

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



72a Reunión
Washington, D.C.
Julio 1974

Tema 23 del programa

CE72/20, Rev. 2 (Esp.)
8 julio 1974
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA

INFORME SOBRE LA SITUACION DEL COLERA

1. El problema

Como es conocido, la sexta pandemia del cólera finalizó alrededor de 1923. La enfermedad se refugió luego en las riveras del Ganges y Brammaputra, donde permaneció latente como problema de carácter local por un período de cuatro decenios. Hasta finales de 1960 los reportes conocidos sobre cólera identificaban al V. cholerae clásico, como causante de la enfermedad. El biotipo El Tor, aislado en 1905 por Getschlich, era hasta entonces generalmente rechazado como agente etiológico del cólera e identificado por sus propiedades hemolíticas, no presentes en el V. cholerae clásico.

La séptima pandemia del cólera que se inició en 1961 a partir del foco endémico del cólera de las Islas Célebes, se extendió de 1961 a 1965 por Asia y por el Oriente Medio de 1965 a 1969. La presente pandemia ha sido causada por el biotipo El Tor del Vibrión cholerae, si bien en los últimos años este biotipo ha perdido progresivamente sus propiedades hemolíticas que lo distinguen del vibrión clásico. Los serotipos Inaba y Ogawa en la actual pandemia han seguido una distribución peculiar. En las áreas endémicas, como el Paquistán Oriental, sigue predominando el vibrión clásico, serotipo Inaba, que en 1968 fue el causante de un brote epidémico de gran magnitud en la actual República de Bangladesh. En general, en el Oriente la pandemia comenzó con el serotipo Ogawa, pero poco tiempo después cambió a Inaba en la República de Vietnam, Hong Kong, Camboya y Tailandia. En 1970 la pandemia actual alcanzó al Africa y penetró en el este de Europa, y ya para 1971 la enfermedad continuó propagándose por Africa, extendiéndose a España y Portugal.

En 1972 se reportaron casos importados en Australia, Nueva Zelandia, República Federal Alemana y el Reino Unido. Para 1973 se presentaron casos importados en Berlín Occidental, República Federal Alemana, Francia, Suecia y el Reino Unido. Hubo un brote de magnitud en Italia que alcanzó a 265 casos con 23 muertes. Los Estados Unidos de América reportó un caso en el Estado de Texas.

En el mismo año, 16 países del Africa notificaron la presencia del cólera, si bien es cierto que para 1971, 10 de ellos ya habían presentado casos.

En los cuadros anexos se presenta el informe de casos por países que notificaron por primera vez durante los años 1971, 1972, 1973 y 1974 hasta el mes de mayo, y el reporte total de casos en el mundo durante el período 1971-1973.

El 28 de mayo de 1974 Portugal, que había tenido un brote del cólera en septiembre de 1971, reportó 13 casos en Lisboa, 10 en Tavira y en sus vecindades, 2 en Porto y 1 en Beja para un total de 34 casos desde el inicio del año.

El 1 de abril de 1974 el Canadá reportó por primera vez un caso importado del cólera en las Américas. Se trataba de un hombre de 27 años que había

partido por vía aérea de Johannesburg el 23 de marzo a las 11:10 a.m. tocando ciudades en Luanda y Angola donde tomó café sin salir del aeropuerto. Llegó a Lisboa a la medianoche del sábado 23 de marzo y allí comió el desayuno en un hotel y el almuerzo en un restaurante vecino. Partió de Lisboa hacia Nueva York a las 2:20 p.m. hora local y llegó el 25 de marzo a su destino en Kingston, Ontario, Canadá, donde enfermó.

En Asia, durante 1973 y 1974, continuaron presentándose casos en las áreas endémicas de Bangladesh, Indonesia, India y Filipinas y hubo brotes en Burma, República de Khmer, Malasia, Singapur, Sri Lanka, Tailandia y Vietnam. La presencia de la enfermedad en los países del Asia y el Africa y su propagación a Europa han hecho pensar en el peligro de creación de nuevos focos de esta enfermedad y en la posibilidad de invasión al continente americano.

2. Colaboración de la OPS/OMS en la aplicación de las medidas de control y vigilancia del cólera en las Américas

La XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Resolución IX) y el XX Consejo Directivo de la OPS (Resolución XXIV), preocupados por la amenaza y ante la posibilidad de que el cólera pueda penetrar en el continente americano, recomendaron a los Gobiernos que intensificaran la vigilancia epidemiológica para detectar precozmente la enfermedad en caso de que aparezca en las Américas.

El programa comprende medidas a corto, mediano y largo plazo, muchas de ellas interrelacionadas con campos incluidos dentro del Plan Decenal de Salud para las Américas, tales como el incremento de la cobertura de atención médica a las personas, los programas de saneamiento del medio y el estímulo al desarrollo de servicios complementarios: laboratorio, sistemas de vigilancia epidemiológica, educación para la salud y enfermería.

Por otra parte, la OPS ha organizado cursos y seminarios específicos sobre el diagnóstico bacteriológico del cólera en Panamá, Río de Janeiro y Jamaica. A estos cursos han asistido un total de 46 profesionales bacteriólogos de varios países de América. Como efecto multiplicador, estos seminarios se han repetido posteriormente a nivel nacional en un buen porcentaje de países, algunos de ellos con la colaboración directa de la OPS y el Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos de América.

