

Iniciativa de los Países de Centroamérica para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCA)

XI Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la interrupción de la transmisión vectorial, transfusional y atención médica de la enfermedad de Chagas

18 al 20 de noviembre de 2008
San José, Costa Rica



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA PARA LA
INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL, TRANSFUSIONAL Y
ATENCIÓN MÉDICA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (IPCA)**

**XI REUNIÓN DE LA COMISIÓN INTERGUBERNAMENTAL DE
LA INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA (IPCA)
PARA LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL,
TRANSFUSIONAL Y ATENCIÓN MÉDICA DE LA
ENFERMEDAD DE CHAGAS**

18 al 20 de noviembre de 2008

San José, Costa Rica

**RECOPILADO POR: DR. ENRIQUE GIL,
SECRETARIO TÉCNICO DE LA INICIATIVA DE LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA (IPCA)**

ÍNDICE

I.	Introducción	3
II.	Avances de la IPCA	5
III.	Objetivos de la XI Reunión de la IPCA	6
IV.	Presentaciones especiales	7
V.	Informe de países	9
VI.	La interrupción de la transmisión vectorial en Centroamérica	18
VII.	Abordaje especial para <i>Triatoma dimidiata</i>	20
VIII.	Acuerdos y recomendaciones	25
IX.	Anexos	29
	1) Agenda de la reunión	29
	2) Lista de participantes	33

I INTRODUCCIÓN

La Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la interrupción de la transmisión vectorial, transfusional y atención médica de la enfermedad de Chagas, está constituida por la delegación oficial de participantes de los gobiernos y ministerios de salud de los países de Centroamérica: Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, que se reúnen anualmente de forma rotativa en cada uno de los países y actúa como Secretaría Técnica la OPS/OMS.

- RESSCAD 1997 aprueba la Resolución N° 13: “El control de la enfermedad de Chagas es una actividad prioritaria para los países de Centroamérica”.
- Octubre 1997 se lanza en Tegucigalpa la **Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA)**, creándose la Comisión Intergubernamental con la OPS/OMS actuando como Secretaría Técnica.
 - Dar seguimiento y evaluar las actividades programadas por los países.
 - Procurar el apoyo de la cooperación internacional y ONGs.
 - Fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias.
- Mayo de 1998 la 51° Asamblea Mundial de la Salud emite la Resolución N° 51.4, en la cual se declara el compromiso de “Eliminar la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas para finales del 2010”.
 - Precisar la extensión de la enfermedad.
 - Distribución de los vectores implicados en la transmisión.
 - Elaboración de planes de acción.
 - La conformación de comisiones técnicas entre países para la certificación.
 - Coordinación de la cooperación internacional multi-bilateral y ONGs.
- Septiembre del año 2005 la Resolución N° 5 de la XXI RESSCAD, celebrada en la ciudad de Belice, en referente a la enfermedad de Chagas: “Asumir el compromiso de alcanzar, en el término de dos años, una cobertura mínima de 50% de control vectorial de *Triatoma dimidiata* en las zonas endémicas y desarrollar el tamizaje serológico universal para *Trypanosoma cruzi* de los donantes en todos los bancos de sangre públicos y privados”.
- Septiembre del año 2006, la Resolución N° 7 celebrada en la Ciudad de Guatemala, considera tres acuerdos:
 - Incorporar periódicamente en la agenda de la PRE-RESSCAD un informe de la IPCA, a fin de lograr que las autoridades del sector salud de la subregión conozcan su avance y resultados de proceso e impacto, y brinden sus orientaciones a la Iniciativa.
 - Apoyar a Costa Rica, Panamá y Nicaragua, en la búsqueda de los recursos financieros necesarios para ejecutar la iniciativa de control y eliminación de los vectores; y mantener el nivel óptimo de organización, conducción y operación de la misma en Guatemala, Honduras y El Salvador.

- Reconocer el apoyo que gobiernos y agencias de cooperación otorgan a la IPCA, en especial al Gobierno de Japón por su gran contribución a los planes estratégicos de Guatemala, Honduras y El Salvador, al proyecto PRO-MESAS de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y el Gobierno de Taiwán en Honduras. A la vez, que se inste a éstas y otras agencias que contribuyen con el desarrollo de la subregión, a mantener de acuerdo a sus políticas de cooperación internacional, su contribución técnica y financiera, hasta que los países hayan certificado el logro de las metas trazadas en sus planes nacionales.
- Lanzamiento del Plan estratégico mundial de prevención y control de enfermedades olvidadas por la OMS/OPS 2008-2015.
- Julio de 2007 en Ginebra la conformación de la Red mundial de lucha contra Chagas.

Desde la creación de la Comisión Técnica Intergubernamental de la IPCA en 1997, se han realizado diez reuniones anuales: la primera en Guatemala, octubre de 1998; la segunda en Managua, octubre de 1999; la tercera en San Salvador, julio del 2000; la cuarta en Panamá, agosto de 2001; la quinta en San José, Costa Rica, septiembre de 2002; la sexta, séptima y octava en Tegucigalpa en octubre de 2003, octubre 2004 y diciembre de 2005, respectivamente; la novena en Guatemala, septiembre de 2006; la décima en Managua, Nicaragua, agosto de 2007 y la actual onceava en San José, Costa Rica, noviembre 2008.

II AVANCES

Los principales avances de la Iniciativa 2007-2008, presentados por el Dr. Enrique Gil, Secretario Técnico de la IPCA son:

- Ejecución de TCC entre El Salvador, Honduras y Guatemala.
- Evaluación externa de la información en Guatemala y Honduras para documentar la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus*.
- Comisión internacional para la evaluación externa en Guatemala para comprobar la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus*.
- Apoyo en la elaboración e implementación del proyecto, para medir el umbral de transmisión en *Triatoma dimidiata*.
- Abastecimiento de medicamento para el tratamiento etiológico para los ocho (8) países de la subregión, por donación de Bayer.
- Consultores externos para apoyar el desarrollo de manuales de normas de diagnóstico y tratamiento, revisión de sistemas de vigilancia en Panamá y Costa Rica.
- Acompañamiento a la cooperación internacional para la discusión y elaboración de los nuevos proyectos para Guatemala, Honduras y El Salvador.
- Movilización de recursos internacionales y nacionales para la ejecución de actividades de control vectorial en Nicaragua.
- Contactos con nuevas instituciones de cooperación internacional para nuevos proyectos y su información en los procesos de integración sub-regionales (USAID, Plan Puebla-Panamá, BID).
- Participación de JICA, ACDI y AECI en las reuniones de la IPCA para la coordinación e implementación de proyectos orientados al cumplimiento de las metas de la IPCA y la Resolución de la AMS.
- Certificación de la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus* en Guatemala.

Elección de la Mesa Directiva

La reunión inició con la inscripción de los participantes, los Jefes de Programas de Chagas de los países de Centroamérica miembros de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa. Además, participaron representantes de JICA, ACDI, OPS/OMS regionales y locales.

Se procedió a la elección de la mesa directiva, quedando elegido por parte de los delegados oficiales de los países, la Lic. Teresita Solano del Ministerio de Salud de Costa Rica como Presidente y el Sr. José Lasso del Ministerio de Salud de Panamá como Secretario.

EL CONTEXTO MUNDIAL: EL TEMA DE CHAGAS EN LAS AGENDAS

III

OBJETIVOS DE LA XI REUNIÓN DE LA IPCA

Los objetivos de la reunión fueron presentados por el Dr. Enrique Gil, Secretario Técnico de la IPCA:

- Conocer los avances de los países hacia el cumplimiento de la meta al 2010 en base a los planes de trabajo elaborados en el año 2007.
- Conocer los resultados de la evaluación externa para la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus* de la enfermedad de Chagas en Guatemala.
- Visualizar las perspectivas futuras de corto plazo sobre la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus* en el resto de los países.
- Revisar aspectos técnicos y operativos para el control de *Triatoma dimidiata*.
- * ■ Actualizar el conocimiento y experiencias en el diagnóstico y tratamiento etiológico de Chagas.
- Elaborar el plan de actividades para el período 2008-2009 para los países y la Secretaría Técnica de la IPCA.

IV PRESENTACIONES ESPECIALES

Avances de la Red mundial para la eliminación de la enfermedad de Chagas y la nueva Iniciativa de los países “no endémicos” - Dr. Pedro Albajar, Asesor de Chagas, OMS-Ginebra

Si bien es cierto que se estarán celebrando muy pronto los 100 años del descubrimiento de la enfermedad de Chagas y ha dejado una inmensa cantidad de conocimientos a cerca del parásito, los vectores, reservorios, rutas de transmisión, estrategias e instrumentos exitosos de control y protocolos de atención y tratamiento médico, ha permitido que las Iniciativas lanzadas con la OPS como Secretaría Técnica, hayan alcanzado importantes logros, especialmente en el control vectorial y transfusional de la transmisión. Al mismo tiempo, se enfrentan nuevos desafíos para mantener funcionando los programas de control en territorios con baja endemicidad, que garantice la sostenibilidad sin ser afectados por el “castigo del éxito”.

La diseminación de la enfermedad a territorios “no endémicos” como Europa con una incrementada movilización de personas entre América Latina y el resto del mundo, con países sin la suficiente experiencia y con insuficientes medidas de control implementadas, principalmente en los servicios de medicina transfusional y servicios de obstetricia. Por otro lado, la emergencia de la enfermedad en territorios que hasta el momento eran considerados libres de la enfermedad como la Amazonía, con rutas alternativas de transmisión como la oral y la ocurrencia de brotes. Además, la re-emergencia en territorios enfrentando ambas situaciones, viejos y nuevos desafíos, como es el caso del *Triatoma infestans* selvático o la existencia de vectores resistentes a los piretroides en el Gran Chaco. Por último, la existencia de grandes cantidades de personas enfermas necesitando acceso a diagnóstico y tratamiento tanto en países endémicos como los “no endémicos”.

La OMS dentro de su estructura programática, ha identificado la enfermedad de Chagas como una de las prioritarias de las “enfermedades olvidadas” que requieren un manejo innovador e intensificado para su abordaje. Expresiones que la Dra. Margaret Chan, Directora de la OMS, manifestó el 4 de enero de 2007 al personal de la OMS: que las enfermedades tropicales olvidadas nos dan otro ejemplo de solidaridad, ya que amenazan la salud y las economías de los países más ricos, pero también causan inmenso sufrimiento y discapacidad a millones de personas que viven en la pobreza. Por lo tanto, el mundo entero está poniendo atención a estas enfermedades y teniendo importantes progresos en su control, lo que demuestra que la salud es una responsabilidad compartida por la comunidad internacional.

