



X Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis IACO 2000

Relatoría

**Guayaquil, Ecuador
Del 07 al 09 de noviembre del 2000**

Portada: Gráfica del proceso de certificación de eliminación
Producción: Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)
Impresión: Realizada con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo
Imprenta: -----
Tiraje 350 ejemplares
Lugar y fecha: Guatemala, julio de 2001

Dirección oficina de OEPA
14 Calle 3-51 Zona 10
Edificio Murano Center – Of. 801
01010, Guatemala
Tel.: (502) 366 61 06 – 09
Fax: (502) 366 61 27
Email: oeпа@guate.net

Misión de OEPA

Con base en la Resolución XIV, de la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1991), OEPA tiene la misión de: “eliminar la oncocercosis como una amenaza a la salud pública de cuatro millones de personas en las Américas, para el año 2007, mediante la implementación de programas efectivos, seguros y localmente sostenibles para la distribución de Mectizan® en todas las localidades endémicas, dentro del marco de una estrategia regional coordinada”.

Instituciones y autoridades nacionales involucradas en la iniciativa regional para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)

Instituciones involucradas

Centro Carter Inc.; Fundación Internacional Club de Leones; Banco Interamericano de Desarrollo; Organización Panamericana de la Salud; Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EUA; *Brasil*: Fundación Nacional de Salud, Fundación URIHI, Misiones Evangélicas de la Amazonía, Misión Nuevas Tribus del Brasil, Médicos del Mundo, Instituto Nacional de Pesquisas Amazónicas, Asociación SECOYA, Instituto de Desarrollo Social; *Colombia*: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto de Salud del Cauca; *Ecuador*: Ministerio de Salud, SNEM, Hospital Vozandes, Christoffel Blindenmission; *Guatemala*: Ministerio de Salud, Instituto del Seguro Social; *México*: Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca; *Venezuela*: Ministerio de Salud, Instituto de Biomedicina, Centro Amazónico de Investigaciones y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar".

Directores y coordinadores actuales de los Programas Nacionales

Director y coordinador respectivamente: *Brasil*: Dr. Joao Batista F. Vieira; *Colombia*: Dr. Santiago Nicholls; *Ecuador*: Dr. José Rumba y Dr. Juan Carlos Vieira; *Guatemala*: Dr. Arturo Sánchez y Dr. Julio Castro; *México*: Dr. Jorge Méndez y Dr. Antonio Pacheco; *Venezuela*: Dr. Jacinto Convit y Dr. Harland Schuler.

Responsables de la implementación del Programa a nivel estatal/departamental en los países

Brasil: Sra. Claudete Schuertz; *Colombia*: Sra. María Cenayda Riascos y Sra. Emilia Riascos; *Ecuador*: Lic. Raquel Lovato; *Guatemala*: Directores de las 7 Áreas de Salud endémicas y Coordinadores de Enfermedades Transmitidas por Vectores en esas Áreas; *México*: Dr. Alfredo Domínguez y Dr. Ramón Segura; *Venezuela*: Dr. Carlos Botto, Dra. Marisela Escalona, Dra. Sarai Vivas, Dra. Helena Villarroel, Dr. Jorge Maldonado, Dra. Zoraima Zapata, Dr. José Pimentel, Dr. Eusebio Plasencia y Dra. Angela Hamilton.

Comité coordinador de OEPA (PCC)

Presidente del PCC (y representante del CDC): Dr. Robert Klein; *Representantes Centro Carter*: Dr. Frank Richards y Sr. Craig Withers; *Representante de OPS*: Dr. John Ehrenberg; *Representante Fundación Internacional Club de Leones*: Sr. Agustín Soliva; *Representante de los países miembros*: Dr. Julio Castro; *otros miembros*: Dr. Gustavo Mora y Dr. Ed Cupp.

Equipo de OEPA

Director: Dr. Mauricio Sauerbrey; *Asesor Experto*: Dr. Guillermo Zea; *Consultor en Epidemiología*: Dr. Carlos Gonzáles Peralta; *Consultora en Educación para la Salud*: Lic. Alba Lucía Morales; *Consultor en Sistemas de Información*: Lic. Luis Eduardo

Monroy; *Oficial Financiero y administrativo*: Lic. Luis Erchila; *Asistentes de administración*: Sr. Juan Carlos Solares y Sr. Oswaldo Mejía; *Secretarias*: Sra. Silvia Sagastume y Sra. Carolina Aguilar.

Resumen ejecutivo

Desde 1991, OEPA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han convocado anualmente a los representantes nacionales de los seis países endémicos de oncocercosis en las Américas, para que participen en las Conferencias Interamericanas sobre Oncocercosis (IACO). OEPA y las reuniones IACO reciben apoyo financiero del Centro Carter/Fundación Internacional del Club de Leones, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y OPS.

La décima conferencia anual (IACO 2000) se celebró en Guayaquil (Ecuador) del 6 al 9 de noviembre de 2000. Además de los representantes de los programas nacionales, se contó con la participación de representantes de OMS/OPS, organizaciones no gubernamentales (el Centro Carter, el Club de Leones, el Programa de Donación de Mectizan® y Christoffel-Blindenmission), el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), el Programa para el Control de la Oncocercosis de Africa Occidental (OCP) y otras instituciones involucradas. El tema central de IACO 2000 fue “Nuevos Retos para la Iniciativa Regional”, y entre los temas tratados se incluyó la necesidad de nuevas técnicas de diagnóstico para monitorear la incidencia de la enfermedad; la aplicación de PCR para medir tasas de infección en moscas; la necesidad de mejorar el monitoreo del impacto del tratamiento con Mectizan sobre la morbilidad ocular y el papel crítico de la buena recolección de datos, el análisis oportuno de la información y su intercambio. Los países miembros aceptaron estos retos y reafirmaron su compromiso de dar dos rondas de tratamiento al año, para eliminar nueva morbilidad ocular por oncocercosis para finales del año 2002 y la supresión de la transmisión para finales del 2005.

Las recomendaciones clave de la reunión fueron: 1) todos los programas deben aumentar sus esfuerzos para proporcionar dos tratamientos por año (cubriendo por lo menos 85% de las poblaciones elegibles en cada ronda en las 1969 comunidades endémicas) y 2) los programas deben reportar con prontitud la información de tratamiento (por ronda de tratamiento y por comunidad) a las oficinas de OEPA en la ciudad de Guatemala. Para monitorear el progreso hacia estas metas, IACO 2000 acordó utilizar en adelante la MFT(2) como el principal indicador para medir el grado de avance en las coberturas. La MFT(2) se define como el número de individuos en la región que necesitan tratamiento con Mectizan (la Meta Final de Tratamiento) multiplicado por dos puesto que cada individuo debe ser tratado dos veces durante el año calendario.

Cobertura de tratamiento: Hasta IACO 2000, la cobertura se había reportado como un porcentaje de la Meta Final de Tratamiento (MFT), la cual se define como el total de personas elegibles para tratamiento en las Américas (429,920 personas para el año 2000). Durante la primera ronda de tratamiento del año 2000 se administró Mectizan a 367,619 personas, lo que representa una cobertura de 86% del MFT. Esto refleja un 34% de aumento sobre el número de tratamientos durante la primera ronda de 1999 (comparado con el 1% de aumento entre 1998 y 1999). La mejoría en las cifras de tratamiento de

2000 se debió al notable incremento en los Programas de Guatemala y Venezuela. Sin embargo, como máximo, un 59.6%(256,385) de la población elegible de la región fue tratada dos veces en 2000 pues solo 256,385 personas fueron tratadas en el último semestre. En síntesis, en la región se administraron un total de 624,004 tratamientos con Mectizan en el 2000. El uso del nuevo denominador MFT(2) de 859,840 (dos veces la MFT de 429,920), muestra que la MFT(2) global de cobertura de tratamiento para la región fue de 73%, y solo Colombia y México lograron alcanzar 85% de la MFT(2). Se acordó en IACO 2000 que todos los programas concentrarían sus esfuerzos para lograr alcanzar al menos el 85% de su MFT(2) en el 2001, con la excepción del remoto foco amazónico al sur de Venezuela y Brasil, que se propuso lograr esa meta en el 2002.

Brasil administró 7,659 tratamientos con Mectizan a su población elegible de 6,794. El total de tratamientos para el 2000 representa 56% de cobertura de la MFT(2) brasileña de 13,588. Durante la primera mitad del año 2000, 5,103 personas (75% de la MFT) fueron tratadas, un 86% de aumento con respecto a los tratamientos administrados en 1999 durante el primer semestre. Durante la segunda mitad de 2000 se trataron 2,556 personas (38% de la MFT). En este año se proporcionó tratamiento a 15 de los 19 polos base endémicos, incluyendo 4 de 5 polos base hiperendémicos.

Colombia tiene una única comunidad endémica conocida (Naicioná, en el municipio de López de Micay, Departamento del Cauca). Para el año 2000, el área endémica registraba 1,101 personas elegibles para tratamiento y durante el primer semestre se trataron 1,070 personas (97% de la MFT). Esta de por sí alta cobertura aumentó a 100% de la MFT para última mitad del año. La cobertura de MFT(2) para el año 2000 fue de 99% (2,171 tratamientos de su MFT(2) de 2,202). Esto se logró a pesar de la inestabilidad política imperante en el pequeño foco colombiano y sus alrededores.

Ecuador trató 16,490 personas durante la primera mitad de 2000, el 85% de 19,321 que es la MFT de ese país. Sin embargo, solo 2,770 tratamientos adicionales (14% de la MFT) se administraron durante la segunda mitad del año, resultando en una cobertura total de solo el 50% de la MFT(2) (19,260 de los 38,642 tratamientos requeridos). De las 119 comunidades endémicas, 106 (89%) recibieron tratamiento, incluyendo las 42 comunidades de alto riesgo. El Programa ecuatoriano se comprometió a dar dos rondas de tratamiento a todas las comunidades endémicas en 2001 y el Ministerio de Salud asignó US\$40,000 anuales para el Programa.

Guatemala, durante el primer semestre de 2000 se trataron 127,978 personas, o el 80% de la MFT. Esto significó un notable aumento del 66% con relación a 1999, cuando se trataron 76,985 personas (48%). Durante la segunda mitad del año, 108,350 personas recibieron tratamiento (68% de la MFT). Tomando en consideración ambas rondas, en el 2000, se administraron un total de 236,328 dosis de Mectizan, que representan el 74% de sus 320,000 de MFT(2). De las 552 comunidades endémicas de principios de 2000, 501 (91%) recibieron tratamiento, incluyendo 38 (84%) de las 45 comunidades de alto riesgo. Las necesidades claves del Programa de Guatemala en el 2001 será el fortalecimiento de la distribución comunitaria de Mectizan (a través de voluntarios de la comunidad) y lograr coberturas por encima del 85% de su MFT(2).

México administró un total de 290,190 tratamientos y logró una cobertura de 91% de su MFT(2) de 317,648 (este Programa provee 47% del total de tratamientos administrados en las Américas). En la primera ronda, se trataron 157,291 personas o 99% de la MFT, un 3% de aumento con relación a 1999. En la segunda ronda se trataron 132,899 personas (84% de la MFT). Aunque se inició el año con 689 comunidades endémicas, una revisión de las mismas redujo este número a 670 y todas ellas fueron visitadas para tratamiento, incluyendo las 39 (100%) hiperendémicas.

Venezuela administró tratamiento a un total de 59,687 personas (71% de su MFT de 83,880) durante la primera mitad de 2000. Esto representa un aumento del 156% sobre los tratamientos dados en 1999. Sin embargo, sólo 8,676 tratamientos (15% de la MFT) se administraron durante la segunda mitad de el año, dando como resultado un total de 68,363 tratamientos en el 2000, la más baja cobertura de MFT(2) en la región. De las 618 comunidades clasificadas como endémicas, se trataron las 80 comunidades hiperendémicas y 373 (69%) de las 538 restantes comunidades endémicas.

Consideraciones generales: La iniciativa OEPA, ha avanzado a grandes pasos, hacia la eventual erradicación regional de la oncocercosis del hemisferio occidental. Hubo un incremento global de cerca del 30% en el tratamiento, en comparación con 1999. Adicionalmente, un grupo de expertos en oncocercosis fueron convocados en Septiembre de 2000 bajo los auspicios de OMS-Ginebra para revisar los lineamientos propuestos (versión preliminar presentada por OEPA y ratificada en IACO 99) para la Certificación de la Eliminación de la Oncocercosis.

La mayor probabilidad de alcanzar la inmediata interrupción de la transmisión en la región está en México y Guatemala, donde el vector (*Simulium ochraceum*) no es eficiente. Las actividades de tratamiento dos veces por año durante el 2000, en ambos países, fueron muy gratificantes (así como en Colombia, a pesar de la guerra). En contraste, la experiencia de Ecuador proporciona un buen ejemplo de la necesidad de fortalecer la vigilancia regional sobre las coberturas, definidas como tratamientos requeridos [MFT(2)], en vez de basarse sobre la población elegible (MFT). Mientras que el 85% de la población elegible en Ecuador recibió tratamiento en el 2000, relativamente pocas de estas personas (14%) recibieron una segunda dosis. Consecuentemente, la cobertura de la MFT(2) en el 2000 fue solo del 50%, aun cuando Ecuador tiene uno de los programas más maduros en la región. El hecho de no proporcionar tratamiento dos veces al año es particularmente dañina para Ecuador, pues la oncocercosis allí, es transmitida por la especie vectora más eficiente en la región, *Simulium exiguum*. De manera similar, a pesar de que el Programa de Venezuela aumentó notablemente sus tratamientos en el año 2000, el mayor número de personas que en la región no ha recibido tratamiento con Mectizan (un estimado de 15,517) son venezolanos.

Tabla de contenido

<i>Instituciones y autoridades nacionales involucradas en la Iniciativa Regional OEPA..</i>	<i>ii</i>
<i>Resumen ejecutivo.....</i>	<i>iii</i>
1. <i>Introducción.....</i>	1
2. <i>Participantes.....</i>	2
3. <i>Tema central de la Conferencia: Nuevos retos en la iniciativa regional para la eliminación de la oncocercosis</i>	3
4. <i>Conferencistas invitados</i>	4
4.1 <i>Resultados obtenidos con el tratamiento con Mectizan administrado más de una vez por año en áreas seleccionadas del Programa para el Control de la Oncocercosis en Africa (OCP).....</i>	4
4.2 <i>Experiencias relacionadas con el uso de la prueba de parche DEC en el programa para el Control de la Oncocercosis en Africa Occidental (OCP).....</i>	5
4.3 <i>La técnica de PCR como herramienta para la medición de la transmisión de oncocercosis en el contexto de la iniciativa regional.....</i>	6
4.4 <i>Programa de salud y educación del pueblo Yanomami del Brasil.....</i>	7
4.5 <i>Avances en el sistema de información para la iniciativa regional.....</i>	9
5. <i>Criterios para certificación de eliminación de oncocercosis: avances</i>	10
5.1 <i>Proceso consultivo a OMS sobre criterios para la certificación de eliminación de oncocercosis.....</i>	10
5.2 <i>Epidemiología humana en el proceso de certificación.....</i>	12
5.3 <i>Resultados de los ejercicios preparatorios para la certificación de la eliminación</i>	14
Ecuador	14
México	14
6. <i>Información programática por país (resumen de las presentaciones)</i>	16
6.1 <i>Brasil.....</i>	16
Epidemiología	16
Tratamiento	17
Sistemas de Información.....	18
Educación en Salud.....	19
Conclusiones y recomendaciones	19

6.2	<i>Colombia</i>	20
	Epidemiología	20
	Tratamiento	21
	Sistemas de Información.....	21
	Educación para la salud	22
	Resultados de los estudios entomológicos.....	22
	Conclusiones y recomendaciones	22
6.3	<i>Ecuador</i>	23
	Epidemiología	23
	Tratamiento	24
	Sistemas de Información.....	25
	Educación para la salud	26
	Preguntas y discusión.....	26
	Conclusiones y recomendaciones	26
6.4	<i>Guatemala</i>	27
	Epidemiología	27
	Tratamiento	27
	Sistemas de Información.....	28
	Educación para la salud	29
	Preguntas y discusión.....	29
	Conclusiones y recomendaciones	30
6.5	<i>México</i>	30
	Epidemiología	30
	Tratamiento	31
	Educación para la Salud.....	33
	Preguntas y Discusión.....	33
	Conclusiones y recomendaciones	34
6.6	<i>Venezuela</i>	35
	Epidemiología	35
	Tratamiento	35
	Sistemas de Información.....	36
	Educación para la salud	36
	Preguntas y discusión.....	37
	Conclusiones y recomendaciones	38
7.	<i>Delimitación del área endémica en las Américas</i>	39
8.	<i>Evolución del tratamiento con Mectizan® en las Américas</i>	41
9.	<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	43
10.	<i>Documentos que circularon durante IACO 2000</i>	45
11	<i>Definición de abreviaturas</i>	46
11.	<i>Anexos</i>	47

1. Introducción

La Décima Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO 2000) se llevó a cabo durante los días 07 al 09 de noviembre de 2000, en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. El tema central fue “*Nuevos retos para la iniciativa regional de eliminación de la oncocercosis en las Américas*”. En este contexto, el tema del proceso hacia la certificación de la eliminación fue abordado de manera especial: Ecuador y México, países que durante el año 2000 realizaron ejercicios preparatorios hacia el proceso de certificación, presentaron resultados preliminares; la representación de la OMS ante la Conferencia, expuso los avances obtenidos a través de una reunión de expertos realizada en el mes de septiembre, en Ginebra, la cual tomó como sustrato el documento “*Lineamientos para la certificación de la eliminación de la oncocercosis en las Américas*” propuesto por OEPA; a la luz de estos avances, el consultor responsable de epidemiología en OEPA, en su ponencia sobre la epidemiología humana de la oncocercosis, presentó una revisión de la situación actual de la iniciativa regional en el proceso hacia la certificación de eliminación.

