



RePLeish

2ª Reunión de los
PROGRAMAS NACIONALES DE LEISHMANIASIS EN LAS AMÉRICAS

Informe Final

Ciudad de Panamá, Panamá – 08 al 10 de octubre del 2013



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

INFORME FINAL

**SEGUNDA REUNIÓN DE GERENTES DE
PROGRAMAS DE LEISHMANIASIS DE LAS AMÉRICAS**

Ciudad de Panamá, 8 al 10 de octubre de 2013



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
PALABRAS DE BIENVENIDA	5
CONFERENCIA	7
BLOQUE 1 - Leishmaniasis en los países de las Américas: Aspectos epidemiológicos, investigación y gestión de los Programas Nacionales	9
1. Leishmaniasis Visceral en las Américas y los diferentes escenarios epidemiológicos.....	9
1.1. Países con LV en expansión.....	9
1.2. Países con LV en control.....	10
1.3. Países con casos esporádicos	11
2. Sesión de Pósteres y Resumen: Situación Epidemiológica de las leishmaniasis en las Américas.....	13
3. Leishmaniasis: Sistema de Información regional y los indicadores de monitoreo	13
4. Coinfección Leishmaniasis visceral e VIH/SIDA en Brasil: Un desafío para las Américas.	14
5. Investigación de leishmaniasis en las Américas	14
6. Avances, debilidades y necesidades de cooperación técnica en el control de las leishmaniasis	15
7. Resumen de los temas relevantes discutidos y acordados del Bloque 1	16
BLOQUE 2 - Clínica, diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis	19
1. Pruebas rápidas para el diagnóstico de la leishmaniasis visceral en las Américas: Validación e importancia para el programa de control	19
2. Tratamiento de las leishmaniasis cutánea y mucosa en las Américas: actualización de las evidencias y recomendaciones vigentes	19
3. Leishmaniasis Visceral: Pronóstico y recomendaciones para reducción de la letalidad	20
4. Fondo Estratégico de la OPS /OMS	21
5. Problemas y soluciones en Diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis	22
6. Aspectos claves de la Clínica, diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis	22
BLOQUE 3 - Vigilancia y control de las leishmaniasis	23
1. Propuesta para clasificación epidemiológica de las leishmaniasis y algoritmos de acciones de vigilancia y control	23
2. Vectores de Leishmaniasis en las Américas: Propuesta para la Vigilancia entomológica en la Región OMS/OPS	28
3. Control de la Leishmaniasis Visceral en las Américas: Evidencias sobre la efectividad de las acciones	29
4. Situación Actual de las vacunas antileishmaniasis Visceral canina	30
5. Puntos claves de Vigilancia y Control de las leishmaniasis: Discusiones y Acuerdos	31

BLOQUE 4 - Estrategias y acciones integradas de vigilancia y control	33
1. Ponencia: Planes estratégicos de las enfermedades infecciosas desatendidas en las Américas. Oportunidades para la integración de acciones	33
2. Intervención: Experiencia de Honduras	35
3. Actividad por grupos: Integración del Programa de Leishmaniasis con otras enfermedades desatendidas, ventajas y desafíos.....	37
3.1. Ventajas	37
3.2. Desafíos	38
3.3. Algunos interrogantes por resolver.....	38
 CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	41
ANEXOS	43
ANEXO A - Agenda de la Reunión	45
ANEXO B - Lista de participantes.....	49
ANEXO C - Cronograma concertado de reporte de datos, población y medicamentos a SisLeish	51
ANEXO D - Cuadros Resumen - Problemas y soluciones en el diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis.....	51
Cuadro 1 - Diagnóstico de las leishmaniasis: Problemas actuales y soluciones	51
Cuadro 2 - Uso de los antimoniales en el tratamiento de las leishmaniasis: Problemas y soluciones.....	52
Cuadro 3 - Acceso al tratamiento e información de su uso en las leishmaniasis: Problemas y soluciones.....	53
Cuadro 4 - Adquisición de medicamentos y testes diagnósticos de las leishmaniasis: Problemas y soluciones	54
ANEXO E - Vigilancia y control de las leishmaniasis	55
ANEXO F - Investigación en leishmaniasis	58
Cuadro 1 - Investigación en implementación en los países	58
Cuadro 2 - Necesidades de Investigación en leishmaniasis.....	59
 LISTA DE ABREVIATURAS	61

INTRODUCCIÓN

Las leishmaniasis en las Américas constituyen un problema de salud pública debido a su morbilidad y amplia distribución geográfica. Su complejo ciclo de transmisión comprende diferentes especies de parásitos, reservorios y vectores. Afecta principalmente a las personas más pobres y con mayor dificultad de acceso a los servicios de salud¹.

Según datos del programa regional de leishmaniasis de la OPS/OMS, en la Región fueron reportados 638.702 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa entre el 2001 y el 2011, con un promedio anual de 58.063 casos. En este mismo periodo, fueron registrados 38.808 casos de leishmaniasis visceral (96,6% de Brasil), con un aumento desde el 2001 en algunos países de la Región¹.

El fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control de la enfermedad fue asumido como un compromiso de los países en la Asamblea Mundial de la Salud, en la Resolución WHA60.13 de 2007. En las Américas, el mismo fue reforzado por los Estados Miembros, mediante la aprobación de la Resolución CD49.R19 de 2009. En abril del 2013, la Asamblea Mundial de la Salud, mediante la Resolución WHA66.12 ratificó la necesidad de avanzar hacia las metas de control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas al 2020 incluyendo las leishmaniasis.

En este marco de situación epidemiológica de las leishmaniasis y de los mandatos de la OPS/OMS para brindar cooperación técnica a los países de las Américas, el Programa Regional de las Leishmaniasis realizó la **Segunda Reunión de Gerentes de Programas de Leishmaniasis**, en Ciudad de Panamá, los días 8, 9 y 10 de octubre de 2013, con el fin de revisar el estado de implementación y avance en las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y control (ANEXO A- Agenda)

Participaron delegados de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela, así como asesores de las OPS/OMS representantes de la Oficina de Representación de Bolivia, área de Enfermedades Desatendidas, Zoonosis, Medicamentos e investigación (ANEXO B-Participantes).



¹ Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis. Informe Epidemiológico de las Américas. Informe No. 1 – Abril de 2013.

PALABRAS DE BIENVENIDA

El Dr. Max Ramírez da la apertura del evento con una bienvenida a todos los participantes del encuentro. Afirmo que para Panamá, es una buena oportunidad que vengan los representantes de cada país para intercambiar esta experiencia a través de temas específicos en las áreas de identificación, diagnóstico y tratamiento de las Leishmaniasis; agradece a la Organización Panamericana de la Salud la invitación en esta iniciativa, en la **Segunda Reunión de Programas Nacionales de las Leishmaniasis en las Américas**.

Refuerza que esta es una muy buena oportunidad de hacer este intercambio, de manifestar logros, dificultades, desafíos, que son parecidos y compartidos en Latinoamérica; para de manera conjunta elaborar estrategias de abordaje mejor desarrolladas con el apoyo de OPS que lidera esta área de control.

Luego de las palabras de bienvenida de los representantes de la OPS/OMS Doctor Jorge Victoria representando al Dr. Federico Hernández Pimentel de la PWR de Panamá; Dra Martha Idaly Saboya, representando el Dr. Luis Gerardo Castellanos, Jefe de la Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y de Transmisión Vectorial y de la Asesora Regional de Leishmaniasis Doctora Ana Nilce Elkhoury, fue realizada una presentación de cada uno de los asistentes.

En la secuencia, la Dra Ana Nilce explica la agenda y la metodología de trabajo, que consiste en cuatro bloques y con los siguientes temas: aspectos epidemiológicos, investigación, gestión de los programas nacionales; clínica, diagnóstico, tratamiento, vigilancia, control y finalmente estrategias y acciones integradas de Vigilancia y control. Además, presenta los objetivos de la reunión, los cuales serán:

- 1 Identificar y analizar los avances y dificultades de los países en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control de leishmaniasis en las Américas
- 2 Levantar y definir las necesidades de cooperación, discutir y establecer estrategias para apoyar y fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en la Región.
- 3 Revisar y discutir las recomendaciones y evidencias del diagnóstico, tratamiento y acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis.
- 4 Presentar, discutir y definir una propuesta para estratificación epidemiológica de leishmaniasis y desarrollo de acciones de vigilancia entomológica en las Américas.
5. Identificar las oportunidades y estrategias para integración de las acciones de leishmaniasis y otras enfermedades desatendidas
6. Identificar los vacíos de información y establecer necesidades de investigación, con miras al fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas.

CONFERENCIA

Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores: Visión Estratégica

Dra Martha Idaly Saboya

Especialista en Enfermedades Infecciosas Desatendidas: OPS/OMS/CHA/VT

La Dra Martha Idaly presenta un cordial saludo en nombre del Doctor Castellanos y seguidamente presenta la estructura organizativa de la OPS/OMS. Señala, que las áreas técnicas son cinco: la Dirección Técnica de Planeación y Presupuesto, la de Familia y Curso de Vida, enfermedades transmisibles, salud mental y los sistemas de servicio de salud. Actualmente, el área técnica de enfermedades trasmisibles se denomina Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis en Salud (CHA).

De este departamento dependen cuatro grandes unidades: la Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores, que es liderada por el Dr. Castellanos donde su responsabilidad está entre otras el Programa Regional de leishmaniasis. Las otras Unidades son: Alertas y Respuesta ante Epidemias y Enfermedades Transmisibles por el Agua, la unidad que se encarga de VIH, hepatitis, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual; Informaciones y Análisis de Salud y, finalmente, el Centro especializado Panaftosa, que tiene asiento en Río de Janeiro, y contamos con nuestras asesoras regionales en leishmaniasis y de investigación en enfermedades transmisibles,, las Dras. Ana Nilce Elkhoury y Zaida Yadon, respectivamente.

Refiere además la Doctora Martha Idaly que ya se cuenta aprobado por el Consejo Directivo de la OPS/OMS el Plan Estratégico de la Organización, 2014 -2019, el cual se divide en periodos de trabajo de dos años. Para el caso de las enfermedades transmisibles, se cuenta con dos grandes indicadores de prioridad, que se denominan categoría uno y categoría dos. En la primera está la malaria, Chagas y otras enfermedades transmitidas por vectores. La segunda categoría corresponde a las enfermedades tropicales desatendidas, entre las cuales se encuentra la leishmaniasis.

Durante su presentación refuerza de manera permanente la misión y visión de la Organización Panamericana de la salud y de la importancia de las alianzas colaborativas, (investigadores, funcionarios de la salud, así como con los ministerios de cada país), en el desarrollo de políticas, estrategias, planes, programas y servicios. Por último, se menciona los desafíos que debe enfrentar la unidad, en cuanto a enfermedades transmisibles, de manera específica, las infecciosas tropicales y las transmitidas.

Por ejemplo no ser consideradas las enfermedades desatendidas como una prioridad en salud pública, tener debilidades respecto a la capacidad financiera, las prioridades de otros eventos en Salud Pública; el VIH/SIDA, tuberculosis y enfermedades no transmisibles, porque causan un mayor impacto en las políticas de la región y, obviamente, toda la ciudadanía se ve afectada cuando se presentan brotes, epidemias y desastres naturales. Es por esto que se debe encontrar una estrategia para equilibrar la balanza de las prioridades y hallar la forma de convertir estos problemas en una oportunidad, para poder trabajar de manera interprogramática.

BLOQUE 1

Leishmaniasis en los países de las Américas: aspectos epidemiológicos, investigación y gestión de los programas nacionales.

La primera parte de este bloque tuvo como propósito conocer la situación epidemiológica de las leishmaniasis en los países: En la primera sesión Argentina, Colombia y México presentaron la situación de Leishmaniasis visceral en el país ejemplificando los tres diferentes escenarios epidemiológicos y en la sesión 2 los países preparan los Pósteres y Resumen con la situación de leishmaniasis en los países.

Los demás objetivos fueron identificar y analizar los avances y dificultades de los países en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis en la Región, levantar y definir las necesidades de cooperación, discutir y establecer estrategias para apoyar y fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en la Región, acuerdo a la percepción de los países.

En las etapas subsecuentes de ese bloque fue presentado y discutido el Sistema de Información regional de las leishmaniasis y sus indicadores, como herramienta para apoyar y fortalecer la vigilancia epidemiológica. Además, fue mostrada la situación de la coinfección LV/VIH en el Brasil y los desafíos para las Américas y finalmente fue presentado la importancia de la investigación para los Programas de Control, así como, la necesidad de identificar en cada país sus debilidades, necesidades y prioridades.

1. Leishmaniasis Visceral en las Américas y los diferentes escenarios epidemiológicos.

1.1. Países con LV en expansión: a cargo del Dr. Daniel Salomón – Responsable por el Programa Nacional de Leishmaniasis - Instituto Nacional de Medicina Tropical – Ministerio de Salud de Argentina

Se presentó la historia y situación de la LV en Argentina como ejemplo de escenario de LV en expansión. A partir de la tendencia en tiempo y espacio de la LV en Brasil (MS) y Paraguay (Asunción y Depto Central), el Programa de Argentina comienza un alerta amarilla, vigilancia entomológica que detecta presencia del *Lu longipalpis* en territorio nacional en el año 2004 dando lugar a una alerta naranja. La consiguiente vigilancia de casos registra el primer caso humano autóctono en el año 2006.

A partir de ese momento el vector se dispersa a cuatro provincias (primer nivel subnacional) del noreste y RO Uruguay, con casos en tres provincias (una del área central debido posiblemente a *Lu. migonei*). En el año 2013 los casos de LV humana autóctonos se notifican en cuatro provincias, y se registra *Lu. longipalpis* en el noroeste, próximo a la frontera con Bolivia, y LV canina en todo el país por migración. Hasta el momento se registraron 114 casos humanos con una letalidad del 10,5% (0-15 años 8,3%, > 60 años 33,3%). La tendencia muestra una incidencia estable (16-24 casos/año) involucrando cada año a más localidades con menor número de casos por localidad, incluyendo en esta tendencia a las ciudades con mayor casuística histórica.

Para estos escenarios se destaca la necesidad de vigilancia vectorial y de LV canina ya que anteceden a la LV humana, el impacto mediático centrado en el problema del reservorio, la necesidad de capacitación en áreas vulnerables, la vigilancia de óbitos y co-infección con HIV, la dispersión del vector, la dispersión del parásito por tránsito y tráfico de reservorios domésticos infectados requiriendo unificar el discurso de riesgo de los veterinarios, y la aparición posible de casos esporádicos por vectores secundarios ante la amplia oferta parasitaria de reservorios infectados. Se señala que la aplicación de cualquier medida de vigilancia y control, requiere previamente de una estrategia de tenencia responsable de mascotas y ausencia de perros deambulantes.

1.2. Países con LV en control - Intervención: Situación Epidemiológica de Leishmaniasis Visceral en Colombia, a cargo de la Dra. Martha Ayala – Instituto Nacional de Salud Grupo de parasitología-

A continuación se presenta la experiencia de Colombia como ejemplo de países con leishmaniasis visceral endémica en control. La Leishmaniasis visceral en Colombia, es una patología endémica, se han identificado históricamente dos focos, que están muy bien delimitados. Uno en la zona norte y el segundo foco es en el departamento del Huila.

Se presenta en 2012 la experiencia de brote, siete casos de Leishmaniasis Visceral, precisamente ocurrido en el Departamento del Huila. Para esto se parte inicialmente de las definiciones de casos; que para el caso confirmado de LV, es aquel caso probable que se confirma parasitológicamente a partir del aspirado de médula ósea o bazo o prueba de inmuno-fluorescencia mayor o igual a 1:32.

Neiva, la ciudad donde se presentan esos casos, es la capital del Departamento del Huila, que se encuentra ubicada en medio de dos cordilleras: La cordillera Central y la Cordillera oriental y se encuentran al margen del Río Magdalena. Se ha dividido en diez comunas con (117) barrios y (377) sectores en la zona urbana y otros corregimientos con (73) veredas en la zona rural. Como antecedentes, en el año (2004) se han confirmado dos casos en la Comuna 8, ubicado en la periferia del Municipio de Neiva, además tiene una particularidad una vez que tenía alrededor de (25.000) perros callejeros.