Otras reuniones en la OMS realizada con distintos socios, en abril del 2007 y julio del 2007, con la participación de los representantes de los Gobiernos de los países de América, científicos, expertos y asesores de la OPS/OMS, además de las discusiones en varios países de América Latina, las consultas con expertos y discusiones con la OPS, lleva a la decisión de conformar la Red mundial para el combate de la enfermedad de Chagas dentro del contexto de la renovada lucha contra las enfermedades tropicales olvidadas y la identificación de casos en países no endémicos demuestra la necesidad de globalizar el esfuerzo, manifestó la Dra. Chan.

Dentro del concepto de manejo innovador e intensificado de la enfermedad, plantea intensificar las acciones para abordar la enfermedad con las actuales herramientas disponibles para alcanzar la eliminación de la enfermedad, mediante la aplicación integral y sinérgica de los componentes del control vectorial, la transmisión transfusional y congénita, el manejo de los casos agudos y crónicos y la vigilancia vectorial y de los casos, pero también, la introducción de innovadoras herramientas claves de control con las cuales se pueda asegurar la sostenibilidad de la eliminación.

Para alcanzar la eliminación de la enfermedad de Chagas, se requiere de recursos provenientes de los Estados Miembros, pero además del apoyo de los socios para ser intensificado y sostenible como ejemplo: ACIDI, JICA, AECI MSF IDRC, Fundación Mundo Sano, Bill & Melinda Gates Foundation, DNDi y otros, sin dejar de mencionar la industria farmacéutica como Sanofi-Aventis y Bayer, con quienes se han firmado acuerdos de colaboración.

La Red Mundial, organizada por la OMS, brindará un marco de trabajo facilitador que promueva los esfuerzos conjuntos, flexible, con apoyo como Secretariado, apoyo gerencial, movilizador de recursos y diseminación de información. Por otro lado, dependiendo de la disponibilidad de recursos, financiará reuniones regulares de la Red Mundial, apoyo a las reuniones de los grupos técnicos, apoyo secretarial (publicaciones), diseminación de la información y fondos semillas para algunos proyectos.

La Red Mundial trabajará basado en cuatro grupos técnicos (GT): 1) Sistemas de información y vigilancia epidemiológica; 2) Prevención de la transmisión transfusional y por transplante de órganos; 3) Test diagnóstico para tamizaje y diagnóstico de *T.cruzi*; 4) Manejo de casos y prevención y control de la transmisión congénita.

El Programa de la enfermedad de Chagas de la OMS, como apoyo a la Red Mundial y a los Estados Miembros, se propone realizar una serie de actividades para el 2008 y 2009 en los siguientes puntos:

1. Información:
 - a. Base de datos sobre la infección y la carga de la enfermedad.
 - b. Base de datos sobre las medidas de prevención y control que están siendo aplicadas.
 - c. Mapeo mundial de la situación.
2. Incrementar el diagnóstico:
 - a. Diagnóstico de Chagas agudo por medio de las láminas de malaria.
 - b. Uso de pruebas rápidas en sangre completa a nivel de atención primaria en salud.
3. Incrementar el tratamiento y manejo de casos:
 - a. Manual sobre manejo de la enfermedad de Chagas enfocado en la atención primaria en salud.
 - b. Acuerdo con Bayer para la donación de Nifurtimox por 5 años.
 - c. Negociación con LAFEPE para la producción de Benznidazole.
4. Prevención y control de la enfermedad de Chagas:
 - a. Mejoramiento/implementación del control transfusional de sangre.
 - b. Mejoramiento/implementación de control en transplante de órganos.
 - c. Prevención secundaria congénita (reunión en Estados Unidos).
 - d. Prevención secundaria congénita (reunión en España).
5. Otros asuntos importantes:
 - a. Iniciativa de países no endémicos.
 - b. Asamblea Mundial de la Salud y una nueva resolución.

SITUACIÓN DE HOY EN CENTROAMÉRICA: INFORMES DE PAÍS

V INFORME DE PAÍSES

- Avances en el cumplimiento del plan de trabajo elaborado en la IPCA del 2007.
- Informe especial sobre abastecimiento, uso, registro y seguimiento a la administración de tratamiento con Nifurtimox, donado por BAYER a través de la OPS/OMS.

BELICE

(DR. JOSÉ MARENCO, MINISTERIO DE SALUD)

Belice con una población estimada para mediados de 2007 de 311,500 habitantes en una superficie de 8,867 millas cuadradas, teniendo una densidad poblacional de 35 habitantes por milla cuadrada. La razón urbano/rural es de 1.04 y la razón femenino/masculino es de 1.01. El país tiene fronteras con México, Guatemala y el Mar Caribe, y la población está constituida por diferentes grupos étnicos: mestizo, mayas, garifunas, creole e indígenas. Se han encontrado vectores transmisores de la enfermedad de Chagas en el sur del país y en el centro del país, por los bordes de la carretera que une Belice con Guatemala. La información sobre el diagnóstico laboratorial desde 1999, muestra que anualmente se tamiza para bancos de sangre entre 3,100 y 2,700 unidades de sangre, resultando positivos entre 12 y 20 casos anualmente para un porcentaje de seroprevalencia entre 0,4% y 0,9%. Llamando la atención que para el 2008 solamente en los primeros seis meses se han diagnosticado 20 casos para una seroprevalencia en donantes de 0,9%. En el 2007 el porcentaje del presupuesto para salud fue del 10,9% del total del presupuesto del Gobierno, y de éstos el 0,9% destinado para servicios de laboratorios y el 0,4% para control vectorial de todas las enfermedades transmitidas por vectores. Se han planteado un plan de trabajo para Chagas que tiene seis resultados esperados: 1) Vigilancia de la enfermedad; 2) Concientización; 3) Vigilancia vectorial; 4) Integración del programa a los servicios de salud; 5) Tamizaje de donantes de sangre; 6) Tratamiento de los casos positivos de Chagas.

GUATEMALA

(DR. HUGO ÁLVAREZ, MINISTERIO DE SALUD)

Guatemala ha logrado consolidar la elaboración del Plan estratégico para el control de la enfermedad de Chagas para el período 2008-2013, que define siete grandes componentes estratégicas de trabajo con su respectivo presupuesto. Los componentes definidos son:

- | | |
|---|--------------|
| • Control vectorial | US\$ 604.493 |
| • Manejo de casos agudos y crónicos. | US\$ 550.000 |
| • Interrupción de la transmisión transfusional | US\$ 250.000 |
| • Vigilancia epidemiológica | US\$ 296.500 |
| • Información, educación y comunicación | US\$ 100.000 |
| • Manejo de datos nacional y local para toma de decisiones | US\$ 150.000 |
| • Gestión y movilización de recursos nacional e internacional | US\$ 150.000 |

De los logros más importantes que Guatemala ha alcanzado entre el año 2000, cuando se iniciaron las acciones de control vectorial, y el año 2008, es la reducción del área de dispersión y la eliminación de la presencia domiciliar del *Rhodnius prolixus*. Por otro lado, se han conformado una red nacional de colaboradores voluntarios a nivel comunitario en las comunidades donde existió la presencia del vector y que se han establecido como estrategia para la vigilancia entomológica. Las encuestas serológicas realizada en el año 2004 en niños entre 1 y 6 años en localidades donde existió el *Rhodnius prolixus* nos muestra que ningún niño ha sido infectado después del período de intervención en el control vectorial, concluyendo el Programa Nacional de Chagas que “En ningún caso se verifica que el apareamiento de niño seroreactivo se dio en fecha posterior a las operaciones de control químico, con el cumplimiento de dos ciclos de tratamiento químico domiciliar”.

En relación al *Triatoma dimidiata* entre el año 2000, cuando iniciaron las intervenciones de control vectorial, y el año 2008, se ha mostrado una disminución importante en los índices de infestación domiciliarios, lo que demuestra una reducción en la densidad de la población de los triatomíneos en el ámbito domiciliar. Los índices de colonización muestran también una reducción en el número de unidades domiciliarias encontradas positivas, aunque en algunos departamentos como Jutiapa, El Progreso y Huehuetenango muestran un leve incremento.

La cobertura del tamizaje serológico ha sido de 100% aún en incremento de donantes, que han pasado de 60,638 en 2004 a 76,216 en 2007. La seroprevalencia para *T. cruzi* ha pasado de 1.41 en 2004 a 0.62 en 2007 a nivel nacional, identificándose los departamentos de Chiquimula con 3,92%, Zacapa con 3,52%, El Progreso con 3,38%, Jutiapa con 3,33%, Poptún con 2,45%, Salamá con 2,33%, Santa Rosa con 2,30% y Mazatenango con 2,29%, con los datos más elevados del país.

Se ha estado administrando tratamiento etiológico en Chiquimula, ubicada en el oriente del país, donde existió mayor presencia de *Rhodnius prolixus*, en niños entre 7 y 14 años; de los 315 encontrados positivos, se trataron 278 (88%), de los cuales 10 niños abandonaron el tratamiento. Se registraron un total de 19 niños con efectos secundarios al Benznidazol, de los cuales el 58% fue gastralgia, 21% reacciones dermatológicas, 10,5% náuseas y 10,5% polineuropatía. Entre los años 1999 a 2008 se han tratado un total de 1,171 personas, de las cuales 693 fueron menores de 15 años y 518 mayores de 15 años, siendo el año 2006 en el que se trató un mayor número de niños menores de 15 años que totalizaron los 361 niños. Para febrero de 2008 recibieron una donación de la OPS por 37,000 tabletas, de las cuales tenían un saldo a septiembre 2008 de 22,900. Los medicamentos son entregados a las Áreas de salud para que sean administrados a nivel local, para lo cual les adjuntan una hoja informativa sobre el manejo de los pacientes y el medicamento, además, las acciones de control vectorial que deben ser realizadas.

El Programa de Chagas, junto al grupo interdisciplinario e interinstitucional ha elaborado un protocolo de vigilancia de la enfermedad de Chagas, que ha sido distribuido a nivel nacional para su aplicación en los distintos niveles de atención del sistema de salud. En éste mismo grupo interinstitucional, se ha logrado coordinar la realización de investigaciones operativas entomológicas.

Con la Universidad del Valle se realizó una evaluación del impacto del rociado intradomiciliar en el control de la enfermedad de Chagas, concluyendo que: 1) Los índices de infestación por *R. prolixus* se reducen a menos del 1%; 2) La disminución de la infestación por *T. dimidiata* es variable y va desde 0 hasta 50%; y 3) El flash out aumenta la sensibilidad en la inspección domiciliar. Por otro lado, con la Universidad de San Carlos, se hizo una investigación sobre la genética y morfometría de las poblaciones de *T. dimidiata* y se aplicaron métodos no tradicionales de

control vectorial, concluyendo que el uso de la zooprofilaxis disminuyen el riesgo de infección por *T. cruzi*, mediante la construcción de gallineros, cochiqueras y perreras en los espacios fuera de la vivienda con una fuerte participación comunitaria como base para el control no tradicional. Por último, informan que la minuta para la Fase II del proyecto financiado por JICA para el control vectorial y establecimiento de la vigilancia epidemiológica permanente ha sido firmada el 10 de octubre de 2008 para iniciar su ejecución en el año 2009.

