

Resumen de la novena reunión del ITFDE (II)
Mayo 12, 2006
(revisado)

La Novena reunión del *Grupo de trabajo Internacional para la Erradicación de Enfermedades* (ITFDE) fue convocada en el Carter Center el día 12 de mayo de 2006 de 9:00am a 3:00pm. El *Grupo de trabajo* analizó la situación del control de la malaria en tres países de América.

Los miembros del Grupo de trabajo son el Dr. Olusoji Adeyi, del Banco Mundial; Sir George Alleyne, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Dr. Julie Gerberding, de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC); Dr. David Heymann, de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Dr. Donald Hopkins, del Carter Center (Presidente); Dr. Adetokunbo Lucas, de la Universidad de Harvard; Profesor David Molyneux, de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool; Dr. Mark Rosenberg, del Grupo de trabajo para el Desarrollo y la Supervivencia Infantil; Dr. Harrison Spencer, de la Asociación de Escuelas de Salud Pública; Dr. Pascal Villeneuve, del UNICEF; Dr. Dyann Wirth, de la Escuela de la Salud Pública de Harvard y Dr. Yoichi Yamagata, del Organismo de Cooperación Internacional de Japón (JICA). Seis de los miembros del grupo (Adeyi, Hopkins, Lucas, Molyneux, Wirth, Yamagata) asistieron a esta reunión y otros tres fueron representados por un alternativo (Sra. Lisa Hayes por Rosenberg, Dr. Kopano Mukelabai por Villeneuve, Dr. Laurence Slutsker por Gerberding).

Control de la malaria

Las presentaciones sobre malaria fueron dadas por la Dra. Marie Denise Milord (Haití), Ing. Angel T. Solis-Montero (República Dominicana), y el Dr. Hector M. Ramos-Hernandez (El Salvador). El Dr. Jorge F. Méndez-Galván de México, no pudo asistir, pero envió una copia de su presentación.

La malaria es una enfermedad parasitaria transmitida por mosquitos que causa arriba de 300 millones de casos clínicos y más de un millón de muertes por año, ocurriendo como el 80% de los casos y el 90% de las defunciones en Sub-Sahara África, principalmente en las zonas rurales. La mortalidad es aún mayor entre dos grupos especialmente vulnerables: las embarazadas y los niños menores de cinco años de edad. Solo en África, la malaria es responsable de un estimado del 25%-35% de las consultas ambulatorias, del 20%-45% del ingreso en los hospitales, de la reducción del 1%-4% del Producto Bruto Nacional, o de pérdidas económicas de hasta doce mil millones de dólares por año. En el continente americano, la malaria todavía es un problema en 19 países de América Central y América del Sur, y en dos países del Caribe (República Dominicana y Haití).

Haití

La malaria se transmite durante todo el año en Haití (población de 8 millones), en casi todo el país (hasta 600 metros sobre el nivel del mar), especialmente en zonas de terrenos planos con cultivos de arroz. La población entera corre el riesgo de contraer la malaria. Las zonas urbanas son afectadas tanto como las zonas rurales. Un total de 19.680 casos fueron diagnosticados oficialmente en 2005 (informes parciales, de 7 de 10 departamentos del país), incluido un brote en noviembre – todos ellos causados por el letal *P. falciparum*. El número de defunciones por causa de la malaria en Haití se desconoce, pero se cree que es significativa la subnotificación de casos, debido a que los establecimientos, el personal y los equipos son inadecuados. El parásito de la malaria es todavía sensible a la cloroquina. El vector pertinente es el *Anopheles albimanus*.