El 7 de mayo de 2012, al grupo de parasitología, llegó una muestra, cuyo resultado fue por inmunodeficiencia directa de 1/256. A partir de eso caso, fue hecha la investigación del foco cuyo objetivo principal era caracterizar el brote de leishmaniasis visceral. Los principales resultados fueron:

- Siete casos confirmados durante dos semanas del mes de mayo de (2012), uno de los casos fue captado a través de la búsqueda activa. Los otros cinco casos, fueron diagnosticados por la sensibilización del personal de salud, luego de la confirmación del caso índice y correspondieron a pacientes que habían consultado en repetidas ocasiones, con nexos epidemiológicos con algunos de los casos confirmados y dos pacientes que estaban hospitalizados con infecciones repetidas y sin diagnóstico definido.
- Los casos eran procedentes de las comunas 8, 9 y 10, siendo 72% de los casos del sexo femenino. El promedio de edad de estos casos fue de 17 meses, con un rango que oscila entre (7 y 36 meses).

- En esa área había presencia de bosques primario y secundario alrededor. Las condiciones de las viviendas precarias y las personas viven en hacinamiento. Las basuras no eran eliminadas de manera adecuada y algunas viviendas no tienen servicios públicos. Las características de las viviendas están: (53%) de ladrillo, (44%) madera, (3%) bareque, el techo de las viviendas el (44%) es de zinc.
- Los principales signos y síntomas fueron: Fiebre, hepatoesplenomegalia, pancitopenia, distensión abdominal, adinamia, astenia, adenopatías, diarrea. La confirmación diagnóstica de estos casos, se realizó por pruebas directas, siendo 1 por prueba de inmuno fluorescencia
- El 100% de los casos fueron hospitalizados y tratados. Se evidenciaron fallas terapéuticas en 5 de los pacientes tratados con Miltefosina, y hubo necesidad de suspenderlo para administración de Anfotericina desoxicolato o anfotericina liposomal. Todos los siete casos evolucionaron para cura y se le continuó acompañando durante los meses siguientes.
- Se hizo delimitación de las áreas de estudio en las tres comunas del municipio, para el muestreo de vectores y estudio de seroprevalencia en caninos con Kalazar rapid test.®. Se colocaron trampas de CDC en las viviendas de los casos tanto en el intra como en el peri domicilio en cada comunidad. Se capturaron cinco especímenes de Lutzomyia longipalpis. Así mismo en el área de estudio se identificaron especies de Lutzomyia gomezi y Lutzomyia cayenensis, vectores que no corresponden a los actualmente identificados como involucrados en la transmisión de L. visceral.
- En esa misma área se tomaron 1.239 muestras de caninos con y sin sintomatología, la prevalencia fue del 3.95%. Se documentó presencia de animales silvestres mediante encuesta a la comunidad, pero no fue realizado estudio en ese grupo de animales.
- Acciones de prevención, vigilancia y control fueron desencadenadas a partir de los resultados encontrados y de las actividades de educación comunitarias realizadas

1.3. Países con casos esporádicos: Intervención- Situación Leishmaniasis Visceral en México, a cargo de la Dra. Nadia Fernández Santos – Jefe Departamento Oncocercosis y OETV's Ministerio de Salud – México

La Leishmaniasis, se encuentra en la parte sur de México, sobre todo en el Estado Quintana Roo donde la incidencia es de 22.6 casos por 100.000 habitantes y la Leishmaniasis Visceral se encuentra distribuida sobretodo en el Estado Chiapas, pero Oaxaca, México, Morelos, Pueblos y Guerrero ya reportaran casos.

Hasta 1983, solo nueve casos de LV se habían reportado en México, todos alrededor de la Cuenca del Río Balsas, que incluye los estados de Guerrero, Puebla, Morelos, y Oaxaca. En el estado de Chiapas, el primer caso fue documentado en 1990 en el Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez, Capital del Estado. Un incremento se observó en varios municipios en los subsecuentes años. Mientras que en los primeros Estados, solo se observan casos esporádicos, estamos hablando de un caso cada tres años. El Programa de Control de Vectores, tomó la iniciativa de establecer acciones para controlar y vigilar la enfermedad.

- En el periodo de 31 años (1981-2012), fueron reportados 146 casos de leishmaniasis visceral en México con promedio de 5 casos/año. Cerca de 87% (127) de los casos están en Chiapas, Oaxaca con (5), Guerrero con (6), Morelos (2), Puebla (5), El Estado de México con (1).
- El Estado Chiapas, se encuentra ubicado en la parte Sur-Este del país. Posee un clima tropical y lluvioso, pero el valle central es seco en su parte norte y húmedo en el sur. Tiene un promedio de precipitación de (1,810 mm) anuales. Esta región se caracteriza por estar entre 1500 a 1800 m sobre el nivel del mar, con y la temperatura oscila entre los 28–30°C.
- En esa área el principal vector es *Lutzomyia longipalpis*, pero ya fueron capturados *Lutzomyia evansi*.
- El foco de Leishmaniasis Visceral en Chiapas, lo constituyen en (23)municipios, en donde hay (2.687) localidades y 1.266.274 habitantes, en donde se encuentran presentes los elementos esenciales para la transmisión y los factores ambientales predisponentes como la vegetación, la precipitación y la humedad, así como población dispersa y marginada.
- En cuanto a los determinantes, la pobreza es el factor principal que influye en la desnutrición y baja inmunidad en los pacientes. Las comunidades de esta área no tienen recursos, educación y tienen difícil acceso a los servicios de salud.
- El diagnóstico y tratamiento son realizados y actualmente el medicamento de escolla es el Glucantime. La dosis recomendada es de 20 mg de sal base, por 15 a 20 días sin exceder de 3 gr. diarios. De segunda elección están la Anfotericina, 1 mg/kg/ por vía IV por 20 días y Pentamidina, 4 mg/kg/ IM tres veces por semana por tres semanas.
- Hoy se reconoce la necesidad de fortalecer las acciones del programa de leishmaniasis con énfasis a la vigilancia, atención y control, por eso, están siendo desarrolladas acciones para mejoría del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos, estratificación de las áreas de riesgo, implementación de las acciones entomológicas, fomento del intercambio con institutos y universidades nacionales e internacionales, realización de acciones de educación comunitaria y ampliación de los servicios y de la capacidad técnica de los profesionales de salud.
- Algunos logros ya pueden ser observados como la publicación de la actualización de la Norma Oficial Mexicana de Vectores (NOM-032-SSA2-2010); el número de casos tratados se ha mantenido mayor a 93% en los últimos 4 años y los Estados ha fortalecido la capacitación sobre tratamiento y diagnóstico para Leishmaniasis; los Estados como Chiapas, Oaxaca y Veracruz han fortalecido la búsqueda de casos; los laboratorios estatales están capacitados para el diagnóstico por medio de impronta, intradermorreacción y frotis de médula y ganglios; Está haciendo esfuerzos para garantizar la disponibilidad y suficiencia del tratamiento a las personas afectadas.
- O que se espera es un registro confiable de casos; alcanzar el 100% de confirmación por laboratorio el diagnóstico de los casos registrados; garantizar el abasto del medicamento específico, mediante la gestión adecuada y oportuna con mejor manejo del paciente según forma clínica y estudiar para conocer la diversidad de los vectores transmisores de la Leishmaniasis en el país.

2. Sesión de Pósteres y Resúmenes: Situación Epidemiológica de las leishmaniasis en las Américas.

La sesión de los pósteres, permitió a los países presentar la situación epidemiológica de las leishmaniasis, cambiar informaciones, identificar y discutir aspectos relevantes en el proceso de vigilancia, haciendo comentarios y sugerencias específicas para cada uno de ellos. A partir de esa sesión, el grupo identificó las diferencias en las definiciones de casos confirmados de Leishmaniasis cutánea y mucosa, lo que permitió realizar una discusión sobre la necesidad de estandarización de la definición de casos en la Región, que fue hecha posteriormente en el Bloque de Vigilancia y control. Además se evidenció que hay un subregistro de casos; una vez que los casos sospechosos con diagnóstico de laboratorio negativo, pero con respuesta favorable al tratamiento específico no están siendo incluidos en el sistema de vigilancia de varios países. Vea en detalle los Pósteres y Resumen de los países con la situación epidemiológica de las leishmaniasis en los Links: <http://ww2.panaftosa.org.br/static/repleish/index.html>.

3. Leishmaniasis: Sistema de Información regional y los indicadores de monitoreo, a cargo de la Dra. Ana Nilce Elkhoury – CHA/VT/OPS/OMS.

3.1. Antecedentes

Acuerdo a los mandatos para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis, la OMS/OPS se realizó en el 2008 la primera Reunión Regional de leishmaniasis de la cual se derivaron varias recomendaciones que se concretaron en un plan de trabajo. Las principales recomendaciones fueron las siguientes: desarrollar los sistemas de información; definir y estandarizar los indicadores de monitoreo y disponibilizar la información actualizada sobre la enfermedad en la Región.

3.2. Sistema de Información Regional de Leishmaniasis

A partir de las recomendaciones establecidas a partir del año de 2011, el Programa regional de leishmaniasis en conjunto con los representantes de los Programas nacionales de leishmaniasis de los países endémicos definirán las variables de interés y los indicadores epidemiológicos y operacionales a ser monitoreados. Además se estandarizó los denominadores para el indicador de incidencia y densidad de casos.

En 2012, fue iniciado el desarrollo del sistema de información (SisLeish) para la recolección de datos agregados de Leishmaniasis en las Américas, con las siguientes características y propósitos:

- Sistema online,
- Ser simple, útil, accesible y que la información esté disponible para todos los países,
- Permite conocer la situación epidemiológica,
- Genera indicadores epidemiológicos y operacionales estandarizados en la Región,
- Monitorea la distribución y tendencia de la enfermedad en los países y en áreas de fronteras y estimula cooperaciones entre países,
- Permita planificar las necesidades de los suministros necesarios y medicamentos específicos.

Todo el proceso de desarrollo y discusión del sistema fue hecho de forma virtual y previamente evaluado por los países. En esa oportunidad, el mismo fue presentado a los países, siendo establecido y concertado el cronograma de inclusión de datos, actualización anual de la población y necesidades de medicamentos.

El SisLeish fue implantado en marzo de 2013, donde los países incluyeron los datos de leishmaniasis del año de 2012 por segundo nivel administrativo sub-nacional. El mismo sigue en fase de implementación y ajustes acuerdo a las necesidades de los análisis regionales.

4. Coinfección Leishmaniasis visceral e VIH/SIDA en Brasil: Un desafío para las Américas. Marcia Leite de Sousa Gomes - Brasil

Las recientes alteraciones en los perfiles epidemiológicos de la leishmaniasis visceral (LV) y del SIDA en Brasil, como el proceso de urbanización de la LV simultáneamente a la interiorización de la infección por el VIH, tiene llevado a un incremento en el número de personas coinfectadas Leishmania/VIH.

Considerando que el mapeo y el análisis de tendencias se constituyen en herramientas esenciales para el desarrollo de una estrategia para el abordaje de la coinfección en Brasil, éste estudio tuvo como objetivo describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con LV sin la coinfección. Los casos de coinfección LV/SIDA fueron obtenidos por medio de relacionamiento de las bases de datos de LV y SIDA utilizando la técnica "linkage" por apareamiento probabilístico por el programa ReLink III. Al compararse el grupo de coinfectados con el grupo de no-coinfectados se observó que debilidad, flaqueza, tos, cuadro infeccioso asociado y fenómenos hemorrágicos fueron características más frecuentes en los coinfectados, que presentaron una letalidad del 25% siendo ésta, tres veces mayor que en los no infectados. La proporción de recidivas fue dos veces mayor en los coinfectados que en los no coinfectados. Los resultados del presente estudio traen contribuciones para el conocimiento del comportamiento de la coinfección LV/SIDA en Brasil que podrán auxiliar en la identificación de puntos importantes para la mejora del cuidado a los pacientes con LV y HIV evitando la progresión de las dos enfermedades.

Hoy se reconoce que la sobreposición de áreas con transmisión de leishmaniasis y VIH tiende a un incremento de esa coinfección, por eso, es importante que en la Región sean implementadas acciones conjuntas para la notificación de la coinfección Leishmaniasis-VIH, así como para mejorar las condiciones del servicio para que los profesionales hagan el diagnóstico temprano de la coinfección, y que de acuerdo con la realidad de cada país establezcan criterios para solicitud de prueba de VIH en pacientes con leishmaniasis y también para las situaciones que en un paciente con VIH se debe sospechar de leishmaniasis.

5. Investigación de leishmaniasis en las Américas, a cargo de la Dra. Zaida Yadon – CHA/OPS/OMS

Se presentó un resumen del contexto, las fases y los esfuerzos en curso para el tema de investigación de leishmaniasis en las Américas. En la secuencia fue mencionada la importancia en establecer las prioridades de investigación, una vez que hay limitación de recursos

disponibles y la necesidad de optimizar los beneficios para la salud, y el impacto de los escasos recursos de investigación. Además, resaltó que la definición de las prioridades ayuda a los donantes en la toma de decisión para asignación de los recursos.

Para establecer las prioridades de investigación en leishmaniasis, fue realizada la revisión sistemática del estado de la arte de leishmaniasis visceral y posteriormente una Reunión de Consenso con Expertos para definir la Agenda de Investigación en leishmaniasis visceral. Además, otra estrategia utilizada fue la realización de la Encuesta para identificar las prioridades de investigación para los diversos temas y formas clínicas de leishmaniasis.

Los temas abordados en la revisión sistemática de leishmaniasis visceral fueron, diagnóstico, tratamiento, intervenciones para perros y vectores. Para el tema específico de la Encuesta fueron mencionados los éxitos y avances en los últimos cinco años para los temas de investigaciones e intervenciones y la obtención de los criterios para establecimiento de las prioridades de investigación.

A pesar de los avances del conocimiento obtenidos en los últimos años, hay necesidades y carencias en los distintos temas de investigación: diagnóstico, tratamiento, prevención, vigilancia y control de las leishmaniasis.

6. Avances, debilidades y necesidades de cooperación técnica en el control de las leishmaniasis.

A partir de grupos de trabajo, los países acuerdo a su percepción, discutirán los avances, debilidades y necesidades de cooperación técnica en leishmaniasis. Los principales puntos destacados por el grupo fueron:

6.1. Avances en la vigilancia y el control de las Leishmaniasis

- Mejora en la atención de casos que llegan al servicio de salud incluyendo diagnóstico y tratamiento gratuito.
- Inclusión de pruebas rápidas de diagnóstico de LV en Brasil, Paraguay, Argentina.
- Incremento en la capacidad de diagnóstico de laboratorio en todos los países.
- Inclusión o ampliación de los criterios para uso de la Anfotericina B liposomal para leishmaniasis visceral en Argentina, Brasil y Paraguay, y inclusión del Desoxicolato de anfotericina B para leishmaniasis mucosa Bolivia.
- Mejora en el sistema de Vigilancia en Argentina
- Revisión y ajuste de las normas nacionales de Leishmaniasis en Panamá, Colombia, Perú y Nicaragua.
- Vigilancia entomológica activa en Argentina y Brasil

6.2. Debilidades en la vigilancia y el control de las Leishmaniasis

- Debilidades en la búsqueda activa de casos en todos los países.
- Dificultades en la identificación de especies de Lutzomyias y Leishmanias.

- No hay capacidad para hacer diagnóstico de LV en perros en Guatemala, Costa Rica, El Salvador y Nicaragua.
- Falta de capacidad logística para implementar actividades de control en terreno.
- Dificultades en la implementación de acciones de promoción y prevención para Leishmaniasis.
- La epidemia de dengue impone un reto adicional para mantener las acciones de control de la Leishmaniasis
- Dificultades en la planificación adecuada de insumos y medicamentos para garantizar el stock para todo el año.

6.3. Necesidades de cooperación técnica

- Apoyo, fortalecimiento y la implementación de redes nacionales de laboratorios (control de calidad nacional) y continentales (Control externo).
- Abogacía para la consecución de fondos para estimular la investigación operativa para el control de las leishmaniasis.
- Apoyo en el fortalecimiento de redes y sistemas de información para la vigilancia.
- Fortalecimiento y definición de estrategias para la capacitación de profesionales de salud en leishmaniasis.

7. Resumen de los temas relevantes discutidos y acordados del Bloque 1: Aspectos epidemiológicos, de investigación y gestión de los programas nacionales.

a. Definiciones de caso e indicadores de leishmaniasis

Temas relevantes:

- Las definiciones de caso de leishmaniasis cutánea es variable entre los países.
- Los indicadores utilizados y presentados por los países hasta el 2012 son heterogéneos en cuanto a cálculo y definición.