La Oficina Central de la OPS en Washington mantiene diariamente informados a los países, a través de sus Oficinas de Zona, sobre la situación semanal del cólera en el mundo. Los países reciben esta notificación oportunamente. Cuando se presentan situaciones nuevas o anormales, los países reciben los datos diariamente.

Con el fin de conocer la situación de los países en relación a su estado de alerta y a las facilidades disponibles para la detección precoz y el tratamiento de los casos y poder colaborar con ellos en caso de emergencia,

la Organización preparó una encuesta específica que distribuyó a todos los países. Los resultados de esta investigación en 16 países está resumida en los cuadros anexos y refleja la preocupación de las autoridades de salud por estimular la organización de los servicios de vigilancia epidemiológica, por mejorar el diagnóstico, adiestrar personal profesional y auxiliar y preparar planes apropiados de tratamiento y hospitalización de casos del cólera en situaciones de emergencia. Como complemento, cada vez que los países han necesitado asistencia en los aspectos de producción y obtención de suministros de vacunas, la OPS ha proporcionado su ayuda a los Gobiernos que la soliciten de acuerdo con sus posibilidades y recursos.

La reciente diseminación de la enfermedad en Africa y Europa y el reciente brote epidémico en Portugal, república que tiene un intenso tráfico aéreo y comercial con las Américas, han creado una situación de alarma y emergencia especial que indujo a la OPS a organizar un Seminario sobre Métodos de Administración de Programas de Control del Cólera. El seminario tuvo como propósito revisar la situación del cólera en el mundo y analizar el riesgo potencial de su introducción en las Américas. Se señaló en líneas generales lo que sería un plan de acción de lucha contra el cólera en las Américas bajo situaciones potencialmente distintas. El seminario elaboró un informe final y algunas recomendaciones que fueron consideradas de gran importancia práctica para la prevención del cólera en las Américas. Dentro de un espíritu de mutua comprensión y cooperación, los países participantes redactaron las recomendaciones que se incluyen en el Anexo.

PAISES QUE EN LA SEPTIMA PANDEMIA DE COLERA
 NOTIFICARON CASOS POR PRIMERA VEZ EN 1971

País	Fecha de la primera notificación	Total de casos notificados en 1971
<u>Africa</u>		
Algeria	15 agosto	109
Camerun	15 febrero	31
Chad	18 mayo	2,138
Kenia	28 febrero	293
Madagascar	18 febrero	1*
Marruecos	3 julio	56
Mauritania	15 junio	1,136
Niger	13 enero	9,255
Senegal	5 agosto	269
Uganda	2 mayo	757
<u>Asia</u>		
Hebron Dist.	21 junio	1*
Oman (Sultano)	30 marzo	9
Yemen (Rep. Dem.)	29 septiembre	58
Yemen	27 septiembre	51
<u>Europa</u>		
Alemania Occidental	octubre	1*
España	22 agosto	22
Francia	septiembre	3*
Portugal	21 septiembre	64
Reino Unido	septiembre-octubre	3*
Suecia	agosto-septiembre	3*

*Casos importados

PAISES QUE EN LA SEPTIMA PANDEMIA DE COLERA
 NOTIFICARON CASOS POR PRIMERA VEZ EN 1972

País	Fecha de la primera notificación	Total de casos notificados en 1972
<u>Africa</u>		
Alto Volta	12 agosto	1
Algeria	16 octubre	27
Angola	13 octubre	265
Chad	28 abril	5*
Fr. T. Afars/Iss	13 agosto	8
Kenya	5 diciembre	51
Mali	23 mayo	2
Mauritania	15 noviembre	148
Marruecos	31 agosto	7
Niger	25 mayo	51
Senegal	5 agosto	385
Tunisia	12 septiembre	4
<u>Asia</u>		
Arabia Saudita	10 septiembre	301
Bahrain	12 diciembre	69
Burma	9 diciembre	59
Israel	31 octubre	7
Jerusalem D.	31 octubre	13
Malasia:		
Malasia Occ.	11 abril	509
Sabah	16 noviembre	68
Sarawak	30 octubre	117
Rep. Arab. Siria	26 noviembre	505
Singapur	19 octubre	114
Vietnam	9 diciembre	184
<u>Oceanía</u>		
Australia		40*
Nueva Zelandia		3*
<u>Europa</u>		
Reino Unido		2*
Rep. Federal Alemana		2*

