

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



40a. Reunión
Washington, D. C.
Abril 1960

CE40/8, Rev. 1 (Esp.)
27 abril 1960
ORIGINAL: ESPAÑOL

Tema 10: REGISTRO DE AREAS DE MALARIA ERRADICADA

En su XI Reunión, el Consejo Directivo aprobó la Resolución XXXII, por la cual pidió al Director "que estudie la posibilidad de establecer en la Oficina Sanitaria Panamericana un 'Registro de áreas de malaria erradicada', y las condiciones que deben llenar los Gobiernos Miembros para solicitar la inclusión en dicho Registro de un área dada, y que dé cuenta de su estudio a la 40a. Reunión del Comité Ejecutivo". Los criterios para determinar que el paludismo ha sido erradicado, se consignan en el Séptimo Informe del Comité de Expertos de Malaria de la OMS y aparecen transcritos como anexo de este documento.

La experiencia adquirida por la Oficina justifica la conveniencia de revisar dichos criterios con el propósito de adaptarlos al estado actual del problema del paludismo. En vista de que el programa de erradicación es de carácter mundial, parece necesario fijar normas que convengan a todos los países, teniendo en cuenta las características nacionales y regionales. Con este propósito, junto con cumplir con la Resolución mencionada, el Director tiene el honor de presentar el siguiente informe.

Desde hace algún tiempo la Oficina viene estudiando el problema. En efecto, en el Proyecto de Programa y Presupuesto para 1958 (Documentos Oficiales No. 21), que fue presentado a la X Reunión del Consejo Directivo, se incluyó el proyecto AMRO-121, "Grupo de evaluación de la erradicación de la malaria", con el propósito de realizar encuestas de evaluación para determinar la efectividad y la eficiencia de la campaña continental, como base para la certificación de que un programa nacional hubiera logrado erradicar la malaria. Las actividades se iniciaron en marzo de 1958, cuando se organizó una Unidad de campo, compuesta por un epidemiólogo-jefe, un parasitólogo y un inspector sanitario.

Con el objeto de establecer métodos de trabajo aplicables a todos los países, se decidió que la Unidad visitara ciertas áreas limitadas donde había sospecha de que la transmisión de la malaria estaba aparentemente interrumpida o muy próximo a serlo, con el doble propósito de verificar la erradicación de la enfermedad y, si éste era el caso, de evaluar la posibilidad de suspender las operaciones de rociado.

Previa consulta con las autoridades competentes, la Unidad inició sus labores en las islas de Granada, Carriacou y Dominica; y encontró que si bien las operaciones de rociado eran aparentemente satisfactorias, las de evaluación epidemiológica dejaban mucho que desear, por cuanto los métodos de búsqueda de casos de malaria durante el período de ataque no habían sido suficientemente extensos ni profundos.

Considerando que los servicios médicos cubrían adecuadamente a la población, las autoridades sanitarias utilizaban exclusivamente esos servicios para encontrar los casos a medida que estos pudieran aparecer. Por consiguiente, la búsqueda de casos era incompleta, pues sólo se hacía en la parte de la población que acudía a los servicios médicos, donde se tomaban muestras de sangre a "casos sospechosos", o sea aquéllos en quienes el profesional sospechaba la malaria. Es esta una nueva demostración de que las estadísticas de hospitales no reflejan en su totalidad un proceso que ocurre en la comunidad en general.

Ante esa situación, y con el objeto de obtener la mejor información posible, la Unidad recolectó muestras de sangre de cerca de 10 por ciento de la población total en cada una de las islas. Este trabajo requirió mucho tiempo y más aún el examen de las láminas, que fue realizado por el personal mismo de la Unidad, con la valiosa colaboración del laboratorio central del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria de Trinidad.

Como resultado de ese estudio, entre cerca de 6,000 láminas tomadas, en Granada se encontraron 3 casos de individuos sin historia febril y ninguno en Carriacou. En Dominica, las autoridades sanitarias señalaron que los últimos casos notificados se habían presentado entre los habitantes de la parroquia de Portsmouth, en donde la Unidad encontró 18 casos de P. falciparum, casi todos en individuos afebriles.