Sugerencias:

Para los países:

- Consultas internas de la posibilidad de hacer ajustes en los sistemas de vigilancia para los ajustes de las definiciones de caso concertado en la reunión.
- Análisis de datos usando los indicadores ya estandarizados.

Para OPS/OMS:

- Cooperación técnica para estandarizar las definiciones de caso.
- Apoyar en la estandarización de los indicadores epidemiológicos, entomológicos y operacionales para leishmaniasis.

b. Sistema de información regional de leishmaniasis

Temas relevantes:

- Concertado el cronograma de reporte de datos, población y medicamentos al Sis-Leish. **Anexo C**

Sugerencias:

Para OPS/OMS

- Permitir el acceso para consulta de datos a los niveles subnacionales
- Enviar el cronograma establecido y concertado en la reunión, mantener actualizado el SisLeish y hacer el análisis de los datos regionales.

Para los países:

- Hacer el consenso al interior de los ministerios de salud para cumplir con el cronograma de reporte al SisLeish.

c. Co-infección VIH/Sida y leishmaniasis visceral

Temas relevantes:

- Incremento de casos y letalidad de coinfección LV y VIH/Sida en la Región.

Sugerencias:

Para los países:

- Fortalecer la vigilancia de la co-infección integrando y estandarizando las acciones de control entre los programas: VIH/Sida y leishmaniasis
- Mantener el reporte de casos de coinfección al SisLeish

Para OPS/OMS:

- Identificar líneas de investigación para fortalecer la vigilancia y control de la co-infección
- Facilitar la integración y estandarización para implementar las acciones de vigilancia y control de la co-infección LV y VIH/Sida

d. Prioridades en investigación

Temas relevantes:

Los países no tienen identificadas las prioridades de investigación para fortalecer los programas de leishmaniasis, y el dialogo entre los grupos de investigación y los programas de leishmaniasis no siempre es fluido.

Sugerencias:

Para los países:

- Identificar y establecer las necesidades y prioridades de investigación de los programas de leishmaniasis.
- Identificar estrategias para integrar la investigación a los programas de leishmaniasis.

Para la OPS/OMS:

- Apoyar a los países en el proceso de identificación de las necesidades y prioridades de investigación.

BLOQUE 2

Clínica, diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis

1. Pruebas rápidas para el diagnóstico de la leishmaniasis visceral en las Américas: Validación e importancia para el programa de control. Gustavo Adolfo Sierra Romero. Universidad de Brasilia-Brasil:

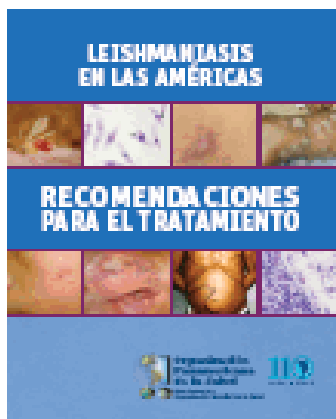
Las pruebas diagnósticas para leishmaniasis visceral ayudan a los profesionales de la salud para detectar e tratar oportunamente los casos e reducir así, la gravedad y la muerte por leishmaniasis visceral. Las pruebas idealmente deben ser, además de sensibles e específicas, termoestables, rápidas, de fácil aplicación, lectura e interpretación, baratas y accesibles.

La Organización Mundial de Salud por medio del Programa de Investigación y capacitación en Enfermedades Tropicales - OMS/TDR, publicó en 2011 los resultados del estudio de validación de cinco pruebas rápidas para leishmaniasis visceral, disponibles comercialmente en tres regiones endémicas. En ese estudio el Brasil, país con cerca de 97% de los casos de la región de las Américas, tuvo representación con la participación de dos servicios de referencia. En las conclusiones del estudio se observó que en todas las regiones, la concordancia entre los lotes del mismo producto era adecuada, la reproductibilidad diagnóstica de la prueba entre centros fue elevada, sin embargo, los resultados fueron sustancialmente diferentes entre las tres regiones estudiadas. La tabla 4 del documento presenta el resumen de la sensibilidad y especificidad de las pruebas para cada uno de los productos en las distintas regiones y esos resultados pueden ser utilizados para la toma de decisiones como definición del uso, adquisición del producto y para orientar nuevas líneas de investigación. Detalles del estudio están disponibles en el documento: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/vl-rdt-evaluation.pdf>.

Otros estudios con pruebas rápidas realizados en Brasil, demostraron buen desempeño en la sensibilidad y especificidad de las pruebas con recomendaciones específicas para su indicación e implementación.

La escasez de datos de validación de las pruebas diagnósticas para leishmaniasis visceral en pacientes que viven con la infección por el VIH o con otras enfermedades que causan inmunosupresión, constituye un problema que debe ser oportunamente abordado, considerando que el desempeño preliminar de las pruebas rápidas en esos grupos parece ser inferior. Por otro lado, la diseminación de prácticas metodológicas y operacionales adecuadas para desarrollar los estudios de validación con la debida calidad, constituye uno de los grandes desafíos para garantizar la producción del conocimiento necesario para la toma de decisiones sobre evidencias sólidas. Finalmente, la incorporación final de las pruebas rápidas para el diagnóstico de leishmaniasis visceral en los sistemas locales de salud debe también considerar la realización de estudios de costo efectividad que incluyan los costos inherentes a la capacitación de las redes locales para su aplicación, lectura e interpretación adecuadas.

2. Tratamiento de las leishmaniasis cutánea y mucosa en las Américas: actualización de las evidencias y recomendaciones vigentes. Ana Nilce Elkhoury - OPS/OMS:



Las opciones de tratamiento para las leishmaniasis en las Américas, deben ser manejadas de acuerdo con las manifestaciones clínicas, número y localización de las lesiones, especie de Leishmaniasis, estado general del paciente, disponibilidad de medicamentos. Es importante mencionar que en la región de las Américas, debido a la presencia de algunas especies de *Leishmania* y su amplia circulación, las formas clínicas tienden a ser más severas con un largo periodo de evolución, como ejemplo la forma cutánea diseminada, cutánea difusa y mucosa o mucocutánea.

Se presentó la Guía "Leishmaniasis en las Américas: Recomendaciones para el Tratamiento" donde fue abordada la metodología utilizada y las Recomendaciones para la Región. Fue mencionado que el objetivo de la misma fue actualizar y adaptar las recomendaciones de la OMS para las Américas, teniendo como base las evidencias regionales y que a partir de esas evidencias los ministerios de salud deben reevaluar las recomendaciones para el tratamiento, teniendo en cuenta las evidencias locales, la accesibilidad de las personas a los tratamientos y su capacidad técnica y operacional.

Es importante tener en consideración el grado de evidencia y la fuerza de cada una de las recomendaciones. Las mismas están disponibles en el siguiente hiperlink: <http://www.paho.org/leishmaniasis>.

3. Leishmaniasis Visceral: Pronóstico y recomendaciones para reducción de la letalidad. Gustavo Adolfo Sierra Romero: Universidad de Brasilia-Brasil:

Las leishmaniasis son responsables por 0.2% de la carga de enfermedad mundial. La región de las Américas fue responsable por 9% de DALYs globales y por 3.5% de DALYs provocados por enfermedades infecciosas y parasitarias. Las Américas son responsables por únicamente 2.5% de DALYs provocados por leishmaniasis en el mundo. En 2011 Brasil reportó 96.6% de los casos de leishmaniasis visceral en las Américas con letalidad de 6.6%, sin embargo, cuando se analizan los datos por grupo de edad en una serie histórica de 10 años, se verifica que la letalidad es mayor en los grupos más vulnerables; cerca de 10% en los menores de 1 año y 23% en el grupo con más de 50 años.

Algunos estudios han demostrado que el pronóstico de la leishmaniasis visceral es afectado por: extremos de edad, algunos signos clínicos de gravedad que se presentan en el momento de la consulta, co-infección con VIH, infección bacteriana concomitante y algunas alteraciones de exámenes de laboratorio que también reflejan la gravedad del cuadro en el momento de la consulta. Estas características fueron estudiadas en Brasil para desarrollar una escala de pronóstico que ayuda a identificar pacientes que tienen indicación de abordaje más agresiva para reducir la letalidad por la enfermedad.

Considerando la experiencia en Brasil, se sugiere que los programas de control revisen sus objetivos y que consideren la reducción de la letalidad como una meta, mejorando el acceso y la calidad del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis visceral. Para identificar los pacientes con pronóstico desfavorable y los cuidados necesarios para reducción de la letalidad, es importante conocer la Guía de Ministerio de Salud de Brasil "Leishmaniasis Visceral: Recomendaciones Clínicas para Redução da Letalidade" disponible en el siguiente hiperlink: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1464



4. Fondo Estratégico de la OPS/OMS, a cargo de la Dra Nora Girón Aguilar, Coordinadora del Fondo Estratégico de la OPS/OMS

El Fondo Estratégico es una iniciativa de los Países, siendo que en 2004, en el 45º Consejo Directivo fue aprobado la Resolución CD45/R10 sobre el Acceso a medicamentos en la Región para fortalecer las capacidades en programación y planificación de los suministros; promover la disponibilidad continua de Suministros Estratégicos de Salud Pública y aprovechar ahorros de las economías de escala.

El Fondo es un mecanismo de Cooperación de la OPS para mejorar el Acceso y la Gestión de Suministros Estratégicos de salud pública, a través de Asesoramiento técnico en gestión de suministros; Planificación, modalidades de compra, almacenamiento y distribución, propiedad intelectual, calidad, negociación, etc. y apoyar en los servicio de compras internacionales.

El Fondo promueve la selección de medicamentos basados en las mejores evidencias disponibles y con los criterios de costo efectividad, se busca mejorar la accesibilidad de productos de calidad, mediante los medicamentos de compra conjunta y así fortalecer las capacidades.

En la Región, 24 de los 35 países tienen acuerdo firmado con el Fondo Estratégico y en los años de 2012 y 2013, 20 de esos países utilizaron esa estructura para adquisición de los productos disponibles que son los medicamentos, dispositivos médicos (Equipos y Reactivos de Laboratorio) e insecticidas.

En el año de 2012, los medicamentos antileishmaniasicos fueron incluidos en el Fondo Estratégico, estando actualmente disponibles: Antimoniato de meglumine; Anfotericina B Liposomal; Anfotericina B Desoxicolato y Pentamidina Isetionato. Actualmente el miltefosina y Test Inmunocromatografico para diagnóstico de la leishmaniasis visceral. (prueba rapida –RK 39 humana) están en proceso de inclusión y evaluación en el Fondo.

Hasta el año de 2012, 8 países hicieron la adquisición de medicamentos antileishmaniasicos: Argentina, Bolivia, Ecuador, Colombia, Paraguay, Venezuela, Honduras y Guatemala. Los precios practicados en las adquisiciones fueron los disponibles en la tabla abajo, sin embargo esos costos pueden aún ser más reducidos cuando la compra es conjunta para todos los países. Para eso es necesario que los manifiesten y presenten la adhesión en el tiempo oportuno establecido por el Fondo.

MEDICAMENTOS	Precio unitario en U\$ (FOB)
Antimoniato de meglumine sol iny 1.5g/5ml ampollas	0.71-1.23
Pentamidina polvo parainyección 300 mg	7.29
anfotericina B liposomal Iny 50 mg	18.00
Anfotericina B frasco de 50 mg	6.00

5. Problemas y soluciones en Diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis

Los problemas y soluciones para el tema de diagnóstico y tratamiento fueron exhaustivamente discutidos incluyendo los aspectos relacionados a la investigación, adquisición, distribución y uso. Se identifican soluciones para trabajar más activamente e integrados, desde el establecimiento de metodologías para planificación de medicamentos y otros insumos hasta garantizar que todos los países tengan acceso a los medicamentos.

Se evidencia la necesidad de apoyar a todos los países en temas específicos como la capacitación del talento humano, la estrategia del curso a distancia se vislumbra como una herramienta fundamental para el cumplimiento de esta necesidad. Además a mediano plazo se debe concretar una red de laboratorios para apoyar en las capacitaciones, así como para control de calidad nacional e internacional y estimular y apoyar en el desarrollo de ensayos clínicos multicéntricos y validación del diagnóstico en la Región. El Anexo D encuentra los cuadros resumen del trabajo de grupo donde se destacan los problemas actuales y posibles soluciones para cada uno de los temas discutidos.

6. Aspectos claves de la Clínica, diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis

Son varios los elementos que se discutieron durante el desarrollo de este bloque, sin embargo se debe resaltar algunos aspectos claves:

- Necesidad de garantizar el acceso, fortalecer las acciones, organizar e implementar los servicios para el diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento de los casos de leishmaniasis.
- Es necesario hacer los esfuerzos posibles para evitar las muertes por leishmaniasis visceral y por las leishmaniasis cutánea y mucosa debido a la toxicidad de los medicamentos o sus formas graves.
- Utilizar de estrategias como educación permanente presencial o a distancia para fortalecer la capacidad técnica de los profesionales de salud y mejora de la calidad de la atención a las personas afectadas.
- Garantizar los medicamentos e otros insumos y asegurar calidad de los productos adquiridos.
- Aún persiste la necesidad de desarrollar un medicamento con menor toxicidad y se posible que sea oral o tópico a depender de la forma clínica de la leishmaniasis.

BLOQUE 3

Vigilancia y Control de las leishmaniasis

1. **Propuesta para clasificación epidemiológica** de las leishmaniasis y algoritmos de acciones de vigilancia y control, Ana Nilce Elkhoury - OPS/OMS

Esta propuesta fue desarrollada por el Programa Regional de Leishmaniasis en conjunto con profesionales de Panaftosa, del Departamento de Endemias de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fiocruz - Brasil, del Programa Nacional de Leishmaniasis de Argentina y Brasil. Para la estandarización de las metodologías, prevención y control vectorial participaron de la discusión el grupo de Expertos en flebotomíneos de la Región de las Américas, durante la Reunión en noviembre de 2012, coordinada por la OPS/OMS.

Las leishmaniasis son enfermedades de gran complejidad, una vez que tiene involucrado en su ciclo de transmisión una diversidad de especies de parásitos y de vectores, diferentes reservorios y hospederos, que sufre una influencia directa e indirecta de los factores sociales, biológicos, humanos y ambientales que hacen que la enfermedad sea aún más compleja del punto de vista de las acciones de vigilancia y control.

Es importante señalar que todos los países ya utilizan en sus análisis epidemiológicos, los casos y la incidencia para hacer la identificación de las áreas de transmisión de la enfermedad. Hasta entonces, solo Brasil utiliza en sus análisis el indicador de densidad de casos (casos por Km²), propuesta desarrollada por la Escuela de Salud Pública FIOCRUZ y el Ministerio de Salud.

Estratificación de riesgo de transmisión de Leishmaniasis cutánea por nivel nacional Américas - 2011

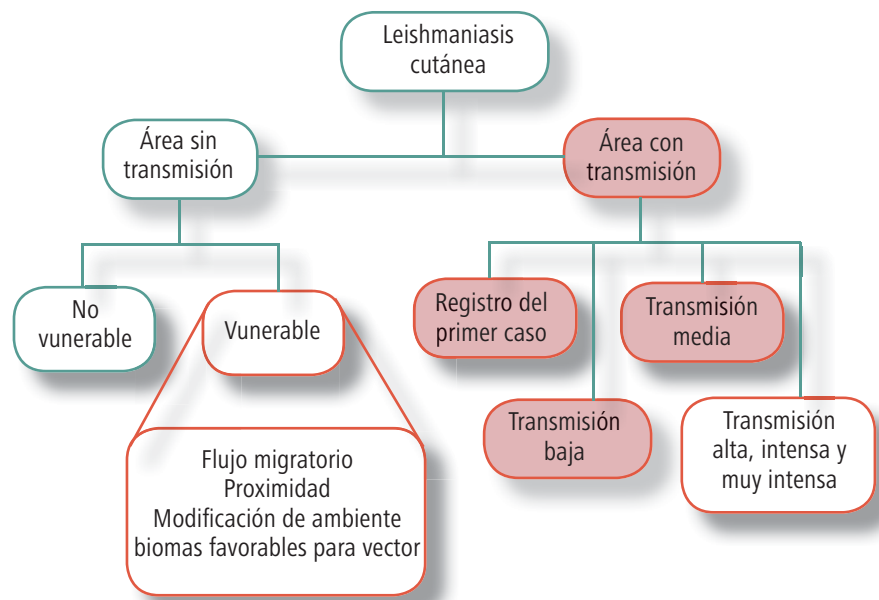


A partir de los datos de 2011 o 2012 que los países enviaran a la OPS/OMS e incluyeron en el SisLeish, se generó el indicador compuesto para leishmaniasis cutánea y mucosa a nivel de países, 1º nivel y 2º nivel administrativo subnacional. Ejemplificando presentamos los países endémicos y las cinco categorías de riesgo de transmisión:

- Muy intensa: Panamá
- Intensa: Brasil, Perú y Nicaragua
- Alta: Colombia, Costa Rica y Honduras
- Media: Bolivia, Ecuador, Venezuela, Guyana y Guatemala
- Baja: Argentina y Paraguay.
- Sin Transmisión:

Adicional a lo anterior es importante para los países las informaciones más desagregadas, por eso es necesario que hagan la identificación de las áreas del 3º o 4º nivel administrativo subnacional que corresponden a los micro-focos de transmisión, las áreas de transmisión, para poder intervenirlas y hacer una vigilancia mucho más activa. A continuación se presenta la propuesta del algoritmo de estratificación de riesgo de la leishmaniasis cutánea y en la secuencia puede ser observado algunos ejemplos de estratificación de los países.

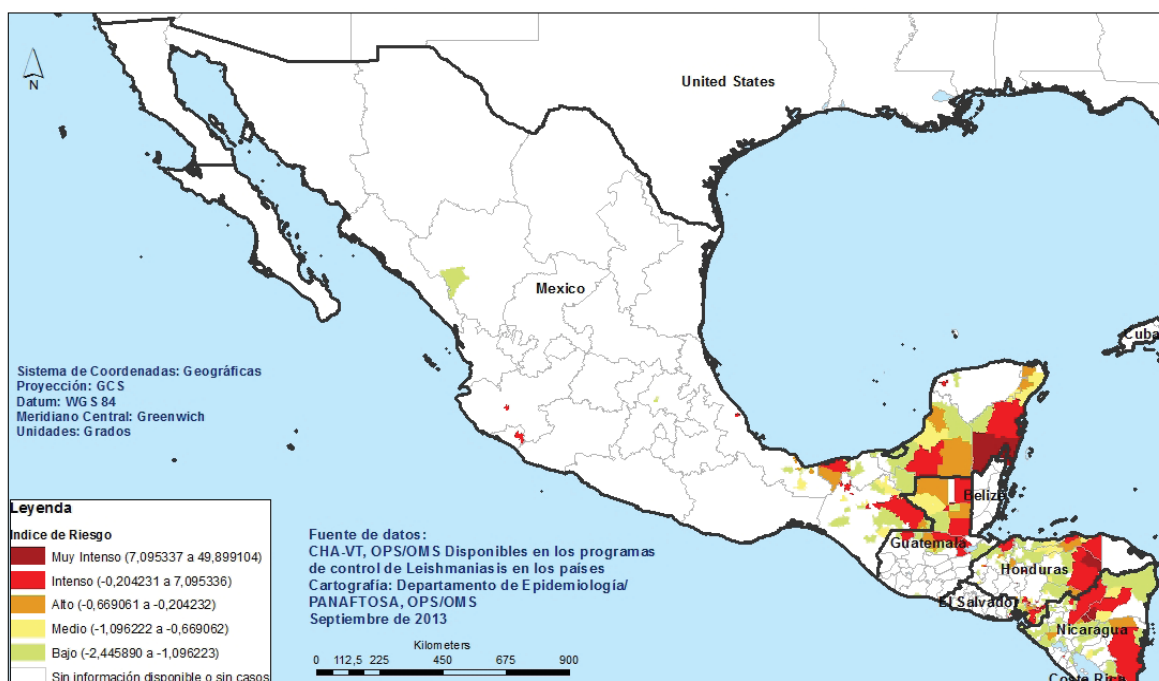
Estratificación del riesgo de Leishmaniasis cutánea en las Américas, 2013



Fuente: CHAT-VT /OPS/OMS

- México. Tendría las cinco clasificaciones de riesgo por primer y según nivel sub nacional, siendo que los municipios del Departamento de Chiapas estaría el área de que tiene el mayor riesgo de la enfermedad.

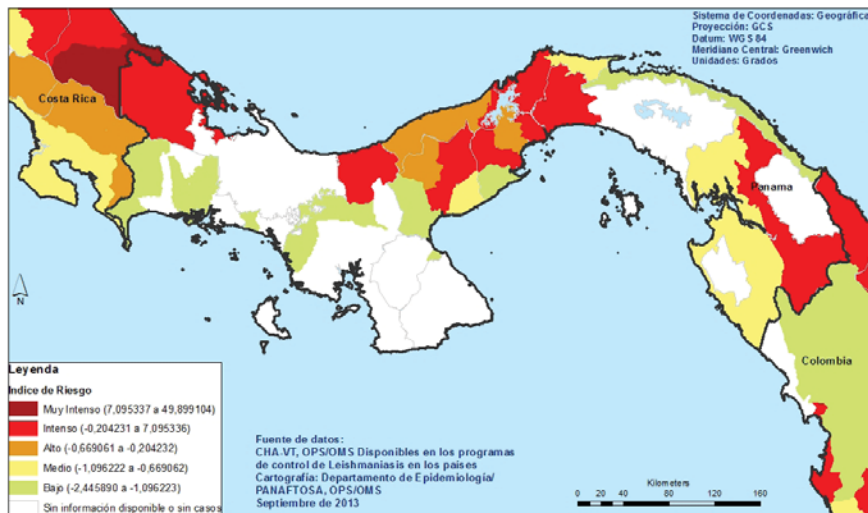
Estratificación de riesgo de transmisión de Leishmaniasis cutánea por según nivel subnacional México - 2012



Fuente: CHA/PANAFTOSA - OPS/OMS

- Panamá. En los análisis del indicador compuesto según nivel administrativo sub nacional muestra todos los municipios con áreas de muy intensa, intensa, alta, media y baja transmisión.

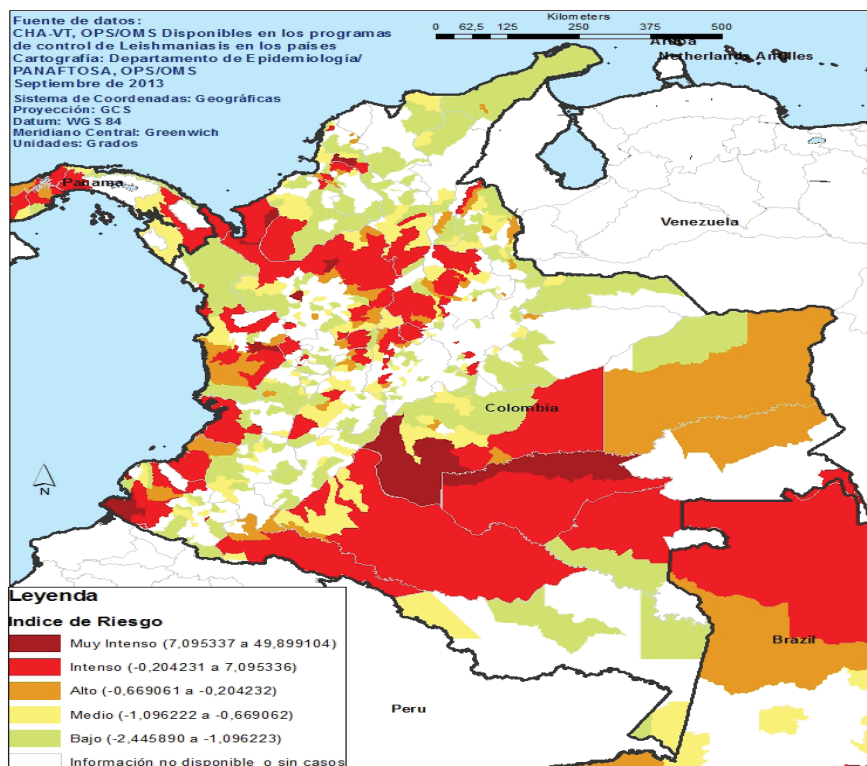
Estratificación de riesgo de transmisión de Leishmaniasis cutánea por según nivel subnacional - Panamá - 2012



Fuente: CHA/PANAFTOSA - OPS/OMS

- Colombia. Prácticamente en casi todo el país hay transmisión de leishmaniasis cutánea en las diversas categorías de riesgo de transmisión.

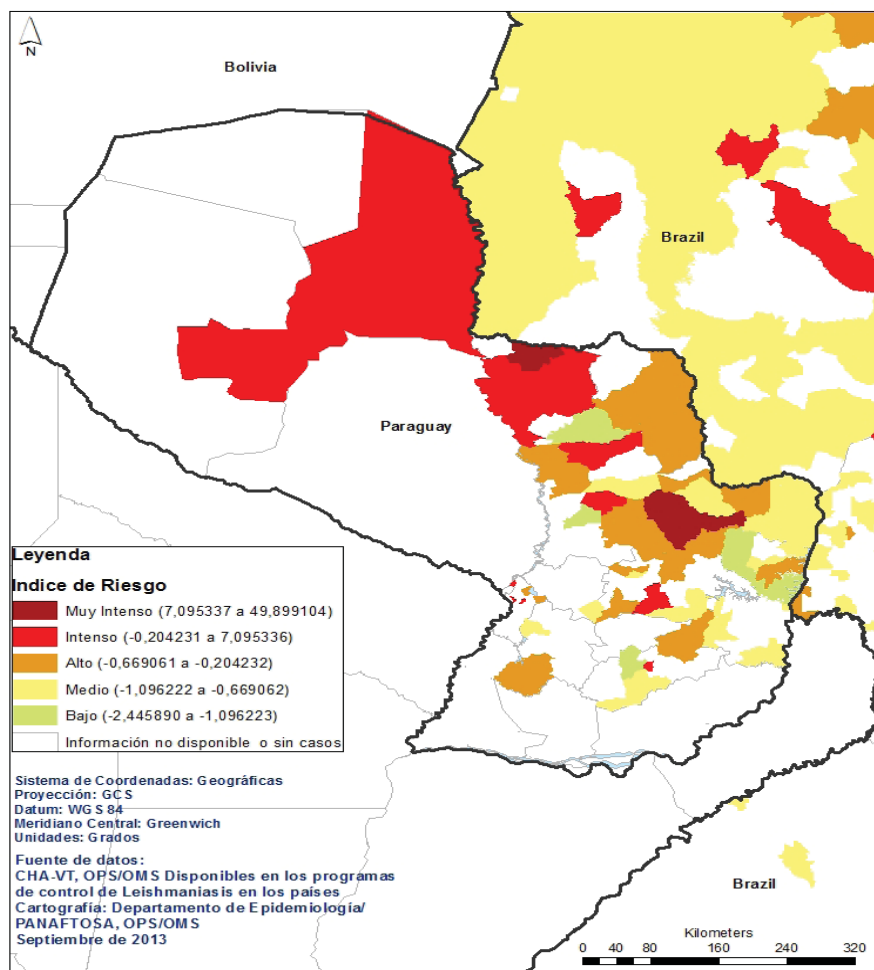
Estratificación de riesgo de transmisión de Leishmaniasis cutánea por según nivel subnacional - Colombia - 2012



Fuente: CHA/PANAFTOSA - OPS/OMS

- Paraguay. Muestra por primer y segundo nivel administrativo sub nacional los departamentos y municipios de transmisión Muy Intensa, Intensa, Alta, Media y Baja.

Estratificación de riesgo de transmisión de Leishmaniasis cutánea por segun nivel subnacional - Paraguay - 2012

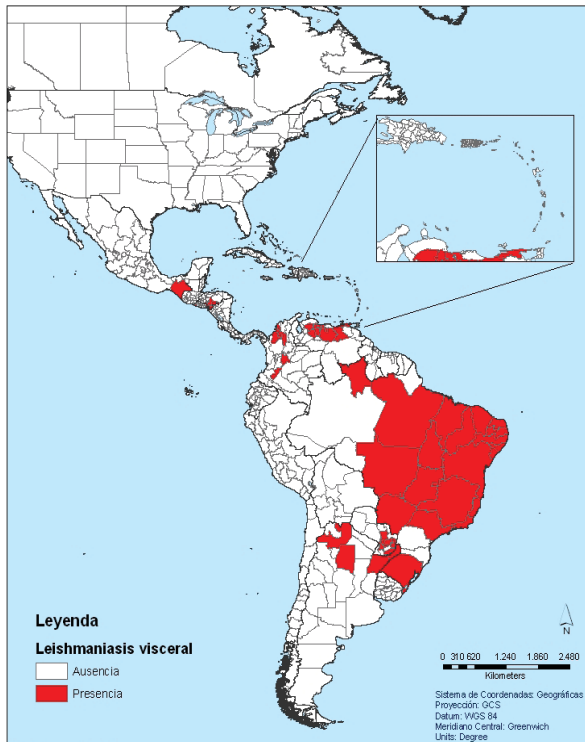


Fuente: CHA/PANAFTOSA - OPS/OMS

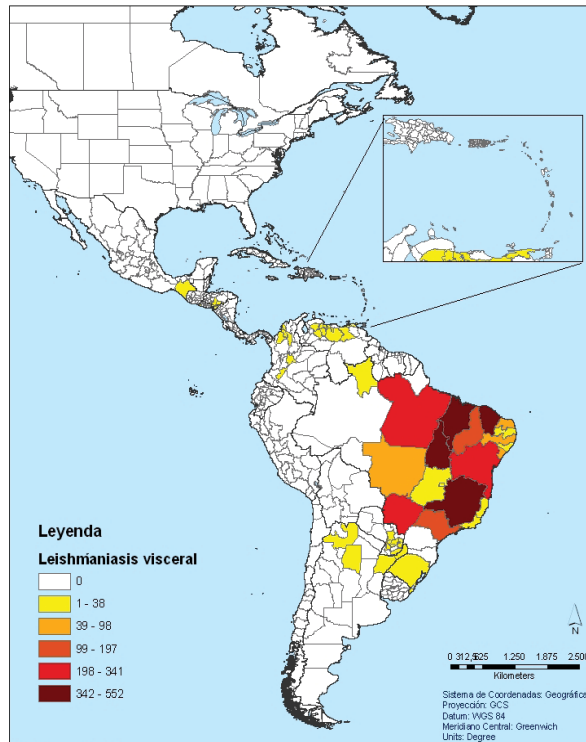
El contexto epidemiológico de la leishmaniasis visceral en las Américas hace con que la estratificación de riesgo para la Región sea distinta, una vez que la propuesta es trabajar con los distintos Escenarios de Transmisión de Leishmaniasis Visceral.

La leishmaniasis visceral está distribuida en doce países de la Región con cerca de 4.000, sin embargo, el 96% de los casos están en Brasil, y los mismos juntamente con Argentina ya utilizan una estratificación de riesgo interna al país para el desarrollo de las acciones de vigilancia y control. Para los demás países los análisis serán realizados individualmente, una vez que los escenarios epidemiológicos son distintos y en algunas situaciones no es posible estratificar una vez que los casos son esporádicos.

Presencia de Leishmaniasis visceral por Primer nivel administrativo subnacional - Américas - 2011



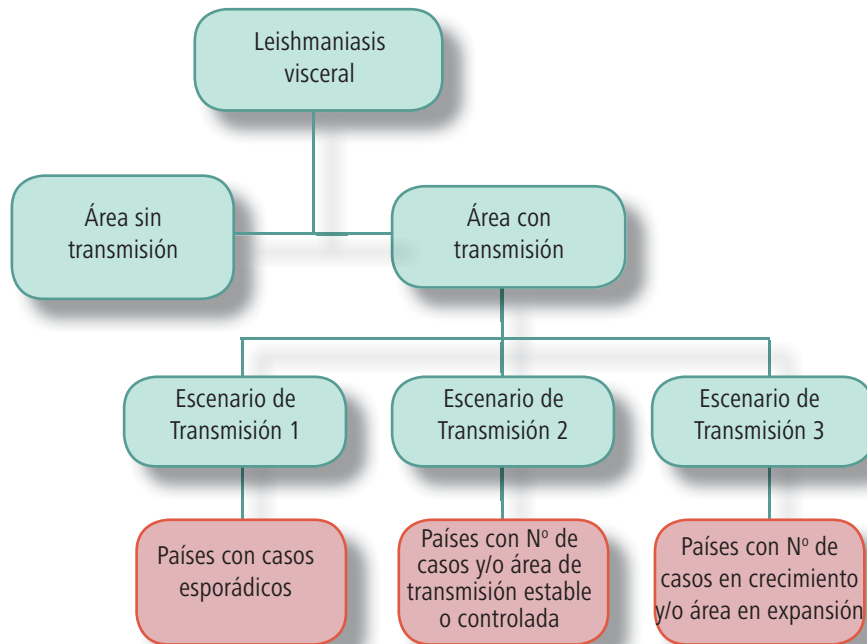
Casos de Leishmaniasis visceral por Primer nivel administrativo subnacional - Américas - 2011



Fuente: CHA/OPS/OMS: Datos disponibles por los Programas Nacionales de Leishmaniasis

La propuesta a ser presentada considera que para la Región, la leishmaniasis Visceral debe ser clasificada en áreas sin transmisión y áreas con transmisión. Para las áreas con transmisión, se consideran tres diferentes escenarios:

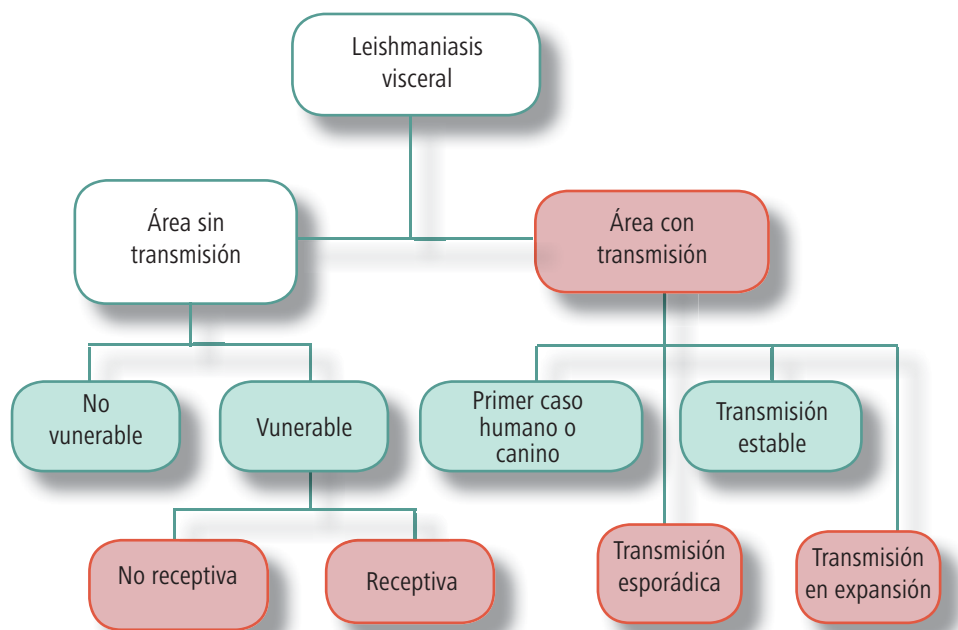
Escenarios de Transmisión de Leishmaniasis visceral en las Américas, 2013



- Escenario 1. Países con casos Esporádicos: Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Guyana y México.
- Escenario 2. Países con Transmisión Estable o Controlada. Colombia y Venezuela.
- Escenario 3. Países en expansión. Brasil, Argentina y Paraguay

Fuente: OPS/OMS

Algoritmo: Estratificación del riesgo de Leishmaniasis visceral en las Américas



Fuente: CHA/OPS/OMS

2. Vectores de Leishmaniasis en las Américas: Propuesta para la Vigilancia entomológica en la Región OPS/OMS, a cargo del Dr. Daniel Salomón – Instituto Nacional de Medicina Tropical Argentina

Se presentó la propuesta de vigilancia entomológica y control elaborada a partir de reuniones previas con expertos de OPS, Colombia, Venezuela, Brasil y Argentina. Se señaló la dificultad para estandarizar las recomendaciones debido a diversidad de especies de parásito, vectores, ciclos de transmisión, escenarios epidemiológicos y eco-epidemiológicos, de la estructura y recursos de los sistemas de salud. A partir de la estandarización de metodologías y acciones de prevención, vigilancia y control, el grupo de la OPS/OMS y representantes de los Programas de Leishmaniasis de Argentina y Brasil, se reunirán y describieron esas acciones para los diferentes escenarios de riesgo, definidos por la estratificación a partir de los indicadores compuestos.

Para LC en áreas sin transmisión, vulnerables y no vulnerables ante la aparición de un caso humano, y según la investigación de foco se identifica como autóctono o no autóctono; y en áreas de transmisión baja. Las acciones para áreas de transmisión media, alta, intensa y muy intensa se unificaron pero se mantiene la estratificación como criterio para priorizarlas, identificando los focos a tercer y cuarto nivel subnacional; en ambiente selvático o en ambiente intervenido, rural o periurbano, y en este último caso en situación de brote o de área endémica, con transmisión selvática o en ambiente doméstico.

Para LV el área sin transmisión también se discrimina en no vulnerable y vulnerable, y esta última en receptiva y no receptiva. Se proponen las acciones ante la aparición del primer caso canino o humano, y según la investigación de foco lo defina como autóctono o no autóctono, las áreas con transmisión discriminan acciones según la transmisión sea esporádica, y con transmisión estable o en expansión.

Se destacaron algunos problemas operativos de la vigilancia entomológica, diferencias entre ausencia y no presencia de vectores, micro-focalidad en tiempo y espacio, diferencias de sitio de notificación y transmisión por percepción o intención, y sesgos en la selección de los sitios de captura. Se describieron los objetivos, la metodología mínima y pertinencia propuesta para la investigación de foco, relevamiento y monitoreo entomológico (trampa CDC, trampa Shannon, captura manual), y los objetivos y utilidad de los diferentes indicadores entomológicos. Finalmente se resumió la experiencia empírica de acciones de control de los programas en los diferentes escenarios de riesgo.

3. Control de la Leishmaniasis Visceral en las Américas: Evidencias sobre la efectividad de las acciones, a cargo del Dr. Gustavo Adolfo Sierra Romero – Universidad de Brasilia.

Los factores asociados al mayor riesgo de desarrollar leishmaniasis visceral están relacionados con: edad, nivel socioeconómico bajo, tenencia de perros, perros con serología positiva, índice de vegetación elevado. Como medidas tradicionales de control se ha recomendado el diagnóstico oportuno de los casos humanos, tratamiento efectivo, eliminación de perros, fumigación con insecticidas, manejo ambiental y medidas de educación en salud. Todas estas intervenciones han sido aplicadas aisladamente o de forma combinada, con mayor o menor intensidad, en las áreas de transmisión de la enfermedad en el Brasil. Así, el escenario actual se caracteriza por tener su fundamento sobre la idea del manejo integrado con metas ambiciosas de reducción de la intensidad de la transmisión a un costo elevado sin conseguir frenar la dispersión de la enfermedad. Por ese motivo, recientemente, las recomendaciones de aplicación de las medidas de control disponibles se encuentran en revisión y en este momento no existen evidencias consistentes que permitan una toma de decisión segura en relación a cuál o cuáles serían las mejores intervenciones para controlar la enfermedad.

La revisión sistemática de la literatura reveló que no existen evidencias, obtenidas por medio de metodología adecuada, que confirmen la efectividad de las medidas aplicadas actualmente e hasta el momento las vacunas existentes no ofrecen protección efectiva para proteger a la población canina de la infección. Por otro lado, eso no significa que esas medidas no estén causando un efecto importante para reducir la fuerza de la transmisión de la enfermedad, sobretodo en áreas donde son sistemáticamente aplicadas y monitoreadas. De todas las medidas, la más controversial es la eliminación de los perros infectados que es motivo de intenso debate entre tomadores de decisión en salud pública y la sociedad civil organizada para la protección de los animales. Por ese motivo, cualquier estrategia de control que incluya la eliminación de perros infectados tiene que considerar la sostenibilidad de esta medida de control en el contexto específico de receptividad local. Independientemente de la estrategia específica escogida por los programas de control para combatir la leishmaniasis visceral es evidente la necesidad de pruebas diagnósticas rápidas, sensibles y específicas que faciliten el monitoreo de la población canina y permitan intervenir oportunamente en la transmisión. Las Revisiones Sistemáticas: Control de la leishmaniasis visceral en Latino América y Factores asociados a leishmaniasis visceral en las Américas están disponibles en los links : <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000584> <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0002182>

4. Situación Actual de las vacunas antileishmaniasis Visceral canina. ¿Cuáles son los criterios para uso en Salud pública, a cargo de Dr. Víctor J del Río Vilas – Panaftosa OPS/OMS

Actualmente hay disponible las siguientes vacunas para leishmaniasis visceral canina (Cuadro 1):

Nombre	Laboratorio	Licencia en base a Fase I y II (MAPA)	2007	Licencia
Leish-Tec	Hertape-Calier	2006	Instrucción Normativa Interministerial regulando registro de vacunas contra LVC (33 meses para presentar estudios de fase II)	MAPA Brasil
Leishmune	Zoetis	2003		En uso desde 2004, MAPA licencia 2011
Canileish	Virbac	-		Market authorisation in 2011 for whole EU

- Las vacunas (Cuadro 1) presentan eficacias variables. En base a estos resultados de eficacia, las dos primeras vacunas están registradas para su utilización por el Ministerio de Agricultura de Brasil y como tal pueden ser utilizadas por el sector veterinario y aplicadas a los perros por sus dueños. Hasta la fecha, el Ministerio de Salud de Brasil no ha incluido el uso de las vacunas existentes dentro de sus planes de control de la leishmaniasis.
- Para la inclusión de vacunas en planes de control, estudios de eficiencia son necesarios. Los valores de los parámetros de interés varían entre estudios de eficacia y los de eficiencia (Cuadro 2. Adaptado de Clemens et al., 1996).

Parametros	Estudio de Eficacia	Estudio de Eficiencia
Poblacion bajo estudio	Alto-riesgo, individuos altamente reactivos	Toda la gente que será target de la vacuna en la practica
Formulacion vacuna	Diseñada para maxima inmunogenicidad	Diseñada para maxima practicalidad, simulando practica en salud pública
Almacenamiento y administracion	Condiciones ideales, seguimiento intensivo	Condiciones operacionales corrientes
Terapias y practicas concomitantes	No permitido si interfieren com inmunogenicidad	Sin restricciones
Unit of allocation	Seleccionada para maximizar poder estadistico, para reducir capacidad de vacuna de interferir transmisión (individuos)	Seleccionada para maximizar evaluación de efectos directos e indirectos (normalmente grupos)
Outcomes de interes para evaluacion impacto	Muy especificos y reactivos a inmunogenicidad	Muy amplios y practicos (no biologicamente restringidos): aceptación de la vacuna, cobertura, reducción de enfermedades, de visitas medicas, etc.
Outcomes valoracion safety	Esperados, corto periodo de latencia y frecuentes	No esperados, infrecuentes y que ocurren después de largo tiempo
Indice primario de proteccion vacunal	Eficacia protectora	Rate difference (medida absoluta para responder a: cuantos enfermos se podrán prevenir en 1000 individuos vacunados?)
Sujetos incluidos analisis	Aquellos correcta y completamente vacunados (todas las dosis)	Todos los individuos
Outcomes incluidos analisis	Solo eventos despues la ventana inmunogenica	Todos los eventos desde el inicio del programa

- En general, los estudios para la cuantificación de la eficacia no determinan
 - El rendimiento de las vacunas en poblaciones heterogéneas y en condiciones de campo
 - El rendimiento “marginal” de la vacuna, una vez que se contemplan otras intervenciones
 - Los efectos indirectos de la vacuna una vez que se aplica en poblaciones
- Para la aplicación de vacunas en programas de salud pública, es preciso identificar el indicador de interés clínico o para la salud pública, por ejemplo número de personas que no se infectarán con la aplicación de la vacuna en perros, y diseñar abordajes que permitan su evaluación regular.
 - Valorar las características prácticas de aplicación (¿Qué vacuna (dado que existe más de una)?, ¿Dónde (por ejemplo, en áreas de riesgo)?, ¿Cuándo (por ejemplo, a qué edad del animal, periodo del año?), entre otros).
 - Realizar una valoración económica de la aplicación de la vacuna, considerando los efectos directos e indirectos de la misma.
 - Al tratarse de una zoonosis, es probable que otros criterios de evaluación, más allá de los específicos de la salud pública, tengan que ser incorporados en la valoración de la idoneidad de la intervención. Por ejemplo, valores sociales y de bienestar animal.
 - A partir de una evaluación, pódese conducir estudios multi-centricos en el continente, para que podamos aplicar los resultados que observamos en el contexto de interés. Hay varios ejemplos en la literatura de cómo los estudios de eficacia que estamos observando para algunas intervenciones no son aplicables cuando los sacamos de ese contexto. Por ejemplo: tenemos las cuatro fases, pero lo que es interesante es cómo desarrollar los estudios en el contexto en el que nosotros queremos aplicar la intervención.

5. Puntos claves de Vigilancia y Control de las leishmaniasis: Discusiones y Acuerdos

Son varios los elementos que se discutieron durante el desarrollo de este bloque, sin embargo se deben resaltar algunos aspectos claves discutidos, que generaron además compromisos a mediano plazo:

5.1 Resumen de las discusiones y Acuerdos

- Evidenciase la necesidad de homogenizar la definición de casos confirmados de leishmaniasis y considerar la inclusión del criterio clínico epidemiológico, una vez que gran parte de los casos sospechosos, con resultado negativo, pero tratados y con respuesta favorable al tratamiento no estaban siendo incluidos por el sistema de vigilancia. En la secuencia fue realizado levantamiento de las definiciones de casos de cada uno de los países, hecha amplia discusión y acordado que cada país tendrá sus definiciones de casos sospechosos acuerdo a la su situación clínica y epidemiológica. Sin embargo, quedó acordada las siguientes definiciones de casos confirmados:

- Caso Confirmado por laboratorio: Caso sospecho que presente resultado de laboratorio positivo.
- Caso Confirmado por criterio clínico-epidemiológico: Caso sospecho que el resultado de laboratorio es negativo o inconcluso, pero presenta respuesta favorable al tratamiento con medicamentos específicos.
- Se presenta la propuesta de estratificación de riesgo para Leishmaniasis cutánea y mucosa, utilizando el indicador compuesto (ICLc). Después de la sesión de preguntas y discusiones los países consideraran la propuesta adecuada para utilización en la región y quedo establecido el plazo de hasta 30 de noviembre para enviaren consideraciones o comentarios. En eso momento fue aclarado que con la propuesta aprobada la estratificación de riesgo seria incluida en el SisLeish resultando en un Informe con los análisis al primer y según nivel administrativo sub nacional.
- Se presenta y discute la propuesta de los escenarios de transmisión de la Leishmaniasis visceral para la Región y algoritmo detallado para los países. Los países concordaran con la propuesta presentada y todos identificaran sus países acuerdo al escenario propuesto.
- Además se presenta de manera detallada la propuesta del Programa Regional, adicional a los algoritmos, acciones necesarias para todos los componentes, acuerdo a cada situación; para investigación de foco y descripción de toda la metodología para desarrollo de la vigilancia entomológica. Semejante a las discusiones anteriores los países consideraran las metodologías adecuadas para utilización en la región y una vez más quedó establecido el plazo de hasta 30 de noviembre para discutieren la propuesta internamente con sus contrapartes y enviaren al programa Regional consideraciones o comentarios.
- Con base en las evidencias presentadas, quedó establecido sobre el mantenimiento de las medidas tradicionales de control de la leishmaniasis visceral ya establecidas: diagnóstico oportuno de los casos humanos, tratamiento efectivo, eliminación de perros, fumigación con insecticidas, manejo ambiental y medidas de educación en salud. Sin embargo, fue reforzado sobre la importancia de considerar la situación epidemiológica local y que cualquier estrategia de control que incluya la eliminación de perros infectados tiene que considerar la sostenibilidad de esta medida de control en el contexto específico de receptividad local.
- Necesidad de implementar las acciones del manejo integrado del ambiente y promover estudios para evaluación de intervenciones como el uso de los mosqueteros impregnados en áreas con transmisión domiciliaria o peri domiciliaria de leishmaniasis cutánea o visceral. Con relación al uso de las vacunas antileishmaniasis visceral canina quedó establecido que se debe hacer estudios para evaluar su eficiencia y posterior toma de decisión para uso en salud pública
- Para solidificación de las propuestas presentadas, se discutió las definiciones de casos, los indicadores y denominadores actualmente utilizados por los países, los criterios usados para estratificación de riesgo y para priorizar y planificar acciones de vigilancia y control. ANEXO E: Detalles de las discusiones

BLOQUE 4

Estrategias y acciones integradas de vigilancia y control

1. Ponencia: Planes estratégicos de las enfermedades infecciosas desatendidas en las Américas. Oportunidades para la integración de acciones, a cargo de la Dra. Martha Idalí Saboyá. - Programa regional de las EID's, CHA-VT, OPS/OMS

La Asamblea Mundial de la Salud/OMS, aprobó la Resolución 66.12, en la que se hace un llamado por los países, para controlar, eliminar o erradicar un listado cerca de (17) enfermedades desatendidas. En la Región de las Américas, se tiene un listado, que es compuesto por un poco más de doce enfermedades que fueron incluidas en la resolución y básicamente están divididas por aquellas que tienen meta de eliminación o aquellas que tienen meta de control.

La OMS, habla de enfermedades tropicales desatendidas y en la región se denominan enfermedades infecciosas desatendidas, porque se incluyeron tétano neonatal y sífilis congénita. La OMS, ha estado promoviendo varias líneas de intervención para enfrentar las enfermedades desatendidas, hay un grupo de estas enfermedades, cuya estrategia principal es el tratamiento masivo de comunidades, en las cuales las prevalencias son altas. Algo similar de lo que hacemos con al desparasitación de geo helmintiasis, se hace para esquistosomiasis, para oncorcercosis y para ceguera por tracoma.

Por eso una de las estrategias, denominada quimioterapia preventiva, es el tratamiento preventivo sin que evidencie un diagnóstico caso a caso para hacer el tratamiento, sino que se hace de forma comunitaria cuando se encuentran prevalencias, en las cuales se amerita que haya este tratamiento para reducir rápidamente la intensidad de la infección.

Recomendaciones para la integración de acciones

- Identificación de cuál es el propósito de la integración.
- ¿Qué es lo que quiere integrar? Quiere integrar estructura o quiere integrar funciones? ¿va hacerlo a través de programas específicos? ¿se va a integrar en intervenciones? ¿Se va a integrar en instituciones o de socios? Es convergencia de acciones institucionales, o de acciones que ejercen los trabajadores de la salud en el campo, o convergencia de métodos de trabajo.
- El proceso de integración, tiene que pasar por una serie de preguntas para realmente definir qué y para qué lo quiere. ¿Cómo quiere integrarse?, ¿quiere integrarse entre organizaciones?, ¿quiere integrarse entre programas?, ¿quiere integrarse entre prestadores de servicios de salud?, ¿entre socios? ¿Cómo quiere hacerlo?
- Establecer un nivel de coordinación y un comité que los ayude a coordinarse entre todos o nombran a alguien que es el líder para hacer esa coordinación.
- Los objetivos y las estructuras del programa, siguen manteniéndose.

A nivel regional. El Consejo directivo de la OPS, ha producido varias resoluciones, en las cuales los Estados Miembros han manifestado su interés en eliminar o controlar varias de estas enfermedades como la (CD-49 – R-19). Otras son un poco más específicas; como la resolución para eliminar la oncorcercosis o la resolución y plan estratégico para Chagas entre otras. Adicionalmente, esas resoluciones tienen que traducirse en apoyo técnico, en desarrollo de guías, de protocolos, en documentos con los cuales podamos trabajar con los países en cómo implementar operativamente lo que el mandato está diciendo.

Básicamente, cuando se habla de integración; hay que preguntarse ¿por qué quiero integrar, ¿qué quiero integrar? Y ¿cómo quiero integrar?

Los programas integrados para el control y la eliminación de enfermedades desatendidas, son planes que tienen una meta común, en la cual hay un esfuerzo nacional y sub nacional, para poblaciones que viven en condiciones muy específicas en zonas bien ubicadas, y con un abordaje técnico sectorial e integral. Significa: Tener oportunidades, para mejorar operativamente el desempeño, considerados los aspectos comunes o específicos de ese grupo de enfermedades.

Listado de estrategias que la OMS propone para enfrentar las enfermedades desatendidas:

- Quimioterapia preventiva
- Manejo innovador e intensificado de las enfermedades (Chagas, Leishmaniasis)
- El manejo integrado de vectores.
- Componente de aguas seguras e higiene.
- Servicios de salud pública veterinaria, para el control de zoonosis.
- Fortalecimiento de las capacidades.

Desde el nivel regional, además de impulsar estas líneas estratégicas, se promueve todo lo que es el enfoque de acciones y factores relacionados con los determinantes sociales, reducir factores de riesgo ambiental, reducir inequidades causadas por factores socio culturales y de género, reducir pobreza en población endémica para las desatendidas e implementar sistemas de vigilancia y evaluación del riesgo.

Retos para la integración

- Generar evidencia. Son enfermedades no bien documentadas en su mayoría, un ejemplo: es la geo helmintiasis, que no hay suficiente información de prevalencia de infección en la región y se desconoce cuántos tratamientos tenemos que distribuir, cuántas veces al año, cuál es el impacto si quiero hacer monitoreo y seguimiento.
- Hay falencias en poder identificar: Quién tiene el problema, dónde está el problema y en qué nivel está el problema.
- No hay una adecuada toma de decisiones por que no hay la evidencia suficiente.
- No hay integración, no es fácil tratar de seguir el proceso de sentarnos juntos a pensar en una meta común, porque cada uno tiene su agenda, cada uno tiene su problema, cada uno tiene retos que resolver.

Perspectivas para el control y la eliminación de las EID en Latino América y el Caribe: de la teoría a la realidad local

- Pasar de planes unienfermedad a planes multi-enfermedad, integrados a plataformas de salud (APS), que vinculen claramente acciones multi-programas y con enfoque de determinantes sociales.
- Que hay compromiso de Estado (NACIONAL O SUBNACIONAL), con procesos de abogacía liderados por quienes toman las decisiones, con sustento político para un trabajo técnico integrado.
- Pasar de planes escritos a implementación local, seleccionado áreas demostrativas, con proyección a mediano plazo y vinculación de la sociedad civil organizada.
- Desarrollar herramientas y fortalecer las capacidades locales.

2. Intervención: Experiencia de Honduras, a cargo de la Dra. Rosa Helena Mejía, Jefe Nacional de Parasitología – Secretaria de Salud de Honduras

Recuento histórico del proceso de implementación

- En el año 2011 se elabora una encuesta nacional para medir la prevalencia de las geo helmintiasis y la malaria en escolares. La encuesta se desarrolló en todo el país durante tres meses.
- En el año 2012 se hizo el lanzamiento del Plan Estratégico de las EID's a nivel nacional, con todo el apoyo logístico y técnico de la Secretaría de Salud.
- Entre el 2012 y el 2013 se dio inicio a la elaboración de planes estratégicos, en siete regiones consideradas prioritarias, se implementaron planes operativos, uno para cada una de ellas.
- A partir del año 2012 se hace el plan de desparasitación de preescolares durante la jornada nacional de vacunación, el cual ha tenido muy buenos resultados.
- En el 2013, la jornada se llevó a cabo en siete municipios pertenecientes a los departamentos priorizados. También se dio inicio a la desparasitación de escolares por parte de la Secretaría de Educación, a través del programa Escuela Saludable.

En el país existen muchas enfermedades desatendidas, pero se les dio prioridad a nueve de ellas: Chagas, leishmaniasis, lepra, rabia, sífilis congénita, tétano neonatal, geo helmintiasis, oncorcercosis y leptospirosis. Para identificar los focos y determinar los planes sanitarios a seguir fue necesario revisar en qué lugares se presentaban estas enfermedades y, de esta manera, se lograron definir tres sectores en el mapa, según su prioridad:



Resultados más importantes

- Detección de la situación epidemiológica de cada municipio.
- Capacitación de personal de salud para dar respuesta en todos los ejes transversales de las EID's, con normas, protocolos, diagnósticos, un sistema de información y vigilancia, y el acceso a servicios de salud y educación fortalecida.
- Se cuenta con los siguientes indicadores: el número de planes integrales municipales que están en implementación; la reducción de la incidencia de las enferme-

dades infecciosas desatendidas que han sido intervenidas; el número de EID's con probabilidades de investigación definidas; el número de vigilancia para las EID's que cuentan con datos discriminados por edad, sexo y grupos étnicos; el número de municipios donde se ha hecho desparasitación a menores de cinco años, dentro de la campaña de vacunación; y el número de EID's que cuentan con material educativo actualizado.

- Material educativo relativo a la higiene y el lavado adecuado de manos.

Estrategias del Plan

Este ha sido el enfoque que se ha trabajado a lo largo de este proceso para implementar y desarrollar el plan estratégico, en los departamentos a los que se les ha dado prioridad en el país, y de esta manera, poder dar seguimiento a las nuevas actividades que tenemos programadas para el próximo año.

- Gestión intersectorial e interprogramática.
- Incentivar la investigación operativa y el desarrollo de nuevas tecnologías.
- Fortalecer la capacidad del sector de la salud.
- Conformar el grupo de integrantes de la mesa técnica para trabajar en las diferentes enfermedades priorizadas del país.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y de laboratorio.
- Favorecer la participación comunitaria, la participación de los gobiernos municipales y la promoción de salud.
- Trabajar en los escenarios de implementación que se han identificado, a través de los ejes transversales comunes a todas las EID's;
- Trabajar en la presencia y superposición de EID's en una zona geográfica determinada y con las municipalidades.
- Trabajar en aquellas áreas donde ha existido o existe un episodio epidemiológico.



Lecciones aprendidas

- Se ha conseguido el apoyo político de las autoridades de salud, las cuales han hecho presencia en la mesa técnica.
- Se ha podido disponer de un presupuesto, el cual es incrementado por los donantes que desean apoyar el Plan Estratégico en el país, para el estudio y control de las EID's.
- Se estableció la necesidad de trabajar en los determinantes de salud que incluyen la presencia de las EID's.
- La necesidad de capacitar al personal de salud a nivel central, regional, municipal y local, para poder implementar los planes y sostener el desarrollo de las actividades.
- Se comprendió que al actuar sobre los determinantes sociales, es más fácil prevenir la aparición de las EID's.
- La jornada nacional de vacunación y desparasitación de escolares nos demostró que la integración de actividades es una oportunidad para fortalecer los servicios de salud, reducir los costos y beneficiar a la población.
- La necesidad de vincular y coordinar, de forma activa, las acciones de prevención y control de las EID's y de otros vectores, con diferentes actores sociales del país, incluyendo los actores locales y las entidades como la Secretaria de Salud.
- Es importante incorporar donantes en la mesa técnica, pues ellos han creado nuevas oportunidades de financiamiento de los programas.
- Se entendió que la participación de los nueve programas que están integrados en la mesa técnica, y que se reúnen mensualmente, ha creado sostenibilidad en las acciones a nivel de campo, como fue el caso de la jornada de desparasitación y vacunación en menores de cinco años.
- Se evidenció que el apoyo de los programas nacionales y regionales dio excelentes resultados. De la misma manera, el apoyo técnico y financiero recibido por parte de la OPS ha mantenido la conformación de la mesa técnica.

3. Actividad por grupos: Integración del Programa de Leishmaniasis con otras enfermedades desatendidas, ventajas y desafíos.

3.1. Ventajas

- Articulación de agendas de trabajo.
- Los entrenamientos se pueden hacer de manera integral, ahorrando recursos en capacitaciones.
- Optimizar los recursos, el talento humano.
- Conocer la situación de las enfermedades desatendidas.
- Mejorar las coberturas.
- De manera integrada abordar determinantes en común para los programas.
- La actividad programática de un programa, puede ser la oportunidad, para hacer investigación operativa. Ejemplo: Brasil del trabajo que llevan en lepra y geo helmintiasis.

- Oportunidad de integrar la capacidad local en las redes de microcopistas, que pueden trabajar con la parte de malaria, a lepra y leishmaniasis.
- La oportunidad de hacer planificación conjunta e identificar puntos comunes.
- La oportunidad de focalizar acciones en territorio y para vincular acciones que aborden temas ambientales y de vivienda, que son comunes a las enfermedades transmitidas por vectores.
- La oportunidad de integrarnos en territorios, porque queremos llegar a territorios donde hay poblaciones afectadas.
- Oportunidad de potenciar las capacidades.

3.2. Desafíos

- La formulación del marco legal y operacional, para hacer que esto sea de manera sostenible y permanente.
- Sostenibilidad.
- Una adecuada alineación con los acuerdos internacionales.
- Elaboración y socialización de protocolos.
- Ausencia de voluntad de compartir sus presupuestos.
- Dificultad en hacer un solo presupuesto.
- Falta de formación del personal de salud en las universidades para trabajar de manera integrada.

3.3. Algunos interrogantes por resolver

- ¿Cómo usar los recursos financieros integrados cuando son de uso específico para diferentes programas?
- ¿Cómo trabajar en actividades para las cuales no hay presupuesto. Por ejemplo, cuando leishmaniasis no tiene fondos?
- ¿Cómo encontrar puntos comunes entre programas que tienen diferentes direcciones o jefaturas?
- ¿Cómo integrarse sin perder especificidad de los temas en las diferentes áreas?
- ¿Cómo no sobrecargar al personal del nivel local, cuando a nivel nacional cada programa o estrategia de su propia estructura?
- ¿Cómo nos integramos a nivel nacional, para facilitar el trabajo en el nivel local?

CONCLUSIONES

Principales conclusiones de la reunión

- Existe heterogeneidad en las definiciones de caso de leishmaniasis, así como en los indicadores que son recopilados y reportados por los países, lo cual es un reto para hacer el análisis estandarizado en la Región.
- El sistema de información regional de leishmaniasis –SisLeish- ha permitido tener datos que son usados por los países, lo cual facilita el consolidado y análisis estandarizados de la situación epidemiológica en la Región. Los delegados de los países aprobaron el cronograma para mantener el SisLeish actualizado con el reporte anual de datos, población y planificación de los medicamentos antileishmaniasicos en el SisLeish.
- El curso a distancia “Leishmaniasis en las Américas: Diagnóstico y Tratamiento de la leishmaniasis cutánea y mucosa”, es una herramienta que tiene contribuido para el proceso de capacitación de los profesionales de salud, por ser de fácil acceso, gratuito y disponible para realizar a cualquier tiempo en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS.
- Se ha detectado un incremento en la tasa de letalidad de la leishmaniasis visceral en la Región, de personas afectadas por la co-infección leishmaniasis visceral (LV) y VIH/Sida.
- En cuanto a la detección, diagnóstico y tratamiento de casos, los delegados de los países identificaron como principales avances: 1) mejora en el acceso a diagnóstico y tratamiento gratuito, 2) inclusión de pruebas rápidas de diagnóstico de LV en algunos países, 3) incremento en la capacidad de diagnóstico de laboratorio, 4) inclusión o ampliación de los criterios para uso de la Anfotericina B liposomal en personas afectadas por leishmaniasis visceral y 5) revisión y ajuste de las normas nacionales de Leishmaniasis.
- Se identificaron las siguientes debilidades en la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de casos, y en el control: 1) insuficiente capacidad para la identificación y caracterización de especies de Lutzomyias y de Leishmanias, 2) debilidades en la búsqueda activa de casos, 3) no hay suficiente capacidad para hacer diagnóstico en perros en áreas endémicas de LV, 4) falta de capacidad logística para implementar actividades de control en terreno, 5) dificultades en la implementación de acciones de promoción y prevención para Leishmaniasis, 6) dificultades en la planificación adecuada de insumos y medicamentos para garantizar el stock necesario, 7) debilidades en el seguimiento de los casos pos tratamiento, 8) alta rotación de personal de la salud en zonas endémicas, 9) Falta de vigilancia entomológica activa, 10) dificultades para caracterizar los focos y áreas de riesgo para la transmisión de Leishmaniasis, 11) no hay consenso en esquemas terapéuticos para profilaxis secundaria para co-infección de LV-VIH, y 12) no hay una red de laboratorios regional para Leishmaniasis con procesos estandarizados de evaluación del desempeño (Control de calidad interno y externo).
- Las recomendaciones terapéuticas para el tratamiento de las leishmaniasis en las Américas están actualizadas y disponibles por calidad de evidencias y nivel de recomendación, pero cada país con el apoyo de los expertos locales deben reevaluar sus recomendaciones e incorporen las nuevas propuestas de tratamiento teniendo en cuenta: las evidencias locales disponibles, la accesibilidad de las personas a los tratamientos, la capacidad operacional de los servicios de salud y los riesgos y beneficios de las intervenciones.

- El Fondo Estratégico de la OPS/OMS ha incluido los medicamentos anti-leishmaniasis y está en proceso de inclusión pruebas rápidas para diagnóstico de leishmaniasis visceral, lo cual se convierte en una oportunidad para facilitar el acceso a medicamentos con precios competitivos en el mercado y de calidad.
- Existen dificultades en varios países en la disponibilidad, adquisición, uso y farmacovigilancia de los medicamentos que se usan para las leishmaniasis, representando un reto importante para facilitar el tratamiento oportuno y acompañamiento adecuado a las personas afectadas.
- Los delegados de los países revisarán la propuesta de estratificación de riesgo para leishmaniasis cutánea y mucosa presentada por la OPS/OMS, y que fue hecha con base en los datos reportados por los países en el 2012. Luego enviarán los comentarios, recomendaciones y sugerencias al programa regional.
- Los delegados de los países revisarán la propuesta presentada por la OPS/OMS de acciones y metodologías para la vigilancia y control de las leishmaniasis. Luego también enviarán los comentarios, recomendaciones y sugerencias al programa regional para consolidación y elaboración del documento.
- La leishmaniasis visceral en el ambiente urbano es un reto para el control de la enfermedad en las Américas. En los últimos años, los determinantes ambientales, climáticos, sociales e económicos tienen contribuido para el cambio de hábitos de los vectores y el mismo tiene ser adaptado muy fácilmente en diferentes ecotopos. Además, en el ambiente urbano, los perros cuando infectados son el principal reservorio de la leishmaniasis visceral y constituyen un factor de riesgo para los seres humanos.
- Las intervenciones actualmente disponibles dirigidas contra el reservorio canino o el vector, no tienen ser mostrada efectiva para el control de la LV humana, sin embargo, los estudios disponibles que evaluaran esas medidas no obtuvieron buen desempeño en la evaluación de la calidad debido a factores metodológicos y escasa información sobre las condiciones sociales y económicas de las áreas evaluadas y como las intervenciones fueron planificadas, registradas e implementadas (Peixoto, 2013: Revisão de literatura para avaliar as evidências sobre as medidas de controle canino e vetorial na leishmaniose visceral).
- Con base en las evidencias presentadas, quedó establecido sobre el mantenimiento de las medidas tradicionales de control de la leishmaniasis visceral ya establecidas: diagnóstico oportuno de los casos humanos, tratamiento efectivo, eliminación de perros, fumigación con insecticidas, manejo ambiental y medidas de educación en salud. Sin embargo, fue reforzado sobre la importancia de considerar las pruebas diagnósticas utilizadas, los escenarios y la situación epidemiológica local y que cualquier estrategia de control que incluya la eliminación de perros infectados tiene que considerar la sostenibilidad de esta medida de control en el contexto específico de receptividad local.
- Existen dificultades para identificar, definir las necesidades y prioridades de investigación para fortalecer los programas de leishmaniasis, y el diálogo entre los grupos de investigación y los programas de leishmaniasis no siempre es fluido. En los trabajos de grupos realizados a cada tema fueron discutidas por los delegados de los países las principales necesidades de investigación y levantadas aquellas que están en desarrollo por los distintos grupos de investigaciones. (ANEXO F)
- Los delegados de los países coincidieron en que la epidemia de dengue impone un reto adicional cada año para mantener las acciones de control de las leishmaniasis, por eso discutieron la importancia, viabilidad y estrategias posibles para desarrollo de acciones integradas con otras enfermedades.

RECOMENDACIONES

Principales recomendaciones de la reunión

- Es necesario estandarizar la definición de casos confirmados de leishmaniasis, así como de los indicadores epidemiológicos, entomológicos y operacionales que son recopilados y reportados por los países, con el fin de mejorar la comparabilidad en el análisis. Esa estandarización fue presentada por el programa regional y discutida durante la reunión, sin embargo los programas nacionales de leishmaniasis definirán la ruta de trabajo para hacer las adaptaciones necesarias a sus sistemas de notificación, así como la actualización de las guías y protocolos.
- Se solicita a OPS/OMS hacer un cronograma y flujograma para mantener actualizado e implementado el SisLeish, hacer el análisis de los datos regionales y facilitar el acceso a consultas para los niveles subnacionales. De igual forma, se recomienda a los delegados de los países consensuar al interior de los ministerios de salud las acciones necesarias para cumplir con las fechas y datos que serán registrados en el SisLeish cada año.
- Los programas nacionales de leishmaniasis pueden usar y potenciar el curso de leishmaniasis a distancia de la OPS/OMS para aumentar la capacitación para los trabajadores de la salud, incluyendo al personal de control de vectores.
- Se solicita a OPS/OMS hacer las adecuaciones necesarias para que el curso a distancia de leishmaniasis esté disponible para su realización offline, teniendo en cuenta la dificultad de los profesionales en el acceso al curso en algunas áreas endémicas de la región. Además se requiere el curso para leishmaniasis visceral en el idioma portugués y español.
- Se requiere cooperación técnica del programa regional de leishmaniasis para reforzar el entrenamiento del personal de salud en: 1) el control de las leishmaniasis, incluyendo temas como la vigilancia, el control de vectores, entre otros y 2) vigilancia y control entomológicos.
- Se requiere fortalecer el trabajo inter-programático en los países para la vigilancia y control estandarizados de la co-infección LV y VIH/Sida. Esto incluye, mantener el reporte de casos al SisLeish.
- Se recomienda que los países que no han actualizado las guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis avancen en el proceso, aprovechando que recientemente el programa regional de leishmaniasis publicó la guía de manejo de casos basada en la evidencia.
- Los programas nacionales de leishmaniasis solicitan el apoyo de OPS/OMS para el fortalecimiento e implementación de redes nacionales de laboratorio (control de calidad nacional) y continentales (control externo).
- Los países que tienen dificultades para acceder a medicamentos anti-leishmaniasis pueden usar el mecanismo provisto por el Fondo Estratégico de la OPS/OMS, el cual además provee cooperación técnica a los países en el proceso de adquisición de los medicamentos.
- Se requiere que los países incluya anualmente en el SisLeish hasta el día 15 de agosto las necesidades de medicamentos para el año siguiente, para que el Fondo

Estratégico tenga como hacer cotización y adquisición conjunta para mayor reducción de los precios.

- Los delegados de los países solicitan el apoyo del Fondo Estratégico para que incluyan la oferta de otros insumos necesarios para la vigilancia y control de la Leishmaniasis, como pruebas de diagnóstico, biología molecular, insecticidas, trampas, entre otros.
- Es importante promover el trabajo interpaíses para implementar acciones de control de las leishmaniasis en las áreas de frontera. Para ello, la coordinación de proyectos comunes regionales como los TCC (Proyectos de cooperación técnica entre países) es una ventana de oportunidad. Para tanto se recomienda que los países mantengan actualizados el rol de municipios de fronteras y que el Programa Regional incluya en el SisLeish el Informe de leishmaniasis en las áreas de fronteras.
- El Programa Regional deberá consolidar y revisar la propuesta de estratificación de riesgo de leishmaniasis presentada por la OPS/OMS y evaluada por los países, y como solicitado incluir y tener disponible ese informe en el SisLeish, para que todos los países tengan acceso a esa información en el primer y según nivel administrativo sub nacional.
- Se solicita a la OPS/OMS consolidar y tener disponible las acciones y metodologías para vigilancia y control de las leishmaniasis en la Región.
- Se solicita que los países al interior de los ministerios consensuen y definan las acciones necesarias para mejorar el acceso al diagnóstico, mantener tratamiento adecuado, acompañamiento y registro de la evolución de los casos de leishmaniasis, así como de la detección y registro de los eventos adversos a los medicamentos antileishmaniasicos. Además, se recomienda estructurar o implementar los servicios de referencias para tener disponible los tratamientos de pacientes con leishmaniasis en su forma grave, en situaciones especiales y para aquellos con contraindicación del uso de las opciones terapéuticas sistémicas.
- mantenimiento de las medidas tradicionales de control de la leishmaniasis visceral ya establecidas: diagnóstico oportuno de los casos humanos, tratamiento efectivo, eliminación de perros, fumigación con insecticidas, manejo ambiental y medidas de educación en salud. Sin embargo, fue reforzado sobre la importancia de considerar las pruebas diagnósticas utilizadas, los escenarios y la situación epidemiológica local y que cualquier estrategia de control que incluya la eliminación de perros infectados tiene que considerar la sostenibilidad de esta medida de control en el contexto específico de receptividad local
- Los países requieren identificar y establecer las necesidades y prioridades de investigación operativa en los programas de leishmaniasis, e identificar las estrategias para integrar esa investigación al programa.
- Se insta a los programas nacionales a establecer estrategias innovadoras y acciones de integración entre los programas de leishmaniasis con los programas de control o eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas o con otros programas de salud, en el contexto de la Atención Primaria en salud. Esto permitirá potenciar el uso de plataformas y capacidades ya existentes para aumentar la cobertura de acciones de control de las leishmaniasis.

ANEXOS

ANEXO A

Agenda de la Reunión

Ciudad de Panamá, Panamá – 08 al 10 de octubre de 2013

OBJETIVOS DE LA REUNION

1. Identificar y analizar los avances y dificultades de los países en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control de leishmaniasis en las Américas
2. Levantar y definir las necesidades de cooperaciones, discutir y establecer estrategias para apoyar y fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en la Región.
3. Revisar y discutir las recomendaciones y evidencias del diagnóstico, tratamiento y acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis.
4. Presentar, discutir y definir propuesta para estratificación epidemiológica de leishmaniasis y desarrollo de acciones de vigilancia entomológica en las Américas.
5. Identificar las oportunidades y estrategias para integración de las acciones de leishmaniasis y otras enfermedades desatendidas
6. Identificar los vacíos de información y establecer necesidades de investigación, con miras al fortalecimiento de las acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas.

MARTES, 08 de octubre del 2013 – Salón Principal

08:00 - 08:30 Inscripción e instalación de los pósteres

08:30 - 09:10 Ceremonia de Inauguración – Palabras de Apertura

Representante de OPS/OMS en Panamá - *Luis Gerardo Castellanos*, Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores, OPS/OMS

Representante Ministerio de Salud de Panamá

09:10 - 09:40 Introducción: Presentación e Información General

Ana Nilce S M Elkhoury, CHA-VT, OPS/OMS

09:40 - 10:00 Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores: Visión Estratégica

Luis Gerardo Castellanos, CHA-VT, OPS/OMS

BLOQUE 1 - Leishmaniasis en los Países de las Américas: Aspectos Epidemiológicos, Investigación y Gestión de los Programas Nacionales

Moderadores: Mañana: *Ana Nilce Elkhoury* y Tarde: *Zayda Yadon*

10:00 - 10:10 Introducción del tema: *Ana Nilce S M Elkhoury*, CHA-VT, OPS/OMS

10:10 - 10:50 1) Leishmaniasis visceral en las Américas y los diferentes escenarios epidemiológicos

- Países en expansión –*Daniel Salomón*, Instituto Nacional de Medicina Tropical, Ministerio de Salud de Argentina (10min)
- Países endémicos control - *Martha Ayala*, Instituto Nacional de Salud de Colombia (10 min)
- Casos esporádicos: Caracterización de la Leishmaniosis Visceral en Honduras
Wilberto Montalvan, Ministerio de Salud de Honduras (10 min)
- Casos esporádicos – *Nadia Fernández Santos*, Ministerio de Salud de México (10 min)

10:50 - 11:00 Discusión

11:00 - 11:10 Intervalo

- 11:10 - 12:45 2) Café con Póster: Situación epidemiológica de las leishmaniasis en los países
- 12:45 - 14:00 Almuerzo
- 14:00 - 15:00 3) Sistema de información regional de leishmaniasis y los indicadores de monitoreo
Ana Nilce Elkhoury, CHA-VT, OPS/OMS
- 15:00 - 15:20 Discusión y recomendaciones
- 15:20 - 15:40 4) Coinfección Leishmaniasis visceral e VIH/SIDA en Brasil: Un desafío para las Américas
Marcia Leite de Sousa Gomes, Brasil
- 15:40 - 15:55 Discusión y recomendaciones
- 15:55 - 16:20 5) Definición de Prioridades de Investigación en Leishmaniasis
Zaida Yadon, CHA-VT, OPS/OMS
- 16:20 - 16:35 Discusión
- 16:35 - 16:45 Intervalo
- 16:45 - 17:30 6) Trabajo en Grupos: Debilidades y Necesidades de Cooperación
Grupo 1 - *Martha Idalí Saboyá, CHA-VT, OPS/OMS*
Grupo 2 - *Zaida Yadon, CHA-VT, OPS/OMS*
Grupo 3 - *Victor del Río, PANAFTOSA, OPS/OMS*
- 17:30 - 18:15 Presentación, discusión y conclusión
Cierre del día

MIÉRCOLES, 09 de octubre del 2013 – Salón Principal

BLOQUE 2 - Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de las Leishmaniasis

Moderador: Martha Saboya

- 08:00 - 08:30 Conclusiones y recomendaciones del día anterior
- 08:30 - 08:40 Introducción del tema: Ana Nilce Elkhoury, CHA-VT, OPS/OMS
- 08:40 - 09:00 1) Pruebas rápidas para el diagnóstico de la leishmaniasis visceral en las Américas: Validación e importancia para el Programa de Control
Gustavo Adolfo Sierra Romero, Universidad de Brasilia-Brasil
- 09:00 - 09:30 2) Tratamiento de las leishmaniasis cutánea y mucosa en las Américas: actualización de las evidencias y recomendaciones vigentes
Ana Nilce Silveira Maia Elkhoury, CHA-VT, OPS/OMS
- 09:30 - 09:55 3) Leishmaniasis visceral: Factores de riesgo para muertes y recomendaciones para reducción de la letalidad
Gustavo Adolfo Sierra Romero, Universidad de Brasilia
- 09:55 - 10:20 4) Fondo estratégico de la OPS/OMS - Cooperación para gestión y acceso a los insumos para vigilancia y control de las leishmaniasis: Situación y perspectivas
Nora Giron, OPS/OMS
- 10:20 - 10:45 Discusión
- 10:45 - 11:00 Intervalo
- 11:00 - 12:00 5) Trabajo en Grupos - Diagnóstico y Tratamiento de las leishmaniasis: Discusión dirigida y recomendaciones
Grupo 1 - *Martha Idalí Saboyá, CHA-VT, OPS/OMS*
Grupo 2 - *Zaida Yadon, CHA-VT-OPS/OMS*
Grupo 3 - *Gustavo Romero, UnB-Brasil*
Grupo 4 - *Nora Giron, OPS/OMS*
- 12:00 - 12:45 Presentación, discusión y recomendaciones
- 12:45 - 14:00 Almuerzo

BLOQUE 3 - Vigilancia y Control de las Leishmaniasis

Moderador: Victor Del Rio

- 14:00 - 15:10 1) Propuesta para clasificación epidemiológica de las leishmaniasis y algoritmos acciones de vigilancia y control de las leishmaniasis
Ana Nilce Silveira Maia Elkhoury, CHA-VT, OPS/OMS
- 15:10 - 15:20 Discusión
- 15:20 - 16:00 2) Medidas de Control de leishmaniasis visceral en las Américas:
Ventajas y desventajas
Gustavo Adolfo Sierra Romero, Universidad de Brasilia
- 16:00 - 16:40 3) Vectores de leishmaniasis en las Américas: Propuesta para la vigilancia entomológica en la Región - OPS/OMS
Daniel Salomon, Instituto Nacional de Medicine Tropical de Argentina
- 16:40 - 16:55 Intervalo
- 16:55 - 17:15 4) Situación actual de las vacunas antileishmaniasis visceral canina:
¿Cuáles son los criterios para uso en Salud Pública?
Victor del Río, PANAFTOSA-OPS/OMS
- 17:15 - 18:00 Discusión
Cierre del día

JUEVES, 10 de octubre del 2013 – Salón Principal

BLOQUE 3 - Vigilancia y Control de las Leishmaniasis (Continuación)

Moderador: Martha Saboya

- 08:00 - 08:15 Introducción del tema: Ana Nilce Elkhoury, CHA-VT, OPS/OMS
- 08:15 - 11:30 Sesión 5. Trabajo en Grupos: Discusión dirigida y recomendaciones
Grupo 1 - Martha Idalí Saboyá, CHA-VT, OPS/OMS
Grupo 2 - Zaida Yadon, CHA-VT-OPS/OMS
Grupo 3 - Victor del Río, PANAFTOSA-OPS/OMS
- 11:30 - 12:45 Presentación, discusión y recomendaciones
- 12:45 - 13:45 Almuerzo

