



# LA ERRADICACIÓN DEL PIAN

## Procedimientos para verificar y certificar la interrupción de la transmisión



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas



# La erradicación del pian

Procedimientos para verificar y certificar  
la interrupción de la transmisión



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Versión oficial en español de la obra original en inglés

Eradication of yaws: Procedures for verification and certification of interruption of transmission

© World Health Organization 2018

ISBN: 978-92-4-151290-9

La erradicación del pian. Procedimientos para verificar y certificar la interrupción de la transmisión

ISBN: 978-92-75-32022-8

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

**Forma de cita propuesta.** La erradicación del pian. Procedimientos para verificar y certificar la interrupción de la transmisión. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogación (CIP):** Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias.** Para comprar publicaciones de la OPS, véase [www.publications.paho.org](http://www.publications.paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

**Materiales de terceros.** Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales.** Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

WHO/CDS/NTD/IDM/2018.02

# ÍNDICE

Prefacio .....	ii
Agradecimientos.....	iii
Abreviaturas .....	v
<b>1. Antecedentes .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Finalidad de este documento .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Definiciones .....</b>	<b>5</b>
3.1 Definiciones técnicas.....	5
3.2 Definiciones operativas.....	5
<b>4. Criterios para la interrupción de la transmisión del pian .....</b>	<b>6</b>
<b>5. Países con pian endémico después de 1950 .....</b>	<b>9</b>
5.1 Distribución geográfica.....	9
5.2 Medidas necesarias en distintos países .....	10
<b>6. Sistema de vigilancia .....</b>	<b>12</b>
<b>7. Preparación del expediente del país y presentación a la OMS.....</b>	<b>14</b>
<b>8. Estructuras para la erradicación del pian en los países y en el mundo entero .....</b>	<b>15</b>
<b>9. Organización de la visita del equipo internacional de verificación al país .....</b>	<b>16</b>
<b>10. Orientación para el equipo internacional de verificación .....</b>	<b>17</b>
10.1 Integrantes del equipo .....	17
10.2 Procedimientos relativos al examen de los expedientes .....	17
10.3 Retroalimentación en torno al expediente .....	18
<b>11. Visita del equipo internacional de verificación al país .....</b>	<b>19</b>
11.1 Preparación .....	19
11.2 Reuniones con funcionarios del Ministerio de Salud y los interesados directos.....	19
11.3 Resultados de la visita sobre el terreno.....	20
11.4 Informe preliminar de las visitas .....	20
<b>12. Reconocimiento de la verificación de que la transmisión se ha interrumpido .....</b>	<b>22</b>
<b>13. Actividades esenciales que deberán continuarse después de la certificación.....</b>	<b>23</b>
<b>Referencias y bibliografía.....</b>	<b>24</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>26</b>
Anexo 1. Definiciones operativas .....	26
Anexo 2. Formato para el informe del equipo internacional de verificación .....	28
Anexo 3. Expediente del país .....	29
Anexo 4. Cuestionario de respaldo a la solicitud de verificación .....	31
Anexo 5. Declaración de la situación de endemidad del pian (países del grupo B).....	32
Anexo 6. Declaración de la condición de país exento de pian (países del grupo C).....	33
Anexo 7. Formulario para la investigación de un caso .....	34

# Prefacio

En el 2012, en una reunión de asociados celebrada en Londres (Reino Unido), la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha una hoja de ruta para acelerar el control de las enfermedades tropicales desatendidas. En dicha reunión se fijó el objetivo de erradicar el pian para el 2020. Un artículo publicado en la revista *The Lancet*, también en el 2012, sobre la eficacia de una sola dosis de azitromicina para el tratamiento del pian representó un gran adelanto en la historia de la enfermedad y renovó el interés por erradicarla. En el 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA66.12, sobre las enfermedades tropicales desatendidas, con miras a impulsar la hoja de ruta de la OMS. En dicha resolución se plantea el objetivo de erradicar el pian para el 2020.

Para responder a estos sucesos, el Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS organizó una consulta (Morges [Suiza], del 5 al 7 de marzo del 2012) para preparar una estrategia de erradicación del pian que sirviera de base a los planes de erradicación nacionales. A la luz de ello, el Grupo Especial Internacional para la Erradicación de Enfermedades, en su 20.ª reunión (Atlanta [Estados Unidos de América], 27 de noviembre del 2012), examinó la situación actual del pian en el mundo y avaló la nueva estrategia de erradicación.

En una reunión consultiva de expertos (Ginebra, del 20 al 22 de marzo del 2013) se elaboraron dos documentos con el fin de encauzar el proceso de erradicar el pian: una guía para los directores de programas sobre la erradicación de la enfermedad y un manual de los procedimientos para verificar y certificar la interrupción de su transmisión.

Alrededor de 43 participantes procedentes de 17 países sostuvieron deliberaciones exhaustivas para ultimar ambos documentos. Los participantes fueron los puntos focales nacionales en materia de pian en los países endémicos, los expertos en la enfermedad, y el personal de la OMS en las oficinas regionales y en los países que se encargan de impulsar la erradicación del pian como parte de la cartera de proyectos del programa contra las enfermedades tropicales desatendidas. Desde entonces, estos documentos han pasado por extensas revisiones en las cuales se ha tenido presente el cúmulo de experiencias adquiridas durante la aplicación preliminar de la estrategia de Morges en diversos países.

El presente documento ha sido concebido para que sirva de guía a los equipos internacionales de verificación y a los directores de los programas de erradicación del pian en su tarea de verificar la interrupción de la transmisión de la enfermedad.

# Agradecimientos

La OMS desea expresar su agradecimiento a los expertos y directores de programas que participaron en una reunión consultiva sobre la erradicación del pian (Ginebra, 2013) y que hicieron aportaciones importantes durante la preparación del presente documento. Son los siguientes:

**Professor Yaw Adu-Sarkodie**, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Ciencia y Tecnología Kwame Nkrumah, Kumasi, Ghana; **Dr. Nsiire Patrick Agana**, Programa Nacional para la Erradicación del Pian, Servicio de Salud de Ghana, Box 493, Korle-Bu, Ghana; **Dr. Didier Agossadou**, Programa Nacional de Lucha contra la Úlcera de Buruli y la Lepra, Ministerio de Salud Pública, 06 BP 2572, 06 BP 3029, Cotonou, Benín; **Profesor Henri Assé**, Programa Nacional de Lucha contra la Úlcera de Buruli, Ministerio de Salud Pública, 22 BP 688, Abidjan 22, Côte d'Ivoire; **Dr. Ron Ballard**, Centro de Salud Global, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1600, Clifton Road NE, Mailstop D-69, Atlanta, GA 30333, Estados Unidos de América; **Dr. Gilbert Ayelo**, Centro de Tamizaje y Tratamiento de la Úlcera de Buruli de Allada, 01 BP 875, Cotonou, Benín; **Dr. Sibauk Vivaldo Bieb**, Departamento de Salud, Ministerio de Salud, Level 3, AOPI Centre, PO Box 807, Wagani, 131, National Capital District, Port Moresby, Papua Nueva Guinea; **Dr. Bernard Boua**, Programa Nacional de Lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas, Ministerio de Salud Pública, Población y Lucha contra el Sida, BP 883, Bangui, República Centroafricana; **Dr. Matthew Coldiron**, Epicentre - Médicos sin Fronteras, 55, rue Crozatier, 75012 París, Francia; **Profesor Frank Dadzie**, 284 Thornbush Lane, Lawrenceville, GA 30046, Estados Unidos de América; **Dr. Aditya Prasad Dash**, Oficina Regional para el Asia Sudoriental de la OMS, Rooms 531–537, 'A' Wing Nirman Bhavan, Maulana Azad Road, Nueva Delhi 110011, India; Sr. Javan Esfandiari, Chembio Diagnostic Systems Inc, 3661 Horseblock Road, Medford, NY 11763, Estados Unidos de América; **Dr. Padmasiri Eswara Aratchige**, Oficina de la OMS en el País, atención de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental de la OMS, PO Box 2932, Manila 1000, Filipinas; **Dr. David Fegan**, Unit 17, 331 Gregory Terrace, Springhill, Brisbane, QLD 4000, Australia; **Dr. Sudhir Kumar Jain**, Programa de Erradicación del Pian de la India; **Dr. Walter Kazadi Mulombo**, Oficina de la OMS en el País, PO Box 5896, Boroko, Papua Nueva Guinea; **Dr. Yiragnima Kobara**, Programa Nacional de Lucha contra la Úlcera de Buruli y la Lepra, B.P. 81236, Lomé, Togo; **Dr. Jacob Kool**, Oficina de Enlace de la OMS, PO Box 177, Port Vila, Vanuatu; **Dr. Cynthia Kwakye**, Dirección de Salud de la Zona Metropolitana de Accra, Servicio de Salud de Ghana, Box 184, Amasaman, Accra, Ghana; **Profesora Sheila A. Lukehart**, Departamento de Medicina y Departamento de Enfermedades Infecciosas y Salud Global, Facultad de Medicina, Box 359779, Harborview Medical Center, 325 Ninth Avenue, Seattle, WA 98104, Estados Unidos de América; **Profesor David Mabey**, Departamento de Investigación Clínica, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Keppel Street, Londres WC1E 7HT, Reino Unido; **Dr. Michael Marks**, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Keppel Street, Londres WC1E 7HT, Reino Unido; **Profesor emérito André Meheus**, Universidad de Amberes, Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, B-2610 Amberes, Bélgica; **Dr. Oriol Mitjà**, Departamento de Medicina, Centro Médico de Lihir, PO Box 34, Lihir Island, New Ireland Province, Papua Nueva Guinea; **Dr. Richard Nesbit**, 16 Manning Street, Queens Park, Bondi, NSW 2022, Australia; **Dr. Lori Newman**, Control de Infecciones de Transmisión Sexual y del Aparato Reproductor, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Dr. Earnest Njih Tabah**, Programa Nacional de Control de la Lepra, la Úlcera de Buruli, el Pian y la Leishmaniasis, Ministerio de Salud Pública, Yaoundé, Camerún; **Dr. Damas Obvala**, Programa Nacional contra la Lepra, la Úlcera de Buruli y el Pian, Ministerio de Salud Pública, 17 rue Gampourou, Mikalou 2, Brazzaville, Congo; **Dr. Sally-Ann Ohene**, Oficina de la OMS en el País, N° 29 Volta Street, Airport Residential Area, Accra, Ghana; **Dr. Rajendra Panda**, Kashikunj, Dhama Road, Dhanupali, Sambalpur 768005, India; **Dr. Allan Pillay**, Laboratorio de Diagnóstico y

