

Enfermedad de Chagas: control y eliminación

Informe de la Secretaría

1. El objetivo de eliminar la transmisión de la enfermedad de Chagas para 2010, fijado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA51.14, no se alcanzará, y la enfermedad se está propagando más allá de las zonas en las que inicialmente era endémica. En el presente informe se describe la situación actual de la enfermedad de Chagas, y en particular su reciente propagación en países no endémicos debido al gran aumento de la movilidad de la población.

LA ENFERMEDAD

2. La enfermedad de Chagas, también llamada tripanosomiasis americana, descubierta por el Dr. Carlos Chagas hace un siglo, en 1909, se debe a la infección por el parásito *Trypanosoma cruzi*. Se calcula que en todo el mundo hay entre 16 y 18 millones de personas infectadas por el parásito, de las cuales cada año mueren 50 000. Hay transmisión local de la enfermedad de Chagas en la Argentina, Belice, Bolivia, el Brasil, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Guyana Francesa, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Bolivariana de Venezuela y Suriname. Debido a la migración, el número de casos ha aumentado en Europa y los Estados Unidos de América, y este aumento plantea riesgos adicionales de transmisión a través de las transfusiones de sangre y los trasplantes de órganos.

3. Los triatominos viven en viviendas deficientes desde el sur de la Argentina hasta el sur de los Estados Unidos de América, y encuentran un hábitat favorable en grietas de las paredes y techos de casas de construcción deficiente en las zonas rurales y en los barrios de tugurios de la periferia de las ciudades. Los insectos se infectan al picar a animales o personas ya infectadas por el parásito. Las personas pueden infectarse por *T. cruzi* de varias formas: tocándose los ojos, la boca o heridas abiertas después de haber estado en contacto con heces de triatominos infectados o ingiriendo alimentos no cocinados contaminados por heces de triatominos; los insectos también pueden depositar sus heces directamente en los ojos; las madres pueden transmitir *T. cruzi* a sus hijos durante el embarazo o el parto, y el parásito puede transmitirse a través de transfusiones de sangre o trasplantes de órganos contaminados.

4. El riesgo de infección por *T. cruzi* está directamente relacionado con la pobreza. La migración de las zonas rurales a las ciudades que se produjo en Latinoamérica en los años setenta y ochenta modificó las características epidemiológicas tradicionales de la enfermedad de Chagas, convirtiéndola en una infección urbana que puede transmitirse por transfusiones de sangre. Las tasas de contaminación en los bancos de sangre de algunas ciudades del continente americano oscilan entre el 3% y el 53%, lo cual indica que la prevalencia de la sangre contaminada por *T. cruzi* puede ser superior a la del VIH y los virus de la hepatitis B y C en los bancos de sangre.

5. La enfermedad humana tiene dos fases: una aguda, en la que los síntomas aparecen poco después de la infección, y otra crónica, en la que los síntomas aparecen tras un periodo silente que puede durar varios años. En la fase crónica, las lesiones afectan de forma irreversible a órganos internos, como el corazón, el esófago o el colon, y al sistema nervioso periférico. Tras varios años de infección asintomática, el 27% de los casos infectados presentan manifestaciones cardíacas (que pueden producir muerte súbita), el 6% lesiones del aparato digestivo (fundamentalmente megavísceras), y el 3% afectación del sistema nervioso periférico.

6. Dos fármacos constituyen la base del tratamiento de la enfermedad en la fase aguda: el nifurtimox y el benznidazol. El tratamiento podría mejorarse con medicamentos o formulaciones (por ejemplo, formulaciones pediátricas) más seguras y eficaces. Hay cada vez más pruebas de que el tratamiento de los pacientes tras la fase aguda podría evitar complicaciones y reducir su gravedad.

LOGROS

7. Las iniciativas intergubernamentales para mejorar el control de la enfermedad de Chagas en Latinoamérica, basadas en el control de los vectores y el tratamiento de los casos, son: la Iniciativa del Cono Sur para controlar/eliminar la enfermedad de Chagas, iniciada en Brasilia en 1991 (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay); la Iniciativa de los Países Andinos para controlar la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas, iniciada en 1997 (Colombia, Ecuador, Perú y República Bolivariana de Venezuela); la Iniciativa de los Países de Centroamérica para el control de la transmisión vectorial y transfusional y la atención médica de la enfermedad de Chagas, creada en 1997 (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), y la Iniciativa de los Países Amazónicos para la vigilancia y el control de la enfermedad de Chagas, iniciada en 2005 (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Perú, República Bolivariana de Venezuela y Suriname).

8. En los últimos decenios se han alcanzado importantes logros, pero la situación difiere mucho de una zona a otra. En países como el Brasil se han observado reducciones importantes del número de casos agudos y de las poblaciones de triatominos intradomiciliarios. El número estimado de muertes anuales en todo el mundo ha disminuido de 45 000 en 1990 a 12 500 en 2006, mientras que el número estimado de infecciones ha disminuido de 30 millones a 15 millones. La incidencia anual durante este periodo de 16 años ha disminuido de 700 000 a 41 000. La carga de la enfermedad de Chagas ha disminuido de 2,8 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad a menos de 500 000.