*Casos importados

PAISES QUE EN LA SEPTIMA PANDEMIA DE COLERA
 NOTIFICARON CASOS POR PRIMERA VEZ EN 1973

País	Fecha de la primera notificación	Total de casos notificados en 1973
<u>Africa</u>		
Africa del Sur		1*
Algeria	17 noviembre	39
Malawi	19 octubre	300
Mali	2 noviembre	182
Mauritania	22 agosto	150
Mozambique	22 septiembre	651
Niger	9 noviembre	168
Rhodesia del Sur	1 noviembre	78
Tunisia	24 julio	60
<u>Asia</u>		
Bahrain	5 diciembre	29
Malasia:		
Malasia Occ.	7 junio	3
Sarawak	16 octubre	28
Singapur	23 febrero	1
Sri Lanka	19 octubre	168
Tailandia	19 abril	839
Vietnam	14 abril	1,342
Yemen	17 octubre	215
<u>Europa</u>		
Berlín Occidental		1*
Francia		4*
Italia	26 octubre	265
Reino Unido		6*
Rep. Federal Alemana		4*
Suecia		10*
<u>América</u>		
Estados Unidos	7 septiembre	1*

*Casos importados

PAISES QUE EN LA SEPTIMA PANDEMIA DE COLERA
 NOTIFICARON CASOS POR PRIMERA VEZ EN 1974

País	Fecha de la primera notificación	Total de casos notificados en 1974
<u>Africa</u>		
Chad	5 abril	72
Niger	21 enero	278
Togo	13 enero	53
<u>Asia</u>		
Malasia:		
Malasia Occ.	25 abril	40
Sarawak	22 febrero	6
Singapur	24 abril	2
<u>América</u>		
Canadá		1*
<u>Europa</u>		
Portugal	11 mayo	34

*Casos importados

CURSOS DE COLERA AUSPICIADOS POR
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso Jamaica

Participantes 12

Colaboración prestada:

-Consultores a corto plazo 5

-Suministros y equipo para el
diagnóstico de la enfermedad

Curso Panamá

Participantes 18

Colaboración prestada:

-Consultores a corto plazo 5

-Suministros y equipo para el
diagnóstico de la enfermedad

Curso Brasil

Participantes 16

Colaboración prestada:

-Consultores a corto plazo 3

-Suministros y equipo para el
diagnóstico de la enfermedad

CASOS DE COLERA REPORTADOS EN EL MUNDO
DURANTE EL PERIODO 1971-1973

<u>Continente</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>
Africa	69,391	6,981	8,277
América	-	-	1
Asia	101,142	74,228	67,476
Europa	120	4	290
Oceanía	-	43	-
Total	170,653	81,166	76,044

Antecedentes Epidemiológicos del
Cólera en América:

SITUACION ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL COLERA
EN 16 PAISES DE AMERICA*

México: 1833, 1849, 1853
Centro América: 1837, 1849, 1856, 1866, 1868
Islas del Caribe: 1865-1870
Sur América: 1850-1895

País	Fecha de Inform.	Unidad responsable de las actividades de coordinación	Reforzamiento de las medidas de vigilancia epidemiol.	Reforzamiento de las medidas de diagnóstico	Planes de tratamiento y hospitalización	Entrenamiento de Personal	Producción de Vacunas	Otras medidas de educación e información al público
Antigua	Marzo 19, 1974	Ministerio de Salud	Se han realizado estudios bacteriológicos de las aguas servidas	Se han tomado muestras de heces de pacientes con diarrea severa, a los manipuladores de alimentos y inmigrantes con historia de diarrea reciente.	Existe suficiente existencia de drogas y electrolitos.	Sin información disponible	No se dispone de vacunas para casos de brotes pero será obtenida en Barbados rápidamente en caso necesario.	Sin información disponible.
Argentina	Mayo 29, 1974	Ministerio de Salud Pública	Sin información disponible.	Se designó el Instituto Nacional de Microbiología como centro de referencia nacional del cólera	El Hospital Muñiz (B.Aires) fue designado como lugar de hosp. de casos sospechosos.	Sin información disponible.	Se acordó el incremento de la producción de vacunas anticoléricas.	Sin información disponible.
Bahamas	Mayo 1, 1974	Sin información disponible.	Sin información disponible.	Sin información disponible	La cercanía de Miami facilitará disponer de existencias de fluidos electrolíticos y la posible asistencia técnica de la Universidad de Miami	Sin información disponible.	Sin información disponible.	Sin información disponible.
Bolivia	Marzo 14, 1974	Ministerio de Salud Pública	En el Departamento de La Paz se están estimulando los servicios de vigilancia.	Los laboratorios no disponían de elementos adecuados de diagnóstico.	Existe provisión suficiente de electrolitos	Sin información disponible	Sin información disponible.	Sin información adicional.

* Datos obtenidos mediante encuesta.

Antecedentes Epidemiológicos del Cólera en América:

SITUACION ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL COLERA EN 16 PAISES DE AMERICA*

México: 1833, 1849, 1853
 Centro América: 1837, 1849, 1856, 1866, 1868
 Islas del Caribe: 1865-1870
 Sur América: 1850-1895

