

Vigésimo primera reunión anual y primera reunión virtual de la comisión intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica y México para la

INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL, TRANSFUSIONAL Y LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

29 y 30 de octubre del 2020



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Vigésimo primera reunión anual y primera reunión virtual de la comisión intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica y México para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención de la Enfermedad de Chagas, 29 y 30 de octubre del 2020

OPS/CDE/VT/20-0043

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

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



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y 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) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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.

Vigésimo primera reunión anual y primera reunión virtual de la comisión
intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica y México para la

INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL, TRANSFUSIONAL Y LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

29 y 30 de octubre del 2020

Washington, D.C., 2020

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una parasitosis sistémica causada por el *Trypanosoma cruzi*. Su transmisión vectorial se restringe a la Región de las Américas, aunque se puede convertir en un problema de salud de alcance mundial debido a sus modalidades de transmisión transfusional y congénita, y a los movimientos desde zonas endémicas de riesgo.

Según las estimaciones, en las Américas, hay entre 6 y 8 millones de personas con infección, aproximadamente 30 000 casos nuevos anuales por transmisión vectorial y 8000 casos nuevos anuales por transmisión congénita. Es decir, cerca de 65 millones de personas viven en la Región con el riesgo de contraer la infección; se calcula que esta causa alrededor de 12 000 muertes cada año.

Los países endémicos han desempeñado una gran labor para disminuir la prevalencia, la morbilidad, la mortalidad y el riesgo de infección por *T. cruzi* mediante las iniciativas subregionales de prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas, como la Iniciativa del Cono Sur para Controlar y Eliminar la Enfermedad de Chagas, la Iniciativa de los países de Centroamérica y México (IPCAM), la Iniciativa de los Países Andinos de Control de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas y la Iniciativa de los Países Amazónicos para la Vigilancia y el Control de la Enfermedad de Chagas en colaboración con la secretaría técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero aún queda mucho por hacer.

Para las iniciativas subregionales, una de las instancias más importantes son sus reuniones anuales de coordinación.

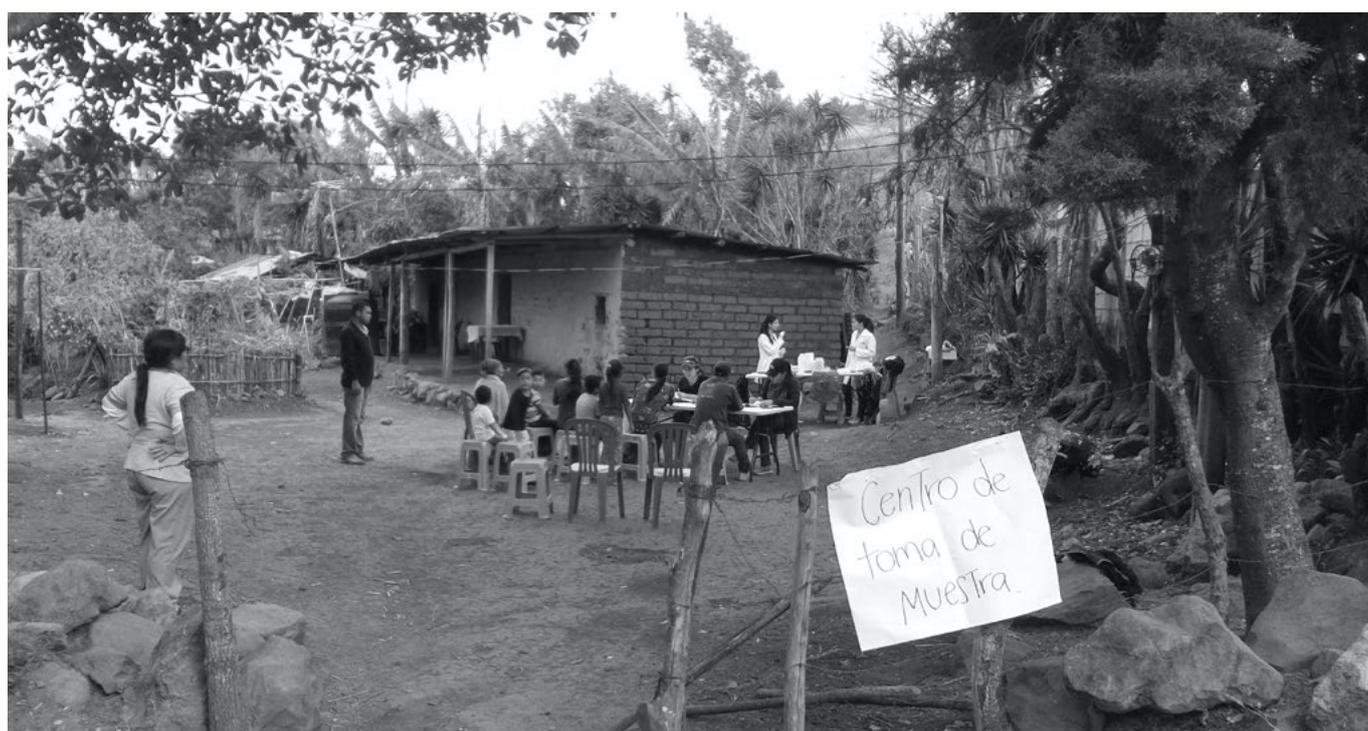
La Comisión Intergubernamental de la vigésimo primera reunión anual y primera reunión virtual de la IPCAM para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención de la Enfermedad de Chagas de la OPS, celebrada el 29 y 30 de octubre del 2020, recomienda, concluye y resuelve:

Conclusiones y recomendaciones

- 1.** La pandemia de la enfermedad por el nuevo coronavirus del 2019 (COVID-19) ha repercutido y lo seguirá haciendo de manera significativa en la salud y la economía de todos los países de América Latina. Este daño es irreversible y ya se refleja en la calidad, la cantidad y la cobertura de servicios orientados a la vigilancia, la detección, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo clínico de personas con enfermedad de Chagas, cualquiera sea el modo de transmisión.
- 2.** Centroamérica y México han logrado el mejor control vectorial sobre la enfermedad de Chagas con la eliminación del vector primario principal, el *R. prolixus*, como problema de salud pública (según los criterios recomendados por la OPS) y la interrupción de la transmisión domiciliaria. En consecuencia, el control vectorial en la subregión se enfoca ahora en el *Triatoma dimidiata*, vector autóctono, que demanda el uso extendido y sostenido de herramientas y metodologías de la lucha vectorial integrada.
- 3.** Las acciones de control vectorial lograron la eliminación de vectores domiciliarios autóctonos de primera línea y alóctonos, por lo que se destaca su importancia en su acción sobre vectores autóctonos. Esta debe realizarse y tender hacia un enfoque local (en los municipios), con participación comunitaria, manejo ambiental y participación de los gobiernos locales, que debe ser sostenido en el largo plazo.
- 4.** Se debe priorizar el control de las zonas endémicas comunes de El Salvador y Guatemala, donde la transmisión vectorial domiciliaria del *T. cruzi* por el *T. dimidiata* está aún muy activa.
- 5.** Destaca la disminución del número de casos agudos que comienza a esbozarse en El Salvador, con acciones de control que siguen vigentes.
- 6.** Se recomienda organizar y poner en funcionamiento la vigilancia de Chagas en Costa Rica, con vistas a caracterizar y clasificar mejor los casos como agudos o crónicos, así como los modos de transmisión de los casos detectados, para aplicar medidas de prevención y de control.
- 7.** Es necesario multiplicar las acciones de control vectorial para interrumpir la transmisión de *T. cruzi* por *T. dimidiata* en las zonas suburbanas de la ciudad de San José en Costa Rica y en las zonas rurales contiguas.
- 8.** Se deben reconocer las acciones sostenidas de Belice para la vigilancia integral de Chagas y para mejorar la atención de pacientes con infección por *T. cruzi*.
- 9.** Se debe dar continuidad y sustentabilidad al modelo de vigilancia, control e intervención de Panamá de la transmisión de *T. cruzi* por *R. pallescens* desde el ciclo silvestre del parásito.
- 10.** Se debe respaldar el plan progresivo de México para el control de *T. barberi* y *T. dimidiata* para zonas prioritarias con base en la seroprevalencia.

