

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



109a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1992

Tema 7.1 del programa provisional

CE109/26 (Esp.)
16 junio 1992
ORIGINAL: INGLES

ACTUALIZACION SOBRE LA EPIDEMIA DEL COLERA

En el curso de 1991, 15 países de las Américas notificaron un total de 391.219 casos de cólera y 4.002 defunciones. A fines de ese año, la transmisión activa se extendía desde México a Bolivia y desde la costa del Pacífico de Perú a la costa atlántica de Brasil. La proporción de muertes en relación con el número total de casos fue del 1%. Entre los vehículos del agente transmisor se incluyen el agua de los sistemas municipales, pozos de poca profundidad y envases de uso doméstico consumida sin hervir; las bebidas y los alimentos comprados a vendedores ambulantes; los alimentos preparados en el hogar consumidos sin recalentamiento previo; los moluscos, crustáceos y pescados crudos y las hortalizas crudas contaminadas con aguas residuales. En 1992, otros 4 países resultaron infectados y a mediados de junio de 1992, 19 países habían notificado 196.276 casos y 1.167 defunciones. En 10 de los 14 países infectados en 1991 hubo más casos en 1992 que en 1991. Si bien el número total de casos notificados ha descendido desde marzo, los niveles de transmisión continúan siendo altos en varios países de Centro y Sudamérica.

La Organización ha promovido activamente la formulación y aplicación de planes nacionales para la prevención y el control del cólera por conducto de sus oficinas de país, centros y programas regionales. En la cooperación técnica se ha hecho hincapié en el manejo adecuado de los casos, la detección y notificación de los mismos, la provisión de agua no contaminada, la eliminación de los desechos en los sitios de alto riesgo, la capacidad básica para garantizar la inocuidad de los alimentos, la educación sanitaria y la información pública. La Organización ha reunido más de \$21 millones para las intervenciones relacionadas con el cólera y continúa prestando apoyo a los Países Miembros en la obtención de recursos adicionales. Se presenta a la consideración del Comité Ejecutivo un "Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud" (CE109/27) referente a las inversiones a largo plazo que se estiman necesarias para reducir la amenaza del cólera y de otras enfermedades diarreicas.

Este informe se somete al Comité Ejecutivo como documento de actualización sobre la situación de la epidemia de cólera y las actividades de la Organización, con especial referencia a los hechos ocurridos desde la reunión del Consejo Directivo en 1991. A pesar de las pruebas evidentes del éxito de las intervenciones llevadas a cabo por los países, el cólera sigue constituyendo una importante amenaza en toda la región.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. Resumen de la situación del cólera en 1991	1
A. La epidemia	1
B. Mortalidad y transmisión del cólera	2
II. El cólera en 1992	3
III. Respuesta de la Organización	5
A. Oficinas de País y Centros de la OPS/OMS	5
B. Control de las enfermedades diarreicas	6
C. Vigilancia e investigaciones de campo	6
D. Laboratorio	7
E. Salud ambiental	7
F. Inocuidad de los alimentos	8
G. Información y comunicación social	8
H. Preparativos para situaciones de emergencia y socorro en casos de desastre	9
I. Vacunas	9
J. Recaudación de recursos	10
IV. Conclusión	10

ACTUALIZACION SOBRE LA EPIDEMIA DEL COLERA

I. RESUMEN DE LA SITUACION DEL COLERA EN 1991

A. La epidemia

En enero de 1991, el cólera epidémico apareció en las Américas por primera vez en el siglo XX. En Chancay y Chimbote, en la costa del Pacífico de Perú, se confirmaron casos de infección por Vibrio cholerae O1 El Tor Inaba en la última semana de enero y en otras poblaciones a lo largo del litoral de 1200 km al norte de Chancay se confirmaron más casos durante la primera semana de la epidemia. En el mes siguiente, la enfermedad se había difundido hacia el interior del país y para fines de 1991 Perú había notificado 322.562 casos de todos los departamentos, lo que representa una tasa de ataque de casi 1,5%. Los dos departamentos al este de los Andes que forman parte de la cuenca Amazónica fueron los más afectados, con una tasa de ataque de 13%. Los departamentos de la costa al norte de Lima también fueron muy afectados por la epidemia.

Ecuador notificó el primer caso el 1 de marzo en una población pesquera en la costa meridional. La enfermedad se propagó desde allí, especialmente a lo largo de la costa y de las principales vías de comunicación, hasta llegar a todas las provincias y producir un total de 46.320 casos, con una tasa de ataque de 4,3 por 1000 habitantes. Las provincias a lo largo de la costa fueron las más afectadas y en el curso del año se aisló en Guayaquil V. cholerae resistente a la tetraciclina y a otros antibióticos.

A principios de marzo, el cólera llegó a Colombia y, si bien en este país se propagó al parecer con más lentitud, para fines de 1991 la infección se había extendido a 28 departamentos y municipios, habiéndose notificado un total de 11.979 casos (3,6 por 1000 habitantes).

El 10 de abril Brasil notificó su primer caso, en las orillas del río Amazonas, cerca de la frontera con Colombia y Perú y la enfermedad quedó circunscrita a esa zona durante varias semanas. Sin embargo, a partir de julio el número de casos notificados comenzó a aumentar y el cólera se difundió hacia el este a lo largo del Amazonas, propagándose hasta Manaus, capital del Estado de Amazonas y luego a Belem, en la costa atlántica, antes de que finalizara el año. Brasil notificó un total de 1.507 casos.

Chile también resultó infectado a mediados de abril, si bien aparentemente como consecuencia de las restricciones a la distribución y el consumo de hortalizas crudas, sólo hubo un total de 41 casos, 33 de ellos en el área metropolitana de Santiago. No obstante, se aisló V. cholerae de las aguas residuales en diversas partes del país después de mayo, cuando ocurrió el último caso de que se tenga conocimiento.

En México, el primer caso se detectó a mediados de junio en una pequeña población aislada del Estado de México. A pesar de los esfuerzos decididos por contener la infección, la enfermedad se difundió al Distrito Federal y a 15 otros estados, de los cuales los más afectados fueron los del sur del país. México notificó 2.690 casos en 1991.

El cólera se propagó a Guatemala a fines de julio, inicialmente a los departamentos de la costa lindantes con México y luego a todos los demás departamentos, con un total de 3.674 casos. Guatemala tuvo la cuarta tasa más alta de ataque en las Américas: 39 casos por 100.000 habitantes. La infección llegó a El Salvador a mediados de agosto y con el correr del tiempo se extendió a todos los departamentos. Los primeros casos de infección en Panamá ocurrieron en la Provincia de Darién, que limita con Colombia, desde donde la enfermedad se difundió con rapidez e intensidad. Aunque fuera de Darién solo se produjo un número reducido de casos, Panamá tuvo la tercera tasa más alta de ataque de la Región: 48 casos por 100.000 habitantes. En Honduras y Nicaragua la infección se presentó en octubre y noviembre, respectivamente; en Honduras solo se detectaron 11 casos y Nicaragua tuvo un único caso, un niño de 45 días de edad cuya fuente de infección no se conoce.

En Bolivia el cólera se presentó a fines de agosto, 7 meses después de que hiciera su primera aparición en Perú. Durante 1991 la mayoría de los casos ocurrieron en las regiones circundantes de La Paz. Venezuela notificó el primer caso a fines de noviembre; la enfermedad en ese país afectó principalmente a dos distritos occidentales.

En resumen, 15 países de las Américas notificaron un total de 391.219 casos de cólera durante 1991, lo que equivale a un 70% de los casos notificados mundialmente. La infección se extendió desde los Estados Unidos en el norte, donde hubo 26 casos, a Chile en el sur, y de Piura en Perú, a lo ancho del continente sudamericano, hasta Belem en Brasil. El total de casos notificados descendió después de alcanzado el punto máximo de la epidemia en marzo y abril, pero para fines de diciembre de 1991 en varios países, entre ellos Perú, Ecuador y Brasil, se había comenzado a detectar un mayor número de casos.

B. Mortalidad y transmisión del cólera

Los países de América Latina notificaron un total de 4.002 defunciones a causa del cólera, lo que equivale a una tasa general de muertes por casos del 1%. En varios países las tasas de mortalidad fueron más altas en las primeras etapas de la epidemia; dentro de los mismos países también se observaron grandes diferencias en las tasas de mortalidad de los distintos departamentos. Dichas tasas fueron más altas en los departamentos

remotos con pobladores autóctonos que en los municipios de mayores dimensiones. La falta de acceso a los servicios de salud, así como el hecho de que no se los utilizara, fueron los factores más importantes que contribuyeron a la mortalidad causada por el cólera.

Las investigaciones de campo permitieron identificar varios factores de riesgo de contraer el cólera: 1) beber agua de los sistemas municipales y de pozos de poca profundidad sin hervirla, 2) consumir bebidas y alimentos comprados a vendedores ambulantes, 3) comer alimentos mantenidos durante más de 3 horas a temperatura ambiente sin recalentarlos, 4) beber agua de recipientes de uso doméstico en los que la gente mete las manos, 5) comer pescado, moluscos y crustáceos crudos y 6) consumir hortalizas crudas cultivadas en campos regados con aguas residuales. Si bien estos factores de riesgo de infección no se presentaron en todos los países, se tomaron en cuenta para aplicar medidas eficaces tendientes a reducir el riesgo de transmisión en todos los países de la Región.

II. EL COLERA EN 1992

Al 16 de junio de 1992, la infección del cólera se había propagado a 19 países de las Américas: 15 infectados en 1991 y 4 (Costa Rica, Belice, Argentina y Suriname) en los que la infección se inició en 1992. Se notificó un total de 196.276 casos, que incluyen 102.996 personas hospitalizadas y 1.167 defunciones.