Tipificación Moleculares, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Rama de Laboratorios de Referencia e Investigación, Atlanta, GA 30333, Estados Unidos de América; **Dr. Chandrakant Revankar**, 4305 Birchwood Ct., North Brunswick, 08902 Nueva Jersey, Estados Unidos de América; **Dr. Raoul Saizonou**, Oficina de la OMS en el País, Lot 27, Quartier Patte d'Oie, Cotonou, Benín; **Dr. Anthony Solomon**, Proyecto Mundial de Mapeo del Tracoma, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Keppel Street, Londres WC1E 7HT, Reino Unido; **Dr. Ghislain Sopoh**, Centro de Tamizaje y Tratamiento de la Úlcera de Buruli de Allada, 01 BP 875, Cotonou 78, Benín; **Sra. Fasihah Taleo**, Programa de Enfermedades Tropicales Desatendidas, Dirección de Salud Pública, Departamento de Salud, P.M.B. 9009 Health Department, Yatika Complex, Port Vila, Vanuatu; **Dr. Lasse Vestergaard**, Oficina de la OMS en el País, atención de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental de la OMS, PO Box 2932, Manila 1000, Filipinas; **Dra. Christina Widaningrum**, Programa Nacional contra el Pian, Ministerio de Salud, Jakarta, Indonesia; y **Dra. Xiaixing Zhang**, Oficina de la OMS en el País, PO Box 22, Honiara 81, Islas Salomón.

La producción del presente documento fue coordinada por los doctores **Chandrakant Revankar**, Consultor Médico del Sector Sanitario en materia de Enfermedades Tropicales Desatendidas, y **Kingsley Asiedu**, Médico del Programa de Erradicación del Pian del Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS.

El documento se produjo con el apoyo de la fundación Anesvad de España (<http://www.anesvad.org>).

# Abreviaturas

ATP	prueba de aglutinación de partículas sensibilizadas con <i>Treponema pallidum</i>
DPP	prueba con plataforma de dos vías (treponémica y no treponémica) (por su sigla en inglés)
HATP	prueba de hemaglutinación de anticuerpos contra <i>Treponema pallidum</i>
IEC	información, educación, comunicación
POC	en el punto de consulta
RCP	prueba de reacción en cadena de la polimerasa
RPR	prueba rápida de reagina plasmática
TFT	tratamiento focalizado total
TTC	tratamiento de toda la comunidad



# 1. Antecedentes

Las treponemosis endémicas, que comprenden el pian, el bejel y el mal de pinto, constituyen un grupo de infecciones bacterianas crónicas muy parecidas a las que causan la sífilis, aunque no son de transmisión sexual (1). El agente causal del pian es *Treponema pallidum* spp. pertenue; el del bejel (llamado a veces sífilis endémica) es *T. pallidum* spp. endemicum, y el del mal de pinto es *T. carateum*.

El pian, que es la más frecuente de estas tres enfermedades, se presenta principalmente en comunidades rurales pobres en zonas cálidas y húmedas y en las selvas tropicales de África, Asia, América Latina y el Pacífico, por lo general en países con una temperatura anual media de 27 °C, una precipitación anual media de 1300 mm y una altitud máxima de 1800 metros (2, 3). En la figura 1 se muestra la distribución mundial del pian (4) y en la figura 2, el número de casos notificados durante el periodo del 2008 al 2015.

Durante los ocho años transcurridos entre el 2008 y el 2015, se notificó a la OMS un total de casi 462 000 casos de pian en 12 países endémicos. Los menores de 15 años constituyen más del 75% de los casos notificados (cuya frecuencia máxima se observa en niños de 6 a 10 años de edad). Los hombres y las mujeres se ven afectados en la misma medida. Estos grupos, que suelen vivir en condiciones socioeconómicas precarias (es decir, con hacinamiento, mala higiene personal y ropa inadecuada), a menudo se encuentran aislados en zonas remotas donde hay poco acceso a la atención de salud y otros servicios sociales (3).

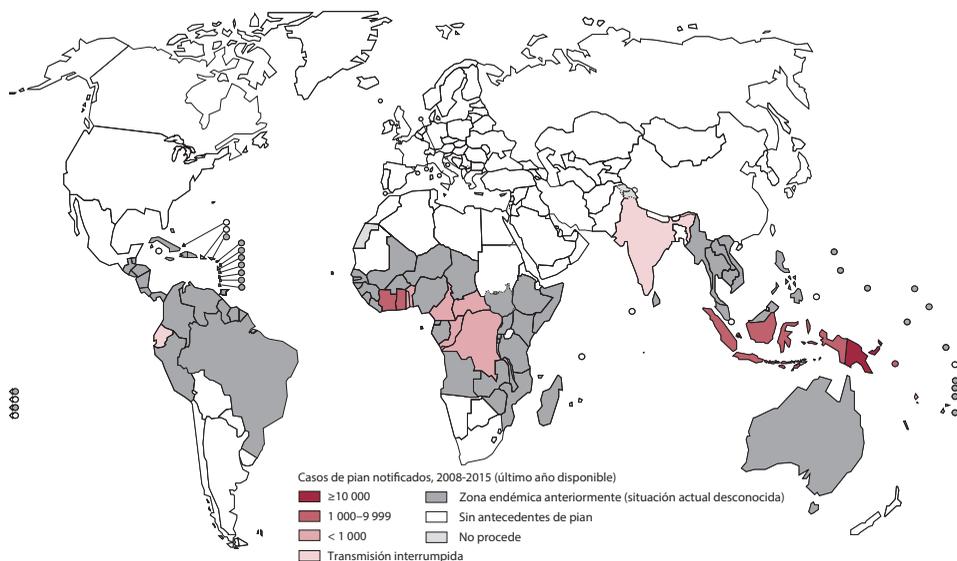


Figura 1. La distribución del pian en el mundo, 2008–2015 (Fuente: referencia 4)

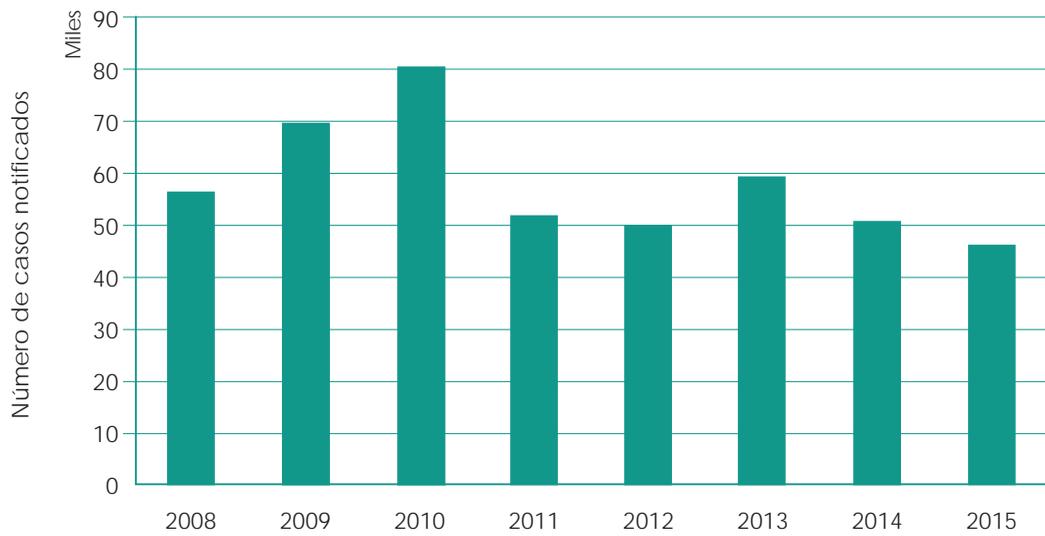


Figura 2. Casos de pian notificados en el mundo, 2008–2015.

La transmisión del pian a una persona sana se produce por contacto directo (de persona a persona) y no venéreo de la piel con el líquido de una lesión infecciosa temprana mediante abrasiones menores. Por lo general se transmite de un niño a otro, aunque a veces los padres se contagian de sus hijos. Las primeras manifestaciones clínicas del pian (lesiones cutáneas papilomatosas y ulcerosas) son sumamente infecciosas y se presentan al cabo de un período de incubación de 9 a 90 días (21 días en promedio). La clasificación clínica de la enfermedad se presenta en el anexo 1 (cuadro A1). Si la enfermedad no se detecta y trata a tiempo, puede avanzar al grado de producir lesiones dolorosas y, a veces deformantes, de la piel, el cartílago y los huesos. Alrededor del 10% de los casos crónicos sin tratar pueden padecer algún tipo de discapacidad permanente y ser objeto del estigma que suele acompañarla (3).

Las pruebas serológicas no treponémicas y treponémicas siguen siendo la piedra angular del diagnóstico del pian y de las otras treponemosis endémicas, pero no pueden distinguir entre estas enfermedades y la sífilis. En época reciente se han creado técnicas moleculares que sí distinguen entre una y otra enfermedad treponémica, pero las muestras correspondientes tienen que obtenerse de las primeras lesiones cutáneas activas.