País	Fecha de Inform.	Unidad responsable de las actividades de coordinación	Reforzamiento de las medidas de vigilancia epidemiol.	Reforzamiento de las medidas de diagnóstico	Planes de tratamiento y hospitalización	Entrenamiento de Personal	Producción de Vacunas	Otras medidas de educación e información al público
Brasil	Marzo 5, 1974	Ministerio de Salud Pública	-Creación de la Comisión Nacional de Prevención del cólera. -Se hacen estudios bacteriológicos periódicos de aguas negras. -Vigilancia de cloro residual en agua de abastecimiento. -Preparación de un equipo móvil de emergencia.	Revisión de recursos humanos de laboratorio.	El estado de Sao Paula está diseñando camas especiales para pacientes con cólera. Creación de centros de abastecimiento centrales y regionales de antibióticos, hidratantes, desinfectantes, camas, etc.	-Realización de un curso sobre técnicas de laboratorio para el diagnóstico del cólera. -Participación de un médico en seminario internacional de cólera. -Entrenamiento de personal.	El Instituto Oswaldo Cruz está instruido para mantener en existencia 1'500,000 dosis de vacuna.	Preparación de normas sobre internación de pacientes, quimioterapia, hidratación, educación e información al público. Recolección de normas de educación para la salud.
Colombia	Sept 5, 1974	Ministerio de Salud Pública	Reforzamiento de las medidas internacionales de control en aeropuertos y puertos marítimos.	Adiestramiento de una persona del Laboratorio Central en técnicas de diagnóstico del cólera	Sin información disponible	Instrucciones escritas al personal de los servicios de salud.	Sin información disponible.	Sin información adicional.
Costa Rica	Feb. 21, 1974	Ministerio de Salud Pública	Reforzamiento de los servicios integrales de vigilancia epidemiológica'	Sin información	Se dispone de reservas importantes de fluidos electrolíticos y de antibióticos en los hospitales de los puertos principales y de San José.	Se han entrenado en el diagnóstico del cólera a los microbiólogos de los hospitales del país. Hubo dos cursillos de refrescamiento sobre diagnóstico.	Sin información.	Sin información disponible.

* Datos obtenidos mediante encuesta.

Antecedentes Epidemiológicos del Cólera en América:

SITUACION ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL COLERA EN 16 PAISES DE AMERICA*

México: 1833, 1849, 1853
 Centro América: 1837, 1849, 1856, 1866, 1868
 Islas del Caribe: 1865-1870
 Sur América: 1850-1895

País	Fecha de Inform.	Unidad responsable de las actividades de coordinación	Reforzamiento de las medidas de vigilancia epidemiol.	Reforzamiento de las medidas de diagnóstico	Planes de tratamiento y hospitalización	Entrenamiento de Personal	Producción de Vacunas	Otras medidas de educación e información al público
Cuba	Marzo 22, 1974	Organización de una estructura dependiente del Ministerio de Salud Pública.	-Creación de comisiones provinciales con participación de los servicios de atención médica, higiene y epidemiología estadística, Cruz Roja y servicios administrativos -Agilización de sistemas de vigilancia. -Reforzamiento de las medidas generales de higiene -Reforzamiento de medidas específicas en puertos y aeropuertos.	Se dispone de laboratorios adecuados para el diagnóstico de la enfermedad	Plan previsto de hospitalización y tratamiento	Seminarios clínicos epidemiológicos a personal médico y paramédico.	Se dispone de vacuna para casos de emergencia.	Sin información disponible.
Chile	Abril 21, 1974	Ministerio de Salud Pública	Sin información disponible.	-Se actualizarán instrucciones sobre control internacional. -Hubo un reciente muestreo de las aguas servidas de Santiago con resultado negativo	El Instituto Bacteriológico cuenta con una Sección Diagnóstico de cólera con equipo adecuadamente entrenado.	Los hospitales del servicio de salud cuentan con medios terapéuticos suficientes para cualquier emergencia	Sin información disponible.	Sin información adicional.
Ecuador	Abril 2, 1974	Responsabilidad de la División de Epidemiología y de la estructura del Ministerio de Salud.	Sin información disponible.	Reforzamiento de las medidas contenidas en el Reglamento Sanitario Internacional con respecto al cólera.	Laboratorios organizados y equipados para el diagnóstico del cólera funcionan a nivel de Guayaquil y Quito.	-Se dispone de médicos entrenados en epidemiología y tratamiento en Quito, Guayaquil, Manta y Esmeralda (puertos aéreos y marítimos principales).	Instrucciones escritas al personal de todos los servicios de salud.	Sin información disponible.

* Datos obtenidos mediante encuesta.

Antecedente Epidemiológicos del Cólera en América:

México: 1833, 1849, 1853
 Centro América: 1837, 1849, 1856, 1866, 1868
 Islas del Caribe: 1865-1870
 Sur América: 1850-1895

SITUACION ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL COLERA EN 16 PAISES DE AMERICA*