En el área andina, tanto en Bolivia, como en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, hubo aumentos apreciables en los casos de cólera durante los primeros dos meses de 1992. En Perú, la transmisión activa de la enfermedad se observó en todos los departamentos, siendo especialmente alta en Lima, donde ocurrió la mitad de los 142.253 casos notificados en 1992 hasta el 5 de mayo. En Ecuador, el número de casos aumentó en varias provincias de la costa y de las sierras; un 38% de los 23.894 casos detectados al 25 de abril correspondieron a la Provincia de Guayas. Si bien en Bolivia el cólera se había mantenido circunscrito a la región de La Paz durante 1991, durante los tres primeros meses de 1992 afectó seriamente a varios distritos, entre ellos Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca. Al 11 de abril, Bolivia había notificado 8.256 casos (en comparación con 206 en los 4 meses de 1991) y 229 defunciones (la quinta parte de todas las defunciones notificadas en la Región en 1992), con una proporción de 2,7% entre el número de muertes y el total de casos. Venezuela notificó casos en 5 estados y el Distrito Federal, si bien el Estado occidental de Zulia, al que correspondieron 667 de los 869 casos informados, sigue siendo el más afectado.

El incremento en los casos de cólera notificados por **Brasil** en diciembre de 1991 continuó durante las primeras 21 semanas de 1992, con un total de 6.875 casos notificados de 14 estados y municipios, de los cuales los más afectados fueron Pará, Paraíba, Pernambuco y Amazonas. Brasil notificó 121 defunciones (una relación de 1,8% entre el número de muertes y de casos).

Chile notificó la reaparición del cólera a fines de enero, inicialmente en Arica cerca de la frontera con Perú y más adelante en Iquique y Santiago. Al 18 de mayo se habían producido 69 casos, incluida una defunción, sin que se notificasen nuevos casos hasta el 14 de junio.

En Centroamérica, tanto en **Guatemala** como en **El Salvador** se observaron aumentos significativos en el número de casos durante enero, relacionados posiblemente con el mayor número de viajes durante las fiestas de fin de año y el traslado de los trabajadores migratorios. Ambos países notificaron más casos en 1992 que en 1991, con un número considerable en las ciudades capitales y sus alrededores. Aunque el cólera existía en **Honduras** desde octubre de 1991, al 20 de mayo de 1992 solo se habían notificado 60 casos, 55 de ellos en los departamentos de Choluteca y Francisco Morazán. Hasta el 30 de mayo **Nicaragua** había notificado 150 casos y 4 defunciones, 52 en Managua y el resto en otras provincias y localidades. En **Costa Rica** se detectaron 7 casos originados fuera del país y 1 en el país (además de 9 infecciones asintomáticas). En **Belice** se diagnosticaron 3 casos en enero de 1992, todos en el distrito costero meridional de Toledo, si bien desde entonces no ha habido ningún caso. **Panamá** es el único país de Centroamérica que notificó menos casos hasta fines de mayo de 1992 que en 1991, aunque las zonas más afectadas de ese país siguen siendo la región del Darién, la Comarca de San Blas y el Distrito de Panamá.

Los dos estados de **México** que no sufrieron infección por cólera en 1991, notificaron casos en 1992, si bien las zonas más afectadas continúan siendo los estados del sur.

Guayana Francesa ha notificado 5 casos contraídos en el exterior y 4 casos autóctonos. En **Suriname** hubo un solo brote de 12 casos en el Distrito de Sipaliwini, que linda con la Guayana Francesa.

El cólera se notificó por primera vez en **Argentina** el 5 de febrero en la provincia septentrional de Salta. Al 14 de abril, Argentina había notificado 284 casos y 15 defunciones; 208 casos y 13 defunciones ocurrieron en Salta y los restantes en Jujuy, Formosa, Córdoba, Buenos Aires y la Capital Federal.

El 19 de febrero, **Estados Unidos de América** informó haber confirmado la infección por V. cholerae O1 en pasajeros llegados a Los Angeles en un vuelo procedente de Buenos Aires, Argentina, que había hecho escala en Lima, Perú. La investigación posterior identificó 75 casos confirmados de cólera entre los 336 pasajeros y 20 tripulantes; un pasajero murió. La infección se relacionó con la ingestión de una ensalada de mariscos cocidos preparada en Lima. Una investigación breve de la empresa de comidas que proporcionó la ensalada no reveló que hubiera problemas en la preparación de alimentos. Estados Unidos notificó otros 9 casos de cólera, 8 contraídos en el exterior y uno de origen desconocido.

Se debe señalar que en el último mes no se ha recibido ningún informe actualizado de casos de cólera de Colombia, Guayana Francesa ni Suriname.

III. RESPUESTA DE LA ORGANIZACION

A. Oficinas de País y Centros de la OPS/OMS

Las Oficinas de País de la OPS/OMS y la Coordinación de Programas en el Caribe han continuado prestando activa colaboración a los Países Miembros en sus actividades encaminadas a hacer frente a la amenaza del cólera. Durante los meses de octubre y noviembre de 1991, las oficinas cooperaron con los países en la preparación de planes nacionales para la prevención y el control del cólera, en los que se hizo hincapié en las medidas de emergencia que se debían aplicar en los próximos dos años. Estos planes se enviaron a las organismos internacionales y bilaterales, junto con los planes subregionales para los países centroamericanos, andinos y del Caribe. Posteriormente, los días 9 y 10 de diciembre, se celebró en Washington, D.C. una conferencia internacional sobre la crisis causada por el cólera para despertar el interés de estos organismos en las necesidades de los países y solicitar su apoyo financiero (véase más adelante).

En los países afectados por el cólera, las Oficinas de la OPS/OMS han continuado proporcionando cooperación técnica en diversos aspectos de la lucha contra esa enfermedad y han colaborado en la obtención de recursos adicionales.

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) han trabajado a nivel subregional y regional y en sus áreas de especialización técnica para elaborar y promover métodos apropiados de vigilancia, investigación de laboratorio, determinación de la calidad del agua y saneamiento, y manejo de casos. Estas actividades se integraron plenamente con las de los programas regionales y de las Oficinas de la OPS/OMS.

B Control de las enfermedades diarreicas

El Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas (CDD) ha auspiciado la realización de talleres con el personal docente de las escuelas de medicina y enfermería de varios países para revisar el material de enseñanza sobre los aspectos preventivos y terapéuticos de la diarrea y el cólera. En un gran número de lugares se llevaron a cabo cursos de capacitación para el manejo clínico de casos de diarrea y de cólera destinados a diversos profesionales de la salud especializados en atención pediátrica y de adultos. Se han realizado estudios para evaluar la calidad de la atención prestada a los pacientes con cólera y otras enfermedades diarreicas, así como encuestas en los hogares y los establecimientos de salud. Los documentos sobre el control y tratamiento del cólera preparados por el Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera (OMS) se tradujeron al español y recibieron amplia distribución. Se ha programado que un asesor de OMS/UNICEF visite varios países para fortalecer la producción y el control de calidad locales de las sales de rehidratación oral (SRO) y analizar la logística aplicada para la obtención, el almacenamiento, la distribución y el empleo de las SRO.

Del 1 al 6 de junio de 1992 se llevó a cabo en Bolivia una reunión de representantes de los Programas Nacionales CDD de 19 países latinoamericanos para analizar y fortalecer las actividades de control de las enfermedades diarreicas y del cólera. La OPS, la OMS, la USAID y el UNICEF patrocinaron la reunión y participaron en ella.

C. Vigilancia e investigaciones de campo

La Organización sigue haciendo especial hincapié en la vigilancia y notificación completas y sistemáticas de todos los casos de cólera con diagnóstico clínico, así como en las investigaciones de campo necesarias para identificar los factores de riesgo y los modos de transmisión y elegir las intervenciones específicas. El Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias (HST) prepara y distribuye una actualización mensual sobre la situación del cólera en la región y proporciona cooperación técnica en los aspectos epidemiológicos del cólera.

El programa de HST coordina la ejecución del proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Uno de los componentes de este proyecto es la mejora de la vigilancia y la investigación mediante cursos, talleres y seminarios, así como la contratación de consultores internacionales y nacionales. (Otros componentes del proyecto son la salud ambiental, el fortalecimiento de los laboratorios y la inocuidad de los alimentos.)

D. Laboratorio

Conjuntamente con los Centros para el Control de Enfermedades, el Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud (HSD) está completando un manual estándar para el diagnóstico de laboratorio de V. cholerae. En octubre de 1991, se llevó a cabo en Venezuela un taller para iniciar la elaboración del manual y en abril de 1992 en un taller realizado en CAREC se puso a prueba la versión inglesa de ese documento. Se prevé efectuar una revisión final del manual en el mes de julio, después de lo cual se celebrará una reunión regional en la que se empleará la versión española.

HSD tiene a su cargo el componente de laboratorio del proyecto financiado por el BID, cuyo propósito es perfeccionar la capacidad nacional en materia de laboratorios, contribuir a la creación de una red nacional de laboratorios en cada país y adiestrar al personal de los laboratorios nacionales. Las actividades llevadas a cabo en virtud de este proyecto están estrechamente vinculadas con las descritas anteriormente.

HSD continúa prestando apoyo a los Países Miembros en la obtención de suministros y materiales de laboratorio. Además, el programa ha preparado un protocolo para ensayos sobre el terreno de pruebas simples y rápidas de diagnóstico del cólera, que se llevarán a cabo en varios países.