Entre 1952 y 1964, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia dieron su apoyo a los países endémicos para el tratamiento a gran escala de los casos de pian y sus contactos con una sola dosis intramuscular de penicilina de acción prolongada. Cerca de 50 millones de personas fueron tratadas durante estas campañas y, para fines de 1964, la carga del pian se había reducido en más del 95%, a saber, de 50 millones a 2,5 millones de casos (5). La enfermedad volvió a cobrar fuerza, sin embargo, y en algunos países sigue siendo un problema de salud pública debido a la insuficiencia de las medidas de vigilancia y control, atribuible a la competencia con otras prioridades de salud. Algunos estudios

recientes han revelado que una dosis única de azitromicina oral (30 mg/kg) es tan eficaz como una sola dosis intramuscular de penicilina de acción prolongada para el tratamiento del pian. La OMS recomienda usar cualquiera de los dos planes terapéuticos, aunque se prefiere la azitromicina porque es fácil de administrar durante el tratamiento poblacional a gran escala (5).

Los criterios para la erradicación del pian desde una perspectiva de salud pública fueron definidos en 1960 por el Comité de Expertos en Infecciones Venéreas y Treponematosis de la OMS (6). La estrategia de la OMS para la erradicación del pian (estrategia de Morges) depende del tratamiento colectivo de la población afectadas con azitromicina oral y de una vigilancia comunitaria intensificada (5). La hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas que se publicó en el 2012 plantea como objetivo la erradicación mundial del pian para el 2020 (7). En el 2013, la 66.a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA66.12 para impulsar los objetivos descritos en la hoja de ruta.

En octubre del 2015, un equipo internacional de verificación constituido por la OMS visitó la India para investigar la declaración de que la transmisión del pian estaba interrumpida. Basándose en el informe correspondiente, en mayo del 2016 la OMS certificó oficialmente a la India como el primer país del mundo en haber eliminado el pian (8).

## 2. Finalidad de este documento

En el presente documento se describen los procedimientos normalizados que deben observarse para verificar y certificar la interrupción de la transmisión del pian. Está dirigido en particular a los equipos de verificación internacionales; los programas nacionales de erradicación del pian; y la OMS (la sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países).

## 3. Definiciones

### 3.1 Definiciones técnicas

Los términos eliminación y erradicación fueron definidos en el 2012 por el Grupo consultivo estratégico y técnico para enfermedades tropicales desatendidas de la OMS (9) y figuran en el marco genérico del 2016 para el control, la eliminación y la erradicación de dichas enfermedades (10). Estas definiciones son las siguientes:

**La eliminación de la transmisión (o interrupción de la transmisión**, como también se le suele decir) se define como la reducción a cero de la incidencia de una infección causada por determinado agente patógeno en una zona geográfica definida, con un riesgo mínimo de reintroducción, como resultado de medidas deliberadas. Es posible que haya que continuar las medidas para evitar el restablecimiento de la transmisión.

**La erradicación** de una enfermedad se define como la reducción a cero, con carácter permanente, de la incidencia mundial de una infección causada por determinado agente patógeno como resultado de medidas deliberadas. No queda ningún riesgo de reintroducción.

### 3.2 Definiciones operativas

La estrategia de Morges proporciona definiciones operativas a las que deberán ceñirse los programas de erradicación del pian durante la fase de preeliminación (Anexo 1).

## 4. Criterios para la interrupción de la transmisión del pian

Dos criterios para la erradicación de las enfermedades fueron establecidos en 1960 por el Comité de expertos en infecciones venéreas y treponematosis de la OMS (6); los mismos criterios fueron recomendados por la estrategia de Morges en el 2012 (5). El uso de pruebas moleculares se incorporó a los criterios en el 2015.

**Criterios clínicos:** La ausencia de toda notificación, durante tres años consecutivos, de nuevos casos autóctonos e infecciosos de pian confirmados mediante pruebas serológicas, respaldada por una vigilancia activa de cobertura alta.

**Criterios serológicos:** La ausencia de transmisión, determinada mediante encuestas serológicas (prueba rápida para treponemas) que demuestren la presencia sostenida de resultados serológicos negativos durante un mínimo de tres años consecutivos en muestras obtenidas de niños asintomáticos de 1 a 5 años de edad en la comunidad.

**Criterios moleculares:** La ausencia de resultados positivos en las pruebas moleculares (por ejemplo, en la reacción en cadena de la polimerasa [RCP]) para la defeción de *T. pallidum* spp. pertene en las lesiones de cualquier caso confirmado serológicamente durante el periodo de vigilancia posterior a la notificación de 0 casos.<sup>1</sup>

En 1960, el Comité de expertos en infecciones venéreas y treponematosis de la OMS recomendó los siguientes criterios para establecer la erradicación del pian (6):

Se consideró que la erradicación epidemiológica era la fase intermedia que precede a la erradicación completa, definida como la ausencia de todo caso infeccioso autóctono en la población durante tres años consecutivos. La determinación debe basarse en la información obtenida de cuatro fuentes: a) todos los centros médicos del país donde se lleven registros buenos de casos de la enfermedad; b) los exámenes médicos bianuales de todos los escolares; c) las encuestas anuales, por selección aleatoria, de los pueblos situados muy lejos de los establecimientos médicos, las escuelas y los centros urbanos; y d) los casos notificados en cualquier fuente de información fiable, tales como las publicaciones de las universidades y del sector de salud privado.

Se consideró que la erradicación completa era la fase final de la erradicación (interrupción de la transmisión), definida como la ausencia de todo caso autóctono en la población durante tres años consecutivos, habiéndose tenido en cuenta la información en todas las fuentes antedichas y no habiéndose detectado a un solo niño de 1 a 5 años de edad con resultados serológicos positivos durante las encuestas serológicas.

---

<sup>1</sup> En vista del reciente descubrimiento de lesiones parecidas a las del pian, pero causadas por otras bacterias, como por ejemplo, *Haemophilus ducreyi*.

## La experiencia de Haití en materia de erradicación del pian en los años cincuenta

Haití fue uno de los países endémicos que emprendieron medidas enérgicas para erradicar el pian en los años cincuenta. Aunque no se sabe a ciencia cierta si la enfermedad se erradicó por completo, conviene guiarse por algunas enseñanzas importantes de ese emprendimiento al renovar las medidas para erradicar el pian.

A continuación se citan partes del artículo publicado en el *Bulletin of the World Health Organization* en 1956 donde se detalla la experiencia de Haití en materia de erradicación del pian (11).

### ***Objetivo***

El único objetivo que puede tener un programa contra el pian es la erradicación, que es como nos referimos a la desaparición completa de un país de todos los casos infecciosos y a la falta de aparición de cualquier caso primario autóctono después de terminadas las intensas medidas aplicadas durante la campaña. Se trata, en otras palabras, de la interrupción completa de la transmisión, objetivo que puede lograrse si se aplican las técnicas apropiadas, que se describirán a continuación. Aunque podría parecer que las diferencias entre un programa de erradicación y uno de control son una cuestión de grado simplemente, si las examinamos con detenimiento observaremos la enorme importancia sanitaria y económica de un programa de erradicación. Estas diferencias se pueden ilustrar en un cuadro de la siguiente manera:<sup>a</sup>

---

<sup>a</sup> Este cuadro se ha adaptado del documento no. 1 de la Oficina de Coordinación del Programa de Erradicación de la Malaria, Oficina Sanitaria Panamericana.

La experiencia de Haití en materia de erradicación del pian en los años cincuenta (continuación)

<i>Elementos</i>	<i>Programa de control</i>	<i>Programa de erradicación</i>
1. Objetivo	Reducir la morbilidad	Prevenir la aparición de cualquier caso nuevo de pian
2. Zona de operaciones	Zonas accesibles, áreas con prevalencia de pian que destacan por su importancia social, política y económica	Todas las áreas donde se producen casos
3. Calidad mínima del trabajo	Buena: reducción del número de casos	Perfecta: hay que eliminar todos los casos infecciosos (ello implica tratar a los contactos) e interrumpir la cadena de transmisión.
4. Duración de las operaciones	Permanente	El programa se termina cuando ya no existen casos de pian infeccioso. Para que el programa tenga éxito, es preciso poder ampliarlo a manera de limpiar todas las zonas de donde pueda provenir una reinfección.
5. Factores económicos	Aplicación de medidas terapéuticas en zonas donde el costo se justifica debido a la importancia económica de la localidad; los gastos deben durar indefinidamente (servicio recurrente).	Las medidas terapéuticas deben aplicarse en todas las zonas y pronto reducirán los gastos, puesto que se trata de una inversión de capital y no de un gasto fijo.
6. Búsqueda de casos	Importante en todas las fases del programa	Importante sobre todo en las últimas fases del programa
7. Diagnóstico serológico	Importante (y costoso) en todas las fases del programa	Poco importante en las fases de tratamiento colectivo
8. Casos importados	De interés relativo	De importancia vital después de suspender el tratamiento colectivo
9. Investigación epidemiológica de los casos individuales	Muy costosa y muy poco frecuente	Indispensable pese a su alto costo, sobre todo en la fase final del programa; es la única vara para medir la erradicación
10. Evaluación administrativa del programa	Medición de los resultados (reducción de la morbilidad)	Determinación de lo que queda por hacer
11. Evaluación epidemiológica	Reducción de resultados serológicos positivos	Desaparición de los casos primarios autóctonos, comprobada por el "servicio de inteligencia" en torno al pian

## 5. Países con pian endémico después de 1950

### 5.1 Distribución geográfica

Un examen de las fuentes bibliográficas antiguas y contemporáneas sobre el pian para el periodo de 1950 al 2013 muestra los países en los que la enfermedad ha sido endémica (cuadro 1). Esta información es de interés por los dos motivos principales que se indican a continuación:

1. En los años cincuenta no había ningún procedimiento formal para verificar la interrupción de la transmisión y certificar a los países que pudieran haber eliminado el pian desde antes. Por ende, en muchos de estos países sigue sin conocerse la situación epidemiológica actual.
2. A partir de los años noventa se suspendió en varios países la notificación formal de los casos de pian a la OMS, motivo por el cual no se sabe con certeza si dichos países ya no tienen casos de la enfermedad o si solo han dejado de notificarlos.