Posteriormente, la Unidad se trasladó a Belice y comprobó que la búsqueda de casos tampoco era satisfactoria. Siguiendo el mismo procedimiento, la Unidad tomó muestras de sangre en varias localidades, entre ellas la de Benque Viejo, la que no mostró positividad. Sin embargo, en la misma época una enfermera del hospital de dicha localidad tomó una lámina en un individuo con historia febril, que resultó positiva.

Más tarde y a solicitud del Gobierno de Guatemala, la Unidad estudió la situación del Departamento de Huehuetenango y confirmó la existencia de casos, precisamente donde la red de colaboración voluntaria, aun cuando insuficiente, ya había indicado la existencia de la enfermedad.

La experiencia acumulada por el trabajo en las áreas anteriormente mencionadas, llevó a la conclusión de que no era satisfactorio que la Unidad continuara ocupándose de tomar directamente muestras de sangre, sino que sería más lógico que analizara el sistema de vigilancia usado por el propio servicio nacional, que, en general, se basa en la búsqueda de casos entre individuos con historia "de fiebre". Las características epidemiológicas

de la enfermedad apoyan esta conclusión. En efecto, es muy difícil el descubrimiento de casos en afebriles, pues implicaría la toma indiscriminada de muestras de sangre a toda la población a intervalos cortos, ya que no se puede anticipar cuándo el parásito estará presente en la sangre circulante. Si un programa de erradicación consigue interrumpir la transmisión, el número de individuos no-inmunes aumentará con el tiempo, en parte debido a la pérdida de la inmunidad adquirida por infecciones anteriores. Siendo así, la misma suspensión de las medidas de ataque permitirá que un buen sistema de vigilancia encuentre con facilidad los casos que vayan apareciendo y que se presentan en el grupo de "febriles".

De todos modos, la cuestión de la positividad malarica en personas afebriles necesita aún mayor estudio. Por ejemplo, aún se ignora la duración de la infectividad de una persona con parasitemia. Estos detalles, sin embargo, no parecen tener gran influencia en las Américas si se adopta el criterio de conseguir muestras de sangre entre individuos con historia de "fiebre" dentro de los últimos 30 días, conforme ha sido recomendado en el Seminario de Evaluación Epidemiológica (Quitandinha, Río de Janeiro, Brasil, noviembre-diciembre de 1959).

Después de los trabajos anteriormente mencionados y con el nuevo método de evaluación establecido para la Unidad, ésta se trasladó a Venezuela a mediados de 1959 para atender a una solicitud de las Autoridades Sanitarias, con el fin de que la Oficina confirmara la erradicación de la malaria de una extensa área del país. Al 1º de enero de 1959, esta área de erradicación medía 400,414 Km², con una población estimada de 3,294,142, dentro de 443 municipios (división política primaria, que corresponde a "county", condado) y en la que por lo menos en los últimos 3 años, no se habían identificado casos autóctonos de la enfermedad.

La Unidad permaneció en Venezuela por 4 meses; y los datos recogidos están siendo analizados con el objeto de presentar el informe correspondiente al Gobierno. En el curso de sus trabajos, la Unidad se encontró con ciertas situaciones que son importantes, para establecer los criterios de erradicación de la malaria, tales como:

- a) El país empleaba uno de los insecticidas recomendados en la erradicación de la malaria, en forma mucho más intensiva para combatir otra enfermedad transmitida por insectos (Enfermedad de Chagas) por ser un serio problema de salud pública en el área en consideración.
- b) El país resolvió como medida preventiva, que debería mantener su servicio de rociado de ataque, por medio de insecticidas residuales contra anofelinos en los municipios con malaria erradicada pero que estaban sujetos a recibir casos de malaria de municipios o de países vecinos, porque estos aún continuaban infectados.

- c) El país era recipiente de trabajadores migratorios de áreas malaricas reconocidas, en número apreciable y en forma imposible de ser controlada por los medios comunes. De esta manera ha decidido continuar el rociado en los municipios interiores, en que esta migración era más evidente.

Estos problemas no han sido analizados en detalles cuando el Comité de Expertos de Malaria de la OMS ha discutido los criterios de erradicación de la enfermedad. Los párrafos pertinentes del Séptimo Informe de dicho Comité aparecen como Anexo I de este documento.