- 11.** Es necesario establecer la edad promedio de seroconversión en niños y jóvenes para el caso de transmisión vectorial por *T. dimidiata* y otros vectores autóctonos, como forma de determinar el “grupo centinela” más adecuado, con el objetivo de dar seguimiento seroepidemiológico comunitario.
- 12.** Es necesario estudiar la presencia e importancia de la transmisión digestiva de *T. cruzi* por alimentos contaminados por este agente; para ello se debe recurrir a la cooperación técnica entre países para que estos puedan aprovechar toda la información y experiencia acumulada en los países endémicos de otras subregiones de las Américas en los años anteriores. La atención de las enfermedades infecciosas desatendidas, y en particular la de la enfermedad de Chagas, en todas sus formas y etapas, y en todos los niveles de complejidad en la atención médica, debe ser parte de las prestaciones sistemáticas y regulares en las áreas asistenciales de cada sistema nacional de salud.
- 13.** La atención de las enfermedades infecciosas desatendidas, y en particular la de la enfermedad de Chagas, en todas sus formas y etapas, y en todos los niveles de complejidad en la atención médica, debe ser parte de las prestaciones sistemáticas y regulares en las áreas asistenciales de cada sistema nacional de salud.
- 14.** Se debe fomentar la inclusión del estudio y el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Chagas entre las patologías infecciosas que pueden transmitirse por trasplante de órganos de un donante con infección a un receptor sano; para ellos, se propone el diseño y la aplicación de tamizajes diagnósticos periódicos para infección por el *T. cruzi* en donantes y en receptores de órganos, así como las medidas correspondientes para el eventual manejo clínico y tratamiento.
- 15.** Se deben también lograr las mejores capacidades y condiciones de información, educación y comunicación sobre la enfermedad de Chagas y su atención médica, para lo cual se tienen en cuenta los siguientes criterios fundamentales:
 - Posible presencia de *T. cruzi* en zonas endémicas y no endémicas; urbanas, suburbanas y rurales; y continentales y extracontinentales.
 - Considerar la enfermedad de Chagas entre los diagnósticos diferenciales de cuadros clínicos similares o compatibles.
 - Considerarla enfermedad de Chagas como una enfermedad pediátrica.
 - Considerar la enfermedad de Chagas como enfermedad de transmisión vertical en las Américas y fuera de la Región también, debido a los movimientos de las poblaciones.
 - Indicar tratamiento etiológico en pacientes con infección por *T. cruzi*, con base en las guías de diagnóstico y tratamiento de la OPS; sobre todo en los casos de enfermedad de Chagas en la población pediátrica.
 - Revisar y actualizar de forma constante las indicaciones efectivas de tratamiento en pacientes con enfermedad de Chagas crónica.
 - Fomentarla cobertura universal de los pacientes y las personas con sospecha de infección por *T. cruzi* de los análisis de laboratorio necesarios para establecer el diagnóstico y la confirmación de enfermedad de Chagas.

- 16.** Es necesario también fomentar el uso pleno, sistemático y disseminado de la plataforma estratégica para la eliminación y transmisión maternoinfantil (ETMI plus), abordaje y atención de la enfermedad de Chagas congénita, en articulación total con los programas de salud sexual, salud reproductiva y salud maternoinfantil.
- 17.** En cada país, trabajar en la aplicación correcta y precisa de la definición e identificación de las etapas de la enfermedad de Chagas (aguda, crónica, recrudescencia) que cursan las personas diagnosticadas, tanto para definir la conducta de manejo y tratamiento como por la necesidad de mejorar y fortalecer una vigilancia efectiva que permita tomar decisiones correctas sobre la prevención, el control y la eliminación, siempre que sea posible.
- 18.** Que los países tengan una participación activa y apoyen las acciones conjuntas de la OPS, mediante el Fondo Estratégico y el Programa Regional de Chagas dentro de la Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores, para la provisión de medicamentos para el tratamiento etiológico de Chagas. Se hace especial énfasis aquí, en que los países ejerzan su derecho y se beneficien con el mecanismo de donación de nifurtimox para adultos y niños, y de benznidazol para el tratamiento de la enfermedad de Chagas en la población pediátrica.
- 19.** Se reconocen como una oportunidad las líneas de trabajo y ofertas a los países de la IPCAM realizadas por los miembros de la Coalición Chagas, los centros colaboradores de la OPS, la Universidad Internacional de la Florida y otros asociados internacionales para potenciar y mejorar los esfuerzos coordinados, con el objetivo de eliminar la enfermedad de Chagas en los países de la subregión.



Resoluciones

1. La pandemia de la COVID-19 ha cambiado la dinámica en la que la OPS ofrece cooperación técnica a los países de las Américas, y el caso de la enfermedad de Chagas no es la excepción. Las limitaciones para hacer viajes y visitas presenciales, el cierre de las fronteras en los países, así como la crisis económica de los países afectados y la previsión de la presencia del virus por un período indeterminado; son apenas algunos de los obstáculos que hoy en día repercuten en la coordinación y la colaboración técnica de OPS en los países. Se propone que los países endémicos con enfermedad de Chagas y la OPS reconozcan esta realidad y la consideren en todas sus acciones y planes futuros de abordaje para la vigilancia, el control, la detección, el manejo clínico, el tratamiento y el seguimiento de pacientes, sin importar la vía de transmisión, y prioricen la seguridad y la protección de las poblaciones en riesgo de padecer la enfermedad de Chagas y de todos los trabajadores de salud que atienden personas con la enfermedad.
2. Crear un grupo de trabajo que presente a los países, en las próximas reuniones anuales de iniciativa subregional, una definición operativa, práctica y factible de interrupción de la transmisión transfusional de *T. cruzi* validada, con base en el conocimiento acumulado, y las estrategias de seguridad transfusional establecidas en las guías de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas de la OPS.
3. Continuar con las acciones para la donación voluntaria y la cobertura universal de tamizaje de enfermedad de Chagas en donantes de sangre en cada país, así como en la calidad de los procesos de tamizaje y recolección de sangre, con la atención necesaria en el diagnóstico de los casos reactivos detectados en el banco de sangre, y el seguimiento clínico, el asesoramiento y el tratamiento correspondiente para cada donante con infección detectado.
4. Generar en los países mecanismos de coordinación entre los programas de donación de sangre y de control y eliminación de la enfermedad de Chagas, para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la detección de los casos en el banco de sangre, y que los casos detectados reciban consejería, atención y seguimiento adecuados.
5. Obtener el mayor compromiso posible de los países y de la OPS para mantener los logros en la prevención, el control y atención alcanzados hasta ahora; así como avanzar hacia objetivos nuevos en la materia a pesar de las coyunturas epidemiológicas y económicas, presentes y futuras, en especial las derivadas por la pandemia de la COVID-19.
6. Difundir por las vías adecuadas el documento *Decálogo para prevenir la transmisión de la enfermedad de Chagas por trasplante de órganos*, para su conocimiento y, en lo posible, su inclusión en los protocolos de vigilancia y atención clínica de cada país.
7. Establecer las siguientes metas en materia de control vectorial de triatomíneos para los países de Centroamérica y México (cuadro 1):