Sobre la base de la información existente (12), los países se han clasificado en tres grupos para fines de la verificación y certificación (cuadro 2).

**Cuadro 1.** Distribución de los países en función de sus antecedentes de pian, según la región de la Organización Mundial de la Salud

Región de la OMS	Grupo A1: transmisión interrumpida y certificación	Grupo A2: transmisión interrumpida; verificación pendiente	Grupo A3: países con endemia actualmente	Grupo B: países con endemia anteriormente	Grupo C: países sin antecedentes de pian	Número total de países y territorios
África	0	0	8	28	11	47
Américas	0	1 <sup>b</sup>	0	32	14	47
Asia Sudoriental	1 <sup>a</sup>	0	2	3	5	11
Pacífico Occidental	0	0	4 <sup>c</sup>	19	14	37
Mediterráneo Oriental	0	0	0	2	20	22
Europa	0	0	0	0	54	54
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>84</b>	<b>118</b>	<b>218</b>

Fuente: referencia 12

<sup>a</sup> La India obtuvo la certificación de la OMS por haber eliminado el pian en mayo del 2016 (8,13).

<sup>b</sup> El Ecuador notificó en 1998 que la transmisión del pian estaba interrumpida, pero no ha obtenido la certificación (14).

<sup>c</sup> Filipinas confirmó la presencia de casos de pian en el 2017 (15); también lo hicieron Papua Nueva Guinea, las Islas Salomón y Vanuatu.

**Cuadro 2.** Clasificación de los países para fines de la certificación por haber interrumpido la transmisión del pian

<b>Grupo A</b>	Países cuya situación con respecto a la endemicidad del pian se conoce
A.1	Países que han interrumpido la transmisión y han sido certificados por la OMS
A.2	Países que han notificado haber interrumpido la transmisión del pian en años recientes, pero que necesitan la verificación y certificación de la OMS
A.3	Países con transmisión activa donde procede emprender actividades para interrumpir la transmisión, en consonancia con la estrategia de Morges
<b>Grupo B</b>	Países con antecedentes de pian durante los años cincuenta del siglo pasado pero que no han notificado casos desde el año 2013 (situación actual desconocida)
<b>Grupo C</b>	Países que no tienen antecedentes de pian, pero que necesitan obtener la certificación para fines de la erradicación mundial.

## 5.2 Medidas necesarias en distintos países

### Grupo A: países cuya situación con respecto a la endemicidad del pian se conoce

*Grupo A1: países que han interrumpido la transmisión y han sido certificados por la OMS*

Estos países deben mantener:

- un grado de sensibilización muy alto en torno a la enfermedad y un sistema de vigilancia comunitario sólido para detectar todo caso presunto;
- un sistema de recompensas o incentivos (si ya está en práctica) para estimular la notificación voluntaria de los casos presuntos; y
- la notificación de todo caso confirmado (mediante resultados positivos en la prueba serológica con plataforma de dos vías [treponémica y no treponémica], la RCP o ambas cosas).

La India es, hasta la fecha, el único país en este grupo.

*Grupo A2: países que han notificado haber interrumpido la transmisión del pian en años recientes, pero que necesitan la verificación y certificación de la OMS*

Se trata de países donde han transcurrido **más de tres años desde que se notificó el caso de pian más reciente**. Los países en este grupo deben:

- confirmar la interrupción de la transmisión o aportar datos que demuestren la ausencia de la transmisión de la enfermedad con arreglo a los criterios vigentes y la plantilla del expediente;
- aportar pruebas de las actividades realizadas para mantener alta la sensibilización en torno a la enfermedad y poder detectar cualquier caso presunto;
- mantener o introducir un sistema de recompensas o incentivos para estimular la notificación voluntaria de los casos presuntos (de conformidad con la política del país);
- resumir todos los datos que existan sobre la detección y serovigilancia de los casos de pian en todas las fuentes; reevaluar la interrupción de la transmisión en una muestra

- de niños de 1 a 5 años de edad mediante pruebas serológicas, sobre todo en zonas con antecedentes de endemia de pian; y
- presentar el expediente a la OMS para que sea verificado por un equipo internacional de verificación.

El Ecuador es el único país en este grupo.

*Grupo A3: países con transmisión activa donde procede emprender actividades para interrumpir la transmisión*

En este grupo hay 13 países (según datos del 2012 del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS). En el 2017 se confirmaron algunos casos en Filipinas, con lo cual el número de países endémicos ascendió a 14. Estos países deben poner en práctica la estrategia de Morges, en consulta con la OMS, para interrumpir la transmisión.

*Grupo B: países con antecedentes de pian durante los años cincuenta, pero que no han notificado casos desde el año 2013 (situación actual desconocida)*

Se conocen por lo menos 85 países donde el pian era endémico anteriormente (según datos del periodo entre 1950 y el 2013), pero que no han notificado casos desde el año 2013. Para determinar el siguiente paso, los países deben elegir una de las siguientes opciones:

[A] No hay casos de la enfermedad en este momento, pero se proporcionarán abundantes pruebas para corroborar su eliminación.

[B] No puede llegarse a la conclusión de que la enfermedad ya no existe y se planea llevar a cabo una evaluación.

Es preciso tomar las siguientes medidas:

1. Los países que elijan la opción A deberán cumplimentar la declaración de la situación de endemidad del pian (anexo 5) y el expediente del país (anexo 3).
2. Los países que elijan la opción B deberán:
  - a. primero, evaluar su situación mediante una mayor sensibilización en torno a la enfermedad y consultar los registros pasados y presentes;
  - b. realizar encuestas clínicas en menores de 15 años en las zonas que hayan sido endémicas anteriormente; los que tengan lesiones sospechosas deberán someterse a pruebas serológicas;
  - c. realizar encuestas serológicas en niños de 1 a 5 años de edad en las zonas que hayan sido endémicas anteriormente.

Si se confirman casos, el país debe poner en práctica la estrategia de Morges en consulta con la OMS.

*Grupo C: países que no tienen antecedentes de pian, pero que necesitan obtener la certificación*

Estos son países que nunca han notificado un solo caso de pian autóctono. En esta categoría hay 118 países y territorios que deberán, no obstante, presentar pruebas documentales de esta presunta situación como parte de la erradicación mundial del pian (anexo 6). Al presentar la documentación, el país debe aportar pruebas de que sus sistemas de salud y vigilancia epidemiológica tienen suficiente capacidad para detectar cualquier caso importado de pian.

## 6. Sistema de vigilancia

Es indispensable contar con un sistema de vigilancia sólido y de calidad, tanto para determinar si hace falta alguna intervención como para medir el efecto de las intervenciones del programa de erradicación del pian. Dicho programa debe velar por el mantenimiento de registros minuciosos y seguros que puedan respaldar cualquier solicitud de verificación y certificación.

- Al menos 80% de los informes de vigilancia sistemática anticipados (incluso cuando se notifican 0 casos) deben darse a conocer mensualmente (también los formularios del programa integrado de vigilancia epidemiológica, si está en funcionamiento).
- Todo caso rumorado o notificado debe investigarse en un plazo máximo de 7 días a partir del primer aviso.
- De los casos de pian que se hayan confirmado mediante pruebas serológicas, 100% deben ser tratados de inmediato, junto con sus contactos íntimos.
- Los estudios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio deben registrarse y notificarse en detalle en el formulario para la investigación de casos durante el periodo posterior al tratamiento de toda la comunidad (TTC) (*anexo 7*).
- La toma de hisopados o raspados para el análisis molecular (en los laboratorios de referencia nacionales o por envío a un laboratorio de referencia de la OMS) debe considerarse durante la fase de vigilancia posterior a la notificación de 0 casos y sus resultados deben documentarse debidamente.
- Es preciso mantener un alto grado de sensibilización pública en torno al pian, además de cualquier sistema de recompensa (si lo hay), por medio de todos los métodos de comunicación adecuados durante la fase de vigilancia posterior a la notificación de 0 casos.

Además de practicar la notificación sistemática, debe procurarse recoger datos complementarios de las siguientes fuentes:

- todos los establecimientos de salud en el país donde se lleven registros fidedignos de los casos de la enfermedad;
- los exámenes médicos para la detección de lesiones cutáneas en todos los escolares como parte de los programas de salud escolar;
- las encuestas anuales realizadas, por selección aleatoria, en pueblos de acceso difícil muy alejados de los establecimientos de salud, las escuelas y los centros urbanos);
- los informes de los programas integrados de vigilancia epidemiológica; y
- los informes procedentes de cualquier otra fuente de información fiable (por ejemplo, los centros de investigación o sus publicaciones).

En los años cincuenta, durante la fase de vigilancia posterior al tratamiento de toda la comunidad, se detectaron algunos de los problemas más fundamentales que podrían presentarse y también se propusieron algunas soluciones. En la figura 3 se muestran los pasos dados en ese momento para hacer frente a los factores y problemas que pudieran menoscabar las actividades de erradicación durante esta fase (16). Las enseñanzas extraídas podrían servir para encauzar las actividades de erradicación actuales. .

