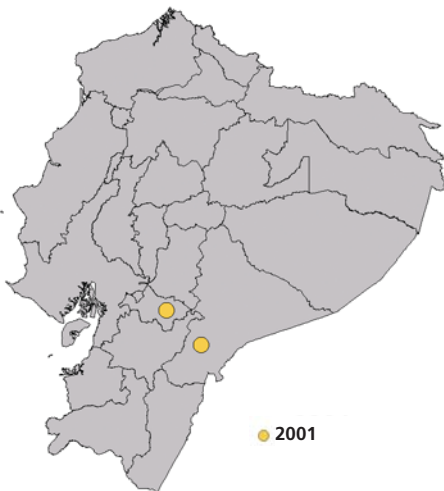


10 Ecuador

Ecuador no reportó casos de rabia humana transmitida por perros en los dos últimos años del estudio (2002-2003).

FIGURA 2. Casos de rabia humana transmitida por perros, Ecuador, 2001-2003.



Situación epidemiológica

Desde 1941, año en el que se notificó el primer caso de rabia en el Ecuador, la enfermedad se diseminó por todo el territorio, excepto la provincia insular de Galápagos, y se constituyó en un importante problema de salud pública. En 1996 el país registró su más grave epidemia de rabia humana, con 65 personas fallecidas y una tasa de mortalidad de 0,58 por 100.000 habitantes, una de las más altas de los países de las Américas (figura 1). Desde entonces se ha logrado una continua reducción del número de casos de la enfermedad, lo que culminó en la ausencia de casos durante el período de 2002 a 2003 (figura 2).

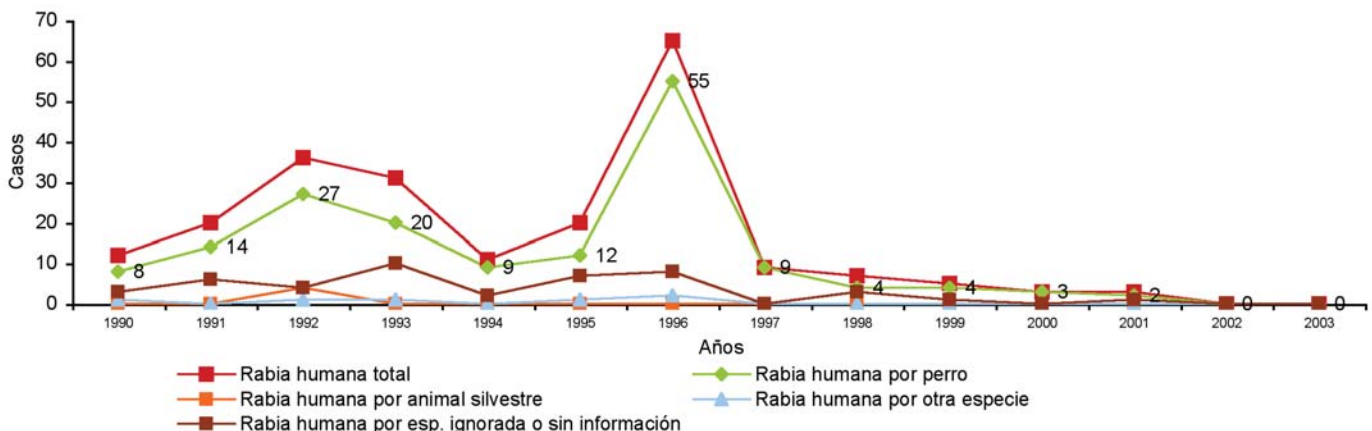
Esta disminución tiene estrecha relación con la tendencia decreciente de la incidencia de rabia canina, que de 1.199 casos registrados en 1996 se redujo a 75 en el 2001 y a 26 y 12 casos en el 2002 y 2003, respectivamente. Esto significa una reducción de la tasa de mortalidad por rabia canina de 70,3 a 0,60 por 100.000 perros, en el período de 1996 a 2003. El

esfuerzo realizado por el país se ha traducido en un cambio epidemiológico importante.

