

# Tabla de contenido

1	<b>Resumen</b> .....	1
2	<b>Participantes</b> .....	1
3	<b>Tema central de la Conferencia: Sostenibilidad</b> .....	2
3.1	<b>Tratamiento Dirigido por la Comunidad</b> .....	2
	Sesión de discusión y preguntas.....	3
3.2	<b>Conclusiones de los grupos de trabajo sobre Sostenibilidad</b> .....	3
4	<b>Situación por país (resumen de las presentaciones)</b> .....	4
4.1	<b>Brasil</b> .....	5
	Estratificación epidemiológica.....	5
	Evaluaciones de impacto (EEP).....	6
	Tratamiento con Ivermectina.....	6
	Instituciones responsables de distribución de Ivermectina.....	7
	Sistemas de información.....	7
	Sesión de preguntas y discusión.....	7
	Recomendaciones para el programa de Brasil.....	9
4.2	<b>Colombia</b> .....	9
	Estratificación epidemiológica.....	9
	Evaluación de impacto (EEP).....	9
	Tratamiento con Ivermectina.....	11
	Educación para la salud y sostenibilidad.....	12
	Posible foco de Oncocercosis en Barbacoas.....	12
	Sesión de preguntas y discusión.....	12
	Recomendaciones para el programa de Colombia.....	14
4.3	<b>Ecuador</b> .....	14
	Estratificación epidemiológica.....	14
	Tratamiento con Ivermectina.....	14
	Proyecto piloto de certificación de eliminación.....	14
	Resultados del proceso de certificación de eliminación.....	16
	Educación para la salud.....	17
	Sistemas de información.....	17
	Sesión de preguntas y discusión.....	17
	Recomendaciones para el programa de Ecuador.....	19
4.4	<b>Guatemala</b> .....	19
	Estratificación epidemiológica.....	19
	Evaluaciones de impacto (EEP).....	19
	Tratamiento con Ivermectina.....	21
	Sistemas de Información.....	22
	Educación para la Salud.....	22
	Sesión de preguntas y discusión.....	22
	Recomendaciones para Guatemala.....	23
4.5	<b>México</b> .....	23
	Estratificación Epidemiológica.....	24
	Evaluaciones de impacto (EEP).....	24
	Tratamiento con Ivermectina.....	25
	Proceso de certificación de Eliminación.....	26
	Sesión de preguntas y discusión.....	26
	Recomendaciones para el programa de México.....	27
4.6	<b>Venezuela</b> .....	28
	Estratificación epidemiológica.....	28
	Evaluaciones de impacto (EEP).....	29
	Tratamiento con Ivermectina.....	29
	Educación en Salud.....	30
	Sistemas de Información.....	30

	Sesión de preguntas y discusión.....	30
	Recomendaciones para el programa de Venezuela.....	31
5	<b>Aumenta el número de personas tratadas .....</b>	<b>31</b>
6	<b>Reunión de coordinadores de programas nacionales con el PCC .....</b>	<b>32</b>
7	<b>Mectizan®: Procedimiento para obtención, envío y registro de aduana.....</b>	<b>33</b>
8	<b>Experiencias con la utilización de Mectizan® de 3 mg .....</b>	<b>33</b>
	8.1 Ecuador.....	33
	8.2 Malí y Malawi.....	34
9	<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>35</b>
10	<b>Anexos .....</b>	<b>35</b>

# 1 Resumen

La Octava Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO'98) se llevó a cabo durante los días 17 al 19 de noviembre de 1998, en la ciudad de Caracas, Venezuela. Como todos los años, asistieron dos representantes de cada uno de los seis países endémicos en América (con excepción de Guatemala que se excusó de asistir por la emergencia ocasionada por el huracán Mitch), los miembros del equipo de OEPA, los miembros del Comité Coordinador del Programa (PCC) y representantes de Merck. Por el país anfitrión además, participaron los coordinadores del programa en cada uno de los 10 estados endémicos. El tema central fue "*Estrategias para lograr altas coberturas y sostenibilidad del programa de tratamiento masivo con Mectizan®*". Con el objetivo de enriquecer la discusión, se invitaron varios conferencistas para realizar ponencias sobre sostenibilidad en otros programas de salud. Con base en un formato entregado por OEPA, cada uno de los representantes de los países hizo una exposición sobre el programa nacional respectivo. Se realizaron sesiones de trabajo en grupo para definir los indicadores que podrían ser utilizados para monitorear la sostenibilidad de los programas. Las conclusiones y recomendaciones más importantes del evento fueron: 1) Debido a que el grupo estuvo de acuerdo en que el compromiso político de los países es fundamental para el desarrollo del programa regional, se decidió que cada uno de los coordinadores nacionales gestionaría ante su respectivo Ministro de Salud, el envío de una carta al director general de la OPS, solicitando la inclusión de la propuesta de resolución en la agenda del Consejo de Ministros de 1999; 2) Se hace un reconocimiento al programa de Venezuela por el avance registrado en el proceso de estratificación epidemiológica de las comunidades sospechosas y se recomienda continuar con el esfuerzo para terminar en 1999; 3) Se define una propuesta de indicadores para monitorear sostenibilidad en las áreas claves para el desarrollo del programa y se recomienda continuar el trabajo de afinar los mismos para que comiencen a ser utilizados por los programas nacionales; 4) Se identifica a Guatemala como el programa que afronta mayores dificultades programáticas y operativas y, por consiguiente, se recomienda promover su fortalecimiento; 5) Se hace notar que hasta septiembre de 1998 hubo un aumento del 7% en el número de personas tratadas (230.078) en los seis países, con relación a las tratadas durante todo el año 1997 (215.966)<sup>1</sup>.

## 2 Participantes

La ceremonia de apertura de IACO'98 fue presidida por autoridades de salud del más alto nivel en Venezuela y en la iniciativa regional:

Dr. Félix Oletta	Ministro de Salud
Dr. Isaías Gutiérrez	Representante de OPS
Dr. Jacinto Convit	Director del Instituto de Biomedicina
Dr. César Simich	Representante de Merck en Venezuela
Dr. Andrew Agle	Representante del Carter Center

---

<sup>1</sup> Para diciembre de 1998, el número total de tratados llegó a 270.622 lo cual significa un incremento del 25% con relación al número de personas tratadas en 1997.

Dr. Robert Klein                      Presidente del PCC (Program Coordinator  
Committee)  
Dr. Mauricio Sauerbrey   Director OEPA

Como todos los años, asistieron 2 representantes de cada uno de los 6 países endémicos en América. Este año Guatemala no envió representantes debido a la situación de emergencia que originó el paso del huracán Mitch. También asistieron los miembros del equipo de OEPA, los miembros del Comité Coordinador del Programa (PCC), representantes de Merck, los coordinadores del programa en cada uno de los 10 estados endémicos de Venezuela y, otros miembros de los equipos estatales (ver agenda en Anexo 1 y lista de asistencia en Anexo 2).

### **3      Tema central de la Conferencia: Sostenibilidad**

El tema principal fue "Estrategias para lograr altas coberturas y sostenibilidad del programa de tratamiento masivo con Mectizan®" el cual fue abordado a través de las siguientes presentaciones orales y actividades:

- Conferencia sobre la relevancia de la **sostenibilidad** en el Programa Regional para la Eliminación de la Oncocercosis (Dr. Mauricio Sauerbrey).
- Exposición sobre el Método de Tratamiento Dirigido por la Comunidad (TDC) que se utiliza en los países endémicos de Oncocercosis en Africa (Dr. Frank Richards y Alba Lucía Morales). Para esta presentación se había invitado a la Dra. Uche Amazigo del African Program Onchocerciasis Control (APOC) pero no pudo asistir por problemas de salud.
- Conferencia sobre Sostenibilidad en el programa para la Eliminación de la Lepra en Las Américas (Dr. Clovis Lombardi, OPS-Brasil).
- Importancia de la Sostenibilidad en los Programas integrados a la Atención Primaria en Salud (Dr. Jorge Prospero, OPS-Venezuela).
- Dos grupos de discusión sobre "*Indicadores para Monitorear Sostenibilidad*"

Nota: En el archivo de OEPA se encuentran los documentos correspondientes a cada una de estas actividades.

#### **3.1 Tratamiento Dirigido por la Comunidad**

Es un método en el cual la comunidad está involucrada y comprometida en el logro de altas coberturas de tratamiento con Ivermectina. Las actividades educativas comunitarias constituyen en esta metodología, el primer y más importante paso para su implementación y sostenibilidad. El siguiente paso es la selección de líderes que a través de una capacitación más profunda, se convierten en Distribuidores Comunitarios (DC) con responsabilidades definidas, que en algunos lugares incluyen no solo la distribución del medicamento, sino la obtención del mismo en los sitios de almacenamiento y el diligenciamiento de los formatos de registro. Inclusive, en el seguimiento y manejo de reacciones secundarias leves, los DC han llegado a desempeñar un papel destacado.

En este modelo la función del personal técnico está orientada básicamente a capacitar a los DC y visitarlos periódicamente para resolver dudas y realizar ajustes al sistema. De esta forma, se logran altas coberturas a bajo costo porque el DC está en la comunidad para dar la Ivermectina a las personas que no se encontraban cuando se realizó el tratamiento masivo. El sistema es modificado y adecuado por la misma comunidad de acuerdo con sus particularidades. En algunas comunidades utilizan el modelo de distribución de *punto central* y en otras el modelo *casa a casa*. Este modelo de distribución está siendo implementado en muchos países africanos con excelentes resultados.

Nota: A todos los participantes en IACO'98 se les entregó un documento-resumen sobre esta metodología.

### **Sesión de discusión y preguntas**

J.Ricardez. En el modelo de TDC se habla solo de distribución pero es necesario pensar en evaluación.

C.González: ¿Cómo es el tipo de comunidad? Porque el concepto es muy amplio. Para su definición puede ayudar la caracterización de si se trata de una comunidad más o menos integrada.

G.Coelho: En Brasil es un reto porque la población no conoce la lengua occidental. ¿Cómo se haría en este tipo de población?

ALMorales: Hay estructuras organizativas de los Yanomami descritas en estudios como el del Dr. Bruce Albert. Hay que contar mucho con la comunidad porque una intervención vertical puede fracasar. Es un gran reto.

