Organización Mundial de la Salud

63.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A63/17**
Punto 11.14 del orden del día provisional **22 de abril de 2010**

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 humana por el parásito *Trypanosoma cruzi*. Según las estimaciones más recientes, en todo el mundo hay unos ocho millones de personas infectadas por el parásito y en 2008 se registraron 11 000 defunciones. La enfermedad de Chagas es endémica en América Latina y hay transmisión local, a través de un insecto que actúa como vector en países o zonas de países tales como la Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana francesa [Departamento de Ultramar], Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, Suriname, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). En los últimos decenios, principalmente debido a la intensificación de los movimientos de poblaciones, el número de casos diagnosticados ha aumentado también en países donde la enfermedad no es endémica de la Región de las Américas (el Canadá y los Estados Unidos de América) y las Regiones de Europa (sobre todo en Bélgica, España, Francia, Italia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suiza, pero también en Alemania, Austria, Croacia, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, los Países Bajos, Portugal, Rumania y Suecia) y del Pacífico Occidental (Australia y el Japón). Este aumento conlleva riesgos adicionales de transmisión del parásito a través de las transfusiones de sangre, la infección congénita y los trasplantes de órganos.

2. Los triatominos (insectos vectores de la enfermedad de Chagas) 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 en las zonas rurales y la periferia de las ciudades. Los insectos se infectan al picar a animales o personas ya infectadas por el parásito. Las personas pueden resultar infectadas por *T. cruzi* cuando las heces de triatominos infectados (excretadas después de la picadura y hematofagia del insecto) contaminan soluciones de continuidad de la piel o mucosas (conjuntiva, labios, boca) sanas o alimentos que luego se ingieren sin cocinarlos; asimismo, las madres pueden transmitir *T. cruzi* a sus hijos durante el embarazo o el parto, y el parásito puede transmitirse por transfusiones de sangre o trasplante de órganos de donantes infectados.

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 América Latina en los años setenta y ochenta modificó las características epidemiológicas tradicionales de la enfermedad de Chagas, convirtiéndola en una infección urbana que ahora puede transmitirse principalmente por transfusiones de sangre. Los índices de contaminación en los bancos de sangre de algunas ciudades del continente americano van de un 3% hasta un 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, que suele durar unos dos meses y en general es asintomática o no se diagnostica correctamente, pero en la cual los síntomas pueden aparecer poco después de la infección; y otra crónica, que a falta de tratamiento dura toda la vida y en la cual los sín-

tomas pueden aparecer tras un periodo silente a veces de varios años. Durante la fase crónica, hasta un 40% de los casos presentan lesiones que 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 las personas infectadas sufren lesiones cardiacas (que pueden producir muerte súbita), del 5% al 10% de 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 y los primeros estadios de la crónica: el nifurtimox y el benznidazol. Además de un estrecho seguimiento médico y de las actividades de farmacovigilancia, 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 durante la fase aguda y los primeros estadios de la crónica podría evitar la morbilidad y reducir la gravedad de los síntomas.

LOGROS

6. Las iniciativas intergubernamentales para mejorar la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas en América Latina, basadas en el control de los vectores y las transfusiones de sangre y en el diagnóstico y tratamiento de los casos, son: la Iniciativa del Cono Sur, iniciada en 1991 (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay); la Iniciativa de los Países Andinos, que arrancó en 1997 (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de)); la Iniciativa de los Países de Centroamérica, 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 2004 (Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana francesa [Departamento de Ultramar], Guyana, Perú, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de)). En 2003, México puso en marcha una iniciativa de ámbito nacional.

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 ha logrado la interrupción de la transmisión de *T. cruzi* por las principales especies vectoras de triatominos, resultado que, con limitaciones territoriales, también se ha constatado en la Argentina, El Salvador, Honduras, el Paraguay, el Perú y México. En todas las zonas endémicas 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 disminuyó de 45 000 en 1990 a unas 11 000 en 2008. El número estimado de infecciones pasó de 30 millones en 1990 a 8 millones en 2006. Durante este periodo de 16 años, la incidencia anual decreció 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 fue incluida en 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. En 2009, el 49.° Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD49.R19, por la que insta a los Estados Miembros de la Región de las Américas a que se comprometan con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, incluida la enfermedad de Chagas, para que dejen de considerarse problemas de salud pública en el año 2015. Dada la epidemiología actual de la enfermedad de Chagas y la experiencia en materia de prevención y control adquirida en los países con el apoyo de la OPS, se considera que es factible eliminarla.