Pais	Fecha de Inform.	Unidad responsable de las actividades de coordinación	Reforzamiento de las medidas de vigilancia epidemiol.	Reforzamiento de las medidas de diagnóstico	Planes de tratamiento y hospitalización	Entrenamiento de Personal	Producción de Vacunas	Otras medidas de educación e información al público
Continuación Ecuador						Hay hospitales con camas disponibles para cólera en Quito y Guayaquil. Soluciones electrónicas, drogas y vacunas existen en cantidades suficientes en todas las capitales de Provincia.		
Guyana	Marzo 1, 1974	Ministerio de Salud Pública	Reforzamiento de las medidas contenidas en el Reglamento Sanitario Internacional.	Sin información.	Sin información	Un microbiólogo asistió al curso de diagnóstico en Jamaica	Sin información.	Sin información disponible.
Jamaica	Mayo 1, 1974	Se nombró un epidemiólogo a nivel central que coordinará las actividades de vigilancia y control.	Reforzaron las medidas internacionales en especial de pasajeros provenientes de áreas infectadas.	Sin información disponible.	Existen a plios suministros de fluidos electrónicos.	En 1972 tuvo lugar un curso para técnicas de diagnóstico del cólera	Sin información disponible.	Proyección de películas sobre cólera a médicos.
México	Agosto 30, 1974	Ministerio de Salud Pública	Reforzamiento de las medidas internacionales en puertos y aeropuertos.	Personal de laboratorio han recibido adiestramiento en técnicas de diagnóstico	Sin información disponible.	Entrenamiento de personal	Sin información disponible	Sin información disponible.
Paraguay	Mayo 8, 1974	Refuerzo del control de entrada de pasajeros provenientes de áreas infectadas de cólera.	Se cuenta con poco personal técnico adiestrado en diagnóstico de laboratorio	El laboratorio de producción del Ministerio está en capacidad de producir alrededor de 110 a 130 frascos diarios. Existen sin embargo problemas con los envases.	Sin información disponible	No se disponían de vacunas en esa fecha	Sin información disponible.	Sin información disponible.

* Datos obtenidos mediante encuesta.

Antecedentes Epidemiológicos del Cólera en América:

SITUACION ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL COLERA EN 16 PAISES DE AMERICA*

México: 1833, 1849, 1853
 Centro América: 1837, 1849, 1856, 1865, 1868
 Islas del Caribe: 1865-1870
 Sur América: 1850-1895

País	Fecha de Inform.	Unidad responsable de las actividades de coordinación	Reforzamiento de las medidas de vigilancia epidemiol.	Reforzamiento de las medidas de diagnóstico	Planes de tratamiento y hospitalización	Entrenamiento de Personal	Producción de Vacunas	Otras medidas de educación e información al público
Perú	Marzo 13 1974	Ministerio de Salud Pública	El Instituto de Salud Pública dispone de equipo y personal adiestrado para el diagnóstico del cólera.	Sin información disponible.	Sin información disponible.	Sin información disponible.	Se dispone de una existencia anual aproximada de 2,000 dosis para viajeros que se dirigen a áreas infectadas.	Sin información disponible.
Venezuela	Marzo 28, 1974	Ministerio de Salud Pública	Reforzamiento de las medidas de alerta en puertos y aeropuertos de pasajeros que provienen de áreas infectadas	Sin información disponible.	Se dispone de suficientes líquidos rehidratantes antibióticos y camas para hospitalización.	-Instrucciones escritas del personal de los servicios de salud. -Entrenamiento de un bacteriólogo en CDC -Curso local de diagnóstico del cólera -Un médico fue entrenado en clínicas y tratamiento del cólera.	Sin información disponible.	Charlas - Proyección de películas

* Datos obtenidos mediante encuesta.

SEMINARIO SOBRE METODOS DE ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE
CONTROL DEL COLERA

RESUMEN

La séptima pandemia del cólera, que comenzó en 1961 y de la cual es responsable el vibrión cólera, biotipo El Tor, continúa en 1974 mostrando tendencia a la propagación. Esta propagación coincide con el incremento de los movimientos de la población y con migraciones.

Las deficientes condiciones sanitarias en los suburbios de las ciudades de América Latina y del Caribe constituyen áreas de alto riesgo para la introducción de la enfermedad, como lo demuestra la alta incidencia de infecciones entéricas en nuestros países.

El rápido incremento de los viajes y del comercio internacional y las malas condiciones de saneamiento ambiental, junto con la pobreza e ignorancia, facilitan la propagación del cólera en la mayoría de los países en desarrollo.

La conducta epidemiológica del cólera es muy similar a la fiebre tifoidea; su principal forma de transmisión es a través del agua y de los alimentos contaminados con agua y consumidos crudos tales como verduras y mariscos. Por estas razones el cólera, desde el punto de vista de salud pública, debe tratarse como si fuese fiebre tifoidea.

La baja protección obtenida mediante la aplicación de la vacuna, así como la alta frecuencia de formas subclínicas, formas leves y portadores asintomáticos hacen imposible impedir la introducción del cólera en un país.

La clave del éxito para un programa de control del cólera es la vigilancia, el diagnóstico inmediato y el tratamiento adecuado de los pacientes y, naturalmente, el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental, hábitos e higiene personal. Por consiguiente, dada la imposibilidad de impedir la introducción del cólera en los países de la Región, es indispensable que los países:

1. Refuercen los servicios de vigilancia del cólera y otras enfermedades entéricas.
2. Identifiquen las áreas receptoras con mayores riesgos, tomando en cuenta para ello las siguientes características:
 - a) Áreas geográficas y ecológicas que permitan la persistencia y multiplicación del vibrión colérico. En las recientes epidemias en Europa, Asia y Africa se puso en evidencia que las áreas costeras con inadecuados servicios de saneamiento ambiental, lugares de pesca, playas no profundas y lugares localizados en las márgenes de los ríos constituyen las áreas más afectadas.