E. Salud ambiental

El Programa de Salud Ambiental (HPE) ha impulsado con eficacia la mejora de la calidad del agua en los municipios, las comunidades pequeñas y los hogares, principalmente al fomentar la formulación y aplicación de medidas prácticas de desinfección, entre ellas, la compra y distribución en el lugar de generadores de hipocloritos, así como de equipos para vigilar y controlar la calidad del agua. El programa también ha promovido la ejecución de proyectos tendientes a la fabricación de envases para agua de uso doméstico que impidan que se contamine el agua desinfectada y la preparación de mapas sobre los riesgos de salud ambiental en lo que respecta al cólera.

HPE está a cargo de un componente significativo del proyecto BID/OPS de control del cólera y ha organizado y llevado a cabo un seminario regional, conjuntamente con el Programa de Salud Pública Veterinaria, para actualizar los conocimientos acerca de la salud ambiental y mejorar la capacidad de laboratorio de los países tanto en salud ambiental como en la protección de alimentos. Actualmente, el programa también presta apoyo a los Países Miembros para planificar y llevar a cabo actividades nacionales de capacitación en análisis de laboratorio y vigilancia de la calidad del agua y de la inocuidad de los alimentos, así como para preparar materiales de enseñanza audiovisuales e impresos.

HPE está promoviendo programas nacionales para la eliminación sin riesgo de excretas y programas especiales para la eliminación sin riesgo de los desechos de hospitales, clínicas, escuelas y otras instituciones que podrían convertirse en focos de infección

F. Inocuidad de los alimentos

El Programa de Salud Pública Veterinaria (HPV) está realizando seminarios como parte del proyecto BID/OPS sobre el cólera para asegurar la capacidad de laboratorio de los países en lo que respecta al análisis de alimentos, sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos, sistemas de inspección de alimentos y programas educativos para proteger a los consumidores. HPV también está examinando distintos enfoques para reducir los riesgos de transmisión de enfermedades por los alimentos y bebidas adquiridos a los vendedores ambulantes. HPV ha preparado y distribuido un documento básico referente al "Riesgo de transmisión del cólera por los alimentos". La Organización sigue viendo con preocupación las restricciones de importación que pesan sobre los productos alimenticios comerciales elaborados en los países afectados por el cólera y ha informado a las autoridades nacionales acerca de la repercusión adversa y la ineficacia de tales medidas. Muchos países han respondido favorablemente a esta expresión de preocupación.

HPV ha organizado y llevado a cabo dos cursos internacionales sobre análisis microbiológico de V. cholerae en los alimentos y se proyecta realizar dos cursos adicionales. Con el auspicio y la participación de varios organismos internacionales, se celebró una reunión consultiva sobre la inocuidad de los alimentos, así como un seminario regional para los proveedores de comidas de las compañías aéreas y los funcionarios de protección de alimentos a fin de promover la seguridad de los alimentos servidos por las compañías aéreas. HPV continúa proporcionando cooperación técnica para fortalecer la protección de alimentos y capacitar al personal de laboratorio, además de promover la realización de estudios sobre la contaminación de los alimentos habituales con el agente del cólera.

G. Información y comunicación social

La Oficina de Información y Asuntos Públicos (DPI) ha continuado proporcionando información y materiales sobre el cólera a los medios de comunicación. Desde octubre de 1991, DPI también lleva a cabo un proyecto de comunicación social que cuenta con una financiación del Gobierno de los Países Bajos de \$2,1 millones. El proyecto tiene tres componentes: 1) Una serie de seminarios informará a los periodistas acerca de diversos aspectos del cólera y fortalecerá los enlaces de la OPS con los medios de comunicación en América Latina y el Caribe; un seminario de esta serie se llevó a cabo

en mayo de 1992. 2) Se está estableciendo un centro de intercambio de materiales de comunicación social para que se pueda compartir activamente su uso en toda la región. 3) En América Latina y el Caribe se financiarán proyectos seleccionados de comunicación social; se están estudiando 91 proyectos presentados por los países.

H. Preparativos para situaciones de emergencia y socorro en casos de desastre

La Oficina de Preparativos Para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED) ha continuado cooperando con los países afectados en la atención de las necesidades de emergencia. Por ejemplo, PED colaboró con HPE para proporcionar cloro a Perú y Ecuador. PED también ha trabajado en estrecha participación con la Oficina de la OPS/OMS en Haití y diversas unidades técnicas con objeto de preparar un plan para hacer frente a la contingencia de la aparición del cólera en Haití, pues se estima que hay grave riesgo de que tal cosa ocurra en ese país y que las consecuencias de una epidemia extendida serían devastadoras. El plan se refiere tanto a la fase de preparativos como a las primeras etapas de la epidemia y abarca los siguientes componentes: capacitación en el manejo clínico de los casos, vigilancia y notificación, suministros de emergencia, abastecimiento de agua y medidas de saneamiento e información y educación sanitarias. Varios organismos y organizaciones no gubernamentales bilaterales y multilaterales han expresado interés en financiar el proyecto y participar en él.

I. Vacunas

La OPS ha patrocinado la realización de un ensayo de la fase II de la vacuna oral de células enteras inactivadas/subunidad B en Barranquilla, Colombia. Las operaciones sobre el terreno se habían completado en febrero de 1992 y se está dando fin a las pruebas y los análisis serológicos. Se examinarán los resultados para preparar un ensayo de la fase III, cuya ejecución está prevista para agosto. Se ha preparado un protocolo para el ensayo de la fase III, que se presentó a grupos de revisores externos. En México se está iniciando un ensayo de la fase II de la misma vacuna, pero la realización de otro ensayo que se había proyectado efectuar en Brasil ha demorado demorada hasta tanto se hayan examinado los datos de Colombia.

La Oficina de Coordinación de Investigaciones (DRC), que es el programa de la OPS responsable de estos ensayos, también se mantiene en contacto con otras instituciones que estudian la vacuna de células enteras/subunidad B y la vacuna oral atenuada CVD 103 HgR. Los resultados de otros ensayos con estas vacunas estarán disponibles en el segundo semestre de 1992 y se prevé que serán ampliamente compartidos y que se emplearán para planificar los ensayos de la fase III.

J. Recaudación de recursos

Desde enero de 1991, la Organización ha recaudado más de \$21 millones para intervenciones relacionadas con el cólera y las actividades de control, habiéndose reunido casi \$9 millones desde la presentación del informe al Consejo Directivo en septiembre de 1991. Las fuentes de recursos financieros han sido los Gobiernos de los Países Bajos, Italia, Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Comunidad Europea, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y el fondo de la OPEC. Se han iniciado negociaciones para obtener unos \$4 millones más. Casi \$9 millones del total se recaudaron como resultado de la Conferencia Internacional "La crisis del cólera: un desafío para la salud y el desarrollo", celebrada en la OPS en diciembre, en cuya oportunidad el BID y la OPS firmaron un acuerdo para la ejecución de un proyecto de \$3,8 millones, que se está llevando a cabo actualmente. La Oficina de Coordinación de Relaciones Externas, que ha desempeñado una función primordial en la recaudación de estos fondos, continúa buscando recursos adicionales en la comunidad internacional.

En los documentos sobre el cólera sometidos a la consideración del Comité Ejecutivo (CE107/25) y el Consejo Directivo (CD35/20) en 1991, la Organización ha señalado la necesidad de efectuar inversiones a largo plazo en infraestructura para controlar y prevenir el cólera y otras enfermedades diarreicas, además de las medidas de emergencia que están aplicando los Países Miembros y la Organización con el propósito de reducir las repercusiones y la magnitud de la epidemia. La fase a largo plazo es objeto del documento "Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud" (CE109/27), que se someterá a la consideración del Comité Ejecutivo bajo el tema 7.2.

IV. CONCLUSION

En 1992, el cólera hizo aparición en otros cuatro países de la región y 10 de los 15 países afectados en 1991 ya han notificado más casos en 1992. Si bien en las últimas semanas las tasas globales de casos han disminuido en la región, la reaparición de epidemias en los primeros tres meses de este año en zonas anteriormente infectadas subraya la amenaza permanente que suscita el cólera. Solo 2 países latinoamericanos de fuera del Caribe (Paraguay y Uruguay) no han notificado casos este año.

Todos los países han aplicado medidas para reducir el riesgo de la difusión del cólera basadas en planes de control y prevención nacionales. Muchos de ellos han señalado que la incidencia de otras enfermedades diarreicas ha disminuido como resultado de estas medidas. Además, las investigaciones de campo indican que estas medidas han sido eficaces en limitar la extensión y la duración de la epidemia. Sin duda, las

relaciones entre el número de muertes y de casos siguen siendo bajas, aunque las diferencias dentro de cada país y entre los distintos países indican que en algunos lugares se debe mejorar el manejo de casos y el acceso a los servicios de atención de la salud.

Porque el cólera no ha desaparecido de la región se requieren una vigilancia y esfuerzos constantes para controlar tanto su propagación como sus repercusiones. No se debe permitir que se establezca una actitud de aceptación o complacencia con respecto al cólera. La Organización ha asumido el compromiso de ayudar a los Países Miembros a obtener recursos técnicos y financieros adicionales para combatir el cólera a fin de complementar los recursos nacionales que los países deben continuar invirtiendo.