Cuadro 1. Metas nacionales de control vectorial de triatominos

PAÍS	METAS DE CONTROL VECTORIAL
Belice	Dar apoyo entomológico a la identificación de triatominos notificados, con educación a las comunidades sobre el riesgo y la prevención, y tratamientos químicos selectivos en caso de detección de infestación domiciliaria.
Costa Rica	Monitoreo de los índices entomológicos en las cinco zonas prioritarias del país. Fortalecimiento de la vigilancia comunitaria tanto en las cinco zonas prioritarias como en el resto del país. Coberturas superiores a 80 % de viviendas infestadas cada seis meses. Capacitaciones periódicas sobre control vectorial para el personal.
El Salvador	Fortalecer la vigilancia y las acciones integrales de control vectorial, con desarrollo de vigilancia activa y vigilancia pasiva. Procesar la información entomológica de forma integrada mediante el sistema de información del Sistema Nacional de Vectores.
Guatemala	Socialización y puesta en marcha del manual actualizado Lineamientos para la vigilancia y control de Triatoma dimidiata en Guatemala. De manera simultánea, desarrollar vigilancia de la mujer embarazada y seguimiento al recién nacido hijo de madre con infección por T. cruzi, para proporcionar un tratamiento oportuno; así como provisión de tratamiento pediátrico para la enfermedad de Chagas a la población guatemalteca
Honduras	<p>En el año 2018 concluyó el proyecto Asistencia Técnica para el Control de la Enfermedad de Chagas y de la Leishmaniasis, (AT-COCHALE/Cowater Sogema International Inc.) Honduras, financiado por el gobierno de Canadá. A partir de ese momento, Honduras debió planificar un proceso gradual de sostenibilidad de las diferentes actividades para el abordaje de la enfermedad de Chagas. Esto, sumado a la eliminación, en el año 2014, de un programa nacional de Chagas estructurado para el abordaje integral e integrado, profundiza la problemática, limita la sostenibilidad de las diferentes actividades priorizadas como compromiso de país para el control vectorial enfocada en vectores autóctonos, mantener los índices de infestación intradomiciliaria y peridomiciliaria por debajo de 5%, y dar continuidad a la vigilancia entomológica mediante la participación de personal técnico institucional y colaboradores voluntarios comunitarios.</p> <p>Para la elaboración de las metas programáticas de Chagas y dar respuesta como país ante la IPCAM, se solicitó información a la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión de la Secretaría de Salud. Allí se realiza la planificación y la programación de los productos y actividades que las regiones sanitarias desarrollan cada año para el abordaje de la enfermedad de Chagas, relacionada con el presupuesto nacional que cada región sanitaria ejecuta.</p> <p>Es importante mencionar que existe una gran brecha para cubrir las necesidades reales del país en términos del abordaje de esta enfermedad.a</p>
México	Buscar la interrupción de la transmisión vectorial domiciliaria de T. cruzi por T. dimidiata y T. barberi, mediante una estrategia de tres fases, con prioridad para las localidades que presenten casos de serología positiva en menores de 15 años y presencia intradomiciliaria de estos vectores.
Nicaragua	Volver a capacitar a la red comunitaria en vigilancia entomológica comunitaria. Dar una respuesta educativa y lograr el control químico para el total de los informes de presencia de triatominos. Mantener la sostenibilidad de los resultados alcanzados.
Panamá	Lograr 100% de cobertura de vigilancia y control de las localidades endémicas de las regiones de Chiriquí, Coclé, Panamá Este, Panamá Oeste, Panamá Norte y Veraguas. Lograr 100% de cobertura de vigilancia y control de las viviendas de las localidades endémicas. Realizar tres encuestas anuales para la pesquisa de triatominos en las localidades endémicas.

^a En el anexo 1 se presentan las metas de programación de actividades para el control vectorial a nivel nacional para el año 2021 en Honduras.

8. Los países efectúan un llamado para obtener un apoyo mayor y prioridad en la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas, para asegurar los resultados obtenidos y mantener los proyectos frente a coyunturas económicas negativas, incluida la causada por la pandemia la COVID-19.
9. Aprobación del documento *Atención de la enfermedad de Chagas, estrategias para optimizar la atención de las personas infectadas por T. cruzi*, para su difusión y uso estratégico en la Región.
10. En reconocimiento a la creación del Día Mundial de la Enfermedad de Chagas por parte de la Organización Mundial de la Salud, se propone para el 2021 la creación de un comité regional para el desarrollo de lineamientos generales y específicos de la celebración de esta fecha en la Región de las Américas, y mayor coordinación en su planificación y ejecución, con la finalidad de ganar reconocimiento, impacto y visibilidad para el evento y para el tema.
11. Los integrantes de la IPCAM manifiestan su respaldo a la OPS para continuar en su gestión y articulación con otros asociados (nacionales e internacionales), y la autoridad en las políticas públicas relacionadas con la prevención, el control y la eliminación de la enfermedad de Chagas.
12. Homologar lo resuelto por la Comisión internacional independiente evaluadora en el Informe de Evaluación Internacional de la Situación Epidemiológica y de Control de la Enfermedad de Chagas en Guatemala, 23 al 25 de abril de 2019, Ciudad de Guatemala (Guatemala) (véase el informe completo en el anexo 2):





De lo expuesto y aportado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, y por diferentes protagonistas nacionales de la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas en el país se concluye y recomienda:

- las acciones programáticas de prevención y control de la transmisión vectorial de *T. cruzi* se han cumplido de forma constante y sostenida desde finales de los 90s, incluyendo rasgos destacables como descentralización, participación activa de la comunidad, compromiso de los niveles locales, implementación de vigilancia (serológica y entomológica) y estrategias adaptadas a la realidad epidemiológica e institucional;
- se recomienda la continuidad de las acciones y el esquema de funcionamiento en control vectorial y vigilancia, dadas su eficacia y eficiencia demostradas;
- se destaca la consideración especial que se tiene en lo cultural y social, para las intervenciones en territorios y comunidades de pueblos originarios en riesgo;
- reconocer el logro de control que se mantiene sobre *R. prolixus* con la interrupción de la transmisión vectorial domiciliaria de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en todo el país desde 2008, con actividades efectivas de vigilancia activa y pasiva;
- jerarquizar la información que acredita que *R. prolixus*, está ausente del país desde 2016 a la actualidad, contemplando todas las valoraciones entomológicas y epidemiológicas necesarias para considerar su eliminación como problema de salud pública;
- por tanto, considerando la definición oficial actualizada de eliminación de vectores alóctonos como problema de salud pública: 'eliminación de un vector como problema de salud pública: entendido como interrupción de la transmisión vectorial con más de cinco años de certificación; índices de infestación domiciliaria menores a 0,1%, con índice de infestación intradomiciliaria 0, y positividad sólo a expensas del peridomicilio, con valores no mayores al 0,1%, motivado por no más de 5 domicilios de no más de 2 localidades separadas no contiguas; **índice de dispersión, calculado para el primer nivel de división territorial, en no más del 25% de áreas** endémicas del país; e índice de infección natural por *T. cruzi*, en ejemplares estrictamente domiciliarios, negativo; liberándose este valor en caso de insectos de poblaciones 'silvestres' o 'asilvestradas', encontrados en domicilios, de aquellos países donde estos fenómenos ocurran', **la CI concluye que Guatemala ha logrado la eliminación de *R. prolixus* como problema de salud pública;**
- hoy la transmisión vectorial domiciliaria de *T. cruzi* en Guatemala, permanece muy activa en áreas determinadas, y está protagonizada exclusivamente por *Triatoma dimidiata*. Es urgente, dada la profusa actividad de transmisión, que registra anualmente casos agudos de la enfermedad de Chagas en Jutiapa y Zacapa, proceder con la mayor intensidad y ejecutividad a la eliminación de la transmisión intradomiciliaria por el citado vector [...]



Las recomendaciones, las conclusiones y las resoluciones fueron elaboradas a partir de las contribuciones de los delegados políticos de los países participantes:

Kim Bautista,
delegado de Belice

Christian Valladares,
delegado de Honduras

Adriana Alfaro Nájera,
delegada de Costa Rica

Gustavo Sánchez Tejeda,
delegado de México

José Eduardo Romero Chévez,
delegado de El Salvador

Lenin Pérez,
delegado de Nicaragua

Blanca L. Chinchilla,
delegada de Guatemala

Lourdes García,
delegada de Panamá



ANEXO 1

Avances por país

Belice

Se mantiene el tamizaje universal de donantes en los bancos de sangre, y se perfeccionan los mecanismos confirmatorios de los donantes con serología positiva. En el 2021, se pondrá en marcha el desarrollo de capacidades para el diagnóstico y el tratamiento de pacientes, con protocolo estandarizado y capacitación clínica del personal de salud.

