



LA FASE FINAL DE LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

INFORME SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE LA IPV, EL RETIRO DE LA OPV Y EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN DE RUTINA

Octubre 2014

Nota de OPS: Partes del texto original de este documento fueron eliminadas o adaptadas para alinear con las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de la Organización Panamericana de la Salud.

El Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 se formuló en respuesta a la declaración de la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2012, de que la erradicación de la poliomielitis “constituye una emergencia programática de alcance mundial para la salud pública.

Dentro del marco de este plan de fase final para lograr y sostener un mundo libre de la poliomielitis se debe detener el uso de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) en todo el mundo, y se deberá comenzar con el poliovirus Sabin de tipo 2. Como una medida de mitigación de riesgos se debe introducir al menos una dosis de la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) antes de retirar el poliovirus de tipo 2 de la OPV trivalente (tOPV).

Los pasos a seguir son:

- 1. Para finales de 2015, introducir al menos 1 dosis de la IPV en todos los programas de vacunación de rutina, es decir, al menos 6 meses antes del cambio de la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV, que contiene los poliovirus de tipo 1 y 3).**
- 2. Durante el año 2016, cambiar de la tOPV a la bOPV, que no contiene el virus de tipo 2, tanto en las campañas como en la de vacunación de rutina contra la poliomielitis.**
- 3. Planificar el retiro eventual de todas las vacunas orales contra la poliomielitis.**

El cambio de la tOPV a la bOPV es necesario por las siguientes razones:

- No se ha registrado ningún poliovirus salvaje de tipo 2 en los últimos años y el riesgo de enfermedad parálítica debido al componente de la OPV de tipo 2 ahora supera sus beneficios.**
- Debido a que la OPV es una vacuna viva atenuada, aunque es poco común, puede causar enfermedad parálítica en dos formas: como poliomielitis parálítica asociada a la vacuna (VAPP, por su sigla en inglés) o en brotes de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV, por su sigla en inglés). La amplia mayoría de brotes de cVDPV y una

proporción significativa de casos totales de VAPP son causados por el componente de tipo 2 de la OPV.

- Es esencial reemplazar la tOPV por la bOPV para garantizar la erradicación del poliovirus de tipo 2.
- El cambio de la tOPV a la bOPV servirá como ‘ensayo’ para el retiro de los otros tipos de poliovirus de la OPV.

La IPV necesita introducirse de forma acelerada para que la OPV de tipo 2 pueda ser retirada del mercado.

- La IPV debe introducirse al menos 6 meses antes del cambio de la tOPV a la bOPV, es decir, para finales de 2015. Los países que utilizan la OPV en sus programas de vacunación de rutina deben estar preparados para cambiar de la tOPV a la bOPV en el año 2016.
- Se debe dar prioridad a aquellos países que presentan mayor riesgo de emergencia del cVDPV, de transmisión del poliovirus salvaje y de importaciones de cualquiera de los dos, a fin de que la IPV se introduzca lo antes posible.
- La introducción de al menos 1 dosis de IPV garantizará que una proporción significativa de la población esté protegida contra la poliomiélitis de tipo 2 después del retiro de la OPV de tipo 2. También potenciará la inmunidad de los serotipos de poliovirus de tipo 1 y 3 restantes.
- La introducción de la IPV incrementará la inmunidad de la población contra la poliomiélitis y mitigará los riesgos de parálisis en el caso de brotes puesto que ‘protegerá’ a la población del poliovirus de tipo 2 y garantizará mejores respuestas inmunológicas a la vacuna monovalente oral contra la poliomiélitis (mOPV) tipo 2, en caso de requerirse.
- La introducción de la IPV crea las condiciones necesarias para poner fin al uso de la OPV en 2019-2020.

En la fase final, las actividades de erradicación de la poliomiélitis y el fortalecimiento de la vacunación de rutina pueden ser mutuamente beneficiosas.

- La IPV se introducirá a través de esquemas de vacunación de rutina
- Es necesario fortalecer la vacunación de rutina para lograr y mantener una alta inmunidad poblacional contra los poliovirus, especialmente los de tipo 2, una vez que se retire la OPV de tipo 2. La magnitud, el número y la extensión de los brotes de poliovirus salvajes (WPV) y de cVDPV están estrechamente correlacionados con las debilidades encontradas en los programas de vacunación de rutina.
- Esta es una oportunidad para que la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomiélitis aproveche su infraestructura y contribuya de forma más sistemática al fortalecimiento de los programas de vacunación de rutina.
- Una de las metas es mejorar la cobertura de vacunación de rutina en un grupo de países que presentan uno de los niveles más bajos de cobertura de vacunación de rutina en el

mundo y la mayor proporción de niños no vacunados a nivel mundial. La tercera dosis de la vacuna que contiene la DTP se utilizará para medir las mejoras en la cobertura de la vacunación de rutina en estos países.

Esta es un área prioritaria para la OMS, la Alianza GAVI y el UNICEF, así como otros actores clave de la inmunización, están elaborando un plan para apoyar a los países en la introducción de la IPV y en el fortalecimiento de sus programas de vacunación de rutina. Las áreas de trabajo incluyen:

- **Esquema de Vacunación**

- Un documento de posición de la OMS sobre vacunas contra la poliomielitis, publicado el 28 de febrero de 2014, confirma que la OMS ya no recomienda un esquema de vacunación que solo utilice la OPV. Aquellos países que usan únicamente la OPV deberán añadir a su esquema al menos 1 dosis de la IPV. El documento está disponible en: <http://www.who.int/wer/2014/wer8909.pdf>
- En noviembre del 2013, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por su sigla en inglés) hizo una recomendación formal respecto al esquema de inmunización: que los países agreguen 1 dosis de la IPV a su esquema de rutina.
- En abril del 2014, el Grupo Técnico Asesor sobre las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA) de la OPS ha brindado las siguientes recomendaciones para la Región de las Américas:
 - Durante la introducción de la IPV, los países deben tener en cuenta los esquemas secuenciales. Lo ideal sería que los países consideren dos dosis de IPV, seguidas por dos o tres dosis de OPV. Sin embargo, si un país está considerando la posibilidad de una sola dosis de IPV, ésta se debe administrar con la primera dosis de DPT, seguida por tres o cuatro dosis de OPV.
 - Los países no deben considerar cambiar directamente a la vacunación contra polio utilizando solamente la IPV en este momento, a menos que cumplan los criterios previamente recomendados por el GTA y la OMS (riesgo bajo de transmisión e importación, alta cobertura homogénea y buen saneamiento).

Esquemas de vacunación recomendados para la introducción de la vacuna inactivada (IPV) en combinación con la vacuna oral (OPV) contra la poliomielitis

Esquema	Básica			Refuerzo	
	1. ^a	2. ^a	3. ^a	1. ^a	2. ^a
Primera opción	IPV	IPV	OPV	OPV	OPV
Opción alternativa	IPV	OPV	OPV	OPV	OPV

El esquema secuencial, además de preparar a los países para el cambio de la tOPV a la bOPV, tiene la ventaja adicional de contribuir a disminuir la incidencia de casos de VAPP, ya que alrededor de 50% de los casos registrados en nuestra Región están asociados con la primera dosis de la OPV y alrededor de 20% a la segunda dosis de OPV.