Anexo

CE109/26 (Esp.)
ANEXO

Fecha: 16 junio 1992

De: A.D. Brandling-Bennett, PC, HST

Asunto: **SITUACION DEL COLERA EN LAS AMERICAS**

Actualización número 12

1992

- ECUADOR

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones correspondientes a la última semana y número acumulado según Región/Provincia, Ecuador, hasta 25/04/1992

Región/ Provincia	Semana 17			No. Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
Costa	144	114	1	16404	14897	79
-El Oro	0	0	0	3582	3113	17
-Esmeraldas	35	33	0	598	524	1
-Guayas	0	0	0	9192	8331	42
-Los Rios	53	52	1	1595	1580	11
-Manabi	56	29	0	1437	1349	8
Oriental	7	7	0	88	87	0
-Morona	0	0	0	0	0	0
-Napo	0	0	0	52	52	0
-Pastaza	7	7	0	31	30	0
-Sucumbios	0	0	0	5	5	0
-Zamora	0	0	0	0	0	0
Sierra	242	238	0	7402	6504	77
-Azuay	34	34	0	409	405	13
-Bolivar	3	3	0	130	130	0
-Canar	17	17	0	283	275	3
-Carchi	1	1	0	49	44	5
-Chimborazo	0	0	0	1033	645	22
-Cotopaxi	46	46	0	1135	1135	20
-Imbabura	27	27	0	1115	940	4
-Loja	0	0	0	158	150	6
-Pichincha	73	69	0	2256	1948	2
-Tungurahua	41	41	0	834	832	2
TOTAL	393	359	1	23894	21488	156

Fuente: Ministerio de Salud.

- EL SALVADOR

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones correspondientes a la última semana y número acumulado según Región/Departamento, El Salvador, hasta 06/06/1992

Región/ Departamento	Semana 23			No. Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
Central	112	32	0	612	248	0
-Chalatenango	112	32	0	239	61	0
-La Libertad	0	0	0	373	187	0
Metropolitana	86	53	0	1824	1314	14
-San Salvador	86	53	0	1824	1314	14
Occidental	119	11	0	119	11	0
-Ahuachapán	1	0	0	28	12	0
-Santa Ana	96	11	0	174	43	0
-Sonsonate	23	0	0	101	37	1
Oriental	178	45	0	399	132	0
-La Unión	0	0	0	19	5	2
-Morazán	1	0	0	3	0	0
-San Miguel	9	0	0	41	14	0
-Usulután	168	0	0	336	113	1
Paracentral	144	59	0	784	328	0
-Cabanas	0	0	0	16	6	0
-Cuscatlán	0	0	0	29	21	0
-La Paz	144	59	0	551	247	3
-San Vicente	0	0	0	188	54	0
TOTAL	640	200	0	3922	2114	23

Fuente: Ministerio de Salud.

- GUAYANA FRANCESA

El décimo caso de cólera en 1992 correspondió a un hombre de 55 años quien presentó diarrea el 20 de mayo de 1992 sin haberse alejado nunca de su lugar de residencia. El diagnóstico fue confirmado por cultivo.

- GUATEMALA

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones correspondientes a la última semana y número acumulado según Departamento, Guatemala, hasta 30/05/1992

Departamento	Semana 22			No. Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
Alta Verapaz	0	0	0	63	11	1
Baja Verapaz	0	0	0	8	6	0
Chimaltenango	0	0	0	42	38	0
Chiquimulas	37	7	2	225	125	5
El Progreso	6	0	0	60	17	1
Escuintla	29	17	0	1363	870	7
Guatemala	126	115	0	1284	470	4
Huehuetenango	0	0	0	11	1	1
Izabal	0	0	0	81	22	10
Jalapa	0	0	0	2	0	0
Jutiapa	0	0	0	9	1	0
Petén	0	0	0	12	0	0
Quetzaltenango	4	2	0	86	57	0
Quiché	0	0	0	5	1	0
Retalhuleu	149	146	0	176	161	0
Sacatepéquez	0	0	0	1	1	0
San Marcos	0	0	0	47	25	1
Santa Rosa	13	13	0	34	27	1
Sololá	16	1	0	584	33	3
Suchitepéquez	107	60	2	1082	183	3
Totonicapán	0	0	0	3	0	0
Zacapa	9	0	0	198	102	2
TOTAL	496	361	4	5379	2151	39

Fuente: Ministerio de Salud.

- HONDURAS

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones correspondientes a la última semana y número acumulado según Departamento/Municipio, Honduras, hasta 30/05/1992

Departamento/ Municipio	Semana 22			No. Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
Choluteca	0	0	0	10	6	0
-Marcovia	0	0	0	10	6	0
Francisco Morazán	19	19	0	45	43	1
-Cedros	0	0	0	1	1	0
-Distrito Central	19	19	0	44	42	1
Lempira	0	0	0	1	1	0
-San Juan G.	0	0	0	1	1	0
Olancho	0	0	0	2	2	0
-Juticalpa	0	0	0	2	2	0
Valle	1	1	0	2	2	0
-Nacaome	1	1	0	2	2	0
TOTAL	20	20	0	60	54	1

Fuente: Ministerio de Salud.

- NICARAGUA

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones
correspondientes a la última semana y número acumulado
según Departamento/Municipio, Nicaragua, hasta 30/05/1992

Departamento/ Municipio	Semana 22			No. Cumulative		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
Boaco	0	0	0	2	0	0
-La Empanada	0	0	0	2	0	0
Carazo	0	0	0	7	4	0
-San Marcos	0	0	0	7	4	0
Chinandega	13	2	0	20	6	0
-El Viejo	10	0	0	10	0	0
-Mun. Chinandega	3	2	0	3	2	0
-Potosí	0	0	0	7	4	0
Chontales	6	3	0	33	11	1
-El Rama	0	0	0	4	1	1
-La Libertad	1	0	0	1	0	0
-San Lorenzo	4	3	0	23	10	0
-Santo Tomás	0	0	0	4	0	0
-Villa Sandino	1	0	0	1	0	0
Granada	0	0	0	33	9	1
-Nandaime	0	0	0	33	9	1
León	0	0	0	1	0	0
-La Paz Centro	0	0	0	1	0	0
Managua	9	4	0	52	23	2
-Ciudad Sandino	2	1	0	3	2	0
-Madera	0	0	0	2	0	2
-Managua	0	0	0	1	0	0
-San Benito	0	0	0	1	1	0
-Ticuantepe	0	0	0	1	0	0
-Tipitapa	0	0	0	8	5	0
-Tipitapa Urbano	0	0	0	29	12	0
-Urbano	7	3	0	7	3	0
Matagalpa	0	0	0	2	0	0
-Darío	0	0	0	2	0	0
TOTAL	28	9	0	150	53	4

- PANAMA

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones correspondientes a la última semana y número acumulado según Provincia/Localidad, Panama, hasta 23/05/1992

Provincia/ Localidad	Semana 21			Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
Chepo						
-Canitas	0	0	0	2	2	0
-Chepo Cabecera	0	0	0	3	3	0
-El Llano	4	0	0	50	24	0
Chimán						
-Brujas	0	0	0	7	2	2
-Chimán	0	0	0	8	1	0
-Gonzalo Vásquez	0	0	0	47	6	1
Colón						
-Colón	0	0	0	30	1	0
-Cristobal	0	0	0	1	1	0
-Sabanitas	0	0	0	1	1	0
Comarca de San Blas						
-Alligandi	35	7	0	187	61	2
-Mulatupu	1	0	0	11	0	0
-Nargana	0	0	0	1	1	0
-Pto. Obaldía	2	2	0	10	8	0
Darién						
-Boca de chupe	0	0	0	12	10	0
-Chepigana	0	0	0	8	6	0
-Cirilo G.	0	0	0	4	4	0
-El Real	5	3	0	44	10	0
-Gamoganti	0	0	0	6	2	0
-Garachine	1	0	0	12	5	0
-Jaque	0	0	0	2	1	0
-Jingurudo	0	0	0	5	2	0
-La Palma	0	0	0	6	3	0
-Lajas Blancas	0	0	0	4	4	0
-Manuel Ortega	0	0	0	16	4	0
-Nuevo Belén	0	0	0	2	0	0
-Pinogana	1	0	0	28	7	0
-Pucuro	0	0	0	1	1	0
-Río Congo	0	0	0	1	1	0
-Río Sabalo	0	0	0	12	6	0
-Río Turquesa	0	0	0	1	1	1
-Sambu	0	0	0	39	2	0
-Tucuti	0	0	0	2	1	0

- PANAMA
Cont.

Provincia/ Localidad	Semana 21			No. Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
-Yape	0	0	0	2	1	0
-Yaviza	0	0	0	50	10	0
Metropolitana						
-Calidonia	0	0	0	2	2	0
-Curundú	0	0	0	1	1	0
-Tocumén	0	0	0	1	1	0
C. San Miguelito						
-A.D. Icaza	0	0	0	1		
TOTAL	49	12	0	610	197	8

Fuente: Ministerio de Salud.

- PERU

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones
correspondientes a la última semana y número acumulado
según Región, Perú, hasta 05/05/1992

Región	Semana 19			Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
A.A. Cáceres	105	77	0	5532	3831	76
Arequipa	571	43	0	17439	3541	12
Callao	410	68	0	10298	3538	1
Chavín	50	30	0	3548	3181	53
Grau	154	117	1	3709	2263	16
Inka	20	0	4	1588	263	10
J.C. Mariátegui	19	19	0	1902	1238	21
La Libertad	159	111	0	10788	6564	55
Lib. Wari	84	57	0	5328	3997	84
Lima	1589	564	4	68952	28445	106
Loreto	0	0	0	2124	1552	6
N.O. Marañón	388	310	5	8452	6047	69
San Martín	128	7	0	2116	394	1
Ucayali	9	3	0	477	241	9
TOTAL	3686	1406	14	142253	65095	519

Fuente: Ministerio de Salud.