Después de un período de casi 20 años, recién ahora Haití tiene un programa antimalárico activo. Un proyecto de cinco años financiado por el Fondo Mundial sobre la infección por el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria por un monto de \$ 14.8 millones empezó en enero de 2005. Este proyecto es un esfuerzo colaborativo del Ministerio de Salud y once organizaciones no gubernamentales (ONG), con la asistencia técnica y apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Cooperación francesa y el UNICEF. La primera fase del proyecto, dirigida a fortalecer la coordinación, la vigilancia epidemiológica, la gestión clínica, la prevención y capacidad del diagnóstico de laboratorios, abarca tres de 10 departamentos del país. Las intervenciones actuales incluyen tratamiento con cloroquina a los pacientes y una cantidad pequeña de aplicación de larvicidas a los criaderos. Un mayor control de vectores es planificado para la fase II del proyecto, pero el rociamiento intradomiciliario con insecticida de acción residual no se está haciendo ahora. Algunos mosquiteros impregnados se distribuyeron durante el brote en noviembre de 2005. Un total de 60.000 mosquiteros impregnados fueron ordenados a principios de 2006; de los cuales todos menos el 5% “no se comercializará socialmente” (los 3.000 restante serán distribuidos gratuitamente por el Ministerio de Salud). Los mosquiteros impregnados son populares en Haití. El tratamiento combinado de artemisinina (TCA) no se ha considerado en este programa. La infraestructura física y la capacidad humana están limitadas seriamente. Prácticamente todo el financiamiento del control de la malaria es de asistencia externa.

Al menos 117 de las 135 comunidades de Haití son también afectadas por la filariasis linfática (FL), la cual es transmitida por el mosquito vector *Culex quinquefasciatus*. Administración masiva de medicamentos para el control de la FL está siendo conducida en cerca de 25 comunidades de alta endemicidad, con financiamiento proporcionado por la Fundación de Bill y Melinda Gates para el período 2001- 2005, y que cuenta con la asistencia técnica proporcionada por el CDC, la Universidad de Notre Dame, y la OPS/OMS. El control de la FL se agregará a la segunda fase del proyecto del Fondo Mundial.

República Dominicana

La malaria se transmite durante todo el año en la República Dominicana (población de 9 millones), principalmente en ciertas zonas rurales al sudeste y al oeste del país. Está asociada con indígenas dominicanos, trabajadores agrícolas haitianos inmigrantes (principalmente de caña de azúcar) y con los obreros de la construcción. De los 2.354 casos oficialmente notificados en 2004, 1.547 fueron de cuatro provincias (Bahoruco, Barahona, La Altagracia y Azua), 1.670 pacientes eran ciudadanos dominicanos y 667 eran ciudadanos de Haití. Cerca de las dos terceras partes de los casos son hombres. Los brotes están asociados a veces con los huracanes. Cerca del 99% de los casos son causados por *P. falciparum*. Todavía no se ha encontrado resistencia del parásito a la cloroquina. El vector es *Anopheles albimanus*, como en Haití.

La malaria es un problema de salud grave, como así también un problema económico importante en República Dominicana. Noticias de un brote a finales de 2004 que también afectó a unos pocos turistas, causó un estimado de \$ 200 millones de pérdidas a la industria del turismo. El control de la malaria es por lo tanto una prioridad nacional.

Las intervenciones incluyen detección de los casos mediante la vigilancia activa y pasiva y el diagnóstico de laboratorio, el tratamiento con cloroquina y primaquina (incluyendo tratamiento presuntivo), rociamiento residual intradomiciliario para situaciones seleccionadas (por ejemplo, en áreas de alta incidencia, o donde otras medidas de control de vectores no pueden aplicarse), el uso de bio- (*Bacillus thuringensis*, *B. sphaericus*) y larvicidas químicos y el monitoreo de la resistencia de los parásitos a la quimioterapia y de los mosquitos a los insecticidas. El CDC está apoyando con la vigilancia de la resistencia a los insecticidas, incluyendo el DDT. El programa nacional coordina la participación de muchos organismos y sectores relacionados al control de la malaria. A pesar de que se ha hecho la solicitud, no se ha recibido financiamiento del Fondo Mundial. El gobierno de la República Dominicana financió más del 96% del presupuesto nacional de malaria de \$ 463.930 en el 2004.

La filariosis linfática es también endémica en algunos focos, incluyendo dos provincias de alto riesgo de malaria en la parte sur del país.