F.Richards: Esto es un estudio y ahora se está en fase de implementación que es algo diferente. Es necesario que las comunidades estén dentro de este programa con sus propias responsabilidades y toma de decisiones.

H.Villaruel: En Anzoategui, las comunidades rurales tienen memoria negativa del programa por las reacciones adversas. Un factor importante en la primera ronda es garantizar a la comunidad la permanencia del equipo médico en la región para monitorear reacciones al medicamento. El efecto antihelmíntico es apreciado por la comunidad.

## **3.2 Conclusiones de los grupos de trabajo sobre Sostenibilidad**

Partiendo del reconocimiento de que la sostenibilidad es un concepto clave para el logro de la meta principal de los programas, se identificó como tema central de IACO'98 de tal manera que se iniciara un proceso de definición y aplicación de este concepto en el marco de la iniciativa

regional. Se conformaron dos grupos de trabajo con participación de todos los asistentes, los cuales tenían la responsabilidad de proponer indicadores útiles para monitorear la sostenibilidad en las áreas claves para el desarrollo del programa. A continuación se presentan las recomendaciones de estos grupos para la formulación de posibles indicadores.

- ┌ Compromiso del gobierno
  - Designación de directores nacionales y regionales en el Ministerio de Salud.
  - Asignación de presupuesto adecuado para apoyar el programa de distribución de Ivermectina, de manera que alcance una cobertura de por lo menos 80% de la población elegible.
  - Garantía de importación adecuada y oportuna de Mectizan® al país, de manera que llegue a la población en riesgo.
  
- ┌ Integración del programa de eliminación de Oncocecosis con otros programas existentes utilizando una estrategia similar a los servicios de salud periódicos.
  
- ┌ Procesamiento de información adecuado y oportuno para apoyar el programa de distribución
  
- ┌ Existencia de componentes programáticos en educación y promoción, que aseguren altos niveles de participación de la comunidad en el programa de eliminación.
  
- ┌ Presencia de organizaciones internacionales (e.g., OPS, OEPA) para establecer normas programáticas regionales y realizar reuniones anuales de evaluación de programas.

A pesar de que "costo por tratamiento" es un indicador que ha demostrado cierta validez en el programa de control de Oncocecosis en Africa, no se consideró útil para la iniciativa regional en América por tratarse de un programa cuya meta es la eliminación.

## **4 Situación por país (resumen de las presentaciones)**

El equipo de OEPA hizo una revisión y ajuste del formato que tradicionalmente se había utilizado como guía para la presentación y exposición del informe anual por parte de los países cuyos puntos centrales eran los siguientes:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>1 Resumen ejecutivo</li><li>2 Epidemiología<ul style="list-style-type: none"><li>• Estratificación epidemiológica de las comunidades endémicas del país (EER).</li><li>• Evaluaciones de Impacto (EEP) en comunidades centinela.</li><li>• Tasa de positividad por nódulos en menores de 5 años.</li></ul></li><br/><li>3 Tratamiento con Ivermectina<ul style="list-style-type: none"><li>3.1 Objetivo Anual de Tratamiento (ATO):<ul style="list-style-type: none"><li>• Población en riesgo</li><li>• Población elegible:</li><li>• Población programada</li><li>• Población tratada</li><li>• Comunidades de alto riesgo</li><li>• Comunidades de todos los riesgos</li></ul></li><br/><li>3.3 Historia de Tratamiento según nivel de endemidad.</li><li>3.4 Historia de tratamiento con Ivermectina en Comunidades Centinela</li><li>3.5 Instituciones responsables de la distribución del</li></ul></li></ul> |
|---|

El resultado de su aplicación fue que todas las presentaciones tuvieron el mismo formato y por consiguiente, hubo mayor posibilidad de análisis y comparación entre países. La información que se presenta a continuación, es un resumen de las exposiciones de las autoridades de los programas nacionales.

Nota: Los acetatos de las presentaciones y los informes están disponibles en el archivo de OEPA.

#### **4.1 Brasil**

Expositor: Dr. Giovanini Coelho Moderador: Dr. Juan Carlos Vieira  
Relator: Dr. Harland Schuler

El área oncocercosa de Brasil está ubicada en los estados de Roraima y Amazonas en la región fronteriza con Venezuela, donde habitan 10.213 indígenas Yanomami del lado brasilero. El Programa Brasileiro para Eliminación de Oncocercosis inició sus actividades en 1993.

#### **Estratificación epidemiológica**

La estratificación epidemiológica de los 28 polos base del Distrito Sanitario Yanomami -DSY- (que abarca 95.000 km<sup>5</sup>) se realizó entre 1993 y 1997. Se examinaron aproximadamente 4.200 personas obteniendo la siguiente clasificación:

<b>Clasificació</b>	<b>Polos</b>	<b>Malocas</b>	<b>Poblaci</b>
---------------------	--------------	----------------	----------------

<b>n</b>	<b>Base</b>		<b>ón</b>
Hiperendémica	5	78	3.101
Mesoendémica	7	51	1.912
Hipoendémica	7	57	3.202
No endémica	9	28	1.998
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>214</b>	<b>10.213</b>

El **área hiperendémica** es la de más difícil acceso, su infraestructura sanitaria es la más precaria, las comunidades están ubicadas a mayor altura y los vectores corresponden a los más eficientes.

### **Evaluaciones de impacto (EEP)**

Hay 3 Polos Base definidos como centinela en los cuales se hicieron EEP en 1995. En dos de ellos (Toototobi y Balawaú) se realizó evaluación oftalmológica en 1998 para medir impacto, a través de una consultoría financiada por OEPA, pero los resultados no están aún disponibles. En Xitei, la evaluación oftalmológica se hará en 1999. A continuación se presenta la información entomológica y oftalmológica obtenida a través de la EEP realizada en 1995:

#### **Evaluación de Impacto (EEP) a través de EEP en las comunidades centinela de Brasil**

<b>Nombre de la Comunidad</b>	<b>Primera EEP, 1995</b>							
	<b>Especie</b>	<b>TIP</b>	<b>MTP</b>	<b>MBR</b>	<b>QP</b>	<b>MC</b>	<b>QE</b>	<b>Prev (mf) por biopsia</b>
Toototobi	S. guianense S. oyapockense	33.3% 2.9%	-	-	63%	14.9% %	6.6%	56.1%
Balawaú			-	-	75%	16.6% %	4.8%	75.8%
Xitei	S. guianense	7.6%	-	-	76.3%	51.2% %	32.2%	63%

TIP= Tasa de Infección Parasitaria    MTP= Tasa Mensual de Transmisión Potencial    MBR = Tasa Mensual de Picadura  
 QP= Queratitis Punteada    QE= Queratitis Esclerosante  
 MC = Microfilarias en Cámara anterior

### **Tratamiento con Ivermectiva**

#### **Objetivo Anual de Tratamiento**

Población total: **10.213**      Población en riesgo: **8.215**      Población elegible: **6.572**  
 Población Tratada: **1.124**

En 1998 se estableció como Objetivo Anual de Tratamiento (ATO) 2.179 y

hasta noviembre se habían tratado 1.124 personas (51.6%)<sup>2</sup>.

### **Comunidades de Alto Riesgo**

En 1998, se estableció que de las **186 malocas clasificadas como endémicas** en todos los niveles, se **tratarían 74**. Hasta noviembre de 1998 se habían tratado 51 malocas de las cuales 36 eran de hiperendémicas y 15 eran meso e hipoendémicas. Las metas establecidas no han podido ser logradas debido al grave cuadro sanitario que se presenta en el área Yanomami caracterizado principalmente por la presencia de enfermedades agudas como malaria, fiebre amarilla, gripe, diarreas, etc.

### **Historia de Tratamiento**

El tratamiento con Ivermectina en Brasil se inició en 1995. De los 19 Polos Base endémicos, solo 7 han recibido tratamiento. Dos de ellos recibieron su primera y única ronda (hasta ahora) en 1998 (Homoxi, Alto Catrimani) y solo los polos base Toototobi y Balawaú han recibido 6 rondas de tratamiento (número máximo) debido a que en ellos se llevó a cabo un proyecto piloto.

### **Instituciones responsables de distribución de Ivermectina**

Las instituciones responsables de distribución de Ivermectina a la población Yanomami son:

1. Fundación Nacional de Salud/Ministerio de Salud
2. Comisión Pro Yanomami/CCPY
3. Misiones Nuevas Tribus de Brasil/MNTB
4. Médicos del mundo/MDM
5. Misiones Evangélicas de la Amazonía / MEVA

### **Sistemas de información**

La Fundación Nacional de Salud (FNS) con el apoyo de DATASUS creó el sistema ONCHO. Debido a cambios administrativos de la FNS, DATASUS ya no dará soporte técnico al software desarrollado. Por esta razón, ONCHO no pudo ser completamente implementado y validado. Un avance importante fue la donación por parte del ejército brasileño de mapas digitalizados del área oncocercosa en una escala de 1:250.000, posibilitando el futuro análisis espacial de la información del programa.

### **Sesión de preguntas y discusión**

F.Richards: Las ONG tienen una participación importante en la distribución de Ivermectina. ¿No ha habido solicitudes de apoyo para asuntos de capacitación?

G.Coelho: Se ha contemplado trabajar con las 13 escuelas que funcionan en el área Yanomami. Para tal fin se están

---

<sup>2</sup> A diciembre de 1998, el número de personas tratadas llegó a 1573.

produciendo materiales educativos actualmente, pero necesita apoyo para definición del componente de Educación.

ALMorales: Sí hay dinero para capacitación según lo ordenado por PCC. No es suficiente producir materiales para capacitación si no se define una estrategia de intervención que involucre a los equipos operativos de salud y a las comunidades.

GCoelho: Se necesitan especialistas en el componente de Educación en Salud y el concurso de OEPA para hablar con otras instituciones presentes en el área. Invita a ALMorales a visitar Brasil.

C.Botto: En el Amazonas de Venezuela se presentan problemas similares a los de Brasil, sin embargo no ha habido suficientes esfuerzos para trabajar conjuntamente. Por ejemplo, actualmente Venezuela tiene una consultoría en antropología que podría ser compartida. Debe promoverse una reunión para conocer los esfuerzos de los dos países y explorar posibilidades de coordinación.

