

# Recomendaciones de los Grupos de Trabajo

## 2ª. Reunión de la Iniciativa Intergubernamental de Vigilancia y Prevención de la Enfermedad de Chagas en la Amazonía (AMCHA)



(Cayenne, Guayana Francesa,  
2-4 noviembre 2005)



### Grupo de Trabajo 1:

#### Vigilancia epidemiológica y ambiental de la enfermedad de Chagas en la Amazonía

#### Detección de áreas de transmisión a través de la detección de casos agudos

1. La enfermedad de Chagas, en base al daño que motiva, su incidencia, prevalencia y vulnerabilidad, en la Amazonia se detectó como problema de salud pública para lugares específicos donde grupos de investigación realizaron estudios, y actualmente concita la atención de los Gobiernos de la Subregión y de la comunidad científica.

En esta reunión se propone un modelo de vigilancia, que pueda ser implementado a corto plazo en la Amazonia, y que permita detectar donde actualmente existe la transmisión de la infección humana, en cada uno de los nueve países amazónicos.

2. La **vigilancia** incluirá los siguientes componentes:
  - 2.1. **Enfermedad/infección humana** (vigilancia como el primer componente, precediendo a los restantes);
  - 2.2. **Vectores**;
  - 2.3. **Reservorios**;
  - 2.4. **Ambiente** (referida al ambiente antrópico y relación hombre/vector/reservorios).
3. Para identificar las áreas de transmisión de la infección humana en la Región Amazónica, se propone un sistema de vigilancia que tendrá como base el reconocimiento inicial de los **casos agudos**, que serán **casos centinela** para desencadenar las etapas siguientes de investigación.
4. Para el componente enfermedad/infección, como inicio del sistema de vigilancia, las definiciones de casos serán:
  - 4.1. **Caso agudo sospechoso**: caso con datos epidemiológicos compatibles y clínica compatible o sugestiva de Chagas agudo, con examen parasitológico negativo o no realizado. Este caso, debe beneficiarse de una investigación laboratorial con algún método parasitológico directo: examen hemoscópico de gota fresca, método de hemoconcentración por método de Strout, microhematócrito, *Quantitative Buffy Coat* u otro. Si el resultado del examen parasitológico directo es negativo, se deberá repetir el examen, si es positivo el individuo deberá ser inmediatamente tratado y deberá beneficiarse de un acompañamiento clínico y laboratorial;

- 4.2. **Caso agudo confirmado:** individuo en el período inicial de la infección, sintomático o asintomático, con parasitemia demostrada por un examen directo y puerta de entrada demostrable o no.

Sólo los casos agudos desencadenarán necesariamente la investigación epidemiológica. Los casos crónicos, procedentes de estudios serológicos, bancos de sangre o atención médica, en el sistema no desencadenarán necesariamente la investigación epidemiológica, pero sí la derivación a una unidad de referencia para su tratamiento etiológico y/o no etiológico.

5. La detección de los casos agudos podrá utilizar operativamente la búsqueda de *T. cruzi* en **láminas de gota gruesa del programa de paludismo**, como intervención multi-enfermedad, ya instalada y funcionante, o de otra estructura alternativa de la cual dispongan los países, como por ejemplo la láminas de hemograma. La gota gruesa, aunque tiene baja sensibilidad, es una técnica disponible y posible.
6. A pesar de la nueva propuesta de detección de casos agudos, a través de la lectura de gotas gruesas en casos sospechosos de malaria, nada impide que otras investigaciones sean implementadas paralelamente, con el objetivo de detectar individuos en la fase aguda o crónica por otros métodos.

En el uso de métodos de diagnóstico clásicos de la infección chagásica, cuando son aplicados en la Amazonia, se recomienda:

- utilizar dos técnicas serológicas de diferentes principios y emplear por lo menos en uno de los métodos de diagnóstico serológico antígenos de un grupo de *T. cruzi* existente en la región;
  - considerar la existencia de IgM o IgG, conforme la sospecha de la fase de infección, aguda o crónica;
  - no interpretar los resultados de diagnóstico apenas cualitativamente, mas también cuantitativamente;
  - si se opta por la utilización de la IFI, en los análisis de resultados considerar también las lecturas dudosas (fluorescencia que no sigue perfiles clásicos uniformes e intensos de las áreas endémicas clásicas) y promover entrenamientos de profesionales de laboratorio para su lectura;
  - hacer el diagnóstico diferencial con *Trypanosoma rangeli*, otra especie de tripanosoma circulante junto al *T. cruzi* en algunos ciclos de la Subregión;
  - emplear métodos que posibiliten el aislamiento de *T. cruzi* circulante (xenodiagnóstico indirecto y/o hemocultivo) con el objetivo de evaluar biológica e molecularmente las poblaciones del parásito existentes en la Subregión;
  - si excepcionalmente es posible en estudios de investigación, emplear el método de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real (*Real Timer*) para evaluar la parasitemia de los individuos crónicos;
  - si es posible, emplear como blanco de amplificación en la PCR la secuencia de minicírculos de kDNA, pues se ha demostrado más sensible que los métodos parasitológicos (xenodiagnóstico, hemocultivo) en la fase crónica;
  - analizar la relación entre los resultados clínicos, de laboratorio y epidemiológicos, considerando posibles diferencias subregionales y regionales;
  - en la colecta de los datos epidemiológicos, asociar preguntas clásicas sobre los posibles mecanismos de transmisión tradicionales con las referidas a hábitos regionales amazónicos.
7. La investigación epidemiológica se desencadena en función de un examen parasitológico positivo (sintomático o asintomático). Y cada caso agudo inicia:
- 7.1 - investigación epidemiológica del caso individual (historia de exposición en lugares de riesgo, migración, etc.);
- 7.2 - investigación epidemiológica de los contactos (investigación ampliada a la familia, comunidad, cohabitantes, en búsqueda de brotes);

Dentro de lo posible, toda la información deberá estar georeferenciada (con coordenadas de un sistema de información geográfica).