- VENEZUELA

Casos de cólera, hospitalizaciones y defunciones correspondientes a la última semana y número acumulado según Estados, Venezuela, hasta 30/05/1992

Estado	Semana 22			No. Acumulado		
	Casos	Hospit.	Defun.	Casos	Hospit.	Defun.
Apure	0	0	0	4	2	1
Aragua	1	0	0	103	29	1
Carabobo	0	0	0	11	11	0
Dto. Federal	0	0	0	59	38	0
Miranda	0	0	0	19	18	2
Táchira	0	0	0	6	6	0
Zulia	13	11	0	667	603	12
TOTAL	14	11	0	869	707	16

Fuente: Ministerio de Salud.

- ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Se notificaron dos casos de cólera correspondientes a residentes de Los Angeles, California: un hombre de 78 años de edad, quien poco antes había viajado a Vietnam y otro hombre de 53 años, deregreso de El Salvador. El número acumulado de casos de cólera notificados por los Estados Unidos de América en 1992 es de 84.

- No se ha recibido notificación de nuevos casos de Belice y Chile ni actualización de casos de Bolivia, Brasil, Colombia y Suriname.

COLERA EN LAS AMERICAS

1991-1992

PAIS	PRIMER INFORME	CASOS ACUMULADOS		1992	
		1991	1992 ^a	hospit.	defun.
PERU	23/01/91	322,562	142,253	65,095	519
ECUADOR	01/03/91	46,320	23,894	21,488	156
COLOMBIA	10/03/91	11,979	2,158	794	23
EUA	09/04/91	26	84 ^b	...	1
BRASIL	08/04/91	1,567	6,875	5,353	121
CHILE	12/04/91	41	69	31	1
MEXICO	13/06/91	2,690	1,574	592	13
GUATEMALA	24/07/91	3,674	5,379	2,151	39
EL SALVADOR	19/08/91	947	3,922	2,114	23
BOLIVIA	26/08/91	206	15,385	7,229	320
PANAMA	10/09/91	1,177	603	184	8
HONDURAS	13/10/91	11	67	62	1
NICARAGUA	12/11/91	1	151	57	2
VENEZUELA	29/11/91	13	689 ^c	707	16
GUAYANA FRAN.	14/12/91	1 ^e	10 ^e	3	0
COSTA RICA	03/01/92	0	8 ^d	5	0
BELICE	09/01/92	0	3	3	0
ARGENTINA	05/02/92	0	284	61	15
SURINAME	06/03/92	0	12	...	1
TOTAL		391,214	203,600	105,929	1,259

... Datos no recibidos

a) hasta 17/VI/92

b) 75 casos en pasajeros
del vuelo de Buenos Aires
a Los Angeles

c) 5 importados

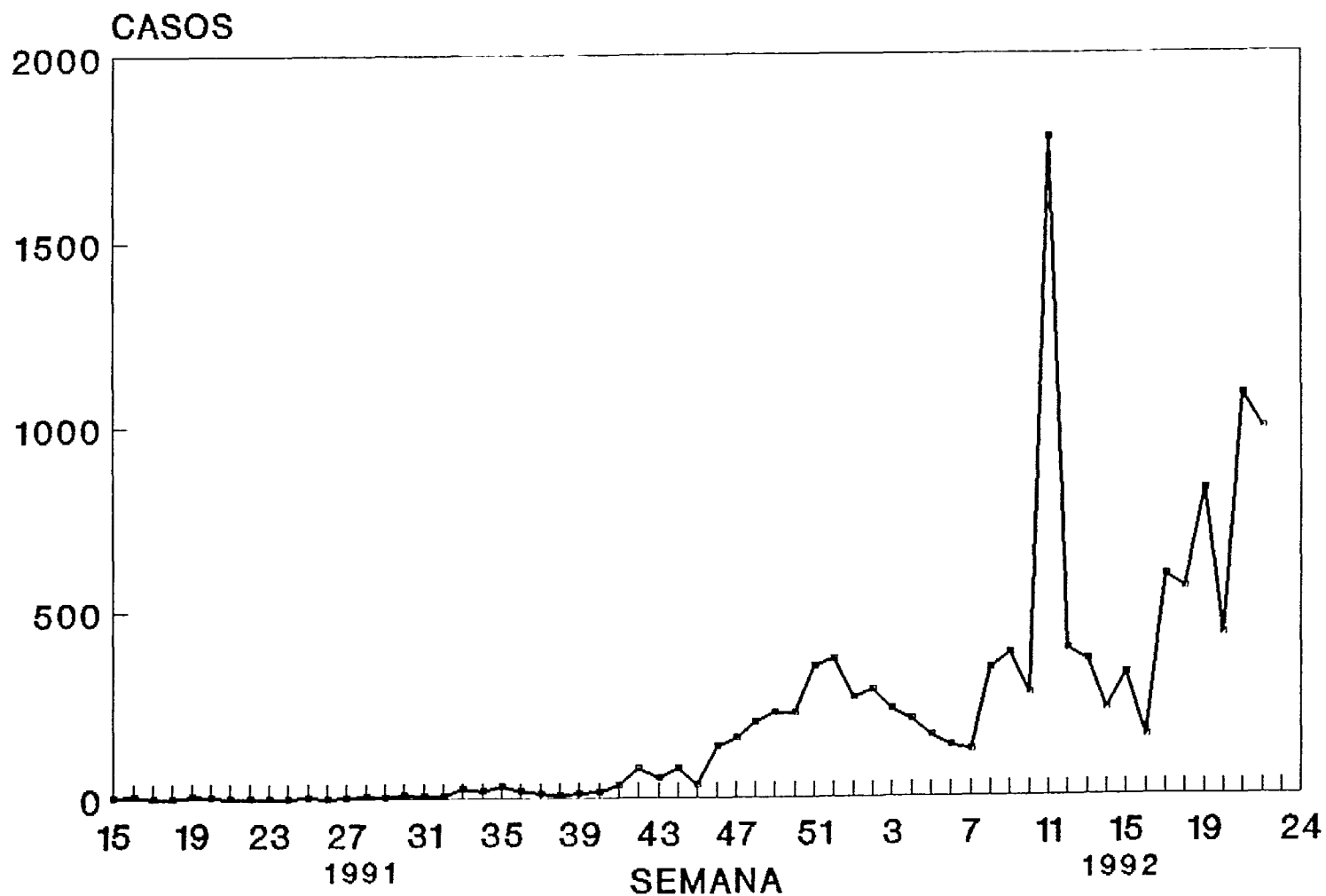
d) 1 caso autóctono (se identi-
ficaron 9 individuos
asintomáticos infectados)