Costa Rica

El país considera la enfermedad de Chagas entre los eventos de salud notificables del grupo B, con informe semanal y estudio de campo consecuente. El manejo de los pacientes con enfermedad de Chagas se ejecuta de acuerdo con la Norma de Atención Integral de la Enfermedad de Chagas vigente desde 2010. El tamizaje de enfermedad de Chagas en donantes en los bancos de sangre es universal, con una prevalencia promedio de donantes con serología positiva de 0,03 (204 de un total de 594 266 donantes examinados) entre el 2012 y el 2019. La vigilancia entomológica se realiza según la notificación comunitaria de presencia de triatomíneos, con vigilancia entomológica posterior.

El Salvador

Si bien El Salvador ha eliminado a *R. prolixus* como problema de salud pública de su territorio, persiste la transmisión vectorial domiciliaria activa por *T. dimidiata*. El número de casos agudos por esta vía de transmisión ha ido en descenso paulatino, con solo dos personas con diagnóstico de infección en el 2020 hasta el momento. Se desarrolla vigilancia entomológica activa y vigilancia entomológica pasiva, con aproximadamente 49 802 viviendas examinadas hasta la fecha en el 2020, y 3 312 rociadas con insecticida. El tamizaje de donantes en los bancos de sangre es universal, con un notorio descenso de la seroprevalencia en los donantes.

Guatemala

El país ha eliminado a *R. prolixus* como un problema de salud pública, aunque persiste la transmisión vectorial domiciliaria activa por *T. dimidiata* activa en algunas zonas. Se mantienen e intensifican la vigilancia y las acciones de control vectorial en zonas priorizadas de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chiquimula, El Progreso, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, el Quiché, Santa Rosa y Zacapa. Se cuenta con la ruta de tamizaje y el envío de resultados de serología para enfermedad de Chagas a los donantes de bancos de sangre con serología positiva para ofrecerles un tratamiento oportuno, así

como con una ruta de accesibilidad y abastecimiento de medicamento para Chagas, y desarrollo de tamizajes serológicos en embarazadas y menores de 14 años para detección de casos de enfermedad de Chagas aguda. Se está organizando un consultorio ambulatorio con coordinación para internación en hospitales del sistema nacional de salud para el paciente con diagnóstico de enfermedad de Chagas en el municipio de Comapa, Departamento de Jutiapa. Se actualizó y se validó el manual de vigilancia entomológica de triatominos *Lineamientos para la vigilancia y control de Triatoma dimidiata en Guatemala*, en el que se proponen cinco marcos de vigilancia ecoepidemiológica.

Honduras

Con base en los datos del país recolectados en los últimos cinco años se destacan, en el marco de las actividades de control y prevención para la enfermedad de Chagas: 1) la encuesta entomológica institucional, la cual ha permitido mantener un índice de infestación intradomiciliaria y peridomiciliaria menor a 5%, 2) la investigación y tamizaje serológico, que determinó una seroprevalencia menor a 1% en la población menor de 15 años, 3) el tamizaje de la totalidad de las unidades de sangre analizadas en los centros de donación de sangre en todo el país, 4) el indicador de acceso oportuno al tratamiento de 82% de los pacientes programados, y 5) el tamizaje de la infección por T. cruzi en mujeres embarazadas realizado durante el control prenatal ha mostrado una seroprevalencia aproximada de 1%.

En el siguiente cuadro se presentan las metas de programación de actividades para el control vectorial a nivel nacional para el año 2021:

SERVICIO DE PREVENCIÓN	PROGRAMACIÓN
Número de encuestas entomológicas en las viviendas	394
Número de viviendas infestadas por triatominos	345
Operativos de control físico (ambiente y vivienda)	164
Operativos de control químico vectorial (rociado de viviendas)	1281
Tomas de muestras	11 730
Pacientes con seguimiento según el resultado de la muestra	316

Fuente: Secretaría de Salud de Honduras. Sistema de monitoreo y evaluación de la gestión para resultados (SIMEGRP/UPEG/SES-AL-Honduras). [Inédito]. Disponible en los registros de la Secretaría de Salud de Honduras.

Honduras solicita respetuosamente a la OPS como instancia de apoyo técnico y financiero, y asesoramiento para estructurar el Programa nacional de abordaje integral de la enfermedad de Chagas y así garantizar el abordaje integral e integrado de la enfermedad.

México

México busca la interrupción de la transmisión vectorial domiciliaria de *T. cruzi* por *T. dimidiata* y *T. barberi* mediante una estrategia de tres fases, con prioridad para las localidades con personas menores de 15 años con serología positiva y presencia intradomiciliaria de los vectores. Desde el 2005, el tamizaje para enfermedad de Chagas en los donantes de los bancos de sangre es universal.

Nicaragua

El país ha eliminado a *R. prolixus* como un problema de salud pública, y los tamizajes serológicos realizados en 3 111 niños menores de 5 años en 11 municipios y 64 comunidades del país demuestran la ausencia de infección tripanosómica. Existe una capacitación continua del personal de salud que tienen actividades relacionadas con la enfermedad de Chagas.

Panamá

En el 2005 se logró la eliminación de transmisión del *T. cruzi* por vía transfusional. Se realiza tamizaje en todas las donaciones de sangre. Desde el 2006 se fortalece y se mantiene la vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas con notificaciones e investigaciones. En vigilancia y control vectorial, se logra la identificación de los principales vectores transmisores de *T. cruzi*, los nichos ecológicos del vector, los reservorios silvestres y domésticos, y la distribución geográfica de los vectores identificados (*R. pallescens* y *T. dimidiata*) en el país.

Se fortalece la capacidad diagnóstica con la descentralización de las pruebas y el uso de pruebas rápidas. Se realiza el seguimiento a los casos detectados y confirmados, además de suministrar el tratamiento a todo caso confirmado. Se fortalece y se mantiene la farmacovigilancia de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Chagas.

Se fortalece la comunicación de riesgo sobre la enfermedad de Chagas en la comunidad en tiempos de la COVID-19 a través de medios radiales y el perifoneo.



Anexo 2.

Informe de Evaluación Internacional de la Situación Epidemiológica y de Control de la Enfermedad de Chagas en Guatemala, 23 al 25 de abril de 2019, Ciudad de Guatemala (Guatemala)

Guatemala es un país endémico para la enfermedad de Chagas, y es integrante fundador de la Iniciativa Subregional de Centroamérica y México para la Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas (IPCAM).

En el año 2008, Guatemala fue certificada como el primer país con interrupción de la transmisión vectorial domiciliar de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*, logro que restringió la transmisión vectorial domiciliar a la especie autóctona *Triatoma dimidiata*, que pese a ser un vector con menor capacidad vectorial y haber recibido sostenidas acciones de control, aún persiste como un vector activo, fundamentalmente en áreas fronterizas con El Salvador, caso del departamento de Jutiapa y Zacapa.

El impacto de control sobre *R. prolixus* ha continuado, y la vigilancia en el país persiste, por lo cual se propone esta evaluación internacional, con Secretaría Técnica de OPS y bajo los mandatos de IPCAM, para reconocer la actual situación de *R. prolixus* en el país, y delinear la situación epidemiológica de Chagas en la actualidad, mediante la información disponible.

La Comisión Evaluadora internacional, la componen:

- Dra. Vera Lucia C. Correa Rodrigues. Ex SUCEN, San Pablo. Brasil.
- Lic. Hector Coto. Ex Director Nal. de ETVs, Ministerio de Salud. Argentina.
- Prof. Dr. Felipe Guhl. Director de CIMPAT/UNIANDES. Colombia
- Secretaría Técnica OPS: Dr. Roberto Salvatella, Dr. Romeo Montoya y Lic. Jaime Juarez

Se cuenta con aprobación y apoyo para la tarea del Ministerio de Salud de Guatemala.

Antecedentes

El primer producto relevante de la primera reunión de la Iniciativa de Centro América/IPCA, realizada en Guatemala en 1998, fue la realización por parte de la Universidad del Valle de Guatemala de una encuesta serológica, en niños de edad escolar para localidades de los municipios de cinco departamentos: Zacapa, Chiquimula, Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa.

Fue encontrada una seropositividad general de 5.28 %, que varió entre el 10 y 45 %. El municipio con mayor seroprevalencia en la encuesta fue Olota, en el departamento oriental de Chiquimula, donde para un total de 173 localidades evaluadas, habitantes de 35 de ellas (con prevalencia del 20,23 %) fueron seropositivos.