10. Ante la realidad epidemiológica y la propagación de la enfermedad, la OMS y la OPS organizaron una reunión conjunta (Ginebra, 4 a 7 de julio de 2007) dedicada a situar la enfermedad de Chagas en una perspectiva sanitaria integral, con el objetivo de avanzar hacia un mayor apoyo a los países y las regiones y un fortalecimiento de sus capacidades para interrumpir la transmisión de *T. cruzi* y prestar atención sanitaria a los pacientes infectados. Los asistentes a la reunión, que venían de 28 países, propusieron crear una Iniciativa de Países No Endémicos e intensificar el trabajo en red para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas, como parte del renovado compromiso de la OMS de hacer frente a las enfermedades tropicales desatendidas y aprovechar los éxitos obtenidos en América Latina.

11. En 2007 la OMS recibió una donación de 2,5 millones de comprimidos de nifurtimox para cubrir 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 a la creciente movilidad de las personas entre América Latina y el resto del mundo, la enfermedad de Chagas se ha propagado a zonas que antes se consideraban no endémicas, como el Canadá, los Estados Unidos de América, muchos países europeos y otros varios del Pacífico Occidental. En consecuencia, se pueden registrar casos de enfermedad de Chagas en países con escaso conocimiento o experiencia de esta enfermedad y donde las medidas de prevención, control, diagnóstico, atención y tratamiento son insuficientes, especialmente en los bancos de sangre y los servicios de trasplante de órganos, obstetricia, perinatología y pediatría.

13. **Sostenibilidad.** Para que los éxitos obtenidos en el 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 dilución del interés político y la disminución 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 se transmite 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 relativo éxito, como la región del Chaco de Argentina y de Bolivia. 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 que evidencia la necesidad de aumentar el acceso a servicios adecuados de diagnóstico y atención sanitaria. Este imperativo perdurará en las zonas endémicas y no endémicas debido a los niveles de transmisión activa o accidental que se prevén en el futuro, sobre todo teniendo en cuenta la elevada carga de manifestaciones médicas crónicas.

PERSPECTIVAS DE ELIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

17. No sólo los países donde la enfermedad de Chagas es endémica, sino también aquellos donde no lo es, deben participar en el compromiso de eliminarla, 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.

18. 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 aspectos entomológicos, de incidencia y prevalencia y otros factores importantes para la transmisión a nivel comunitario;

- el fortalecimiento de las actividades de control vectorial con el fin de lograr interrumpir la transmisión, y la promoción de investigaciones operativas encaminadas a mejorar las estrategias de prevención o elaborar estrategias nuevas;

- la prevención de la transmisión de *T. cruzi* por ingestión de alimentos contaminados por este parásito en zonas endémicas;

- la promoción del desarrollo y la utilización de pruebas diagnósticas para análisis sistemáticos de detección y diagnóstico de la infección por *T. cruzi*, y de nuevos medicamentos para mejorar el tratamiento;

- la prevención y el control de la transmisión congénita y el tratamiento de los casos de infección congénita o no congénita, incluidas las estrategias de detección de casos, diagnóstico y 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 la prevención, el control y la atención médica de la enfermedad de Chagas.

19. El Consejo Ejecutivo, en su 124.ª reunión, examinó una versión precedente de este informe[1] y adoptó la resolución EB124.R7. En mayo de 2009, la 62.ª Asamblea Mundial de la Salud decidió dejar para la presente reunión de la Asamblea un examen más detenido del tema.[2]

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

[2] Véase el documento WHA62/2009/REC/3, acta resumida de la primera sesión de la Mesa, sección 1, y WHA62/2009/REC/2, acta taquigráfica de la segunda sesión.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

20. Se invita a la Asamblea de la Salud a adoptar la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB124.R7.

= = =