e) 5 importados

HST 17/VI/92

CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA

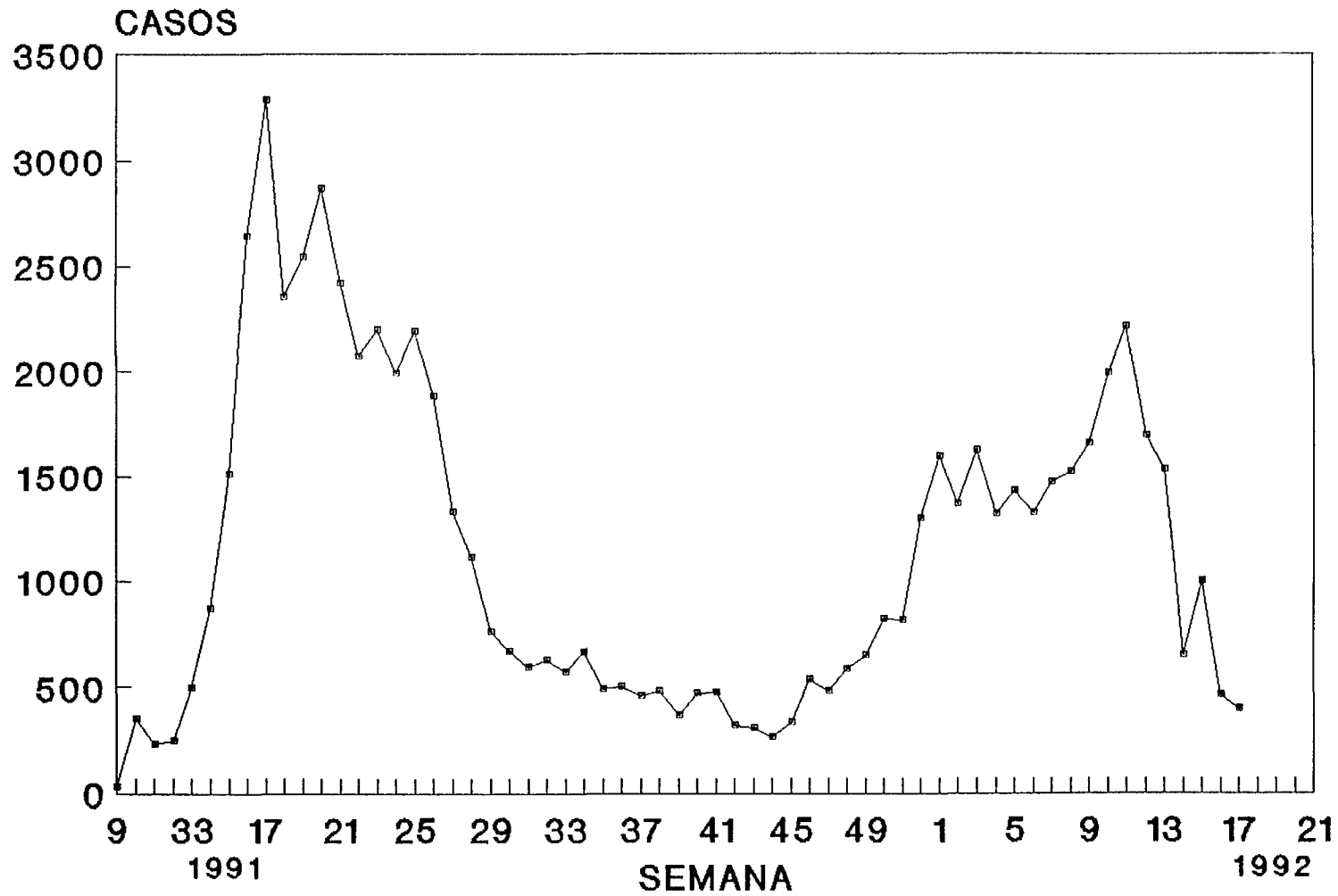
BRASIL, 1991-1992



Fuente: Ministerio de Salud

HST

CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA ECUADOR, 1991-1992

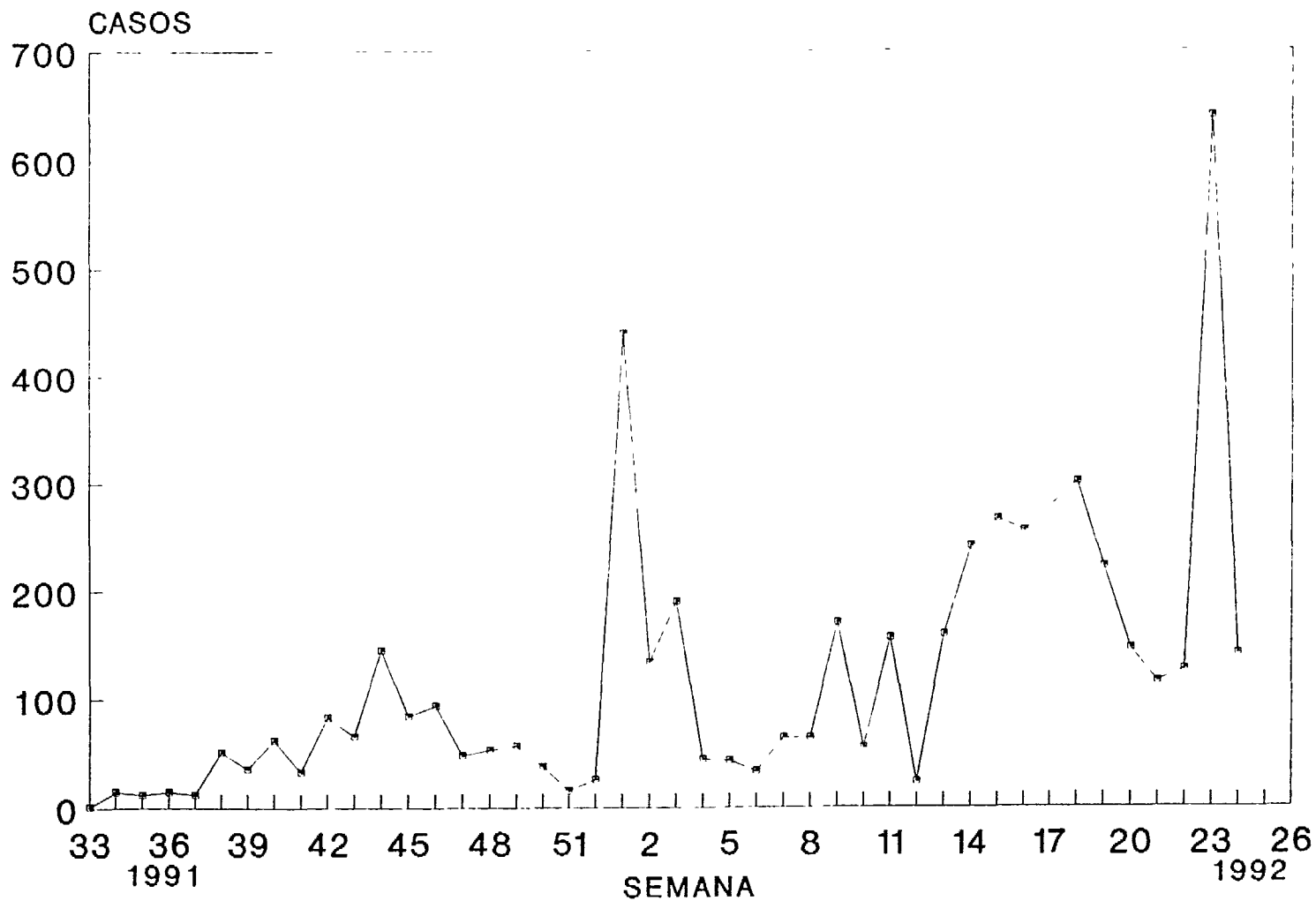


Fuente: Ministerio de Salud

HST

CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA

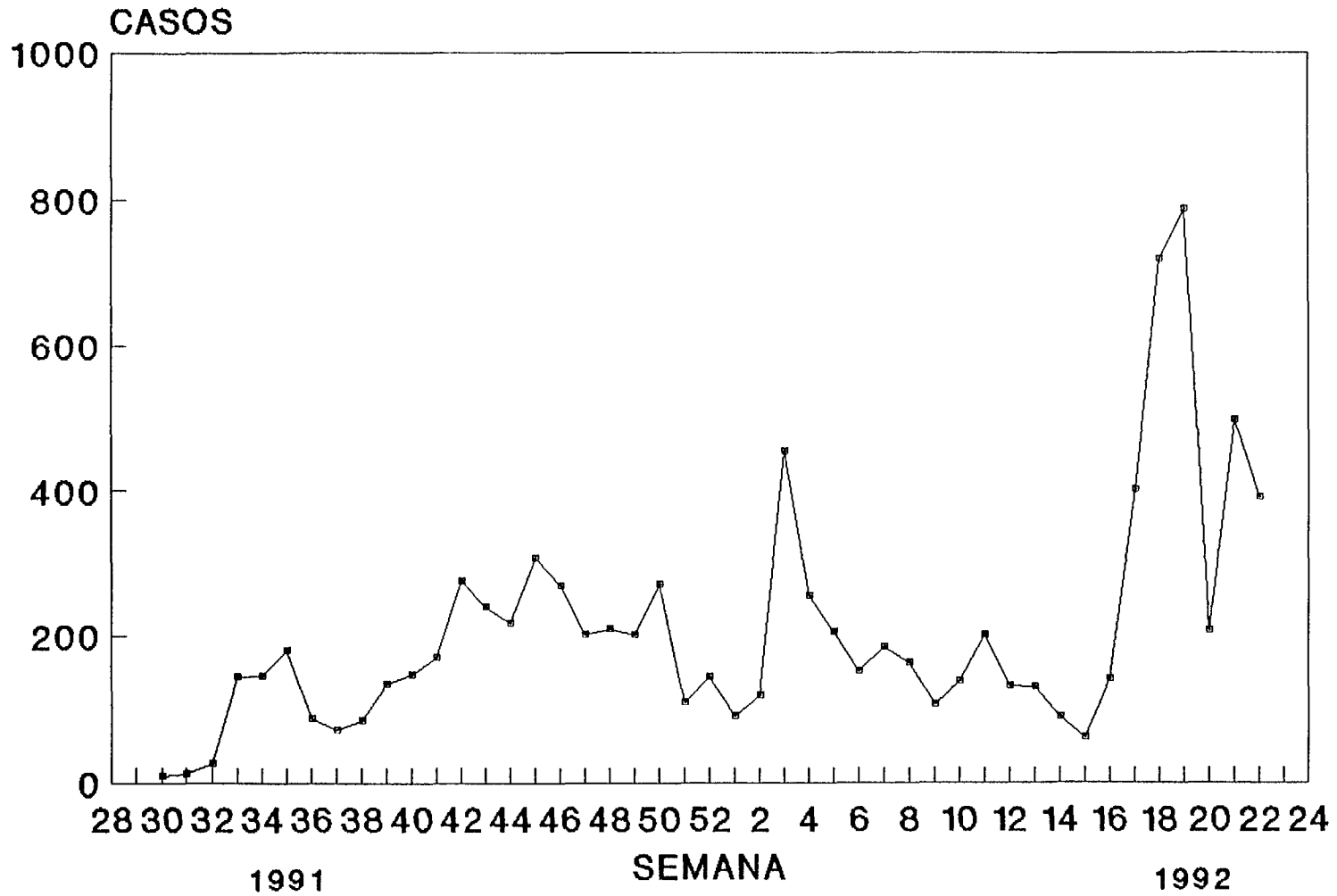
EL SALVADOR, 1991-1992