J.Ricardez: Cómo es la coordinación del programa con las ONG?

GC: El Ministerio de Salud tiene una oficina regional que operacionaliza todas las actividades logísticas del DSY. Hay una instancia muy importante que es el Núcleo de Salud Indígena en el cual participan ONG, gobierno y representantes de comunidades indígenas. La planeación de actividades se realiza en este escenario. Las ONG no actúan independientemente del gobierno.

K.Carter: ¿El clasificar 9 Polos Base como "no endémicos" es igual a decir Polos Base sin riesgo?

GCoelho: El vector transmisor (S. guianense) no se encuentra en estas zonas por lo cual no hay transmisión.

ALMorales: ¿No hay migraciones a zonas endémicas? ¿Se considera que toda la población está evaluada? Importancia de definir reunión binacional Brasil-Venezuela.

GCoelho: Cree que sí hay alguna población que no está registrada y que puede ser migrante a Venezuela. El Dr. B. Albert realizó estudio sobre migraciones y se describió un gran proceso de sedentarización. Las zonas no endémicas son las de más alto contacto con las ONG y con el hombre blanco.

MSauerbrey: Desde el punto de vista de sostenibilidad, el Núcleo de Salud Indígena podría iniciar la identificación de necesidades y formular posibilidades de intervención, antes de solicitar el apoyo de OEPA porque los que conocen la realidad son los trabajadores de campo.

#### Recomendaciones para el programa de Brasil

- ❖ Que el núcleo médico que coordina las actividades de intervención en salud, identifique las necesidades en Educación para la Salud, a fin de poder iniciar el diseño de una intervención en este componente.
- ❖ Que se promuevan a muy corto plazo, actividades de coordinación con los responsables del foco sur de Venezuela, a manera de coordinar actividades en común (esfuerzo binacional).
- ❖ Capacitar y educar personas Yanomami en las escuelas, sobre la enfermedad y la distribución de Mectizán.
- ❖ Incrementar los tratamientos para llegar a toda la población elegible viviendo en los 5 Polos Base hiperendémicos.
- ❖ Desarrollar un plan de integración a otros programas u ONG que estén trabando en salud en el área Yanomami.

## 4.2 Colombia

Expositor: Dr. Santiago Nicholls  
Relator: Dr. Alfredo Domínguez

Moderador : Dr. Jorge Ricardez

### Estratificación epidemiológica

A través de la EER realizada en 1995 se delimitó el foco colombiano de Oncocercosis a la comunidad de Naicioná en donde se encontró una prevalencia de 40%. Esta localidad tiene 60 casas en las que habitan alrededor de 400 personas dedicadas en su mayoría a la extracción artesanal del oro.

### Evaluación de impacto (EEP)

En 1996 se realizó una Evaluación Epidemiológica a Profundidad (EEP) para determinar la línea basal en entomología, oftalmología y parasitología y en 1998, se realizó otra EEP para determinar el impacto de cinco (5) rondas de tratamiento masivo con Ivermectina que se inició en septiembre de 1996 inmediatamente después de la EEP. Los resultados obtenidos son los siguientes:

**Evaluación de Impacto (EEP) a través de EEP en La única comunidad endémica en Colombia**

Nombre de la comunidad	Primera EEP, 1996							
	Especie	TIP	MT P	MBR	QP	MC	QE	Prev (mf) por biopsia

Naicioná	S. exiguum	2.7%	-	-	33%		0%	40%
<b>Segunda EEP, 1998</b>								
Naicioná	S. exiguum	1.05%	-	-	32%		1.36%	6.6%

TIP= Tasa de Infección Parasitaria      MTP= Tasa Mensual de Transmisión Potencial      MBR = Tasa Mensual de Picadura  
 QP= Queratitis Punteada      QE= Queratitis Esclerosante      MC = Microfilarias en Cámara anterior

La prevalencia encontrada en 1998 puede explicarse, al menos parcialmente, por el hecho de que los residentes de Naicioná migran frecuentemente y eso hace que no reciban oportunamente la Ivermectina.

### **Evaluación parasitológica**

En 1998 se hizo examen clínico y biopsia en cresta ilíaca y escápula derechas, a toda la población incluyendo menores de 5 años. De 244 personas examinadas, 16 (6.6%) presentaron biopsia positiva (12 hombres y 4 mujeres). Solo dos de los positivos eran menores de 9 años (niñas). La menor tenía 7 años.

- ✓ La positividad en escápula fue 37.5% y en cresta ilíaca 87.5%
- ✓ El rango en el número de microfilarias fue de 1 a 51

De las 16 personas con biopsia positiva:

- 7 tenían 4 rondas de tratamiento
- 4 tenían 3 rondas de tratamiento
- 3 tenían 2 rondas de tratamiento
- 1 tenía 1 ronda de tratamiento y
- 1 de ellos no había iniciado tratamiento con Mectizan y fue quien presentó 51 microfilarias en un corte de piel.

### **Nódulos en menores de 5 años**

- ✓ No se encontraron nódulos en menores de 5 años.
- ✓ Solo dos personas de las 244 examinadas presentaron nódulos y eran mayores de 5 años.

### **Evaluación oftalmológica**

En 1998, después de cinco (5) rondas de tratamiento, se examinaron 147 personas de las cuales 47 (32%) presentaron Queratitis Punteada (QP) y 2 (1.4%) Queratitis Esclerosante (QE). Entre los 147 examinados se incluyeron 3 niños porque tenían biopsia positiva. En 1996, también el 33% de los examinados había presentado QP y no se había identificado ningún caso de QE. La identificación de los dos casos de QE en 1998, puede deberse a que esta vez la población examinada fue más numerosa, aumentando la probabilidad de encontrar casos.

### **Correlación entre hallazgos oftalmológicos y biopsia de piel**

- De las 47 personas con QP, 6 tenían biopsia de piel positiva.
- Las dos personas con QE tenían biopsia negativa

- Diez (10) personas tenían biopsia positiva SIN alteraciones oculares

### **Evaluación entomológica**

Se hizo captura de hembras de simúlidos picando sobre cebo humano, 4 días consecutivos de 6:30 a 17:00 horas, a la orilla de la quebrada Naicioná. Se hizo identificación a través de disección en campo y en laboratorio.

Las Tasas de Infección Parasitaria (TIP) y Tasa de Infectividad (TI) encontradas en varias ocasiones durante el periodo comprendido entre agosto de 1996 y septiembre de 1998 fueron las siguientes:

#### **Resultados - entomología- Colombia**

<b>Mes</b>	<b>TIP</b>	<b>TI</b>
08/96	2.4%	1.22%
09/96	5.6%	0%
02/97	0.98%	0.49%
03/97	2.2%	0%
09/98	1.05%	0%

- ❖ Se capturaron muy pocas larvas en la Quebrada Naicioná
- ❖ No se capturaron larvas de *S. exiguum*
- ❖ En agosto de 1997 hubo un pico muy notable en la Tasa Mensual de Picadura (MBR)
- ❖ No se pudo caracterizar el sitio de cría de *S. exiguum*
- ❖ Solamente se encontraron larvas L3 en agosto de 1996 y en febrero de 1997

### **Tratamiento con Ivermectina**

La **Población elegible** en la vereda Naicioná (lugar de transmisión) es de 317 personas. Sin embargo, hay personas que son originarias de Naicioná o trabajan en minería manual en esta localidad, pero residen en otras poblaciones cercanas (Playagrande o Chuare) o en campamentos transitorios de mineros a lo largo de la quebrada. Si se incluyen todas estas personas, la población elegible es de 730.

### **Historia de Tratamiento**

El programa de Colombia inició el tratamiento masivo con Ivermectina en septiembre de 1996. A partir de ese momento se ha suministrado tratamiento a toda la población elegible, cada seis meses llegando a la 5a. ronda en septiembre de 1998, momento en el cual se trataron 449 personas<sup>3</sup>.

Las coberturas de tratamiento en Naicioná (única comunidad endémica) durante las 5 rondas llevadas a cabo, dos veces por año, desde septiembre de 1996 hasta septiembre de 1998, han sido respectivamente: 66.3%, 77.7%, 91%, 79% y 83.3% si se tienen en cuenta solo los residentes en

<sup>3</sup> A diciembre de 1998, el número de personas tratadas llegó a 677.

Naicioná. Adicionalmente, se se tiene en cuenta toda la población residente tanto en Naicioná como en las comunidades vecinas (Chuare, Playa Grande y Mineros), las coberturas han sido 61.6%, 72.1%, 92.5%, 87.3% y 92.3%.

### **Educación para la salud y sostenibilidad**

Como parte de los estudios de línea de base y como un paso previo indispensable para iniciar la intervención dirigida al control, a finales de 1995 se realizaron las primeras actividades del componente de Intervención Educativa las cuales fueron apoyadas por OEPA y continuaron durante 1996. Para asegurar la sostenibilidad del programa, se hace necesario continuar con el proceso de intervención educativa para fortalecer a la comunidad hasta el punto en que ella pueda apropiarse completamente del programa y asumir su plena responsabilidad.

### **Posible foco de Oncocercosis en Barbacoas**

Para 1998 (igual que para 1997) se tenía programado evaluar una muestra de comunidades del municipio de Barbacoas para descartar la presencia de un foco de Oncocercosis que fue sugerido en el documento "*Onchocerciasis an its Control*" de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta actividad no se pudo llevar a cabo tampoco este año debido a problemas de orden público.

### **Sesión de preguntas y discusión**

F.Richards: Es preocupante la OP de 33% en las dos evaluaciones, pues se trata de una lesión reversible que debería bajar después del tratamiento. ¿Podrían ser otros factores que están produciendo OP?.

S.Nicholls: Prevalencia OP es algo que no puedo explicar porque no soy oftalmólogo. ¿Se reduce al tener menor densidad de mf?

G.Zea: No soy oftalmólogo pero participé en la elaboración de las guías. Evaluaciones deben ser cada 4 años y aquí se realizó a los dos años; luego no hay suficiente tiempo para observar cambios (reversibilidad de la OP).

K.Carter: Por qué de los 16 positivos, solo 7 tenían cuatro rondas?

M.Sauerbrey: 1) ¿Hay registro de las personas para revisar si son los mismos de OP? y 2) Diferenciar población fija de población flotante para efectos de análisis de coberturas.

S.Nicholls: A partir de ahora se tiene ese registro. En 1996 se evaluaron 46 personas y 15 presentaron OP (15/46) y en 1998 47/147. El joven que presentó 51 mf es nativo de Naicioná, pero ha estado en Buenaventura donde viven

muchas personas de

Naicioná que pueden retornar. Se está pensando en suministrarles tratamiento en Buenaventura por dos razones: ética y para evitar una posible reintroducción de la enfermedad.

A.Corredor: Primer caso colombiano vino de Buenaventura.

R.Ouiroga: Sistemas de información para manejar poblaciones fijas y flotantes: ¿Se introdujeron nombres de personas y debe registrarse en base de datos o no? Esto es muy costoso. ¿Cuáles son los beneficios en un futuro de mantener este registro?

G.Zea: Es más adecuado. Depende de los costos pero se sugiere llevarlo hasta nivel de comunidad. Ahora en cuanto a Colombia, TIP ha disminuido en forma impactante pero aún no es suficiente para cortar transmisión.

C.Botto: En Colombia, se trata de un foco pequeño bien estudiado. ¿Con qué velocidad se recuperan las mf después del tratamiento con Ivermectina? Esto se debería verificar.

S.Nicholls: Carga de mf aumenta luego de 6 meses.

F.Richards: Como se observa un aumento en la densidad de picada en agosto ¿se ha pensado en control vectorial en ese mes?

J.Ricardez: Tener criterios para definir población elegible tales como 2 años de residencia o algunos otros para tratar de estandarizar.

S.Nicholls.: No se conocen los criaderos y además el pico de agosto no se repite cada año.

ALMorales: Es conveniente aclarar aquí las dificultades que se presentan con la solicitud de Mectizan para población migrante debido a su variabilidad y a que es impredecible.

S.Nicholls: Dos problemas: Comité Mectizán y reporte ATO.

A.Dominguez: Es importante tener en cuenta la herramienta diagnóstica. En México se vió alta variabilidad en las densidades de mf según sitio de toma de biopsia (cresta ilíaca o escápula). Sensibilidad de método diagnóstico puede afectar. Se sugiere recurrir a laOP.

S.Nicholls: El Dr. Guderian había sugerido utilizar PCR.

## Recomendaciones para el programa de Colombia

- ❖ Buscar a la gente de Buenaventura (originales de Naicioná) para darles tratamiento o mantener la Ivermectina en la comunidad para que cuando la población flotante o migrante regrese a Naicioná pueda ser tratada.

### 4.3 Ecuador

Expositor: Lic. Juan Carlos Vieira  
Relator: Dr. Carlos Botto

Moderador: Dra. Helena Villarroel

#### **Estratificación epidemiológica**

En Ecuador hay 120 comunidades endémicas de las cuales 43 son hiperendémicas. Para 1999 se propone evaluar la comunidad de Balzar que es sospechosa. Esta comunidad ha sido renuente por lo cual nunca ha recibido tratamiento.

#### **Tratamiento con Ivermectina**

El Programa Nacional de Oncocercosis de Ecuador cumplió en 1998 el noveno año de tratamiento con Ivermectina.

Población programada para tratamiento (1998): **18.388** Población tratada (enero-nov/98): **16.639<sup>4</sup>** Cobertura (según lo programado): **90.5%**

Gracias a la integración del programa de Oncocercosis a la estructura de la Atención Primaria en Salud y a la fuerte base comunitaria que lo sustenta, a pesar de las dificultades originadas por el fenómeno del Niño en la costa ecuatoriana, se alcanzó una alta cobertura.

#### **Tratamiento en comunidades de Alto Riesgo**

En 31 de las 43 comunidades hiperendémicas se llevaron a cabo 2 rondas de tratamiento de tal manera que un total de 3.347 recibieron dos dosis de Ivermectina durante 1998.

#### **Proyecto piloto de certificación de eliminación**

Se seleccionaron dos (2) áreas hipoendémicas que conforman los denominados focos satélites de Oncocercosis en la provincia de Esmeraldas: La comunidad de Chorrera Grande en la ribera del río Viche y las comunidades de San Salvador, San José y Nueva Unión en el río Sucio.

A continuación se presentan las características más importantes por las cuales fueron seleccionadas.

**Chorrera Grande - Río Viche**

---

<sup>4</sup> A diciembre de 1998, el número total de personas tratadas ascendió a 17.522 personas. La población elegible es de 19.284 personas.

- 223 habitantes
- 86% indígenas Chachi
- Prevalencia por biopsia 1990: 17.3%
- Prevalencia por nódulos 1990: 8.3%
- Información entomológica no disponible (1986)
- Información oftalmológica no disponible (1986)
- Prevalencia por biopsia 1997: 1% (2/199)
- Prevalencia por nódulos 1997: 0.5%
- 8 rondas de tratamiento

**San Salvador, San José y Nueva Unión-**

**Río Sucio**

- 495 habitantes
- 77% indígenas Chachi
- Prevalencia por biopsia 1990: 13.8%
- Prevalencia por nódulos 1990: 2.7%
- Información entomológica no disponible (1986)
- Información oftalmológica no disponible (1986)
- Prevalencia por biopsia 1997: 0% (0/411)
- Prevalencia por nódulos 1997: 0%
- 7 rondas de tratamiento

Como se puede ver, ambas comunidades fueron clasificadas originalmente como hipoendémicas (17.3% y 13.8%) y en la evaluación epidemiológica realizada en 1997, mostraron disminución en la prevalencia, después de 8 y 7 rondas de tratamiento, respectivamente. Los únicos dos casos que resultaron positivos en 1997 son casos especiales porque no vivieron en su comunidad por periodos largos y por lo tanto, no recibieron tratamiento. Las coberturas de tratamiento en estas comunidades entre 1990 y 1997 son las siguientes:

**Coberturas de tratamiento con Ivermectina en comunidades en proceso de certificación de eliminación Ecuador, 1990-1997**

Comunidad	Coberturas por año (%)								
	Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Chorrera Grande (Río Viche)		89.6	84.2	73.1	93.4	75.2	100.	100	100
San Salvador (Río Sucio)		-	56.0	46.0	96.7	93.2	97.6	99.6	99.6

Con base en los datos anteriores, se realizaron la evaluación entomológica y la oftalmológica, a través de consultorías financiadas por OEPA. Lamentablemente no se disponía de datos basales en estos dos últimos componentes.

**Evaluación Oftalmológica**

Se examinaron 134 personas en Chorrera Grande y 262 en San Salvador, Nueva Unión y San José. En Chorrera Grande no se encontraron Queratitis Punteada (QP), Queratitis Esclerosante (QE) ni Microfilarias en Cámara anterior (MC). En San Salvador, los resultados fueron los siguientes: QP: 0.4% QE: 0.4% y no microfilarias en cámara anterior.

### Evaluación Entomológica

No se tiene línea basal porque los estudios han sido de carácter taxonómico más que relacionados con la enfermedad. Esta orientación cambió a partir de 1996 y ahora se identificarán los TIP en las mismas comunidades. El estudio está en proceso y se presentan datos preliminares.

Las colecciones se hicieron en los meses de junio y julio teniendo en cuenta lo indicado por estudios previos y se siguió la metodología de la iniciativa regional para estudios entomológicos. Para la determinación de la TIP y la Tasa de Infectividad se está utilizando la técnica de PCR y sondas de ADN OV150. La composición por especies que se encontró fue la siguiente:

Chorrera Grande (Río Viche)	San Salvador (Río Sucio)
<ul style="list-style-type: none"><li>• 15789 moscas</li><li>• 86.67% <i>S.exiguum</i> -vector principal-</li><li>• 0.02% <i>S.quadrivittatum</i></li><li>• 6.9% <i>S.escomeli</i></li><li>• 6.4% <i>S.bipunctatum</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 9781 moscas</li><li>• 0.5% <i>S.escomeli</i></li><li>• 99.05% <i>S.bipunctatum</i></li><li>• 0.3% <i>S.exiguum</i></li><li>• 0.2% <i>S.quadrivittatum</i></li></ul>

### Resultados del proceso de certificación de eliminación

Los resultados del primer ejercicio orientado a certificar eliminación se pueden resumir como sigue:

- ✓ Ausencia de mf en cámara anterior del ojo con baja prevalencia de lesiones oculares.
- ✓ Negatividad de mf en piel
- ✓ Resultados preliminares del vector, con una negatividad de larvas de *O.volvulus* en *S.exiguum*

En resumen, estos resultados preliminares indican la posible interrupción de la transmisión de la Oncocercosis en el área y la necesidad de continuar aplicando y buscando indicadores sensibles y específicos para certificar la eliminación de la Oncocercosis y detener la distribución masiva de Ivermectina en esas comunidades.

Para 1999, se propone la realización de un estudio vectorial durante los meses de invierno (febrero, marzo, abril) para avanzar en el proceso de certificación de eliminación en San Salvador-Río Sucio.

### **Educación para la salud**

Con el apoyo de OEPA-BID se están reproduciendo materiales educativos para agentes locales de salud. El estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) realizado en el área endémica de Borbón en 1997, hizo ver que la utilización de los recursos didácticos era muy marginal. Por esta razón, este año se están aprovechando las Asambleas Comunitarias para utilizar más, las cartillas conversatorias y hacer un mayor uso del juego de Oncocercosis.

### **Sistemas de información**

Este componente se considera como una debilidad del programa, la cual impide mostrar los éxitos que se están obteniendo en otros componentes. No se ha podido cumplir hasta el momento lo propuesto para 1998, pero se ha logrado mayor claridad sobre lo que realmente necesita el programa. Con base en los registros siguientes, los cuales se tienen almacenados en Excel desde 1990, se ha reformulado el componente para 1999.

- Censo por comunidad (número de casas con integrantes de familia).
- Algunas variables como género, edad, peso y año de tratamiento.
- Datos de renuentes, ausentes, enfermos graves, mujeres embarazadas y lactantes y migrantes.
- Existe inventario de comunidades en Foxpro con la información de la ronda de tratamiento de 1995.
- Croquis de las comunidades y listado de los jefes de familia.
- Información sobre reacciones adversas.

A pesar de que se dispone de toda esta información, el análisis de los datos es manual y sin agilidad para producir reportes. En este sentido, se presentó un proyecto al TDR el cual fue aprobado. El objetivo general es:

"evaluar las coberturas de tratamiento con Ivermectina en las 120 comunidades del Ecuador entre 1990 y 1998, correlacionando estas coberturas con la prevalencia encontrada en los grupos centinela y conocer el promedio de tratados por ronda de distribución".

### **Sesión de preguntas y discusión**

GZea: Felicita a JCVieira porque lleva solo dos meses en la coordinación y realizó esta presentación. ¿Por qué en el Plan de 1999, se contempla tratamiento semestral solo para 31 de las 43 comunidades hiperendémicas?

JCVieira: Hasta ahora labores de distribución de Ivermectina se realizan con ayuda de Christoffel-Blindenmission (CBM) y el estado está involucrado desde los últimos años. Se habían dado 2 rondas por algunos años a las comunidades,

pero en 1995 se cambió y se empezó a dar una sola dosis. A raíz de consultoría de la Dra. Anselmi se decidió que 31 comunidades recibieran 2 dosis. Los datos de otras áreas hacen pensar que con una sola dosis es suficiente.

GZea: Para 1999, se propone evaluar la comunidad de Balzar ¿Esta comunidad es centinela? ¿Hay datos basales?

JCVieira: No. Balzar es sospechosa y nunca ha sido evaluada por olvido.

G.Coelho: ¿Por qué evaluación en comunidades hipoendémicas y no hiperendémicas?

JCVieira: Porque había ausencia en morbilidad en las dos comunidades. Prevalencia era cero (0) y por eso se eligieron. No hiper porque aún hay transmisión en esas áreas. Lo que está haciendo Ecuador es iniciar el proceso de certificación de eliminación basados en los datos de ausencia de mf, nódulos y hay mayor seguridad.

J.Ricardez: ¿Cuál es el historial epidemiológico de estas dos comunidades?

JCVieira: Estas dos fueron clasificadas como hipo. Luego, en 1997 se demostró disminución de morbilidad.

ALMorales: ¿Son comunidades centinelas?

JCVieira: Estas comunidades no son centinelas. Hay 21 comunidades hiperendémicas (11 en el Río Santiago y 10 en el Río Cayapas). No puedo responder porque apenas estoy recibiendo programa.

GZea: Comunidades centinela en el Río Santiago por características clínicas, topográficas (transmisión) e hiperendémicas. En 1990, existían datos basales de esas localidades. Presenta datos de Dr. Guderian: Prevalencia de 19.5 (1990) a 0 en 1997. TIP de 1.19% a 0.04%. Ese es el historial de esa área.

F.Richards: Interesante tocar los dos temas de IACO '97y 98: certificación y sostenibilidad. Por qué la distribución de Ivermectina es anual y no semestral porque TIP aumentaría si no podemos sostener tratamientos cada seis meses.

JCVieira: Se actualizó censo de las 31 comunidades basados en la primera ronda y ayudó a responder preguntas de agentes locales de salud. El trabajo de segunda ronda muestra que se aprende y se identifican errores que son reparados en la segunda ronda y así se han logrado altas

coberturas.

C.Botto: El interés es sobre comunidades hiper. ¿Cómo ha descendido la carga en estas? y ¿las más hiper, es más difícil de controlar?

JCvieira: Por supuesto que debe darse tratamiento

RSáenz: ¿Por qué si son 43 hiper se da tratamiento semestral apenas en 31?

JCvieira: Estas son las 31 del río Cayapas. Hay 12 del río Santiago que también son hiper.

RSáenz: ¿Cuántas de las 12 comunidades hiperendémicas del Santiago son centinelas?

JCvieira: 11 de las 12.

### **Recomendaciones para el programa de Ecuador**

❖ Dado que el tratamiento dos veces al año es tan sostenible como el tratamiento una vez por año, es recomendable que se de tratamiento en todas las comunidades dos veces por año.

### **4.4 Guatemala**

Los representantes del Programa de Guatemala se excusaron porque no pudieron asistir debido a la emergencia que atravesaba el país, ocasionada por el huracán Mitch. En consecuencia, el Dr. Guillermo Zea Flores expuso la información contenida en el informe anual presentado por las autoridades del programa a OEPA.

#### **Estratificación epidemiológica**

Según datos históricos, Guatemala tiene alrededor de 525 comunidades endémicas de Oncocercosis, pero no se dispone de un listado de comunidades con la estratificación epidemiológica actualizada, por departamento o municipio. Las cifras que tradicionalmente se han manejado son las siguientes:

- Hiperendémicas: 45
- Mesoendémicas: 111
- Hipoendémicas: 369

#### **Evaluaciones de impacto (EEP)**

Hay 6 comunidades (5 hiperendémicas y una mesoendémica -Los Andes-) seleccionadas como centinelas, en las cuales se hicieron EEP en 1996 y

1998. Para 1996, solo se dispone de la información entomológica. En 1998, OEPA financió 2 consultorías para realizar las evaluaciones entomológica y oftalmológica y la evaluación parasitológica fue realizada con recursos del Ministerio de Salud.

### Tratamiento en las comunidades centinela

Aunque no se dispone de información exacta y completa acerca de las rondas de tratamiento que han recibido estas comunidades, a partir de la información fragmentaria disponible, se puede concluir que el tratamiento ha sido muy irregular (ni continuo ni periódico). Los resultados obtenidos en la evaluación entomológica coinciden con esta observación.

La comunidad El Brote por ejemplo, siendo hiperendémica, recibió tratamiento solo una vez por año desde 1994 hasta 1998, con bajas coberturas en algunos años y, en 1995 no recibió tratamiento. Montecarlo y Los Andes han tenido tratamiento más regular, sin embargo, éste ha sido una vez por año, a excepción de 1993 y 1994 cuando en Los Andes se hicieron 2 rondas. La finca Los Andes tiene la característica particular de que cuenta con la presencia continua de un promotor de salud que ha colaborado permanentemente en las labores de distribución. Las restantes cuatro comunidades han recibido tratamiento solo una vez por año cada dos o cuatro años (1990, 1994, 1996 y 1998).

Nota: La información anterior sobre tratamiento fue extraída del reporte de la consultoría en entomología realizada por el Dr. Onofre Ochoa, quien a su vez los obtuvo de los archivos del programa.

### Evaluación de Impacto (EEP) a través de EEP en las comunidades centinelas de Guatemala

Comuni- dad	Poblac	Rondas De	Preva l. (%)	Oftalmolog ía		Entomología							
						Tota l	Tto con IVM	TIP		MBR		MTP	
								1998	1998	1998	1996	1998	1996
El Brote	29	4	46	1.96	7.69	2.18	0.9	5580	12164	12.4	0		
Montecarlo	157	7	25	13.03	7.98	1.76	1.22	4581	6318	8.94	19.29		
Los Andes	262	8	0	0	2.26	0.5	0	5352	6330	5.45	0		
Buena Vista	32	3	69	0	0	1.55	5.24	3336	1800	15.5 4	17.14		
Costa Rica	157	3	12	0	0	2.79	1.08	2727	4230	5.43	9.34		
Panajabal	192	5*	35	3.13	0	7.14	6.02	1071	1368	4.50	24.72		
La Estrellita		5*	37	0	0								

\* Dos de las rondas corresponden a 1990. Después se reinició el tto.en 1994.

### Evaluación Entomológica

Los resultados de esta evaluación indican que la transmisión continúa en las comunidades centinelas, con excepción de las fincas El Brote y Los

Andes, las cuales mostraron una MTP negativa y un TIP negativo para Los Andes y, disminuido para El Brote. Sin embargo, el TIP se triplicó en Buena Vista (5.24%) y se mantuvo alto en Panajabal-La Estrellita (6.02%). La MTP aumentó casi el doble en Montecarlo y Costa Rica y, se quintuplicó en Panajabal-La Estrellita.

### Evaluación Parasitológica

La única comunidad negativa fue Los Andes (única mesoendémica) que, como ya se dijo, ha recibido 8 rondas de tratamiento desde 1992. La prevalencia más alta se encontró en Buena Vista (69%) en donde también el TIP y la MTP fueron altas (5.24% y 17.14% respectivamente). El Brote también presentó prevalencia alta (46%), aunque su MTP fue cero y la TIP fue baja (0.9%).

### Evaluación Oftalmológica

Se encontró QPen Montecarlo (13.03%), Panajabal (3.13%) y El Brote (1.96%) y QE en Montecarlo (7.98%), El Brote (7.69%) y Los Andes (2.26%). No se encontró ni QP, ni QE, en Buena Vista, donde el valor del TIP fue alto (5.24%) y tampoco en Costa Rica, donde la MTP aumentó (de 5.43 a 9.34). En cambio, se encontró QE en El Brote y en Los Andes en las cuales tanto el valor del TIP como de la MTP fueron cero, o cercanos a cero.

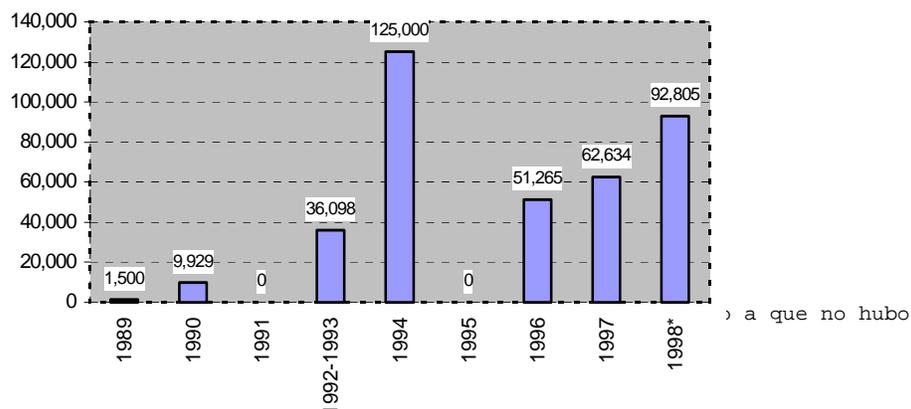
### Tratamiento con Ivermectina

Población en riesgo: **432.687**      Población programada para tratamiento: **167.499**  
 Población Tratada: **92.805**

### Historia de Tratamiento

La siguiente gráfica muestra la irregularidad que se ha presentado en la administración del tratamiento masivo con Ivermectina en Guatemala. El año en el que mejor cobertura se obtuvo fue 1994, cayendo a cero en 1995 y después de ese año, progresivamente ha ido subiendo hasta llegar, en 1998 a 92.805 personas tratadas<sup>5</sup>.

Cobertura de tratamiento con Ivermectina por año en Guatemala



<sup>5</sup> A diciembre de 1998 no hubo actividades de tratamiento.

### **Sistemas de Información**

Con fondos de OEPA, se completó la digitalización de las cartas de los Departamentos endémicos.

### **Educación para la Salud**

Con fondos de OEPA, se produjeron 1.500 ejemplares de un paquete de materiales educativos para ser usados como elemento de dotación de los técnicos del programa y de los promotores de salud de las comunidades. Este paquete comprende: 18 láminas educativas, un disco para dosificación de Ivermectina según peso, un disco para dosificación de medicamentos para reacciones adversas y un metro de plástico para dosificación de Ivermectina según talla. Un ejemplar de este paquete fue enviado a las autoridades de los programas en cada uno de los seis países endémicos con el fin de promover el intercambio de ideas acerca de este tema.

### **Sesión de preguntas y discusión**

FRichards: Muy dramática la gráfica y en los últimos 3 años se ha disminuido la distribución a la mitad de lo logrado en 94, y el nivel de transmisión de 1996 es menor al de 1998. Esto es preocupante. ¿Tiene datos de Los Andes?

GZea: Si, allí tienen un promotor de salud permanente, con muy buen desempeño el cual es pagado por los dueños de la finca y, dan tratamiento dos veces al año.

FRichards: ¿Serviría esquema de distribución utilizado en Africa?

GZea: Creo que es la única forma, que la comunidad asuma la distribución.

C.González: Tiene historia y debería dar sugerencias para mostrar su experiencia.

GZea: El promotor primero hace distribución en punto central y luego busca a los que faltan, casa a casa. Después la misma comunidad solicita su dosis. Es la única de las 7 comunidades donde hay una persona responsable de la distribución.

MSauerbrey: Decisión política es importante y si se desarticula y se cae, es difícil volver a levantar. Definitivamente debe ser la comunidad quien asuma la responsabilidad de la distribución del tratamiento.

ALMorales: Este caso es similar al de otros países porque se trata de equipos dedicados a vectores y no solo a Oncocercosis. No alcanzan a tratar a todos, sino apenas a los que se encuentran en la comunidad en el momento de su

visita. ¿No es mejor que vayan a supervisar a la red de gente que se encargue de la distribución? Esto enriquecería a la comunidad y a los técnicos de vectores. Hay que pensar en esto. Hay que construir la red y por lo tanto, debe invertirse en ella para poder conformarla.

J.Ricardez: ¿Cómo está la situación en las otras comunidades que no son centinelas? Esto tiene mucho interés para México porque compartimos la zona fronteriza con Guatemala?

GZea: No sé. El acceso es el más difícil de todos. Me imagino que la cobertura es igual de deficiente.

J.Ricardez: Por colaboración, nos queda más fácil llegar a esas zonas, a nosotros desde Chiapas, que desde ciudad de Guatemala. Debe promoverse una reunión binacional.

GZea: Debe ser a nivel local, para realizar la parte de distribución, no a nivel de ministros, porque a este nivel ya se han hecho intentos antes.

MSauerbrey: OEPA ha hecho contacto con la Oficina de Migraciones de Naciones Unidas (OIM). Los mantendremos informados.

FRichards: Bueno, no estoy de acuerdo porque no hay decisión política en Guatemala.

GZea: El marco legal de alto nivel ya está hecho y también con otras endemias.

J.Ricardez: Se ha trabajado ya en Guatemala. No es algo oficial sino local. Ya hemos desnodulizado y dado tratamiento pero no es problema de dos o tres municipios. Debemos tener una mayor integración para hacerlo más amplio en toda el área.

#### **Recomendaciones para Guatemala**

- ❖ Realizar todos los esfuerzos para determinar el número real de comunidades endémicas de Oncocercosis en el país según clasificación epidemiológica.
- ❖ Promover el establecimiento de un sistema de distribución de ivermectina basado en la comunidad que permita el tratamiento continuo y periódico.

#### **4.5 México**

Expositor: Dr. Jorge Ricardez, Dr. Alfredo Domínguez      Moderador: G.

### Estratificación Epidemiológica

Tradicionalmente México había reportado 947 comunidades endémicas de Oncocercosis (117 en Oaxaca y 830 en Chiapas). Sin embargo, a partir de una revisión realizada en 1998, determinaron que el número total de comunidades en Chiapas es de 836. Por tal razón, el número total de comunidades endémicas en el país es 953. Adicionalmente, acogiéndose a los puntos de corte para estratificación epidemiológica establecidos en la iniciativa regional, la distribución según nivel endémico es la siguiente:

- Hiperendémicas: 46
- Mesoendémicas: 230
- Hipoendémicas: 677

### Evaluaciones de impacto (EEP)

En 1995 se definieron 19 comunidades centinela: 15 en Chiapas y 4 en Oaxaca. La mayoría de los enfermos residentes en estas comunidades tienen entre 15 y 19 rondas de tratamiento con Ivermectina pues iniciaron en 1989 y en la mayoría de los años se han administrado dos rondas. El tratamiento para toda la población en riesgo se inició en 1993. Se manifiesta inquietud del programa de México por verificar qué tan representativas son las comunidades centinelas, del resto de comunidades endémicas del país. Se propone parar el biopsiado en las comunidades centinela debido a que está causando renuencia, pero hacerlo en las comunidades donde nunca se ha hecho para saber lo que está pasando allí.

### Chiapas

En 1995 se hizo una evaluación oftalmológica en las 15 comunidades centinela de Chiapas cuyos datos se presentan a continuación. No se ha realizado ninguna evaluación entomológica hasta el momento, por lo cual no hay información disponible sobre este componente. Se dispone de información parasitológica de algunas de las comunidades y en algunos casos los datos son anuales porque se han realizado biopsias cada año.

Como se observa en el cuadro siguiente, la evaluación oftalmológica mostró la presencia de QP en algunas comunidades sin biopsia positiva como Las Marías, Libertad, Las Malvinas, Llano Grande, etc.).

Nombre de la Comunidad	1995				1996	1997	1998
	QP	MC	QE	Prev.	Prev.	Prev.	Prev.
Atlagracia	7.7	0.6	3.8	N/D	0.0	N/D	0.0
Las Marías	8.5	0	4.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Solo Dios	3.2	0.8	5.6	0.5	0.0	0.0	0.0
Libertad el Pajal	6.4	0	5.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Sta. Rita las Flores	<b>20.7</b>	0.9	<b>9.6</b>	1.4	10.7	3.2	2.2
Unión los Olivos	<b>15.0</b>	0	3.2	4.3	7.7	0.0	1.9
Nueva Costa Rica	9.8	3.2	6.1	<b>18.1</b>	9.2	<b>8.9</b>	3.6
Estrella Roja	<b>24.0</b>	0	<b>11.0</b>	N/D	17.9	4.8	<b>10.0</b>
José Ma. Morelos	<b>17.3</b>	1.3	<b>8.0</b>	<b>20.2</b>	<b>39.2</b>	N/D	N/D

Nva. Reforma Agraria	10.4	0.7	<b>9.7</b>	<b>17.6</b>	17.0	<b>10.7</b>	0.0
Las Malvinas	<b>14.2</b>	0	5.9	0.0	1.9	2.9	1.4
1° de Mayo	<b>16.2</b>	0	<b>10.0</b>	N/D	2.2	0.0	N/D
Llano Grande	10.4	0	5.5	0.0	0.0	0.0	N/D
Matasanos	0.5	0	3.8	0.0	0.6	0.0	N/D
Plan de Ayala	10.4	0	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0

## Oaxaca

En Oaxaca solo hay una comunidad hiperendémica la cual no fue definida como centinela debido a las dificultades de acceso. En las cuatro comunidades centinela de Oaxaca, no se han realizado evaluaciones oftalmológicas ni entomológicas. Solo se dispone de información sobre prevalencia por biopsia de piel.

Nombre de la Comunidad	1994	1995	1996	1997	1998
Sta. María Lachichina	5.03	1.57	0.31	0.34	0.0
Santiago Lalopa	3.84	N/D	1.67	0.0	0.0
Esperanza Comaltepec	N/E	0.0	0.0	0.0	0.0
Santiago Teotlaxco	1.06	0.28	0.0	0.0	0.0

## Tratamiento con Ivermectina

En México se inició el tratamiento con Ivermectina para los enfermos de Oncocercosis en 1989 y el tratamiento masivo en 1993, de tal manera que los enfermos han recibido aproximadamente 18 rondas de tratamiento y la población en riesgo de 14 a 15 rondas.

## Objetivo Anual de Tratamiento

Población elegible para tratamiento: **151, 453**

Objetivo de Tratamiento para 1998: **151, 453** Población tratada (en 1998): **140.446 (92.7%)**<sup>6</sup>

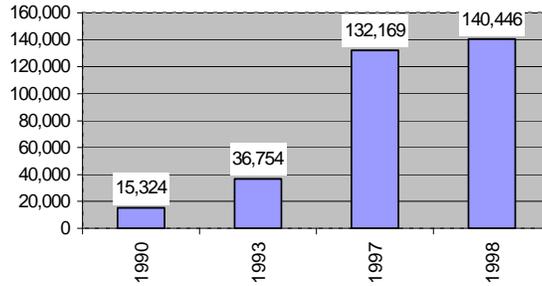
Todas las 947 localidades son visitadas cada 3 meses por lo cual desde el primer trimestre se alcanza el 100% para las localidades de alto riesgo (97). Para el caso de las otras comunidades, se han tratado 925 y únicamente faltarían 22 por visitar para completar el 100% programado<sup>7</sup>.

## Historia de Tratamiento

En la siguiente gráfica se observa cómo el programa de México en 1990 administró Ivermectina a 15.324 enfermos de Oncocercosis y este número ha ido aumentando cada año hasta llegar a 140.446 en noviembre de 1998.

<sup>6</sup> A diciembre de 1998, el número de personas tratadas se incrementó a 145.811.

<sup>7</sup> Al terminar 1998, todas las comunidades habían sido tratadas.



### Proceso de certificación de Eliminación

En un intento por aplicar los indicadores que se han propuesto para certificación de eliminación, se hizo una revisión minuciosa de la información del programa.

### Biopsias

Entre todas las biopsias que se practicaron en 1998 se encontraron 48 positivas (0.5%), de las cuales 28 son casos nuevos. En los años anteriores los hallazgos habían sido los siguientes:

Año	No. biopsias (+)	% positividad
1994	537	1.8%
1995	314	0.9%
1996	369	1.1%
1997	95	0.4%
1998	48	0.5%

### Nódulos en menores de cinco años

Al analizar la incidencia por grupos de edad se observa que el 66% corresponde a menores de 15 años y se concentran en las comunidades hiperendémicas. En 3 jurisdicciones de Chiapas se registraron casos nuevos en menores de 5 años, diagnosticados por la presencia de nódulos por lo cual se considera necesario profundizar en el análisis de esta situación.

### Sesión de preguntas y discusión

F.Richards: Preocupan los datos de los niños en comunidades centinela para transmisión. ¿No hubo incidencia de nódulos en Oaxaca?

J.Ricardez: No.

F.Richards: El problema es Chiapas. ¿Son 18 rondas a toda la población en riesgo?

JRicardez: 14 a 15.

ALMorales: Sorprende que no haya datos entomológicos. No tiene sentido hacer tantas biopsias.

JRicardez: Hacer EEP en localidades no centinela para observar si son representativas de comunidades centinela.

MSauerbrey: Reconsiderar biopsiado porque es inconveniente para sostenibilidad. Dudas sobre claridad de definición de comunidades centinela.

JRicardez: Planteamos parar el biopsiado pero en localidades que nunca han tenido biopsias vamos a verificar su comportamiento respecto de las centinela.

C.Gonzales: Serodiagnos como alternativa.

JRicardez: Criterios de centinela: accesibilidad todo el año, servicios todo el año, poblaciones entre 300 y 500.

### **Recomendaciones para el programa de México**

- ❖ Cambiar la frecuencia de biopsias en comunidades centinela a cada 2-3 años, con enfoque en niños (incidencia).
- ❖ Estudiar tasas de QP para determinar su especificidad para lesiones por Oncocercosis.
- ❖ Para aumentar la cobertura de la segunda ronda, desarrollar un sistema de colaboradores en las comunidades quienes provean tratamientos a los que no están cuando vienen las brigadas. Pensar en un ejercicio piloto.
- ❖ Revisar los aspectos a tomar en cuenta a la hora de determinar las comunidades centinela.
- ❖ Establecer las evaluaciones entomológicas para la dinámica de transmisión de la enfermedad en las comunidades hipo y mesoendémicas.
- ❖ Hacer un diagnóstico de situación en las comunidades de Chiapas en donde se ha identificado la presencia de nódulos en niños.
- ❖ Promover la realización de una reunión de coordinacional México-Guatemala.

## 4.6 Venezuela

Expositores: Dr. Harland Schuler, Dr. Carlos Botto, Ing. Antonio Salgado  
Moderador: Dr. Augusto Corredor; Relator: Dr. Santiago Nicholls

### **Estratificación epidemiológica**

Históricamente, en Venezuela se han considerado 3 focos de Oncocercosis: El foco Norcentral, el foco Nororiental y el foco Sur. Los dos primeros fueron detectados en la década de 1950 y el foco Sur fué descubierto en 1974. En total, en los tres focos se identifican 3.456 comunidades que según el registro histórico del programa, eran endémicas o habían presentado casos en el pasado (entre 1958 y 1986). De ellas, 3.339 están en los focos del norte (61% en el foco nororiental y el 39% en el foco norcentral).

Entre 1994 y 1997 se habían evaluado y estratificado epidemiológicamente 372 comunidades (336 en el norte y 36 en el sur). Tal como se concluyó en IACO'97, la prioridad durante 1998 ha sido la estratificación epidemiológica de las comunidades sospechosas por lo cual se ha avanzado significativamente en este aspecto. Inicialmente se planeó para el año 1998, la realización de 250 evaluaciones epidemiológicas rápidas (EER) pero entre los meses de abril a junio esta meta se aumentó a 964, de las cuales hasta octubre de 1998 se realizaron 627. En resumen, en el periodo comprendido entre 1994 y octubre de 1998 se han evaluado 999 comunidades sospechosas las cuales han clasificadas de la siguiente manera:

- ✓ No endémicas : 479 (49.2%)
- ✓ Endémicas : 495 (50.8%)
  - Hiperendémicas: 50 (10%)
  - Mesoendémicas: 208 (42%)
  - Hipoendémicas: 237 (48%)

De las 50 hiperendémicas, 30 están en el foco Nororiental, 19 en el foco Sur y 1 en el foco Norcentral.

El costo promedio de cada EER es de US\$109 y el costo promedio para cada ronda de tratamiento es de US\$196.

Además, se determinó que 862 comunidades habían desaparecido o se habían fusionado con otras quedando de esta manera, 1.595 comunidades por evaluar. De ellas se estima que más o menos un 20% están urbanizadas y por lo tanto, no presentan riesgo alguno de transmisión. Se espera que en 1999 se evalúen 900 comunidades y se distribuya tratamiento a 300 comunidades en las cuales habitan aproximadamente 30.000 personas.

### **Foco Sur**

En el foco Sur se había programado realizar 18 EER en 1998 y fueron realizadas 37 debido a que pudieron entrar durante una epidemia de fiebre

amarilla que afectó a las comunidades Yanomami.

### **Evaluaciones de impacto (EEP)**

En el foco Norte no se han definido las comunidades centinela, sin embargo, se realizó una Evaluación Entomológica en la comunidad de Santa Rosa del Sur del Estado Carabobo y actualmente se está procesando la información. En el mes de marzo de 1998, se inició el proyecto de investigación entomológica de las comunidades centinela de los focos del norte, en el cual se incluye la validación del PCR en vectores de Venezuela. En el foco Sur se tienen definidas 7 comunidades centinela (3 hiperendémicas, 2 mesoendémicas y 2 hipoendémicas) en las cuales se han realizado dos EEP: una en 1996 y otra en 1998.

### **Tratamiento con Ivermectina**

La población estimada de las 495 comunidades clasificadas como endémicas es de **95.200** personas.

<b>Según nivel endémico</b>		<b>Según foco</b>	
• <b>8.100</b>	en las hiperendémicas	• Nororiental :	<b>84.200</b>
• <b>40.900</b>	en las mesoendémicas	• Norcentral :	<b>7.200</b>
• <b>46.200</b>	en las hipoendémicas	• Sur:	<b>3.800</b>

### **Objetivo Anual de Tratamiento**

Población programada para tratamiento en 1998: **20.000** Población tratada: **7.383<sup>8</sup>**

De estas 7.383 personas tratadas, 1577 corresponden al foco Sur.

### **Comunidades de Alto Riesgo**

De las 50 comunidades clasificadas como hiperendémicas, se habían programado 31 para tratamiento en 1998 y hasta septiembre se habían tratado 11<sup>9</sup>.

### **Comunidades de todos los Riesgos**

De las 495 comunidades clasificadas como endémicas en Venezuela, de enero a septiembre de 1998 se había distribuido Ivermectina en 104 comunidades<sup>10</sup>. En estas 104 comunidades la población elegible era de 10.475 y se trataron 7.383 obteniendo una cobertura de 70.5%.

<sup>8</sup> Al finalizar 1998, el número de personas tratadas ascendió a 12.234.

<sup>9</sup> Al finalizar 1998, se habían tratado 45 comunidades hiperendémicas.

<sup>10</sup> Al finalizar 1998, 190 comunidades de todos los riesgos

### **Educación en Salud**

Se realizó una consultoría en Antropología (Dr. Jacques Lizot) cuyo propósito era asesorar al equipo de salud responsable del programa de oncocercosis en el foco sur de Venezuela, en aspectos conceptuales y metodológicos para el diseño y ejecución de intervenciones en las comunidades Yanomami.

En el Estado Anzoátegui, en 1998, con el apoyo de OEPA, se capacitó al personal del Servicio de Dermatología Sanitaria y se promovió su integración con promoción social de Malariología y con los equipos de salud de los ambulatorios rurales. Después se realizaron talleres de capacitación en ambulatorios rurales clave de las áreas endémicas del Estado, en los cuales participaron personas de los servicios de salud y grupos de la comunidad. Como consecuencia de estas actividades, mejoró el conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento y se logró una activa participación del personal de medicina simplificada y de la comunidad en la realización de las EER. De esta manera, fue posible evaluar la totalidad de las comunidades e iniciar el tratamiento masivo con el apoyo de voluntarios de las comunidades.

### **Sistemas de Información**

Durante 1998 se continuó el desarrollo del sistema de información geográfica para Oncocercosis con digitalización de mapas y georreferenciación de comunidades, y el desarrollo del sistema de Inventario de Comunidades Oncocercósicas (SICO). En este sistema se registra la información tanto a nivel de comunidad como a nivel individual. Con este sistema se maneja información que incluye el registro individual de ficha clínica, el registro de Evaluación Epidemiológica rápida (EER), el registro de inventario de comunidades, el de Evaluación Oftalmológica, la ficha de tratamiento y reacciones adversas. Este sistema se encuentra integrado.

El sistema incluye el registro de parroquias con diagnóstico de casos, el MERO para el foco nororiental y la clasificación de municipios según su nivel de endemidad.

Para el futuro próximo se espera que el sistema de información geográfica permita la generación de mapas temáticos y listados, continuar con el proceso de georreferenciación de comunidades y realizar entrenamientos a personas que se encarguen del manejo de los sistemas de información.

### **Sesión de preguntas y discusión**

FRichards: ¿Cuántas hiperendémicas para hacer ese ejercicio de GIS?
---

A.Salgado: Ensayo mostró 20 comunidades. Pero el dato existe y hay algunos problemas de hipsometría. Se espera que a febrero esté listo.

