

situación en Burundi, Rwanda, la República Unida de Tanzania y Zambia. El cólera reapareció en la Costa de Marfil, que estaba libre de la enfermedad desde 1971, y Mozambique (no afectado desde 1977) tuvo un brote importante en 1979. Por otra parte, cuatro países (Alto Volta, Benin, Malawi y Togo) que habían notificado casos en 1978 no notificaron ninguno en 1979.

Las Américas permanecieron libres de cólera en 1979, con la excepción de un caso importado en los Estados Unidos de América.

En Asia, el número total de casos descendió de 50,765 en 1978 a 34,842 en 1979. En conjunto, 20 países y zonas notificaron la presencia de cólera, igual que en 1978. De los que habían notificado cólera en 1978, tres (Iraq, Macao y Maldivas) estuvieron exentos en 1979. Jordania, la República Árabe Siria y Viet Nam, que no habían notificado casos en 1978, volvieron a sufrir la infección

en 1979. Si bien la mayoría de los países, en particular la India, experimentaron una disminución notable del número de casos, se registraron aumentos considerables en Filipinas, Indonesia, el Irán y el Yemen Democrático.

En Europa se notificaron 289 casos en 1979. La enfermedad reapareció en Europa meridional, con ocho casos en Italia (Cagliari) y 267 en España. Otros tres países europeos notificaron casos importados.

En Oceanía, la pequeña introducción registrada a fines de 1978 en Nauru, quedó dominada a comienzos de 1979, y una vigilancia minuciosa no ha detectado nuevos casos.

(WHO Weekly Epidemiological Record  
55(18): 129-130, 1980.)

## Resistencia primaria a drogas antituberculosas en Chile, 1978

El Departamento de Tuberculosis del Instituto Bacteriológico de Chile, en su calidad de Laboratorio de Referencia Nacional en la especialidad, contribuye a la vigilancia epidemiológica y determina periódicamente la resistencia primaria del *Mycobacterium tuberculosis* a las drogas antibacterianas de primera línea.

En 1978 se efectuaron 1,694 estudios de sensibilidad en enfermos de tuberculosis recién diagnosticada que no habían recibido tratamiento; 810 casos fueron diagnosticados en la zona metropolitana y 884 en diversas regiones de salud del país.

Las cifras de sensibilidad y resistencia a las drogas

**Cuadro 1. Resistencia primaria en 1,694 cepas de *M. tuberculosis*, Chile, 1978.**

Resultado de prueba de sensibilidad	Zona metropolitana		Regiones de salud		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sensibles	731	90.3	800	90.5	1,531	90.4
R EM	27	3.3	38	4.3	65	3.8
R INH	23	2.8	22	2.5	45	2.7
R EM+INH	29	3.6	21	2.4	50	2.95
R EM+PAS	—	—	1	0.1	1	0.05
R EM+INH+Tb <sub>1</sub>	—	—	2	0.2	2	0.10
No. de cepas estudiadas	810	100.0	884	100.0	1,694	100.0
Total de cepas resistentes	79	9.7	84	9.5	163	9.6

R = Resistente  
EM = Estreptomina  
INH = Isoniacida  
PAS = Acido paraaminosalicilico  
Tb<sub>1</sub> = Tiacetazona

**Cuadro 2. Evolución de la resistencia primaria en Chile.**  
(En porcentajes)

	1963-1964	1965-1966	1967-1968	1969	1970	1971	1975	1976	1978
Sensibles	80.1	85.1	86.4	88.6	87.2	88.6	89.9	88.3	90.4
Total de resistentes	19.9	14.9	13.6	13.4	12.8	11.4	10.1	11.7	9.6
No. de cepas estudiadas	176	403	358	356	451	1,352	1,206	925	1,694

estándar de primera línea (estreptomocina-isoniacida-ácido paraaminosalicílico y tiacetazona) se observan en el cuadro 1.

De los resultados consignados, cabe señalar que no se encontraron cepas resistentes solo a PAS o Tb<sub>1</sub>; tampoco se detectó resistencia a otras combinaciones de drogas, aparte de las registradas en el cuadro 1.

Dos cepas presentaron resistencia a INH+PAS+Tb<sub>1</sub>, y 4 se mostraron resistentes a las cuatro drogas (EM+INH+PAS+Tb<sub>1</sub>), pero todas correspondieron a micobacterias atípicas.

En relación a las cifras de resistencia, estas fluctuaron entre un 7.7 y un 13.8% en las diversas regiones y áreas de salud estudiadas; sin embargo, es preciso hacer notar que estas cifras extremas correspondieron en general a regiones o áreas con un número relativamente reducido de muestras analizadas. En las que el número alcanzó o sobrepasó las 100 muestras, estas exhibieron porcentajes de resistencia muy próximos al promedio nacional.

Por otra parte, se puede señalar que casi no hubo diferencia en el porcentaje total de resistencia entre la región metropolitana y las regiones de salud, en contraste con lo observado en años anteriores en que estas últimas presentaron cifras más elevadas.

Sin embargo, el análisis de las cifras de resistencia tiene solo una importancia relativa si se refiere aisladamente a un momento determinado, en este caso a 1978. Resulta de mayor valor la consideración de estas cifras a través del tiempo, como se observa en el cuadro 2.

De los datos del cuadro 2, se pueden formular las siguientes observaciones:

1. En 1978 se registró el porcentaje más bajo en la historia de la resistencia primaria en Chile.
2. La reducción de esta proporción continúa lográndose fundamentalmente con estreptomocina y la combinación EM-INH en relación con 1976.
3. La disminución experimentada en 1978 ratificaría la hipótesis planteada en el sentido de que el aumento de la cifra observada en 1976 habría correspondido a fluctuaciones normales dentro de esta evolución, recuperándose den el último año la tendencia descendente anotada desde el comienzo de la determinación de dichas cifras.

(Fuente: *Vigilancia de Enfermedades Transmisibles y Zoonosis*, Vol. VI (4), 1979. Ministerio de Salud de Chile.)

## Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud

El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) se estableció oficialmente en México en septiembre de 1975, mediante un acuerdo entre la OPS y el Gobierno de México. Es un centro técnico regional de la Organización, que depende de la División de Protección de la Salud Ambiental. Su nueva sede acaba de inaugurarse en Metepec, a unos 80 km al oeste de la capital mexicana.

ECO se creó como resultado del desarrollo reciente de los conocimientos y la tecnología y la posibilidad de co-

laboración intersectorial multidisciplinaria. La interacción del hombre con su ambiente físico y social y su repercusión en la salud constituyen el punto central de su programa técnico.

Grupos multidisciplinarios formados por el centro cooperan con los países en el desarrollo y empleo de recursos locales para realizar evaluaciones ecológicas integrales de los problemas de salud.

Además, el personal de ECO coopera con los gobiernos e instituciones docentes en la preparación y conducción