EL SALVADOR

(DR. HÉCTOR RAMOS, MINISTERIO DE SALUD)

El Salvador, con una población de 5.7 millones de habitantes en un territorio de 20,742 Km², para una densidad demográfica de 326 hab/Km², distribuidos en 14 departamentos y 262 municipios. Se ha diagnosticado en el año 2007 un total de 119 casos agudos, principalmente en los Departamentos de San Miguel, Ahuachapán, Santa Ana, San Salvador y La Libertad. Hasta la semana 46 de 2008, se han diagnosticado un total de 67 casos, principalmente en los Departamentos de San Miguel, Ahuachapán, Santa Ana y San Salvador. Los grupos de edades más afectados son en un 50% los menores de 19 años y el otro 50% básicamente está entre los grupos comprendidos entre 20 y 49 años.

El tamizaje en los bancos de sangre a nivel nacional se hace en un 100%, aún en incremento en el número de donantes que ha pasado de 76,142 en 2004 a 80,460 en 2007. La seroprevalencia para *T. cruzi* ha sido de 3,3% en 2004 y 2,09% en 2007. Los departamentos que han presentado los datos de seroprevalencia más elevados son Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate y San Salvador.

El país ha logrado movilizar la cooperación internacional, principalmente JICA cubre siete de los Departamentos con la mayor magnitud del problema. Además, participan la Cruz Roja en Usulután, Lux-Development en Usulután y San Miguel y ADIC en Ahuachapán.

En el año 2007 se administraron un total de 81,000 tabletas de Nifurtimox procedente de donación de OPS, y para el año 2008 se han administrado un total de 55,000 tabletas con mayor frecuencia en los Departamentos de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, San Miguel y los dos principales hospitales de referencia de San Salvador, el Hospital Rosales y el Hospital Bloom.

El Salvador dentro de la IPCA, ha impulsado y logrado algunos objetivos, tales como: registrar los medicamentos de tratamiento etiológico de Chagas en el país, promover la vigilancia activa de casos agudos y la diseminación de una definición exhaustiva como norma nacional, la administración al 100% de los casos agudos diagnosticados, complementado con la investigación epidemiológica y actividades de intervención entomológica, iniciado en coordinación con JICA un estudio sobre el umbral de *T. dimidiata* para identificar los niveles de infestación que mantienen la transmisión en los Departamentos de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, La Libertad, Usulután, San Miguel y Morazán, mantener la cobertura de tamizaje de sangre para *T. cruzi* en el 100% de los donantes con programas de garantía de la calidad.

En el control vectorial han estado poniendo fuerte énfasis en actividades educativas y participación comunitaria, para lo cual han firmado un convenio con el Ministerio de Educación para la inclusión del tema de Chagas en el libro de texto de Ciencias Naturales de 6° grado. Por otro lado, han elaborado y distribuido material educativo a la población en general, mediante rotafolios, tarjetas de triatominos, tarjetas de casos de Chagas agudo, animación sobre Chagas, afiches, videos educativos y un sitio Web en el portal del Ministerio de Salud.

Las actividades interinstitucionales para el control de vectores ha involucrado tanto a instituciones públicas como de servicio, no gubernamentales y agencias de cooperación entre las que se destacan: Ministerio de Educación, Administración de Acueductos y Alcantarillados, Gobiernos Municipales, FOSALUD, Proyecto Rhessa, Universidad Nacional, Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, JICA, Lux-development, Cruz Roja Salvadoreña, ASDIC, Asociación de Mujeres Salvadoreñas, Fundación Salvadoreña FUSAL, Seraphin.

Se ha desarrollado un fuerte componente de fortalecimiento de los recursos humanos mediante la socialización de las normas técnicas de vigilancia y control de Chagas, el desarrollo de un Diplomado en Entomología Médica, actualización en vigilancia entomológica y control vectorial al personal técnico y capacitación en informática y sistemas de información. Para este último componente de sistema de información, se ha equipado al 100% del personal técnico de los SIBASI con equipo de informática, elaborados los lineamientos técnicos-operativos para el Plan Operativo Anual y se armonizaron los instrumentos de colector diaria de datos por promotores de salud, programa de malaria e inspectores de saneamiento.

Entre el 2003 y 2008 se han realizado encuestas entomológicas para tener una línea basal en los 14 departamentos del país, aunque la cobertura de municipios está en 95% a nivel nacional, todavía quedan coberturas de encuestas entomológicas por localidad de 45% del total del país, y algunas con menos de 20% del total de la localidades, como es el caso de La Libertad, San Salvador y La Unión; y entre 20 y 40% de cobertura en Cuscatlán, La Paz, Cabañas, San Vicente, Usulután. Los Departamentos que reportan índices de infestación arriba del 20% son La Libertad y Sonsonate, y los que reportan arriba del 10% son Ahuachapán, Santa Ana, San Miguel y Usulután.

Del total de localidades encuestadas a nivel nacional, el 55% resultaron positivas para *T. dimidiata*, con un índice de infestación para viviendas promedio nacional de 14% y se han rociado un total de 216,626 viviendas, principalmente en los Departamentos de Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate donde se han rociado 179,583 viviendas. En el Departamento de Ahuachapán se hizo una intervención intensificada de control vectorial en cerca de 33 municipios positivos de los cuales 24 tenían índices de infestación arriba del 20%, resultando una disminución sustancial en los índices de infestación, quedando solamente 1 con índices mayores de 20% y 3 con índices entre 5 y 20% después de la intervención.

HONDURAS

(DR. CONCEPCIÓN ZÚNIGA. SECRETARÍA DE SALUD)

El Programa Nacional de Chagas tiene un plan estratégico con tres grandes líneas operativas: 1) Preparación, que incluye aspectos relacionados con exploración y encuestas entomológicas y serológicas; y campañas de búsqueda de vectores con participación comunitaria; 2) Ataque, que incluye específicamente acciones de rociado contra *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*; 3) Vigilancia que aplica modalidades de vigilancia activa, pasiva, mejoramiento de la vivienda y tratamiento. Estas tres líneas estratégicas están cruzadas por acciones de educación y promoción como un eje transversal.

En el control vectorial, hay un avance importante hacia la eliminación del *R. prolixus* y los mapas muestran que del año 2004, con una amplia dispersión del vector en 12 Departamentos del país, con los niveles más altos en el Departamento de Intibucá, ha pasado en el 2007 de encontrarse en ocho localidades de tres Departamentos: Intibucá, Olancho y Comayagua, en

este último con los niveles más altos de infestación domiciliar. Para el 2008 se ha encontrado únicamente presente en una localidad del oriente del país, lo cual sugiere que está muy próximo a alcanzar la interrupción de la transmisión por éste vector. El *T. dimidiata* se ha encontrado su presencia en los mismos Departamentos anteriores, pero con niveles altos de infestación principalmente en el occidente del país, en Lempira con 24%, Copán y Ocotepeque con 21% cada uno. Las actividades de rociado se han realizado en 14 Departamentos del país, alcanzando a rociar 46,653 viviendas en 2007, para hacer un total de 173,513 viviendas rociadas desde el año 2004 hasta el mayo del 2008. Entre el año 2005 y 2007 se ha implementado un programa de reposición de viviendas, que ha actuado en siete de los Departamentos con antecedentes de presencia de triatominos y se han repuesto 2,553 viviendas, beneficiando a una población total de 13,710 habitantes.

Entre el 2003 y el 2008 se han realizado exploraciones serológicas utilizando pruebas rápidas en un total de seis departamentos, 1,643 escuelas y 51,398 examinados, resultando 2,085 positivos para un porcentaje de 4,06% de seropositividad. Utilizando las pruebas de ELISA se han realizado encuestas serológicas en 10 departamentos del país, 535 localidades y 24,325 examinados, resultando 1,168 positivos para un porcentaje de 4,80% de seroprevalencia. Entre 2006 y 2007 se han examinado con papel filtro, recién nacidos después de aplicadas las intervenciones de control vectorial en cuatro Departamentos del país: Copán, Choluteca, Francisco Morazán e Intibucá, en un Municipio de cada uno de los Departamentos, para un total de 1,865 niños examinados, resultando todos negativos.

Se ha administrado tratamiento etiológico con Nifurtimox, donado por la OPS. En el 2007, de 135 niños positivos, se les inició tratamiento a 86, equivalente a un 81% y se hizo evaluación a los 12 meses al 100% de los tratados. Para el 2008 se han detectado 237 positivos y se inició tratamiento con Nifurtimox donado por la OPS a 184 niños, que corresponde a un 77% del total.

Se han realizado algunos proyectos específicos de tratamiento, como es el caso del proyecto financiado por Canadá, en coordinación con la Secretaría de Salud en el año 2005 en Intibucá, específicamente el municipio de San Francisco de Opalaca, en donde trataron con Benznidazole a 396 niños menores de 15 años procedentes de 31 comunidades, de los cuales 11 re- iniciaron tratamiento y 26 lo abandonaron como consecuencia de los efectos secundarios al medicamento. Una evaluación serológica evaluativa realizada en 2007 y 2008 en estos mismos niños tratados en el año 2005, mostraron que el 87% de ellos dieron serología negativa. Además, se evaluó en esta encuesta, a 695 niños y niñas menores de 4 años, que nacieron posterior al rociado domiciliar de sus viviendas, resultando ninguno positivo para Chagas.

Durante 2007 y 2008 se evaluaron un total de 528 niños menores de 15 años que habían sido tratados con Benznidazole en otros departamentos del país, con antecedentes de presencia de *Rhodnius prolixus* y habían sido rociados, encontrándose que el 81% habían negativizado su serología, 18% permanecían positivos con titulaciones bajas y solamente el 1% continuaban positivos.

Entre 1994 y 2007 se han instalado 601 marcapasos en el Instituto Cardio Pulmonar de Tegucigalpa, y del total de pacientes diagnosticados como candidatos a marcapaso, el 31% tenían con etiología una cardiopatía chagásica.

En agosto de 2008, se hizo una visita externa por parte del Dr. Antonio Carlos Silveira, para analizar la información existente y valorar su suficiencia y solidez que permitan hacer una

visita externa para la certificación de la interrupción de la transmisión por *R. prolixus* en el país. La principal recomendación que dejó el Dr. Silveira está relacionada con la recolección, ordenamiento y análisis de la información que permita interpretar la real situación de la transmisión de la enfermedad de Chagas. Se sugiere hacerlo lo más pronto posible, de tal forma que para el año 2009 se pueda hacer la primera evaluación externa y en el 2010 la segunda, con miras a certificar la interrupción de la transmisión vectorial en el país.