Esto fue determinante para que Médicos sin Frontera España, decidiera trabajar en un proyecto con tres años de duración (2004-2007), que se basó primordialmente en estrategias de promoción y prevención. Como parte de las actividades del proyecto, se tamizó un total de 7,023 niños y adolescentes, en un rango de edad entre 9 meses y 15 años. Resultaron con serología positiva comprobada: 121 encuestados (1,72%).

La encuesta entomológica, fue concluida en el año siguiente a la formación de la IPCA, y culminó una serie de estudios entomológicos que patrocinó la Agencia Internacional de Cooperación del Japón en el país, en apoyo de la sección de Entomología Médica y al Laboratorio de Entomología Aplicada de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A partir de ahí, se pudo conocer con bastante seguridad, la distribución geográfica de los triatomos vectores de la enfermedad de Chagas. Se llegó a determinar los cinco departamentos hiperendémicos, con presencia mayoritaria de *Rhodnius prolixus*; y otros cinco, con presencia mayoritaria de *Triatoma dimidiata*. Algunas de las localidades, presentaban infestaciones domiciliarias mixtas, según fue reportado en los diferentes informes anuales del Proyecto Guatemala-Japón para Enfermedades Tropicales.

Estos acontecimientos, además de la formulación y aprobación del Proyecto JICA/MSPAS para el Control de la Enfermedad de Chagas en el país, con un desarrollo de cinco años comprendidos entre 2000 y 2005, demuestran de forma muy evidente lo que representó la Iniciativa de los Países Centroamericanos para Guatemala.

El reconocimiento, asumido institucionalmente, de la prioridad que debería ser conferida al control de la enfermedad en el país, fue plasmado en la práctica de las actividades instituidas en prevención y control a partir del año 2000.

El marco inicial de acciones sistematizadas de control en el país fue el año 2000. Con base en aquella encuesta entomológica que se ejecutó por muestreo, y que fue finalizada en 1998 (USAC/JICA), el Ministerio de Salud programó encuesta entomológica basal, que abarcó rigurosamente todas las localidades situadas entre los 400 y 1.600 m de altitud. Se hizo al menos la investigación de 10 unidades domiciliarias por localidad, dirigiéndose la pesquisa preferentemente a “viviendas de riesgo”, tipificadas en función de sus condiciones físicas.

Como resultado de la encuesta basal, fueron identificados nueve (9) departamentos infestados por *Rhodnius prolixus*, con 32 municipios, 265 localidades y 480 unidades domiciliarias positivas (Tabla 1), en donde se intervino con las medidas de control químico con insecticidas, conforme era previsto por la metodología de trabajo.

Tabla 1. Encuesta entomológica basal e infestación por *Rhodnius prolixus*. Guatemala. 2000.

DEPARTAMENTO	Nº. DE VIVIENDAS		ÍNDICE DE INFESTACIÓN
	EXAMINADAS	INFESTADAS	
Chiquimula	2005	308	15.4
Zacapa	4112	79	1.9
Jalapa	298	40	13.4
Jutiapa	80	12	15.0
El Progreso	159	31	19.5
Huehuetenango	40	3	7.5
Santa Rosa	10	1	10.0
Baja Verapaz	23	1	4.3
Quiché	16	5	31.3
TOTAL	6743	480	7.1

Fuente: ENTOSEC, Base de datos.

A partir de agosto 2000, fueron iniciadas las operaciones de rociamiento selectivo por localidad infestada, priorizándose al principio áreas con mayor dispersión (Chiquimula, Zacapa, Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa), donde se logró una cobertura integral al año 2002.

En el año 2003, se alcanzaron las demás áreas con registro de *R. prolixus* (El Progreso, Baja Verapaz, El Quiché y Huehuetenango).

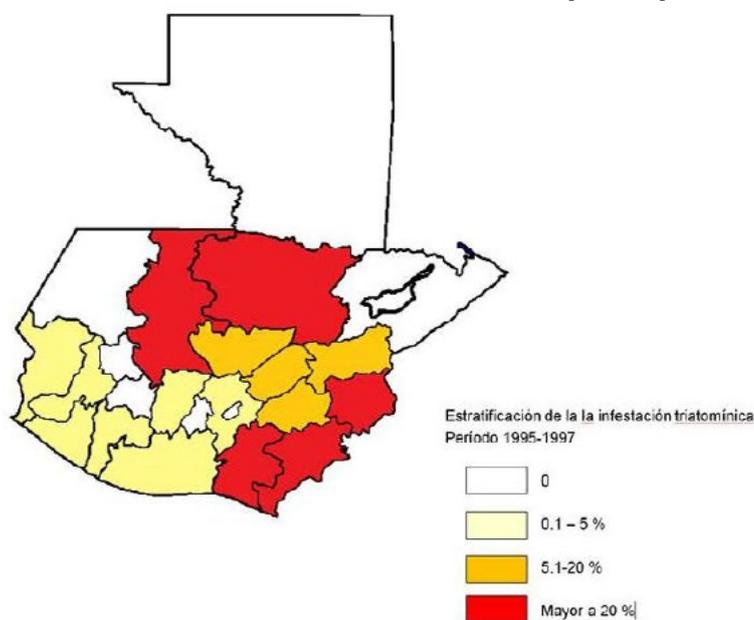
Cumplido el primer ciclo de rociado, se realizó verificación entomológica objetivándose evaluar la propiedad de las acciones y las respuestas obtenidas. A continuación, se cumplió un segundo ciclo de rociado integral por localidad infestada que, a su vez, fue seguida de nueva pesquisa entomológica de verificación.

A partir de ahí, se hizo análisis espacial de la dispersión del vector, identificándose localidades que por su situación geográfica y comunicación con aquellas antes infestadas deberían ser intervenidas. Así se amplió el área de cobertura, con la inclusión de localidades donde había riesgo potencial de reinfestación.

Un paso siguiente y de gran repercusión fue la implementación de la vigilancia con participación comunitaria, con apoyo técnico y financiero de OPS (TCC). A partir de los años 2004 y 2005 en Zacapa y Jutiapa, ampliándose posteriormente a Chiquimula y Jalapa (2006).

Hoy se reconoce a *T. dimidiata*, vector autóctono, y a *R. prolixus* (vector introducido) como los vectores históricos de la enfermedad de Chagas en el país, sobre 21 de los 22 departamentos en que se divide el territorio nacional, para localidades ubicadas entre los 400 y 1.600 metros de altitud sobre el nivel del mar. *R. prolixus* se concentró especialmente en los departamentos del oriente del país.

Estratificación de la infestación triatomínica por departamento

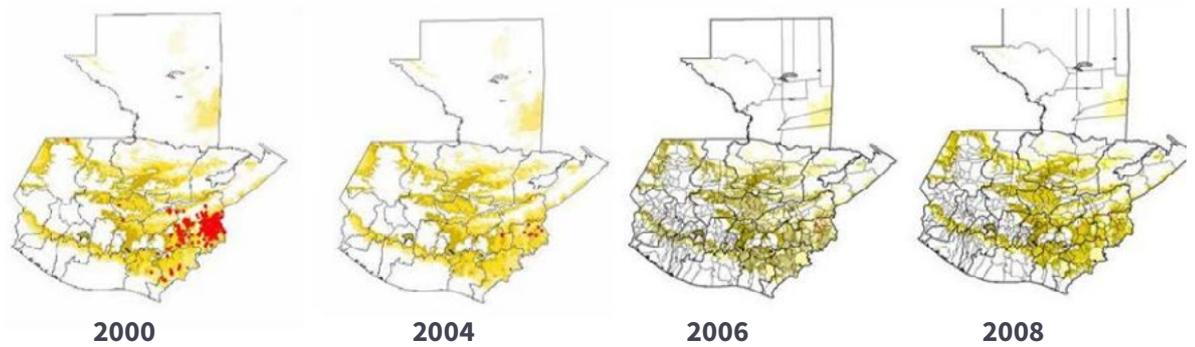


Fuente: La lucha contra la enfermedad de Chagas en Centroamérica Una perspectiva japonesa. Ken Hashimoto. Jica 2015.