Para continuar fomentando el intercambio técnico entre los programas de Africa y las Américas, se llevó cabo una ponencia sobre la experiencia africana en el uso del Parche DEC y otra sobre los resultados obtenidos en algunas áreas de Africa, con el tratamiento con Mectizan más de una vez por año. Con el fin de propiciar información sobre la técnica de PCR se realizó una ponencia sobre el tema y cada uno de los representantes de los países informaron sobre el estado actual del uso de esta técnica, en sus respectivos programas.

Con el ánimo de divulgar la estrategia que actualmente aplica el Programa de Oncocercosis de Brasil, en la cual son ONG´s quienes tienen la responsabilidad de la prestación de servicios de salud, se invitó a un representante de URIHI (una de las ONG participantes) quien expuso esta experiencia.

Para abordar los aspectos programáticos, cada uno de los representantes de los países hizo una exposición sobre su programa nacional, señalando avances y dificultades en cada uno de los componentes de epidemiología, tratamiento, educación para la salud y sistemas de información. Esta exposición se hizo con base en un formato entregado por OEPA. A continuación se presentan los aspectos relevantes de la Conferencia (ver agenda del evento en el **Anexo 1**).

Copia escrita de los acetatos utilizados por los expositores y un video que registra el desarrollo del evento, están disponibles en las oficinas de OEPA (archivo).

2. *Participantes*

La ceremonia de apertura de IACO 2000 fue presidida por autoridades de salud del Ecuador y por representantes de las diferentes organizaciones invitadas e involucradas en la iniciativa regional:

Dr. José Rumbea	Director Programa ecuatoriano de oncocercosis
Dr. Elmer Escobar	Representante OPS en el Ecuador
Sr. Manuel Carvajal	Representante del Club de Leones
Dr. Boakye Boatın	Director Programa de Oncocercosis de Africa Occidental (OCP)
Dr. Fernando Bonilla	Representante de Merck Sharp & Dohme
Dr. Frank Richards	Representante del Centro Carter
Dr. Robert Klein	Presidente del Comité Coordinador del Programa (PCC)
Dr. Mauricio Sauerbrey	Director OEPA

Como todos los años, asistieron un mínimo de dos representantes de cada uno de los seis países endémicos en las Américas, los miembros del Comité Coordinador del Programa (PCC), representantes de las instituciones involucradas en la iniciativa regional como OPS, Club de Leones, Merck Sharp & Dohme (MSD), Comité de Donación de Mectizan[®] y los miembros del equipo de OEPA. En esta ocasión, por el país anfitrión se contó con la participación de una nutrida delegación, tanto del personal de campo del programa ecuatoriano como de las autoridades de salud de las zonas endémicas. La lista de asistencia se presenta en el **Anexo 2**.

La participación del Dr. Markus Berhend, en su calidad de representante de la OMS, ratifica el apoyo de esta organización en el proceso de certificación de eliminación de la oncocercosis en las Américas así como la participación del Dr. Boakye Boatın, representa un esfuerzo para acercar las iniciativas de control y eliminación de oncocercosis en Africa y en las Américas.

Además de los ya mencionados como conferencistas invitados, asistieron el Dr. Thomas Unnash, quien hizo una ponencia sobre la técnica de PCR y el Dr. Enrique do Prado Gomez, como representante de URIHI, quien presentó la experiencia de esta ONG en la atención integral en salud a la población indígena Yanomami del Brasil, la cual incluye el tratamiento masivo con Mectizan.

3. Tema central de la Conferencia: Nuevos retos en la iniciativa regional para la eliminación de la oncocercosis

Dr. Mauricio Sauerbrey, Director OEPA

El tema de cada uno de los IACO se ha ido definiendo de acuerdo con el momento en el que se encontraba el proceso de la iniciativa regional. Este año, por estar cada vez más cercanos al inicio del proceso de certificación de eliminación, lo cual impone nuevos retos a todos los involucrados, el tema central se definió como “*Nuevos retos para la iniciativa regional de eliminación de la oncocercosis en las Américas*”.

Debemos recordar que la iniciativa regional tiene 2 objetivos básicos: 1) Haber eliminado la morbilidad por oncocercosis para el año 2007 y 2) Eliminar la transmisión, para el año 2007, en todas aquellas áreas donde sea posible.

La posibilidad de cumplir este segundo objetivo nos ha llevado a pensar en el proceso formal para la certificación de la eliminación. En IACO’95 en Colombia, se había dado un paso hacia adelante, porque los participantes elaboraron una propuesta de indicadores a ser utilizados en el proceso. Posteriormente, en IACO’99, en Guatemala, se presentó el documento “Lineamientos para la certificación de la eliminación de la oncocercosis en las Américas” elaborado a través de una consultoría de OEPA, el cual fue discutido con todas las delegaciones y representantes de los países. Después de introducidas las correcciones, fue presentado a la OMS, que es el único organismo que tiene la autoridad para regir y oficializar un proceso de esta naturaleza.

Con ese documento base, a finales de septiembre, la OMS/OPS convocó a una reunión de consulta con expertos africanos y de otros programas, y se obtuvo un documento final consolidado, el cual será presentado en esta Conferencia por un representante de la OMS. En consecuencia, podemos decir que tenemos las guías oficiales que nos marcan el camino hacia el proceso de certificación de la eliminación.

En este IACO 2000 debemos analizar los nuevos retos que se nos imponen:

- ⇒ Mantener altas coberturas de tratamiento en todas las comunidades endémicas.
- ⇒ Cumplir dos rondas de tratamiento anual y reportar su cumplimiento por comunidad
- ⇒ Aquellos países que no han llegado a su Meta Final de Tratamiento, deberán hacer una auto análisis y establecer su logro como meta para el año 2001.
- ⇒ Ser agresivos para cumplir con la eliminación de la morbilidad para el año 2007, de acuerdo con el mandato de nuestra misión, que salió de la Resolución 14 del XXXV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (1991).
- ⇒ Trabajar en el logro del segundo objetivo que es la eliminación de la transmisión.
- ⇒ Cumplir con las evaluaciones de las comunidades centinelas, las cuales han sido diseñadas para evaluar el impacto del tratamiento y nos permiten saber que vamos progresando dentro del proceso de la certificación de eliminación.

4. Conferencistas invitados

Usualmente durante cada IACO, se programan conferencias sobre diversas experiencias y avances en temas relacionados con el propósito de la iniciativa regional de eliminación de la oncocercosis, con el fin de enriquecer los contenidos de las discusiones. A continuación se presentan los resúmenes de las conferencias que se llevaron a cabo durante IACO 2000.

4.1 Resultados obtenidos con el tratamiento con Mectizan administrado más de una vez por año en áreas seleccionadas del Programa para el Control de la Oncocercosis en Africa (OCP)

Dr. Boakye Boatin, Director OCP

La estrategia principal del Programa para el Control de la Oncocercosis en África Occidental ha sido de dar tratamiento con Mectizan una vez al año. Sin embargo, se han presentado algunas situaciones en las cuales se han establecido regímenes de dos, y hasta tres tratamientos al año. Las áreas en las cuales se ha procedido de esta manera incluyen Guinea Bissau, Senegal, Ghana, Burkina Faso, Togo, y Costa de Marfil. Las distintas situaciones que se han contemplado para establecer el tratamiento múltiple en un mismo año incluyen:

- ⇒ áreas pequeñas de poca endemicidad,
- ⇒ áreas de endemicidad particularmente alta,
- ⇒ áreas donde el control vectorial ha sido insatisfactorio,
- ⇒ áreas con recaídas del control del vector y
- ⇒ experimentos de combinación de medidas de control.

El método de distribución de la Mectizan en estas situaciones ha venido evolucionando desde:

- ⇒ el método inicial de distribución en base de grupo móvil (1988-95),
- ⇒ a distribución basado en la comunidad (1995-96),
- ⇒ a Tratamiento Dirigido por la Comunidad (CDTI), desde 1996.

Conclusiones

- ⇒ En las áreas donde se ha dado tratamiento mas de una vez al año, en forma prolongada se logró suprimir la transmisión;
- ⇒ En áreas muy aisladas, una estrategia de tratamiento dos veces al año parece conducir a una supresión de transmisión y
- ⇒ La estrategia de dar tratamiento mas de una vez al año después de que se suspende el control vectorial mantiene la situación epidemiológica post-control de vector.

4.2 Experiencias relacionadas con el uso de la prueba de parche DEC en el programa para el Control de la Oncocercosis en Africa Occidental (OCP)

Dr. Boakye Boatin, Director OCP

El método ideal para la evaluación y el monitoreo del impacto del tratamiento con Mectizan, debería contar con las siguientes facultades:

- ⇒ poder practicarse a nivel de comunidad;
- ⇒ tener altas especificidad y sensibilidad;
- ⇒ fácil de realizarse;
- ⇒ económico;
- ⇒ no-invasivo y
- ⇒ bien aceptado por la población sujeta a la evaluación.

Las pruebas disponibles tienen estas características en diferentes grados.

- ⇒ Las pruebas serológicas (diferentes combinaciones de antígenos *O.volvulus*) tienen alta especificidad y variada sensibilidad pero dependen de la toma de sangre;
- ⇒ la prueba de PCR (basada en la detección de ADN) es la más específica y sensible, pero requiere de una biopsia o raspado de piel y es relativamente cara y,
- ⇒ la prueba de parche DEC que tiene una especificidad aceptable, buena sensibilidad, no es invasiva, y tiene un costo muy bajo.

En consecuencia, el parche DEC se acerca a un método diagnóstico ideal. La preparación del parche DEC se hace mezclando DEC al 20% con crema Nívea[®] líquida. Esta solución se coloca en un parche adhesivo, el cual se aplica a la piel en un lugar estandarizado y, después se registra la reacción inflamatoria local que provoca el DEC. En el OCP se ha podido calibrar el parche en cinco categorías que incluyen:

- ⇒ '0' para no-reacción
- ⇒ '1' para una a tres pápulas
- ⇒ hasta el grado '4' para una reacción alta
- ⇒ tipo 'piel de naranja' donde se ven las pápulas confluidas.

Básicamente es una reacción 'Mazzotti' localizada. Sin embargo, el parche DEC presenta ciertas debilidades, incluyendo:

- ⇒ la estabilidad de la solución con relación a volumen,
- ⇒ la estandarización de su preparación
- ⇒ la temperatura,
- ⇒ variables del portador:
 - que el paciente mantenga el parche en su lugar por 24 a 48 horas;
 - que la lectura del resultado es subjetiva y no objetiva;

- que durante la 24 a 48 horas los pacientes se pierden;
- implica mantener trabajadores en el campo por el tiempo suficiente para leer los resultados

La experiencia del OCP permite concluir que:

- ⇒ la prueba es bien aceptada por la población meta,
- ⇒ es fácilmente aplicable por personal con bajo nivel de preparación,
- ⇒ es suficientemente específica para propósitos de monitoreo epidemiológico,
- ⇒ es factible aun después de la administración de Mectizan y
- ⇒ el costo es bajo.

4.3 La técnica de PCR como herramienta para la medición de la transmisión de oncocercosis en el contexto de la iniciativa regional

Dr. Thomas Unnasch, Profesor Experto en PCR, Universidad de Alabama.

La certificación de la eliminación de la Oncocercosis en las Américas necesitará métodos que aseguren que la transmisión ha sido interrumpida. Existen esencialmente dos formas de asegurar esto:

1. mantener la vigilancia para detectar nuevas infecciones y
2. detectar directamente los parásitos infectivos en el vector.

Detectar directamente los parásitos infectivos en el vector:

⇒ ***Ventajas***

Nos da una medida en el tiempo real de cómo esta ocurriendo la transmisión, y los resultados obtenidos pueden ser comparados directamente con los cálculos del punto en el cual la transmisión es suprimida, es decir el umbral en el cual ya no es posible mantener la transmisión.

⇒ ***Desventajas***

En las áreas con medidas efectivas de control, las moscas infectadas probablemente van a ser muy pocas, lo cual hace necesario examinar un gran número de moscas no infectadas para asegurar que esa área está libre de la transmisión.

La técnica de PCR como alternativa

En 1990, se desarrolló un método para la detección de los parásitos *O. volvulus*, basado en la amplificación de secuencias específicas de *Onchocerca* por la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR). Se trata del PCR 0-150, dirigido a secuencias específicas repetidas de *Onchocerca* con una unidad larga de 150 pares de bases.

Interpretación de la prueba

Un resultado positivo en el PCR 0-150 indica la presencia de ADN de *Onchocerca*.

Antecedentes de la prueba

Esta prueba ha sido usada por el Programa de Control de Oncocercosis en Africa Occidental (OCP) desde 1992, para obtener estimaciones del potencial de transmisión anual en los 13 países involucrados en OCP. El PCR O-150 empleado por OCP, ha sido históricamente usado para identificar los parásitos aislados en moscas individuales por el equipo de campo de OCP.

El número de moscas que examina la prueba

En 1995, el método PCR 0-150 fue adaptado para permitir la detección de moscas infectadas en pools que contenían 50-100 moscas. Recientes mejorías a este método han permitido incrementar el tamaño de los pools a 300 moscas en el caso de la especie africana *Simulium damnosum s.l.*

Un método matemático fue desarrollado permitiendo predecir la frecuencia de infección en el vector basado en la proporción de pools negativos. Este método ha servido como base para el desarrollo de un programa computarizado (Poolscreen), que permite pronosticar la prevalencia de infección en el vector, sin recurrir a cálculos matemáticos complejos.

Finalmente, se desarrolló un método basado en la separación masiva de cabezas y cuerpos que permitió distinguir las moscas con larvas infectivas de aquellas con formas inmaduras del parásito. Estos métodos, cuando son usados en combinación, permiten pronosticar la proporción de moscas infectadas en una población. La exactitud de este algoritmo ha sido confirmada en los estudios de campo realizados en Africa y México.

4.4 Programa de salud y educación del pueblo Yanomami del Brasil

Dr. Luis Henrique do Prado Gomes, Médico URIHI

La población Yanomami total se estima en 22,000 personas distribuidas en Venezuela y Brasil. De ellos, 11,782 residen en Brasil, en los siguientes dos estados:

- ⇒ Roraima: 7,389 personas
- ⇒ Amazonas: 4,393 personas

Del total de la población Yanomami, 6,220 personas viven en áreas endémicas de oncocercosis y su distribución, en función del grado de endemidad, es la siguiente:

- ⇒ Area hiperendémica: 3,903 personas (62.75%)
- ⇒ Area mesoendémica 528 personas (8.49%)
- ⇒ Area hipoendémica 1,789 personas (26.76%)

URIHI presta servicios de salud en 10 (55.6%) de los 18 polos base endémicos distribuidos como sigue, según nivel de endemividad (Tabla No. 1):

Tabla No. 1: Polos Base atendidos por URIHI en el área endémica de oncocercosis

<i>Clasificación endémica</i>	<i>No. Total de comunidades endémicas</i>	<i>No. de comunidades donde URIHI presta servicios de salud</i>	<i>%</i>
Hiperendémicas	5	5	100%
Mesoendémicas	7	3	43%
Hipoendémicas	6	2	33%
Total	18	10	55.6%

El acceso a estas comunidades es únicamente por vía aérea y entre los Polos Base el acceso es únicamente caminando, lo cual se hace en jornadas de 12 a 18 horas.