- b) La incidencia de la fiebre tifoidea y otras enfermedades entéricas y sus relaciones directas con el estado del saneamiento son los indicadores más importantes.
 - c) El inadecuado suministro de aguas y disposición de excretas en estaciones aéreas, marítimas, férreas y carretables también indican la posibilidad de infección.
 - d) Bajos niveles educativos de higiene personal y los hábitos de la población son otros indicadores que deben tomarse en cuenta.
 - e) Los rápidos medios de transporte, especialmente el aéreo, hacen más vulnerables determinadas áreas para la infección.
3. Mejoren las condiciones de saneamiento y de educación sanitaria.
4. Estén preparados para tratar adecuadamente los posibles casos del cólera.

Vigilancia epidemiológica

Para realizar una vigilancia epidemiológica eficaz es necesario una búsqueda activa de casos y la detección de las fuentes de infección del cólera. Para ello deben utilizarse todas las fuentes de información posibles, tales como hospitales, consultas externas, centros y puestos de salud, médicos privados, laboratorios, unidades de estadística, oficina del médico forense y evaluación del consumo de drogas específicas.

Una fuente de información, especialmente importante, la constituye la vigilancia bacteriológica de los sistemas comunales de alcantarillado y otras aguas servidas. En relación con la detección precoz de la introducción del cólera en un país, también deben mencionarse la vigilancia bacteriológica de los tanques para excretas de las aeronaves y de los barcos que llegan a los aeropuertos y puertos. Por otra parte, es indispensable realizar investigaciones epidemiológicas en profundidad y preparar, publicar y distribuir informes epidemiológicos.

Tratamiento

Una terapéutica adecuada del cólera es capaz de reducir la letalidad en cualquier grupo de edad por debajo del 1%. Para alcanzar un nivel de letalidad tan bajo es necesario que el tratamiento esté basado en el reemplazo de la pérdida de líquidos y electrolitos y que se utilicen técnicas adecuadas por personas bien adiestradas sin que ello implique que estas deban ser médicos. Para la terapéutica de rutina del cólera se utilizan soluciones

electrolíticas, tales como la solución de Ringer lactosado, paquetes de mezcla de electrolitos y glucosa para preparar soluciones para la rehidratación oral y antibióticos como la tetraciclina. Otros medicamentos como la coramina, vasopresores y esteroides están contraindicados, incluyéndose su uso durante el transporte de los pacientes a los locales de tratamiento.

Vacunas

Las vacunas contra el cólera disponibles en la actualidad no ofrecen una protección mayor del 50 al 70% en áreas endémicas, la duración de la misma no sobrepasa los 180 días y la protección conferida baja rápidamente para desaparecer por completo a los seis meses.

En las áreas recién infectadas, los niveles de protección que se alcanzan para la vacunación masiva sólo llegan al 5% aproximadamente. Por lo tanto, hay que reconocer que la vacuna contra el cólera, aún en las condiciones más favorables, no es capaz de prevenir la transmisión del cólera ni eliminar los portadores. Las personas vacunadas pueden infectarse y por lo tanto, son capaces de transmitir la enfermedad. El uso de la vacuna puede tener efectos adversos por cuanto puede crear un falso sentimiento de seguridad en los vacunados y en las autoridades sanitarias. Por otra parte, los recursos que se dediquen a la administración de la vacuna irán en detrimento de las actividades de vigilancia e investigación epidemiológica indispensables para diseñar las medidas de control realmente eficaces.

Quimioprofilaxia

Teniendo en cuenta que todas las medidas de control deben basarse en principios epidemiológicos sólidos y puesto que la transmisión del cólera es predominantemente por agua y alimentos contaminados con agua, la quimioprofilaxia indiscriminada, como ha sido demostrada en los sitios en que se ha utilizado este procedimiento, no evita la propagación de la enfermedad. En conjunto, la quimioprofilaxia sólo está indicada en grupos bien definidos tales como contactos íntimos de casos del cólera y tripulaciones y pasajeros de un barco donde se han presentado casos del cólera. La tetraciclina es la droga de elección para la quimioprofilaxia, pero debe ser administrada bajo condiciones donde la supervisión directa sea posible. Los programas de quimioprofilaxia en masa son difíciles de administrar, muy costosos y tienen un efecto de corta duración. La quimioprofilaxia, además de alterar la flora intestinal, puede predisponer a gran variedad de otras infecciones entéricas.