R. prolixus fue el más efectivo transmisor, responsable mayor de las cifras de prevalencia estimadas en 166.000 infectados, e incidencia de 1.200 casos anuales.

Las acciones de control fueron especialmente efectivas y restringieron con efectividad su dispersión, como reflejan los mapas de la serie 2000 – 2008, y los cuadros a continuación:

Guatemala. Proesión del control de *Rhodnius prolixus* Las áreas rojas muestran los focos de infestación.



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/JICA.

Tabla 1. Resultados de la encuesta basal llevada a cabo en el año 2000, e índices de infestación de *Rhodniusprolixus* en Guatemala.

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE VIVIENDAS		ÍNDICE DE INFESTACIÓN
	ENCUESTADAS	INFESTADAS R.P	
Chiquimula	2,005	308	15.4
Zacapa	4,112	79	1.9
Jalapa	298	40	13.4
Jutiapa	80	12	15.0
El Progreso	159	31	19.5
Huehuetenango	40	3	7.5
Santa Rosa	10	1	10.0
Baja Verapaz	23	1	4.3
Quiché	16	5	31.3
TOTAL	6.743	480	7.1

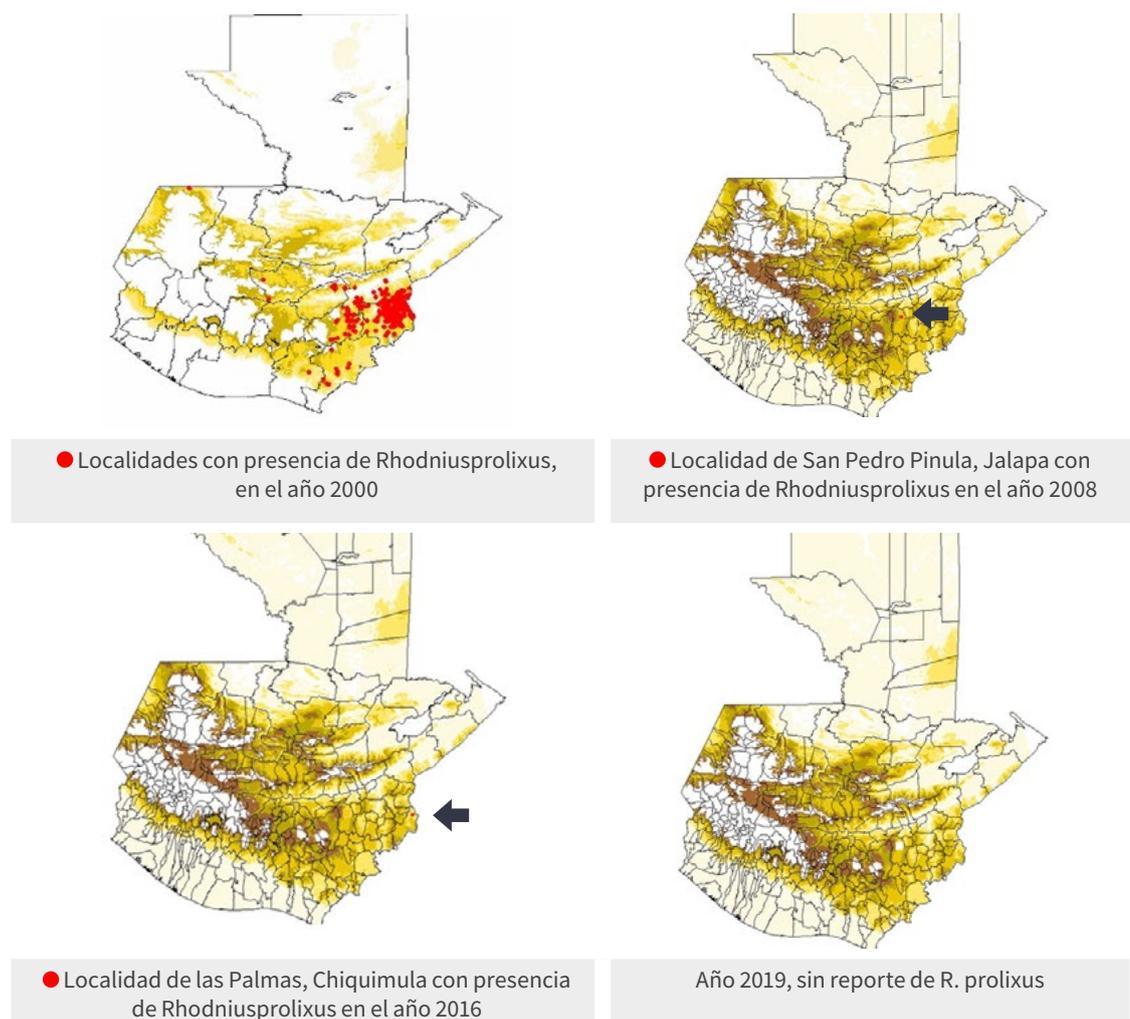
Fuente: MSPAS, 2000.

Tabla 2. Cobertura de las acciones de control vectorial en el marco del proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas. Período 2000-2007.

AÑO	MUNICIPIOS			LOCALIDADES			VIVIENDAS	
	EN RIESGO	EVALUADAS	TRATADAS	EN RIESGO	EVALUADAS	TRATADAS	EVALUADAS	TRATADAS
2000	28	26	24	119	119	107	4813	11275
2001	28	41	33	140	328	153	7312	16656
2002	31	34	18	114	104	83	1604	11216
2003	29	52	23	166	326	131	6478	16956
2004	32	39	15	132	132	87	2316	10787
2005	32	19	10	151	143	90	2516	13082
2006	32	45	5	77	213	10	3934	1738
2007	32	28	8	68	80	10	1211	1019
TOTAL	244	284	136	967	1445	671	30184	82729

Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social/JICA.

Figura 2. Reporte de *Rhodniusprolixus* en localidades infestadas en Guatemala.



Fuente: MSPAS, 2019.

Como consecuencia del trabajo efectuado durante el periodo 2000-2007, en diciembre de 2008 el país obtuvo la certificación internacional de la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus* (OPS/OMS, Coto H., Informe técnico), continuando las acciones de vigilancia y control, para lograr la certificación de eliminación del vector como problema de salud pública en Guatemala.

La situación seroepidemiológica del año 2008, que permitió la certificación de interrupción de transmisión vectorial por parte de *R. prolixus* se sintetiza en el cuadro siguiente:

Encuesta serológica en menores de 1 a 6 años en 7 departamentos prioritarios

PROVINCIA/ESTADO/ DEPTO	Nº DE MUNICIPIOS	POSITIVIDAD		
		MUESTRAS PROCESADAS	POSITIVAS	% POSITIVAS
Chiquimulla	7	538	1	0.19%
El Progreso	5	312	3	0.96%
Jalapa	6	125	0	0.00%
Jutiapa	14	234	1	0.42%
Baja Verapaz	5	132	0	0.00%
Zacapa	6	257	2	0.77%
Santa Rosa	8	148	0	0.00%
TOTAL	51	1746	7	0.40%



Tales cifras se mantienen a la fecha, en las áreas donde *R. prolixus* transmitía, y constituyen uno de los resultados destacables.

Las actividades de vigilancia y control vectorial realizadas en las nueve áreas de salud, con historial de *R. prolixus*, se puede dividir en dos períodos:

- el primer período de fase de ataque al vector en los años 2000-2007, obteniendo así los lineamientos para la elaboración del Manual Operativo de Vigilancia y Control Entomológico de la Enfermedad de Chagas, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el año 2003.
- el segundo periodo que comprende del año 2007 a la actualidad, donde se enfoca la vigilancia del vector *R. prolixus*, realizando así una segunda edición de dicho manual publicado en el año 2012.

A continuación, se detallan las acciones de vigilancia y control de *R. prolixus* en los períodos mencionados:

» **Periodo 2000-2007**

Encuesta entomológica basal: la encuesta se realizó en municipios que tenían presente casos agudos confirmados y/o presencia de *R. prolixus*. El método utilizado fue captura hora/hombre, y se encuestó la totalidad de viviendas o hasta encontrar una vivienda positiva. Esta encuesta se realizó de forma selectiva, en casas construidas de material vegetal o con antecedentes de ese tipo de construcción. Al encontrarse una casa infestada con *R. prolixus* se daba por concluida la encuesta.