F.Richards: Población a riesgo?

A.Salgado: Proyecciones son 200 personas por comunidad en foco norte y 100 en el sur.

M. Alleman preguntó sobre el estimado de tratamiento para 1999.

H.Schuler: Se estima tratar a aproximadamente 30.000 personas, dando prioridad a las zonas hiperendémicas y mesoendémicas altas, en donde se hará tratamiento con frecuencia semestral. En las hipoendémicas se dará tratamiento una vez al año.

G.Coelho: ¿Cómo pretende garantizar sostenibilidad en las áreas hiperendémicas en el sur?

C.Botto: Vinculación a proyecto de salud Yanomami-Yekuana para unir esfuerzos de atención.

J.Ricardez: Se observa alta morbilidad ocular pero no hay ciegos ¿es debido a que la expectativa de vida es muy corta? ¿Se mueren antes? ¿O es que se trata de una cepa del parásito que no afecta la retina?

C.Botto: Es muy difícil dar una respuesta precisa. Hay comunidades donde hay pérdida de la visión total porque ha aumentado la expectativa de vida, especialmente cerca de las misiones.

### **Recomendaciones para el programa de Venezuela**

- ❖ Terminar con las evaluaciones epidemiológicas rápidas del registro histórico en los focos del norte.
- ❖ Implementar programas de tratamiento con cobertura completa en todas las comunidades en zonas de endemidad / transmisión.
- ❖ Promover la realización de una reunión binacional entre Brasil y el foco Sur de Venezuela para determinar intervenciones conjuntas con la población Yanomami.

## **5 Aumenta el número de personas tratadas**

Con base en la información expuesta por los representantes de los países en la Conferencia, se observó que, hasta septiembre de 1998 hubo un aumento del 7% en el número de personas tratadas en los seis

países (230.078)<sup>11</sup>, con relación a las tratadas durante todo el año 1997 (215.966). Vale la pena resaltar que en 1992, antes del inicio de OEPA, se trataron un total de 17.180 personas en todo el continente y un año después, cuando comenzó la iniciativa regional, esta cifra se había elevado a 66.711 personas.

## **6 Reunión de coordinadores de programas nacionales con el PCC**

Con el fin de propiciar un mayor acercamiento e integración entre los coordinadores de los programas nacionales y los miembros del Comité Coordinador del Programa (PCC) se realizó, por primera vez en un IACO, una reunión cerrada entre ellos, con la presencia del equipo técnico de OEPA.

### **Propuesta de resolución para la OPS**

Uno de los temas de la reunión fue la propuesta de "Resolución sobre la Eliminación de la Oncocercosis como Problema de Salud Pública en América para el año 2007" que había surgido como una de las conclusiones de IACO'97. Este tema sería propuesto al director general de la OPS solicitando que fuera incluido en la agenda del Consejo de Ministros de Salud de las Américas de 1999. En esta reunión se revisó en qué iba el proceso y se decidió que cada uno de los coordinadores nacionales gestionaría ante su respectivo Ministro de Salud, el envío de una carta al director general de la OPS, formulando esta solicitud.

### **Inconsistencias en la información**

Adicionalmente, el Ing. Roberto Sáenz (LTC de OEPA) abordó el tema de las inconsistencias en la información sobre tratamientos que reportan los países, las cuales se ven reflejadas en la tabla de ATO. Se acordó que OEPA haría los cambios necesarios en el formato de reporte y lo enviaría a los países para que supieran como se debería informar en 1999.

### **Cambios en la unidad epidemiológica de análisis en Brasil**

Hasta ahora se había tomado como unidad básica para el cálculo de cobertura **la maloca** (como equivalente a comunidad o localidad). Durante esta reunión, conjuntamente con el director del programa en Brasil se decidió cambiar la unidad básica para el análisis epidemiológico y para el cálculo de cobertura, **de maloca a Polo Base**, debido a que las malocas son comunidades migrantes (no establecidas) muy pequeñas y muy numerosas en una misma zona geográfica, de tal manera que se aumentaba artificialmente el número de comunidades endémicas en América a expensas de una población relativamente pequeña y móvil. Varias malocas conforman un Polo Base. Por lo tanto, en adelante la información se manejará de forma agregada por Polos Base:

---

<sup>11</sup> Para diciembre de 1998, el número total de tratados llegó a 270.622 lo cual significa un incremento del 25% con relación al número de personas tratadas en 1997.

**19 Polo Base de los cuales 5 son hiperendémicos, 7 mesoendémicos y 7 hipoendémicos.**

#### **Utilización de PCR**

Acerca de las posibilidades de utilización de PCR como herramienta para certificación de eliminación, en el marco de la iniciativa regional, se informó que en 1999 se llevará a cabo un taller para estandarización de la técnica, en el cual participarán representantes de cada uno de los países. El Dr. Ed Cupp tomó la coordinación de esta actividad.

## **7 Mectizan®: Procedimiento para obtención, envío y registro de aduana**

Dra. Mary Alleman-Programa de Donación de Mectizan® (MDP)

Con base en las dificultades que se han presentado en algunos países para el proceso de importación del Mectizán, esta presentación tuvo como objetivo aclarar los procedimientos que se deben seguir paso por paso, de tal manera que en el futuro se puedan realizar con menos contratiempos. La presentación cotempló los siguientes puntos:

- └ Proceso para la obtención del Mectizan®
- └ Pago de costos de transporte y aduana
- └ Dificultades para el envío del Mectizan (México y Brasil en 1998)
- └ ¿Cómo pueden los programas trabajar con el MDP para evitar las dificultades del envío?

En el anexo 2 aparece la información presentada por la Dra. Alleman para cada uno de estos puntos.

## **8 Experiencias con la utilización de Mectizan® de 3 mg**

Debido al cambio en la presentación del Mectizan® de 6mg a 3 mg, en IACO'98 se dedicó un espacio para conocer la experiencia de algunos programas con la nueva presentación. En América, hasta ahora el único país que ha utilizado las pastillas de 3 mg es Ecuador. Adicionalmente, se presentó la experiencia registrada en Malí y Malawi.

### **8.1 Ecuador**

Lic. Raquel Lovato, coordinadora de campo, Programa de Oncocercosis, Ecuador

Desde 1990, Ecuador realiza la distribución masiva de Ivermectina en 120 comunidades afectadas de Oncocercosis, con una participación de base comunitaria. La presentación de la Ivermectina hasta 1997 fue de 6 mg por tableta con una envoltura de aluminio y en cajas de 100 tabletas. En 1998 Ecuador empezó a utilizar las tabletas de 3 mg que vienen en un frasco de 500 tabletas. La experiencia con esta presentación ha demostrado ser favorable para las labores de distribución, debido a que, por un lado, su envase plástico y su tapa hermética hacen más seguro el transporte por vía fluvial y, por otro lado, por su tamaño ocupa menos espacio en el traslado. Además, los agentes locales de salud que distribuyen la Ivermectina, no manipulan la tableta y la gente recibe la medicación exacta de acuerdo con su peso. Para los niños ha sido de gran importancia el hecho de tomar 1 tableta entera y ya no la mitad. Debido a que la gente estaba acostumbrada a tomar la tableta de 6 mg, hubo necesidad de hablar y explicar el cambio de presentación, obteniendo una respuesta positiva por parte de la población.

## 8.2 Malí y Malawi

Dra Mary Alleman, Programa de Donación de Mectizan.

En estos dos países se llevó a cabo una investigación operacional utilizando métodos cualitativos como entrevistas en profundidad y grupos focales con el fin de determinar problemas claves en la distribución de Mectizan. Las conclusiones y recomendaciones más importantes de este estudio fueron:

- ┌ Antes de iniciar la utilización de la nueva presentación de 3mg
  - ◆ Se deben retirar del país los remanentes de pastillas de 6 mg.
  - ◆ Se debería realizar entrenamiento del personal e información a la comunidad sobre la nueva presentación.
  
- ┌ El número de tableta por frasco debería ser menor que 500 debido a que se ha observado que en ocasiones, no se pueden consumir dentro de las siguientes 8 semanas lo cual origina desperdicio.
  
- ┌ La nueva presentación ha sido introducida a los programas sin mayores dificultades, sin embargo se demostró la necesidad de un entrenamiento adicional para el personal que hace la distribución y de actividades educativas con las poblaciones objetivo de tratamiento.
  
- ┌ Un resumen acerca de las ventajas y desventajas que se encontraron en Malí con la utilización de la nueva presentación

de 3mg se encuentra anexo 3.

## 9 Conclusiones y recomendaciones

✓ Debido a que el grupo estuvo de acuerdo en que el compromiso político de los países es fundamental para el desarrollo del programa regional, se decidió que cada uno de los coordinadores nacionales gestionaría ante su respectivo Ministro de Salud, el envío de una carta al director general de la OPS, solicitando la inclusión de la propuesta de resolución en la agenda del Consejo de Ministros de 1999.

✓ Se hace un reconocimiento al programa de Venezuela por el avance registrado en el proceso de estratificación epidemiológica de las comunidades sospechosas y se recomienda continuar con el esfuerzo para terminar en 1999.

✓ Se define una propuesta de indicadores para monitorear sostenibilidad en las áreas claves para el desarrollo del programa y se recomienda continuar el trabajo de afinar de los mismos para que comiencen a ser utilizados por los programas nacionales.

✓ Se identifica Guatemala como el programa que afronta mayores dificultades programáticas y operativas y por consiguiente, se recomienda promover su fortalecimiento.

✓ Se hace notar que hasta septiembre de 1998 hubo un aumento del 7% en el número de personas tratadas (230.078) en los seis países, con relación a las tratadas durante todo el año 1997 (215.966)<sup>12</sup>.

## 10 Anexos

Anexo 1 Agenda

Anexo 2 Lista de asistencia

Anexo 3 Mectizan®: Procedimiento para obtención, envío y registro de aduana

Anexo 4 Ventajas y desventajas de la nueva presentación de Mectizan

---

<sup>12</sup> Para diciembre de 1998, el número total de tratados llegó a 270.522 lo cual significa un incremento del 25% con relación al número de personas tratadas en 1997.