RECOMENDACIONES

Preámbulo

Se corre ahora riesgo de que el cólera penetre en el Hemisferio Occidental y no hay manera de impedirlo. Esta enfermedad no puede controlarse mediante cuarentena, vacunación en masa o quimioprofilaxis, pero pueden adoptarse otras medidas basadas en principios epidemiológicos bien fundados. Los participantes convinieron las siguientes recomendaciones:

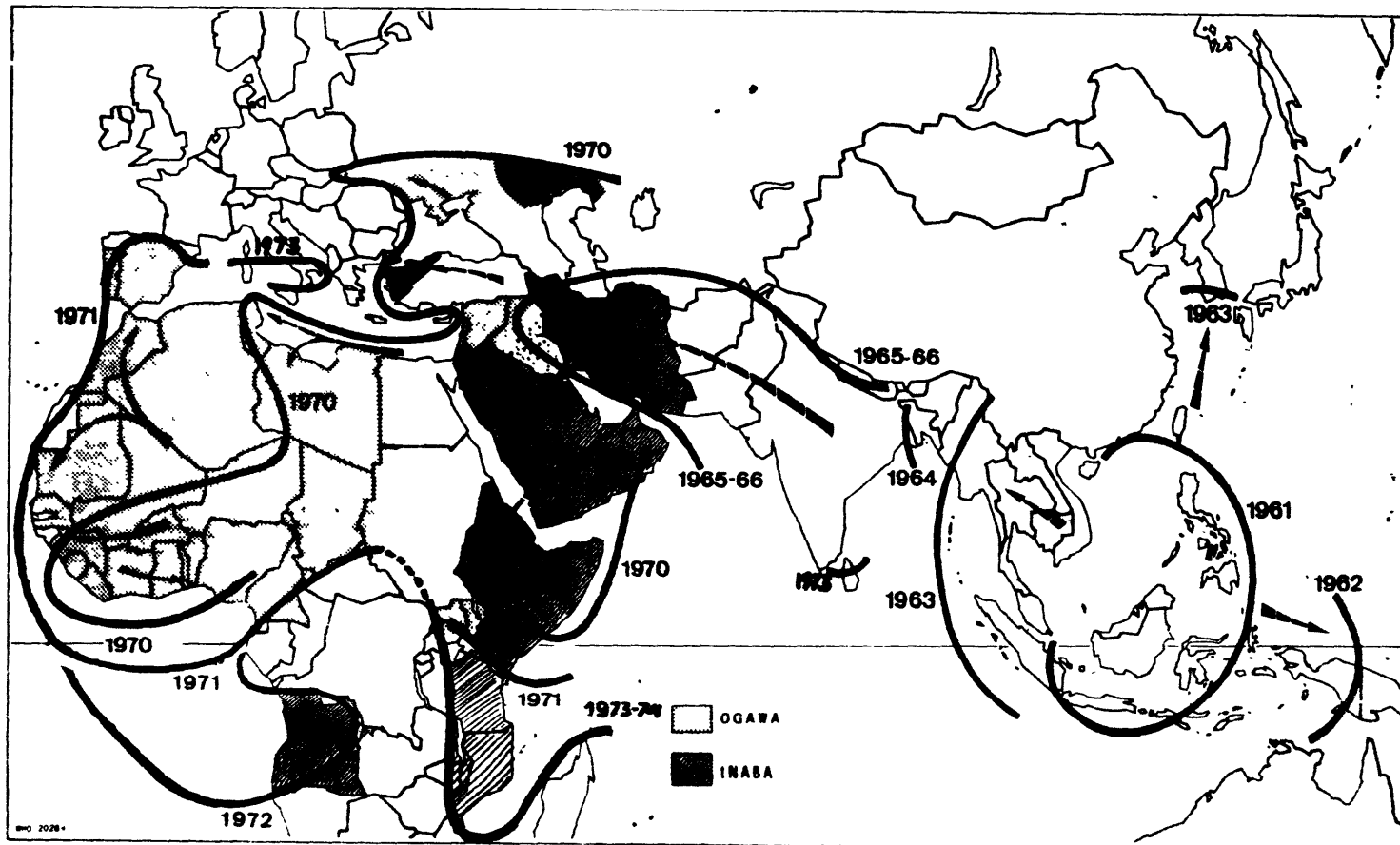
1. Que se establezca un Comité Nacional del Cólera, integrado por personas de alto nivel que ocupan cargos directivos, funcionarios de Ministerios de Salud y otros encargados del abastecimiento de agua y del alcantarillado. A dicho Comité correspondería adoptar las importantes decisiones que entraña la realización de programas a largo plazo para que los países sean menos receptivos al cólera y den su apoyo a programas operacionales de vigilancia, saneamiento y educación en salud.
2. Que se refuercen los sistemas de vigilancia, con el fin de:
 - a) Garantizar la posibilidad de detectar e investigar casos sospechosos o posibles brotes de cólera, utilizando grupos móviles que puedan prestar atención de inmediato.
 - b) Mantener estrecho enlace con la profesión médica, a fin de facilitar la difusión de informaciones sobre el cólera.
 - c) Estrechar los vínculos con los medios de comunicación en masa antes de que surja una emergencia, con el objeto de distribuir al público información fidedigna acerca de las medidas de control convenientes e inconvenientes y de promover la educación en salud.
3. Que se organicen cursos y seminarios para capacitar personal médico y paramédico, sobre todo en vigilancia, tratamiento de la deshidratación y diagnóstico de laboratorio.
4. Que la OPS/OMS organice cursos de adiestramiento sobre el terreno, a fin de familiarizar a determinados clínicos en el diagnóstico y tratamiento del cólera en las zonas donde la enfermedad es endémica.
5. Que se mejoren los servicios de laboratorio estableciendo laboratorios de referencia nacionales, binacionales o regionales y fortaleciendo los que ya existan. Que la OPS designe un laboratorio del Continente como Laboratorio de Referencia del Hemisferio Occidental para facilitar la estandarización de métodos, capacitar técnicos y dar apoyo a los laboratorios nacionales de referencia en lo que respecta al diagnóstico de las enfermedades entéricas.
6. Que se formulen planes acerca del tratamiento de casos de cólera. Que, en lo posible, se refuercen los servicios hospitalarios para proporcionar dicho tratamiento. Que en los hospitales se mantengan, para usarlas en emergencias, reservas de líquido de rehidratación, especialmente solución de Ringer lactosa y paquetes de mezcla de electrolitos, así como glucosa para administración por vía oral. Que, debido al notable éxito en el tratamiento de la deshidratación causada por el cólera y otras diarreas, según informes de diversos grupos, se aliente a los países del Hemisferio Occidental a promover la capacidad para fabricar una mezcla de glucosa-sal que se envasaría antes de distribuirla en paquetes en todos los niveles de atención de la salud y a fomentar el uso de dicha mezcla en el tratamiento de todas las diarreas que deshidratan.

