

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, Fundac

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

2000 se debió al notable incremento en los Programas de Guatemala y Venezuela. Sin

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

Tabla de contenido

Instituciones y autoridades nacionales involucradas en la Iniciativa Regional OEPA..	ii
Resumen ejecutivo.....	iii.....
1. Introducción	1
2.	

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

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 Boatın, 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 endemicidad, 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 endemicidad (Tabla No. 1):

Tabla No. 1: Polos Base atendidos por URIHI en el area 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 Ues esdém

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

5.2 Epidemiología humana en el proceso de certificación

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

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.

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

com.7(ue origiinfec6.nn)]TJ 17.28715 T.233003 Tc .odoo seroi.7(ación)56.n8

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

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.

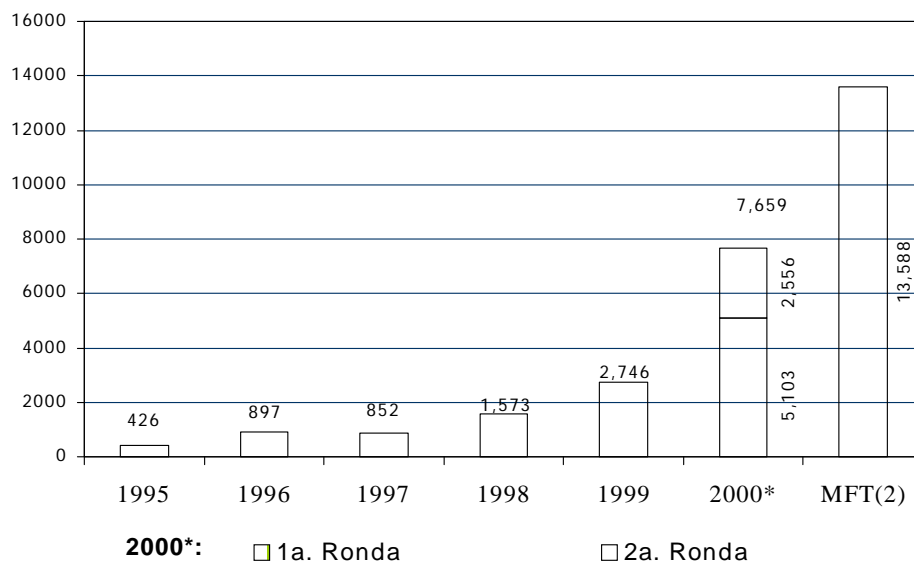
Adicionalmente, durante el año 2000, la población perteneciente al PB de Tucuxin (uno de los 5 hiperendémicos) migró para integrarse, en su mayoría, en el PB de Parafuri (mesoendémico) en donde fueron tratados. En consecuencia, Tucuxin aparece como “desactivado” pero no extinto, porque existe la posibilidad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

a2 8 0(28 15W /Sh)5.shQq/TTi 0 792al 6la f7928 15W 41io78 .

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

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

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 dato

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 80S Tv

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

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.</i>	<i>No. total de</i>	<i>No. comunidades</i>	<i>No. comunidades</i>	<i>No. comunidades</i>
---------------	------------	---------------------	------------------------	------------------------	------------------------

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

Sistemas de Información

El Sistema para el Procesamiento y Análisis de Reportes de Brigada (SPAR-B) permitió

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.

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

Sistemas de Información

Durante el año 2000 se continuó con el desarro

“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 sa
Tc0 Tw(Tc0 Ts.)Tj/TT6 1 Tf0 -

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.

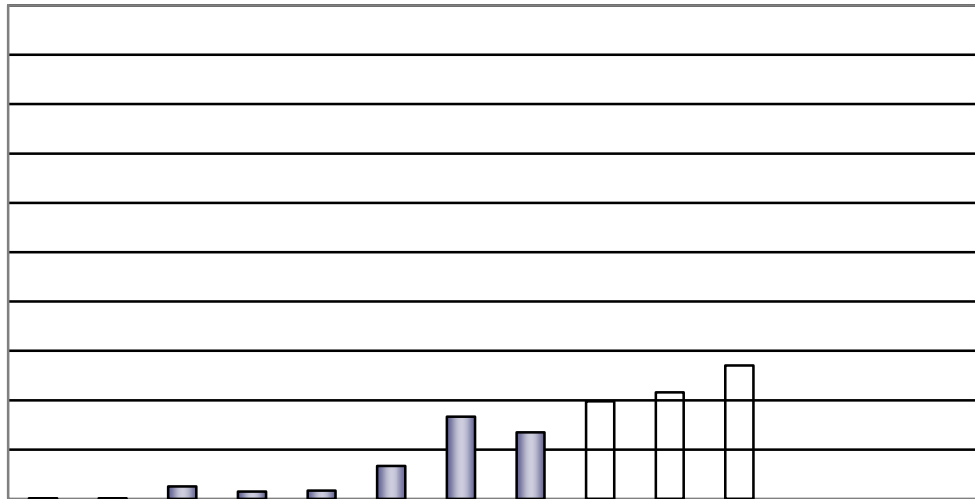
Tabla No. 6. Población y comunidades endémicas en las Américas, Estimadas para 2001, por país

<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

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

País	MFT (1)	Tratamientos 1ª ronda	Cobertura 1ª ronda	Tratamientos 2ª ronda	Cobertura 2ª ronda	MFT(2)	Total (Año) Tratamientos	Cob MFT(2)
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

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

- 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

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

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 Rumbea 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”*.

- 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
Relato-125-1.1t

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

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

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 endemidad, 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, Gráfica No. 2: 10je 004 Tica 2aSo ð ¶

Gráfica No. 4: Población