NICARAGUA

(LIC. EMPERATRIZ LUGO, MINISTERIO DE SALUD)

Nicaragua retomó el Acuerdo N° 16 de la IPCA de agosto del 2007, en el que se planteó desarrollar para los SILAIS endémicos del norte de Nicaragua, con infestación domiciliar por *Rhodnius prolixus* un proyecto de intervención de control, apoyadas por un esquema multiagencial y cooperación técnica entre países, para interrumpir la transmisión vectorial y eliminar la infestación; para lo cual, el Ministerio de Salud de Nicaragua, inició con una actualización del diagnóstico de la situación del *R. prolixus* en el norte del país.

Se reactivó el equipo nacional multidisciplinario a partir del mes de noviembre del 2007, quienes realizaron cinco reuniones de trabajo, para las revisiones, programaciones y evaluaciones de los planes operativos en los tres SILAIS endémicos del norte. Durante este período, se actualizó el diagnóstico de la situación vectorial y se completó la "Fase de ataque" en las localidades que estaban pendientes y que no habían sido rociadas durante el período entre el 2000 y 2001. Esta actividad fue cubierta con fondos facilitados por la OPS/OMS y fondos nacionales. Una vez cubierta la Fase de ataque, se resume el trabajo en los tres Departamentos de la siguiente manera: en Madriz se programaron y cubrieron cuatro localidades (100%), en Nueva Segovia se programaron y cubrieron 10 localidades (100%) y en Matagalpa se programaron 6 y se cubrieron 11, ya que cuando se realizaba la actividad, se hizo la búsqueda en otras localidades vecinas y se encontró que estaban también positivas a *R. prolixus* otras cinco localidades que no se tenían anteriormente en la lista de positivas. El resumen de esta Fase de ataque nos indica que se cubrieron 1,485 viviendas (96%) de las 1,551 programadas.

Se realizaron ocho inspecciones entomológicas post-rociado en las localidades inicialmente infestadas y aledañas para verificar la presencia de focos residuales de *R. prolixus* y se continúan realizando siete inspecciones más en otras localidades que están en fase de ataque. Los resultados muestran la no presencia de *R. prolixus*, pero sí altos índices de dispersión por *T. dimidiata*. Además, se han encontrado otras especies de triatominos que no son reconocidos vectores eficientes de Chagas: *T. ryckmani*, *T. nitida*, *P. geniculatus*, *R. pallescens*, *E. cuspidatus*, *T. dispar* y *P. rufotuberculatus*.

Se realizó la encuesta serológica en niños menores de 15 años para establecer una línea de base en localidades con antecedentes de presencia de *R. prolixus*. Se investigó en 17 localidades, muestreando un total de 1,259 niños de los cuales 25 (2%) resultaron positivos como promedio de los tres SILAIS, aunque en el SILAIS de Madriz los datos de la seroprevalencia fue de 18,7% en los menores de 15 años. También se muestreo a mujeres embarazadas entre 15 y 35 años en los mismos tres SILAIS, resultando una seroprevalencia de 10% en el promedio de los tres, pero el SILAIS de Matagalpa con 17% de seroprevalencia. Además, se hizo encuesta serológica para el diagnóstico de Chagas congénito en los mismos tres SILAIS, obteniéndose una prevalencia de 6,8% como promedio de los tres, pero sólo en el SILAIS de Matagalpa los resultados alcanzan 6,5 por ciento.

El tamizaje en los bancos de sangre es de 100% en los nueve bancos existentes con una seroprevalencia para *T. cruzi* de 0,89 por ciento.

Por medio de la OPS, se recibió una donación de 148 tratamientos con Nifurtimox, para tratar todos los casos detectados en fase aguda en el 2007 y los detectados en las encuestas serológicas en 2008 en menores de 15 años. La distribución del medicamento se hace a los SILAIS, quienes consolidan la información procedente de los establecimientos de salud o municipios en las boletas de ENO y cuadernos de registro individual. Esta información es enviada a CIPS y la Dirección de Epidemiología Aplicada vigila y monitorea que se aplique lo establecido en la norma nacional.

Hasta la fecha, se pueden resumir como logros, el haber completado la Fase de ataque en las localidades que estaban pendientes y se había detectado la presencia del *R. prolixus*, elaborado y en curso de aprobación la propuesta de Fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control de la enfermedad de Chagas presentado a JICA, implementado el tamizaje para Chagas en donantes de sangre de los SILAIS que antes del año 2000 no tenían cobertura por la CRN. Esto también implica nuevos desafíos para operativizar un nuevo modelo de salud, garantizando la captación, diagnóstico y tratamiento de casos agudos confirmados procedentes de localidades infestadas por *T. dimidiata*, rescatar la experiencia acumulada en el manejo de pacientes y control vectorial y además mejorar el registro oficial de casos. Las actividades prioritarias propuestas son: 1) Fortalecer la vigilancia epidemiológica y entomológica de la enfermedad de Chagas en áreas infestadas con *R. prolixus* con miras a certificar a mediano plazo la interrupción de la transmisión y su posterior eliminación; 2) Consolidar el abordaje y manejo en el tratamiento etiológico de los casos agudos y actualizar bases de datos de los casos crónicos.

COSTA RICA

(LIC. TERESITA SOLANO, MINISTERIO DE SALUD)

En Costa Rica la enfermedad de Chagas está sujeta a notificación obligatoria según decreto del Ministerio de Salud del año 2003. Se ha estado desarrollando un protocolo de vigilancia desde septiembre del 2008 cuando se creó la Comisión Nacional de la Enfermedad de Chagas, en donde participan MINSA, CCSS, INCIENSA, UNA e INBIO. Ya se ha preparado el borrador del protocolo y la CCSS está trabajando en la preparación de las guías institucionales del manejo clínico de la enfermedad.

El diagnóstico y/o confirmación se realiza en el país desde el año 2002 en el CNRP-INCIENSA para dar respuesta a todos los servicios de salud del país, mediante técnicas de pruebas serológicas (ELISA lisado y recombinante, IFI con antígeno local y HAI), pruebas parasicológicas (Strout y PCR desde 2008). El criterio de diagnóstico laboratorial es un hallazgo de parasitemia o dos pruebas serológicas positivas de diferente fuente de antígeno.

Existe un programa de tamizaje en bancos de sangre de la CCSS, los cuales son confirmados en el CNRP-INCIENSA el 100% de los positivos y el 5% de los negativos. Se aplican pruebas serológicas de ELISA lisado, ELISA recombinante e IFI con cepa costarricense. Además, forma parte de un programa de aseguramiento de la calidad utilizando cinco muestras incógnitas de diferente reactividad, estableciéndose un plan de mejoramiento para los bancos de sangre que tengan resultados falsos negativos. Entre septiembre de 2007 y septiembre de 2008, se procesaron 393 muestras de bancos de sangre, resultando 31 donantes positivos por IFI.

En abril de 2008, se detectó un caso agudo en un niño del área urbana de la ciudad capital y seis casos más en fase crónica. A todos se les administró tratamiento con Nifurtimox donado por la OPS y se hace seguimiento con pruebas serológicas a los agudos a los 3, 6 y 12 meses post tratamiento y a los crónicos cada año hasta su negativización de la serología. Actualmente, se está haciendo un estudio de investigación de seguimiento a 50 pacientes tratados con Benznidazole a cinco años, además la CCSS tiene 18 pacientes en seguimiento post tratamiento con evaluación clínica y serológica con muestras pareadas.

En la ciudad capital existen áreas en la cuales las condiciones de la vivienda y ambientales son de riesgo para la transmisión de la enfermedad de Chagas, pues hay la presencia del vector y además las casas son de madera con pisos de tierra o de madera con hendijas, acúmulos de madera en los alrededores, presencia de animales domésticos en y cerca de la vivienda, gallineros cerca de la vivienda y hacinamiento. No se están haciendo intervenciones generalizadas de control vectorial, si no que específicamente en las viviendas donde se confirma un caso crónico o agudo.

Se tiene programado para el próximo año las siguientes actividades: socialización del nuevo protocolo de vigilancia de la enfermedad de Chagas que incluye las definiciones de casos y que ayudará a la detección y tratamiento oportuno, se programaran actividades para detección de casos congénitos, iniciar actividades sistemáticas de control vectorial, identificar cinco laboratorios entomológicos regionales que apoyen las acciones del personal de control de vectores regionales y locales, establecimiento de una maestría profesional en entomología para fortalecer las acciones vectoriales en el país (inicia a finales del 2009), establecer en el INSAP de Costa Rica un Centro Nacional de Referencia en Entomología. Se contó con el apoyo de dos consultores contratados por la OPS: el Dr Bulla para diagnóstico y tratamiento de casos y la Dra. Wanderlein para vigilancia entomológica en países de baja infestación.

PANAMÁ

(SR. JOSÉ LASSO Y LIC. ESMERALDA TUY DE LAM - MINISTERIO DE SALUD)

El principal vector de la enfermedad de Chagas es el *Rhodnius pallescens*, el cual está asociado a la presencia en el peridomicilio de palma real (*Attalea butyracea*) y que emigra hacia la vivienda que tienen predominio de techos de palma y paredes de palos, por atracción de la luz o por transporte mecánico de sus habitantes; se ha detectado su presencia en el centro y este del país. El otro vector y considerado secundario es el *T. dimidiata*, el cual está relacionado con áreas de climas más templados y casas con pisos de tierra y paredes de adobe, su presencia se ha detectado en el centro y oeste del país.

Se han realizado acciones de control vectorial mediante rociados químicos intra y peridomiciliares, mejoramiento de la vivienda en el Distrito de Santa Fe (El Macho) y divulgación de materiales educativos en la población general y las escuelas que se ha realizado con apoyo de los voluntarios de JICA radicados en el país. Se intervino en los distritos de La Chorrera y Chepo de Panamá, Colon, Santa Fé en Veraguas y Boquete en Chiriquí. De todos estos distritos, el que tenía los índices de infestación más altos fue Santa Fé con un 10% de infestación, en éste se aplicaron dos ciclos de rociado y la evaluación post intervención mostró un índice de infestación de 0,2%. En el resto de los distritos mencionados solamente se hizo la aplicación de un ciclo de rociado focalizado a las viviendas positivas aunque presentaban índices de infestación de 5% en Colón y 7,3% en Chepo, no se muestran datos de evaluación post intervención.