7. Que, en vista de la importancia del saneamiento y del aseo personal en la no receptividad de los países al cólera, la vacuna, cuarentena y quimio-profilaxis en masa son de escaso valor y no debe confiarse en ellas como medio de control o prevención de la enfermedad.

8. Que se mantenga y fortalezca la cooperación y colaboración entre los países del Hemisferio Occidental y la OPS, a fin de facilitar la movilización de recursos para hacer frente a la emergencia provocada por el cólera.

9. Que en la estrategia hemisférica que se adopte para prevenir las enfermedades entéricas, incluyendo el cólera, los países apliquen las recomendaciones formuladas en el Plan Decenal de Salud para las Américas, en las que se señala la importancia del saneamiento y se establecen metas para mejorar los servicios de agua y de alcantarillado.

TENDENCIAS MUNDIALES DE LA PROPAGACION DEL COLERA (1961-1974*) Y DISTRIBUCION PREDOMINANTE POR SEROTIPOS DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS



* Hasta mayo

CD-E8/28/1

20 de septiembre de 1973

Señor Ministro:

El actual brote de cólera en Italia nos alerta una vez más sobre la posibilidad de la invasión de los países de las Américas por esta enfermedad. La posibilidad de diseminación se hace más real debido al intenso tráfico aéreo y marítimo y al número cada día creciente de viajeros que ponen en comunicación los lugares más apartados del globo.

La situación que enfrentan actualmente algunas áreas de Italia puede repetirse en algunos países de nuestro Continente y es por ello que me siento en la obligación de reiterarle las recomendaciones que me permití hacerle en mi carta del 23 de diciembre de 1971, en relación con la necesidad de intensificar las actividades de vigilancia epidemiológica y tomar las medidas necesarias para diagnosticar y tratar adecuadamente los enfermos de cólera que pudieran presentarse.

Se considera de especial interés las medidas destinadas a controlar a la entrada, a los pasajeros provenientes de áreas infectadas con el fin de detectar precozmente cualquier caso sospechoso. Entre ellas la capacidad para establecer el diagnóstico bacteriológico es de suma importancia. Me permito recordarle que nuestra Organización, con la colaboración del Centro de Control de Enfermedades del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, realizó tres cursos de procedimientos de laboratorio para habilitar a técnicos nacionales en el diagnóstico específico de cólera. A estos cursos asistieron profesionales de su Gobierno.

./..

El tratamiento precoz y adecuado es otra medida de primordial importancia. Con este fin es necesario prepararse con antelación y disponer de reservas de antibióticos y fluidos para la rehidratación oral e intravenosa.

La comunicación permanente con las asociaciones médicas es otro factor básico para procurar la notificación de cualquier caso sospechoso y en contrapartida ofrecer a los colegas la asesoría técnica y los recursos para establecer el diagnóstico clínico y de laboratorio. Nuestra Organización aseguró la asesoría de los Dres. A. S. Benenson, Director del Departamento de Medicina de la Comunidad de la Universidad de Kentucky y E. Gangarosa, Jefe Adjunto de la División de Enfermedades Bacterianas del CDC. Ambos con amplia experiencia en el control de cólera están preparados para cooperar en las emergencias eventuales.

Aun cuando la vacuna disponible no puede considerarse como un arma de control eficaz, sería interesante que se recomendase su uso a aquellas personas que viajen con destino o de paso hacia áreas infectadas. Nuestra Organización está tratando que los laboratorios oficiales de los Países Miembros aumenten su producción de vacuna para tener en reserva cantidades suficientes para atender emergencias.

Quiero manifestarle que esta comunicación no pretende crear alarma; muy por el contrario, sólo creemos que es de nuestra responsabilidad, en vista de lo ocurrido en Italia, poner estos hechos en su conocimiento y ofrecerle nuestra colaboración para evitar o limitar la aparición de cólera en su país.

Hago propicia la oportunidad para reiterar a usted, Señor Ministro, mis sentimientos de alta estima y distinguida consideración.

Abraham Horwitz
Director