

XVa. 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

**Ciudad de México, México,
22 y 23 de octubre de 2013**

Recomendaciones:

Conclusiones:

Generales

1. Se renuevan las metas entomológicas de control en la enfermedad de Chagas para la IPCAM, con la interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma dimidiata* como objetivo principal, cuyos indicadores serán revisados durante 2014.
2. Establecer para otros vectores, protagonistas de situaciones epidemiológicas particulares, la meta de interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* como objetivo principal, cuyos indicadores también serán revisados durante 2014.
3. La IPCAM ha logrado ejercer el control, y en algunos casos la eliminación del que fue principal vector de *T. cruzi* en la Subregión, *Rhodnius prolixus*, y ello orienta a reformular las metas y objetivos en materia de control antivectorial.
4. La IPCAM establece como **renovado objetivo, de implementación progresiva y gradual el control antivectorial, la interrupción de la transmisión de *T. cruzi* por *T. dimidiata* en el domicilio**, entendida como detención de la transmisión activa de *T. cruzi* expresada por **seroepidemiología negativa para Chagas en niños de 1 a 15 años de edad** (pudiéndose utilizar como mínima detección posible la concentrada en el grupo de 0 a 5 años).

Si resultara la serología positiva para algún encuestado, implicará obligatoria y profunda verificación epidemiológica de cada caso para investigar posible origen congénito o vinculado a contacto con el ciclo silvestre de *T. cruzi* (si el mismo existiera).

Acompañará esta información, una descripción entomoepidemiológica suficiente, mediante cobertura regular de vigilancia, con valores referenciales como "imagen objetivo" de control, pero no necesariamente como indicadores de situación determinantes de la realidad serológica:

- índice de infestación general igual o menor al 5%;
- índice de infestación intradomiciliar igual o menor al 2%; índice de infestación peridomiciliar igual o menor al 5% (por ser vector autóctono);

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the left margin, including names like 'Fuentes', 'Machado', 'Kubacki', 'Junto', 'H', and 'A']

- e índice de dispersión reducido en más del 50%, respecto a la línea de base, en las subunidades territoriales de trabajo, consideradas hasta la escala de Municipio.
- calculados hasta el primer nivel de división administrativa del país, con excepción de México, que será en el segundo nivel de división administrativa.

Todos los indicadores entomológicos considerados deberán ser producto de técnica hora/hombre ejecutada o supervisada por personal entrenado.

La operativización del control sobre *T. dimidiata*, implicará atender criterios de priorización de áreas en base a infestación y/o actividad presente de transmisión vectorial efectiva.

La detección de un caso agudo de origen vectorial, anula toda posibilidad de un diagnóstico de interrupción de transmisión.

El alcance de la meta implica la continuidad y sustentabilidad de acciones de vigilancia integrada.

5. Realizar en el primer semestre 2014 una consulta técnica para Centroamérica y México, que establezca los procesos de control, evaluación del mismo y los indicadores necesarios para medir el alcance de las metas de control antivectorial establecidas.
6. Establecer como compromiso de cada país integrante de IPCAM, a la elaboración y puesta en marcha de un plan de control de *T. dimidiata*, dimensionado de forma acorde con la disponibilidad de recursos existentes para cada caso. Se propone como fecha límite de esta elaboración abril 2014.
7. Establecer los procesos de "recertificación" de la interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* en los países o territorios que la han alcanzado, en base a la información preparada por el país y analizada en sesión de reunión anual de la iniciativa, con una periodicidad sugerida de 5 años.
8. Establecer a la brevedad los criterios subregionales necesarios para establecer las determinaciones propias de la meta de "interrupción de la transmisión transfusional de *T. cruzi*", en un proceso de consulta mixta con técnicos consultantes de Chagas y de sangre segura.
9. Fortalecimiento, por parte de cada país, del tema enfermedad de Chagas promoviendo encuentros de universidades y centros de capacitación, en la formación de los recursos humanos de salud de cada país, como respuesta de sustentabilidad a la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas.

10. Destacar la importancia epidemiológica y de diagnóstico de casos agudos, cuya presencia de alta especificidad y baja sensibilidad para la detección de enfermedad de Chagas, indica posible actividad de transmisión vectorial.

11. Se adopta como definición operacional de “caso agudo sospechoso de enfermedad de Chagas”, de posible origen vectorial, alguno de los siguientes componentes:

- síndrome febril prolongado
- signos de puerta de entrada de *T. cruzi*
- antecedentes epidemiológicos de riesgo coherentes con transmisión vectorial

Se adopta como definición operacional de “caso agudo confirmado de enfermedad de Chagas”, de posible origen vectorial, alguno de los siguientes componentes:

- la presencia demostrada parasitológicamente de *T. cruzi* en sangre, o alternativamente,
- serología negativa en las primeras tres semanas y curva ascendente de anticuerpos posteriormente (seroconversión)

En el caso agudo de origen transfusional o por trasplante:

- síndrome febril prolongado
- presencia demostrada parasitológicamente de *T. cruzi* en sangre
- serología negativa en las primeras tres semanas y curva ascendente de anticuerpos posteriormente
- antecedentes de recepción de transfusión o trasplante de riesgo, en áreas con dadores seropositivos

En el caso agudo de transmisión alimentaria:

- síndrome febril prolongado
- presencia demostrada parasitológicamente de *T. cruzi* en sangre
- serología negativa en las primeras tres semanas y curva ascendente de anticuerpos posteriormente
- simultaneidad de uno o más casos sospechosos, con vínculos espaciales o de situación de una ingesta de alimentos de riesgo

12. Los países miembros de la IPCAM llaman la atención hacia la importancia de la sostenibilidad de las actividades de prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas que los países deben desarrollar, ya que sólo de esta forma se podrá mantener lo alcanzado y aspirar a acrecentar los logros aún pendientes.

13. Los delegados de los países realizarán las gestiones pertinentes ante las autoridades nacionales sobre la importancia de asociarse al Programa de la OPS

[Handwritten signatures in blue ink, including names like 'P. ...', 'K. ...', 'J. ...', and 'A. ...']

de Evaluación Externa del Desempeño (EED) para bancos de sangre y armonizar los diferentes programas existentes en los países para garantizar la calidad del diagnóstico en términos generales.

14. Los países miembros de la IPCAM, con el apoyo de la OPS, solicitarán participar del programa de capacitación de recursos humanos clínicos, para la atención de la enfermedad de Chagas en la Subregión, contando con el apoyo de pasantías cortas en el **Centro de Chagas de la Provincia de Santiago del Estero**, Argentina, altamente especializado y capacitado para la formación de recursos humanos en atención médica.
15. Es necesario incluir los medicamentos de primera y segunda línea de tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas en la lista de medicamentos esenciales y protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, a nivel de países.
16. La IPCAM insta a los países que se garantice el financiamiento y la gestión para la obtención y distribución de insumos diagnósticos y medicamentos de tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas.
17. Felicitar la prioridad que México ha dado de forma positiva y activa a la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas.
18. Los medicamentos antiparasitarios para las enfermedades tropicales desatendidas (enfermedad de Chagas incluida) son instrumentos clave para su control/eliminación. Adicionalmente a su potencial para tratar y curar pacientes (prevención secundaria y terciaria, evitando manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad, respectivamente), ellos deberían ser utilizados para: a) promover la atención integral de los pacientes (con abordaje biomédico y psicosocial); b) fortalecer la vigilancia epidemiológica (con información sobre los casos y existencia de vías activas de transmisión); y c) promover su uso racional, con farmacovigilancia y estudios que actualicen y mejoren las posologías y protocolos actuales.
19. Consignar la importancia del **primer nivel de atención**, para construir y hacer funcionar el esquema integral de atención médica de la enfermedad de Chagas, que en la Región aborde el diagnóstico y tratamiento de entre 6 y 8 millones de personas infectadas por *T. cruzi*.
20. Entender como de competencia del primer nivel de atención y de la atención primaria de salud el tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas apoyado, toda vez que se necesite, por los restantes niveles de complejidad y de acuerdo a la normativa de cada país.
21. Destacar el importante perfil de la enfermedad de Chagas, como prioritariamente “enfermedad pediátrica”, tanto en su fase aguda y aún en su fase crónica, lo que posee importancia para su diagnóstico en esta etapa de la vida:
 - a. por que los niños presentan alto índice de cura
 - b. sufren menos efectos adversos

c. permiten demostrar curación con rapidez

22. Ante la detección de un caso confirmado de enfermedad de Chagas, se debe realizar un abordaje familiar con investigación serológica, que ponga en evidencia prevalencia oculta de la infección tripanosómica.
23. Así mismo, se insta a los países a reforzar y dar continuidad a las acciones de prevención de la transmisión transfusional.
24. Los países destacan el valor de centros de atención médica de Chagas, enclavados en área endémica apta para permitir la capacitación y formación de recursos humanos de salud en el tema, caso de Centro de Chagas del Hospital Independencia de la Ciudad de Santiago del Estero, Argentina, o la Plataforma de Chagas Cochabamba, Bolivia.
25. En materia de atención médica, al organizarse los servicios de atención al paciente infectado por *T. cruzi*, se debe promover y tomar en cuenta la oferta y capacidades reales de la cobertura y el servicio que cada país brinda a los afectados en su territorio.
26. Asegurar los procesos de calidad en la derivación de los donantes seropositivos para la enfermedad de Chagas al servicio de atención médica como una obligación de cobertura y servicio para con los donantes, con algoritmos definidos.
27. En el caso de los medicamentos antiparasitarios, se reitera que los países deben garantizar y disponer de información necesaria y actualizada, en los tiempos y forma preestablecidos, utilizando la herramienta desarrollada para tal fin por OPS-MSF-DNDi, sobre demanda anual dirigida a establecer las necesidades para orientar la producción con fines de compra o estimar los donativos anuales necesarios.
28. Establecer los contactos necesarios entre OPS y los países para generar un flujo común de acciones para los procesos de adquisición de insumos diagnósticos y medicamentos antiparasitarios de cada país ante el Fondo Estratégico de OPS.
29. Enfatizar la imperiosa necesidad de que los medicamentos de tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas disponibles tengan la calidad certificada y actualizada.
30. Son criterios básicos sugeridos para determinar la efectiva interrupción de la transmisión transfusional de *T. cruzi*, además de la detección serológica de tamizaje de Chagas:
 - política de incentivo a la donación altruista, voluntaria y repetida, en reemplazo progresivo de donantes de reposición, y de ausencia de donantes remunerados.

Handwritten signatures and notes in blue ink on the left margin, including names like 'Perez', 'Mabini', 'Jorge', and 'Krupp'.

- dar continuidad a la tendencia hacia un objetivo del 75% de donantes voluntarios y habituales y del 25% donantes voluntarios de primera vez, en vías de fidelización.
- 100% de cobertura de entrevista pre donación que incluya preguntas específicas.
- 100% de cobertura de tamizaje serológico, para todo el territorio de país y a todas las unidades de sangre.
- 100% de transfusiones realizadas bajo buenas prácticas transfusionales, documentadas.
- registro completo de actividades, bajo auditoría.
- reactivos evaluados aplicando un protocolo estandarizado y validados por las Iniciativas de Control, el cual debe ser realizado por una autoridad competente o asociación profesional.
- participación en al menos un esquema de evaluación externa de desempeño, con respuesta en tiempo de diagnóstico con una antigüedad mínima de dos años.
- capacitación continua de personal
- proceso de hemovigilancia instalado (serología de receptor 3 a 6 meses post-transfusión)
- comunicación y consejería a los donantes positivos indicando su condición y la indicación de abstenerse de ser donante de sangre.
- derivación de los donantes positivos a los programas de atención en salud.
- los procesos de certificación deberán ser reevaluados con una periodicidad definida.
- establecer una correcta política de uso de sangre y componentes contemplando indicación médica.

31. Se propone, como de alta prioridad, gestionar la compra de kits de diagnóstico serológico por medio del Fondo Estratégico de OPS, procediéndose de la siguiente forma:

- establecimiento de los consensos subregionales de técnicas, marcas y cantidades a adquirir, que se deberá informar a OPS/Fondo Estratégico
- nota de OPS/Fondo Estratégico a las Representaciones OPS de los países de IPCAM para que expresen su interés y acuerdo
- oficializar formalmente la compra por cada país y la subregión en su conjunto, para proceder a la misma
- y recordar que la compra es programada a largo plazo, y no en coyuntura de emergencia.

32. En materia de diagnóstico, la IPCAM puntualiza:

- Fortalecer los procesos de capacitación y formación en enfermedad de Chagas para los recursos humanos de la salud.
- Establecer un claro nexo de derivación del donante seropositivo para Chagas, hacia los servicios de salud.
- Establecer el tamizaje serológico de Chagas para las embarazadas entre los controles prenatales, con coordinación de diagnóstico y atención del recién nacido de madre seropositiva, hermanos y convivientes, siempre que sea posible.
- Sensibilizar al primer nivel de atención, para plantear diagnóstico de la enfermedad de Chagas en aquellas áreas geográficas conocidas como endémicas.
- No olvidar las formas de transmisión oral de la enfermedad de Chagas, como Enfermedad de Transmisión por Alimentos (ETA), produciendo intoxicación alimentaria por *T. cruzi*, ante la presencia de varios casos de enfermedad aguda simultáneos.
- Enfatizar la búsqueda de la etiología chagásica, por estudios serológicos, ante todo cuadro clínico compatible con la enfermedad de Chagas.
- Disponibilidad de capacidad diagnóstica de laboratorio, accesible y oportuna en apoyo de los clínicos actuantes, con la suficiente calidad validada y de ser posible certificada.

33. En relación con manejo clínico del paciente infectado por *T. cruzi* la IPCAM plantea:

- Debe ejecutarse en la mayoría de los casos y en la mayoría de las circunstancias en el nivel primario de atención.
- Para todo caso de la enfermedad de Chagas que lo necesite, debe estar disponible un mecanismo definido de referencia y contrareferencia a mayores niveles de complejidad de atención, capaz de responder a las necesidades de todo paciente.
- El manejo de la enfermedad de Chagas debe ser descentralizado.
- Frente a un diagnóstico positivo, el paciente debe ser bien y completamente informado de su situación, para que sea partícipe consciente de su situación y opciones.
- El diagnóstico y tratamiento de un caso de enfermedad de Chagas agudo es una emergencia, y se deben estudiar concomitancias para efectuar el manejo debido del caso.

- Los pacientes crónicos deben diagnosticarse, analizar y evaluar la situación de cada caso, y si no existen contraindicaciones o limitaciones efectuar tratamiento etiológico, además de ser evaluado lesionalmente e instituido tratamiento sintomático y fisiopatológico adecuado a las alteraciones y sintomatología que resulten detectadas.
- El paciente infectado por *T. cruzi* es competencia de la medicina general, dependiendo de cada caso y del protocolo nacional vigente, el contacto con las especialidades médicas que se entiendan necesarias.

34. En relación a tratamiento IPCAM considera:

- El tratamiento de todo paciente infectado por *T. cruzi* es sintomático, fisiopatológico y etiológico.
- El paciente debe ser atendido por sus síntomas y alteraciones patológicas, así como por sus concomitancias, que hubieran causado la infección por *T. cruzi*.
- El tratamiento etiológico de Chagas está indicado en todos los casos de enfermedad de Chagas pediátrico (con límite máximo de edad establecido según normas de cada país), casos agudos por toda vía (vectorial, transfusional, oral, trasplante), congénitos, recrudescencias, y accidentales. Se debe efectuar a todo caso crónico, para el cual en un nexa médico-paciente, se descarten todo tipo de contraindicaciones y limitaciones para aplicarlo.
- En el caso de todo paciente diagnosticado y tratado en una fase aguda debe estar incluido el abordaje antivectorial conforme al nexa epidemiológico identificado, ya sea domiciliario o no.
- Todo paciente infectado por *T. cruzi* se beneficia lesional y evolutivamente de un tratamiento etiológico.
- Es un tratamiento de mediana complejidad que debe administrarse bajo supervisión regular y suficiente de personal de salud institucional y/o comunitario capacitado.
- El medicamento de primera línea es el Benznidazol y el de segunda línea el Nifurtimox, pudiéndose manejar cualquiera de los dos como opciones y según disponibilidad, protocolos y experiencia de cada profesional o institución.

35. Son ideas orientadoras en materia de atención médica:

- El diagnóstico de enfermedad de Chagas debe realizarse ya que su correcta ejecución suma beneficio clínico para el paciente y epidemiológico para la salud pública de la comunidad y el país. Se debe pensar a la enfermedad de Chagas como una enfermedad principalmente “pediátrica”, por incidencia y pronóstico favorable al tratamiento.

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the left margin, including the name 'Kubero' and 'Junto' visible.]

- Según la fase de la enfermedad, el diagnóstico etiológico depende del examen parasitológico y/o inmunológico para ser realizado.
 - Debe figurar en la lista lógica de diagnósticos diferenciales de cuadros asociables a fases agudas o crónicas de la enfermedad de Chagas, tanto en áreas endémicas como en áreas metropolitanas que reciban migraciones de ellas.
 - El diagnóstico oportuno permitirá que el paciente se beneficie con el tratamiento sintomático, fisiopatológico y etiológico.
 - Todo médico general puede establecer un manejo para enfermedad de Chagas, debiendo requerir el apoyo necesario a un nivel de referencia especializada, cuando la complejidad del cuadro lo amerite.
 - La correcta información, educación y comunicación al paciente y comunidad es una necesidad obligada, que debe ser satisfecha en bien de él mismo, su familia, la comunidad y los servicios de salud.
36. Los delegados proponen el cambio de laboratorio de referencia para los países de Centroamérica, de Honduras a Costa Rica, para lo cual será necesario definir durante el primer semestre de 2014 los lineamientos de trabajo subregional para identificar los recursos.
37. Los delegados proponen la rotación de la Secretaria Técnica de OPS, de Honduras a El Salvador, por un periodo propuesto de dos a tres años.
38. En vista de la incorporación de México a la IPCA, los delegados sugieren el cambio de siglas, de IPCA a IPCAM.
39. La próxima reunión de la IPCAM se realizará, si posible en el primer semestre de 2014, a fecha a determinar, en Panamá.

México DF, México, 23 de octubre de 2013

Pruf...

[Signature]

Nearm...

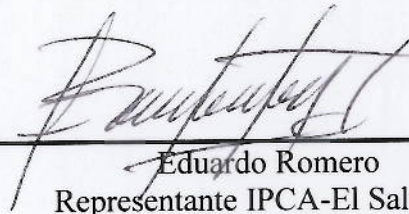
K...

[Signature]

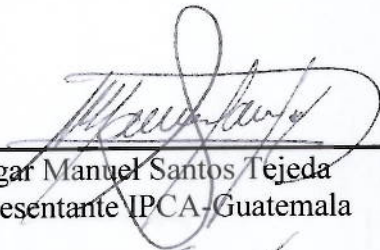
[Signature]



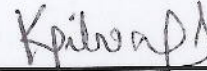
Nidia Calvo Fonseca
Representante IPCA-Costa Rica



Eduardo Romero
Representante IPCA-El Salvador



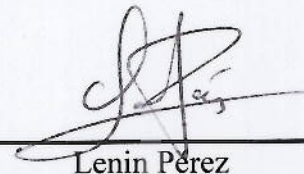
Edgar Manuel Santos Tejeda
Representante IPCA-Guatemala



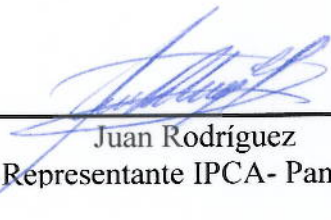
Karina Silva
Representante IPCA-Honduras



Nadia Angélica Fernández Santos
Representante IPCA-México



Lenin Pérez
Representante IPCA-Nicaragua



Juan Rodríguez
Representante IPCA- Panamá