Con el apoyo de la OPS, se contrató un consultor experto en manejo diagnóstico y manejo clínico de Chagas, el Dr. Bulla, con quien se realizó un taller para la discusión y elaboración de las normas nacionales de atención de la enfermedad de Chagas. Se tiene programado para mediados de 2009 la contratación por medio de la OPS de consultor externo para elaborar las normas de vigilancia y control vectorial.

En los bancos de sangre, para el 2004 se contabilizaron 44,323 donantes de hospitales públicos y privados a los cuales se les hizo tamizaje para *T. cruzi* al 95,7% de ellos, resultando positivos 69 donantes para una seroprevalencia de 0,16%. Para el 2007 se recibieron 46,947 donantes y se les hizo el tamizaje a 46,715 que corresponde al 99,5% de ellos, resultando 28 positivos para *T. cruzi* con una seroprevalencia de 0,06%. Además se realizan pruebas diagnósticas a personas no donantes que buscan atención médica, encontrándose para el 2005 positivas 23 personas, que junto a los donantes positivos suman un total de 76 casos en el total del país. Para el 2006, también se encontraron positivos donantes y no donantes en un total de 54 casos y para 2007 la suma de positivos entre donantes y no donantes fue de 58 casos. La mayoría de los casos provienen de la Provincia de Panamá y en menor proporción de las provincias de Chiriquí, Coclé, Herrera, Los Santos y Colón. En el Hospital Santo Tomás, como referencia nacional y que tiene clínicas de cardiología, han detectado en el año 2007 un total de 60 casos, de los cuales 52 son varones y 8 mujeres. Todos mayores de 18 años con predominio de edad entre los 26 y 55 años en ambos sexos.

VI LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL EN CENTROAMÉRICA

Informe de la evaluación internacional al Programa Nacional de Chagas de Guatemala (Lic. Jaime Juárez, Consultor de la OPS/OMS en Guatemala)

Durante el mes de octubre de 2008, la Comisión Internacional de Evaluación Externa (CIE) conformada por funcionarios nacionales expertos en Chagas de Nicaragua, Panamá, Ecuador, Brasil, Chile, Guatemala, además la participación de Dr. Ken Hashimoto de JICA y el Dr. Enrique Gil como Secretaría Técnica de la IPCA, más el acompañamiento del Programa Nacional de Chagas de Guatemala, se hizo la evaluación externa que tuvo como objetivo la certificación de la interrupción de la transmisión de Chagas por el *Rhodnius prolixus*.

La CIE revisó y analizó toda la información entomológica, epidemiológica y resultados de las evaluaciones serológicas de la población infantil viviendo en las zonas conocidas con antecedentes de presencia del *Rhodnius prolixus*, además, se hicieron visitas y entrevistas de campo, con autoridades departamentales, municipales, locales, hasta visitas domiciliarias y entrevistas de las familias a nivel comunitario.

La CIE considera que existe consistencia entre los datos contenidos en el “Informe de situación sobre el control de la enfermedad de Chagas en Guatemala y propuesta para la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial por *Rhodnius prolixus*” (Silveira, agosto 2008) y la información analizada por la CIE, por lo tanto concluye que **“Se declara la total compatibilidad de esta información con la interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Guatemala”** y sometida a consideración de los delegados oficiales de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica, emiten la siguiente resolución:

Resolución de la Comisión intergubernamental de la IPCA en su XI Reunión anual realizada en Costa Rica, del 18 al 20 de noviembre 2008

Vista la información disponible en materia de entomo-epidemiología y seroepidemiología, aportada a esta Comisión Intergubernamental durante la presente XI Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la interrupción de la transmisión vectorial, transfusional y atención médica de la enfermedad de Chagas (San José de Costa Rica, 18 al 20 de noviembre de 2008) y la elevada por la Comisión Internacional de Evaluación que efectuará la misión cumplida en Guatemala del 20 al 24 de octubre de 2008: se homologa y certifica el diagnóstico de interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Guatemala a nivel nacional.

Perspectiva futura de la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas por *rhodnius prolixus* en Honduras, Nicaragua y El Salvador. Plenaria por representantes oficiales de los países

Se hizo una revisión de los avances en Honduras, El Salvador y Nicaragua, respecto a las intervenciones sobre el *Rhodnius prolixus*, que junto con Guatemala, son los países de Centroamérica que tienen antecedentes de presencia del vector, llegándose a las siguientes conclusiones:

EL SALVADOR: tiene el antecedente de haber sido el primer país en Centroamérica con la presencia del vector a nivel domiciliario, además, es conocido que el país hizo en décadas pasadas una intervención masiva para el control y eliminación de la malaria, que incluyó el rociado intradomiciliar. Hace más de una década que el país no notifica la presencia de *Rhodnius prolixus* en su territorio, aún en encuestas entomológicas dirigidas específicamente hacia triatominos. Se considera que el vector ha sido eliminado del país, para lo cual se propone contratar un experto nacional con amplia experiencia en el tema para que haga la recopilación y revisión de la información disponible en el país, de tal manera que pueda servir como la base de documentos que una Comisión Internacional Evaluadora pudiera revisar y comprobar para emitir la certificación de la eliminación del vector en el país o la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas por *R. prolixus*.

HONDURAS: el país recibió en el año 2008 la visita del Dr. Silveira, quien trabajó junto al Programa nacional en la compilación y análisis de la información existente, con el objetivo de emitir las conclusiones y recomendaciones para una posible certificación de la interrupción de la transmisión vectorial por *R. prolixus* en el país. Analizado el informe del Dr. Silveira, concluye que para recibir la visita de la Comisión Internacional de Evaluación que certifique tal condición, es necesario y urgente el ordenamiento, recopilación, consolidación, análisis e interpretación de la información de la vigilancia entomológica, epidemiológica y de serología para que haya evidencia sólida que permita llegar a la conclusión de que la interrupción de la transmisión ha ocurrido.

NICARAGUA: tiene identificado las áreas geográficas donde históricamente se ha encontrado el *R. prolixus*, y se han realizado algunas intervenciones en los primeros años del 2000, pero que no fueron evaluadas en su impacto entomológico. Actualmente, se ha retomado el tema con mucha importancia, se han movilizado recursos nacionales e internacionales, con lo cual se recomienda documentar la situación actual entomológica, epidemiológica y serológica lo más pronto posible, para que en lo posible y dependiendo de los avances, se pueda tener una visita externa que pueda certificar la interrupción de la transmisión vectorial para finales del 2010 o durante el año 2011.

VII ABORDAJE ESPECIAL PARA *TRITOMA DIMIDIATA*

Uso del rociado domiciliar y su impacto en el control del *Triatoma dimidiata* (Dr. Ken Hashimoto, JICA)

En el Departamento de Jutiapa, al oriente de Guatemala, fronterizo con El Salvador, una población de 400,000 habitantes, área geográfica de 3,200 Km² y seroprevalencia en escolares de 4,2% (1999) se realizó un estudio con el objetivo de “analizar el efecto de hasta tres ciclos del rociado residual de insecticida piretroides para el control de *Triatoma dimidiata*, utilizando el sistema de información geográfico”. Se tomaron como base los datos de las encuestas entomológicas del año 2000-2001, que encuestaron al azar 17 municipios y 178 localidades del total de 696 y 2,405 viviendas, encontrándose un índice de infestación de 21,8% y un índice de dispersión de 71,9%. Las características de las viviendas eran de paredes de tierra con superficies irregulares y pisos de tierra y se aplicaron piretroides para el rociado domiciliar.

Después de tres ciclos de rociado, entre los años 2002 y 2004, se hicieron nuevamente encuestas entomológicas y se analizaron los datos, llegando a las siguientes conclusiones:

- Los índices de infestación bajan a menos de 5% después de tres ciclos de rociado en la mayoría de las localidades.
- Localidades con alta infestación, tienden a formar clusters, y requieren más de dos ciclos de rociado.
- Un ciclo de rociado ayuda a marcar la distribución geográfica.
- El *Triatoma dimidiata* encontrado en el domicilio post-rociado, es sobreviviente al rociado y no es vector invasor de la vivienda.

Llegando el estudio a las siguientes recomendaciones:

- Planificar el rociado domiciliar en base al análisis de la infestación por clusters y no únicamente de localidad.
- Las colonias de *T. dimidiata* deben ser eliminadas de la vivienda combinando el uso del rociado y el mejoramiento de la vivienda.
- Realizar estudios complementarios sobre las características de las viviendas con re infestación persistente y el efecto del rociado a largo plazo.

Uso de métodos de control vectorial alternativos y su impacto en el control de la infestación del *Triatoma dimidiata* (Dra. Carlota Monroy, LENAP/USAC)

Las poblaciones de *T. dimidiata*, muestran tendencias a diferenciarse según regiones geográficas, aún dentro del mismo país, diferenciándose en especies y sub-especies distintas. Estudios morfométricos han mostrado asociaciones de poblaciones en diferentes países como México, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Colombia, y que nos orienta que estamos encontrando complejos de especies, que probablemente tienen sus explicaciones en los antecedentes de la historia de la formación geológica de Centroamérica.

Los estudios de factores de riesgo en la re-infestación del *Triatoma dimidiata*, están relacionados principalmente con el tipo de vivienda (más pobres), materiales de construcción de las paredes (adobe), condiciones de la superficie de las paredes (sin revocado), tipo de piso (tierra), edad de la vivienda (más de seis años), la presencia de animales domésticos dentro de los dormitorios, la presencia de ratones dentro de los dormitorios y no disponer de facilidades para bañarse.

Las intervenciones realizadas con la participación activa de la comunidad y la participación directa de la mujer en el ordenamiento de la vivienda, estuvo enfocado básicamente al mejoramiento o revocado de las paredes y la sacada de los animales domésticos de adentro de la vivienda. Se hicieron nuevas evaluaciones entomológicas y muestra que las reducciones en los índices de infestación y en la cantidad de vectores recolectados dentro de la vivienda son significativos. Además, se encontró que aumentó el número de especímenes encontrados fuera de la vivienda y se pudo comprobar que la movilidad se había reducido al peri domicilio, ya que los tipos de sangre encontrados en los vectores capturados antes, era alto la de origen humano y después de las intervenciones son más frecuente la sangre de origen animal principalmente de cerdos y aves.

