

**XXVIII Jornadas de la Sociedad Parasitológica Venezolana (SPV)
“J W Torrealba”**

**Centro de Investigaciones en Salud Pública “Jacinto Convit”.
Sanare, Estado Lara, 2- 4 de Julio de 2009**

**Extracto de los documentos generados en las mesas de trabajo: Evaluación de
Enfermedades Parasitarias en Venezuela. Sugerencias para la Solución de Problemas en
distintas parasitosis**

En Julio de 2009, se reunieron en pleno los miembros de la Sociedad Parasitológica Venezolana (SPV), conformados por especialistas de reconocida trayectoria en diferentes áreas de la parasitología humana y de interés veterinario, así como personalidades del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPPS) encargados de dirigir los programas de control de algunas parasitosis, y miembros de las comunidades rurales y urbanas vulnerables. La reunión tuvo como objetivo evaluar la situación actual de las principales enfermedades parasitarias que aquejan al país y generar las recomendaciones pertinentes.

Un punto confluyente en la reunión fue el declarar que existe una re-emergencia de enfermedades parasitarias olvidadas o desatendidas (*neglected diseases*) por lo cual se organizaron seis Mesas de Trabajo de las diferentes áreas de interés, centrando la discusión en Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis, Malaria, Oncocercosis, Parasitosis Intestinales y otras Parasitosis Zoonóticas.

A continuación se expone un resumen de las conclusiones y recomendaciones de las diferentes Mesas de Trabajo.

Enfermedad de Chagas

La situación actual de la enfermedad de Chagas en Venezuela, pareciera reflejar la misma vivida por a principios del siglo XX (1930-1950). Los estudios sobre la dolencia en el país, y la experiencia de investigadores en el área y del Ministerio de Salud, parecen corroborar lo arriba expresado.

Entre las décadas del 1930 al 1950, se hablaba de un 25% de seropositividad en humanos (mayormente en la región llanera) y de un 30-50% de individuos con parásitos circulantes.

El programa de control de la enfermedad de Chagas en Venezuela comenzó a ejecutarse en forma metódica desde 1961 (43% de humanos seropositivos en todo el país, de los cuales un 4% presentaba parásitos circulantes). Durante la década de los 80, la transmisión de la infección chagásica se redujo significativamente, producto de la campaña antichagásica que incluyó el control vectorial y el mejoramiento de viviendas en las áreas endémicas con transmisión activa. Ello condujo a una reducción de la seroprevalencia hasta un 3,2%.

En este contexto, se evidenció un esfuerzo del sector oficial y el trabajo tesonero de hombres como el Dr. Arnoldo Gabaldón, lo cual condujo a reducir o interrumpir la transmisión de *T. cruzi* en Venezuela, desde 44 hasta 9%, hecho que se evidenció durante las últimas cuatro décadas.

A pesar del éxito de esta campaña, en el presente existe una reemergencia de esta parasitosis, debido al incremento de casos agudos detectados en la última década y por el aumento de la seroprevalencia en menores de 15 años.

Más dramático aún, pareciera la reciente situación presentada en la región central en la cual se

han detectado 103 casos agudos presuntamente originados por ingesta de alimentos contaminados, ocurridos en una escuela del Municipio Chacao (Distrito Metropolitano) y 88 casos agudos confirmados en Chichiriviche de la Costa (Estado Vargas), con eventos de mortalidad en escolares.

La realidad actual, evidencia una reducción de la presencia de vectores intradomiciliarios, esto unido a los recientes brotes descritos, indicarían que la transmisión podría estar ocurriendo en condiciones que no se corresponden con la transmisión clásica de la enfermedad, rompiéndose los paradigmas conocidos.

En consecuencia, la mesa de trabajo hace las siguientes propuestas:

1. Definir política de Estado para el Control de la Enfermedad de Chagas, en interacción con la comunidad científica, Ministerio del Poder popular para la Salud (MPPS) y las comunidades.
2. Proponer la creación de una ley que declare el control de la enfermedad de Chagas como una política prioritaria de estado, sin relegarla a un segundo plano cuando surjan nuevos problemas de salud o re-emergencia de dolencias otrora controladas, proceso en el que se pide involucrar en igualdad de condiciones a entes gubernamentales, universidades, institutos de investigación, y la población en riesgo.
3. Instar a la realización de estudios transdisciplinarios y multicéntricos, con la participación de investigadores activos bajo la coordinación del MPPS y la SPV las cuales incluyen: encuesta nacional de la Enfermedad de Chagas, evaluación de la historia natural de la enfermedad, estudio de la transmisión activa, aceleración del registro de medicamentos antiparasitarios y la implementación de su estudio en pacientes venezolanos.
4. Proponer al MPPS un cuerpo de asesores que coadyuven a la aplicación de medidas de control de la enfermedad.
5. Proponer la creación de una red que permita obtener información actualizada y la integración de los grupos de investigación.
6. Instar y apoyar la participación activa de las comunidades vulnerables.
7. Definir los criterios de validación de las pruebas diagnósticas y la certificación de los laboratorios y centros de referencia donde se realicen.
8. Establecimiento de pautas obligatorias para control de transmisión congénita y seguimiento de las gestantes, donde se incorpore el despistaje de infección por *T. cruzi*.
9. Usar instrumentos consensuados para el levantamiento de la información de la historia clínica y epidemiológica, de protocolos de diagnóstico y de pautas de tratamiento.
10. Retomar los puestos de notificación de triatomíneos, como estrategia para ampliar la cobertura de la vigilancia epidemiológica.
11. Crear un marco legal que garantice la preservación de la información epidemiológica y el acervo histórico de la Enfermedad de Chagas en Venezuela.
12. Organizar un banco nacional de cepas de *T. cruzi*.
13. Garantizar la formación y capacitación del personal técnico y profesional del programa de control de Chagas e incorporar el adiestramiento del médico rural.
14. Exhortar al gobierno para que trabaje por la articulación de los programas desarrollados por los ministerios de Ciencia y Tecnología, Salud y Educación, relacionados con la Enfermedad de Chagas.
15. Diseñar un sistema de vigilancia de vectores secundarios y factores de riesgo ambientales, ampliando el criterio de áreas de riesgo para la enfermedad, de manera que no se limite sólo a comunidades que presenten características relacionadas con el hábitat de *R. prolixus*.

Leishmaniasis

El análisis de los antecedentes y del estado actual de las leishmaniasis tanto tegumentarias

como visceral, revela que ésta parasitosis constituye un problema de salud pública en expansión no solo en el medio rural sino también en el urbano; el cual debe ser atendido de manera prioritaria e integral por las instituciones del estado, a través de los programas operativos para las enfermedades endemo-epidémicas zoonóticas transmitidas por vectores, en interacción con otras instituciones públicas y privadas, las sociedades científicas y las comunidades afectadas. Por tanto, se exhorta a la implementación de las decisiones tomadas en reuniones anteriores de la SPV especificadas en los documentos: “Actualización sobre Enfermedades Endémicas, 1985”; “Balance de las Experiencias Terapéuticas contra la Leishmaniasis en Venezuela, 1996” y las que se desprenden del Informe de la Reunión de la Red Venezolana de Leishmaniasis, (REVELEISH, 2006).

Sobre el Control Epidemiológico:

1. Incluir a los Centros de Investigación y los Servicios Regionales de Dermatología Sanitaria como instituciones de apoyo a la División de Dermatología Sanitaria, con sede en el Instituto de Biomedicina, a fin de minimizar el sub-registro de la enfermedad.
2. Exhortar a los servicios públicos y privados que atienden y tratan pacientes, a que registren y reporten el tipo y frecuencia de los efectos adversos producidos por los medicamentos leishmanicidas.
3. Incluir en los manuales correspondientes, los formatos relativos a los protocolos terapéuticos y de registro de efectos adversos.
4. Intensificar el estudio de protocolos de investigación en control de vectores, especialmente para el caso de los focos urbanos.
5. Fortalecer la creación planificada, de servicios descentralizados: de atención médica, diagnóstico, investigación y docencia, a nivel municipal, parroquial o local, de acuerdo con la relevancia epidemiológica de los focos.
6. Enfatizar que los Servicios de Dermatología dependen ejecutiva y administrativamente de los Servicios Regionales de Salud (contratación de médicos, distribución de medicamentos, mantenimiento de la infraestructura, vehículos) y sólo normativamente de la División de Dermatología Sanitaria con sede en el Instituto de Biomedicina en Caracas.
7. Estimular la realización de estudios interdisciplinarios sobre reservorios, para sustentar los ciclos epidemiológicos que sirvan de base al diseño de los programas de control.
8. Incorporar la tecnología satelital como fuente de información para el estudio epidemiológico de las leishmaniasis (tegumentaria y visceral).
9. Abordar decididamente el problema de la expansión de las leishmaniasis hacia las zonas periurbanas.

Sobre el Diagnóstico:

1. Homogeneizar los protocolos de purificación de la Leishmanina, de acuerdo con el validado por el Instituto de Biomedicina, realizando los controles de calidad en el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”.
2. Diseñar un estudio para determinar el punto de corte para la leishmanina, inclusión del criterio de positividad para esta prueba y la unificación de criterios para la lectura y positividad.
3. Reactivar REVELEISH en torno al problema del diagnóstico, incluyendo las observaciones y conclusiones emanadas en el documento “Informe de la Reunión de la Red Venezolana de Leishmaniasis, 24 y 25 de mayo de 2006”, y los resultados obtenidos a través de otras iniciativas (Misión Ciencia, Agendas Universitarias, Organización Panamericana de la Salud y FONACIT).

Sobre Terapéutica:

1. Elaborar protocolo de evaluación de los quimioterapéuticos existentes en el país, incluyendo la Ulamina, para homogeneizar los lineamientos de aplicación a nivel nacional.
2. Implementar protocolo para la evaluación del impacto de la inmunoterapia que actualmente se aplica desde hace ya varios años en el país.
3. Revisar el concepto de la monoterapia con relación a la resistencia; determinar cuáles son las variables influyentes en esta situación: resistencia del parásito, situación inmunológica del individuo tratado, malnutrición, estrés ambiental, etc.
4. Establecer contactos con grupos de investigadores brasileños que estudian el antígeno BIOBRAS para la vacunación de los perros en el control de la Leishmaniasis.

Sobre Divulgación y Educación:

1. Recopilar la documentación existente referida al control, prevención, diagnóstico y tratamiento de la Leishmaniasis para ser digitalizada y colocada en la página web de la SPV.
2. Finalizar y publicar el Manual del programa de Leishmaniasis cutánea (LC), en fase actual de elaboración por Instituto de Biomedicina, bajo un formato similar al del "Manual del Programa Control de la Leishmaniasis Visceral en Venezuela", del mismo Instituto, de fecha octubre de 2003. Autores: Olga Zerpa, Marian Ulrich y Jacinto Convit.
3. Actualizar la información recogida en el "Manual del Programa Control de la Leishmaniasis Visceral en Venezuela", y enviarlo a los investigadores para su revisión.
4. Exhortar a las instituciones pertinentes sobre la inclusión de todo el personal de salud en los cursos de actualización sobre diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad.
5. Diseñar cursos de actualización en todas las áreas claves del conocimiento sobre la parasitología, a través de un sistema de educación continua, con charlas tipo, en cada región del país. En este sentido, se presentó la experiencia de la cartilla, como medio de difusión educativa, del Instituto J.W. Torrealba.

Malaria

La malaria en Venezuela es causada principalmente por *Plasmodium vivax* (80% de los casos) y ocasionalmente *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium malariae*. La mayoría de los casos ocurren en adultos jóvenes con ocupaciones en actividades mineras, agrícolas y militares. La enfermedad se presenta con morbilidad elevada en las comunidades amerindias.

Los estados con mayor transmisión son Amazonas, Bolívar y Sucre. La morbilidad nacional es moderada. En el 2008 el valor de IPA (casos/1000 hab) para Venezuela fue 1,8; con la mayor morbilidad registrada en Amazonas y Bolívar (valores de IPA de 52,3 y 14,6, respectivamente). Contribuyeron a la casuística Delta Amacuro (IPA= 2,5), Anzoátegui (IPA= 0,8) y Sucre (IPA=0,7). Se ha registrado transmisión urbana en el oriente del país.

Desde finales de los años 50, se ha venido observando resistencia de los parásitos a los antipalúdicos y de los vectores a insecticidas, este fenómeno ha hecho difícil el control de la enfermedad.

El país ha seguido la estrategia de control auspiciada por la iniciativa "Hacer Retroceder a la Malaria", que promueve el diagnóstico y tratamiento oportunos, la mayor cobertura de las medidas de intervención y la participación comunitaria. No obstante a pesar de haber alcanzado logros en este programa en diversos aspectos, la transmisión y prevalencia de esta enfermedad sigue en aumento por lo que se hace necesario analizar las estrategias y políticas de salud en Malaria, específicamente en diagnóstico, tratamiento y control de vectores.

Recomendaciones:

1. Que la **Dirección General Sectorial de Salud Ambiental** sea un organismo rector que garantice su función de supervisión, seguimiento y diseño de los parámetros estratégicos para la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión, en concordancia con las políticas públicas del MPPS y para el Programa de control de la Malaria.
2. La formación de la **Unidad de Promoción de la Salud** y la **Unidad de la Vigilancia Entomológica**, en los Municipios de mayor incidencia malárica. Asimismo se recomienda la formación de la **Unidad de Resistencia a los insecticidas y fármacos** a nivel nacional.
3. En particular para el estado Bolívar se debe crear al menos tres Unidades de Vigilancia Entomológica.
4. La reactivación del Comité Técnico Asesor de Malaria propuesto por el Dr. Arnoldo Gabaldón y cuya legalidad está vigente.
5. La reactivación del seguimiento microscópico para el diagnóstico y seguimiento post-tratamiento para infecciones con *P. falciparum* y *P. vivax*.
6. La formación y capacitación de Técnicos Medios y Técnicos Superiores Universitarios en inspección de Salud Pública.
7. Promover la capacitación continua de microscopistas, Inspectores de Salud Pública y Personal Técnico de las Direcciones Regionales y Sectoriales de Salud Ambiental.
8. Garantizar la movilidad del personal en áreas maláricas de difícil acceso.
9. Fomentar la Estrategia Inter-disciplinaria para el abordaje de la enfermedad.
10. Fortalecimiento de la investigación, mediante Redes Colaborativas entre Universidades, Institutos de Investigación y el MPPS.
11. Desarrollar estudios de caracterización del paisaje y distribución espacial y temporal de los criaderos de anofelinos.
12. Realizar análisis espaciales estratificados de datos epidemiológicos, entomológicos y ambientales.
13. Fortalecer capacidades a nivel local para tomar y ejecutar decisiones para generar información estandarizada que contribuya a orientar decisiones en los niveles superiores.
14. Optimizar el levantamiento, supervisión y procesamiento de los datos epidemiológicos.
15. Mantener el libre acceso a las estadísticas epidemiológicas actualizadas sobre la casuística nacional de la Malaria.
16. Mantener la vigilancia sobre la eficacia de la pauta terapéutica nacional para el tratamiento de los casos de Malaria.
17. Promover protocolos de evaluación que proporcionen información sobre la eficacia de las diferentes drogas empleadas en la eliminación de los estadios eritrocíticos y formas hepáticas de *P. vivax*, así como prevención de las recidivas de la enfermedad.
18. Tener en cuenta la información sobre la presencia de parásitos resistente a cloroquina en Asia y su posible expansión a territorios de América.
19. Velar por la disponibilidad e idoneidad de los fármacos antipalúdicos en uso.
20. En cuanto al control químico se plantean estrategias orientadas al Rociamiento intra-domiciliario con insecticidas de acción residual y aplicación espacial de insecticidas según las pautas de rutina y con supervisión continua de la actividad operativa a fin de optimizar su eficiencia.
21. Rotación de insecticidas, cuando se compruebe la disminución de la eficacia de los mismos.
22. Distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticidas, sólo en aquellos casos, donde el vector sea endofágico y susceptible al insecticida que contiene el mosquitero. Todo ello con la participación comunitaria.
23. Reforzar las medidas de control físico, químico y biológico para la prevención de la transmisión de la Malaria con participación de la Comunidad y mediante la asesoría de la Unidad de Vigilancia Entomológica.
24. Evaluación y seguimiento de las propuestas de investigación en Malaria

25. Actualización de las claves taxonómicas de vectores.
26. Actualización de la biología y distribución geográfica de los vectores.
27. Estudio sistemático de la susceptibilidad de los vectores de Malaria a los insecticidas.
28. Reforzamiento de las herramientas de investigación molecular y el uso de marcadores para monitorear pruebas de susceptibilidad o resistencia a los fármacos tanto del parásito y del vector.

Oncocercosis

El Programa para la Eliminación de la Oncocercosis de Venezuela está estructurado entre el Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina, los Servicios Regionales de Dermatología Sanitaria y el Servicio Autónomo Centro Amazónico para Investigación y Control de Enfermedades Tropicales "Simón Bolívar" (CAICET), cuyas actividades incluyen la distribución de medicamento, la realización de evaluaciones epidemiológicas rápidas, de evaluaciones oftalmológicas rápidas, Evaluaciones Entomológicas Rápidas y actividades de Prevención y de Educación para la Salud .

En 1992 La Organización para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas dio apoyo a las actividades que permitirían la eliminación de la oncocercosis del continente americano, (Guatemala, México, Ecuador, Colombia, Brasil, Venezuela).. Para el año 2006 todos los focos del continente lograron alcanzar la cobertura de tratamiento y para el año 2008 se logró la certificación de la eliminación de la oncocercosis en diversos focos, con persistencia de la transmisión en Brasil y Venezuela (foco yanomami). En octubre de 2008 el Consejo Directivo de la OPS, considerando el sufrimiento humano y los costos sociales de la oncocercosis (ceguera de los ríos, la cual afecta a 500.000 personas en áreas de riesgo, emitió la resolución CD48.R12 en la cual hace un llamado a la eliminación de la oncocercosis e interrumpir la transmisión del parásito para el año 2012. En marzo del 2009 en la reunión del programa de eliminación de la oncocercosis que tuvo lugar en CAICET los entes regionales acordaron trabajar en la eliminación de la oncocercosis para el año 2012.

Las drogas disponibles actualmente son microfilaricidas y se requieren repetir los tratamientos durante periodos prolongados (más de diez años) con altas coberturas para lograr la eliminación de la oncocercosis en un foco.

El Ministerio de Salud Venezolano, se ha comprometido a suscribir algunas resoluciones. Sin embargo aun la oncocercosis requiere afianzar algunas medidas como las descritas a continuación:

1. reafirmar el compromiso de la eliminación de la morbilidad por oncocercosis.
2. interrumpir la transmisión del parásito dentro de sus fronteras para el año 2012 con participación comunitaria y de ONGs mediante apoyo financiero, para coberturas de tratamiento al 85% de todos los individuos elegibles.
3. aplicación de los lineamientos de certificación establecidos por OMS para la suspensión del tratamiento masivo.
4. incrementar la disponibilidad de recursos para los programas nacionales y completar la eliminación de la enfermedad.
5. implementar los criterios de la OMS para la certificación de la eliminación de la morbilidad y transmisión;
6. promover el funcionamiento regular de la Comisión Nacional de Oncocercosis y del Plan de Salud Yanomami, para la eliminación de la oncocercosis en todo el país y en especial en el Foco Sur de Venezuela.
7. Implementación del esquema de cuatro rondas anuales de tratamiento en el foco sur, donde los esquemas vigentes no han dado los resultados esperados, atendiendo a experiencias obtenidas en otras regiones.

8. implementación de técnicas diagnósticas como la serología y pruebas moleculares para evaluar el impacto post-tratamiento.
9. evaluar el papel de *Simulium guianense* en la persistencia de la transmisión en áreas problema.
10. desarrollar un plan de capacitación y entrenamiento en todos los programas de salud para todo el personal haciendo énfasis en agentes comunitarios indígenas.
11. estimular la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas (nuevos esquemas de tratamiento – 4 rondas vs 2 rondas, drogas macrofilaricidas y microfilaricidas).
12. Fortalecer la colaboración fronteriza especialmente entre Brasil y Venezuela donde la oncocercosis afecta a la población indígena Yanomami.

Parasitosis intestinales y otras parasitosis asociadas

En el 2007 la dirección de Sanidad Ambiental del MPPPS hizo la reformulación del **Programa de control parasitosis intestinales y esquistosomosis**.

Para el año 2008 el Programa Nacional de Parasitosis Intestinales y Esquistosomosis muestran en su consolidado estadístico el reporte de seis estados (Nueva Esparta, Portuguesa, Táchira, Apure, Lara y Trujillo) quedando en evidencia la falta de uniformidad en la forma de presentar los mismos.

Para 2008 la prevalencia general de geohelminthiasis de 22,68% manteniéndose cercano a lo previsto por OPS/OMS (20%). En cuanto a la prevalencia por especie parasitaria los datos registrados han sido para *A. lumbricoides* un 9,07%, para *Trichuris trichiura* un 12,61% para *Anquilostomídeos* un 0,78%.

Es de hacer destacar que solo los estados Nueva Esparta, Táchira y Portuguesa aportaron los datos para construir la estadística nacional.

En lo que respecta a Protozoarios, la prevalencia general resultó en 6,75%, siendo *Blastocystis hominis* y *Giardia duodenalis* los de mayor prevalencia por especie parasitaria con 2% c/u. (PCPIE-MS). El resto de los estados que conforman el territorio nacional no presentó ningún tipo de reporte.

Esto demuestra que las estadísticas son limitadas por falta de coordinación entre el nivel central y la red de salud. Además, el acceso a esas estadísticas del programa es limitado y los datos de prevalencia a nivel nacional son incompletos.

Se dispuso de reportes de los diferentes grupos de investigación participantes de la mesa de trabajo, siendo que éstos reportaron valores de prevalencia diferente, dependiendo de las zonas estudiadas. Los diferentes datos informados demostraron un predominio de protozoarios sobre helmintos, no coincidiendo con los datos aportados por el MPPS. En cuanto al orden de prevalencia de las especies están: Protozoarios; *Blastocystis hominis*, *Giardia duodenalis* (sin. *G. intestinalis*, *G. lamblia*), comensales, *Entamoeba histolytica/E. dispar*, *Cryptosporidium spp*, *Isoospora belli* y *Cyclospora cayetanensis*. En cuanto a los helmintos los datos revelaron que prevalecen principalmente *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, seguido de *Ancylostomídeos*, *Strongyloides stercoralis*, *Enterobius vermicularis*, *Hymenolepis nana* y *Taenia solium/T. saginata*.

Existe una elevada prevalencia de *Ancylostomídeos* en regiones rurales con inadecuada disposición de excretas. En cuanto a las parasitosis asociadas, se ha descrito una seroprevalencia de cisticercosis entre 4% y 45%, dependiendo de la zona endémica estudiada.

En relación a la esquistosomiasis se ha reportado un 12% de prevalencia en zonas endémicas. Además, se han encontrado casos de fascioliasis en áreas endémicas de los andes venezolanos, Zulia, Yaracuy y Bolívar.

Establecer la prevalencia real se ha hecho difícil por diversos factores:

- a- Las técnicas de diagnóstico utilizadas en cada caso son diferentes y algunas no son lo suficientemente sensibles. Algunos protocolos incluyen solo una o dos técnicas, otros utilizan 5 o más técnicas y detectan mayor cantidad de parásitos lo cual hace que las prevalencias sean diferentes y no se puedan comparar.
- b- Los tratamientos indiscriminados, en masa, y la automedicación han cambiado la situación. Tratamientos a dosis única hace que disminuya la prevalencia de los parásitos más sensibles a este esquema de tratamiento y se mantienen otros menos sensibles. Por otro lado, al disminuir la carga parasitaria, el diagnóstico se hace más difícil, requiriendo el uso de técnicas más sensibles.
- c- Las purgas domésticas indiscriminadas, determinadas por creencias populares, pueden generar problemas al disminuir la carga parasitaria, sin eliminar al parásito, dificultando el diagnóstico.

Por lo expuesto anteriormente y considerando que las parasitosis intestinales reflejan el estado de saneamiento ambiental de las comunidades y que su presencia en la mayoría de los casos puede considerarse un marcador de pobreza, se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Hacer un estudio de prevalencia a nivel nacional, utilizando un protocolo único, para normalizar el diagnóstico en todas las zonas del país.
2. Mejorar la coordinación entre el nivel central y la red de salud, incluyendo además, a los centros de investigación y Universidades, para que todos los datos de parasitosis intestinales obtenidos en el país sean incorporados a las bases de datos del Ministerio y puedan ser de utilidad pública.
3. Dado que Epidemiología Ambiental es el ente rector del programa de control de parasitosis intestinales y es quien implementa la norma, debería garantizar que todos los datos sean correctamente registrados, asegurando la distribución de los formatos adecuados para tal fin.
4. Por la reciente separación de la rama de Infraestructura Sanitaria del Ministerio de Salud, y su paso al Ministerio de Infraestructura, sería deseable que ambos ministerios trabajen conjuntamente, para que se cumplan los objetivos previstos originalmente como programa de control integral.
5. Reforzar el programa de evaluación de viviendas y escuelas saludables y edificaciones de salud, realizado por el ministerio, aprovechando el talento humano de las Universidades para poder documentar la situación de salud en el país.
6. Realizar censos y diagnósticos frecuentes, por lo menos dos veces al año.
7. a nivel de escuelas y a nivel de comunidades.
8. Evaluar focos nuevos y reconocidos de Esquistosomiasis, Fascioliasis y Paragonimiasis.
9. Establecer nexos para fortalecer el programa de control de Parasitosis Intestinales desarrollados por la Dirección de Epidemiología Ambiental, adscrita a la Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica Ambiental, con las Universidades, a través de proyectos de extensión y del servicio comunitario realizado por los estudiantes de educación superior.
10. Diferenciar entre el tratamiento individual y el control en comunidades, individualizar el tratamiento de acuerdo al parásito diagnosticado, y racionalizar el uso del Albendazol.
11. Facilitar el suministro de drogas contra protozoarios y anti-helmintos.

12. Promover entre la población médica la aplicación de criterios para el tratamiento en particular de *B. hominis* (tratar aquellas personas con clínica sugestiva en el cual se han excluido rigurosamente otras causas, que expliquen la sintomatología, con carga parasitaria elevada (>5 formas parasitarias/ campo-400X).
13. Control parasitológico y hematológico pre y post tratamiento.
14. Uso de tratamiento selectivo a niños, niñas y mujeres en edad fértil, no embarazadas, en comunidades donde se espera conseguir prevalencias superiores al 50% de helmintiasis, de esta forma se disminuyen las cargas parasitarias.
15. Tratamiento médico, educación para la salud y saneamiento ambiental, con participación comunitaria.

Parasitosis Veterinarias: Un enfoque hacia la Fasciolosis

En Venezuela, la fasciolosis ha sido tradicionalmente considerada de importancia veterinaria, llegando a describirse infección en el 100% del ganado bovino procedente de zonas endémicas como Trujillo. Existen registros de otros Estados del país donde se describen diferentes prevalencias, con un máximo de 89,3% en Zulia; 45% en Falcón; 69,44% en Lara; 88,9% en Portuguesa 10% en Táchira y 89% en Mérida. Además, existen descripciones de la presencia de *Fasciola hepatica* en otros hospedadores vertebrados, como: ovinos, caprinos, porcinos y bubalinos (ganado en el que produce pérdidas económicas) y roedores como chigüires y ratas (que pueden funcionar como diseminadores de los huevos del parásito).

Es imprescindible prestar mayor atención a la fasciolosis humana en Venezuela, ya que en países vecinos con condiciones medioambientales, similares es un serio problema de salud pública.

La fasciolosis debe considerarse como una parasitosis emergente, en los últimos 6 años se han detectado 15 casos y sólo en el año 2007 se detectaron 5, mediante estudios seroepidemiológicos, lo que indica que técnicas de mayor sensibilidad y especificidad han contribuido a detectar mayor número de casos.

Se ha descrito la presencia de *F. hepatica* y su hospedador intermediario en todos los Estados de Venezuela situados al norte del río Orinoco, considerándose que una buena parte de la población venezolana se encuentra en riesgo de infección, debido a que las principales zonas agrícolas son zonas endémicas de estas parasitosis o de sus elementos de transmisión, expandiéndose la infección a través de verduras y hortalizas distribuidas a todos los estados del país.

Como la fasciolosis humana no ha sido considerada un grave problema de salud pública no existe legislación al respecto. Se puede asegurar que es una parasitosis de considerable importancia debido a la repercusión que ha tenido en los últimos años sobre la salud pública, así mismo, las implicaciones económicas como problema veterinario, con carencia de medicamentos fasciolícticos efectivos, control y educación de quienes manejan la ganadería.

Recomendaciones para el control sobre la población humana.

1. Realizar estudios epidemiológicos que permitan identificar las áreas endémicas.
2. Implementar campañas educativas.
3. Construir plantas de tratamiento de agua en áreas endémicas.
4. Incentivar el consumo de agua hervida.
5. Prohibir la construcción de canales de irrigación y el riego por inundación (contribuyen a la diseminación del parásito).

6. Colaborar con los productores para la construcción de sistemas de riego por tuberías.
7. Informar sobre el riesgo del consumo de berro y otras plantas acuáticas como vehículo del trematodo.
8. Enseñar a la población de áreas endémicas a identificar los moluscos que actúan como hospedadores intermediarios.
9. Difundir entre los profesionales de la medicina la consideración de esta parasitosis dentro de los diagnósticos diferenciales.
10. Instruir a los profesionales de los centros de salud sobre el diagnóstico y manejo del paciente con fasciolosis, siendo imprescindible el diagnóstico y tratamiento de los parásitos asociados.
11. Incluir los casos humanos de fasciolosis dentro de las infecciones de denuncia obligatoria.

Recomendaciones para el control sobre la población de Moluscos.

1. Uso de molusquicidas (Saponinas, Cloruro de Sodio, óxido de Calcio).
2. Estudios edafológicos e hídricos para determinar las zonas de riesgo.
3. Limpieza y encalado sistemática de los bebederos

Recomendaciones para el control sobre la población de Bovinos / Bubalinos.

1. Solicitar al Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social, la supervisión y el debido cumplimiento del registro obligatorio de los decomisos de hígados u otras vísceras afectados por *Fasciola hepatica*, así como la asistencia de inspector sanitario en las salas de matanza.
2. Incorporar a la legislación, metodologías de monitoreo durante la fases de cuarentena.
3. Evitar la adquisición y/o traslado de animales desde zonas endémicas.
4. Apoyar a grupos de investigación que desarrollen técnicas de diagnóstico precoz (ELISA/ western-blot), que deben ser utilizadas para el diagnóstico, antes de que se manifiesten daños irreversibles a nivel hepático.
5. Diagnosticar los parásitos asociados a *F. hepatica*.
6. Solicitar la introducción al país de Triclabendazole único medicamento eficaz contra formas larvianas y adultas del parásito.
7. Aplicar cuatro tratamientos al año, alternando productos fasciolicidas (Triclabendazole / Clorsulón / Triclabendazole / Albendazole).
8. Manejo adecuado de las pasturas para minimizar la contaminación, evitando el traslado de pasto desde zonas de endemia.

En este manuscrito se recogen y resumen las conclusiones y sugerencias aportadas por los miembros de la Sociedad Parasitológica Venezolana ante la situación de las principales enfermedades parasitarias del país, esperando sirva el presente documento como un aporte de nuestra sociedad al posible control de estas enfermedades que afectan a gran parte de nuestra población.

Junta Directiva SPV:

Presidente: Martín A. Sánchez (Inst. Biomedicina, UCV); Vicepresidente: Leidi Herrera (Inst. Zoología y Ecología Tropical, UCV); Secretaria de Finanzas: Yelitza Campos; Secretario General: Armando Reyna (IDECYT-UNESR); Secretaria de Actas: Elizabeth Ferrer (BIOMED-UC-Maracay); Vocales: Alicia Jorquera. C.I.C.S, UDO Anzoátegui); Gladys Crisante (Fac. Ciencias ULA); Teresa Abate (IME, UCV).

Integrantes de las Mesas de Trabajo:***Enfermedad de Chagas***

Coordinador: Walter Mosca (Inst. Biomedicina, UCV)

Eva Mary Rodríguez, (CISP J. Convit, UCV, Sanare, Lara); Clara Martínez (Esc. Nutrición, UCV, Caracas); Luis Briceño (Inst. Biomedicina, UCV, Caracas) Raúl Espinosa (SVC, Hosp. Pérez Carreño), Néstor Añez (Fac. Ciencias ULA, Mérida), Palmira Guevara (Inst. Biol. Experimental UCV, Caracas); Belkisyole Alarcon de Noya (Inst. Med. Tropical, UCV, Caracas). Ana Soto (Inst. A. Gabaldón, MPPS, Maracay), Mayira Sojo Milano* (IAESP A Gabaldón-MPPS, Maracay); Leidi Herrera (Inst. Zoología y Ecología Tropical, UCV, Caracas) Luis Jordán (prof. Jubilado Fac. Medicina, José Da Silva (Fundachagas, Comunidad de Chacao), Jakeline Gómez (Fundachagas, Comunidad de Chacao).

Leishmaniasis

Coordinador: Cruz Manuel Aguilar (Centro de .Investigaciones de Enfermedades Tropicales. UC, San Carlos).

Jorge Maldonado. (Dermatología Sanitaria. Hospital de Carúpano, Sucre); Rafael Bonfante Garrido (Decanato de Medicina. UCLA. Barquisimeto, Lara); Rafael Borges*. (Inst. de Biomedicina, UCV Caracas); Félix J. Tapia. (Inst. de Biomedicina, UCV Caracas); Olinda Delgado (Inst. Med. Tropical. UCV Caracas); Alicia Jorquera. C.Inv Cs. de la Salud, UDO, Anzoátegui). Carlos D´Suze (CISP J.Convit, UCV, Sanare, Lara); Elina Rojas (Inst. J.W. Torrealba NURR-ULA,Trujillo); Alexis Mendoza-León(Inst. Biol. Experimental UCV, Caracas); Alicia Ponte Sucre. Inst. Medicina Experimental. UCV Caracas).

Malaria

Coordinadora: Yadira Rangel (Inst. de Zoología y Ecología Tropical, UCV, Caracas).

Hilda Pérez (Centro de Microbiología IVIC, Miranda); Darjaniva Molina (IAESP A Gabaldón-MPPS, Maracay); Marcos de Donato (IIBCA-UDO, Sucre); Jesús Berti (IAESP A Gabaldón-MPPS, Maracay); Oscar Noya G. (Inst. Med. Tropical. UCV Caracas);

Parasitosis intestinales y otras parasitosis asociadas

Coordinadora: Elizabeth Ferrer (BIOMED-UC-Maracay).

Rodolfo Devera (UDO- Bolivar); Leonor Pocaterra (Fac. Medicina, UCV Caracas), Carmen Guzmán de Rondón (Esc. Bioanálisis UCV, Caracas), Carolina Wagner (Esc. Bioanálisis, UCV, Caracas); Florimar Gil; (Esc. Bioanálisis ULA, Merida).

Oncocercosis

Coordinador: Carlos Botto* (SACAICET. I Med. Tropical, UCV).

Harland Schuler* (Inst. de Biomedicina, UCV Caracas); Hortencia Frontado (IAESP A Gabaldón- MPPS, Maracay); Marisela Escalona (CAICET), Zeljko Jokic (CAICET), Maria Eugenia Grillet (Inst. Zoología y Ecología Tropical, UCV, Caracas); Jorge Maldonado (FUNDASALUD-Sucre); Oscar Noya Alarcón (Inst. Med. Tropical, UCV, Caracas); Orlana Lander (Inst. Med. Tropical, UCV, Caracas).

Parasitosis Veterinarias: Un enfoque hacia la Fasciolosis

Coordinadores: Franklin Mujica (Fac. Veterinaria UCLA, Lara); Roger Ramírez (Fac. Cs. Veterinarias, LUZ, Maracaibo).

Armando Reyna (IDECYT-UNESR, Caracas), José Ramírez (UCAB, Caracas), Lucinda Tavares (IDECYT-UNESR); Roy Meléndez (Fac. Veterinaria UCLA, Lara); María Forlano (Fac. Cs. Veterinarias, UCLA, Lara); Everts Chacín (Fac. Cs. Veterinarias, LUZ, Maracaibo); Elina Rojas (Inst. J.W. Torrealba NURR-ULA, Trujillo); Janeth Álvarez (IIA- Fac. Cs. Forestales ULA, Mérida); Carolina González (IIA- Fac. Cs. Forestales ULA, Mérida); Luis Tovar (IIA- Fac. Cs. Forestales ULA, Mérida); Luis Segundo Jordán (Esc. Bioanálisis, UCV, Caracas).

*Participación como coordinadores de los programas de control Nacional de las diferentes parasitosis por el MPPS.

Luego de las mesas de trabajo, se realizaron las *XXVIII Jornadas de la Sociedad Parasitológica Venezolana (SPV) "J W Torrealba"*, donde actuaron como ponentes invitados José Vicente Scorza (ULA), Julio Urbina (IVIC) Roberto Briceño León (UCV) y Daniel Mechali (DNDi Brasil). Al final de las jornadas se leyó el presente documento, sin objeciones por parte de los miembros de la Sociedad Parasitológica Venezolana asistentes al evento.

Junta Directiva de la SPV



**IX
CONGRESO
VENEZOLANO
DE HIPERTENSION**

30 Junio al 2 de Julio 2010
Lagunamar Hotel, Isla de Margarita

Inscripciones e Información: www.svhipertension.org
Secretaría: Congrex 0212 – 263 9733; 0212 – 263 3672 (fax); www.congrex.com.v