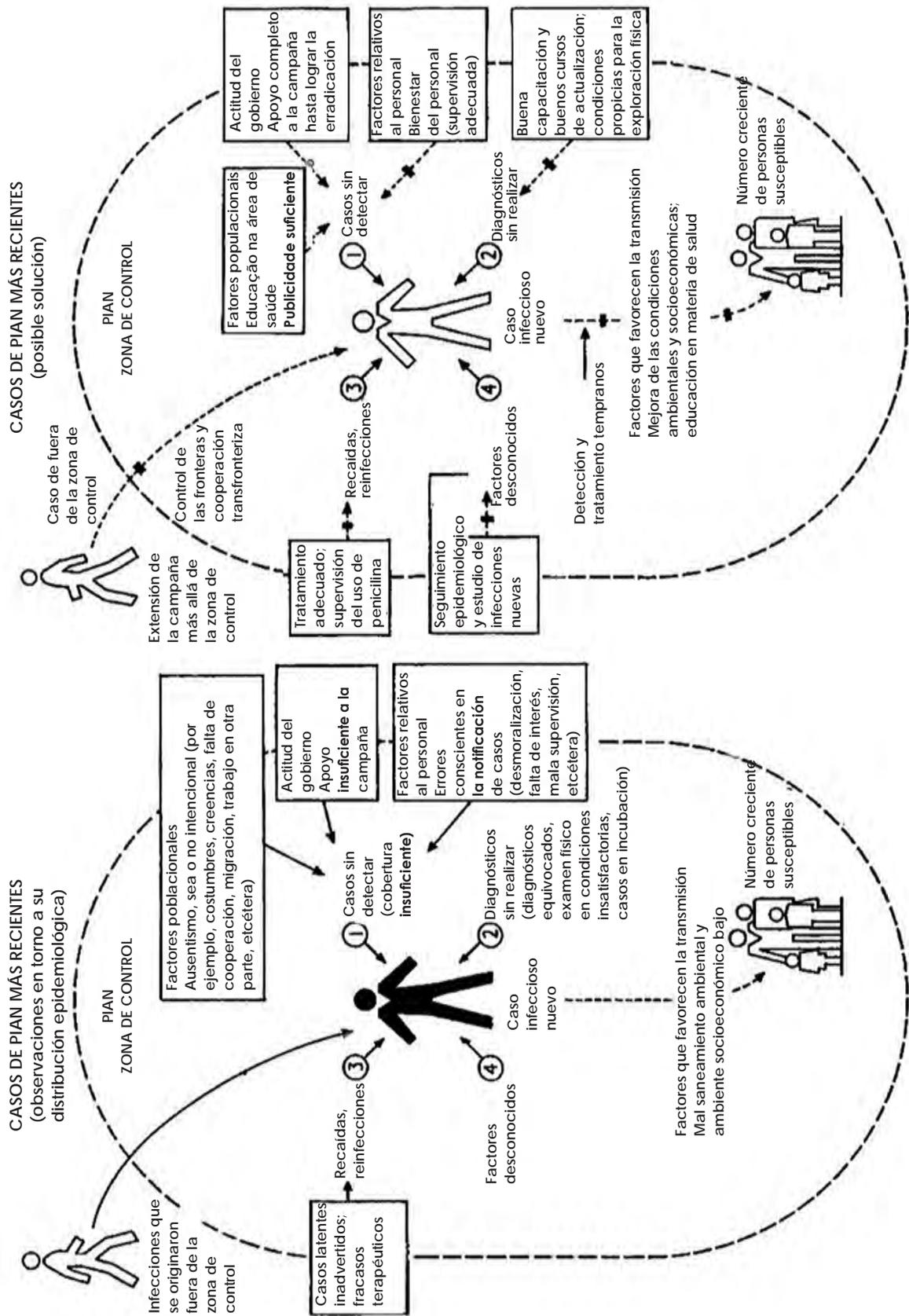


Figura 3. El control del pian, fase de vigilancia en los años cincuenta del siglo XX.

Fuente: referencia 16

## 7. Preparación del expediente del país y presentación a la OMS

Una vez que el programa de erradicación del pian o el ministerio de salud esté plenamente convencido de que se ha logrado interrumpir la transmisión, deberá reunir la documentación en la plantilla ordinaria de la OMS que forma parte del expediente del país (*anexo 3*).

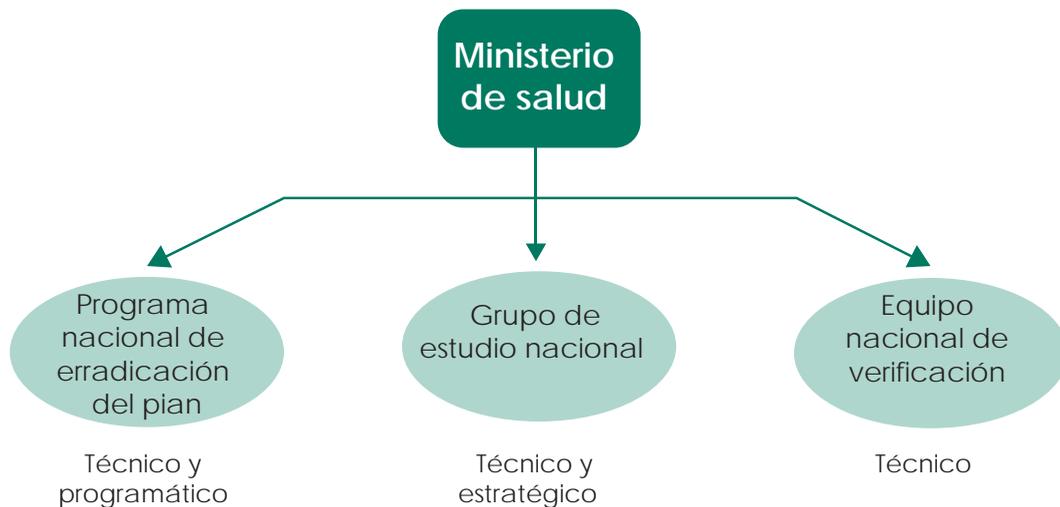
- El país se encargará de iniciar la preparación del expediente y la OMS puede brindar asistencia técnica a solicitud del programa. El proceso de documentación debe iniciarse lo antes posible para que no se pierda ningún dato.
- El expediente debe contener toda la información necesaria para establecer si un país ha satisfecho los requisitos para la verificación de que la transmisión se ha interrumpido.
- El programa debe presentar el expediente (dos copias impresas y una copia electrónica), por conducto de la oficina de la OMS en el país, a los puntos focales encargados del pian en la oficina regional de la OMS que corresponda y en la Sede.

## 8. Estructuras para la erradicación del pian en los países y en el mundo entero

En el plano nacional, cada país endémico puede examinar la posibilidad de establecer :

- un programa nacional para la erradicación del pian como parte del programa nacional contra las ETD;
- un grupo de estudio nacional que proporcione asesoramiento técnico y orientación estratégica en torno a las actividades de erradicación del pian; y
- un equipo de verificación nacional que verifique la interrupción local de la transmisión en un inicio; en la figura 4 se presenta una posible estructura para la erradicación del pian a nivel de cada país.

La figura 4 presenta una posible estructura para la erradicación del pian en el ámbito nacional.



**Figura 4. Posible estructura para la erradicación del pian**

Fuente: referencia 5

A escala mundial, el Programa de Erradicación del Pian de la OMS establecerá :

- un grupo consultivo que preste asesoramiento técnico y orientación estratégica en torno a las actividades de erradicación del pian; y
- un equipo internacional de verificación que certifique que los países han satisfecho los criterios relativos a la interrupción de la transmisión. .

## 9. Organización de la visita del equipo internacional de verificación al país

Después del examen del expediente en la sede de la OMS, un equipo internacional de verificación visitará el país. La Secretaría de la OMS, en consulta con sus oficinas regionales y en los países, dará a conocer al ministerio de salud las fechas propuestas para la visita.

- La oficina de la OMS en el país, en consulta con el ministerio de salud y el grupo de estudio nacional del programa de erradicación del pian o del programa de enfermedades tropicales desatendidas, constituirá un equipo nacional para planificar la visita. El equipo nacional apoyará al equipo internacional de verificación con las visitas sobre el terreno y también lo ayudará durante las interacciones con los miembros de la comunidad. Es preciso conservar todos los informes reunidos en los niveles nacional y regional y en los distritos y establecimientos de salud para que los examine el equipo internacional de verificación.
- Dicho equipo orientará a los funcionarios del ministerio de salud y otros asociados en materia de erradicación del pian (programa preparado con antelación).
- Después de las visitas sobre el terreno, el equipo internacional de verificación se reunirá con los funcionarios del ministerio de salud y otros interesados directos para presentar sus resultados.

# 10. Orientación para el equipo internacional de verificación

El proceso formal de verificar la interrupción de la transmisión del pian en un país se debe llevar a cabo de acuerdo con un método uniforme, a saber:

- a preparación y revisión de los expedientes y la retroalimentación al respecto;
- el reconocimiento público por la OMS de la comprobación y certificación; y
- la determinación de qué actividades deberán continuarse después de la verificación y certificación de un país.

Los pasos para verificar la interrupción de la transmisión y para certificar a los países se formularon sobre la base de la vasta experiencia de los programas de erradicación de la dracunculosis y la poliomielitis y, en fecha más reciente, del programa de erradicación del pian en la India.

## 10.1 Integrantes del equipo

Habida cuenta de que la erradicación del pian es un objetivo mundial, la interrupción de su transmisión en un país debe ser verificada por un equipo internacional de verificación. La sede de la OMS tendrá la responsabilidad de nombrar a los integrantes del equipo.

- Los integrantes no deben ser ciudadanos del país en consideración ni haber participado en las actividades de eliminación del pian dentro del país. En cambio, sí pueden pertenecer al equipo de verificación local los expertos del país de interés que no tengan vínculos con el programa.
- El equipo puede componerse de especialistas en pian, dermatología, salud pública, epidemiología, ciencias de laboratorio y la certificación en torno a las enfermedades.
- Es preciso lograr una representación geográfica suficiente y un buen equilibrio de género.
- Los integrantes deben firmar el formulario de declaración de intereses de la OMS.
- Los funcionarios de la OMS que sean los coordinadores de las actividades en torno al pian en las oficinas de los países, las oficinas regionales y la sede constituirán la secretaría que dará apoyo al equipo internacional de verificación.
- La secretaría puede reunir a los miembros del equipo internacional de verificación mediante videoconferencias, teleconferencias o reuniones presenciales.
- Los funcionarios de la OMS no deben influir en el proceso de revisión ni en la formulación de observaciones, sugerencias o recomendaciones, salvo para prestar apoyo administrativo y logístico.