9. En 2005 la enfermedad de Chagas se incorporó a la clasificación OMS de enfermedades tropicales desatendidas con el fin de fomentar acciones de promoción y medidas de control sinérgicas con otras enfermedades igualmente desatendidas.

10. Enfrentada a la propagación y globalización de la enfermedad, la OMS creó en julio de 2007 una Red Mundial para la Eliminación de la Enfermedad de Chagas, con el fin de dar una perspectiva mundial a un problema esencialmente latinoamericano. Una de las primeras iniciativas de esta red fue la Iniciativa de Países no Endémicos, destinada a complementar las iniciativas intergubernamentales latinoamericanas ya existentes, y en la que participan varios países europeos (Bélgica, España, Francia, Italia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suiza), los Estados Unidos de América y el Japón.

11. En 2007 la OMS recibió una donación de 2,5 millones de comprimidos de nifurtimox distribuida a lo largo de un periodo de cinco años, lo cual contribuirá a aliviar la escasa disponibilidad y accesibilidad de este medicamento.

NUEVOS RETOS

12. **Propagación.** En el último decenio, debido al aumento de la movilidad de la población entre Latinoamérica y el resto del mundo, la enfermedad de Chagas se ha propagado a zonas que antes se consideraban no endémicas, como los Estados Unidos de América y varios países europeos y del Pacífico Occidental. En consecuencia, se pueden registrar casos de enfermedad de Chagas en países con escaso conocimiento o experiencia de esta enfermedad y en los que las medidas de control son insuficientes, especialmente en los bancos de sangre y los servicios de obstetricia.

13. **Sostenibilidad.** Para garantizar que los logros alcanzados en materia de control de la enfermedad de Chagas se mantengan y se consoliden, incluso en las zonas de baja endemicidad, todas las partes implicadas deben esforzarse por evitar la complacencia y la reducción del interés político y de los recursos. Es necesario ampliar las actividades de vigilancia y control para hacer frente a los nuevos retos epidemiológicos.

14. **Emergencia.** La enfermedad de Chagas ha aparecido en regiones que antes se consideraban libres de la enfermedad, como la cuenca amazónica, donde el parásito es transmitido principalmente por vectores selváticos, más que domésticos, y donde se han observado microepidemias de enfermedad transmitida por vía oral.

15. **Reemergencia.** La enfermedad de Chagas ha reaparecido en zonas donde el control había tenido éxito, como la región argentina y boliviana del Chaco. Además de que las actividades de control han disminuido en esas zonas, las medidas para contener la enfermedad también se ven complicadas por la existencia de grandes poblaciones extradomésticas de los principales vectores y por la aparición de alguna resistencia a los insecticidas.

16. **Diagnóstico y tratamiento.** A pesar de la considerable reducción de la transmisión, sigue habiendo millones de personas infectadas, lo cual señala la necesidad de aumentar el acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuados. Este requisito persistirá en las zonas endémicas y no endémicas debido a los niveles de transmisión activa o accidental que se esperan en el futuro, sobre todo teniendo en cuenta la elevada carga de complicaciones médicas.

PERSPECTIVAS DE ELIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

17. El compromiso con la eliminación de la enfermedad de Chagas ha dejado de ser un problema regional y se ha convertido en un problema mundial. Uno de los principales retos consiste en prestar más apoyo y reforzar las capacidades nacionales y regionales para alcanzar el objetivo de eliminar la enfermedad de Chagas como problema de salud pública.

18. La OMS se encuentra en posición de proporcionar un apoyo coordinado y mundial al control y la eliminación de la enfermedad de Chagas. La Organización está ampliando los conceptos marco contenidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en otros objetivos acordados internacionalmente para las enfermedades desatendidas. Asimismo está ampliando los programas de la OPS para el control sostenible de las enfermedades transmisibles.

19. Es necesario un sistema epidemiológico común, armonizado y coordinado para monitorizar la eliminación de la enfermedad de Chagas. En este contexto, los países endémicos necesitan de forma urgente un apoyo coordinado a sus iniciativas subregionales de prevención y control, y las zonas no endémicas necesitan apoyo para sus programas nacionales y regionales. Dicho apoyo debe centrarse en:

- la vigilancia epidemiológica y sistemas de información sanitaria que abarquen los vectores, el número de casos y otros factores importantes para la transmisión, todos ellos a nivel comunitario;
- la prevención de la transmisión de *T. cruzi* a través de la transfusión de sangre y el trasplante de órganos en zonas endémicas y no endémicas;
- el desarrollo de pruebas diagnósticas para el tamizaje y el diagnóstico de la infección por *T. cruzi* y de nuevos medicamentos para mejorar el tratamiento;
- la prevención y control de la transmisión congénita y el manejo de los casos de infección congénita o no congénita, incluidas las estrategias de identificación de los casos, de diagnóstico y de tratamiento en los diferentes niveles de la atención sanitaria (por ejemplo, a través de la integración de la atención primaria de salud, de las comunidades o de otros mecanismos apropiados) que puedan aplicarse en países endémicos y no endémicos, y
- la investigación sobre el control de la enfermedad de Chagas.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

20. Se invita al Consejo Ejecutivo a que tome nota del presente informe.

= = =