La estratificación de las localidades con presencia de *R. prolixus* se efectúa por medio de los siguientes índices:

- a. Índice de dispersión
- b. Casos agudos de la enfermedad
- c. Índice de infestación en segundo plano

Control del vector: para *R. prolixus* la estrategia de eliminación se inició por municipio o localidades cercanas. La estrategia principal fue el Rociamiento Residual Intradomiciliario, en todas las localidades infestadas. El rociamiento debe cubrir el 100 por ciento de las casas, en todas las localidades infestadas y aquellas localidades cercanas, con factores de riesgo asociados con presencia del vector. Se realizaron dos ciclos completos de rociamiento con intervalos de 6 a 12 meses.

Vigilancia entomológica post-rociamiento: Se realizaron dos evaluaciones entomológicas utilizando los mismos criterios de la encuesta basal, 3 a 6 meses después de la primera y segunda ronda de rociamiento. Y si se reportaba presencia de *R. prolixus*, todas las casas debían ser rociadas de nuevo, si después de dos rociamientos se encontraba todavía presencia del vector, se procedía a rociar el sector.

» **Vigilancia Actual (Periodo 2007- a la Actualidad)**

Encuesta entomológica: se realiza al 100% en las localidades con historial de *R. prolixus*. En caso de encontrar el vector, se dará aviso dentro de las 24 horas al nivel central.

Procedimiento para la eliminación de *R. prolixus*:

- a. instalar y ejecutar el Sistema de Vigilancia con participación comunitaria en las localidades con historial de presencia de este vector.
- b. con la presencia de un solo ejemplar en la vivienda, deberá rociarse inmediatamente (máximo una semana) el 100% de viviendas de dicha localidad y las viviendas que se encuentren a 400 metros alrededor de la vivienda positiva.
- c. realizar la verificación a los 3 meses post rociamiento. Se aplicará una segunda cobertura a la vivienda en donde se encontró el ejemplar que originó el rociamiento.
- d. para garantizar el éxito de la eliminación de *R. prolixus* en Centroamérica, se deben eliminar las colonias de laboratorio de este vector, con el objetivo de evitar accidentes de diseminación.

La vigilancia con participación comunitaria debe implementarse en todas las comunidades con historial de *R.prolixus*.

La participación activa y permanente de la comunidad en la vigilancia, ha sido fundamental para la vigilancia del vector y de la enfermedad de Chagas, por medio del desarrollo de procesos locales de promoción de la salud de manera creativa, participativa y sostenible.

En las nueve áreas de salud, se continuó la vigilancia activa (encuestas entomológicas) y pasiva (buzones), reportando la ausencia del vector. Sin embargo en enero 2016, se reportó la presencia del vector *R.prolixus* en la localidad de Las Palmas, municipio de Olopa, departamento de Chiquimula. En dos de tres viviendas, que se encontraban aisladas del centro de la localidad, y debido a su ubicación no habían sido tomadas en cuenta para la vigilancia vectorial. Se reportaron 15 especímenes adultos y 17 ninfas de *R.prolixus*.

Estos ejemplares fueron trasladados a la Sección de Entomología Médica del nivel central para su confirmación. En dicha sección, fue confirmado el material biológico como *Rhodniusprolixus*, y no se pudo realizar la disección de dichos especímenes por el mal estado de los mismos.

El 26 de enero del 2016 se trasladó la brigada de Chagas, a la localidad Las Palmas con el objetivo de realizar un estudio focalizado a las tres viviendas.

Debido a la escasez de insecticida en la DAS/Chiquimula, se gestionó y coordinó un donativo con el personal de salud de Honduras, el cual proporcionó 50 litros de Deltametrina líquida SC. El rociado se realizó en mayo del 2016 en toda la localidad (incluidas las dos casas positivas) cubriéndose un total de 125 viviendas.



En febrero del 2018, se realizó otra encuesta entomológica, en la cual se muestrearon 23 casas de forma aleatoria, los resultados fueron negativos para la presencia de triatominos (*Rhodniusprolixus* y *Triatoma dimidiata*).

En marzo del 2018, se realizó un segundo ciclo de encuesta y rociado con una cobertura del 100% en 136 viviendas, realizado con Deltametrina 5% polvo mojable, adquirido por la DAS de Chiquimula.

En septiembre del 2018, se realizó una encuesta entomológica con el apoyo de técnicos de la Sección de Entomología Médica nivel central, utilizando el método de Flash Out en 20 casas, los resultados indican la ausencia de todo tipo de triatomo.

Ese mismo mes se realizó un monitoreo, por medio de un experto de la OPS/OMS/WDC, Dr. Hector Coto, acompañado por MSPAS Nivel Central, DAS de Chiquimula y OPS Guatemala, en el cual se realizó una inspección entomológica en las tres viviendas aisladas de la localidad Las Palmas. Se obtuvo un resultado negativo para la presencia de *R. prolixus*, así como revisión de la información epidemiológica y entomológica de la enfermedad de Chagas en Chiquimula. El Dr. Coto, en su informe técnico llega a las siguientes dos conclusiones:

- las circunstancias particulares que rodearon al hallazgo del vector en la aldea Las Palmas (Olopa, Chiquimula) en enero de 2016, le confieren un carácter excepcional sin implicancias entomo-epidemiológicas. Esto se ve consolidado, por la ausencia de otros reportes similares en el resto del país.
- en correspondencia con lo anteriormente expresado, reunido con su conjunto de antecedentes desarrollados a través de este informe, es posible asumir que existen suficientes razones para afirmar que Guatemala presenta condiciones entomo-epidemiológicas compatibles con la eliminación de *Rhodniusprolixus* como problema de salud pública en todo su territorio.

En enero del 2019, con el apoyo de la OPS/OMS/Guatemala se procedió a la compra de 70 Kilos de Deltametrina 5% polvo mojable, con lo cual se roció 176 viviendas (DAS de Chiquimula). En el mes de febrero, se verificaron los resultados por medio de una encuesta indicando la ausencia de triatominos.

La alcaldía de Olopa, Chiquimula realizó la coordinación para la mejora del techo de las tres viviendas (donativo de láminas) y a través de Cruz Roja se llevará a cabo un mejoramiento de las viviendas en toda la localidad las Palmas (mejora de paredes y letrización). Es importante indicar que de las tres viviendas aisladas de la localidad Las Palmas, en dos han sido mejoradas sus paredes.

En Guatemala desde febrero 2016 no se ha reportado presencia de *Rhodniusprolixus* en las 317 localidades con historial a través de la vigilancia activa y pasiva como se observa a continuación:

Tabla 6. Resultados de índices entomológicos de la vigilancia activa (encuestas entomológicas) en el periodo 2016-2019.

ÍNDICES PARA LA CERTIFICACIÓN OPS/OMS	ÍNDICES DE INFESTACIÓN DOMICILIARIA MENORES A 0,1%			ÍNDICE DE DISPERSIÓN NO MÁS DEL 25% DE ÁREAS ENDÉMICAS DEL PAÍS	ÍNDICE DE INFECCIÓN NATURAL POR T.CRUIZ
FECHA	ÁREAS DE SALUD	ÍNDICE DE INFESTACIÓN INTRADOMICILIARIA 0	ÍNDICE DE INFESTACIÓN PERIDOMICILIAR CON VALORES NO MAYORES AL 0,1%		
	Baja Verapaz	0	0	0	0
	Chiquimula	0	0	0	0
	El Progreso	0	0	0	0
	Huehuetenango	0	0	0	0
	Jutiapa	0	0	0	0
	Santa Rosa	0	0	0	0
	Zacapa	0	0	0	0
	El Quiche	0	0	0	0
2017	El Progreso	0	0	0	0
	Huehuetenango	0	0	0	0
	Jalapa	0	0	0	0
	Jutiapa	0	0	0	0
	El Quiche	0	0	0	0
	Santa Rosa	0	0	0	0
	Zacapa	0	0	0	0
2018	Chiquimula	0	0	0	0
	Huehuetenango	0	0	0	0
	Jalapa	0	0	0	0
	Jutiapa	0	0	0	0
	El Quiche	0	0	0	0
2018	Santa Rosa	0	0	0	0
	Zacapa	0	0	0	0
feb-19	Baja Verapaz	0	0	0	0
	El Progreso	0	0	0	0
	Chiquimula	0	0	0	0
	Zacapa	0	0	0	0

Fuente: DAS, 2019.