Este año, las ONGs que laboran en la zona oncocerosa se comprometieron a dar tratamiento semestral a todos los elegibles y en todas las comunidades endémicas. El convenio que ampara la relación FUNASA/URIHI fue establecido en noviembre de 1,999. El presupuesto manejado por URIHI en el año 2,000 fue de 3.5 millones de dólares norteamericanos.

URIHI, para asistir a la población yanomami, trabaja bajo un esquema en el cual los profesionales de salud permanecen en cada región por períodos entre 30 y 60 días y visitan todos los Polos Base de la región a su cargo. Durante estas visitas, hacen búsqueda activa de enfermedades incluyendo oncocercosis.

Se aprovecha la alfabetización para hacer educación para la salud, incluyendo producción de material educativo, formación de microscopistas yanomamis y agentes indígenas de salud quienes se piensa puedan hacer la distribución de Mectizan® en un futuro cercano, bajo la supervisión del personal de URIHI.

Los resultados hasta ahora son alentadores pues los principales indicadores de salud en la zona han mostrado mejoría durante este año, así:

- ⇒ La tasa de mortalidad infantil que en 1,999 era de 165.7, es de 78.3 durante este año.
- ⇒ La tasa de mortalidad general que era de 17.6 en 1,999, es de 7.1 este año.

4.5 Avances en el sistema de información para la iniciativa regional

Lic. Luis Eduardo Monroy, Consultor en Sistemas de Información OEPA

- ⇒ En OEPA se cuenta con un sistema de información (SIONCO) que comprende los módulos:
 - Inventario de comunidades
 - Monitoreo de tratamiento y
 - Vigilancia epidemiológica: comunidades centinelas
- ⇒ Los programas nacionales han empezado a reportar rondas de tratamiento por comunidad
- ⇒ El sistema permite que se pueda diferenciar la cobertura en profundidad y en extensión para cada ronda de tratamiento
- ⇒ Información de evaluaciones de impacto en comunidades centinela
- ⇒ Se está depurando la información de comunidades

Nuevos Retos para el Sistema de Información (SIONCO)

- ⇒ Unificar información que se encuentra en los países con la del sistema de información regional
- ⇒ Lograr que todos los países reporten trimestralmente la información de tratamiento por comunidad
- ⇒ Ingresar información de evaluaciones de impacto a nivel de individuo en comunidades centinela
- ⇒ Ingresar información de evaluaciones de impacto a nivel de sitios de captura en evaluaciones entomológicas en comunidades centinela
- ⇒ Depuración de los datos en el sistema
- ⇒ Integrar sistema de información geográfico con sistema de información de oncocercosis
- ⇒ Publicar en Internet la información que se encuentra en sistema de información

5. Criterios para certificación de eliminación de oncocercosis: avances

Para desarrollar este tema se llevaron a cabo varias sesiones de las cuales se presenta un resumen a continuación:

5.1 Proceso consultivo a OMS sobre criterios para la certificación de eliminación de oncocercosis

Dr. Markus J. Behrend, Departamento de desarrollo estratégico y monitoreo para la erradicación y eliminación de enfermedades de la OMS” (WHO/CDS/CEE)

En un taller realizado en Dahlem, en marzo de 1997, se discutió la jerarquía de las intervenciones posibles en salud pública con relación a las enfermedades infecciosas. Algunos de las definiciones acordadas en dicho evento son las siguientes:

Control: es la reducción de la incidencia y la prevalencia de la enfermedad. La morbilidad y la mortalidad a un nivel localmente aceptable como resultado de esfuerzos deliberados; se requieren medidas de intervención continuas para mantener la reducción.

Eliminación

- ⇒ *de enfermedad:* reducción a cero de la incidencia de una enfermedad específica, en un área geográfica definida, como resultado de esfuerzos deliberados. Se requieren medidas de intervención continuas (ejemplo: sarampión en las Américas).
- ⇒ *de infección:* reducción a cero de la incidencia de infección causada por un agente específico, en un área geográfica definida, como resultado de esfuerzos deliberados. Se requieren medidas de intervención continuas (ejemplo: Chagas).
- ⇒ *como un problema de salud pública:* este término solamente debería usarse si se acuerdan definiciones claras sobre el tema (ejemplo: definiciones claves para Lepra).

Erradicación: reducción permanente a cero, en todo el mundo, de la incidencia causada por un agente específico como resultado de esfuerzos deliberados, no se requieren más medidas de intervención (ejemplo: erradicación exitosa de viruela). Iniciativas actuales en Poliomielitis y Dracunculiasis.

Extinción: el agente infeccioso específico no existe más en la naturaleza ni en el laboratorio (ejemplo: ninguno).

Razones para el desarrollo de criterios estándar en el proceso de certificación de eliminación

- ⇒ Describir paso por paso los logros requeridos para eliminar la morbilidad reversible, la transmisión del parásito y la infección por un periodo específico de tiempo.
- ⇒ Dar a los programas nacionales y a las agencias externas un marco consistente para monitorear y evaluar los logros del programa.
- ⇒ Asegurar la credibilidad internacional para posibles los anuncios futuros de que oncocercosis ha sido eliminada de un país o de una área.
- ⇒ Para asegurar que los programas nacionales han investigado y clasificado todas las comunidades endémicas en su país.

Proceso consultivo sobre criterios para certificación de eliminación de oncocercosis

Los diferentes eventos que se han sucedido en este proceso son los siguientes.

- ⇒ IACO 1997 cuyo tema central fue “*Criterios para la certificación de Eliminación de oncocercosis en las Américas*”.
- ⇒ OEPA produjo un extenso documento de trabajo llamado “*Guía para la certificación de la eliminación de la Oncocercosis en las Américas*”, presentado a la OMS en febrero 2000.
- ⇒ OMS y OEPA establecieron un marco de referencia para el proceso de consulta sobre criterios de certificación (marzo 2000)
- ⇒ Entre abril y agosto se llevó a cabo un amplio proceso de consulta (OMS, OPS, TDR, OCP, APOC, expertos internacionales)
- ⇒ Reunión de expertos 28-29 septiembre 2000, Resultados: re- definiciones y terminología, marco de certificación).
- ⇒ Edición de las guías consolidadas.

Papel de la OMS en la certificación

- ⇒ Constituye una plataforma para intercambio de experticia y unificación de criterios y provee asistencia y consejería técnica
- ⇒ Nombra (y participa) en el Equipo Internacional de Certificación (EIC); consulta con OPS y con autoridades de salud.
- ⇒ Programa evaluaciones a través del EIC y a través de su participación de las evaluaciones de campo (procesos definidos)
- ⇒ El EIC recomienda la iniciación del periodo de pre-certificación
- ⇒ El EIC recomienda el país a OMS para certificación.
- ⇒ La OMS somete las recomendaciones y los informes del EIC al Ministerio de Salud

5.2 *Epidemiología humana en el proceso de certificación*

Dr. Carlos Gonzáles, Consultor en epidemiología OEPA

El proceso hacia la certificación de eliminación de la oncocercosis tiene 3 tres grandes fases claramente definidas: *Fase 1: Pre-tratamiento*; *Fase 2: Tratamiento*; y *Fase 3: Post-tratamiento* (ver gráfica No.1)).

Fase 1: Pre-tratamiento o Delimitación del área endémica

Es un periodo preparatorio, antes de iniciar el tratamiento con Mectizan, durante el cual se determina la extensión del área endémica y los niveles de endemidad. Se lleva a cabo a través de la realización de Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas (EER) y se llega a determinar:

- ⇒ El número de comunidades afectadas según nivel de endemidad
- ⇒ El tamaño de la población que está en riesgo de adquirir la enfermedad.
- ⇒ La Meta Final de Tratamiento (MFT) que es igual a la población elegible para tratamiento, es decir, la cantidad total de personas residentes en el área endémica, que pueden tomar el medicamento según los criterios de la compañía que lo produce.

Esta fase, en la gráfica, corresponde a la *línea basal* y ya ha sido desarrollada por todos los países involucrados en la iniciativa regional.

Fase 2: Tratamiento con Mectizan®

Durante esta fase, se implementan las estrategias para dar tratamiento, dos veces por año, en todas las comunidades endémicas, a un mínimo del 85% de las personas elegibles en cada comunidad. A su vez, la fase de tratamiento se ha dividido en dos periodos:

- *Pre-supresión*
- *Post-supresión*

Pre-supresión

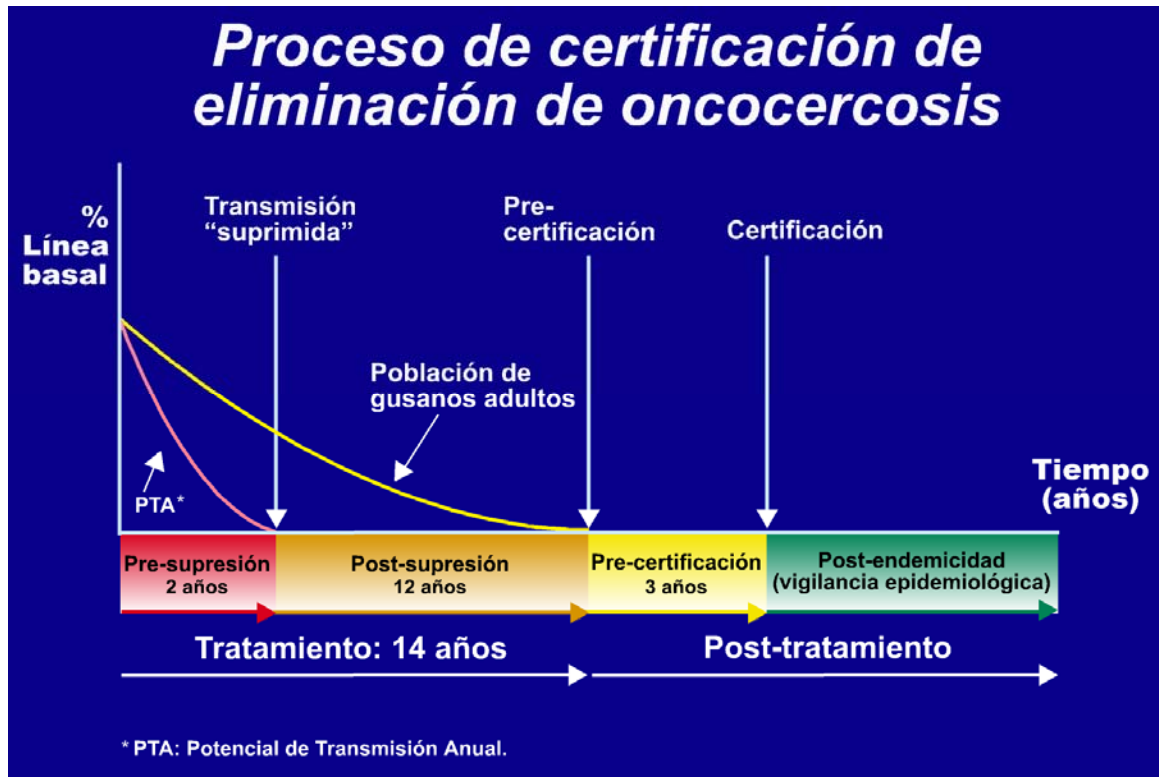
El tratamiento dos veces por año, en todas las comunidades endémicas, a un mínimo del 85% de las personas elegibles en cada comunidad, durante 2 años, podrá conducir a la *supresión de la transmisión*, lo cual significa que la tasa de infectividad ha caído a 0. La tasa de infectividad es igual a cero cuando no se encuentran L3 en las cabezas de las moscas examinadas. Solo cuando se haya documentado que la transmisión ha sido suprimida, se podrá pasar a la fase de post-supresión.

Post-supresión

Después de haber documentado la supresión de la transmisión, el tratamiento deberá continuar de la misma manera, durante los próximos 12 años, hasta que se logre la eliminación de las manifestaciones de la enfermedad y la desaparición de la población del parásito, las cuales también deberán ser documentadas.

Fase 3: Post - Tratamiento: Pre-certificación y certificación de eliminación

Culminada la fase 3, se detiene el tratamiento y se continúa con la fase de pre-certificación que consiste en un período de vigilancia de 3 años de duración. Habiendo completado exitosamente el período de pre-certificación, sin detectar ninguna transmisión, se otorga la certificación de eliminación que lleva a un país a la condición de post-endémico. En esta condición, el país deberá mantener la vigilancia de la oncocercosis integrada al sistema general de vigilancia epidemiológica.



5.3 Resultados de los ejercicios preparatorios para la certificación de la eliminación

En IACO'99, la Conferencia decidió promover la realización de un ejercicio interno en la iniciativa regional, con carácter preparatorio hacia el proceso de certificación de eliminación, en Ecuador y México (Oaxaca) por tratarse de los candidatos más avanzados para iniciarlo. Para tal fin OEPA, en coordinación con los programas nacionales de los dos países, contrató como consultores de corto plazo, a los Drs. Jorge Ricardez y Ronald Guderian, para Ecuador y México respectivamente. Los resultados preliminares fueron presentados por representantes de los Programas Nacionales, durante IACO 2000; a continuación aparece un resumen.

Ecuador

Dr. Juan Carlos Vieira, Coordinador programa ecuatoriano

Las conclusiones generales de este ejercicio fueron las siguientes:

- ⇒ A pesar de que la supresión de la transmisión en el foco hipo endémico de Río Sucio ha sido documentada, se evidenció que la transmisión continúa en las áreas hiperendémicas.
- ⇒ Se requiere hacer esfuerzos para la delimitación del área endémica.
- ⇒ El programa continúa en la fase de pre-supresión de la transmisión.

Las recomendaciones fueron:

- ⇒ Mejorar la delimitación epidemiológica del área endémica a través de Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas (EER) en 36 comunidades periféricas y estudios de composición vectorial en 29 comunidades endémicas
- ⇒ Confirmar que la transmisión se mantiene suprimida en el área de Río Sucio (3 comunidades examinando <10 años con la prueba oncho ICT)
- ⇒ Establecer línea basal serológica para <5 años en comunidades centinelas, utilizando la prueba oncho ICT
- ⇒ Que el Programa establezca como norma el tratamiento 2 veces por año, en todas sus comunidades endémicas.

México

Dr. Jorge Méndez, Director programa mexicano

El ejercicio se llevó a cabo en Oaxaca y el Foco Norte Chiapas, debido que en el primero existen datos que indican que la transmisión podría haber sido suprimida y en el segundo, información diversa indica que la transmisión es muy baja o posiblemente inexistente. Las conclusiones fueron las siguientes:

Oaxaca:

Conclusiones

- ⇒ Es necesario mejorar el sistema de información, actualizando la captura de datos de tal manera que se pueda tener fácil acceso a la información para el análisis
- ⇒ Aunque en valores bajos, la infección sigue estando presente en la población vectorial y humana
- ⇒ El foco permanece en la fase de Pre-supresión de la transmisión.

Recomendaciones

- ⇒ Hacer una re-definición del área endémica utilizando serología (oncho ICT) en 46 comunidades que originalmente fueron clasificadas como hipoendémicas pero con prevalencias muy bajas (2% a 5%) y diagnósticos positivos basados en reacción de Mazzotti.
- ⇒ Creación de línea basal de serología (oncho ICT) para niños menores de 5 años en comunidades centinelas.
- ⇒ Continuar con los esfuerzos en educación para la salud para asegurar niveles de cobertura altos y sostenibles y
- ⇒ Mejorar el manejo de la información

Norte de Chiapas:

Conclusiones

- ⇒ El foco con 42 comunidades parece no ser endémico para oncocercosis; se debe determinar si hay o no transmisión local con base en estudios serológicos (oncho ICT) y entomológicos.

Recomendaciones

- ⇒ Documentar y medir la exposición en individuos mayores de 15 años en las 42 comunidades del foco, utilizando la metodología de EER, pero reemplazando la biopsia por la prueba oncho ICT.
- ⇒ Si se encuentra positividad a través de oncho ICT significa que hay transmisión autóctona (la muestra de EER pide examinar solo personas residentes mínimo durante 5 años). En ese caso, se recomienda realizar evaluaciones entomológicas para determinar las tasas de picadura y el potencial de transmisión.

6. Información programática por país (resumen de las presentaciones)

La información que se presenta a continuación, es un resumen de las exposiciones de las autoridades de los programas. Es necesario hacer algunas aclaraciones que aplican para la información de todos los países.