## 10.2 Procedimientos relativos al examen de los expedientes

- OLos miembros del equipo elegirán un presidente entre sus integrantes (si no han propuesto a nadie todavía).
- Esa persona se ocupará de presidir las reuniones, y de coordinar y preparar los informes.
- Los integrantes del equipo examinarán el expediente sin que medie ningún conflicto de intereses, observando en todo momento las prácticas éticas más rigurosas.

- Los integrantes del equipo pueden deliberar por videoconferencia, teleconferencia o en reuniones presenciales.
- Una visita al país en consideración será planificada por el equipo internacional de verificación para verificar los datos probatorios presentados en el expediente.

### 10.3 Retroalimentación en torno al expediente

- El equipo internacional de verificación enviará sus observaciones y recomendaciones a la OMS para que esta proceda al siguiente paso.
- La OMS resumirá las observaciones y recomendaciones del equipo internacional de verificación y se las transmitirá al país de interés.
- Si fuera necesario, se le pedirá más información o cualquier aclaración al país.
- Se planificará una visita al país de interés para verificar la evidencia, de conformidad con las recomendaciones del equipo internacional de verificación.

# 11. Visita del equipo internacional de verificación al país

Los objetivos de las visitas del equipo internacional de verificación son comprobar de primera mano los datos notificados y evaluar la calidad del sistema de vigilancia del país que declara haber interrumpido la transmisión.

## 11.1 Preparación

El calendario de la visita del país y el plan detallado de selección de estados, regiones, provincias, distritos y pueblos serán decididos por el equipo internacional de verificación en consulta con la Secretaría de la OMS, las oficinas regionales y en los países, y el ministerio de salud.

- El personal de la oficina de la OMS en el país procurará que estén preparados todos los aspectos logísticos y prestará asesoramiento sobre los mejores métodos para evaluar las zonas poco accesibles donde pueda haber problemas de seguridad.
- La Secretaría de la OMS y los miembros del equipo internacional de verificación examinarán juntos los aspectos logísticos de la visita, la selección de las zonas para las visitas sobre el terreno, y las herramientas para la obtención de los datos; definirán, además, los últimos detalles de los métodos que se usarán. Las herramientas de recogida de datos o los cuestionarios normalizados pueden adaptarse a situaciones particulares en el país que se visitará.
- La OMS se encargará de obtener la acreditación de seguridad de las Naciones Unidas cuando haga falta.
- Pueden crearse diferentes equipos secundarios (según el tamaño del país y la composición del equipo) para que lleven a cabo la visita sobre el terreno. Los equipos secundarios estarán integrados por miembros de la comunidad internacional con la participación de la Secretaría de la OMS, expertos nacionales y personal del programa. Estos equipos o equipos secundarios tendrán el apoyo de las autoridades y trabajadores de salud locales, quienes servirán de guías durante la visita y ayudarán a traducir.
- Los programas para las sesiones de orientación, las visitas sobre el terreno y las sesiones de rendición de informes serán preparados con antelación por la Secretaría de la OMS, en consulta con el programa nacional, y comunicados al equipo internacional de verificación.

## 11.2. Reuniones con funcionarios del Ministerio de Salud y los interesados directos

Durante la visita al país, los miembros internacionales y nacionales del equipo se reunirán, en primera instancia, con los funcionarios de la oficina de la OMS en el país; los funcionarios del ministerio de salud; los representantes del programa nacional contra el pian y los interesados directos que corresponda para dialogar acerca de los objetivos de la visita y ultimar el programa tentativo y las herramientas de recopilación de datos que se usarán en las visitas sobre el terreno. El equipo internacional de verificación también puede pedir aclaraciones o cualquier otra información que haga falta para culminar debidamente el proceso de verificación.

El equipo internacional de verificación también puede visitar otros establecimientos o instituciones que participen en actividades para la eliminación del pian (por ejemplo, los laboratorios de referencia, las escuelas de formación de personal de salud y los centros de investigación) con el propósito de recoger más información.

### 11.3. Resultados de la visita sobre el terreno

Durante las visitas sobre el terreno, los equipos visitarán a las autoridades de salud regionales y distritales, los hospitales distritales, los centros de salud, los prestadores de atención médica del sector privado (dermatólogos y otros médicos), las instituciones de formación de personal de salud, las escuelas primarias y las comunidades. También recopilarán información acerca de lo siguiente:

- datos demográficos y socioeconómicos (regionales y distritales);
- el sistema de salud (público y privado);
- el personal de salud;
- el acceso a los servicios de salud, sobre todo en las zonas rurales remotas;
- la coordinación entre los diversos funcionarios del sistema de salud y de otros sistemas;
- las instituciones de formación de personal de salud y los establecimientos de salud;
- los registros y documentos (registros de casos de pian y de casos rumorados; informes mensuales y registros de encuestas serológicas; el sistema de recompensas; las actividades de información, educación y comunicación y los materiales didácticos).

Los equipos también deben:

- verificar los datos o la información suministrada en el expediente del país;
- realizar pruebas clínicas y serológicas (de ser necesario) en escuelas y comunidades seleccionadas aleatoriamente para detectar cualquier caso presunto de pian;
- evaluar el sistema de vigilancia para detectar cualquier caso autóctono o importado;
- examinar la eficiencia de la supervisión y del seguimiento de las actividades de erradicación del pian;
- examinar el sistema integrado de vigilancia epidemiológica;
- evaluar las actividades y los materiales de información, educación y comunicación en torno al pian;
- evaluar los conocimientos de los escolares, profesores, miembros de la comunidad y trabajadores de salud acerca del pian; y
- determinar lo que se sabe acerca de cualquier sistema de recompensa y la cantidad ofrecida por un caso confirmado.

### 11.4. Informe preliminar de las visitas

Al final de la visita al país, el equipo internacional de verificación presentará sus resultados en un informe preliminar (véase el formato sugerido en el anexo 2). El informe se usará para rendir cuentas a los funcionarios del ministerio de salud, a la oficina de la OMS en el país y a los interesados directos que corresponda.

En un plazo de dos meses como máximo, el equipo internacional de verificación acabará el informe preliminar y se lo comunicará al ministerio de salud. En el informe:

- se pondrá de relieve cualquier discrepancia entre la información suministrada en el expediente del país y las averiguaciones del equipo internacional de verificación;
- se señalará si el país ha satisfecho o no los criterios para la interrupción de la transmisión;
- se recomendará al país si hay que llevar a cabo cualquier otra actividad para interrumpir la transmisión y conseguir la certificación;
- cuando el equipo esté seguro de que el país ha interrumpido la transmisión, se aclarará:
  - si el riesgo de que la infección se restablezca o reintroduzca es mínimo o elevado;
  - si el sistema de vigilancia del país tiene la capacidad para detectar cualquier caso autóctono o importado; y
  - si hay necesidad de mantener la sensibilización pública y un sistema de notificación de 0 casos como parte de las actividades integradas contra otras enfermedades tropicales desatendidas.

## 12. Reconocimiento de la verificación de que la transmisión se ha interrumpido

- El equipo internacional de verificación presentará su informe final a la OMS. Dicho informe será examinado por el organismo que proceda (el Grupo consultivo estratégico y técnico para enfermedades tropicales desatendidas de la OMS o un equipo internacional de certificación) y se le harán las recomendaciones del caso al Director General de la OMS.
- Al ministerio de salud se le enviará una carta del Director General de la OMS para reconocer formalmente la interrupción de la transmisión (ausencia de pian).
- En la carta también se indicarán las actividades esenciales que deberán continuarse hasta que todos los países endémicos logren interrumpir la transmisión del pian.
- La sede de la OMS procederá a cambiar la situación del país en lo referente a la endemidad del pian en el Observatorio Mundial de Salud.

Cabe señalar que la situación en que se notifican 0 casos de la enfermedad puede revertirse en cualquier momento, fenómeno que solo puede detectarse mediante un sistema de vigilancia eficaz.

## 13. Actividades esenciales que deberán continuarse después de la certificación

- Los países deberán seguir llevando a cabo actividades de sensibilización y vigilancia en la fase posterior a la eliminación hasta que se haya logrado la erradicación a escala mundial.
- Una vez que han satisfecho los criterios para la certificación, los países deberán confirmar que cuentan con un sistema de vigilancia y respuesta adecuado para prevenir la reintroducción del pian y la posible transmisión local está plenamente establecida.
- Los países deberán notificar periódicamente el número de casos a la OMS, aunque la notificación sea de 0 casos.