Fuente: Ministerio de Salud

HST

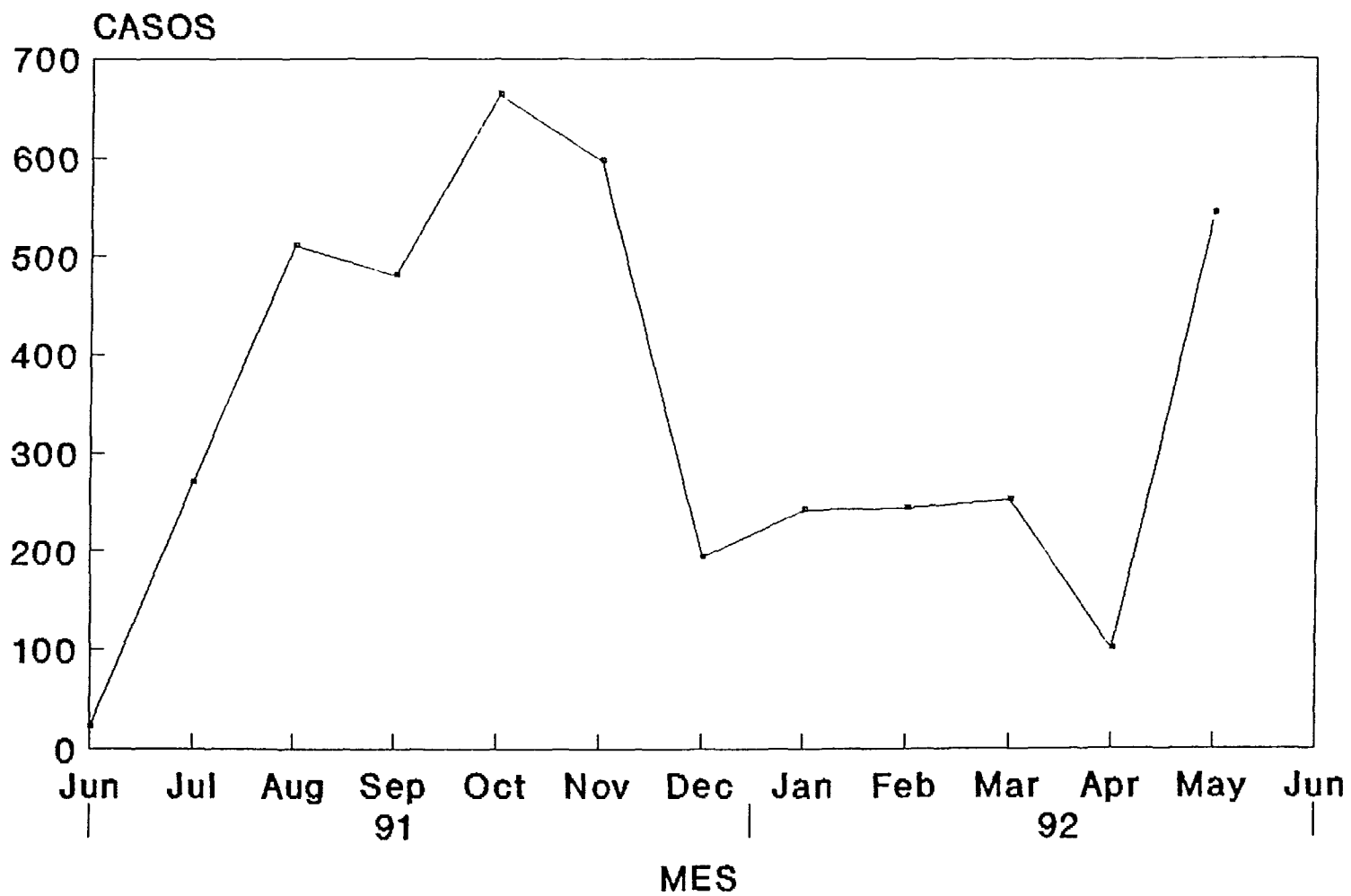
CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA GUATEMALA, 1991-1992



Fuente: Ministerio de Salud

HST

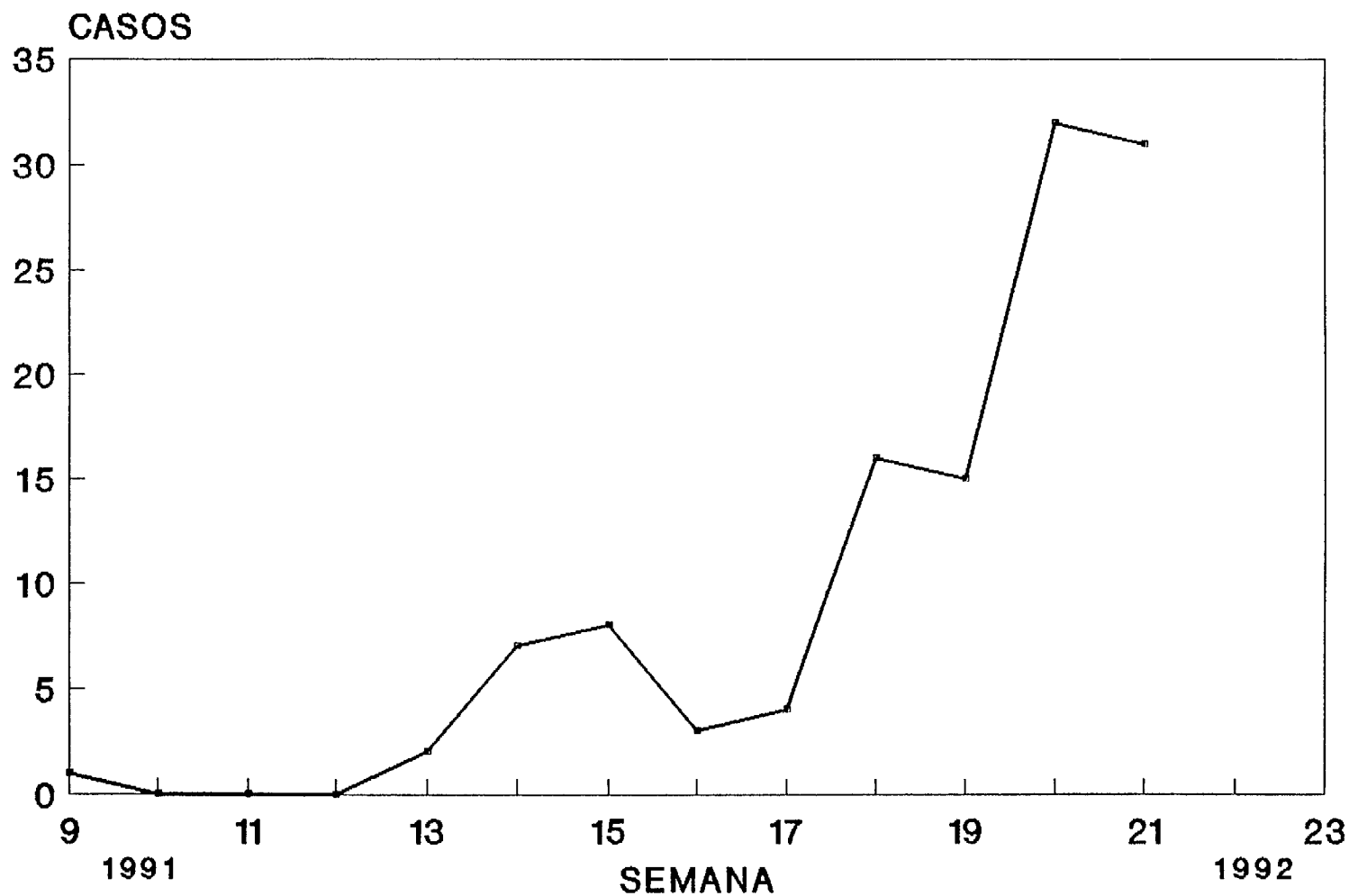
CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR MES MEXICO 1991-1992



Fuente: Secretaría de Salud

HST

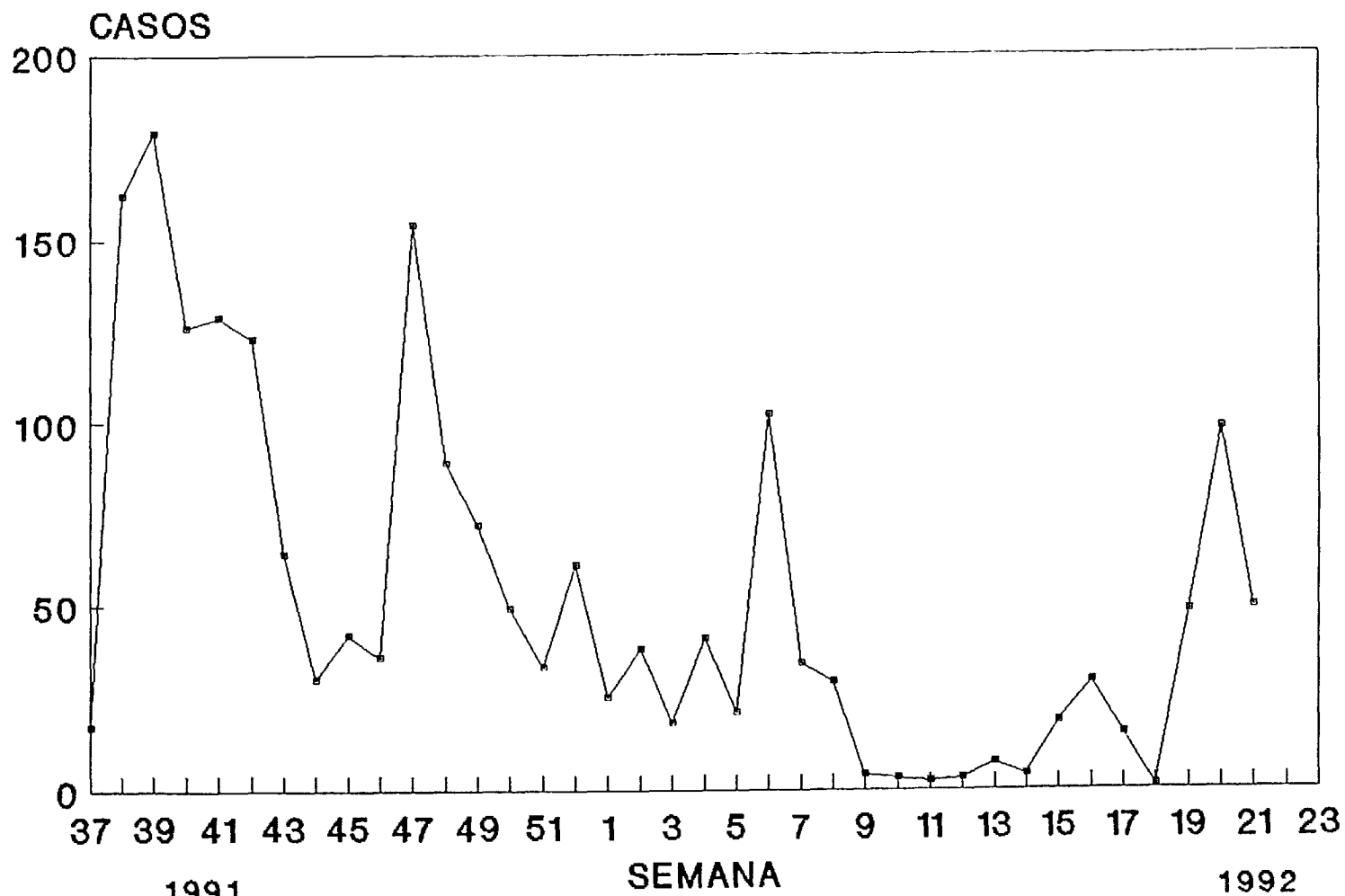
CASOS COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA NICARAGUA, 1992



Fuente: Ministerio de Salud

HST

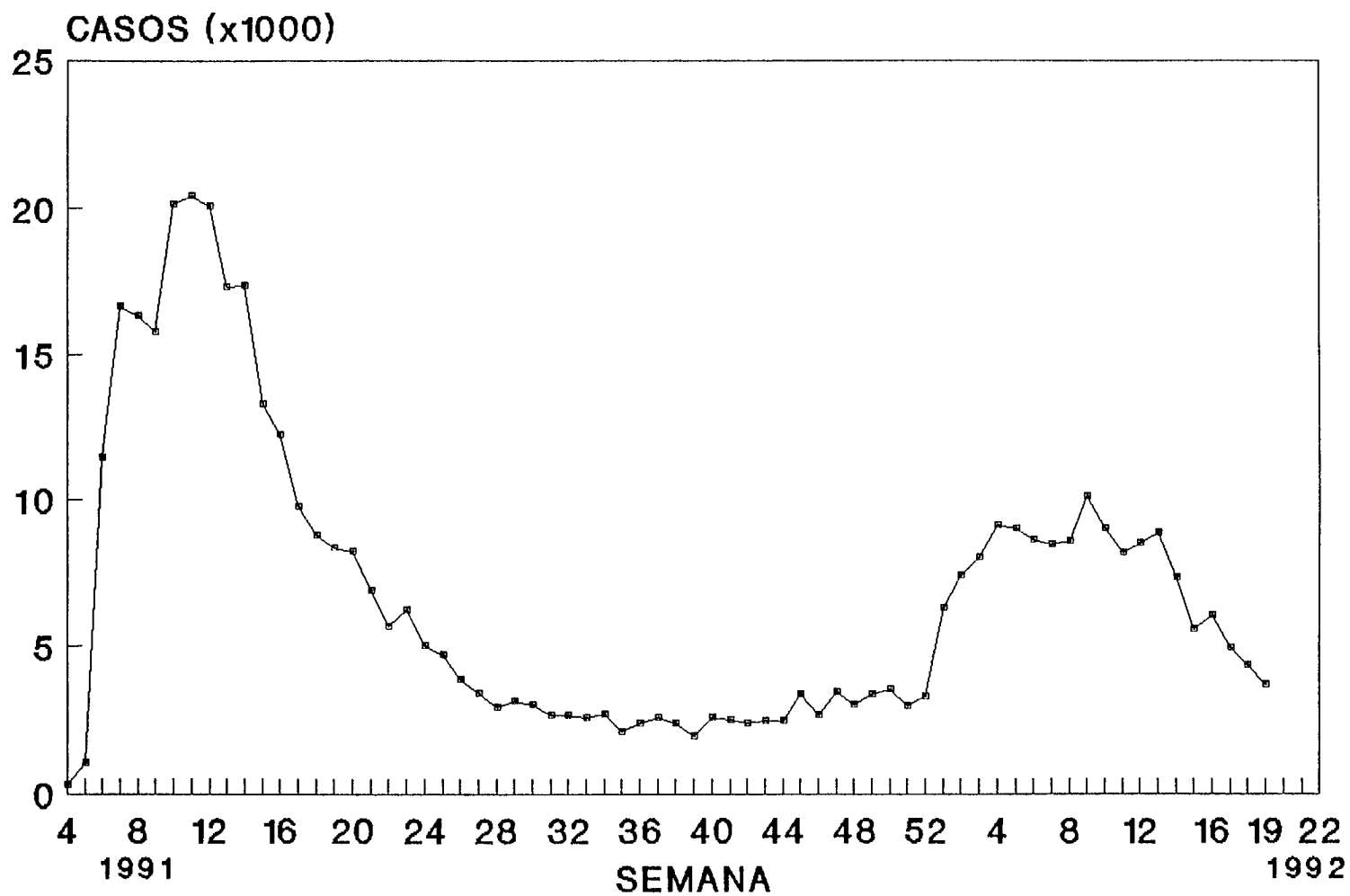
CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA PANAMA 1991-1992



Fuente: Ministerio de Salud

HST

CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA PERU 1991-1992

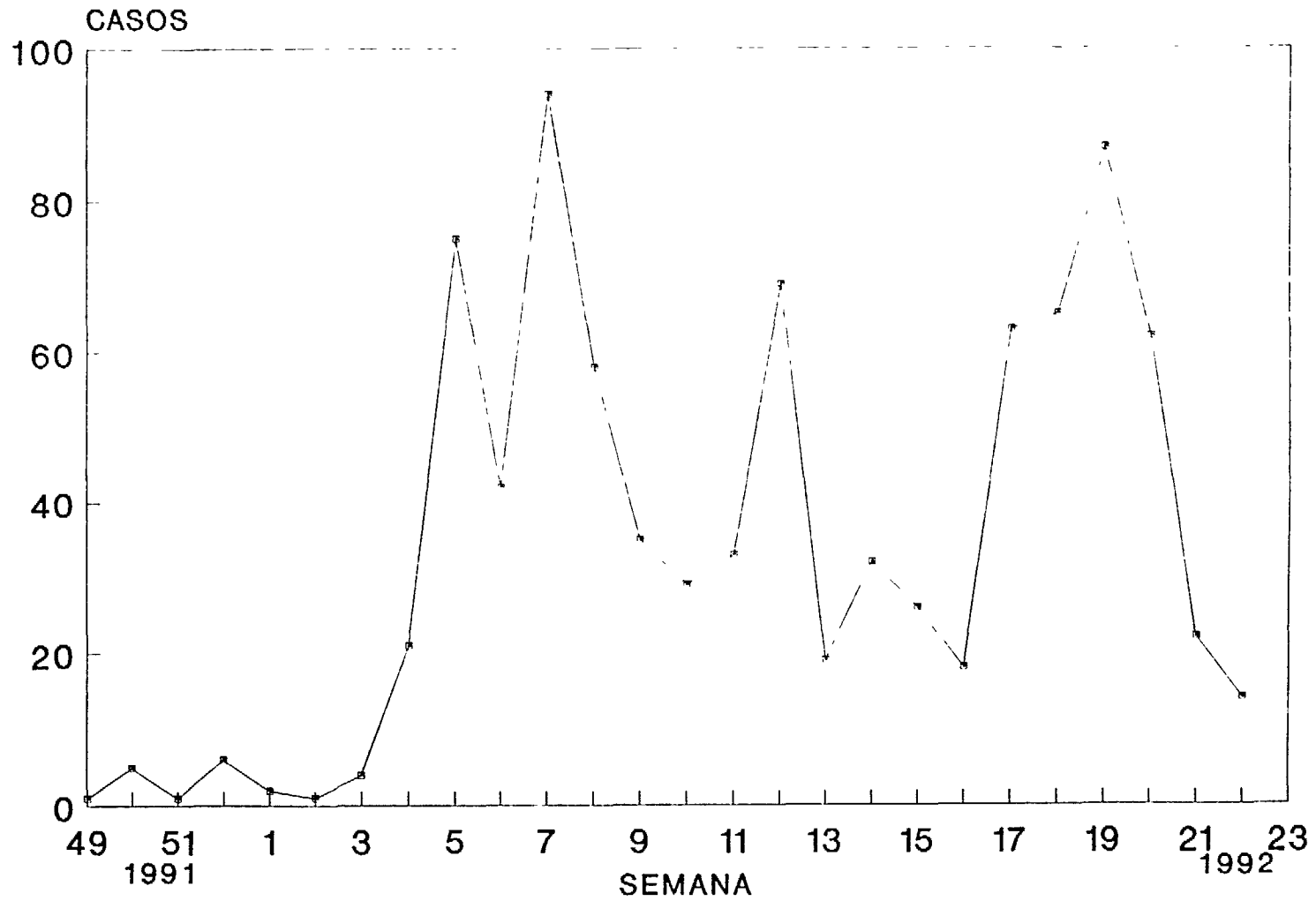


Fuente: Ministerio de Salud

HST

CASOS DE COLERA NOTIFICADOS POR SEMANA

VENEZUELA 1991-1992



Fuente: Ministerio de Salud

HST