Experiencias de vigilancia y control de *T. dimidiata* en proyectos pilotos en Honduras y El Salvador (Dra. Blanca Cuyuch de El Salvador, Dr. Luis Girón de Honduras)

El Salvador: en el año 2003 se inicia un proyecto piloto de vigilancia y control de Chagas en la Región Occidente del país, que incluyó tres departamentos (Ahuachapan, Santa Ana y Sonsonate) con una población total de 1,282,118 hab. y una densidad poblacional de 285 hab/Km². Se realizaron encuestas entomológicas en los 25 municipios de los tres departamentos, para conocer la línea basal, resultando todos con presencia de *T. dimidiata*, con índices de infestación en rangos desde 8,9% hasta 71,3%. Se desarrollaron actividades de rociado y mejoramiento de viviendas para control vectorial, búsqueda de casos agudos a nivel comunitario y en los servicios de salud, actividades de educación y organización a nivel comunitario y escuelas, encuestas serológicas para conocer el impacto de las intervenciones y se estableció un sistema de vigilancia entomológica y de casos agudos con la participación activa de la comunidad para administración de tratamiento etiológico y seguimiento.

Con la definición de un sistema de vigilancia con base comunitaria que estructuraron, en el que se elaboraron formularios, croquis con símbolos, se definieron las funciones de cada nivel y su conexión e interacción entre los voluntarios de la comunidad y los promotores de salud a nivel institucional, la unidad de salud, los de ETV y el SIBASI, lograron establecer una dinámica de trabajo con un sistema de vigilancia sensible, con respuesta inmediata a la comunidad y en total armonía y coordinación con el sistema de salud en todos los niveles. Los resultados de las intervenciones muestran una reducción importante en los índices de infestación, incluso algunas localidades negativizaron, reducción en la ocurrencia de casos agudos, pasando de 62 en el 2003 a 24 en el 2008. Los datos de las serología muestran que en los menores de 14 años, la seroprevalencia fue de 2,4% siendo el 100% en niños entre 7 y 14 años. En los niños menores de 5 años que nacieron después de las intervenciones, la seroprevalencia fue de 0 por ciento.

Honduras: en el año 2005 se realizaron encuestas serológicas en los tres departamentos seleccionados como proyecto piloto: Copán, Ocotepeque e Intibucá, específicamente en cuatro municipios: Corquín, Ocotepeque, San Marcos de la Sierra y Dolores. Se realizaron encuestas serológicas en niños, resultando seroprevalencias hasta de 5,3%. Las encuestas entomológicas

dieron datos de infestación hasta de 14,5% para *T. dimidiata*, incluyendo dos viviendas que se encontraron positivas para *R. prolixus*. Se organizó un sistema de vigilancia y control con participación activa de la comunidad, escuelas, iglesias y gobiernos municipales locales, integrando el sistema de denuncia y notificación entre el voluntario de salud y la comunidad y el nivel institucional inmediato en el CESAMO y de éste al nivel regional.

En el año 2007 se organiza junto a la comunidad y los gobiernos locales una campaña “Sin chinches no hay Chagas”, con fases de preparación, promoción, búsqueda de vectores y casos, análisis de datos, rociado domiciliario y evaluación post intervenciones para presentar los resultados a la comunidad y gobiernos locales. Se administró tratamiento al 97% de los niños positivos y se hizo aplicación de insecticida domiciliario, lográndose una disminución importante en los índices de infestación y el número de vectores notificados.

Uso de datos georeferenciados como apoyo a la gerencia y la vigilancia (Ing. Germán González, INCAP-Guatemala)

El Ing. González presentó el software de SIGepi, elaborado por la OPS, de distribución gratuita y accesible para todos. En base a la experiencia en el uso de este software en el programa de DDT/GEF de Mesoamérica, se observó que es de fácil manejo para el personal operativo que tiene nivel educativo básico o primario, instalable en computadoras personales que poseen los Ministerios de Salud en sus niveles intermedios y compatible con los paquetes de Windows de generaciones o versiones previas al Vista.

El uso del SIGepi en los programas de prevención de Chagas, permitiría tener información georeferenciada de las viviendas, comunidades, municipios, departamentos y el país entero con todas las variables que maneja el programa para la gerencia y para la vigilancia, incluyendo aspectos ecológicos, geográficos, hidrográficos, accesos terrestres. Además, permite establecer una base de datos personales y epidemiológicos de cada persona, los datos de características de la vivienda, índices de infestación, especies de vectores, impacto de las medidas de control, número de personas viviendo y sus datos generales en cada localidad entre otros.

En vista que el INCAP ya tiene georeferenciados los municipios y gran parte de las localidades de todos los países de Centroamérica, se ofreció que se enviaran las bases de datos existentes en cada programa, inicialmente sólo la información de nombre de la localidad, número de habitantes, índices de infestación, especies vectores, casos de Chagas positivos y tratados de todos los países, con el fin de hacer el primer montaje de la información disponible por el momento. Posteriormente, se revisaría qué otra información está disponible y es útil para la gerencia y vigilancia de los programas. Se incluiría también una visita a cada país por parte del Ing González para completar la información, montar la base de datos en las computadoras locales y capacitar al funcionario que quedaría encargado de su manejo y actualización.

Manejo de datos a nivel local (Sr. Carlos Flores, Secretaría de Salud de Honduras)

Con el proyecto CTEP (TCC) entre Guatemala, Honduras y El Salvador se realizó una reunión trilateral para analizar la información sobre vigilancia y control de los programas de Chagas de los tres países, en la que se acordó la integración de la información de los municipios fronterizos en una base de datos que pudiera ser compartida por los tres países con el objetivo de

tener información georeferenciada de la zona fronteriza y la estandarización de los indicadores para hacerlos comparables entre los tres países.

Se creó entonces una base de datos en Microsoft Access de Visual Basic y que tiene aplicaciones integradas con Epi Info, Health Mapper y Microsoft Excel y se introdujo la información de los municipios fronterizos del Departamento de Copán de Honduras de datos relacionados con encuestas entomológicas y serológicas, donde se observó la salida de datos por localidad georeferenciada y los porcentajes de positividad de casas con vectores y positividad de niños con pruebas de ELISA y pruebas rápidas.

Se considera que esta base de datos permite el ordenamiento y disponibilidad inmediata de la información para ayudar a la toma de decisiones, que incluye mapas georeferenciados hasta nivel de comunidad que se puede compartir y manejar con los niveles locales, ayuda a consolidar y analizar más rápidamente la información y se pueden tener los datos en series cronológicas, por variables, por comunidad, de tal manera que permita de manera flexible utilizar información para la toma de decisiones.

Discusión sobre estrategias de control y vigilancia con especies autóctonas (Facilita: Dra. Carlota Monroy, USAC-Guatemala)

La discusión se inició con dos preguntas ¿debemos seguir rociando para *T. dimidiata*? ¿hasta cuando? El análisis y la discusión se orientó a la medida de control que todos los Programas de Chagas tienen como su principal estrategia para el control vectorial, la cual ha sido altamente exitosa en especies de vectores introducidos y estrictamente domiciliados, pero debemos cuestionarnos, si para especies autóctonas con ciclos de vida domiciliarios, peri domiciliarios y selváticos, el rociamiento debe seguir siendo la medida de control única y permanente, teniendo el conocimiento que las re infestaciones y colonizaciones del intra domicilio son constantes y la presión ejercida por las colonias extra domiciliarias hacia el interior de la vivienda son permanentes.

Proyectos demostrativos en comunidades pilotos, han demostrado que además del rociado, deben implementarse otras medidas de control más permanentes relacionadas como el mejoramiento de las paredes del domicilio y el reordenamiento del peri domicilio que han mostrado una reducción importante en las poblaciones de los vectores colonizando el intra domicilio. El costo-beneficio de la inversión del mejoramiento de la vivienda comparado con el del rociado, muestra que a largo plazo es mucho más económico y sostenible, además que tiene como valores agregados el mejoramiento de las condiciones de vida de la población más pobre.

Como conclusión se acordó que para *Triatoma dimidiata*, las intervenciones deben ser integrales e integradas, entre las cuales el rociamiento de las viviendas y su peri domicilio debe continuarse aplicando, aún ante la necesidad de aplicar más de dos ciclos, y simultáneamente el mejoramiento de las viviendas principalmente el alisado de las paredes de adobe y bahareque, además la construcción o mejoramiento de espacios cerrados para mantener fuera de la vivienda los animales domésticos como gallinas y cerdos. Todo este esfuerzo requiere una participación activa y consciente de la comunidad y de otros sectores que promueven apoyo en la lucha contra la pobreza.

Acordándose entre todos los participantes y delegados oficiales que la principal meta en *T. dimidiata* debe ser "**Evitar la colonización del intra domicilio**".

PERSPECTIVA HACIA EL FUTURO: Actualización del Plan de Trabajo

Revisión del Plan estratégico al 2010 y elaboración del Plan operativo 2008-2009 por componente. Grupos de trabajo.

Se organizaron tres grupos de trabajo, agrupando los países por similitudes en situación epidemiológica, características de la transmisión, avances en la interrupción de la transmisión vectorial, presencia de proyectos de cooperación externa. Quedando los tres grupos de la siguiente manera:

Grupo 1: Costa Rica, Panamá y Belice, apoyados por el Dr. Roberto Del Águila.

Grupo 2: Guatemala y Honduras, apoyados por el Lic. Jaime Juárez.

Grupo 3: El Salvador y Nicaragua, apoyados por el Dr. Hans Salas y la Dra. Aída Soto.

Después del trabajo en los grupos, se hizo una plenaria donde se presentaron, discutieron y ajustaron los planes de trabajo, con el fin que se aproximen rápidamente al cumplimiento de las metas de interrupción de la transmisión y/o la eliminación de vectores.

VIII
ACUERDOS Y RECOMENDACIONES

XI Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (IPCA)

San José, Costa Rica, 18 al 20 de noviembre de 2008

ACUERDOS Y RECOMENDACIONES

1. Capitalizar la experiencia ganada en la Subregión en el uso de los Proyectos OPS/TCC de cooperación entre países, fomentando la planificación y ejecución de nuevos proyectos bi y multinacionales en prevención, control y atención en enfermedad de Chagas.
2. Los países deberán presentar las metas al 2019, para el control/eliminación de la enfermedad de Chagas, para fundamentar la futura resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, a realizarse en el mes de Mayo 2009. El Plan deberá presentarse a la Secretaría Técnica a más tardar el día viernes 12 de Diciembre del 2008 .
3. En el período enero-mayo 2009, el área técnica de cada país deberá informar acerca del tema a las delegaciones nacionales que concurrirán a la 62ava Asamblea Mundial de la Salud.
4. Adherirse a los festejos del centenario del descubrimiento de la enfermedad de Chagas, para la promoción de los programas y visibilizar los desafíos de la enfermedad en la Subregión.
5. Por parte de las agencias de cooperación operantes en enfermedad de Chagas en la Subregión, fomentar y fortalecer una mayor coordinación de la cooperación técnica en la perspectiva del logro de los objetivos planteados y acordados, con enfoques y abordajes integradores de sectores, instituciones y temas.
6. La IPCA acompañará a las agencias cooperantes, en las actividades de evaluación de la cooperación técnica Subregional con el propósito de dar continuidad a las actividades de las metas planteadas.
7. Efectuar para finales del primer semestre de 2009 un INFORME DE LOS PRIMEROS 10 AÑOS DE ACCIONES DE IPCA, con el compromiso de los países de efectuar sus aportes nacionales correspondientes, en apoyo a la edición que coordinará OPS, JICA y ACIDI.