- * Durante IACO 2000 se adoptó un nuevo indicador que es el MFT(2). En este documento se han introducido sus valores para cada país con el fin de que se vaya haciendo familiar.
- * La información que se presenta ha sido actualizada de tal manera que refleja el cierre final del año 2000.
- * Los datos sobre la segunda ronda de tratamiento se incluyen solo a partir del año 2000 debido a que es a partir de ese año, que se dispone de información discriminada por ronda, aunque posteriormente se debería adoptar esta presentación para datos retrospectivos
- * Con fines prácticos, se ha asumido que los tratamientos administrados durante el primer semestre corresponden a la primera ronda y, aquellos administrados durante el segundo semestre, corresponden a la segunda ronda de tratamiento.

6.1 Brasil

Expositor: Dr. Joao Batista F. Vieira

Moderadora: Dra. Sarai Vivas

Relatora: Dra. María Eugenia Orozco

Epidemiología

A partir de las evaluaciones epidemiológicas realizadas entre 1993 y 1997, en remotas comunidades migratorias Yanomami de los Estados norteros de Roraima y Amazonas, el área endémica de Brasil, dividida en polos base (PB), fue estratificada como se muestra en la tabla No. 2.

Tabla No. 2: Número de Polos Base y población a riesgo según nivel de endemividad, Brasil

Nivel de endemividad	No. de polos base	Población Yanomami
Hiperendémico	5	3.397
Mesoendémico	7	1.954
Hipoendémico	6	3.716
Total	18	9,067

Hasta 1999 había 19 PB registrados como endémicos, incluyendo el PB Missao Catrimani el cual, durante la evaluación de 93/94, fue clasificado como hipoendémico, debido a que se encontró un caso positivo. El PB Missao Catrimani fue re-evaluado en agosto 2000 por las siguientes razones:

- Se verificó que el único caso positivo encontrado no era autóctono,
- Está ubicado muy distante del epicentro hiperendémico, hecho que caracteriza a todas las áreas no endémicas del territorio Yanomami,

Todas las biopsias fueron negativas, de tal manera que fue clasificado como no endémico y quedaron 18 PB endémicos. Sin embargo, toda la información aquí se presenta tomando como referencia la totalidad de los 19 polos base que habían sido programados.

Esta clasificación todavía es provisional porque está pendiente la re-evaluación del PB de Maturacá/Sao Gabriel el cual hasta el momento, está clasificado como hipoendémico y tiene una población de 1,378.

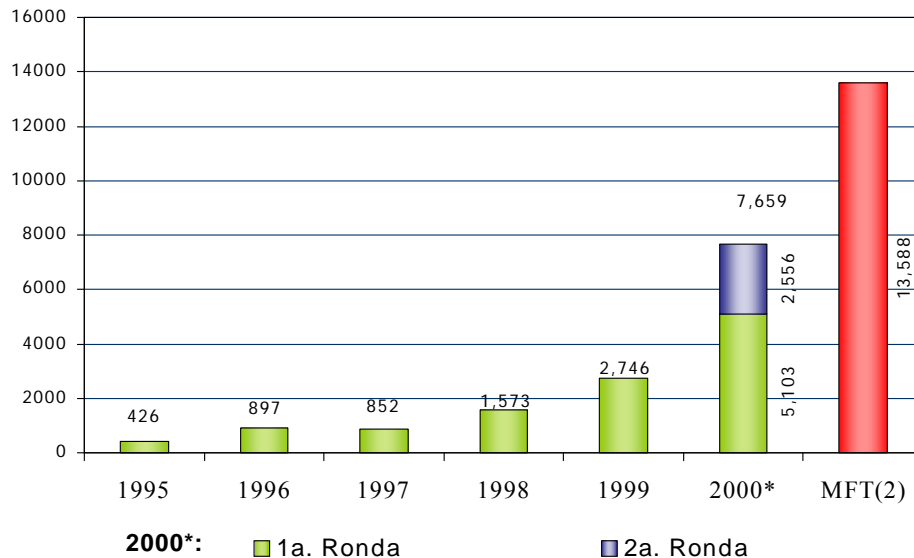
Adicionalmente, durante el año 2000, la población perteneciente al PB de Tucuxin (uno de los 5 hiperendémicos) migró para integrarse, en su mayoría, en el PB de Parafuri (mesoendémico) en donde fueron tratados. En consecuencia, Tucuxin aparece como “desactivado” pero no extinto, porque existe la posibilidad de que la población regrese al mismo lugar.

El área de Marauí / Santa Isabel había sido clasificada como no endémica en 1994, pero SECOYA (ONG que asiste esta región del Estado de Amazonas) tenía dudas sobre la clasificación, razón por la cual llevó a cabo una amplia re-evaluación del área. Se realizaron 408 exámenes parasitológicos y 603 exámenes oftalmológicos cuyos resultados fueron todos negativos de tal manera que el área fue reconfirmada como no endémica.

Tratamiento

En el año 2000 el Programa brasileiro administró 7,659 tratamientos con Mectizan a su población elegible de 6,794. El total de tratamientos para el 2000 representa 56% de cobertura de la MFT(2) brasileña de 13,588. Durante la primera mitad del año 2000, fueron tratadas 5,103 personas (75% de la MFT), un 86% de aumento con respecto a los tratamientos administrados en 1999 durante el primer semestre, y durante la segunda mitad de 2000, recibieron tratamiento 2,556 personas (38%) de la MFT. Se proporcionó tratamiento a 15 de los 19 polos base endémicos, incluyendo 4 de los 5 polos base hiperendémicos. Una de las necesidades primordiales del programa brasileño es alcanzar 85% de su MFT (2) para 2002 (Gráfica 2).

Gráfica No. 2. Tratamientos con Mectizan® administrados en Brasil 1994 - 2000



La distribución de Mectizan en Brasil se realiza por medio de centros asistenciales de salud situados en polos base accesibles, atendidos por el Ministerio de Salud y personal de organizaciones no gubernamentales con las cuales la Fundación Nacional de Salud ha establecido convenios para prestación de servicios de salud a estas poblaciones.

Sistemas de Información

La información de cada uno de los componentes del programa de oncocercosis tiene diversos tipos de procesamiento.

- ⇒ La información parasitológica ha sido procesada, desde el inicio, en un modelo *ad hoc*, en EpiInfo el cual funciona satisfactoriamente.
- ⇒ La información oftalmológica y entomológica ha recibido un tratamiento semi-manual con el diligenciamiento de formatos consolidados. Para oftalmología existe un modelo en Epi-Info que puede ser suficiente.
- ⇒ Los datos de tratamiento son procesados manualmente llenando consolidados. Esta actividad sí merecería un verdadero sistema automatizado debido a que la tendencia es a acumular una gran cantidad de datos. Existe una iniciativa de URIHI, apoyada por el programa, para la creación de un sistema para el procesamiento de los datos de tratamiento.

Educación en Salud

Las actividades de oncocercosis están integradas al trabajo rutinario de las organizaciones involucradas en el programa.

Se produjo una cartilla bilingüe (yanomami y portugués) sobre oncocercosis que es bastante útil.

Para apoyar las actividades de tratamiento, especialmente en el primer ciclo de tratamiento, URIHI cuenta con la participación de un antropólogo y de educadores que promueven y facilitan el tratamiento en masa.

Actualmente FUNASA está iniciando un proyecto de formación de agentes indígenas de educación en salud lo cual podrá traer grandes beneficios para la sostenibilidad de las actividades de tratamiento. La coordinación de estas actividades en Roraima está bajo la responsabilidad del Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami (DSEIY).

De conformidad con el plan estratégico de FUNASA, la oficina correspondiente, revisó los métodos y estrategias de educación en salud en oncocercosis llegando a un listado de acuerdos y lineamientos que involucran a todos los actores de salud del área yanomami.

Conclusiones y recomendaciones

- 1 Se reconoce el esfuerzo hecho por el Programa brasilero para lograr las altas coberturas de tratamiento registradas durante el año 2000.
- 2 El programa hará sus mayores esfuerzos para alcanzar la MFT durante el año 2001.
- 3 El programa trabajará en función de fortalecer el sistema de información de tal manera que se facilite el procesamiento de los datos y la accesibilidad a la información para el análisis.
- 4 Se considera de vital importancia, garantizar la continuidad de los convenios de FUNASA con las ONG's que trabajan en el área y que han permitido el logro de altas coberturas de tratamiento.
- 5 Buscar la coordinación con Venezuela para llevar a cabo acciones conjuntas en el área fronteriza. Se propone iniciar con el intercambio de información entre los técnicos que trabajan con oncocercosis.

6.2 Colombia

Expositores: Dr. Santiago Nicholls
Dra. Paulina Muñoz

Moderadora: Sra. Claudette Schuertz
Relator: Sr. Carlos Roberto Blanco

Epidemiología

En Colombia hay una única comunidad conocida como endémica de oncocercosis. Se trata de la vereda Naicioná, en el municipio de López de Micay, Departamento del Cauca.

Por otro lado, desde hace algún tiempo se ha venido mencionando como otro posible foco a Barbacoas, un municipio de población afro-colombiana que pertenece al Departamento de Nariño. Durante el año 2000, siguiendo las recomendaciones de IACO99, el programa nacional cruzó correspondencia con OPS/OMS solicitando eliminar la mención a Barbacoas como localidad endémica, que aparece en los documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los argumentos que sustentaron esta solicitud aparecen a continuación.

¿Foco de oncocercosis en Barbacoas?

Entre los municipios propuestos para ser investigados como posibles focos de oncocercosis en la década de 1960, antes del hallazgo del foco de López de Micay, se incluyó a Barbacoas, ya que alrededor del año de 1640 esta población fue centro desde el cual se distribuía la mano de obra negra esclava hacia las minas situadas entre Guapi y Buenaventura. Hacia la mitad del siglo XVIII cada uno de los grandes ríos de la Costa Pacífica tenía cuadrillas de esclavos negros controlados por Barbacoas. Con este antecedente histórico, se propuso investigar a Barbacoas como un posible foco de oncocercosis, más no declararlo como tal.

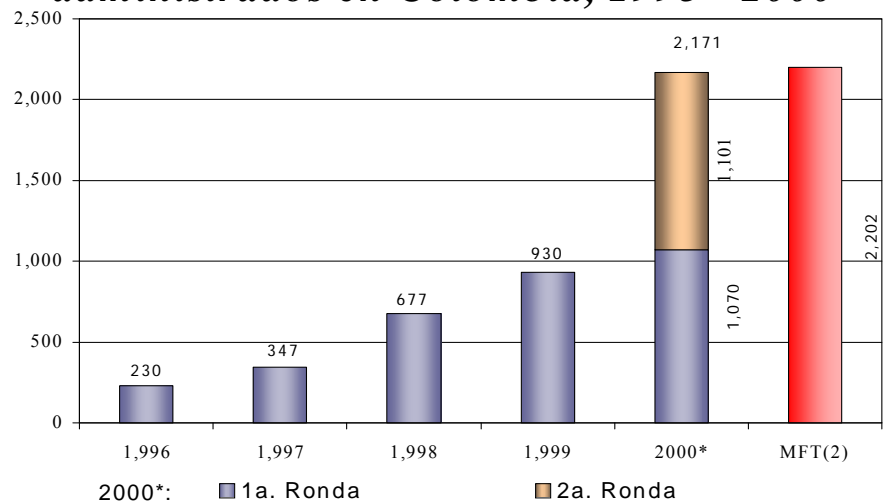
Con el fin de confirmar la veracidad de esta sospecha, contenida en el informe "Onchocerciasis and its control", publicado por la Organización Mundial de la Salud en 1995, en 1996 se programó la realización de una evaluación epidemiológica rápida (EER) en el municipio de Barbacoas. Desafortunadamente, por razones de orden público, no ha sido posible, hasta la fecha, realizar esta evaluación. Sin embargo, si bien es cierto que nunca se hizo una búsqueda activa de posibles casos de oncocercosis en Barbacoas, sí existe vigilancia pasiva en esa zona de la Costa Pacífica. Desde 1984 el CIDEIM (Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas) inició estudios sobre la transmisión de leishmaniasis tegumentaria en Tumaco, una población a 50 kilómetros de Barbacoas. Allí estableció un consultorio dermatológico para atender toda clase de enfermedades de la piel, además de leishmaniasis. Periódicamente, los residentes del Programa de Dermatología de la Universidad del Valle viajan a Tumaco y durante varios días atienden a los pacientes que vienen de distintas localidades, incluyendo Barbacoas. Además, dentro de las actividades de control de pacientes con leishmaniasis, el personal del CIDEIM, se ha desplazado en varias ocasiones a Barbacoas para atender pacientes con diversas afecciones cutáneas. En los 16 años que lleva este programa, no se ha detectado hasta la fecha, ningún paciente con patología sugestiva de oncocercosis.

Por todo lo expuesto, consideramos que el municipio de Barbacoas debe ser retirado del mapa que localiza los focos de oncocercosis de América, ya que no hay evidencia alguna hasta la fecha de que en esta región haya transmisión de la enfermedad.

Tratamiento

Durante la primera ronda de tratamiento, en abril de 2000, el área endémica registraba 1,101 personas elegibles para tratamiento y se trataron 1,070 personas, es decir que se obtuvo 97% de la MFT. Esta cobertura de por sí alta, aumentó a 100% para el segundo semestre del año (Gráfica No.3). La cobertura de MFT(2) para el año 2000 fue de 99% (2,171 tratamientos de su MFT(2) de 2,202). Esto se logró a pesar de la inestabilidad política imperante en el pequeño foco colombiano y sus alrededores. Como en el año anterior, la distribución de Mectizan estuvo a cargo del nivel local, específicamente de las promotoras de salud de las localidades de Chuare y Naicioná.

Gráfica No. 3. Tratamientos con Mectizan® administrados en Colombia, 1995 - 2000



*Se trataron realmente 1,134, pero los 33 por encima de 1,101 (que constituye la MFT) son mineros migrantes.

Sistemas de Información

Dado el tamaño del foco colombiano, se cuenta con una base de datos en Microsoft Excel™ que hasta ahora ha permitido manejar adecuadamente la información en el nivel nacional y departamental. Sin embargo, se considera necesario fortalecer el nivel local con equipos y capacitación para el manejo de la base de datos en el Hospital San Miguel de López de Micay, Cauca.

Educación para la salud

En el año 2000, no se realizó ninguna actividad para fortalecer la participación de los trabajadores de campo involucrados en el tratamiento masivo con Mectizan.

La supervisión del desempeño de los trabajadores de campo involucrados en el tratamiento se ha realizado indirectamente, a través la revisión y tabulación de los listados de las personas que han recibido tratamiento.

Para el año 2001, se planea llevar a cabo la propuesta de Intervención Educativa dirigida a garantizar la apropiación del programa por parte de la comunidad y su sostenibilidad a mediano y largo plazo.

Resultados de los estudios entomológicos

Dra. Paulina Muñoz de Hoyos, Profesora Universidad Nacional de Colombia

Los resultados que se presentan corresponden al periodo agosto de 1996-septiembre de 1998, cuando se hicieron capturas de simúlidos picando en cebo humano, durante 4 días consecutivos, desde las 6:30 hasta las 18:00 horas. En cada hora de trabajo se realizaron dos colecciones de 20 minutos, con 10 minutos de intervalo entre los tiempos de captura o unidades de colección. En agosto de 1996, se vio que las hembras paras de *S. exiguum* son menos frecuentes en horas de la mañana (39.1%) que en horas de la tarde (61%), con un pico entre las 16 y 17:00 horas, de manera que las capturas para las evaluaciones se deben hacer en horas de la tarde. Los meses de mayor transmisión son en su orden agosto, febrero y diciembre los cuales coinciden con los meses de la estación seca junio-agosto y diciembre y febrero, como fue señalado por Tidwell *et al.* (1980). En la evaluación pre-tratamiento (agosto-septiembre de 1996) se obtuvieron valores de TIP de 2,45% y 5,6% respectivamente, los cuales al ser unificados resultan en 3.7%. A su vez, en la misma evaluación, se obtuvieron valores de TI de 1.22% y 0% que al unificarlos resulta en 0.74%. En los siguientes 19 meses (oct/96-sept/98) se distribuyeron 5 rondas de tratamiento (sept/96, marzo/97, sept/97, marzo/98 y sept/98) y para la mayor parte de estos meses se calcularon la TIP y la TI. Llama la atención que el valor de la TIP y la TI cada vez aumentó justo en el mes previo a la siguiente ronda de tratamiento con ivermectina. Por esta razón, una de las recomendaciones es tener en cuenta los meses en los que aumentan la TIP y la TI para llevar a cabo las rondas de tratamiento con ivermectina oportunamente, es decir, previo a que este incremento se produzca.

Conclusiones y recomendaciones

- 1 Tratándose de una zona de conflicto, se deberían concentrar todos los esfuerzos para continuar manteniendo altas coberturas de tratamiento.
- 2 Eliminar la comunidad de Barbacoas de los mapas de endemicidad de oncocercosis de la región.

