

Enfermedad de Chagas: control y eliminación

Informe de la Secretaría

1. 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*. Según las estimaciones más recientes, en todo el mundo hay unos 8 millones de personas infectadas por el parásito y en 2008 se registraron 11 000 defunciones. Hay transmisión local de la enfermedad de Chagas en países y zonas tales como 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. El número de casos diagnosticados ha aumentado en Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América, Europa y el Japón, y este aumento plantea riesgos adicionales de transmisión a través de las transfusiones de sangre, la infección congénita y los trasplantes de órganos.
2. Los triatomíneos 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 rasguños de la piel después de haber estado en contacto con heces de triatomíneos infectados o ingiriendo alimentos no cocinados contaminados por heces de triatomíneos; 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.
3. 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.
4. 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 un 30% de las personas infectadas, durante la fase crónica las lesiones afectan a órganos internos tales como el corazón, el esófago o el colon, y al sistema nervioso autónomo. Tras varios años de infección asintomática, del 20% al 30% de los casos infectados presentan manifestaciones cardíacas (que pueden producir muerte súbita), del 5% al 10% lesiones del aparato digestivo (fundamentalmente megavísceras), y los pacientes inmunodeprimidos presentan afectación del sistema nervioso central.

5. 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 la morbilidad y reducir la gravedad de los síntomas.

LOGROS

6. 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, iniciada en 1991 (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay); la Iniciativa de los Países Andinos, iniciada en 1997 (Colombia, Ecuador, Perú y República Bolivariana de Venezuela); la Iniciativa de los Países de Centroamérica, creada en 1997 (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), la Iniciativa de los Países Amazónicos para la vigilancia y el control de la enfermedad de Chagas, iniciada en 2004 (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, República Bolivariana de Venezuela y Suriname) y México en 2003.

7. En los últimos decenios se han registrado importantes logros, pero la situación difiere mucho de una zona a otra. En países como el Brasil, Chile, Guatemala y el Uruguay se han observado reducciones importantes del número de casos agudos y de las poblaciones de triatomíneos intradomiciliarios. El número estimado de muertes anuales en todo el mundo ha disminuido de 45 000 en 1990 a unos 11 000 en 2008. El número estimado de infecciones ha disminuido de 30 millones en 1990 a 8 millones en 2006. La incidencia anual durante este periodo de 16 años ha disminuido de 700 000 a 56 000. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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

11. **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.

12. **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.

13. **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.

14. **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.

15. **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

16. El compromiso con la eliminación de la enfermedad de Chagas no sólo lo han de adquirir los países donde la enfermedad es endémica sino también aquellos donde no lo es, otorgando prioridad siempre a las zonas endémicas. 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.

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

18. Es necesario un sistema de vigilancia común, armonizado y coordinado para monitorizar la eliminación de la enfermedad de Chagas. En este contexto, los países donde la enfermedad es endémica necesitan de forma urgente un apoyo coordinado de la OPS a sus iniciativas subregionales de prevención y control, y las zonas no endémicas también 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;

- el fortalecimiento de las actividades de control vectorial con el fin de lograr la interrupción de la transmisión, y la promoción de investigaciones encaminadas a mejorar las estrategias de prevención o elaborar estrategias nuevas;
- 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;
- la promoción del desarrollo y la utilización 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.

19. El Consejo Ejecutivo, en su 124ª reunión, examinó una versión precedente de este informe y adoptó la resolución EB124.R7.¹

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

20. Se invita a la Asamblea de la Salud a considerar el proyecto de resolución que figura en la resolución EB124.R7.

= = =

¹ Véase el documento EB124/2009/REC/2, acta resumida de la décima sesión.