CAME



Teresita So Lora C. C.

8. Recomendar a los países fomentar y mantener los aportes de investigación que surjan de Universidades y Centros de Investigación de la Subregión como insumos de conocimiento útil para la gestión y operativización de las acciones de prevención, control y atención.
9. En relación con los planes estratégicos-operativos elaborados por los países durante la XI IPCA, recomendar su implementación y cumplimiento como forma de intensificar las acciones y acercarse en la medida de lo posible a las Metas planteadas
10. Solicitar a la secretaría técnica de IPCA la búsqueda de recursos para garantizar el cumplimiento de metas en Belice, Panamá, Nicaragua y Costa Rica; previo envío de un plan básico de trabajo que permita identificar las necesidades.
11. Planificar para el segundo trimestre del año 2009, una visita externa preparatoria a El Salvador, para la revisión, sistematización de la información existente, con miras a la certificación de la eliminación de *R. prolixus*.
12. Planificar para el año 2009, una visita externa a Honduras, para ratificar el cumplimiento de las recomendaciones de la visita de fase preparatoria (*R. prolixus*).
13. Planificar para el segundo trimestre del año 2009, una visita externa a Nicaragua, para la revisión y actualización del Plan Estratégico de lucha antivectorial en el país, específico para *R. prolixus*.
14. Planificar para el segundo trimestre del año 2009, una visita externa a Belice, Panamá y Costa Rica, para la revisión y actualización del Plan Estratégico.
15. Mantener informada a la RESSCAD de los avances y estado de la IPCA mediante informe a su Reunión Anual.
16. La Comisión Intergubernamental de IPCA acordó participar en la reunión conjunta de las Iniciativas del Cono Sur, Andina, Amazónica y Centroamericana a desarrollarse del 19 al 22 de abril del 2009 en Belén del Pará, Brasil.
17. La Comisión Intergubernamental de IPCA acordó en que la sede de la XIIª Reunión de la Iniciativa se realice en el primer semestre de 2010, en Panamá, para lo cual se le solicita a la Secretaría Técnica, gestionar la anuencia ante las Autoridades de Salud respectivas.
18. Solicitar a la Secretaria Técnica de la IPCA, la contratación de un consultor para la revisión y actualización de la guía de vigilancia y control de *T. dimidiata*, a la luz de las nuevas evidencias, en coordinación con los países y la secretaría técnica.
19. Reiterar la necesidad de que los países, cuando informen los indicadores de *T. dimidiata*, incluyan el índice de colonización como un aporte fundamental de

JAME



Trusite Salencia

información básica para la planificación, priorización y evaluación de las intervenciones.

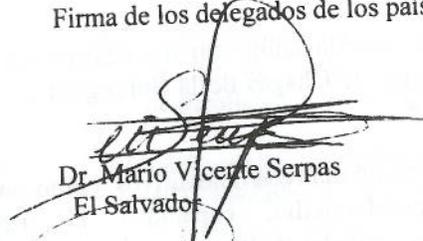
20. La Secretaría Técnica de IPCA recomienda a los países, cuantificar la demanda anual de los medicamentos para tratamiento etiológico de Chagas, usando un formulario homogéneo, incluyendo saldos y fechas de vencimiento, a ser enviado por los países en el mes de septiembre de cada año, de tal forma que permita negociar adquisiciones futuras ante la industria farmacéutica. En el caso de 2009, deberá enviarse lo antes posible.
21. Procurar los registros de los medicamentos esenciales (Nifurtimox y Benznidazol) en los países, así como, las nuevas alternativas de tratamiento etiológico de enfermedad de Chagas que surjan debidamente probadas y científicamente establecidas, en base a la legislación de cada país.
22. En referencia a Nifurtimox, los países deberán solicitar anualmente a la Secretaría Técnica de la IPCA, las necesidades que surjan para el tratamiento etiológico de casos, para ser atendidas con el stock de droga donado por BAYER, mediante convenio con OMS.
23. Participar en la base de datos centralizada OMS/OPS de efectos secundarios al tratamiento etiológico, a partir del 2009, enviar a la secretaria técnica.
24. En función de estar próxima la eliminación de *R. prolixus* de la Subregión y con la finalidad de evitar accidentes de reinfestación desde insectarios, la Comisión intergubernamental de la IPCA determina que deberán eliminar todos los especímenes de *R. prolixus* existentes en instituciones públicas y privadas.
25. Realizar en el 2009, una reunión de coordinación con los centros nacionales de referencia en diagnóstico de laboratorio de Chagas de la Subregión, con el apoyo técnico del área de laboratorio de OPS.
26. Promover el uso de métodos de control alternativos/innovativos, como por ejemplo: mejoramiento de vivienda y peridomicilio, capacidad de negociación, empoderamiento y abogacía de las comunidades y otros.
27. Solicitar a la Secretaría Técnica, gestionar ante el INCAP el desarrollo de una base de datos subregional georreferenciada que incluya: datos entomológicos, epidemiológicos, clínicos entre otros de interés, para monitoreo y planificación de acciones en los países y en la Subregión.
28. Panamá solicita una consultoría técnica en revisión y actualización del sistema de vigilancia entomológica

JAMIR

Teresa Silveira Ch.

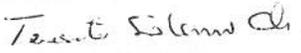
29. Valorar la utilización del sistema de diagnóstico microscópico de malaria para la detección de casos agudos de *la enfermedad de Chagas* en Centroamérica. Se preparará un curso taller en Panamá para el año 2009.
30. En vista de los resultados satisfactorios en la interrupción de la transmisión de *T. cruzi* por *R. prolixus*, se recomienda dar sustentabilidad a sus acciones de vigilancia.
31. Integrar el uso de los indicadores entomológicos y serológicos en la evaluación del control de *T. dimidiata* y *R. pallescens*.
32. En relación a *T. dimidiata* y *R. pallescens*, la IPCA concluye: establecer como objetivo su eliminación del intradomicilio y el control mediante la estrategia de Manejo Integrado de Vectores en el peridomicilio.
33. En el marco de la celebración del centenario de la enfermedad de Chagas se efectúe un reconocimiento a personalidades o instituciones pioneras que han trabajado en la prevención y control de Chagas en cada país.
34. Vista la información disponible en materia de entomo-epidemiología y seroepidemiología, aportada a esta Comisión Intergubernamental durante la presente XIa. Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas (San José, Costa Rica, 18 a 20 de noviembre de 2008) y la elevada por la Comisión Internacional de Evaluación que efectuara la misión cumplida en Guatemala del 20 al 24 de octubre de 2008: se homologa y certifica el diagnóstico de interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en Guatemala a nivel nacional.

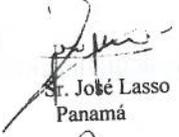
Firma de los delegados de los países:


Dr. Mario Vicente Serpas
El Salvador


Lic. Emperatriz Lugo
Nicaragua


Dr. Hugo Alvarez
Guatemala


Dra. Teresita Solano
Costa Rica


Sr. José Lasso
Panamá


Dr. Concepción Zúñiga
Honduras


Dr. José Marengo
Belice

San José, Costa Rica, noviembre de 2008

IX ANEXOS

ANEXO 1

Agenda de la XI Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la interrupción de la transmisión vectorial, transfusional y atención médica de la enfermedad de Chagas

**18-20 de noviembre de 2008
San José, Costa Rica.**

18 de noviembre de 2008		
<i>Sesión inaugural</i>		
8:00 a.m. - 8:30 a.m.	Inscripción de Participantes	
8:30 a.m. - 9:00 a.m.	Palabras de bienvenida	Dr. Carlos Samayoa, Representante de la OPS/ OMS en Costa Rica
	Palabras de Inauguración	Dra. María Luisa Ávila, Ministra de Salud de Costa Rica.
9:00 a.m. - 9:15 a.m.	Elección de la Presidencia y Secretaria de la XI Reunión	Votación por los delegados de los países
El Contexto Mundial: El tema de Chagas en las Agendas		
9:15 a.m. - 9:30 a.m.	Objetivos de la XI Reunión de la IPCA	Dr. Enrique Gil, Secretario Técnico de la IPCA
9:30 a.m. - 10:00 a.m.	Avances de Red global para la eliminación de la enfermedad de Chagas y la nueva Iniciativa de los países no endémicos	Dr. Pedro Albajar, OMS/ Ginebra
10:00 a.m. - 10:20 a.m.	REFRIGERIO	

10:20 a.m. - 11:20 a.m.	<p>PRESENTACION MAGISTRAL: El diagnóstico y tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de diagnóstico. • Medicamentos y esquemas • Experiencias e impacto en los países. Región de las Américas. • Lecciones aprendidas. • Desafíos hacia la ampliación de la cobertura y sostenibilidad. 	Dr. Pedro Albajar, OMS/ Ginebra
<i>Situación de hoy en Centroamérica: informes de país</i>		
11:20 a.m. - 5:30 p.m. (30 minutos presenta cada país)	<p>Informe de cada país:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en el cumplimiento del Plan de trabajo elaborado en 2007. • Informe especial sobre abastecimiento, uso, registro y seguimiento a la administración de tratamiento con Nifurtimox donado por BAYER. 	Delegado oficial de cada país.
11:20 a.m. - 11:50 a.m.	Belice	Dr. José Marengo
11:50 a.m. - 12:20 p.m.	Guatemala	Dr. Hugo Álvarez
12:20 p.m. - 12:50 p.m.	El Salvador	Dr. Héctor Ramos
1:00 p.m. - 2:00 p.m.	ALMUERZO	
2:00 p.m. - 2:30 p.m.	Honduras	Dr. Concepción Zúñiga
2:30 p.m. - 3:00 p.m.	Nicaragua	Delegado Oficial
3:00 p.m. - 3:30 p.m.	Costa Rica	Dra. Teresita Solano.
3:30 p.m. - 3:50 p.m.	REFRIGERIO	
3:50 p.m. - 4:20 p.m.	Panamá	Sr. José I. Lasso
4:20 p.m. - 4:45 p.m.	Análisis y comentarios sobre los avances y perspectiva futura de los países	Dr. Antonio Carlos Silveira. Consultor Independiente, Brasil
4:45 p.m. - 5:00 p.m.	Contribuciones innovadoras de Centroamérica/IPCA para la vigilancia y control vectorial de la enfermedad de Chagas	Continúa: Dr. Silveira