Del 14 al 16 de marzo de 1960 tuvo lugar la III Reunión del Comité Asesor de Erradicación de la Malaria de la Oficina, que fue convocado por el Director para considerar varios asuntos, entre ellos el relacionado con la Resolución XXXII del Consejo Directivo. Con tal motivo, estudió las recomendaciones del Comité de Expertos y sugirió que la Oficina pida al Director General de la OMS que en su próxima reunión (Julio de 1960) el Comité de Expertos reconsidere sus recomendaciones a la luz de los nuevos problemas encontrados.

El Comité Asesor recomendó también que cuando se establezca el registro de áreas de malaria erradicada, los países remitan a la Oficina Sanitaria Panamericana, periódicamente, informaciones sobre lo que está ocurriendo en dichas áreas, especialmente con referencia al descubrimiento de casos, su investigación epidemiológica y las medidas tomadas para evitar su propagación, así como el resultado de las mismas.

En algunos países se ha anunciado la erradicación de una especie anofelina de ciertas áreas, pero no se sabe si existen otras que puedan mantener la transmisión. Tampoco se ha demostrado esta erradicación, como se hizo en el Brasil y en Egipto con el A. gambiae, pues las informaciones disponibles apenas revelan de que por un tiempo relativamente largo no se han podido capturar ejemplares adultos. Si la erradicación del único vector en un área dada es realmente demostrada, parece lógico que no sería necesario esperar los años recomendados por el Comité de Expertos de la OMS.

Otro problema que debe ser considerado es el de la reinfección de un área que había sido previamente declarada como de malaria erradicada. Es necesario esclarecer qué clase de requisitos deben cumplirse y los plazos requeridos para que dicha área pueda volver a la condición de área de malaria erradicada.

El Director ha llegado a la conclusión de que es útil y posible que la Oficina establezca un Registro de Areas de Malaria Erradicada; pero que todavía se necesita aclarar algunos puntos importantes, lo que se espera sea realizado durante la próxima reunión del Comité de Expertos de la OMS.

Al presentar este informe, el Director se permite sugerir que la Oficina continúe estudiando el asunto, a la luz de las recomendaciones del Comité de Expertos y de la experiencia que se adquiriera en los futuros trabajos de la Unidad de evaluación. Es de esperar que la Oficina esté en condiciones de presentar recomendaciones concretas durante la reunión del Comité Ejecutivo en la primavera de 1961.

Anexo I

SEPTIMO INFORME DEL COMITE DE EXPERTOS EN MALARIA DE LA OMS
(Serie de Informes Técnicos No. 162, pág. 5)

"2.3 Criterios para determinar que el paludismo ha sido erradicado

Existen tres criterios de erradicación del paludismo en una zona determinada: a) que no se encuentre ninguna prueba de que persista la transmisión, b) que no se encuentren rastros de endemicidad residual, y c) que los dos extremos anteriores se hayan comprobado gracias a un adecuado sistema de vigilancia que ha funcionado durante tres años consecutivos, de los cuales por lo menos en los dos últimos no se hayan aplicado medidas generales de lucha específica contra los anófeles ni administrado a la población ningún tratamiento quimioterápico sistemático. Es decir, que la erradicación del paludismo implica no sólo el cese de la transmisión, sino también la eliminación del reservorio de infección, y ambos resultados deben comprobarse mediante una intensiva vigilancia.¹"

¹De este modo el Comité reitera la opinión acerca de los criterios aplicables en la erradicación del paludismo, que figura en el sexto informe (Org. mund. Salud Ser. Inf. técn. 123, 19), si bien se requiere que durante los dos últimos años al menos de la vigilancia que permite determinar la erradicación del paludismo, no sólo no se hayan aplicado medidas de lucha directa contra los anófeles, sino que tampoco se haya administrado a la población en general un tratamiento quimioterapéutico. El Comité subraya la declaración del sexto informe de que si la demostración se basa en un período menor de vigilancia después de la fase activa de la campaña, deberán aportarse pruebas de que el sistema de vigilancia empleado ha sido más eficaz que de ordinario". Esta condición se aplica especialmente a las zonas en que es preciso continuar la aplicación de insecticidas para luchar contra otras enfermedades.