

# POLIO

# GLOBAL ERADICATION INITIATIVE

## Informe anual 2010

### Resumen de orientación

# EVERY LAST CHILD



© Organización Mundial de la Salud, 2011

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Todos los datos corresponden al 29 de marzo a menos que se indique otra cosa.

Foto - portada: Un niño nepalés, sano y sin poliomielitis, juega con su bicicleta. Los vínculos estrechos del Nepal con la India han propiciado varias importaciones en los cinco años últimos. Sin embargo, el país reaccionó rápidamente a la importación más reciente y desde agosto de 2010 no se ha vuelto a registrar un solo caso de infección por el poliovirus salvaje. Foto: Chris Wolff, OMS

Foto - contraportada: En Tayikistán, un niño es vacunado contra la poliomielitis como parte de la respuesta frente a una importación del poliovirus salvaje que causó centenares de casos de parálisis. Foto: Sodikov, UNICEF

Diseño philippecasse.ch

**POLIO** GLOBAL  
ERADICATION  
INITIATIVE **Informe anual 2010**





En Bengala Occidental (India), un niño lleva puesta la mascarilla que se le proporcionó después de ser vacunado contra la poliomielitis. Las mascarillas son donadas por la Asociación Rotaria Internacional. Foto: Rod Curtis, UNICEF India

# Resumen de orientación

Los esfuerzos por lograr la erradicación mundial de la poliomielitis desplegados en 2010 fueron recompensados con cuatro resultados sustanciales: una reducción del 95% del número de niños paralizados en Nigeria; una reducción del 94% del número de niños paralizados en la India; un descenso del número de casos causados por el poliovirus salvaje de tipo 3 a escala mundial; y la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en todos los países re infectados en 2009 y 2010. En conjunto, estos resultados indican que la aplicación cabal de los instrumentos y las tácticas descritos en el Plan Estratégico 2010-2012 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) puede lograr que «hasta el último niño» en el mundo quede protegido de la poliomielitis.

B Se describen en el presente informe las actividades de erradicación realizadas en 2010, el primer año de ejecución del *Plan Estratégico 2010-2012*, y se cuantifica el progreso logrado con relación a los hitos establecidos en dicho documento. A pedido de la Asamblea Mundial de la Salud, la IEMP preparó el plan para detener la poliomielitis en todas las zonas donde el virus seguía circulando a más tardar a fines de 2012.

A comienzos de 2010, en partes clave de los cuatro países donde la poliomielitis es endémica se seguían detectando los dos tipos de poliovirus salvaje supervivientes, los poliovirus se reestablecieron en cuatro países del centro y el sur de África que anteriormente estaban exentos de la enfermedad, y África occidental y el Cuerno de África estaban siendo asoladas por brotes epidémicos.

En 2010, el progreso dependió de los gobiernos dispuestos a actuar. Por ejemplo, la India y Nigeria movilizaron todos los niveles del gobierno y a líderes tradicionales y religiosos para que supervisaran y apoyaran las actividades de erradicación, al tiempo que destinaban recursos internos considerables a tal efecto. La poca intensidad de la transmisión del poliovirus en estos países, y del poliovirus salvaje de tipo 3 a nivel mundial, también atestiguaba el efecto de la nueva vacuna antipoliomielítica oral bivalente (VAPOb) y de los nuevos métodos de distribución de la vacuna. Probablemente el efecto más importante de la VAPOb haya sido la disminución neta del número de casos de infección por el poliovirus salvaje de tipo 3 en todo el mundo. En 2010, se registraron 87 casos de infección por este virus, por comparación con 1122 casos en 2009; es decir, la cifra más baja en la historia de la IEMP. Si bien estaba previsto que la VAPOb redujera los casos de infección por poliovirus salvaje de tipo 3 y al mismo tiempo mantuviera la presión sobre la transmisión del poliovirus salvaje de tipo 1, sus repercusiones sobrepasaron las expectativas. La introducción de la VAPOb y de las nuevas tácticas de distribución desempeñaron una función destacada en la reducción a la mitad del número total de distritos de todo el mundo donde circulaba cualquier poliovirus salvaje: de 481 distritos en 2009 se pasó a 241 durante el mismo periodo de 2010.

En el *Plan Estratégico* se establecieron hitos para cuantificar los progresos realizados en los siguientes aspectos: 1) detener los brotes epidémicos en los países donde la infección era nueva; 2) interrumpir el reestablecimiento de la transmisión del poliovirus; y 3) reducir el número de casos en los países endémicos. Con el fin de evaluar los adelantos logrados con relación a estos hitos y orientar las medidas correctivas, la Asamblea Mundial de la Salud ordenó el establecimiento de la Junta de Seguimiento Independiente (JSI), que se reunió por vez primera en diciembre de 2010.

## Progresos concretos realizados en relación con dos de los tres hitos

Se han logrado adelantos importantes y concretos en relación con el primero y el tercer hitos del Plan Estratégico.

Para alcanzar el primer hito, los países hicieron frente a las importaciones mediante una combinación de métodos: campañas de vacunación antipoliomielítica coordinadas y a gran escala; seguimiento independiente de la cobertura de vacunación; vigilancia rigurosa; y peso político. Las importaciones ocurridas en 2009 se detuvieron en los 15 países a mediados de 2010; las importaciones que habían comenzado en 2010 se detuvieron en el plazo de 6 meses en 11 países.

Sin embargo, el recuento de 2010 no quedaría completo sin el recordatorio aleccionador de la devastación que la poliomielitis puede causar incluso en lugares donde estaba olvidada desde hacía mucho tiempo: centenares de personas quedaron paralizadas con motivo de una importación del poliovirus a Tayikistán en febrero de 2010, y la importación ocurrida en septiembre en la República del Congo resultó incluso más mortífera. La respuesta a estos dos brotes reafirmó dos lecciones clave para la erradicación de la poliomielitis: la rapidez es esencial y, cuando es necesario, hay que vacunar a los niños mayores y adultos.



*Jalalabad (Afganistán), 2010: Con motivo de una jornada nacional de vacunación, una niña espera con su madre y su hermana pequeña a que le llegue el turno de ser vacunada en un centro de salud*

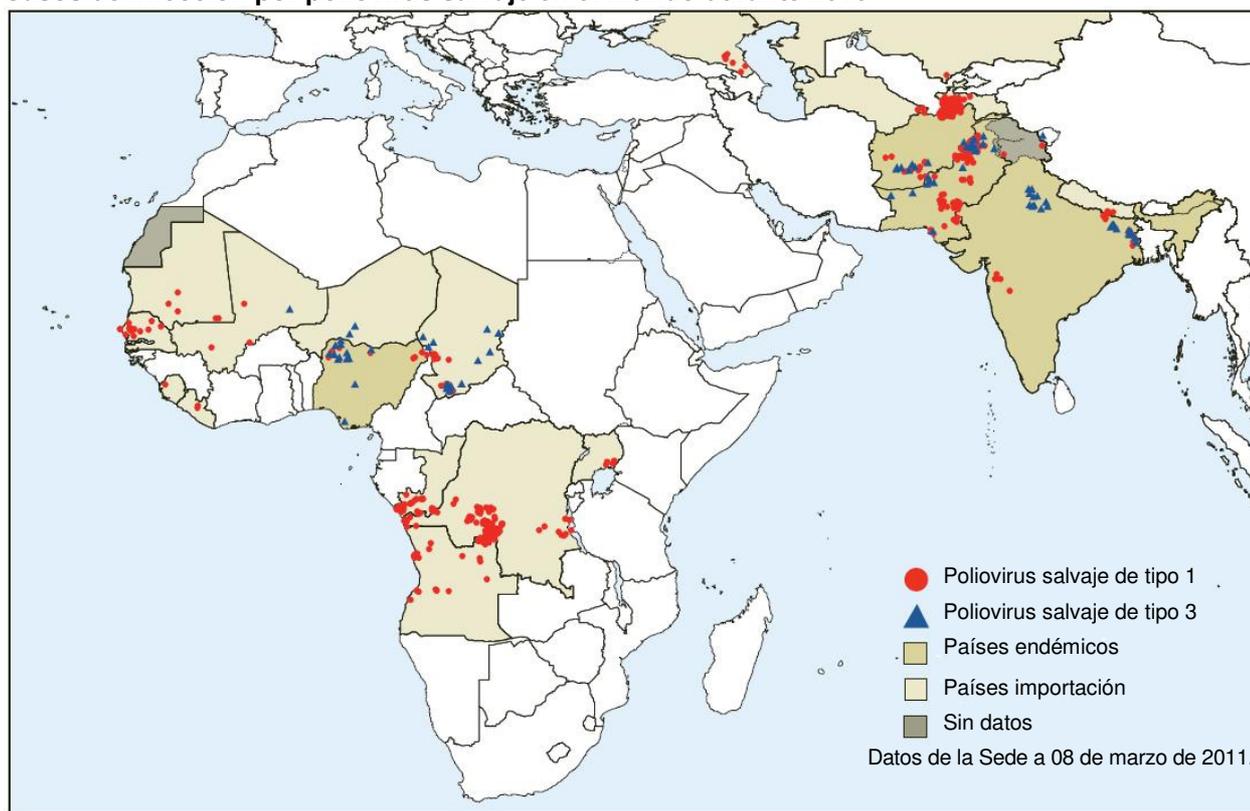
Con respecto al tercer hito, por lo que hace a los países endémicos los punteros en 2010 fueron la India y Nigeria, con una reducción del número de casos del 94% y del 95%, respectivamente. Estos descensos tienen consecuencias particularmente trascendentales para las actividades mundiales contra la poliomielitis, pues en años recientes todas las importaciones de poliovirus salvaje a zonas exentas de la enfermedad han estado relacionadas con virus que se originaban en esos dos países. Al margen de este extraordinario adelanto, persisten algunos riesgos. En la India, a comienzos de 2011 se detectó el poliovirus salvaje en el estado de Bengala Occidental y el país sigue en estado de emergencia con campañas de barrido. La poliomielitis persiste también en las porciones nororiental y noroccidental de Nigeria, y se observan signos de que la vigilancia aún presenta deficiencias considerables. La situación de Nigeria se complica por la transmisión sostenida del poliovirus derivado de la vacuna, que ha persistido en el norte del país por más de cuatro años.

A pesar de la inseguridad predominante, en el Afganistán se produjo también una baja del 34% en el número total de casos en 2010 por comparación con 2009; además, en abril de 2011 se cumplieron 12 meses completos sin que se detectara el poliovirus salvaje de tipo 3. Otro logro de igual importancia es que el país fue capaz de evitar

nuevos brotes después de importaciones provenientes del vecino Pakistán.

Al mismo tiempo que los esfuerzos de erradicación de la poliomielitis se consolidaron en los tres países endémicos recién mencionados, el virus asoló aún más el Pakistán. El aumento de los casos de poliomielitis en este país (del 62% en 2009) atenuó el optimismo propiciado por los logros realizados en otros lugares. En 2010, el Pakistán registró más casos de poliomielitis que los otros tres países endémicos juntos. Es posible que también haya tenido peor suerte. En efecto, el país sufrió inundaciones devastadoras que dañaron 600 000 casas, arruinaron miles de hectáreas de tierras cultivables y trastornaron la vida de 18 millones de personas. A la par del desastre, partes clave del Pakistán afectadas por la poliomielitis —en especial, las zonas tribales bajo administración federal— siguieron bajo el flagelo del conflicto armado y la inseguridad, y se calcula que un cuarto de millón de niños en esos lugares aún no son vacunados. Incluso en lugares totalmente accesibles del Pakistán, hay niños que no reciben la vacuna durante las campañas... y en consecuencia acaban paralizados por la enfermedad. Alarmado por esta situación, en octubre de 2010 el Presidente ordenó la implantación inmediata de un plan nacional de acción de emergencia para reanudar las actividades de erradicación de la poliomielitis y él mismo lo echó a andar en enero de 2011.

### Casos de infección por poliovirus salvaje en el mundo durante 2010



#### La consecución del segundo hito se descarrila

La situación es más alarmante con relación al segundo hito, a propósito del reestablecimiento de la transmisión en los países, pues tres de los cuatro países endémicos no lograron alcanzar el objetivo señalado para el final de 2010. Casi todos los signos indicaban que se interrumpirá el reestablecimiento del poliovirus en el sur del Sudán. Por el contrario, en Angola, el Chad y la República Democrática del Congo, el reestablecimiento de la transmisión del poliovirus continuó a lo largo de 2010. Este último país se vio aquejado por nuevas importaciones en las provincias meridionales y la capital, mientras que en el oriente continuó el reestablecimiento de la transmisión del poliovirus.

En la primera mitad de 2010, grandes deficiencias en la calidad de la campaña en Angola permitieron que la poliomielitis se propagara en ese país y más allá, a la República Democrática del Congo y la República del Congo. Como consecuencia, Angola puso en práctica un plan nacional de emergencia en junio de 2010, que tenía como elemento fundamental la implicación plena de los gobernadores provinciales y

los administradores municipales. Gracias al aumento del apoyo técnico internacional, la vigilancia mejoró en zonas clave del país. Una promoción de la causa en los niveles altos allanó el camino para que a principios de 2011 el Presidente declarara la poliomielitis como una prioridad nacional; un signo de la importancia concedida al tema fue la asignación de una financiación nacional considerable para los gastos de operación de las campañas antipoliomielíticas.

Por invitación de los gobiernos de Angola y la República Democrática del Congo, los directivos de las entidades asociadas en la erradicación de la poliomielitis viajaron a esos países para analizar con los jefes de Estado el apoyo que prestarían para ejecutar los planes de acción correctivos.

En marzo de 2010, el Presidente del Chad anunció que estaba declarando «la guerra contra la poliomielitis». Sin embargo, la cobertura de vacunación de los niños solo aumentó gradualmente y en el oriente del país continuó el reestablecimiento de la transmisión del poliovirus salvaje de tipo 3. Se abrieron nuevos frentes de esta guerra cuando el poliovirus salvaje de tipo 1, importado de Nigeria en septiembre, sacó partido de la dependencia de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 3 y desencadenó una nueva epidemia.

## Comparación de los casos de infección por poliovirus salvaje en el mundo durante 2009 y 2010

Casos por poliovirus salvaje de tipo 1*	PVS1 en 2009	PVS1 en 2010
Pakistán	61	120
Afganistán	16	17
India	80	18
Nigeria	75	8
Países con reestablecimiento de la transmisión	74	144
Países reinfectados**	176	898

Casos por poliovirus salvaje de tipo 3*	PVS3 en 2009	PVS3 en 2010
Pakistán	28	24
Afganistán	22	8
India	661	24
Nigeria	313	13
Países con reestablecimiento de la transmisión	67	15
Países reinfectados	31	3

## Innovaciones

Los adelantos notables contra la poliomielitis logrados en 2010 en la mayoría de los países endémicos y afectados por brotes epidémicos se vieron favorecidos por una serie de innovaciones en la planificación y el seguimiento de los programas. La planificación específica para cada distrito dio pie a mejores campañas de vacunación. En el plano operativo, el seguimiento sistemático de las medidas implantadas por los directivos a nivel local permitió una mejor rendición de cuentas. Otras innovaciones que se aplicaron más ampliamente en 2010 fueron la estrategia de administración de dosis adicionales en intervalos cortos (ADAIC) y los planes centrados en los grupos de población migrantes e itinerantes. Se implantaron indicadores normalizados para el seguimiento independiente con el fin de tener una imagen más clara de la calidad de las campañas en cada país; cuando se consideró necesario, la imagen se realzó mediante el muestreo por lotes para la garantía de la calidad (MLGC) y encuestas serológicas. La sensibilidad de la vigilancia de la enfermedad se fortaleció en 2010 gracias a la ampliación de la vigilancia ambiental y la introducción de los exámenes rápidos sobre el terreno.

Clasificación del país	PVS1		PVS3	
	2009*	2010	2009	2010
<b>Endémicos</b>				
Afganistán	16	17	22	8
India	80	18	661	24
Nigeria	75	8	313	13
Pakistán	61	120	28	24
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>163</b>	<b>1024</b>	<b>69</b>
<b>Con reestablecimiento de la transmisión</b>				
Angola	29	33		
Chad		11	64	15
Congo, República Democrática del		100	3	
Sudán	45			
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>144</b>	<b>67</b>	<b>15</b>
<b>Con brotes epidémicos</b>				
Benín	20			
Burkina Faso	15			
Burundi	2			
Camerún			3	
Congo**		382		
Côte d'Ivoire	26			
Guinea	42			
Kazajstán		1		
Kenya	19			
Liberia	11	2		
Malí	2	3		1
Mauritania	13	5		
Nepal		6		
Níger	1		14	2
Federación de Rusia		14		
Senegal		18		
Sierra Leona	11	1		
Tayikistán		457		
Togo	6			
Turkmenistán		3		
Uganda	8	4		
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>896</b>	<b>31</b>	<b>3</b>
<b>Total mundial</b>	<b>482</b>	<b>1203</b>	<b>1122</b>	<b>87</b>

Datos en posesión de la OMS a 11 de mayo de 2011.

\* Incluye una combinación de los tipos 1 y 3 en el Afganistán, la India y el Pakistán, respectivamente.

\*\* De manera excepcional, 317 casos relacionados con el brote por poliovirus salvaje de tipo 1 cuyas muestras eran inadecuadas se clasificaron como casos confirmados de poliomielitis sobre la base de su asociación temporal y geográfica con los casos confirmados virológicamente y su clasificación por el Comité Nacional de Expertos en Poliomielitis como compatibles con la enfermedad.

## Perspectivas

Alcanzar todos los hitos del Plan Estratégico exigirá la aplicación sistemática y eficaz de estas innovaciones en todos los distritos donde existe la infección y unos ajustes rápidos de la ejecución de los programas cuando la JSI señale zonas que no han podido alcanzar un hito, o que están en grave riesgo de no alcanzarlo. En 2011 son tres las prioridades. En los países que están en vías de cumplir los hitos, habrá que mantener las estrategias para atajar la transmisión por completo. Los países que están en riesgo procurarán institucionalizar las mejores prácticas al tiempo que ejecutan nuevos planes de emergencia. Por último, la innovación y las investigaciones sostenidas orientarán los próximos pasos y prepararán el terreno para la era poserradicación.

Las generaciones que en el futuro se habrán despojado del miedo a la poliomielitis serán la prueba viviente de los beneficios humanitarios que reporta la erradicación de esta enfermedad. En 2010, se calculó que los beneficios económicos de la erradicación serían de al menos US\$ 40 000 millones a US\$ 50 000 millones en los próximos 25 años, principalmente en los países de ingresos bajos. Esta cifra no incluye los beneficios considerables que ya se han obtenido en los países de ingresos altos, los beneficios adicionales de la distribución de vitamina A y otras intervenciones durante las campañas antipoliomielíticas y los beneficios más generales del fortalecimiento de la capacidad de los sistemas sanitarios.

El presupuesto estimado de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis para 2011-2012 es de US\$ 1870 millones; a finales de marzo de 2011 aún faltaban US\$ 665 millones. La baja del número de casos de poliomielitis en la India y Nigeria sirvió como catalizador de emergencia para que la Asociación Rotaria Internacional y la Fundación Bill y Melinda Gates hicieran un llamamiento a otros donantes y motivó al Reino Unido a duplicar su aportación a la IEMP para el bienio 2011-2012, con la condición de que otros donantes aporten fondos de contrapartida a razón de cinco a uno.

La experiencia adquirida por el Afganistán, la India, Nigeria y los países que en 2010 atajaron los brotes nuevos se aplicará en 2011 para resolver los problemas persistentes en estas zonas, así como en Angola, el Chad, el Paquistán y la República Democrática del Congo. Al finalizar el primer año de ejecución del Plan Estratégico 2010-2012, el mundo tiene a su disposición los instrumentos y las tácticas necesarias para dar cima a la tarea de erradicar la poliomielitis; ahora es cuestión de conseguir que esos instrumentos y esas tácticas se apliquen sistemáticamente en todas partes.

# Siglas y abreviaturas

<b>ADAIC</b>	administración de dosis adicionales en intervalos cortos
<b>AFR</b>	Región de África de la OMS
<b>Alianza GAVI</b>	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
<b>AMR</b>	Región de las Américas de la OMS
<b>ASI</b>	actividades suplementarias de inmunización
<b>ATP</b>	Alto a la transmisión de la poliomielitis
<b>VAPO<sub>b</sub></b>	vacuna antipoliomielítica oral bivalente
<b>CDC</b>	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
<b>DIP</b>	Días de Inmunización Plus
<b>DLV</b>	días locales de vacunación
<b>DNI</b>	días nacionales de inmunización
<b>DSI</b>	días de la salud infantil
<b>ELTD</b>	estrategia «Llegar a todos los distritos»
<b>EMR</b>	Región del Mediterráneo Oriental de la OMS
<b>EUR</b>	Región de Europa de la OMS
<b>IEMP</b>	Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis
<b>MLGC</b>	muestreo por lotes para la garantía de la calidad
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	organización no gubernamental
<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunización
<b>PDV<sub>c</sub></b>	poliovirus circulantes derivados de las cepas vacunales
<b>PFA</b>	parálisis flácida aguda
<b>PPAV</b>	poliomielitis paralítica asociada con la vacuna
<b>PPV</b>	poliomielitis paralítica vacunal
<b>PVDV<sub>i</sub></b>	poliovirus derivado de una cepa vacunal asociada a una inmunodeficiencia
<b>PVS</b>	poliovirus salvaje
<b>RCP-TR</b>	reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real
<b>RMLP</b>	Red Mundial de Laboratorios para la Poliomielitis
<b>SAGE</b>	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización
<b>SEAR</b>	Región del Asia Sudoriental de la OMS
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VAPO</b>	vacuna antipoliomielítica oral
<b>VAPO<sub>m</sub></b>	vacuna antipoliomielítica oral monovalente
<b>VAPO<sub>t</sub></b>	vacuna antipoliomielítica oral trivalente
<b>VPI</b>	vacuna con poliovirus inactivado
<b>WPR</b>	Región del Pacífico Occidental de la OMS



[www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org)

EVERY  
LAST   
 CHILD