- 3 Con base en los resultados de los estudios entomológicos se propuso investigar la posibilidad de dar tratamiento tres veces por año.
- 4 Continuar buscando la posibilidad de realizar la Evaluación Epidemiológica en Profundidad (EEP) o la aplicación de una metodología alternativa para medir el impacto del tratamiento con Mectizan en este foco.

6.3 Ecuador

Expositor: Lic. Juan Carlos Vieira

Moderador: Dr. Julio Castro

Relator: Dr. Santiago Nicholls

Epidemiología

Actualmente, existen 119 comunidades endémicas en el Ecuador, de las cuales 99 comunidades se encuentran en el foco principal (Provincia de Esmeraldas), y 20 en 6 focos satélites. Cinco focos satélites abarcan 18 comunidades que se localizan en la Provincia de Esmeraldas y un foco satélite está constituido por 2 comunidades en la Provincia de Pichincha (ver tabla No.3). El 74% (31) de las comunidades hiperendémicas está ubicada en la región del Río Cayapas.

Tabla No. 3. Distribución de las comunidades endémicas de oncocercosis por foco y por río, en el Ecuador

<i>Foco</i>	<i>Región</i>	<i>Hiper</i>	<i>Meso</i>	<i>Hipo</i>	<i>Total</i>
<i>Foco Principal</i>	Río Cayapas, afluentes y alrededores	31	9	7	47
	Río Onzole	3	1	13	17
	Río Santiago, afluentes y alrededores	8	4	23	35
<i>Focos Satélites</i>	Río Tululví (San Lorenzo)		1	2	3
	Río Canandé (Quinindé)		7	1	8
	Río Verde (Esmeraldas)		1	1	2
	Río Viche (Esmeraldas)			2	2
	Río Sucio (Muisne)			3	3
	Santo Dgo. de los Colorados			2	2
<i>Total focos satélites</i>			9	11	20
<i>Total área endémica</i>		42	23	54	119

Evaluaciones de impacto

Durante el año 2000, se llevaron a cabo las EEP en las 7 comunidades centinelas para evaluar el impacto del tratamiento con Mectizan. En la tabla No. 4 se presentan los resultados:

Tabla No. 4. Resultados de las evaluaciones de impacto en Comunidades Centinelas, año 2000

<i>Río</i>	<i>Comunidad</i>	<i>Biopsias</i>	<i>Nódulos</i>	<i>MfCA</i>	<i>QP</i>
Santiago	1. Playa de Oro	Todas negativas	2.12%	No	3.28%
	2. Angostura				
	3. Guayabal				
Cayapas	4. Corriente Grande	4.79% (+)	10.88%	No	1.2%
	5. San Miguel	8.40% (+)	18.18%	No	3.55%
	6. El Tigre				
Canandé	7. Naranjal	0.31%	0.93%	No	0.9%

Los resultados, al ser comparados con los datos basales, muestran un positivo impacto de la distribución de Mectizan y son alentadores en referencia a la eliminación de la oncocercosis.

En el río Santiago, la población examinada en las tres comunidades no presentó biopsias de piel positivas y la prevalencia de nódulos fue del 2.12%. Oftalmológicamente, no existieron microfilarias en cámara anterior y la presencia de queratitis puntata fue del 3.28%. En el río Cayapas, la comunidad de Corriente Grande mantuvo una prevalencia del 4.79% para microfilarias en biopsias de piel y 16 personas presentaron nódulos, correspondiendo al 10.88%. No hubo personas con microfilarias en cámara anterior, y hubo una prevalencia de 1.2% de queratitis punteada.

Las comunidades de El Tigre y San Miguel iniciaron tratamiento en 1996 y para la fecha de la evaluación habían recibido 6 rondas. Los resultados obtenidos son los esperados en estas comunidades: prevalencia por biopsia de piel de 8.40%; 46 personas con nódulos palpables, es decir un 18.18%; no hubo microfilarias en cámara anterior y una prevalencia de 3.55% para queratitis puntata. La séptima comunidad centinela es Naranjal del río Canandé, en la que una sola persona fue positiva para microfilarias en biopsias de piel (0.31%), tres personas presentaron nódulos (0.93%), no hubo microfilarias en cámara anterior y se encontró una prevalencia de 0.9% en queratitis punteada.

Tratamiento

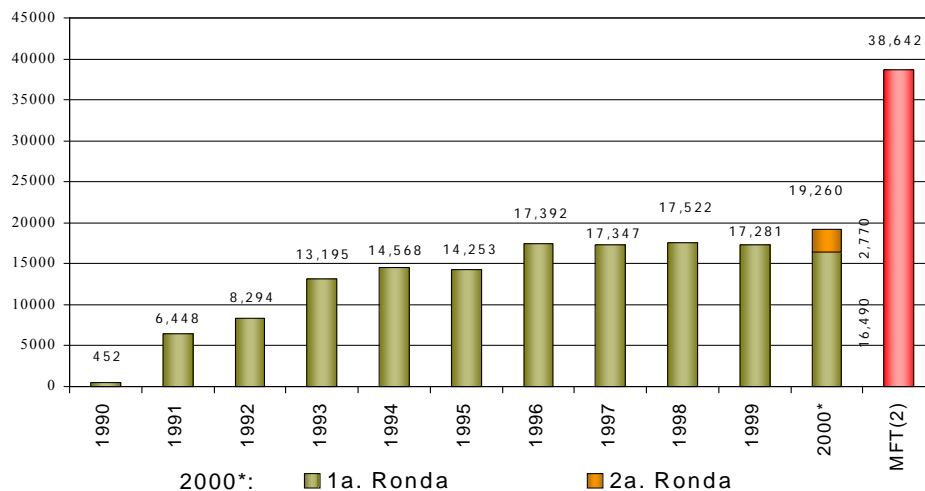
Las actividades de tratamiento se iniciaron en 1990 administrando Mectizan únicamente a las personas positivas en las comunidades de los Ríos Santiago y Viche. La distribución masiva de Mectizan se inició en 1991 y ha continuado de forma in-interrumpida al menos una vez por año hasta la actualidad. En 1998 se adoptó un esquema de tratamiento semestral en 31 de las 42 comunidades hiperendémicas y se continuó con el esquema anual para el resto de comunidades hiperendémicas y para todas las comunidades meso e hipoendémicas.

En el año 2000, 106 (89%) de las 119 comunidades endémicas, recibieron una primera ronda de tratamiento, incluyendo las 42 comunidades de alto riesgo. De las 19,321 personas elegibles para recibir tratamiento durante el año 2000, se trataron 16,490, obteniendo una profundidad de cobertura del 85% como se observa en la gráfica No. 4.

En la segunda ronda de tratamiento, de las 31 comunidades hiperendémicas que mantienen este esquema, 27 (87%) fueron tratadas obteniendo una profundidad de cobertura de 73.8%. En otras palabras, el 14% de la población elegible (2,770 personas) recibió una segunda ronda de tratamiento y tomando como referencia la MFT(2), se obtuvo una cobertura de 50% (19,260 de los 38,642 tratamientos requeridos).

Con miras a la certificación de eliminación de la oncocercosis en las Américas, en IACO'99 la Asamblea recomendó establecer el esquema de dos tratamientos por año en todas las comunidades endémicas. Ecuador ha adoptado esta resolución, que espera aplicar desde el año 2001, teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud Pública destinará una partida presupuestal para apoyar al programa.

Gráfica No. 4. Tratamientos con Mectizan administrados en Ecuador, 1990-2000



Sistemas de Información

El Programa estableció como prioridad, disponer de un Sistema de Información automatizado e integrado que permita el análisis y la utilización de la información por niveles, para la toma de decisiones. En consecuencia, con el apoyo de OEPA, se ha trabajado en el desarrollo del sistema de información utilizando el paquete estadístico Epi-Info, el cual cuenta con una serie de subprogramas que permiten la creación de bases de datos, el procesamiento y el análisis de la información de acuerdo con los objetivos y las necesidades de información del programa.

La puesta en funcionamiento del nuevo sistema de información originó cambios en la recolección de datos por parte del personal técnico y comunitario. Por esta razón, en conjunto con el Area de Salud de Borbón y con el apoyo de OEPA, se llevó a cabo un proceso de capacitación sobre el funcionamiento del sistema de información dirigido a 10 Agentes Locales de Salud (ALS) quienes han sido llamados facilitadores. El propósito es que los facilitadores orienten al resto de los Auxiliares y Promotores comunitarios en el manejo de los registros, constituyéndose a su vez en grupo de apoyo para la coordinación de campo y en soporte para la sostenibilidad de la distribución de Mectizan.

Educación para la salud

La distribución de Mectizan está basada en la participación de los Agentes Locales de Salud (ALS) de las comunidades endémicas y la educación para la salud. Este año, además del acompañamiento permanente a los ALS, se hizo énfasis en su capacitación para el manejo del nuevo sistema de información.

Preguntas y discusión

Dr. Markus Behrends: ¿Cuáles son los niveles de endemicidad de las comunidades centinelas?

Lic. Juan Carlos Vieira: Se establecieron las comunidades centinelas en 1999, tomando tres comunidades hiper-endémicas del Río Cayapas, tres hiper-endémicas del Río Santiago, y una comunidad meso-endémica del Río Canandé. Estas se seleccionaron por la existencia de datos clínicos previos en forma de una cohorte de seguimiento y datos entomológicos pre-tratamiento.

Dr. Frank Richards: Con relación a los datos entomológicos ¿cuándo se colectaron las moscas con relación al tratamiento?

Lic. Juan Carlos Vieira: Primero, los resultados del 2000 son en base de cerca de 10,000 moscas disectadas, y en las cuales no se encontraron larvas infectivas. Los datos de 1996 son pre-tratamiento.

Conclusiones y recomendaciones

- 1 Reconocer el esfuerzo del Ministerio de Salud Pública de Ecuador por su compromiso de asignar US\$40,000, cada año para apoyo del programa nacional.
- 2 Si esto se cumpliera, el programa nacional de Ecuador adoptaría el tratamiento dos veces por año, a partir del año 2001 en todas las comunidades endémicas

6.4 Guatemala

Expositor: Dr. Julio César Castro

Moderadora: Dra. Raquel Lovato y

Relator: Dr. Harland Schuler

Epidemiología

En Guatemala, la zona endémica de Oncocercosis comprende 7 departamentos: Guatemala, Escuintla, Santa Rosa, Chimaltenango, Suchitepéquez, Sololá y Huehuetenango, en los cuales se ubican 552 comunidades endémicas distribuidas en 30 municipios. La definición del número exacto de comunidades endémicas por distrito, por departamento y por nivel de endemividad está en proceso, pero aproximadamente el 75% de las comunidades endémicas se encuentra en los departamentos de Suchitepéquez, Chimaltenango y Escuintla.

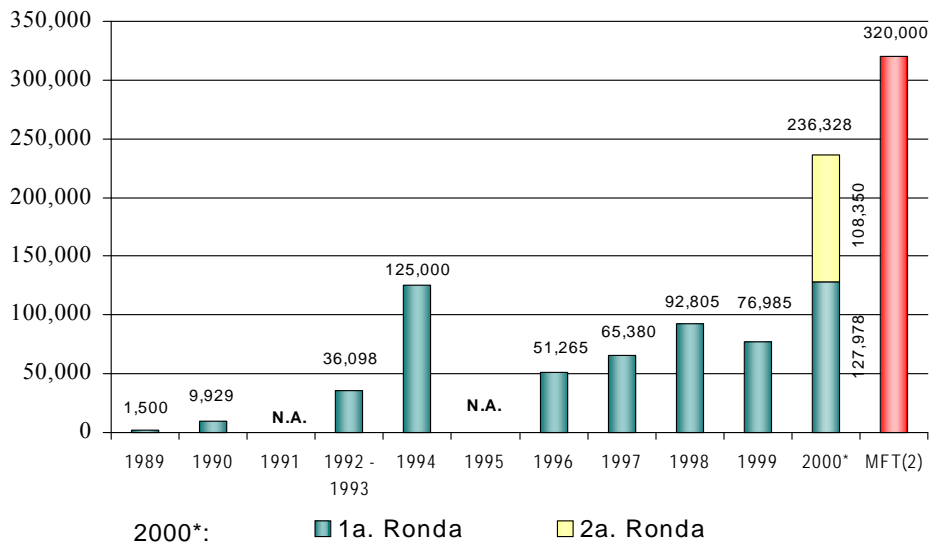
Durante el año 2000 se llevaron a cabo Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas (EER) en 46 comunidades del Departamento de Huehuetenango (área fronteriza con México) para determinar si había o no transmisión, debido a que el programa nacional dudaba de que esta área fuera endémica. Además, los resultados de esta evaluación contribuirían a aclarar la situación del foco fronterizo con México. Los resultados de las EER mostraron negatividad total de tal manera que quedan pendientes los estudios entomológicos para descartar que en este lugar haya transmisión.

Tratamiento

Durante el primer semestre del año 2000 se trataron 127,978 personas, o el 80% de la MFT (160,000), como se muestra en la gráfica No. 5. Esto significó un notable aumento del 66% con relación a 1999, cuando se trataron 76,985 personas. Durante la segunda mitad del año, recibieron tratamiento 108,350 personas (68% de la MFT). Esta disminución fue ocasionada por el surgimiento de una epidemia de Dengue que requirió la dedicación casi exclusiva de los trabajadores a su control.

Tomando en consideración ambas rondas, en el 2000 se administraron un total de 236,328 dosis de Mectizan, que representan el 74% de su MFT(2) que es 320,000. De las 552 comunidades endémicas de principios de 2000, 501 (91%) recibieron tratamiento, incluyendo 38 (84%) de las 45 comunidades de alto riesgo. Las necesidades claves del Programa de Guatemala en el 2001 será el fortalecimiento de la distribución comunitaria de Mectizan a través de voluntarios de la comunidad para lograr coberturas por encima del 85% de su MFT(2).

Gráfica No. 5. Tratamientos con Mectizan administrados en Guatemala, 1989 - 2000



Sistemas de Información

A nivel nacional está funcionando el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA), dentro del cual para el Programa de Oncocercosis, fueron diseñadas las siguientes 3 formas que se envían al nivel inmediato superior en forma mensual:

- ⇒ FORMA SIGSA No. 19: es una ficha familiar de población permanente, en la cual el personal encargado de la medicación, registra los tratamientos administrados. Esta forma tiene espacio para anotar 4 rondas de tratamiento.
- ⇒ FORMA SIGSA No. 20: Se utiliza para registrar el tratamiento de la población migrante.
- ⇒ FORMA SIGSA No. 21: Se utiliza para consolidar la información de los SIGSAS 19 y 20 por distrito de salud y su elaboración es responsabilidad del coordinador de vectores o del estadígrafo a nivel distrital. Este consolidado es enviado a la Dirección de Área de Salud donde se analiza y se consolida la información de todos los distritos de salud, para ser enviada al nivel central del Ministerio de Salud.

Con la finalidad de que todo el personal involucrado maneje las formas SIGSA de manera adecuada y oportuna, se han realizado capacitaciones para el personal de las 7 Áreas de Salud endémicas, lo que ha mejorado la calidad de la información. La mayor parte del procesamiento de la información se hace manualmente.

Educación para la salud

Durante el presente año, se ha tenido como objetivo capacitar al personal de las ONG'S prestadoras de salud que están contratadas por el Ministerio de Salud Pública en el marco del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), y que prestan sus servicios en las áreas Oncocercosas. Con este fin se han organizado varias capacitaciones en las Areas de Salud y para el año 2001 dentro de los términos de referencia de la nueva contratación de estas organizaciones se incluirá el programa de oncocercosis. También se ha involucrado al personal del Seguro Social en las Areas de Salud donde se tiene el "Programa de Enfermedad Común". Todas las áreas tienen como meta para el próximo año, capacitar al menos una persona voluntaria por comunidad, para que funcione como vigilante de salud para Oncocercosis durante todo el año.

Así mismo se logró en colaboración con el Ministerio de Educación, que se incluyan las enfermedades transmitidas por vectores, dentro del nuevo Pensum Curricular, del "Programa de Escuelas Saludables", el cual se pretende iniciar a partir del año 2001.

Preguntas y discusión

Dr. Jorge Méndez: Dado que el Programa en Guatemala revisará las normas para oncocercosis, propone que lo hagan en conjunto con México y por ello, incluir el tema dentro de las reuniones binacionales que periódicamente se tienen.

Dr. Julio Castro: parece buena la idea e informa que este proceso de elaboración conjunta de normas para oncocercosis ya ha sido precedido de elaboración de normas para dengue y malaria de una manera conjunta entre los dos países.