El Salvador

La malaria endémica casi se ha eliminado en El Salvador (población 6.7 millones), aún cuando cerca del 41% de la población nacional está todavía en riesgo de contraer la enfermedad. El número de casos notificados ha descendido drásticamente de aproximadamente 100.000 casos en 1980 a cerca de 100 casos anuales desde el 2002 al 2004. Sólo 41 casos de malaria (40 *P. vivax*, 1 *P. falciparum*) se informaron en el 2005, 17 de los cuales fueron importados de inmigrantes de países centroamericanos vecinos, que siguen sufriendo niveles mucho más altos de endemidad que El Salvador. El mosquito vector de la malaria en El Salvador es el *Anopheles albimanus*.

Las intervenciones contra la malaria empezaron en El Salvador en 1932 con asistencia de la Fundación Rockefeller. Una red comunitaria “voluntarios colaboradores” empezaron a educar, tomar los frotis sanguíneos y administrar el tratamiento presuntivo en 1956. Las medidas de control integrado, incluyendo el tratamiento masivo, la aplicación de larvicidas, el rociamiento intradomiciliario con insecticida de acción residual y reducción de fuentes, el diagnóstico y tratamiento descentralizado y la participación comunitaria, han sido ejecutadas en los últimos veinticinco años. Los medicamentos usados con mayor frecuencia para el tratamiento son cloroquina y/o la amodiaquina y la primaquina. El gobierno de El Salvador financió más del 99% del presupuesto nacional de malaria (\$ 3 millones, incluidos \$ 2 millones en recursos humanos) en el 2005. A medida que la incidencia de la malaria desciende, es cada vez más difícil mantener la capacidad local para controlar la enfermedad.

México

México ha progresado satisfactoriamente sobre el control de la malaria, con la mitad de las 32 provincias del país consideradas ahora libres de la enfermedad. Este programa ha tenido un fuerte énfasis en el tratamiento enfocado, el saneamiento ambiental, y la reducción de fuentes. Sin embargo, el programa no fue discutido en detalles, debido a la a que el Dr. Méndez no pudo asistir.

Conclusiones y recomendaciones

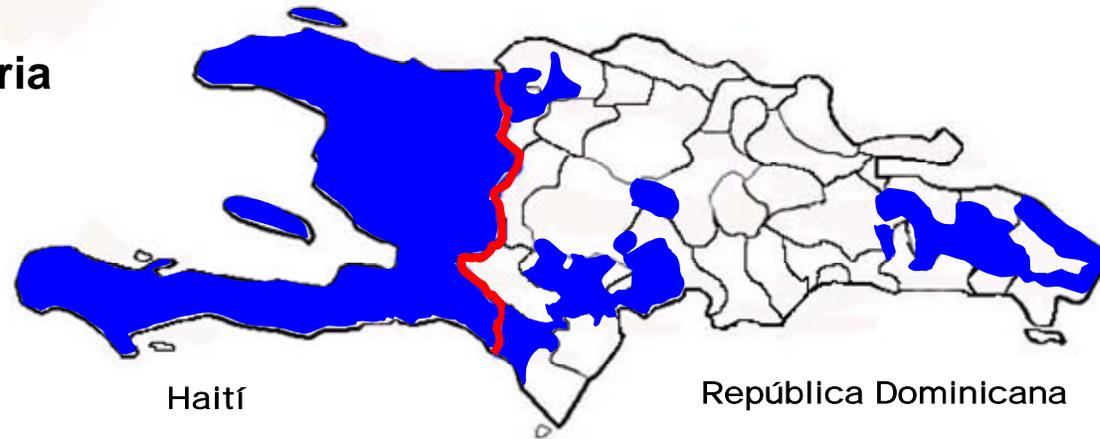
1. La lógica de un método subregional de eliminación de la malaria en las Américas, comenzando con la isla Hispaniola (Haití y República Dominicana) es imperioso. La Malaria por *P. falciparum* es un problema de salud importante y una carga económica significativa en Haití y República Dominicana, el vector principal (*A. albimanus*) es relativamente ineficiente y la cloroquina es todavía eficaz en ambos países. La isla Hispaniola es el único foco restante de malaria endémica en todo el Caribe, y contiene un 95% de filariosis linfática (que también se transmite por vectores de mosquitos y por lo tanto es vulnerable a las medidas de control de vectores) en toda América. Como la malaria, la filariosis linfática es una carga significativa, tanto médica como económica en Haití. Eliminando la malaria de la isla Hispaniola también se eliminará el riesgo sustancial de importar la malaria a todas las otras islas del Caribe y a los EUA.
2. El grupo de trabajo concluyó que un programa comprensivo *integrado* para *eliminar tanto la malaria como la filariosis linfática de toda la isla Hispaniola* es técnicamente factible, médicamente aconsejable y sería económicamente beneficioso para la República Dominicana y Haití. Tal iniciativa requerirá cooperación y coordinación entre los gobiernos de los dos países, como también un apoyo financiero y técnico inteligente de socios externos interesados.
3. El Salvador y México ya han demostrado un progreso sustancial en sus programas nacionales de control de malaria. La amenaza principal en estos países es la

importación continua de casos de malaria de otros países centroamericanos donde los programas de control aún no han tenido el mismo éxito.

4. Haití y la República Dominicana son instados a cooperar en la eliminación de la malaria y de la filariasis linfática, convocando reuniones bilaterales regulares de funcionarios apropiados de salud, con coordinación de mapeo, investigaciones epidemiológicas, evaluación y seguimiento, políticas de farmacoterapia en conjunto, etc.
5. El ITFDE es unánime en su opinión enfática que mosquiteros impregnados duraderos (LLINs) deben distribuirse en forma gratuita lo más rápido posible a toda la población de Haití, país más pobre de América y que sufre sustancialmente de malaria por *P. falciparum*. Si el tamaño del hogar promedio es de 5 personas, a dos LLINs por hogar, Haití requiere aproximadamente 3.2 millones de LLINs para proteger a la población en riesgo.
6. Para máxima eficacia, los mosquiteros tratados con insecticida deben complementarse con otras medidas de control de vectores, como el rociado residual de insecticida focalizado, larvicidas y reducción de fuentes.
7. Haití, la República Dominicana, y sus socios externos, incluyendo la Organización Panamericana de la Salud, deben sopesar los beneficios potenciales y los costos de usar el tratamiento combinado de artemisinina- (TCAs). TCAs tienen una mayor eficacia para bloquear la transmisión que la cloroquina y otros medicamentos antimaláricos. (Como no se ha encontrado resistencia a la cloroquina en la subregión, Haití, la República Dominicana, y todos los países vecinos en Centroamérica siguen las normas de OMS/OPS y usan la cloroquina como su primera línea de tratamiento). Un tratamiento combinado de cloroquina y primaquina (como se ha hecho en la República Dominicana) proporcionaría la misma capacidad de los TCAs en cuanto a bloquear la transmisión, lo cual permitiría a Haití y la República Dominicana mantener los TCAs en reserva hasta que su uso sea plenamente justificado.
8. Se necesita un liderazgo regional en este tema, y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) cumpliría más naturalmente esta función. Entre las iniciativas potenciales están promover la causa (por ejemplo, usando el programa eficaz de El Salvador), promover la investigación operativa (por ejemplo, el impacto de los trabajadores que emigran, epidemiología y estrategia de la eliminación de la malaria, los costos de preparativos epidémicos y el control), la coordinación de una propuesta conjunta al Fondo Mundial para eliminar integradamente la malaria y la filariasis linfática por Haití y La República Dominicana y la facilitación de reuniones subregionales apropiadas.
9. El grupo de trabajo sugiere la consideración de un enfoque escalonado de eliminación subregional, con la isla Hispaniola en la Fase 1 y Centroamérica en la Fase 2.

Prevalencia de la malaria y la filariosis linfática en la isla Hispaniola

Malaria



Filariosis linfática