Situación actual

La situación actual de la endemia chagásica en Guatemala se puede sintetizar en:

- ausencia de *R. prolixus* de las áreas donde era el principal colonizador de la vivienda rural y transmisor domiciliario, desde 2016
- aunque hay acciones y avances sobre *Triatoma dimidiata*, este es actualmente el principal vector de *T. cruzi* en determinadas áreas del país, donde permanece muy activo
- el país ha mantenido para las áreas donde *R. prolixus* transmitía Chagas en el domicilio, procesos de vigilancia y seroprevalencias bajas en la población, como las que tenía cuando acreditó el proceso de interrupción de la transmisión
- Guatemala cuenta con continuidad y sustentabilidad de sus acciones de vigilancia, prevención y control como para poder lograr los resultados ofrecidos, y debe intensificar el control sobre *T. dimidiata* hasta interrumpir la transmisión vectorial en domicilio.

Observaciones y conclusiones

De lo expuesto y aportado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, y por diferentes protagonistas nacionales de la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas en el país se concluye y recomienda:

- las acciones programáticas de prevención y control de la transmisión vectorial de *T.cruzi* se han cumplido de forma constante y sostenida desde finales de los 90s, incluyendo rasgos destacables como descentralización, participación activa de la comunidad, compromiso de los niveles locales, implementación de vigilancia (serológica y entomológica) y estrategias adaptadas a la realidad epidemiológica e institucional;
- se recomienda la continuidad de las acciones y el esquema de funcionamiento en control antivectorial y vigilancia, dadas su eficacia y eficiencia demostradas;
- se destaca la consideración especial que se tiene en lo cultural y social, para las intervenciones en territorios y comunidades de pueblos originarios en riesgo;
- reconocer el logro de control que se mantiene sobre *R. prolixus* con la interrupción de la transmisión vectorial domiciliaria de *Trypanosomacruzi* por *Rhodniusprolixus* en todo el país desde 2008, con actividades efectivas de vigilancia activa y pasiva;

- **jerarquizar la información que acredita que *R. prolixus*, está ausente del país desde 2016 a la actualidad, contemplando todas las valoraciones entomológicas y epidemiológicas necesarias para considerar su eliminación como problema de salud pública;**

- **por tanto, considerando la definición oficial actualizada de eliminación de vectores alóctonos como problema de salud pública: “eliminación de un vector como problema de salud pública: entendido como interrupción de la transmisión vectorial con más de cinco años de certificación; índices de infestación domiciliaria menores a 0,1%, con índice de infestación intradomiciliaria 0, y positividad sólo a expensas del peridomicilio, con valores no mayores al 0,1%, motivado por no más de 5 domicilios de no más de 2 localidades separadas no contiguas; índice de dispersión, calculado para el primer nivel de división territorial, en no más del 25% de áreas endémicas del país; e índice de infección natural por *T. cruzi*, en ejemplares estrictamente domiciliarios, negativo; liberándose este valor en caso de insectos de poblaciones “silvestres” o “asilvestradas”, encontrados en domicilios, de aquellos países donde estos fenómenos ocurran”, **la CI concluye que Guatemala ha logrado la eliminación de *R. prolixus* como problema de salud pública.****

- **hoy la transmisión vectorial domiciliaria de *T.cruzi* en Guatemala, permanece muy activa en áreas determinadas, y está protagonizada exclusivamente por *Triatoma dimidiata*. Es urgente, dada la profusa actividad de transmisión, que registra anualmente casos agudos de la enfermedad de Chagas en Jutiapa y Zacapa, proceder con la mayor intensidad y ejecutividad a la eliminación de la transmisión intra-domiciliaria por el citado vector;**

- los aspectos a implementar o mejorar en la lucha antivectorial, ahora centrada en el control de un vector autóctono son: uso del índice de colonización, uso de la tasa de densidad triatomínica, cálculo del índice de infección tripanosómica natural por *T.cruzi* en triatomínos; e inclusión del peridomicilio en la evaluación de viviendas, considerando infestación y colonización, intra y peridomiciliaria por separado;

- en viviendas, donde se captura *T. dimidiata*, se recomienda examinar serológicamente al grupo familiar habitante de las mismas con fines de atención médica y de evaluar la importancia de este vector en la transmisión;
- se considera importante analizar la posibilidad de realizar estudios de perfil alimentario de los ejemplares colectados;
- **la prevención de la vía transfusional del *T. cruzi* se realiza desde 1985 por tamizaje universal de donantes de sangre, con cifras actualizadas de 2016 donde sobre un total de 135.495 donantes, fueron detectados 1.124 positivos para Chagas, un 0,83% de prevalencia en donantes (prevalencia más alta que VIH/SIDA y sífilis), cuando la cifra en 2017 podría llegar al 0,72%;**
- es esencial, que se perfeccionen los mecanismos de referencia y contrareferencia de los donantes seropositivos para Chagas desde los bancos de sangre hacia los servicios salud encargados de darles una correcta atención, con algoritmos definidos;
- el país debe poner su atención en el diagnóstico y tratamiento de recién nacidos infectados por *T. cruzi* por vía transplacentaria;
- se recomienda que la estrategia de diagnóstico y tratamiento de Chagas congénito se integre en el marco de ETMIplus (enfermedades de transmisión materno-infantil plus) que impulsa OPS, para integrar los esfuerzos de los servicios de salud en el control de enfermedades de transmisión vertical (HIV/SIDA, sífilis congénita, hepatitis B y Chagas);
- se recomiendan actividades de capacitación en diagnóstico de Chagas, tanto serológico como parasitológico, en ayuda en este último caso del diagnóstico de Chagas congénito en recién nacidos, para infección aguda vectorial y las reactivaciones;
- en materia de diagnóstico mediante test rápidos, se concluye que para evitar desempeños irregulares u otras situaciones complejas, se recomienda utilizar kits comerciales de reconocido desempeño, siguiendo publicaciones al respecto;
- se recomienda ampliar el proceso diagnóstico a la totalidad de familia y convivientes, en caso de detección de un miembro de estos grupos;
- la atención médica de pacientes con enfermedad de Chagas debe seguir el proceso de fortalecimiento que se ha iniciado, para lograr una atención adecuada, suficiente, oportuna y accesible al paciente infectado por *T. cruzi* en todos los niveles de complejidad de las áreas de atención del Sistema Nacional de Salud en sus diversos Sub-Sistemas;
- se recomienda realizar el diagnóstico de Chagas en todo paciente que sufrirá algún trastorno de inmunosupresión (HIV, enfermedad oncológica, enfermedades autoinmunes, transplantedos);
- garantizar el tratamiento etiológico en todos los pacientes con indicación formal, de acuerdo a recomendaciones internacionales, y la adherencia al mismo para obtener los mejores resultados;
- se recomienda que las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de la salud presten atención a la enseñanza de las enfermedades desatendidas y entre ellas a la enfermedad de Chagas con más horas de enseñanza y más calidad de contenidos;

Resumen ejecutivo

Guatemala por sí misma y en el marco de la IPCAM ha logrado sensibles avances:

- **eliminación del vector *R.prolixus* como problema de salud pública**
- **tamizaje universal de donantes en banco de sangre para Chagas desde 1985**
- **crecimiento de la cobertura y calidad de la atención de pacientes con enfermedad Chagas, aunque mucho queda por hacer**
- **es necesario y urgente concentrar acciones de control antivenectorial integrado y ampliado en las áreas donde aún existe transmisión vectorial domiciliaria por *T.dimidiata***

y queda como gran tarea nacional el mantener la prioridad y adecuada asignación de recursos para poder avanzar a nuevos logros, proteger los alcanzados y evitar cualquier retroceso de la actual situación epidemiológica.

Ciudad de Guatemala, 25 de abril de 2019

www.paho.org

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas