidad de la implantación de estrategias de ahorro de dosis, como la administración intradérmica de dosis parciales de la vacuna con poliovirus inactivados (una quinta parte de la dosis completa). A fecha de marzo de 2016, algunos Estados Miembros ya se han comprometido a utilizar dosis parciales. La India, en particular, está participando en este esfuerzo que podría permitirle maximizar y optimizar su disponibilidad de suministros de vacunas, multiplicándola aproximadamente por cinco, y asegurar así que se pueda lograr un suministro nacional completo de la vacuna para 2016 y 2017. Los estudios han demostrado que dos dosis parciales proporcionan a los niños una mejor protección que una sola dosis completa.

Refuerzo de la inmunización sistemática

16. La Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis ha iniciado un programa de trabajo conjunto con la Alianza GAVI y otros asociados para proporcionar importantes recursos a las actividades de fortalecimiento de la inmunización sistemática en 10 países prioritarios. Seis de los países — Chad, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán y República Democrática del Congo— han elaborado planes nacionales anuales de inmunización que aprovechan el patrimonio de la lucha contra la poliomielitis para ampliar los objetivos de inmunización, lo que en algunas zonas ha propiciado una reducción del número de niños sin inmunizar de hasta el 22%, en 2014 respecto de 2013.¹ En esos países, el personal de las actividades antipoliomielíticas dedica hasta el 50% del tiempo a actividades de inmunización ampliadas y asuntos de salud pública.

CONTENCIÓN

17. En 2015 se hicieron algunos progresos en la contención de los poliovirus de tipo 2, de conformidad con el Plan de acción mundial de la OMS para reducir al mínimo el riesgo asociado a las instalaciones de almacenamiento de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos

¹ El informe semestral de situación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, de enero a junio de 2015, está disponible en www.polioeradication.org (consultado el 21 de marzo de 2015).

específicos y la suspensión del uso de vacuna antipoliomielítica oral (PAM III).¹ A fecha de 11 de febrero de 2016, 115 países habían comunicado que no tenían poliovirus de tipo 2 salvajes ni de origen vacunal; 12 que sí los tenían; 26 que estaban completando sus informes, y los demás que todavía tenían que completar sus informes sobre la destrucción o la retención planificada de poliovirus salvajes de tipo 2 o de materiales con poliovirus vacunales de tipo 2 en las «instalaciones esenciales para poliovirus» que se designen, con el nombramiento simultáneo de una autoridad nacional de contención en los países que alberguen dichas instalaciones. En julio de 2016, tres meses después del cambio, se prevé que, siguiendo el mismo planteamiento, los países completen la segunda parte de la fase I e informen sobre la destrucción o la retención planificada de todos los materiales que contengan poliovirus Sabin de tipo 2. En la fase II (el periodo de contención de poliovirus de tipo 2 que comenzó en 2016) está previsto que los países que alberguen «instalaciones esenciales para poliovirus» (producción de vacunas, investigación y repositorios) certifiquen que estas están aplicando adecuadamente los requisitos de contención descritos en el PAM III. La Secretaría está prestando apoyo a los Estados Miembros para que completen la fase I y apliquen el plan de acción mundial.

PLANIFICACIÓN DEL LEGADO

18. En 2015 prosiguió la aceleración de la planificación del legado de la lucha contra la poliomielitis, que tiene que cumplir tres propósitos. En primer lugar, garantizar que las funciones necesarias para que el mundo se mantenga sin poliomielitis después de la erradicación (por ejemplo, inmunización, vigilancia, preparación y respuesta ante brotes epidémicos y contención de los poliovirus en instalaciones) se incorporan a los programas nacionales permanentes de salud pública. En segundo lugar, garantizar que los conocimientos obtenidos y las enseñanzas extraídas de las actividades de erradicación de la poliomielitis se aprovechan en otras iniciativas sanitarias. En tercer lugar, donde sea posible y apropiado, garantizar la transferencia de capacidades, activos y procesos en apoyo de otras prioridades sanitarias.

19. La planificación del legado de la lucha contra la poliomielitis tiene que llevarse a cabo principalmente en el nivel nacional. Es esencial que el proceso esté liderado por los Estados Miembros. Si la planificación del legado se efectúa correctamente, a largo plazo las inversiones en la erradicación de la poliomielitis beneficiarán a otros objetivos de desarrollo. Los recursos humanos, las instalaciones y los procesos financiados por conducto de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis participan sustancialmente en el desempeño de funciones ajenas a la erradicación de la poliomielitis, en particular en las esferas de la inmunización, la vigilancia y la respuesta a las emergencias. La planificación correcta del legado garantizará que esas funciones esenciales perduren cuando finalice la financiación de la erradicación de la poliomielitis. A fin de prestar apoyo a los Estados Miembros en la planificación del legado de las actividades antipoliomielíticas, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis ha elaborado directrices para preparar un plan de transición.²

¹ Véase http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAPIII_2014.pdf (documento WHO/POLIO/15.05, consultado el 21 de marzo de 2016).

² Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis. Polio legacy planning: guidelines for preparing a transition plan, revisado el 1 de junio de 2015, disponible en <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Resourcesforpolioeradicators.aspx> (consultado el 21 de marzo de 2016).

FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS

20. En el examen de mitad de periodo se evaluaron las necesidades financieras futuras de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y se establecieron diferentes escenarios financieros. El Consejo de Supervisión de la Poliomielitis aprobó una versión revisada del marco financiero en la que se tuvo en cuenta el retraso en el logro de la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes, que ha hecho que se precise un año más de intensas actividades de erradicación y lleva a prever un aumento de las necesidades presupuestarias en US\$ 1500 millones.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

21. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del informe e instar a los Estados Miembros a que velen por la plena aplicación de la resolución WHA68.3.

= = =