Dr. Frank Richards: 1) ¿Por qué si la población en riesgo es de 223,000 personas, la MFT es de sólo 123,000 (55%)?. Al menos debiera ser el 85%. 2) En relación al manejo del SIGSA sobre migrantes y población permanente: si las sumamos aumentará el número de personas a ser cubiertas.

Dr. Julio Castro: 1) teóricamente el 80% de la población total corresponde a la población elegible. Sin embargo, según lineamiento del Programa, durante cada ronda de tratamiento se efectúan censos de población y así se saben cuántos elegibles hay en un momento dado y de allí la variación. 2) el formulario SIGSA 21 maneja dos partes: una sobre población permanente y la otra sobre la migrante. Sin embargo, los datos presentados se refieren exclusivamente a población permanente, aunque se sabe que hay información de unos 15 a 20,000 migrantes tratados que no aparecen en las cifras presentadas.

Lic. Alba Lucía Morales: en relación al Manual de Normas y Procedimientos que mencionó el Dr. Castro, OEPA está elaborando un Manual Técnico para la iniciativa regional que recopila las normas ya existentes en epidemiología, entomología, parasitología y oftalmología. Este Manual será de suma utilidad para todos, razón por la cual invita a todos para que aporten en este esfuerzo a manera de lograr una versión final

con la participación de todos. Un ejemplar en borrador ha sido distribuido a cada uno de los representantes de los países.

Conclusiones y recomendaciones

1. Se reconoce el esfuerzo realizado por el programa para aumentar las coberturas de tratamiento.
2. Es necesario terminar la definición del área endémica que se está llevando a cabo a través de la realización de Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas (EER) en Huehuetenango y de la revisión del número de comunidades endémicas en cada uno de los departamentos.
3. Se acordó llevar a cabo esfuerzos bi-nacionales Guatemala-México para abordar los problemas mutuos que se originan por tener un foco compartido, los cuales incluyen la conformación de un grupo de trabajo binacional.

6.5 México

Expositor: Dr. Jorge Méndez Galván

Moderador: Dr. Joao Batista F. Vieira

Relatora: Dra. Paulina Muñoz

Epidemiología

En México existen tres focos de oncocercosis, de los cuales dos están ubicados en el estado de Chiapas y uno en el estado de Oaxaca. Hasta 1999 había registrados 117 comunidades endémicas en Oaxaca y 836 en Chiapas para un total de 953 localidades endémicas en todo el país. En una reunión realizada en junio del 2000, en Tuxtla Gutiérrez (Chiapas) se identificó la necesidad de revisar y ajustar el listado de comunidades endémicas de manera que quedaran incluidas solo aquéllas que cumplieran con los criterios de endemidad.

Al hacer esta revisión, en Chiapas se suprimieron 264 localidades que no reunían las condiciones necesarias para la transmisión, en las cuales nunca se había dado tratamiento masivo si no tratamiento selectivo a personas con diagnóstico positivo. En Oaxaca se suprimieron 19 localidades por las siguientes razones:

- ⇒ deshabitadas hace mas de 3 años
- ⇒ ya no existían como localidades
- ⇒ tenían una población muy pequeña (1 o 2 personas)
- ⇒ los habitantes residen en otras localidades
- ⇒ se habían clasificado como endémicas con base en reacción de Mazzotti

Entre estas 19 localidades estaba incluida la única comunidad hiperendémica de Oaxaca por lo cual ya no quedan comunidades hiperendémicas en este estado.

Después de realizados estos ajustes, las localidades endémicas quedaron como se muestra en la tabla No.5.

Tabla No. 5. Localidades endémicas de oncocercosis en México, noviembre 2000

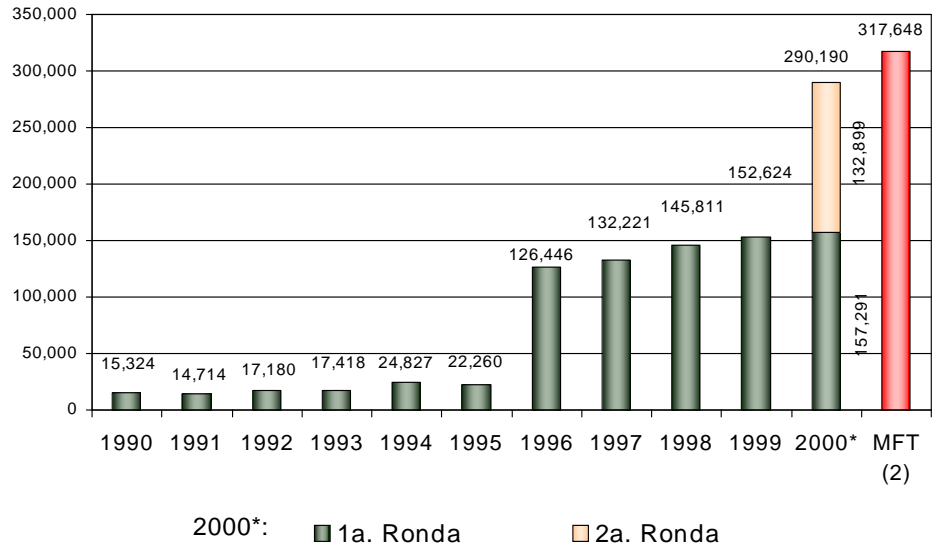
<i>Estado</i>	<i>No. municipios</i>	<i>No. total de comunidades</i>	<i>No. comunidades hiperendémicas</i>	<i>No. comunidades mesoendémicas</i>	<i>No. comunidades hipoendémicas</i>
Chiapas	22	572	39	210	323
Oaxaca	30	98	0	11	87
Total país	52	670	39	221	410

Esta distribución es todavía preliminar debido a que, como resultado del ejercicio preparatorio para la certificación de eliminación, se recomendó la realización de encuestas epidemiológicas en las 42 comunidades del foco norte de Chiapas y en 46 de las 98 localidades de Oaxaca.

Tratamiento

Durante la primera ronda del año, se trataron 157,291 personas o 99% de la MFT (158,824), lo cual corresponde a un aumento del 3% con relación a 1999. En la segunda ronda se trataron 132,899 personas (84% de la MFT) como se muestra en la gráfica No. 6. Aunque al inicio del 2000, se tenían 689 comunidades clasificadas como endémicas, una revisión de las mismas redujo este número a 670 y todas ellas fueron visitadas para tratamiento, incluyendo las 39 (100%) hiperendémicas. Si se toma como referencia la MFT(2) que era de 317,648, se observa una cobertura de 91% pues se administraron un total de 290,190 tratamientos (el Programa mexicano provee el 47% del total de tratamientos administrados en las Américas).

Gráfica No. 6. Tratamientos con Mectizan administrados en México 1990 - 2000



Con el fin de mantener altas coberturas de tratamiento, se ha retomado la coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, Régimen Solidaridad, sobre todo en las localidades con alta movilidad. También se ha iniciado la identificación de colaboradores voluntarios bajo control del Programa donde la ministración de medicamento quedará a responsabilidad de ellos, para cubrir a la población ausente durante la visita de la brigada.

Además, se han realizado reuniones jurisdiccionales para dar a conocer los ajustes que han sido introducidos en los lineamientos del Programa. Como resultado:

- se redujo la exploración física a una vez por año y solo se realizará dos veces a los menores de cinco años;
- se flexibilizaron los itinerarios de los recorridos, reforzando la visita domiciliaria;
- se solicitó a las brigadas mantener actualizado los censos y croquis de las localidades con el fin de disponer de datos reales de la población permanente.

Estas estrategias han comenzado a reflejarse en las altas coberturas logradas por el Programa al compararse con los años anteriores.

Sistemas de Información

El Sistema para el Procesamiento y Análisis de Reportes de Brigada (SPAR-B) permitió automatizar la captura, procesamiento y análisis de los datos que reportan las brigadas por comunidad, al término de la fase de trabajo.

Aunque esto significó un avance importante, para que realmente llegemos a contar con un sistema de información totalmente automatizado, cuyos productos sean confiables, se requiere disponer de una base de datos generada directamente de la fuente primaria, es decir, las carpetas familiares de cada una de las localidades que integran el área endémica.

Por otro lado, considerando que el SPAR-B no es solamente una herramienta para la generación de reportes si no un programa para la toma de decisiones con base al conocimiento epidemiológico, es necesario que se complemente con módulos de información entomológica, oftalmológica y parasitológica que permitan integrar la información.

Educación para la Salud

Los brigadistas del programa de Chiapas y Oaxaca han recibido capacitación por parte de la OEPA, con el taller "Conceptualización y Metodología para la Educación y la Promoción de la Salud en el marco del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis". El propósito era contar con nuevas herramientas, alternativas a las usadas hasta ahora, para un mayor acercamiento a la comunidad, que les permitan recobrar la confianza de aquellas personas que por sus experiencias adversas con dietilcarbamazina, rechazan aún el tratamiento con Mectizán.

En cuanto al impacto que tiene el fenómeno de la migración sobre la transmisión de la Oncocercosis en Chiapas, se espera que para el próximo año se pueda disponer de un consultor especializado en este campo para llevar a cabo los estudios respectivos.

Preguntas y Discusión

Dr. Julio Castro: Es importante que a nivel de la iniciativa regional haya un sistema de información estandarizada que permita reportar tratamientos dos veces al año, pues Guatemala no cuenta con tal sistema. ¿Existe un sistema de información específico que permite al Programa de México reportar tratamientos dos veces al año?

Dr. Jorge Méndez: Sí existe, y es importante que los programas cuenten con un sistema de información que permita dar tal seguimiento. Sin embargo, no se puede olvidar el aspecto de análisis. Es prioritario analizar los datos existentes ya que es la manera como se conoce la realidad particular de los diferentes programas.

Dr. Frank Richards: Los hallazgos oftalmológicos son bastantes interesantes, por lo que

sería ventajoso para IACO 2001 hacer una presentación específicamente oftalmológica para unir y entender lo que se está viendo a nivel de la región. ¿Qué sucedió con el grupo de niños menores de cinco años de edad reportados con nódulos?

Dr. Jorge Méndez: Como se ha demostrado, ha habido un descenso en la incidencia de nódulos en los últimos años, pero no una desaparición. Siguen apareciendo nódulos. Con el apoyo de OEPA, se podrá estudiar el caso específico que se menciona en el foco sur de Chiapas.

Dr. Robert Klein: ¿Cómo influye la migración entre México y Guatemala en el nivel de transmisión?

Dr. Jorge Méndez: Sí existe una influencia, y es necesario estudiar esto y mejorar nuestro conocimiento de esta situación. Lo claro es que en un foco compartido, México no puede asumir un compromiso (como sería la eliminación) sin Guatemala.

Lic. Alba Lucía Morales: Se ha visto y reportado un impacto negativo de las biopsias de piel. ¿Siguen las biopsias de manera rutinaria?

Dr. Jorge Méndez: La práctica de biopsias se ha disminuido, pero es clave ser consistentes y por razones de seguimiento se debe tener un número limitado de comunidades para monitoreo.

Conclusiones y recomendaciones

1. Se acordó llevar a cabo esfuerzos bi-nacionales Guatemala-México para abordar los problemas mutuos que se originan por tener un foco compartido, los cuales incluyen la conformación de un grupo de trabajo binacional.
2. Realizar un estudio para determinar el impacto que la migración entre Guatemala y México tiene sobre la transmisión en el foco sur de Chiapas.
3. Estudiar la situación de nódulos en menores de cinco años en algunas localidades del foco sur de Chiapas.
4. Darle seguimiento a los resultados del ejercicio preparatorio para la certificación de eliminación.
5. Continuar con los esfuerzos para obtener un sistema de información más completo e integrado.

6.6 Venezuela

Expositores: Dr. Harland Schuler
Dra. Sarai Vivas

Moderador: Dr. Jorge Méndez Galván
Relator: Lic. Juan Carlos Vieira

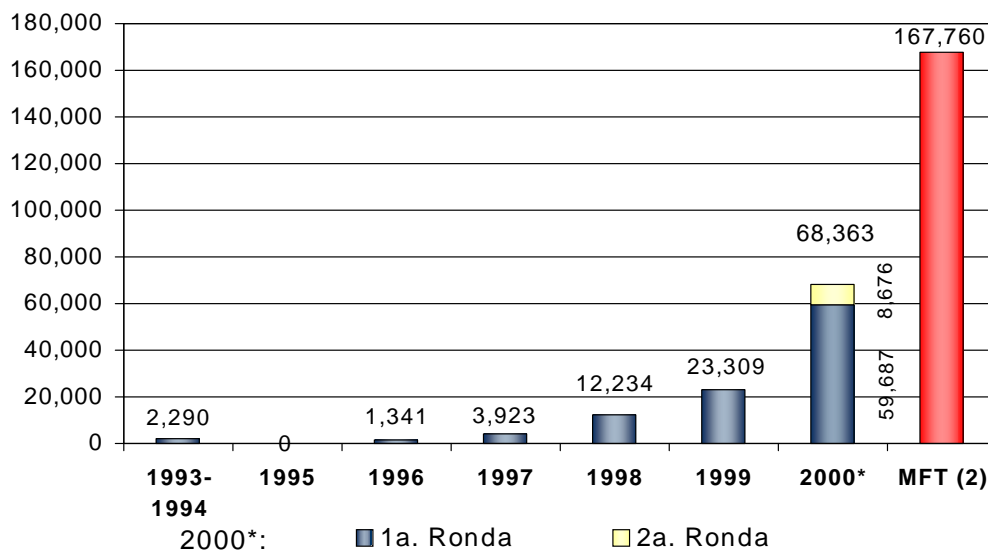
Epidemiología

En 1999, el programa culminó el proceso de delimitación del área endémica en el foco norte a través del cual se determinó que había 618 comunidades endémicas en el país, 547 de ellas en el foco norte y 71 en el foco sur. Posteriormente a esa fecha se han seguido realizando una serie de ajustes que presentan cifras diferentes en cuanto a la distribución por nivel de endemicidad y por foco. Por esta razón, se omite las cifras respectivas para Venezuela, en espera de obtener datos más consistentes.

Tratamiento

En el primer semestre del año 2,000, el programa administró tratamiento a un total de 59,687 personas (71% de su MFT de 83,880) lo cual significa un aumento del 156% sobre los tratamientos dados en 1999. Sin embargo, durante la segunda mitad de el año, sólo se administraron 8,676 tratamientos (10% de la MFT) como se muestra en la gráfica No. 7. En total, durante el año 2000, se administraron 68,363 tratamientos, la más baja cobertura de MFT(2) en la región. De las 618 comunidades clasificadas como endémicas, se trataron las 80 comunidades hiperendémicas junto con 373 (69%) de las 538 restantes comunidades endémicas

Gráfica No. 7. Tratamientos con Mectizan administrados en Venezuela
1993 – 2000*



Sistemas de Información

Durante el año 2000 se continuó con el desarrollo del Sistema de Información Geográfico (SIG), digitalización de mapas, georeferencia de comunidades y el Sistema de Inventario de Comunidades (SICO). Este último está siendo utilizado para el registro de la información no solo a nivel de comunidad, si no de individuo. El sistema contempla actualmente los siguientes procesos:

- ⇒ Registro de Ficha Clínica (Nivel de Individuo)
- ⇒ Registro de Evaluación Epidemiológica Rápida (Nivel de Comunidad)
- ⇒ Registro de Inventario de Comunidades (Nivel de Comunidad)
- ⇒ Registro de Evaluación Oftalmológica (Nivel de Individuo)
- ⇒ Registro de Ficha de Tratamiento y Reacciones Adversas (Nivel de Individuo)
- ⇒ Estadísticas
- ⇒ Exportación de Datos para la Elaboración de Mapas Temáticos a través del SIG

Educación para la salud

Durante el año 2000 se llevaron a cabo varios talleres en los estados de Sucre, Anzoátegui y Carabobo cuyos temas fueron: “Inducción al tratamiento de la oncocercosis: distribución masiva de Mectizan[®], monitoreo y tratamiento de reacciones secundarias”,

“Conocimientos sobre la epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención de la oncocercosis” y “Sostenibilidad del programa de tratamiento masivo con Mectizan® y monitoreo de reacciones secundarias”. Estas capacitaciones estuvieron dirigidas a médicos rurales, médicos de los distritos sanitarios, auxiliares de medicina simplificada, promotores sociales, maestros y líderes comunitarios, personal adscrito a las direcciones municipales de salud, médicos jefes e inspectores supervisores de los Servicios Regionales de Dermatología Sanitaria.