Los individuos con resultado parasitológico positivo deberán ser remitidos a centros de atención médica para su manejo y tratamiento. Con relación a los medicamentos para su tratamiento etiológico y no etiológico, el correspondiente abastecimiento de las unidades de salud deberá ocurrir antes de la implantación del referido programa de vigilancia.

8. La investigación epidemiológica debe conducir a establecer si el caso es importado o autóctono.
9. En los casos importados se deberá notificar al área de procedencia.
10. En los casos autóctonos de la Amazonia, la investigación epidemiológica deberá:
  - 10.1. Investigar el domicilio y peridomicilio;
  - 10.2. Revelar el mecanismo de transmisión implicado (vectorial, oral, vertical y otro);
  - 10.3. Una vez estudiado el caso, indicar las acciones de control pertinentes;
  - 10.4. Desencadenar una encuesta sero-epidemiológica en la comunidad de cada caso en fecha oportuna.
11. Según el mecanismo de transmisión determinado:
  - 11.1. Por vía oral, comenzar una investigación propia de un brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos;
  - 11.2. Por vía vectorial, estudiar la situación e indicar, si es pertinente, un posible control anti-vectorial.

Se reconocen las limitaciones que para determinar el mecanismo de transmisión varían según el caso y país donde se efectúe la investigación.
12. La vigilancia sobre vectores implica:
  - 12.1. Investigación entomológica a partir de casos;
  - 12.2. Investigación de casos de domiciliación;
  - 12.3. Investigación exploratoria junto a la población.
13. Un componente de vigilancia sobre el ambiente es necesario y deberá integrar:
  - 13.1. Monitoreo de la ocupación humana en la subregión;
  - 13.2. Identificación y mapeo de los ecótopos preferenciales de los vectores;
  - 13.3. Sistematización de la información disponible.
14. Se reconoce que hay extensas áreas geográficas de la Amazonia en las que se carece de información epidemiológica y la distribución de los vectores, por lo que se recomienda organizar expediciones de reconocimiento, especialmente en las áreas identificadas por el grupo técnico de Palmari, Brasil, en 2002.
15. La vigilancia debe ser un sistema integrado, que se componga por identificación de caso, estudio de vectores, de medio ambiente, involucrando la comunidad.
16. Se recomienda en el marco de prioridad, creado últimamente para la enfermedad de Chagas por los Objetivos del Milenio, la Comunidad Europea y la jerarquización de Chagas como “enfermedad olvidada”, que se propongan proyectos para el desarrollo de estos esquemas de vigilancia.
17. Para poner en marcha el sistema se visualizan como necesidades inmediatas y cruciales: a) capacitación de recursos humanos para diagnóstico clínico y de laboratorio, atención al enfermo/infectado y capacitación en el uso de sistemas de información geográfica; b) estandarización

de los métodos diagnósticos en la Subregión e insumos y equipos necesarios; c) aprovisionamiento de medicamento.

18. Es indispensable, desde ahora, proponer el desarrollo de herramientas de diagnóstico simple, eficaz y barato, así como investigar nuevos medicamentos bien tolerados, activos en todas las fases de la infección y accesibles para todas las poblaciones afectadas.
19. Es necesario financiar proyectos de investigación operativa en la vigilancia epidemiológica y ambiental.
20. Finalmente, y como valor agregado de este proceso se contribuirá al desarrollo de capacidades de respuesta de los países para la implementación del reglamento sanitario internacional.

## **Grupo II: Investigación**

En la discusión previa los componentes del grupo II acordaron definir una pregunta principal, evitando listas de posibles temas de investigación de interés local o de grupos específicos.

Los participantes del grupo II aprobaron como pregunta prioritaria de investigación:

**¿Cómo distintas formas de ocupación territorial en la Amazonia generan diferentes modos (y/o niveles de riesgo) de transmisión de *T. cruzi* (deforestación, urbanización)?**

Para llevar a cabo la investigación de la pregunta prioritaria en estudios preferencialmente multicéntricos, el grupo II elaboró las siguientes recomendaciones:

1. caracterizar las formas de transmisión por especies no-domiciliadas en áreas de expansión urbana, interfase urbano-selvática y en comunidades rurales;
2. definir áreas prioritarias para establecer estrategias de vigilancia y control;
3. considerar los diferentes tipos de ocupación espacial en relación con el riesgo potencial de domiciliación de vectores;
4. los conocimientos generados deben articularse con estrategias que involucren a las instituciones de salud y a las comunidades;
5. estos conocimientos deben traducirse en propuestas de gestión ambiental tanto a nivel de las comunidades como de las instituciones que norman políticas ambientales;
6. los conocimientos generados deben promover la atención a las necesidades y prioridades de las comunidades por parte de los servicios de salud;
7. el conocimiento generado debe fortalecer las redes sociales en educación, diagnóstico situacional e intervenciones;
8. todos los estudios deben generar datos georeferenciados;
9. establecer un grupo técnico con participación de todas las instituciones interesadas de la región para desarrollar propuestas de investigación y financiamiento, homologar metodologías de medición y análisis, y crear-fortalecer una red de centros para generar y gestionar bases de datos georeferenciados.