# Referencias y bibliografía

## Referencias

1. Giacani L, Lukehart SA. The endemic treponematoses. *Clin Microbiol Rev.* 2014;89–115. doi:10.1128/cmr.00070-13.
2. Hill KR. Non-specific factors in the epidemiology of yaws. *Bull World Health Organ.* 1953;8:17–47.
3. Guthe T. Endemic treponematoses. *Acta Derm Venereol.* 1964;44:169-79.
4. Organización Mundial de la Salud. Yaws eradication: epidemiological situation [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<http://www.who.int/yaws/epidemiology>).
5. Eradication of yaws – the Morges Strategy. *Wkly Epidemiol Rec.* 2012;87:189–200 (<http://www.who.int/wer/2012/wer8720.pdf>).
6. Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en enfermedades venéreas y treponematoses: quinto informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1960 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 190).
7. Organización Mundial de la Salud. Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases: a roadmap for implementation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70809/1/WHO\\_HTM\\_NTD\\_2012.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70809/1/WHO_HTM_NTD_2012.1_eng.pdf)).
8. Organización Mundial de la Salud. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, ante la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/dg/speeches/2016/wha-69/es/>).
9. Organización Mundial de la Salud. Report of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases. Abril del 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([http://www.who.int/neglected\\_diseases/NTD\\_STAG\\_Report\\_2012.pdf](http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_Report_2012.pdf)).
10. Organización Mundial de la Salud. Generic framework for control, elimination and eradication of neglected tropical diseases. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205080/1/WHO\\_HTM\\_NTD\\_2016.6\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205080/1/WHO_HTM_NTD_2016.6_eng.pdf)).
11. Samame GE. Treponematoses eradication, with special reference to yaws eradication in Haiti. *Bull World Health Organ.* 1956;15:897–910 ([http://www.who.int/yaws/resources/1965\\_International\\_Work\\_in\\_Endemic\\_Treponematoses\\_and\\_Venereal\\_Infections\\_1948\\_1963.pdf](http://www.who.int/yaws/resources/1965_International_Work_in_Endemic_Treponematoses_and_Venereal_Infections_1948_1963.pdf)).
12. Organización Mundial de la Salud. Status of endemicity for yaws: data by country. En: *Global Health Observatory data repository* [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.NTDYAWSEND?lang=en>, consultado en junio del 2017).
13. Friedrich MJ. WHO declares India free of yaws and maternal and neonatal tetanus. *JAMA.* 2016;316:1141. doi:10.1001/jama.2016.12649.
14. Anselmi M, Moreira J-M, Caicedo C, Guderian R, Tognoni G. Community participation eliminates yaws in Ecuador. *Trop Med Int Health.* 2003;80:634–8. doi:10.1046/j.1365-3156.2003.01073.
15. Hernandez L. Report of yaws re-mapping surveys and next steps in the Philippines. En: *Seventeenth meeting of the Regional Programme Review Group on Neglected Tropical Diseases in the Western Pacific*, 15 y 16 de junio del 2017; Siem Reap, Camboya. p. 13.
16. Organización Mundial de la Salud. International work on endemic treponematoses and venereal infections. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1965 ([http://www.who.int/yaws/resources/1965\\_International\\_Work\\_in\\_Endemic\\_Treponematoses\\_and\\_Venereal\\_Infections\\_1948\\_1963.pdf](http://www.who.int/yaws/resources/1965_International_Work_in_Endemic_Treponematoses_and_Venereal_Infections_1948_1963.pdf)).

## Bibliografía

Ayove T, Houniei W, Wangnapi R, Bieb SV, Kazadi W, Lisol-Nirau et al. Sensitivity and specificity of a rapid point-of-care test for active yaws: a comparative study. *Lancet Glob Health*; 2014;2:e415–e421. doi:10.1016/S2214-109X(14)70231-1.

Certification of dracunculiasis eradication: criteria, strategies, procedures. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996 (WHO/FIL/96.188; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63434/1/WHO\\_FIL\\_96.188.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63434/1/WHO_FIL_96.188.pdf)).

Smith J, Leke R, Adams A, Tangermann RH. Certification of polio eradication: process and lessons learned. *Bull World Health Organ*. 2004;82:24–30.

Organización Mundial de la Salud. Criteria for the certification of dracunculiasis eradication. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996 (WHO/FIL/96.197 Rev.1; [http://www.who.int/dracunculiasis/resources/Criteria\\_for\\_certification\\_dracunculiasis\\_1996.pdf](http://www.who.int/dracunculiasis/resources/Criteria_for_certification_dracunculiasis_1996.pdf)).

Organización Mundial de la Salud. Report of the second meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis. Ginebra: Programa Mundial de Vacunas e Inmunización de la Organización Mundial de la Salud; 1998 (Contrato No. 3).

Organización Mundial de la Salud. Eradication of dracunculiasis: guidelines for international certification teams. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 (WHO/CDS/DRA/2000.12; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112772/1/WHO\\_CDS\\_CEE\\_DRA\\_2000.12-REV.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112772/1/WHO_CDS_CEE_DRA_2000.12-REV.1_eng.pdf)).

# ANEXOS

## Anexo 1. Definiciones operativas

Se recomienda que el programa use las siguientes definiciones para mantener la uniformidad en la notificación de los casos y en la gestión de datos, así como para facilitar la verificación y el proceso de certificación. Durante una reunión sobre la erradicación del pian que se celebró en la sede de la OMS (Ginebra, 2013) se sugirieron, por razones operativas, algunos cambios menores en las definiciones descritas en la estrategia de Morges en el 2012.

- **Caso confirmado de pian:** Caso infeccioso, con presuntos signos clínicos de la enfermedad, confirmado mediante dos resultados serológicos positivos (o bien positividad doble en la prueba con plataforma de dos vías [DPP], o bien positividad en la prueba de hemaglutinación de anticuerpos contra *T. pallidum* [HATP] o en la de aglutinación de partículas sensibilizadas con *T. pallidum* [ATP], además de positividad en la prueba rápida de reagin plasmática [RPR]). La reacción en cadena de la polimerasa (PCR por su sigla en inglés) se puede usar durante la fase de ejecución para observar la resistencia a la azitromicina, pero no es parte esencial de la definición de un caso.<sup>1</sup>
- **Caso importado:** Caso proveniente de una zona donde el pian es endémico o lo ha sido en el pasado y que tiene lesiones infecciosas; estas pueden confirmarse mediante la obtención de resultados serológicos positivos en la prueba DPP (treponémica y no treponémica).
- **Caso índice:** Primer caso confirmado de pian que se detecta en una comunidad.
- **Caso presunto de pian:** Persona de cualquier edad que vive o ha vivido en una zona donde hay endemia o donde la hubo anteriormente y que presenta signos clínicos compatibles con el pian (cuadro A1).
- **Contacto:** Persona que vive con un caso de pian infeccioso o que tiene con este un trato cercano y frecuente. Para fines de la erradicación del pian, los contactos son los integrantes del hogar, los compañeros de escuela o los compañeros de juego más cercanos.
- **Éxito terapéutico (curación):** Un caso de pian infeccioso que recibió una sola dosis oral de azitromicina (o una inyección de bencilpenicilina benzatínica) con la que sanaron por completo las lesiones activas a más tardar 4 semanas después del tratamiento puede denominarse un caso "curado".
- **Fracaso terapéutico:** Caso infeccioso de pian, confirmado mediante pruebas serológicas, sin muestras de mejoría clínica (lesiones cutáneas persistentes) cuatro semanas después de haber recibido una dosis oral única de azitromicina (o una inyección de bencilpenicilina benzatínica).
- **País endémico anteriormente:** País que solía notificar casos de pian pero que ha eliminado la enfermedad o que carece de datos actualizados.
- **País endémico:** País donde hay al menos un caso infeccioso autóctono confirmado.
- **Proporción de éxitos terapéuticos (proporción de curaciones):** Resultado de dividir el número de pacientes cuyas lesiones han sanado por completo por el número total tratado por lesiones infecciosas, presuntas o confirmadas, de pian.
- **Proporción de fracasos terapéuticos:** Resultado de dividir el número de pacientes con lesiones persistentes por el total de los casos tratados.
- **Pueblo endémico anteriormente:** Pueblo que solía notificar casos de pian pero que ya no está notificando casos autóctonos confirmados.

---

<sup>1</sup> Durante la vigilancia en la fase posterior a la notificación de 0 casos, se considera confirmado todo caso presunto con resultados positivos tanto en la prueba serológica de dos vías como en la RCP para la detección de *T. pallidum* subsp. pertenue en el contenido de las lesiones.

- **Pueblo endémico:** Pueblo que tiene por lo menos un caso infeccioso autóctono confirmado.
- **Pueblo no endémico:** Pueblo que nunca ha notificado un solo caso autóctono de pian.
- **Tratamiento de toda la comunidad (TTC):** Tratamiento de todas las personas que lo necesitan en una comunidad endémica con una dosis única de azitromicina (30 mg por kg de peso corporal; 2 g como máximo).
- **Tratamiento focalizado total (TFT):** Tratamiento de todos los casos nuevos (incluidos los importados) y sus contactos (integrantes del hogar, amigos que frecuentan a la familia, compañeros de la escuela, compañeros de juego, etc.) con una dosis única de azitromicina.
- **Unidad de ejecución:** La unidad de ejecución será flexible; cubre a una población de 100 000 a 250 000 residentes de un territorio donde se sabe que hay pueblos endémicos.
- **Unidad de evaluación:** Unidad administrativa definida que puede estar compuesta de una o varias unidades de ejecución.

**Cuadro A1.** Clasificación clínica del pian<sup>1</sup>

Lesiones tempranas del pian		
Lesión inicial	Papiloma	+++
Papilomas múltiples	Papilomas múltiples	+++
Papilomas múltiples ulcerosos		+++
Úlceras		+++
Máculas	Máculas escamosas	+
Maculopápulas	Maculopápulas	++
Pápulas	Micropápulas escamosas	++
Micropápulas	Micropápulas polimorfas	++
Nódulos		+
Placas		+
Hiperqueratosis	Hiperqueratosis plantares y palmares	-
Lesiones óseas y articulares	Polidactilitis Osteoperiostitis	-
Lesiones tardías del pian		
Hiperqueratosis	Estas lesiones pueden ser las mismas tanto en la etapa temprana como en la tardía.	-
Nódulos	Cicatrices	-
Nódulos ulcerosos	Rinofaringitis mutilante ("gangosa")	-
Placas	Osteoperiostitis	-
Lesiones óseas y articulares	Tibia en sable, osteítis maxilar paranasal hipertrófica (gundú, facies característica)	-
Nódulos yuxtaarticulares		-

- Ninguna; + Alguna; ++ Alta; +++, Muy alta

<sup>1</sup> Adaptado de: Perine PL, Hopkins DR, Niemel PLA, St John RK, Causse G, Antal GM. Handbook of endemic treponematoses: yaws, endemic syphilis and pinta. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1984.

## Anexo 2. Formato para el informe del equipo internacional de verificación

1. Resumen
2. Antecedentes
3. Atribuciones del equipo internacional de verificación
4. Integrantes del equipo (internacional y nacional)
5. Métodos
6. Programa
7. Actividades
8. Reuniones con funcionarios de salud a nivel central o nacional
9. Visitas sobre el terreno a determinados estados o zonas del país, distritos, establecimientos de salud o pueblos
10. Resultados y observaciones generales en torno al estado de desarrollo socioeconómico y sanitario
11. Resultados específicos para cada zona del país, estado, establecimiento de salud o pueblo
12. Puntos fuertes y carencias del programa
13. Conclusiones
14. Recomendaciones
15. Referencias
16. Lista de personas clave visitadas
17. Agradecimientos
18. Anexos

## Anexo 3. Expediente del país

Como parte de la erradicación mundial del pian, la presente plantilla tiene por objetivo ayudar a los países a preparar un expediente para solicitar que la OMS verifique y certifique la interrupción de la transmisión del pian en países que eran endémicos anteriormente.