Se culminó la elaboración y reproducción de 2 trípticos de Oncocercosis:

“Conociendo la Enfermedad” (a color) y
“Oncocercosis – Ceguera de los Ríos” (en blanco y negro),

El segundo para ser utilizado a nivel comunitario. También se elaboraron y reprodujeron 2 afiches de dosificación de Mectizan® por peso y por talla, los cuales se han distribuido en los diferentes establecimientos de salud de las áreas endémicas de Oncocercosis del foco norte del país.

Se inició una consultoría de corto plazo, con el apoyo de OEPA, para la producción del video “La Oncocercosis en el Alto Orinoco”, el cual será utilizado para la sensibilización de los equipos interdisciplinarios de salud que prestan servicios a la población Yanomami.

Preguntas y discusión

Dra. T. Mancero: ¿hay más comunidades centinela en el Sur que en el Norte?

Dr. H. Schuler: en 1999 se establecieron 6 para el Norte y 5 para el Sur.

Dr. C. González: Anteriormente había 6 para el foco el sur, pero como la accesibilidad es un aspecto clave para el seguimiento de las comunidades centinelas, y se encontraron 5 comunidades en la zona hiperendémica de acceso relativamente fácil, entonces se agregaron y quedaron 11. Por esta razón, llama la atención que ahora aparecen solo 10.

Dr. H. Schuler: Eso se debe a que posteriormente establecimos como criterio, que fueran solo hiperendémicas.

Dr. J. Ehrenberg: Parecería que es necesario ganar mayor compromiso de las autoridades porque es evidente la diferencia de recursos, ya que como vimos Brasil tiene un presupuesto de alrededor de 3 millones de dólares solo para esta área.

Dr. H. Schuler: Hasta ahora las actividades que se han dado eran proyectos de investigación operacional financiados por el Banco Mundial pero ahora hay que reformularlo porque se tiene otro panorama político.

Dr. M. Sauerbrey: hay una necesidad clara de reformular el programa. Antes tenía fondos del Banco Mundial pero ahora cambió. Es necesario buscar formas sostenibles. Creo que con el Dr. Ehrenberg sería bueno, entre OPS y OEPA buscar apoyo político para el programa.

Dr. G. Zea Flores: menciona la conveniencia de elaborar un plan de acción conjunto que incluya ambos focos. OEPA en varias ocasiones ha ofrecido al Dr. Schuler ayudar en la consolidación de este plan y en la búsqueda de fondos –parciales o totales- que sean necesarios para su ejecución.

Dr. J. Méndez Galván: adicionalmente sugiere que Venezuela trabaje juntamente con Brasil, especialmente debido a que este último ha logrado una notable mejoría en su cobertura mediante el involucramiento de ONGs.

Conclusiones y recomendaciones

- 1 Elaborar un plan estratégico conjunto que involucre a los focos Norte y Sur el cual permita alcanzar una cobertura mínima del 85% sobre la MFT.
- 2 Para alcanzar la MFT y coberturas de tratamiento altas y sostenidas es necesario fortalecer el compromiso político con el programa y la destinación de los recursos necesarios. El Club de Leones venezolano podría contribuir en la búsqueda de financiamiento del gobierno.
- 3 OEPA y OPS trabajarán en la búsqueda a nivel político de ayuda concreta para el Programa de oncocercosis venezolano.
- 4 Se recomienda a Brasil y Venezuela trabajar juntos para avanzar en la coordinación de actividades, iniciando con el intercambio de información mediante reuniones técnicas.

7. Delimitación del área endémica en las Américas

Durante el año 2000 hubo varios ajustes en los datos del número de comunidades endémicas, en cada uno de los seis países involucrados en la iniciativa regional y durante el 2001 continuarán otros esfuerzos en el mismo sentido.

En Brasil, de 19 polos base endémicos se pasó a 18, debido a que se evaluó el polo Misión Catrimani y fue clasificada como negativa. Para 2001 queda pendiente re-evaluar el polo base Maturacá/Sao Gabriel el cual hasta el momento, está clasificado como hipoendémico y tiene una población de 1,378.

En Ecuador, como resultado del ejercicio preparatorio para la certificación de eliminación, el programa decidió que hará esfuerzos para mejorar la delimitación del área endémica, realizando Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas (EER) en 36 comunidades que, a pesar de estar cercanas a comunidades endémicas, no han sido evaluadas.

En Guatemala, se realizaron EER en 46 comunidades del Departamento de Huehuetenango (área fronteriza con México) y todas fueron negativas. Queda pendiente la realización de estudios entomológicos en esta comunidades, antes de ser suprimidas del listado de comunidades endémicas. Adicionalmente, está pendiente la realización de estudios epidemiológicos que permitan clasificar los municipios de San Vicente Pacaya y Palín, ambos pertenecientes al Departamento de Escuintla, pues se trata de zonas altamente urbanizadas con pocas posibilidades de que exista transmisión. También las localidades de Santa Rosa deberán ser evaluadas para determinar si se conservan o no en la lista de comunidades endémicas.

En México, se suprimieron 264 localidades en Chiapas, que no reunían condiciones para que hubiera transmisión y en las cuales nunca se había dado tratamiento masivo, si no tratamiento selectivo a personas con diagnóstico positivo. En Oaxaca, se suprimieron 19 localidades por diferentes razones que incluían el estar deshabitadas, con muy pocas personas (1 ó 2) o que se habían clasificado como endémicas, con base en unos pocos casos positivos por reacción de Mazzotti. Adicionalmente, como resultado del ejercicio preparatorio para la certificación de eliminación, se recomendó la realización de encuestas epidemiológicas en las 42 comunidades del foco norte de Chiapas (para determinar si hay o no transmisión), pero 29 de estas fueron suprimidas en el grupo de 264 comunidades de manera que quedaron pendientes solo 13 comunidades. También se recomendó la realización de estas encuestas en 46 de las 98 localidades de Oaxaca, que originalmente fueron clasificadas como hipoendémicas pero con prevalencias muy bajas (2% a 5%) y diagnósticos positivos basados en reacción de Mazzotti. De acuerdo con los resultados que se obtengan en estas evaluaciones se ajustarán de nuevo los datos.

En Venezuela se finalizó la delimitación del área endémica en 1999, sin embargo, durante el 2000 se hicieron varios ajustes que todavía no son consistentes, razón por la cual se omiten.

De acuerdo con los ajustes introducidos hasta finales del año 2000 en cada país, las cifras quedaron como se presentan en la tabla No. 6 y estos serán los datos estimados a utilizar para el 2001.

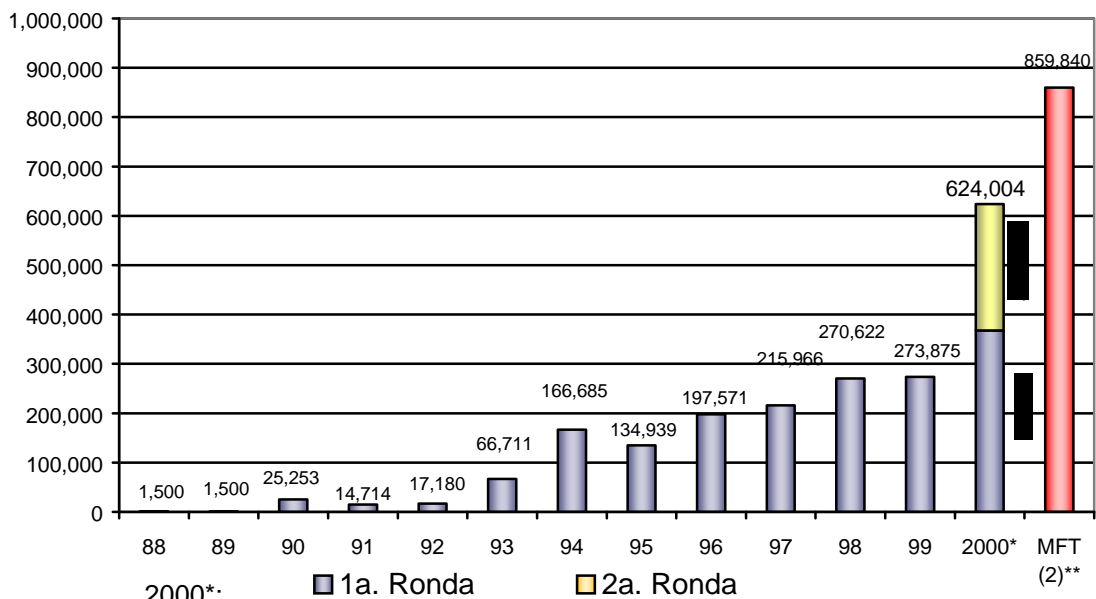
***Tabla No. 6. Población y comunidades endémicas en las Américas,
Estimadas para 2001, por país***

<i>País</i>	<i>Población en riesgo</i>	<i>% Total</i>	<i>Población elegible</i>	<i>% Total</i>	<i>Comunidades endémicas</i>	<i>% Total</i>
Brasil	9,067	1.7	7,356	1.7	18	0.91
Colombia	1,270	0.2	1,101	0.2	1	0.05
Ecuador	24,151	4.4	19,788	4.5	119	6.04
Guatemala	200,000	36.8	160,000	36.3	552	28.03
México	210,155	38.6	168,124	38.1	670	34.03
Venezuela	99,366	18.3	84,492	19.2	609	30.93
Total	544,009	100.0	440,861	100.0	1969	100.00

8. Evolución del tratamiento con Mectizan® en las Américas

Hasta IACO 2000, la cobertura se había reportado como un porcentaje de la Meta Final de Tratamiento (MFT) la cual se define como el total de personas elegibles para tratamiento (en la región de las Américas 429,920 personas). Durante la primera ronda de tratamiento de 2000, se trataron 367,619 personas que representan una cobertura de 86% con respecto a la MFT como se muestra en la gráfica No.8. Esto refleja un 34% de aumento sobre el número de tratamientos durante la primera ronda de 1999 (comparado con el 1% de aumento entre 1998 y 1999) como se observa en la gráfica.

Gráfica No. 8. Tratamientos con Mectizan administrados en las Américas, 1988 – 2000*



La mejoría en las cifras de tratamiento de 2000 se debió al notable incremento en los Programas de Guatemala y Venezuela. Sin embargo, como máximo, un 59.6%(256,385) de la población elegible de la región fue tratada dos veces en 2000 pues solo 256,385 personas fueron tratadas en el último semestre.

Durante IACO 2000, se acordó la utilización del indicador MFT(2) que es igual a la Meta Final de Tratamiento multiplicada por dos (debido a las dos rondas). Este indicador se utilizará para determinar los logros obtenidos de manera global para las dos rondas de tratamiento por año. En síntesis, en la región, se administraron un total de 624,004 tratamientos con Mectizan en el año 2000 (ver tabla No. 7). El uso del nuevo denominador MFT(2) de 859,840 (dos veces la MFT de 429,920), muestra que la MFT(2) global de cobertura de tratamiento para la región fue de 73%, y solo Colombia y México lograron alcanzar 85% de la MFT(2) como se muestra en la tabla.

Tabla No. 7. Población tratada en el año 2000, en las Américas, coberturas en la primera y segunda rondas

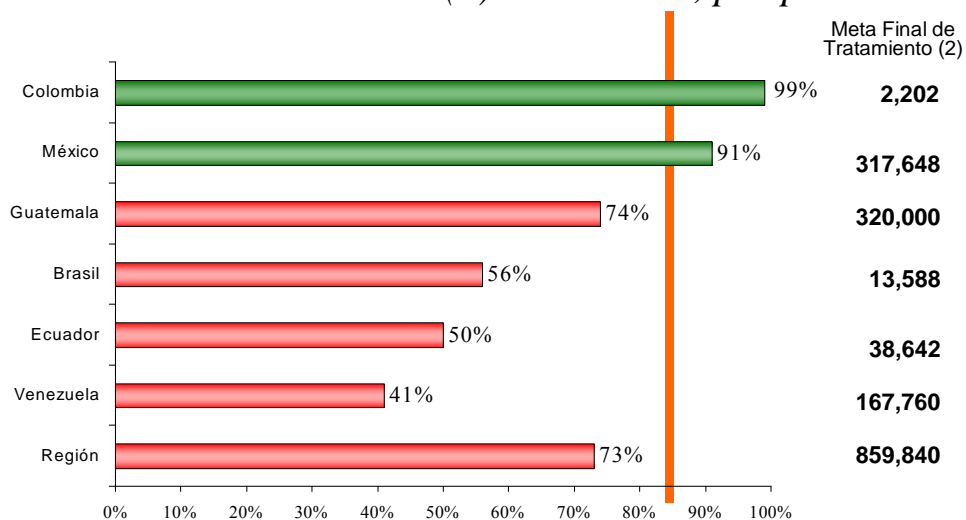
<i>País</i>	<i>MFT (1)</i>	<i>Tratamientos 1ª ronda</i>	<i>Cobertura 1ª ronda</i>	<i>Tratamientos 2ª ronda</i>	<i>Cobertura 2ª ronda</i>	<i>MFT(2)</i>	<i>Total (Año) Tratamientos</i>	<i>Cob MFT(2)</i>
Brasil	6,794	5,103	75.1	2,556	37.6	13,588	7,659	56.4
Colombia	1,101	1,070	97.2	1,101	100.0	2,202	2,171	98.6
Ecuador	19,321	16,490	85.3	2,770	14.3	38,642	19,260	49.8
Guatemala	160,000	127,978	80.0	108,350	67.7	320,000	236,328	73.9
México	158,824	157,291	99.0	132,899	83.7	317,648	290,190	91.4
Venezuela	83,880	59,687	71.2	8,676	10.3	167,760	68,363	40.8
Total	429,920	367,619	85.5	256,385	59.6	859,840	624,004	72.5

En IACO 2000, se acordó que todos los programas concentrarían sus esfuerzos para alcanzar al menos el 85% de su MFT(2) en el 2001, con la excepción del remoto foco amazónico al sur de Venezuela y Brasil, que se propuso lograr esa meta en el 2002.

9. Conclusiones y recomendaciones

- 1 En cumplimiento de la misión de la iniciativa regional y teniendo en cuenta la Resolución de OPS (1991), se acordó que todos los países orientarán sus esfuerzos para cumplir con el objetivo de eliminar la morbilidad por oncocercosis.
- 2 Alcanzar la Meta Final de Tratamiento (MFT) para el año 2001 y así estar en disposición de certificar la ausencia de morbilidad en el año 2002 y la suspensión de la transmisión en toda la región en el año 2005. La excepción, en este punto es el foco sur de Venezuela donde se considera muy improbable lograrlo.
- 3 Se acordó que todos los países asumen el compromiso de dar dos rondas de tratamiento con una cobertura mayor del 85 % de los elegibles en cada una de las dos rondas anuales.
- 4 Los países reportarán la información de tratamiento por ronda y por comunidad.
- 5 Asumiendo que todos los países harán dos rondas de tratamiento por año, se estableció el indicador MFT(2) que es igual a la Meta Final de Tratamiento multiplicada por dos (debido a las dos rondas). Este indicador se utilizará para determinar los logros obtenidos de manera global para las dos rondas de tratamiento por año. De acuerdo con esto, la MFT(2) para la región, aparece en la gráfica No. 9.

Gráfica No. 9. Porcentaje alcanzado de la Meta Final de Tratamiento (2) en el 2000, por país*



*Meta Final de Tratamiento (2)= MFT multiplicada por dos.

- 6 Se identifica la necesidad de revisar y actualizar los parámetros oftalmológicos, específicamente la morbilidad ocular asociada con el segmento anterior, incrementando el intercambio técnico hacia una integración de los indicadores de seguimiento, que incluyen los parasitológicos, entomológicos y tasas de cobertura.
- 7 Todos los países trabajarán en el fortalecimiento de sus sistemas de información a manera de contar con un sistema que sea confiable y que genere la información requerida por el sistema regional para el seguimiento hacia el proceso de certificación. TDR se identificó como una posible fuente de apoyo, alternativa a la ya ofrecida por OEPA.
- 8 Explorar la utilidad de la prueba serológica ICT para la región, a través de la realización en algunos países de un ensayo, el cual conducirá a la elaboración de un protocolo estandarizado para su aplicación.
- 9 Investigar cuál es la razón para el descenso en la cobertura de tratamiento que se obtiene durante la segunda ronda del tratamiento.
- 10 Fomentar las investigaciones necesarias tendientes a reducir el tiempo entre la demostración de la supresión de transmisión y el inicio de la pre-certificación.
- 11 En PCR, se acordó dividir las muestras obtenidas en cada país de tal manera que la mitad de ellas sea analizada en los laboratorios de los países y, la otra mitad en el laboratorio del Dr. Unnasch (Universidad de Alabama). Los costos de los reactivos a ser utilizados para la realización de las pruebas, serán cubiertos por OEPA. El control de calidad del procesamiento de todo el material será realizado en el laboratorio del Dr. Unnasch para lo cual los países aportarán el material necesario.
- 12 Realizar encuestas para monitorear coberturas utilizando la metodología de muestreo por “cluster”.