A pesar del avance señalado, aún prevalece la enfermedad en algunas provincias. La información referente al período de 1999 a 2003 permite identificar la circulación viral en la especie canina en algunas áreas de las provincias de Cañar, Azuay, Cotopaxi y Tungurahua principalmente, y de las provincias de Guayas, Manabí, Pichincha y Loja en menor proporción. La actividad vírica en estas áreas mantiene vigente el riesgo de que ocurran casos humanos, de no mediar el acceso y suministro oportuno de tratamiento médico a las personas expuestas.

En el país se ha diagnosticado rabia en otras especies animales que incluyen felinos, bovinos, porcinos, equinos y ovinos ubicadas en zonas urbanas marginales de las grandes ciudades y ciertos sectores rurales. Los casos bovinos, en su mayoría, corresponden a las provincias amazónicas y están asociados al ciclo silvestre de transmisión de la enfermedad.

FIGURA 1. Tendencia de la rabia humana por especie agresora, Ecuador, 1990-2003.



Fuente: OPS de 1990 a 2000 y ministerios de salud de los países de la Región de 2001 a 2003.

Acciones de control

Desde 1996, en cumplimiento de las estrategias del Plan Nacional de Eliminación de la Rabia, el país viene ejecutando acciones orientadas a la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, la vacunación o suero-vacunación de las personas agredidas, el control de 100% de los focos notificados, las campañas intensivas anuales de vacunación canina y la vacunación de mantenimiento.

El análisis de la serie histórica de las coberturas de vacunación canina alcanzadas por el Programa permiten identificar dos situaciones diferentes. Para el primer quinquenio de la década de los noventa, las unidades operativas realizaban campañas extensivas de vacunación a lo largo de todo el año, las que concluían en coberturas de 20 a 40% anual. En el período de 1996 a 2003, en cambio, las campañas fueron de carácter intensivo, con pocos días de duración y una fuerte participación intersectorial e interinstitucional, que se tradujo en coberturas anuales que fluctuaron entre 60 y 100%. La incertidumbre en cuanto a la disponibilidad oportuna y cantidad deseable del biológico, así como la falta de estimaciones confiables de población canina han sido las restricciones principales de esta actividad.

Desde la campaña intensiva de vacunación realizada en octubre de 2003, se estableció como estimador poblacional la relación de 1 perro por 7 habitantes y se mantuvieron coberturas de 95, 85 y 75% en las provincias de alto, mediano y bajo riesgo, respectivamente.

A fines del período estudiado, el control de focos basado en criterios de riesgo epidemiológico contemplaba la vacunación o

revacunación de toda la población canina existente en la parroquia o municipalidad donde habían ocurrido, con una importante movilización de recursos humanos y materiales locales.

Anualmente, un promedio de 10.000 personas agredidas por perros acuden a los centros de salud en busca de atención médica. Un número significativo de ellos corresponde a lesiones ocasionadas por animales callejeros o abandonados. Se utiliza la vacuna de cerebro de ratón lactante (CRL) fabricada en el Instituto de Higiene y Medicina Tropical de Guayaquil. La tasa de abandono de los tratamientos se estima en 10% de los casos y se registra apenas un accidente posvacunal leve de neuritis periférica, por vacuna de CRL. El tratamiento médico y la vacunación antirrábica en particular están descentralizados en el sistema nacional de salud, lo que facilita de esa manera el acceso y una mejor cobertura.

El sistema de vigilancia epidemiológica de la rabia integra el sistema nacional de vigilancia del Ministerio de Salud, así como la red de laboratorios de diagnóstico de rabia localizados en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca y Portoviejo. Limitaciones en cuanto a bioterios y el suministro de ratones impiden realizar la prueba biológica en todas las muestras sospechosas de rabia. La red nacional de laboratorios de rabia coordina con laboratorios de referencia internacional la caracterización antigénica y genética de virus aislados en el campo.

El Ministerio de Salud ha reiterado el compromiso de mantener la ausencia de casos de rabia humana transmitida por el perro eliminando la circulación del virus rábico en esta especie animal,

asegurando los recursos necesarios para la provisión de inmunobiológicos de uso humano y veterinario, controlando eficientemente los focos y fortaleciendo la vigilancia epidemiológica, incluso para la rabia silvestre, en el contexto de una estrategia de descentralización operativa y de activa participación comunitaria.