

La enfermedad de Chagas a principios del siglo XXI. Desafíos señalados por los participantes de cuatro reuniones internacionales del año 2005

Pedro Albajar Viñas

Departamento de Medicina Tropical del Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Médicos Sin Fronteras España (MSF-E)

Correspondencia:

Avda. Brasil, 4365

Manguinhos, 21.040-360

Rio de Janeiro. Brasil

E-mail: palbajar@ioc.fiocruz.br.

Resumen

El perfil epidemiológico de la enfermedad de Chagas en los últimos años ha cambiado y en el 2005 cuatro reuniones internacionales clave abordaron los desafíos que el nuevo perfil epidemiológico del siglo XXI genera, así como los recientes y adicionales desafíos evidenciados en las acciones de control de la infección y en el tratamiento y atención médica de los pacientes infectados/enfermos dentro y fuera de América Latina.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas. Infección chagásica. Siglo XXI.

Summary

The epidemiological profile of the Chagas disease has changed in the last years. The challenges linked to this new profile together with the recent additional ones appeared in the control activities and treatment and medical care of infected/ill patients all over the world were discussed in 2005 in four key international meetings.

Key words: Chagas disease. Chagasic infection. XXIth century.

Introducción

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una zoonosis fruto de la interacción de un protozooario infectivo (*Trypanosoma cruzi*), el agente etiológico, un insecto hemíptero hematófago (triatomino), el vector, y diversos mamíferos hospedadores, entre los que se encuentra el humano. Descubierta por el médico investigador brasileño Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas (1879-1934) al principio del siglo XX, de acuerdo con las estimativas de la OMS, al inicio del siglo XXI aún existen de 12 a 14 millones de personas infectadas, habitantes -desde los E.U.A. a Argentina- de 20 países americanos, con estimaciones actuales de 200.000 casos nuevos y 22.000 óbitos anuales, y 100 millones de humanos bajo el riesgo de infección¹. La transmisión ha sido principalmente vectorial, pero también puede ser sanguínea, transplacentaria u oral. Aunque más de la mitad de los pacientes infectados no desarrolla nunca la enfermedad, se estima que en un tercio de ellos el corazón está lesionado y en una décima parte, el esófago y/o el intestino grueso. Por causa de la consecuente incapacidad y mortalidad, la enfermedad de Chagas ha sido uno de los problemas de salud pública más importantes de Latinoamérica.

El número de personas infectadas en América ha disminuido significativamente. Las "Iniciativas" de los países del cono sur (desde 1991), la de los países andinos y la de los países centroamericanos (desde 1993) están dando frutos; la interrupción de la transmisión vectorial por el principal vector intra-domiciliado, *Triatoma infestans*, se hizo efectiva en Uruguay en 1997 y en Chile en 1999. Pero la prevalencia e incidencia de la infección aún son altas en los territorios o países donde se aplicaron los programas de control más tardíamente, como Bolivia. El fenómeno mundial de la urbanización cambió el patrón epidemiológico tradicional; hoy es una enfermedad predominantemente urbana (en 2/3 de los pacientes infectados) y las vías alternativas de transmisión han adquirido, proporcionalmente, más importancia. Por otro lado, por causa del fenómeno de las migraciones, la infección y enfermedad han sido exportadas a otros países, regiones y continentes².

El perfil epidemiológico y consecuentes desafíos de la infección y de la enfermedad de Chagas han cambiado en el siglo XXI. Por otro lado, nuevos desafíos han surgido en las acciones de control y en el tratamiento y atención médica de los pacientes infectados y enfermos dentro y fuera de América Latina.

Desafíos señalados por los participantes de cuatro reuniones internacionales claves del año 2005

En el taller "Enfermedad de Chagas Importada: ¿Un nuevo reto de salud pública?", el día 17 de enero de 2005, la ciudad de Barcelona fue el palco de presentación de los resultados preliminares del primer estudio prospectivo multicéntrico de caracterización de la infección/enfermedad de Chagas en un área urbana fuera de América Latina. Por otro lado, a los diferentes centros que formaban parte del estudio en Barcelona, como un centro de asistencia primaria, un centro hospitalar con sus consultas externas, una maternidad, un hospital pediátrico, un banco de sangre, un laboratorio de parasitología, otros centros y laboratorios del estado español presentaron resultados correspondientes a otras ciudades. Todo ello, y aunque aún de una manera preliminar, evidenció una conclusión clave: la infección/enfermedad de Chagas ya no era más un problema restringido al continente americano.

El documento de consenso posterior, elaborado por 25 investigadores convocados para tal ocasión, se constituyó en el primer documento con recomendaciones elementales y prácticas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada fuera de América Latina³.

Entre el 17 y 20 de abril de ese mismo año, en la ciudad de Buenos Aires se celebró la reunión del “*Scientific Working Group on Chagas Disease*” organizado por el “Program of Training, Development, and Research on Tropical Diseases” (TDR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Área de Prevención y Control de enfermedades de la Organización Panamericana de Salud (OPS), con el apoyo del “Chagas Disease Intervention Activities, European Community” (CDIA-EC).

Más de 50 expertos mundiales en la enfermedad de Chagas, desde las ciencias básicas a la salud pública, con los observadores y los miembros de la OPS y OMS, evaluaron los avances conseguidos en la lucha contra la enfermedad e identificaron las prioridades de investigación para los próximos cinco años. Se evaluó la investigación necesaria en las áreas de: la epidemiología y estudios de la carga individual y social de la enfermedad; la infección por los diferentes *T. cruzi* y las manifestaciones clínicas de la enfermedad; la evaluación de las estrategias actuales de control vectorial y la transmisión transfusional; el diagnóstico de infección y enfermedad de Chagas y la verificación de curación; el manejo terapéutico de la infección aguda y manejo clínico de la enfermedad; el descubrimiento de nuevos productos e instrumentos terapéuticos y su desarrollo preclínico y clínico.

Las recomendaciones, aún no publicadas, se espera que puedan orientar las agendas de investigación de las organizaciones nacionales e internacionales. Entre otros, ejemplos de las lagunas en el conocimiento actual apuntadas a lo largo de la reunión fueron: la ausencia de datos epidemiológicos actuales fiables y de la carga de la enfermedad en los países de América Latina y fuera de ella; el desafío del control vectorial en el peridomicilio, con los animales domésticos y sin estrategias efectivas aplicables; la verificación de focos de resistencia del *T. infestans* a los piretroides en el norte de Argentina y sur de Bolivia; el uso de diferentes pruebas diagnósticas en diferentes bancos de sangre del mundo sin los estudios previos necesarios; las pruebas serológicas usadas para el diagnóstico de la infección humana sin utilidad en la fase aguda y con validez diagnóstica sólo después del sexto mes de vida del recién nacido; la relación entre el *T. cruzi* grupo I y las manifestaciones clínicas y respuesta terapéutica existente; los estudios de efectividad del tratamiento etiológico en la fase crónica de la enfermedad y la posibilidad de la verificación precoz de la curación; la necesidad de la estandarización de la reacción en cadena de la polimerasa a nivel mundial para poder realizar estudios comparativos; las nuevas perspectivas en el tratamiento etiológico, como la dosis pediátrica del benznidazol, el posaconazol, sólo comercializado como antimicótico, el ravuconazol, en una fase avanzada en estudios animales, o los inhibidores del ergosterol, con buenos resultados in vitro; el tratamiento de la miocardiopatía dilatada con implantación de células tronco.

En 2003 el TDR clasificó las enfermedades con las cuales trabaja en tres grupos, de acuerdo a la investigación prioritaria que necesitaba ser financiada en cada una de ellas. En el primer grupo situó enfermedades emergentes, sin métodos de control bien establecidos, como la tripanosomiasis africana, el dengue y la leishmaniasis. En el segundo grupo situó enfermedades con estrategias de control disponibles, pero con una carga persistente mundial, como la esquistosomiasis, la malaria y la tuberculosis. En el tercer y último grupo situó las enfermedades con estrategias de control efectivas y una carga de la enfermedad en disminución, como la lepra, la filariasis, la oncocercosis y la enfermedad de Chagas. Por unanimidad, los científicos reunidos en Buenos Aires pidieron la reclasificación de la enfermedad de Chagas para pasar al segundo grupo.

Los días 13 y 14 de octubre de 2005 se celebró, en Montevideo, Uruguay, la “*Consulta Técnica Regional OPS/MSF sobre Organización y Estructura de la Atención Médica del Enfermo o Infectado por Tripanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas)*”⁴.

Con la participación de más de 25 médicos expertos en la enfermedad de Chagas de América del Sur y del Norte, así como de Europa, se elaboró un documento de consenso con el objetivo de estructurar, a partir del año 2006, el diagnóstico, atención y tratamiento de los pacientes dentro de las cinco Iniciativas Subregionales de Control de la Enfermedad de Chagas, las cuales, hasta el momento presente, sólo habían tenido como sus objetivos el control vectorial y transfusional. A este contexto, se añade la escasa e inequitativa disponibilidad de los limitados recursos diagnósticos y terapéuticos, actualmente disponibles, en la mayor parte de los países donde la infección es endémica.

Entre las recomendaciones consensuadas destacan: la integración de la atención del paciente infectado, como un componente de forma regular y sustentable a las acciones de prevención, control y vigilancia de las enfermedades dentro de los sistemas de salud; la garantía del acceso universal y de calidad a la atención médica del infectado/enfermo; la atención de toda persona con infección/enfermedad de Chagas, en la medida de las posibilidades, por un médico generalista, clínico o de familia lo más próximo a su domicilio; la realización de la serología para *T. cruzi* a todas las embarazadas en los países donde la infección es endémica y la garantía de tratamiento para todos sus hijos infectados; el establecimiento de mecanismos multilaterales e internacionales para garantizar la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento etiológico de la enfermedad; la consideración de la presencia de personas infectadas por *T. cruzi* procedentes de zonas endémicas en países donde la infección/enfermedad de Chagas no es endémica para organizar su atención y manejo clínico-terapéutico.

Del 2 al 4 de noviembre de 2005, se celebró en Cayena, Guayana Francesa, la “*Segunda Reunión de la Iniciativa Intergubernamental de Vigilancia y Prevención de la Enfermedad de Chagas en la Amazonia*”⁵. Esta reunión, que convoca a representantes de los nueve países amazónicos, contó con la presencia de más de 60 participantes.

En el documento de consenso final para esta nueva y extensa región con la infección/enfermedad de Chagas en el mundo, entre otros destaca: la constitución de la enfermedad de Chagas como un problema de salud pública identificado; la propuesta de que el objetivo de las acciones compartidas entre los países de la Subregión sea controlar tanto la transmisión autóctona como la importada; la implementación de un sistema internacional subregional amazónico de vigilancia epidemiológica y entomológica de la enfermedad que se integrará con sus sistemas de vigilancia para enfermedades transmisibles por vectores (como el paludismo); la inclusión de la detección del *T. cruzi* como rutina en la lectura de gotas gruesas realizadas a pacientes febriles con sospecha de malaria para la identificación de áreas con transmisión activa a través de esos casos agudos de la enfermedad de Chagas; la recomendación, en las estrategias de acción de la AMCHA, que el componente de morbilidad y atención médica al enfermo/infectado por *T. cruzi* sea, desde el inicio, una prioridad integrada a las demás actividades; la implementación de la consulta a distancia y los sistemas de tele-medicina vinculados a centros especializados de referencia, especialmente para el personal sanitario de los centros de salud remotos; la implementación de protocolos específicos para el diagnóstico que sean compartidos por todos los participantes de la AMCHA.

Bibliografía

1. Dias JCP, Silveira AC, Schofield CJ. The impact of Chagas disease control in Latin America - A review. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2002;97:603-12.
2. Schmuñis GA. A Tripanosomíase Americana e seu Impacto na Saúde Pública das Américas. En: Brener Z, Andrade ZA, Barral-Neto M (ed). *Trypanosoma cruzi Doença de Chagas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 2000:1-15.

3. Gascon J, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. *Med Clin (Barc)* 2005;125:230-5.
4. Organización Panamericana de la Salud (Ed). Organización y estructura de la atención médica del enfermo o infectado por *Trypanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas). Consulta Técnica Regional OPS/MSF sobre organización y estructura de la atención médica del enfermo o infectado por *Trypanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas), 2005 Oct.13-14, Montevideo, Uruguay. Montevideo: OPS; 2005. (OPS/DPC/CD/353/05). <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dch-consulta-ops-msf-2005.pdf>.
5. Organización Panamericana de Salud. 2a. Reunión de la Iniciativa Intergubernamental de Vigilancia y Prevención de la Enfermedad de Chagas en la Amazonia, 2005 Nov. 2-4, Cayena, Guayana Francesa. <http://www.paho.org/Spanish/> y <http://www.msf.es>.