19 DE NOVIEMBRE DE 2008

La Interrupción de la Transmisión Vectorial en Centroamérica

8:30 a.m. - 9:00 a.m.	Informe de la evaluación internacional al Programa Nacional de Chagas de Guatemala	Lic. Jaime Juárez
9:00 a.m. - 9:30 a.m.	Análisis y discusión de los resultados de la evaluación internacional a Guatemala para la homologación de la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de chagas por <i>Rhodnius prolixus</i>	Miembros de la Comisión Intergubernamental de la IPCA
9:30 a.m. - 10:00 a.m.	Perspectiva futura de la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de chagas por <i>Rhodnius prolixus</i> en Honduras, Nicaragua y El Salvador.	Discusión en plenaria y comentarios de los representantes de los países en mención. Facilitador: Dr. Enrique Gil Secretaría Técnica IPCA
10:00 a.m. - 10:20 a.m. REFRIGERIO		
Una revisión estratégica-operativa: ¿Qué debemos hacer diferente para el control del <i>Triatoma dimidiata</i> ?		
10:20 a.m. - 10:40 a.m.	Uso del rociado domiciliario y su impacto en el control del T. dimidiata	Dr. Ken Hashimoto, JICA
10:40 a.m. - 11:00 a.m.	Uso de métodos de control vectorial alternativos y su impacto en el control de la infestación del T. dimidiata	Dra. Carlota Monroy, USAC
11:00 a.m. - 11:30 a.m.	Experiencias de vigilancia y control de T. dimidiata en proyectos pilotos en Honduras y El Salvador	
11:30 a.m. - 12:00 m.	Uso de datos geo referenciados como apoyo a la gerencia y la vigilancia	Dr. Jun Nakagawa, Dra. Blanca Cuyuch, Dr. Luis Girón
12:00 m. - 12:20 p.m.	Manejo de datos a nivel local	Ing. Germán González, INCAP
12:20 p.m. - 1:00 p.m.	Discusión sobre estrategia de control y vigilancia con especies autóctonas	Sr. Carlos Flores, Honduras
1:00 p.m. - 2:00 p.m.	ALMUERZO	Facilita: Dra. Carlota Monroy

Perspectiva hacia el futuro: Actualización del Plan de Trabajo.		
2:00 p.m. - 4:00 p.m.	Revisión del Plan estratégico al 2010 y elaboración del Plan operativo 2008-2009 por componente. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Grupo 1</u>: Costa Rica, Panamá y Belice • <u>Grupo 2</u>: Guatemala y Honduras • <u>Grupo 3</u>: El Salvador y Nicaragua 	Trabajo en Grupos. Apoya: Dr. Roberto Del Águila Apoya: Lic. Jaime Juárez Apoya: Dr. Hans Salas y Dra. Aida Soto.
	<u>Grupo 4</u> : Discusión de Plan de apoyo de las agencias de cooperación presentes, por componente y por país	Trabajo en grupo Apoya: Dr. Enrique Gil.
4:00 p.m. - 4:20 p.m.	REFRIGERIO	
Para esta sesión de trabajo en grupos deberá elegirse un moderador y relator. Se deberá preparar una presentación para la plenaria		
4:20 p.m. - 5:30 p.m.	Presentación en Plenaria de los Acuerdos y Compromisos por País:	Relator de Cada Grupo
4:20 p.m. - 4:40 p.m.	• Presentación y discusión del Grupo 1	Relator de Grupo 1
4:40 p.m. - 5:00 p.m.	• Presentación y discusión del Grupo 2	Relator de Grupo 2
5:00 p.m. - 5:20 p.m.	• Presentación y discusión del Grupo 3.	Relator de Grupo 3
5:20 p.m. - 5:30 p.m.	• Presentación y discusión del Grupo 4.	Relator de Grupo 4

20 DE NOVIEMBRE DE 2008

8:30 a.m. - 10:00 a.m.	Acuerdos y recomendaciones de la XI Reunión de la IPCA.	Un Representante de País.
10:00 a.m. - 10:30 a.m.	REFRIGERIO	
10:30 a.m. - 11:00 a.m.	Revisión y nueva propuesta de la Meta para el 2015 a ser presentado como Resolución en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo 2009	Dr. Pedro Albajar, OMS/ GINEBRA
11:00 a.m. - 11:30 a.m.	Entrega de información de la reunión.	Mesa Directiva de la XI Reunión de la IPCA, Asesores de OMS y OPS Secretaría Técnica de IPCA
12:00 m. - 12:30 p.m.	Clausura de la XI Reunión	Autoridades locales

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES XI REUNION DE LA IPCA 2008

NOMBRE	INSTITUCION	CARGO	PAIS	TELEFONO	FAX	E-MAIL
German González	INCAP	Especialista en SIG	Guatemala	(502)2472-3762		ggonzale@incap.ops.org
Stefanie Von Westarp	ACDI	Agente de Desarrollo	Canadá	(1) 819 953 6160		Stefanie.vonwestarp@aacdi-cida.gc.ca
José Lasso González	Ministerio de Salud Panamá	Jefe	Panamá	(502) 512-9326 512-9352	512-9496	jlassog@hotmail.com
Pedro Albajar Viña	Organización Mundial de Salud	Programa de Enfermedad de Chagas	Suiza	+41-22-7911261	+41 22 4777	albjarvinas@who.int
Carlos José Flores	Secretaría de Salud	Técnico Informático	Honduras	504-237-6944	+237-6944	Cjflores19@gmail.com
Rosa Elena Mejía	Secretaría de Salud	Jefe de Laboratorio	Honduras	504-232-5840	+239-7580	rosaelenamejatorres@yahoo.com
Henry González R	Fábrica de Palitos Continental	Jefe de Mantenimiento Eléctrico	Costa Rica	8338-4102	2261-5781	henryg@fapaco.com
Hugo Álvarez Aragón	MSPAS Guatemala	Coordinador Nacional	Guatemala			rhopchagt@yahoo.com
Antonio Zaldivar	Secretaría de Salud	Coordinador Municipal	Honduras	662-0842	662-0095	antoniozalca@yahoo.com
María Carlota Monroy	Universidad de San Carlos Guatemala	Investigador Principal	Guatemala	502-2476-9856	+2476-9808	carlotamonroy@yahoo.com cmonroy@usac.edu.gt
Yuichiro Tabaru	JICA	Hematólogo Médico	Japón	81-48-287-0194	8148-287-0260	tabarito@fujikankyo.com

Jaime Juárez	OPS/OMS	Consultor	Guatemala	2332-2032		juarezja@gut@ops-oms.org
Luis Israel Girón	Secretaría de Salud	Director Regional	Honduras	783-0046	783-0046	Liga10@hotmail.com
Blanca Chanjuch	Ministerio de Salud	Coordinador Técnico	El Salvador	503-2448-0980	+2448-0980	cuyuch@gmail.com
Enrique Gil	OPS/OMS	Secretaría Técnica IPCA	Panamá	507-6678-8903		gilenria@pan.ops-oms.org
Eduardo Romero Chevez	Ministerio de Salud	Coordinador Médico	El Salvador	2271-3608	2271-3608	eromerochavez@yahoo.com
Jorge Reynaldo Henríquez	Secretaría de Salud	Técnico de Salud	Honduras	504-653-3315	+653-3318	
Jun Nakagawa	JICA	Asesor Principal	El Salvador	503-221-6204	+2221-6204	junnakagawa@hotmail.com
Emi Sasagawa	JICA	Coordinadora de Proyectos	El Salvador	503-2221-6204	2221-6204	Ebodo77@yahoo.co.jp
Esmeralda Tuy de Lam	Ministerio de Salud	Tecnóloga Médica	Panamá	507-5129-436		Esmeralda_tuy@yahoo.com
Jose Luis Goreg	Ministerio de Salud	Vigilancia de Salud	Costa Rica	2221-8704-	2221-1167	motoria@mts.salud.sa.cr
Guiselle Guzmán	CCSS	Jefa Área de Salud Colectiva	Costa Rica	2255-3565	2257-9052	Guiselle25@gmail.com
Concepcion Zuñiga	Secretaría de Salud	Jefe de Programa	Honduras	504-237-6944		concepcionzuniga@gmail.com
Hans Salas	OPS/OMS	Epidemiólogo	El Salvador	503-2279-7591	503-2295-7768	satishan@els.ops.oms.org

Héctor Manuel Ramos	Ministerio de Salud	Coordinador de Programa Chagas	El Salvador	503-2205-7252	503-2221-5150	.el.cadejo@gmail.com Hramos@mspas.gob.sv
Ken Hashimoto	JICA	Asesor Técnico	Honduras	504-9630-0110	504-232-6727	haskimok@gmail.com
Roberto del Águila	OPS/OMS	Consultor en Epidemiología	Costa Rica	2258-5810	2258-5830	delaguir@cor.ops.oms.org
Catalina Ramírez H	CCSS	Coordinadora Enfermedades Emergentes	Costa Rica	8349-8470	2430-0076	Catalina529@gmail.com
Teresita Solano	Ministerio de Salud	Dirección Vigilante de la Salud	Costa Rica	2221-3704	2221-1167	solanotere@gmail.com
Gloriela Brenes	Ministerio de Salud		Costa Rica	2255-1427		
Emperatriz Lugo Villalta	Ministerio de Salud	Directora de Estomatología	Nicaragua	2897-729	2897-723	entomatologia@minsa.gob.ni
Mario Vicente Serpas	Ministerio de Salud	Director de Vigilancia de salud	El Salvador	2205-7164	2271-2879	mserpas@mspas.gob.sv
Marco Vinicio Herrero	Universidad Nacional	Catedrático	Costa Rica	2277-3694	2277-3583	Herrero1958@hotmail.com
Aida Mercedes Soto Bravo	OPS/OMS	Profesional Nacional	Nicaragua	505-2894-200 ext 260		sotoa@nic.ops.oms.org
Nadia Calvo	INCIENSA	Coordinadora	Costa Rica	2279-9911		ncalvo@inciensa.sa.cr
Mary Paz Barboza	INCIENZA	Epidemióloga	Costa Rica	2799-9111		mpbarboza@gmail.com
Jiro Nakamura	JICA	Asesor Principal	Honduras	9597-0020		jjirojp@yahoo.co.jp

La Comisión Intergubernamental de la IPCA hace un reconocimiento a la Agencia Española de Cooperación Técnica (AECI), a la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA, por sus siglas en inglés) y a la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), por su apoyo técnico y financiero para el desarrollo de las actividades propuestas en los planes estratégicos de los países que forman parte de la Iniciativa, su respaldo permanente al cumplimiento de las metas de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS/OPS, su participación en las reuniones de la IPCA y su apoyo para la realización de esta publicación técnica.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud