

Tabla de contenido

En este modelo la función del personal técnico está orientada

- 1 Resumen ejecutivo
- 2 Epidemiología

El resultado de su aplicación fue que todas las presentaciones tuvieron el mismo formato y por consiguiente,

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

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

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

hasta noviembre se habían tratado 1.124 personas (51.6%)².

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

² A diciembre de 1998, el número de personas tratadas llegó a 1573.

|produciendo materiales educativos actualmente, pero|

Naicioná	S. exiguum	2.7%	-	-	33%		0%	40%
----------	---------------	------	---	---	-----	--	----	-----

Segunda EEP, 1998

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?

GZea: 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

Recomendaciones para el programa de Colombia

TMBuscar 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

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

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 deter

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

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

TM 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

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.

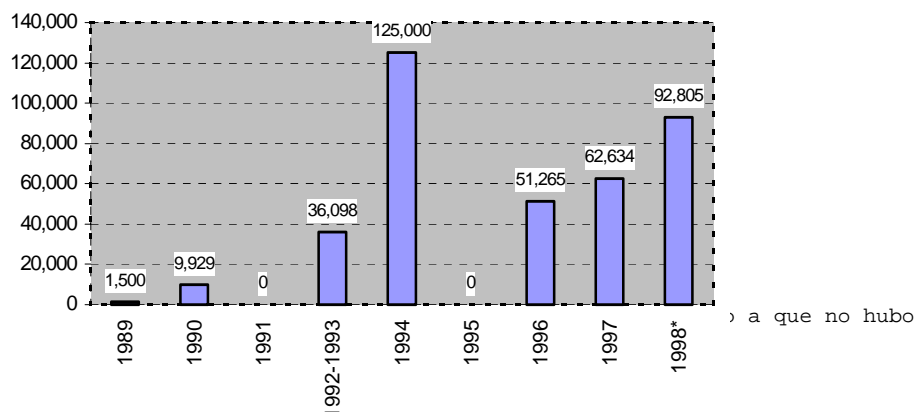
Tratamiento con Ivermectina

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 tratadas⁵.

Cobertura de tratamiento con Ivermectina por año en Guatemala



⁵ 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

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

TM Realizar todos los esfuerzos para determinar el número real de comunidades endémicas de Oncocercosis en el país según clasificación epidemiológica.

TM 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	20.7	0.9	9.6	1.4	10.7	3.2	2.2
Unión los Olivos	15.0	0	3.2	4.3	7.7	0.0	1.9
Nueva Costa Rica	9.8	3.2	6.1	18.1	9.2	8.9	3.6
Estrella Roja	24.0	0	11.0	N/D	17.9	4.8	10.0
José Ma. Morelos	17.3	1.3	8.0	20.2	39.2	N/D	N/D

Nva. Reforma Agraria	10.4	0.7	9.7	17.6	17.0	10.7	0.0
----------------------	------	-----	------------	-------------	------	-------------	-----

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: Serodiagnosis como alternativa.

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

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

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

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

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

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 (MéxTces68 0mD0010.98 7mizán, ep

de 3mg se encuentra anexo 3.

9 Conclusiones y recomendaciones

9