10. Documentos que circularon durante IACO 2000

World Health Organization, *Guidelines for Certifying Elimination of Human Onchocerciasis, including a Discussion of Critical Issues* (Draft). WHO/CDS/CEE, DIP00.008

World Health Organization, Report of a round table discussion on: “How far can we go toward elimination of human onchocerciasis?”

Richards F, Hopkins D, Cupp E. *Programmatic goals and approaches to onchocerciasis*. The Lancet. 2000; Vol. 355: No. 9216 Pages 1663-1664.

Weil GJ, Steel C, et al. *A Rapid-Format Antibody Card Test for Diagnosis of Onchocerciasis*. J Infect Dis 2000;182.

Arévalo F. *Información sobre trabajadores guatemaltecos que migran estacionalmente para laborar en las fincas de México*. Informe borrador, noviembre 2000.

11 Definición de abreviaturas

ALS:	Agentes Locales de Salud (Ecuador)
APOC:	Programa Africano para el Control de la Oncocercosis
ATO :	Objetivo Anual de Tratamiento
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
CAICET:	Centro Amazónico de Investigaciones y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (Venezuela)
CMFL:	Carga Comunitaria de Microfilarias
CBM:	Christoffel Blindenmission (Ecuador)
DEC:	Dietilcarbamazina
DSEIY:	Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami (Brasil)
EEP:	Evaluación Epidemiológica en Profundidad
EER:	Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas
EIC:	Equipo Internacional de Certificación
FUNASA:	Fundación Nacional de Salud de Brasil
IACO:	Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis
ICT:	Prueba Inmuno-Cromatográfica
IB:	Instituto de Biomedicina (Venezuela)
MDP:	Comité de Donación de Mectizan
Mf:	Microfilarias
MFCA:	Microfilarias en la Cámara Anterior del ojo
MFT:	Meta Final de Tratamiento en una ronda
MFT(2):	Meta Final de Tratamiento en un año con dos rondas de tratamiento
OEPA:	Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas
ONG:	Organización No Gubernamental
OCP:	Programa para el Control de la Oncocercosis en Africa
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PNCO-E	Programa Nacional para el Control de Oncocercosis en Ecuador
PCC:	Comité Coordinador del Programa (OEPA)
PCR:	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa
PB:	Polos Base (Brasil)
PT:	Potencial de Transmisión
QE:	Queratitis Esclerosante
QP:	Queratitis Punteada
SICO:	Sistema de Inventario de Comunidades (Venezuela)
SIG:	Sistema de Información Geográfico
SIGSA:	Sistema de Información Gerencial en Salud (Guatemala)
SIAS:	Sistema Integrado de Atención en Salud (Guatemala)

SIONCO: Sistema de Información para Oncocercosis (OEPA)
SNEM: Servicio para la Erradicación de la Malaria (Ecuador)
SPAR-B: Sistema para el Procesamiento y Análisis de Reportes de
Brigada (México)
TI: Tasa de Infectividad
TIP: Tasa de Infección Parasitaria
TP: Tasa de Picadura
URIHI: Organización No Gubernamental que presta servicios de
salud a la población Yanomami (Brasil).

11. Anexos

Anexo 1 Agenda de IACO 2000
Anexo 2 Lista de asistencia IACO 2000
Anexo 3 Lista de Tablas
Anexo 4 Lista de Gráficas

Anexo 1

X Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis IACO´2000 Hotel Hilton Colón Guayaquil, Ecuador Noviembre 07-09 de 2000

Tema central: “Nuevos retos en la iniciativa regional para eliminación de la oncocercosis”

Agenda

Martes 07 de noviembre de 2000

- 08:30 - 09:00 Ceremonia de Inauguración
- Himno Nacional de Ecuador
 - Palabras de bienvenida: Dr. José Rumba Guzmán, Director Programa de Oncocercosis de Ecuador
 - Mensaje del Representante en Ecuador de OPS/OMS: Dr. Elmer Escobar
 - Mensaje del Ministro de Salud Pública del Ecuador: Dr. Fernando Bustamante Riofrío
- 09:15 - 09:30 Realce del tema de la reunión: “Nuevos retos en la iniciativa regional para eliminación de la oncocercosis”. Dr. Mauricio Sauerbrey, Director OEPA
- 09:30 - 10:00 “Resultado obtenidos con el tratamiento con Ivermectina administrado más de una vez por año en áreas seleccionadas del Programa para el Control de la Oncocercosis (OCP) en Africa”. Dr. Boakye Boatin.
- 10:00 - 10:15 Preguntas y discusión
- 10:15 – 10:45 Receso

Presentación de Programas Nacionales de Ecuador y México

- 10:45 – 11:30 Presentación de Ecuador
- Expositor: Dr. Juan Carlos Vieira
Moderador: Dr. Julio Castro
Relator: Dr. Santiago Nicholls
- 11:30 – 11:45 Preguntas y discusión
- 11:45 – 12:30 Presentación de México
- Expositor: Dr. Jorge Méndez Galván
Moderador: Dr. Joao Batista F. Vieira
Relator: Dra. Paulina Muñoz
- 12:30 – 12:45 Preguntas y discusión
- 12:45 – 13:15 Conclusiones y recomendaciones surgidas en las presentaciones de países durante el día.
- 13:15 – 14:30 Receso para almuerzo
- 14:30 – 15:15 Ejercicios preparatorios hacia la certificación de eliminación en Ecuador. Lic. Juan Carlos Vieira
- 15:15 – 15:30 Preguntas y discusión

- 15:30 – 16:15 Ejercicios preparatorios hacia la certificación de eliminación en México. Dr. Jorge Méndez Galván
- 16.15 – 16:30 Preguntas y discusión
- 16:30 – 17:00 Receso
- 17:00 – 17:30 Conclusiones y recomendaciones sobre los ejercicios preparatorios hacia la certificación de eliminación en México y Ecuador
- 17:30 – 18:00 “*Experiencias relacionadas con el uso de la prueba de parche de DEC en el Programa para el control de la Oncocercosis (OCP) en el Oeste de Africa.*” Dr. Boakye Boatin.
- 19:30 Acto cultural y coctel de bienvenida

Miércoles 08 de noviembre de 2000

- 08:00 – 08:30 “Proceso de consulta sobre los criterios para la certificación de la eliminación de la oncocercosis en las Américas y sus resultados” Dr. Markus Behrend, Programa de enfermedades transmisibles OMS/Ginebra.
- 08:30 – 08:45 Preguntas y discusión.
- 08:45 – 09:15 “*Epidemiología humana en el proceso de certificación*”. Dr. Carlos Gonzáles Peralta, Consultor en epidemiología, OEPA.
- 09:15 – 09:30 Preguntas y discusión
- 09:30 – 10:15 “Esfuerzo compartido entre el gobierno y las ONG’s en un sistema de salud integral que incluye oncocercosis en el área Yanomami de Brasil”. Dr. Luís Henrique do Prado, URIHI
- 10:15 – 10:30 Preguntas y discusión
- 10:30 – 11:00 Receso

Presentación de los Programas Nacionales de Brasil y Colombia

- 11:00 – 11:45 Presentación de Brasil Expositor: Dr. Joao Batista Furtado Vieira
Moderadora: Dra. Sarai Vivas
Relatora: Dra. María Eugenia Orozco
- 11:45 – 12:00 Preguntas y discusión
- 12:00 – 12:45 Presentación de Colombia Expositores: Dr. Santiago Nicholls y Dra. Paulina Muñoz
Moderadora : Sra. Claudette Schuertz
Relator: Sr. Carlos Roberto Blanco
- 12:45 – 13:00 Preguntas y discusión

- 13:00 – 14:30 Receso para almuerzo
- 14:30 – 14:45 “*Estabilidad del Mectizan®*”. Dr. Jeffrey L. Jacobs
- 14:45 – 15:00 Preguntas y discusión

Presentación de los Programas Nacionales de Guatemala y Venezuela

- 15:00 – 15:45 Presentación de Guatemala Expositor: Dr. Julio Castro
Moderador: Dra. Raquel Lovato
Relator: Dr. Harland Schuler
- 15:45 – 16:00 Preguntas y discusión
- 16:00 – 16:30 Receso
- 16:30 – 17:15 Presentación de Venezuela Expositores: Dr. Harland Schuler y Dra. Sarai Vivas
Moderador: Dr. Jorge Méndez Galván
Relator: Lic. Juan Carlos Vieira
- 17:15 – 17:30 Preguntas y discusión
- 17:30 – 18:00 Conclusiones y recomendaciones surgidas en las presentaciones de países durante el día.

Jueves 09 de noviembre de 2000

- 08:30 – 09:00 “*La técnica de PCR como herramienta para la medición de la transmisión de Oncocercosis en el contexto de la iniciativa regional de OEPA.*” Dr. Thomas Unnasch
- 09:00 – 09:15 Preguntas y comentarios.
- 09:15 – 10:15 Estado actual del uso de la técnica del PCR en cada uno de los países: Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela (10 minutos para cada país)
- 10:15 – 10:45 “*El reto para lograr un Información oportuna y confiable en la Iniciativa Regional: SIONCO (Sistema de Información de Oncocercosis)*”. Lic. Luis Eduardo Monroy, Consultor Sistemas de Información, OEPA.
- 10:45 – 11:00 Preguntas y discusión.
- 11:00 – 11:30 Receso
- 11:30 – 13:00 Sesión plenaria, conclusiones y recomendaciones (Incluye el proceso de certificación de la eliminación).
- 14:30 – 17:30 Reunión de miembros del PCC
- 19:30 Ceremonia de Clausura y Cena de despedida
- Palabras del Representante de Merck Sharp & Dohme: Dr. Fernando Bonilla
 - Palabras del Representante del Club de Leones Internacional: Sr. Manuel Carvajal

- Palabras del Representante en Ecuador de OPS/OMS: Dr. Elmer Escobar
- Palabras del Director de OEPA: Dr. Mauricio Sauerbrey
- Entrega de reconocimientos y clausura del evento por parte del Señor Subsecretario Nacional de Medicina Tropical: Dr. Carlos Recalde Cevallos.
- Himno a Guayaquil

Anexo 2

Lista de participantes en IACO 2000 Guayaquil, Ecuador, 07-09 de noviembre de 2000

Delegados y participantes por los países

Brasil

Dr. Joao Batista F. Vieira	Director Programa de Oncocercosis -Fundación Nacional de Salud (FNS), Brasilia
Sra. Joana Claudete Schuertz	Asistente Programa de Oncocercosis en Boa Vista, FNS
Dr. Luis Henriqué do Prado Gomes	URIHI, Boa Vista

Colombia

Dr. Santiago Nicholls	Director Programa de Oncocercosis, Instituto Nacional de Salud
Dra. Paulina Muñoz	Consultora en Entomología, Programa de Oncocercosis

Ecuador

Dr. José Rumbear	Director Programa de Oncocercosis, Servicio Nacional para Erradicación de la Malaria (SNEM)
Dr. Juan Carlos Vieira	Coordinador Programa de Oncocercosis, Hospital Vozandes
Dra. Raquel Lovato	Coordinadora de campo, Programa de Oncocercosis
Ing. Marcela Calapaqui	Responsable de sistemas de información
Dra. Patricia Ortiz	Consultora en Sistemas de Información
Dr. Roberto Proaño	Consultor en Oftalmología
Sra. Felisa Caicedo	Agente Local de Salud
Sr. Silvio Añapa	Agente Local de Salud
Sr. Angel Añapa	Agente Local de Salud
Sra. Dominga Angulo	Agente Local de Salud
Sra. Alba Chumo	Agente Local de Salud
Sra. Erenni Cuero	Agente Local de Salud
Sr. Antonio Nazareno	Agente Local de Salud
Sr. Clemente Montaño	Agente Local de Salud
Dr. Javier Corrales	Jefe Area de Salud Borbón
Dr. Covey Ayoví	Médico Zapallo Grande
Dr. Oswaldo Añapa	Médico Zapallo Grande
Dr. César Díaz	Jefe Zona VII SNEM
Dra. Tamara Mancero	Epidemióloga asesora
Lic. Domenica de Mora	Consultora en entomología
Dr. Angel Guevara	Director Investigaciones Clínicas Hospital Vozandes

Guatemala

Dr. Julio Castro	Director Programa de Oncocercosis, Ministerio de Salud
Sr. Carlos Blanco	Coordinador Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Area de Salud Chimaltenango

México

Dr. Jorge Méndez Galván	Director Programa de Oncocercosis, Secretaría de Salud
Dra. María Eugenia Orozco	Programa de Oncocercosis, Secretaría de Salud
Dr. Armando Altamirano	Director de Servicios de Salud, Secretaría de Salud-Oaxaca

Venezuela

Dr. Harland Schuler	Coordinador Programa de Oncocercosis, Instituto de Biomedicina
Dra. Sarai Vivas	Investigadora Programa de Oncocercosis, CAICET

PCC

Dr. Robert Klein
Dr. Frank Richards
Dr. John Ehrenberg
Sr. Craig Withers
Sr. Rick Robinson
Dr. Harland Schuler

CDC, MERTHU, Guatemala
CCI , Atlanta, USA
Responsable Oncocercosis, OPS Washington
CCI
CCI
Representante por los Países (Venezuela)

Carter Center

Dr. Donald Hopkins
Director Asociado

Fundación Club de Leones Internacional

Sr. Gumpel Werner
Sr. Manuel Carvajal

Past District Governor
Director Internacional 90-92

OPS - Ecuador

Dr. Elmer Escobar
Dr. Keith Carter

Representante en Ecuador
Epidemiólogo

Merck Sharp & Dohme

Dr. Phillipe Gaxotte
Dr. Fernando Bonilla

Director médico, Paris, Francia
Director médico en Ecuador

Comité de Donación de Mectizan

Sr. Jeffrey Jacobs
Dra. Mary Alleman

Gerente, Atlanta
Directora asociada, Atlanta

Christoffel Blindenmission

Dr. Walter Guthrod
Lcda. Lisa Maldonado

Representante regional para Centroamérica y el Caribe
Asistente del representante regional

Conferencistas

Dr. Boakye Boatin
Dr. Markus Berhend

Dr. Thomas Unnasch

Director OCP, Ouagadougou, Burkina Faso
Departamento de control, prevención y erradicación de enfermedades OMS, Ginebra
Experto en PCR, Universidad de Alabama, USA

Invitados especiales

Dr. Jorge Ricardez
Dr. Ronald Guderian
Dr. Richard Collins
Dr. Michael Kron

Consultor de corto plazo OEPA
Consultor de corto plazo OEPA
Experto independiente
Observador Universidad de Michigan

OEPA

Dr. Mauricio Sauerbrey
Dr. Guillermo Zea
Dr. Carlos Gonzáles
Lic. Alba Lucía Morales
Lic. Luis Eduardo Monroy
Lic. Luis Erchila

Director
Asesor Experto
Consultor en Epidemiología
Consultora en Educación en Salud
Consultor en Sistemas Información
Oficial Financiero

Anexo 3

Lista de Tablas

Tabla No. 1: Polos Base atendidos por URIHI en el Area endémica de oncocercosis

Tabla No. 2: Número de Polos Base y población a riesgo según nivel de endemicidad, Brasil

Tabla No. 3: Distribución de las comunidades endémicas de oncocercosis por foco y por río, en el Ecuador

Tabla No. 4: Resultados de las evaluaciones de impacto en Comunidades Centinelas del Ecuador, año 2000

Tabla No. 5: Localidades endémicas de oncocercosis en México, noviembre 2000

Tabla No. 6: Población y comunidades endémicas de oncocercosis en las Américas, fin del año 2000, por país

Tabla No. 7: Población tratada en el año 2000, en las Américas, coberturas en la primera y la segunda ronda.

Anexo 4

Lista de Gráficas

- Gráfica No. 1: Fases del proceso de certificación de eliminación
- Gráfica No. 2: Población tratada en Brasil 1995-2000
- Gráfica No. 3: Población tratada en Colombia 1996-2000
- Gráfica No. 4: Población tratada en Ecuador 1990-2000
- Gráfica No. 5: Población tratada en Guatemala 1989-2000
- Gráfica No. 6: Población tratada en México 1990-2000
- Gráfica No. 7: Población tratada en Venezuela 1993-2000
- Gráfica No. 8: Población tratada con Mectizan en las Américas, 1988-2000
- Gráfica No. 9: Porcentaje alcanzado de la MFT(2) en el 2000, por país