

**Factibilidad, inocuidad de fármacos y eficacia de los programas de tratamiento etiológico contra la enfermedad de Chagas en Honduras, Guatemala y Bolivia: La experiencia de Médicos Sin Fronteras durante un periodo de diez años.**

**Autores:** Oliver Yun,<sup>1</sup> M. Angeles Lima,<sup>2</sup> Tom Ellman,<sup>3</sup> Wilma Chambi,<sup>3</sup> Sandra Castillo,<sup>3</sup> Laurence Flevaud,<sup>2</sup> Paul Roddy,<sup>2</sup> Fernando Parreño,<sup>2</sup> Pedro Albajar Viñas,<sup>4</sup> Pedro Pablo Palma<sup>2</sup>

**Afiliaciones:**

<sup>1</sup>Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders, New York, NY

<sup>2</sup>Médecins Sans Frontières, Centro Operativo Barcelona-Atenas (OCBA), Barcelona, España

<sup>3</sup>Médecins Sans Frontières/Médicos Sin Fronteras, La Paz, Bolivia

<sup>4</sup>Laboratorio de Enfermedades Parasitológicas, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Río de Janeiro, Brasil

**Autora corresponsal:** M. Angeles Lima, Médecins Sans Frontières, Centro Operativo Barcelona-Atenas (OCBA), Barcelona, España; tel: +34 9 3304 6145; e-mail: [nines.lima@barcelona.msf.org](mailto:nines.lima@barcelona.msf.org)

## RESUMEN

**Antecedentes:** La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis humana americana) es una enfermedad zoonótica o antropozoonótica causado por el parásito *Trypanosoma cruzi* que afecta sobre todo a las poblaciones de América Latina que viven en condiciones de pobreza. El tratamiento de esta enfermedad olvidada ha sido insuficiente y a menudo inexistente.

Médecins Sans Frontières/Médicos sin Fronteras (MSF) ha proporcionado servicios de diagnóstico y tratamiento desde 1999. El presente informe describe las experiencias de campo acumuladas por MSF durante los diez años de duración de cuatro programas realizados en Honduras, Guatemala y Bolivia, con particular énfasis en los protocolos de factibilidad, en la inocuidad de la terapia medicamentosa y en la eficacia del tratamiento.

**Metodología:** Entre 1999 y 2008, MSF ofreció servicios diagnósticos, tratamiento etiológico y cuidados subsecuentes sin costo alguno a pacientes menores de 18 años de edad que resultaron ser seropositivos con respecto a *T. cruzi*. Los servicios se proporcionaron en Yoro, Honduras (1999-2002); Olopa, Guatemala (2003-2006); Entre Ríos, Bolivia (2002-2006) y Sucre, Bolivia (2005-2008). De importancia esencial para garantizar la factibilidad de la implementación fue la labor informativa, educativa y de comunicación (IEC) que se realizó tanto a nivel de la comunidad como con las familias mismas. Otros componentes esenciales de los programas fueron: control del vector transmisor; capacitación del personal de salubridad; revisión y diagnóstico; tratamiento y cumplimiento, incluyendo estrategias para una detección precoz de efectos adversos por parte de los familiares, así como una logística apropiada. El diagnóstico se confirmó analizando muestras de sangre con dos pruebas diagnósticas diferentes. Los pacientes que resultaron ser positivos recibieron un tratamiento inicial con benznidazole. Se obtuvo el consentimiento de los padres o guardianes y se les proporcionó la información y asesoría apropiadas para permitir su activa participación en la administración diaria del fármaco, la precoz identificación de reacciones adversas y la suspensión del tratamiento, de ser necesario. Se dio seguimiento semanal a los pacientes, documentando las reacciones adversas para determinar la inocuidad de los medicamentos. Se realizaron evaluaciones de la seroconversión para medir la eficacia del tratamiento. El control de vectores, la vigilancia entomológica y las actividades educativas para mejorar la salud se realizaron en todos los proyectos en estrecha interacción con los programas nacionales y regionales.

**Resultado:** El número total de menores y adolescentes examinados para detectar la presencia de *T. cruzi* fue de 24 471, 8 927, 7 613 y 19 400 en las poblaciones de Yoro, Olopa, Entre Ríos y Sucre, respectivamente. De éstos, 232 (0.9%), 124 (1.4%), 1,475 (19.4%) y 1,145 (5.9%) pacientes fueron diagnosticados como seropositivos y recibieron tratamiento con benznidazole. Los primeros resultados de seroconversión variaron considerablemente en los programas centro y sudamericanos: 87.1% y 58.1% a 18 meses después del tratamiento en Yoro y Olopa, respectivamente; 5.4% después de un periodo de hasta 60 meses en Entre Ríos y 0% después de un promedio de 18 meses en Sucre. Se observaron reacciones adversas al Benznidazole en el 50.2% y 50.8% de todos los pacientes tratados en Yoro y Olopa, respectivamente y en un 25.6% y 37.9% de los pacientes de Entre Ríos y Sucre, respectivamente. La mayoría de estas reacciones fue leve y manejable; no se produjo ningún caso de muerte en la población tratada.

**Conclusiones:** Estos resultados demuestran la factibilidad de implementar programas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas en regiones de recursos limitados, incluyendo áreas rurales remotas, teniendo en cuenta las consecuencias que implican los efectos adversos atribuibles a los fármacos. La variabilidad de la aparente eficacia del tratamiento podría deberse a diferencias en las poblaciones de pacientes y parásitos e ilustra las limitaciones de los tratamientos actuales y la manera de determinar su eficacia. Es urgente encontrar nuevos tratamientos con un mejor perfil de inocuidad, fórmulas pediátricas de fármacos nuevos y existentes, así como una manera más rápida y confiable para determinar si se logró curar la enfermedad.