### Características del país

- Características generales del país en términos demográficos, económicos y de desarrollo
- Estructura política y de gobernanza
- Estructura administrativa: estado, provincia, región, distrito, subdistrito, pueblo, caserío, etcétera.
- Población de las zonas urbanas y rurales
- Servicios sociales: agua y saneamiento, electricidad, caminos y transportes, especialmente en las zonas rurales
- Sistema escolar, sobre todo del nivel primario

### Sistema de salud

- Política sanitaria nacional, gobernanza del sector de la salud, financiamiento del sector de la salud
- Número total y tipos de establecimientos de salud y su distribución
- Personal de salud y su distribución
- Instituciones de capacitación del personal de salud
- Estructura del sector sanitario público y actividades básicas
- Estructuras comunitarias para la prestación de servicios formales e informales
- Servicios de laboratorio

### Historia de pian en el país

- Antecedentes de pian e intentos anteriores por eliminar la enfermedad
- Distribución geográfica de la enfermedad
- Logros y fracasos

### Programa de erradicación del pian

- Antecedentes de los programas nacionales para la erradicación del pian
- Estructura y organización de las actividades en todos los niveles
- Política, meta y objetivos del programa
- Características epidemiológicas y distribución (mapas)
  - Sistema de vigilancia
  - Indicar qué pruebas serológicas se usaron (nombre de la prueba y del fabricante) y qué programa de garantía de calidad se tenía para ellas
- Existencia de un sistema para la verificación serológica

- Actividades emprendidas para reducir a 0 los casos notificados (si antes había endemia), con cronogramas
- Actividades de vigilancia posteriores a la notificación de 0 casos, incluidas las encuestas serológicas
- Actividades de sensibilización posteriores a la notificación de 0 casos, investigación de rumores y sistema de recompensas
- Asuntos transfronterizos y de migración
- Informes independientes y recomendaciones de los equipos de seguimiento nacionales e internacionales
- Función de los asociados en las actividades para la eliminación del plan

## Referencias

Incluya las referencias bibliográficas de todas las fuentes, publicadas o inéditas, citadas en el informe.

## Lista de abreviaturas

Proporcione una lista con las definiciones de todas las abreviaturas usadas en el expediente.

## Anexo 4. Cuestionario de respaldo a la solicitud de verificación

País o territorio:		
¿Alguna vez se han notificado casos de pian autóctonos en su país?	SI	NO
En caso NEGATIVO	DETÉNGASE AQUÍ Y FIRME EL DOCUMENTO	
En caso AFIRMATIVO, ¿hace cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> De 3 a 10 años <input type="checkbox"/> Más de 10 años	
¿Sigue siendo el pian una enfermedad de notificación obligatoria?	SI	NO
En caso afirmativo, ¿tiene el sistema de vigilancia la capacidad para detectar un caso de pian?	SI	NO
¿Cómo se notifican los casos de pian en el sistema de vigilancia o de información de salud que existe actualmente?		
¿Con qué se confirman los casos notificados?:		
1) pruebas serológicas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) PCR?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se realizan encuestas o tamizajes con periodicidad?	SI	NO
¿Hay algún riesgo de que el pian se reintroduzca desde los países vecinos?		
Cualquier información adicional		

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Cargo : \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 5. Declaración de la situación de endemividad del pian (países del grupo B)

### DECLARACIÓN DE LA SITUACIÓN DE ENDEMICIDAD DEL PIAN

(País del grupo B)

\_\_\_\_\_  
El Gobierno de  
\_\_\_\_\_\*

por la presente declara que el país o territorio tuvo casos autóctonos de pian en los años cincuenta.

Esta declaración se acompaña de un cuestionario debidamente llenado. Hemos revisado las fuentes bibliográficas nacionales, el sistema de vigilancia y un informe detallado sobre la medida en que ha existido el pian en el país o territorio y nuestra conclusión es la siguiente:

No encontramos indicios de que la enfermedad se siga transmitiendo.

No podemos llegar a la conclusión de que la enfermedad haya dejado de transmitirse.

El Gobierno de \_\_\_\_\_\* tiene a su cargo las relaciones internacionales (como se indica a continuación y en el mapa adjunto proporcionado por el Gobierno).

En testimonio de lo cual firmo la presente declaración para presentarla a la Organización Mundial de la Salud en espera de mayor orientación.

Firmado en (lugar): \_\_\_\_\_ el (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(\* ) Incluir el nombre del país.

# Anexo 6. Declaración de la condición de país exento de pian (países del grupo C)

## DECLARACIÓN DE LA SITUACIÓN DE ENDEMICIDAD DEL PIAN

(País del grupo C)

\_\_\_\_\_  
El Gobierno de

\_\_\_\_\_  
\*

por la presente declara que en este país y su territorio nunca ha habido casos autóctonos de pian.

El Gobierno de \_\_\_\_\_\* es el responsable de la declaración.

EN TESTIMONIO de lo cual firmo la presente declaración para presentarla a la Organización Mundial de la Salud.

Firmado en (lugar): \_\_\_\_\_ el (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(\* ) Poner el nombre del país.

# Anexo 7. Formulario para la investigación de un caso

País: \_\_\_\_\_ Provincia o región: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del padre:</b>		<b>Nombre de la madre:</b>	
<b>Sección A: Datos personales</b>			
1	Nombre del caso:	N° de teléfono:	
2	Número de identificación del caso:		
3	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____	Edad (años): _____	
4	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Comunidad o pueblo	
<b>Sección B: Interrogatorio y exploración física</b>			
5	Duración de la enfermedad (en semanas):		
6	Tratamiento anterior (si lo hubo):		
7	Antecedentes de viaje:		
8	Variantes clínicas del pian ( <i>Consultar la guía visual de la OMS</i> ) <sup>1</sup>		
	<input type="checkbox"/> Papilomas o pápulas <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Máculas	<input type="checkbox"/> Protuberancias óseas y articulares <input type="checkbox"/> Hiperqueratosis palmares y plantares <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
9	Fotografía de la lesión:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Sección C: Diagnóstico</b>			
10	Método de obtención de muestras: <input type="checkbox"/> Sangre obtenida por digitopunción para la prueba treponémica	<input type="checkbox"/> Sangre obtenida por digitopunción para la DPP POC <input type="checkbox"/> Hisopado o raspado de las lesiones para la PCR	
11	Indique los resultados de laboratorio cuando los reciba:		
	<b>Prueba treponémica POC</b> <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No se realizó	<b>RCP</b> <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No se realizó	
	<b>Línea treponémica de la DPP POC o HATP</b> <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado	<b>Línea no treponémica de la DPP POC o RPR</b> <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado	
<b>Sección D: Tratamiento</b>			
12	Tratamiento administrado: fecha (dd/mm/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> Azitromicina (número de comprimidos de 500 mg): _____ <input type="checkbox"/> Bencilpenicilina benzatínica (marque): ____ 0,6 MU ó ____ 1.2 MU <input type="checkbox"/> Otros (sírvase especificar): _____		
<b>Sección E: Conclusiones de la evaluación clínica</b>			
13	<input type="checkbox"/> Caso presunto <input type="checkbox"/> Caso confirmado <input type="checkbox"/> No es un caso de pian		
Notas u observaciones (incluidas las reacciones adversas; diagnóstico y tratamiento de los casos con resultados serológicos negativos):			
Fecha (dd/mm/aaaa): _____		Firma (trabajador de salud)	

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Yaws: recognition booklet for communities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [OMS/HTM/NTD/IDM/2012.3: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75340/1/978924\\_1504096\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75340/1/978924_1504096_eng.pdf)]  
DPP, prueba con plataforma de dos vías (treponémica y no treponémica); MU, millones de unidades; PCR, prueba de reacción en cadena de la polimerasa; POC, en el punto de consulta; RPR, prueba rápida de reagina plasmática; HATP, prueba de hemaglutinación de anticuerpos contra Treponema pallidum.

# El pian puede curarse con una sola dosis de azitromicina oral

Antes del tratamiento



Cuatro semanas después del tratamiento



Fotos: K. Asiedu/OMS

# Aprenda a reconocer el pian en su comunidad



Fotos: 1, 3, 5, 6, 7, 8: Imagenes obtenidas en el plan en Chile. OMS. 4: Campaña contra el pian en el Congo. México de Fotografía. 2, 3, 6: Imagenes obtenidas en el plan en Filipinas. OMS.

Si ve alguna de **estas lesiones**, avísele al **establecimiento de salud más cercano.**





Niño del Congo con las lesiones características: papilomas en el rostro, máculas en las manos y protuberancias óseas en los dedos. Este niño se curó con una sola dosis de azitromicina oral. (Crédito: Médicos sin Fronteras/Epicentre, París (Francia))

El pian afecta principalmente a los niños que viven en comunidades pobres en 14 países de las regiones de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental de la OMS. La erradicación de la enfermedad está prevista para el 2020.

En este documento se dan a conocer los criterios y procedimientos que los países deben observar para verificar la interrupción de la transmisión del pian. Está concebido para que lo usen los equipos internacionales de verificación, los programas nacionales para la erradicación del pian y el personal técnico de la OMS que participa en las actividades de erradicación de la enfermedad.

***La erradicación del pian: procedimientos para verificar y certificar la interrupción de la transmisión*** debe usarse junto con ***las obras tituladas Eradication of yaws: a guide for programme managers y Summary report of consultation on the eradication of yaws, 5–7 March 2012, Morges, Switzerland.***

ISBN 978-92-75-32022-8