BLOQUE 4 - Estrategias y Acciones Integradas de Vigilancia y Control

Moderador: Ana Nilce Elkhoury

- 13:45 - 14:45 1. Planes estratégicos de las enfermedades infecciosas desatendidas en las Américas: Oportunidades para la Integración de acciones
Martha Idali Saboya, Programa Regional de las EIDs, CHA-VT, OPS/OMS
- Experiencias de Países (15min)
- 14:45 - 15:00 Discusión
- 15:00 - 16:00 2. Trabajo en Grupos: Discusión dirigida y recomendaciones
Grupo 1 - Martha Idalí Saboyá, CHA-VT, OPS/OMS
Grupo 2 - Zaida Yadon, CHA-VT-OPS/OMS
Grupo 3 - Victor del Río, PANAFTOSA-OPS/OMS
- 16:00 - 17:30 Presentación, discusión y recomendaciones
Cierre

ANEXO B

Lista de participantes

ARGENTINA

Dr. Oscar Daniel Salomón
Director
Instituto Nacional de Medicina Tropical
Neuquén y Jujuy s/n - Puerto Iguazú
Teléfono fijo: 54 3757 425001
Teléfono móvil: 54 11 1538568113
Fax: 54 3757 425001/02
E-mail: dsalomon@msal.gov.ar

BOLIVIA

Ana Gabriela Herrera
Responsable Nacional del Programa de Leishmaniasis
Ministerio de Salud y Deportes
Edificio VICTOR - Calle Fdo. Guachalla entre 6 de agosto y 20 de octubre - La Paz
Teléfonos (fijo y móvil): 591-2-2441328
Celular: 71268259
Fax: 591-2-2441328
E-mail: dra_anagherrera@yahoo.com

BRASIL

Gustavo Adolfo Sierra Romero
Profesor Asociado
Depto de Núcleo de Medicina Tropical
Universidade de Brasília
SQSW 100 Bloco B Apto 504 - Brasília, DF
Teléfono fijo: +55 61 331070081
Teléfono móvil: +55 61 99678759
E-mail: romgustavo@gmail.com;
gromero@unb.br

Lourdes Amélia de Oliveira Martins
Analista Técnico de Políticas Sociais
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis - Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis - Brasília
Teléfono fijo: (61) 3213-8153
Teléfono móvil: (61) 8460-1868
Fax: (61) 3213-8140
E-mail: lourdes.martins@saude.gov.br

Marcia Leite de Sousa Gomes
Consultora técnica
Ministério da Saúde
SAS Qd 4 Bloco N 2o andar - Edifício Principal
Brasília
Teléfonos (fijo y móvil): 55 61 3213-8155
Fax: 55 61 3213-8140
E-mail: marcia.sousa@saude.gov.br
marcia1107@gmail.com

COLOMBIA

Jovana Alexandra Ocampo Cañas
Docente Investigadora
Universidad de los Andes
Carrera 87 A no 127-59 San Jorge I 3-29
Bogotá
Teléfono fijo: 057-1 3394949 Ext. 1245
Teléfono móvil: 057 1 3162249394

E-mail: benkos6up@yahoo.com ja.ocampo@uniandes.edu.co

Martha Stella Ayala Sotelo
Coordinadora Grupo de Parasitología –
Redes en Salud Pública
Instituto Nacional De Salud
Av Calle 26 Número 51-20 Bogotá, D.C.
Teléfonos (fijo y móvil): 57+ (1) 2207700
Extensiones: 1322 1323 y 1337
Fax: 57 + (1) 2207700 Extensión: 1200
E-mail: mayalas@ins.gov.co
mayalas1805@gmail.com

Mauricio Javier Vera Soto
Profesional Especializado - Coordinador de Subprograma Nacional de Control de Leishmaniasis
Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No 32-76 P14. Bogotá
Teléfonos (Fijo y Móvil): (571) 3305000
Ext 1400 y 1468 / (57) 3153970376
Fax: (571) 3305050
E-Mail: mvera@minsulad.gov.co
maurojvs@yahoo.com

COSTA RICA

Liliana Jiménez
Microbióloga
Vigilancia de la Salud - Ministerio de Salud
Calle 16, Ave. 8 San José
Teléfono fijo: (506) 2257-7149
Fax: (506) 2257-7149
E-mail: ljimenez4@gmail.com

ECUADOR

José Mauricio paredes
Médico
Epidemiología - Hospital Puyo
9 de Octubre y Alberto Feican – Pastaza
Teléfono (fijo): 5932 793038
Teléfono móvil: 593 995830833
E-mail: jose.paredes@dpspa.gob.ec

EL SALVADOR

Alexandra Portillo de Juárez
Encargada de la Unidad de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas
Ministerio de Salud de El Salvador
Dirección de Enfermedades Infecciosas
Arce #827 - San Salvador
Teléfono fijo: (503) 22975579, 22975578
Teléfono móvil (503) 79230952
Fax: 22975577
E-mail: alexaportillo2@yahoo.com
aportillo@salud.gob.sv

GUATEMALA

Erik Antonio Durán Bayer
Responsable Subprograma de Leishmaniasis
Departamento de Regulación de los Programas

de Atención a las Personas/Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
5ª avenida 11-40 zona 11 Colonia El Progreso
Teléfono fijo: (502) 24723924
Teléfono móvil: (502) 30141399
Fax: (502) 24721639
E-mail: erickntn@yahoo.com

MÉXICO

Janet Morales Enríquez
Coordinadora Estatal del Programa de Prevención y Control de Chagas y Leishmaniasis
Secretaría de Salud del Estado de Chiapas
Programa de Prevención y Control de Chagas y Leishmaniasis
Unidad administrativa - Edificio "C" Col. Maya C.P. 29010 - Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Teléfono fijo: (+) 52 9616189250
Teléfono móvil: (+) 52 961 155 60 40
E-mail: janetm2e@hotmail.com

Nadia Angélica Fernández Santos
Jefa Depto. de Oncocercosis y OETV
Dirección del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)
Benjamín Franklin 132, piso 1, Col. Escandón, Del. Miguel Hidalgo - México, D.F.
Teléfono fijo: (+) 52 55 2614-6461
Fax (+) 52 55 2614-6462
E-mail: nadiafernandezetv@yahoo.com.mx

NICARAGUA

Gerardo Manuel Delgado Mendoza
Coordinador de Componentes, Leishmaniasis y Lepra
Dirección Prevención de Enfermedades
Ministerio de Salud
Complejo Nacional de salud, Dra. Concepción Palacios, Contiguo Colonia Primero de Mayo. Managua
Teléfono fijo institucional: 2289-4700 Ext. 1478
Teléfono móvil: 8647-1109 Claro, 8561-5485 Movis.
E-mails: leishmaniasis@mins.gob.ni
gedelmen@yahoo.com

PANAMÁ

Anayansi Valderrama
Investigadora
Depto de Entomología- Ministerio de Salud
Antiguo Hospital Gorgas – Ancón
Edif. 237, 238, 253, 265
Teléf. Fijo: (507) 512-9338
Fax: (507) 512-9449
E-mail: avalderrama@gorgas.gob.pa
anyvald@gmail.com
Cristina Gómez
Coordinadora Regional

Epidemiología Regional Panamá Oeste
La Chorrera, Residencial La Florida
Teléf. Fijo: (507) 254-8581
Teléf. Móvil: (507) 6672-9293
Fax: (507) 254-8581
E-mail: crislin25@hotmail.com

Héctor Paz
Médico Investigador
Medicina Tropical Clínica
Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
Ave. Justo Arosemena - Panamá
Teléf. Fijo: (507) 527-4881
Teléf. Móvil: (507) 69431677
E-mail: hpazinfo@yahoo.com

Jesica Candanedo
Dirección General de Salud, Subdirección de la Población
Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor - Ministerio de Salud
Teléf. Fijo: (507) 512-9269 ext. 1096
Teléf. Móvil: (507) 6691-7396
Fax: (507) 512-9296
E-mail: jecandanedo@minsa.gob.pa

José Lasso
Supervisor Nacional Chagas y Leishmaniasis
Control de Vectores
Ministerio de Salud
Ancón Gorgas, Edif. 265
Teléf. Fijo: (507) 512-9326
Teléf. Móvil: (507) 6711-8647
Fax: (507) 512-9496
E-mail: jlasso81@hotmail.com

Juan Gabriel Rodríguez Grau
Director Médico Regional/Epidemiólogo Regional - Epidemiología
Ministerio de Salud
Ave. La Pulida, Villanatura
Teléf. Móvil: (507) 6522-0615
E-mail: jrg05@hotmail.com

Lizbeth Cerezo
Epidemióloga
Vigilancia Epidemiológica
Ministerio de Salud - Ancón
Teléf. Fijo: 507 512-9267
Teléf. Móvil: 507 6400-5673
E-mail: lcerezo@minsa.gob.pa

Max Ramírez
Director Nacional de Salud
Ministerio de Salud
Ancón, Edif. 261 – Piso 1
Teléf. Fijo: (507) 512-9338
Fax: (507) 512-9449
E-mail: mramirez@minsa.gob.pa

Raquel G. de Mock
Coordinadora Nacional de Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Dirección General de Salud, Subdirección de la Población - Ministerio de Salud
Calle Gorgas, Edificio 261 – Ancón
Teléf. Fijo: (507) 512-9269
Teléf. Móvil: (507) 6674-5796

Fax: (507) 512-9296
E-mail: rdemock@minsa.gob.pa
PARAGUAY
Andrés Canese
Asistente Técnico
Programa Nacional de Control de las Leishmaniasis - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Manuel Domínguez esq. Brasil - Asunción
Teléfono fijo: 595 21 493295
Teléfono móvil: +595971213191
Fax: 595 21 493295
E-mail: acanese@click.com.py

PERU
Dulcinea Edith Zúñiga Abregú
Equipo técnico de la Dirección General y Administradora del Registro Nacional de Establecimientos de Salud - Dirección General de Salud de las Personas - Ministerio de Salud
Av. Salaverry C/8 s/n - Lima
Teléfono fijo: (511) 3308386
Teléfono móvil: 994651609
Fax: (511) 3156600 anexo 2686
E-mail: dzunigaa@minsa.gob.pe

Juan Manuel Nunura Reyes
Miembro de Equipo Técnico
Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores
Av. Salaverry 801 - Lima
Teléfono fijo: (51-1) 315-6600 anexo 2669
E-mail: jnunura@minsa.gob.pe
arunun44@yahoo.com

VENEZUELA
Harland Schuler
Médico
Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina
Esq. de San Nicolás a Providencia
Hospital Vargas - Caracas
Teléfono fijo: 58212 862-6807
Fax: 58212 862-6807
E-mail: harlandschuler@gmail.com

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Adelina Barrantes Serrano
Consultora Nacional
Enferm. Transmisibles y Análisis de Salud (CHA)
Ancón, Ave. Gorgas, Edificio 261, Ministerio de Salud, Piso 2 - Panamá
Teléfono fijo: 212-7800; 262-0030
Teléfono móvil: 60610964
Fax: 262-4052
E-mail: barrantesa@paho.org

Ana Nilce Silveira Elkhoury
Asesora Regional en Leishmaniasis
Enferm. Transmisibles y Análisis de Salud (CHA)
Av. Gov. Leonel de Moura Brizola, 7778
Duque de Caxias, RJ - Brasil
Teléfono fijo: (5521) 3661-9040

Teléfono móvil: (5521) 8221-6666
Fax: (5521) 3661-9001
E-mail: aelkhoury@paho.org
Jorge Victoria
Asesor Subregional para Centroamérica en Prevención y Control de Tuberculosis
Ancón, Avda. Gorgas, Edif. 261 – 2º. Piso Panamá
Teléfono fijo: 507 212-7800 ext. 48-202
Teléfono móvil: 507 6898-6930
Fax: 262-4052
E-mail: victoraj@paho.org

Lia Puppim Buzanovsky
Geógrafa
Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
Av. Gov. Leonel de Moura Brizola, 7778
Duque de Caxias, RJ - Brasil
Teléfono fijo: (5521) 3661-9044
Fax: (5521) 3661-9001
E-mail: buzanovsky@paho.org

Mario Masana
Asesor Internacional en Investigación en Salud
Prevención y Control de Enfermedades
Edif. Barcelona, Calle Victor Sanjines, 2678 – Piso 6 - Plaza España – La Paz - Bolivia
Teléfono fijo: (5912) 241-2653
Fax: (5521) 241-2598
E-mail: mmasana2paho.org

Martha Idali Saboya
Enfermedades Infecciosas Desatendidas
Especialista en Enfermedades Infecciosas Desatendidas - Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA)
525 23rd Street, NW -Washington, D.C. - EEUU
Teléfono fijo: (202)974-3875
E-mail: saboyama2@paho.org

Nora Girón
Coordinadora Regional del Fondo Estratégico
Edificio Imperial, 6º. y 7º. Piso - Colonia Palmira Tegucigalpa - Honduras
Teléfono fijo: (504) 2221-6091 EXT. 49722
E-mail: gironn@paho.org

Victor del Río
Asesor en Zoonosis
Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
Av. Gov. Leonel de Moura Brizola, 7778
Duque de Caxias, RJ - Brasil
Teléfono fijo: (5521) 3661-9084
Fax: (5521) 3661-9001
E-mail: vdelrio@paho.org

Zaida Yadón
Asesora Regional de Investigación en Enfermedades Transmisibles
Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA)
Av. Gov. Leonel de Moura Brizola, 7778
Duque de Caxias, RJ - Brasil
Teléfono fijo: (5521) 3661-9084
Fax: (5521) 3661-9001
E-mail: vdelrio@paho.org

ANEXO C

Cronograma concertado de reporte de datos, población y medicamentos a SisLeish

DATOS	FECHA PROPUESTA	A QUIÉN
Envío de datos de población del año en curso	30 de abril de cada año	Programa Regional de Leishmaniasis
Entrada de datos epidemiológicos (individual o por importación)	30 de abril de cada año (finales o preliminares) 30 de junio de cada año deben ser entrados los datos finales	En SisLeish
Envío de datos de nuevas especies de vectores	30 de abril de cada año	Programa Regional de Leishmaniasis
Necesidades de medicamentos para el año siguiente	15 de Agosto de cada año 30 de octubre para el 2013	En SisLeish
Lista de municipios de frontera	30 de noviembre del 2013	Programa Regional de Leishmaniasis

Fuente: Elaboración trabajo grupal Panamá 9 de octubre

ANEXO D

Cuadros Resumen

Problemas y soluciones en el diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis

Cuadro 1 - Diagnóstico de las leishmaniasis: Problemas actuales y soluciones

PROBLEMAS ACTUALES	POSIBLES SOLUCIONES
Accesibilidad al diagnóstico de la leishmaniasis cutánea a nivel local	Capacitación en el nivel local para incrementar el diagnóstico de leishmaniasis con calidad
	<ul style="list-style-type: none"> Integración de la realización de frotis a redes de microscopía ya existentes definiendo cómo se hará la capacitación y el control de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> Estandarizar algoritmos de diagnóstico de las leishmaniasis en los países en los que aún hay debilidades en este tema
	<ul style="list-style-type: none"> El curso de leishmaniasis vía Web es una alternativa adecuada para mejorar la capacitación. Es necesario identificar módulos que puedan ser completados por trabajadores al nivel local que no tienen el nivel de formación para hacer todos los módulos Buscar alternativas para disponer el curso de leishmaniasis para trabajadores de la salud en zonas en las que no hay acceso a Internet (versión en DVD)
Debilidades en la estructuración e implementación de programas de evaluación del desempeño en los países	Estandarizar e implementar los programas de evaluación del desempeño para frotis (control de calidad interno y externo) en todos los países
Ausencia de un programa de evaluación de la calidad internacional para los laboratorios nacionales en la Región	Conformar una red de laboratorios regional y estandarizar un programa internacional de evaluación del desempeño de los laboratorios nacionales de referencia en leishmaniasis
Dificultades en el acceso a pruebas de Montenegro (Leishmaniana)	Apoyo de la cooperación técnica para que haya suficiente oferta de prueba de Montenegro para que los países puedan adquirirla
Dificultades en el diagnóstico leishmaniasis visceral que genera demoras en la toma de decisiones terapéuticas	Ampliar acceso a pruebas rápidas en los países de la Región. Esto incluye la definición de protocolos y algoritmos de toma de decisiones en cada país para estandarizar su uso y alcance en apoyo al diagnóstico de la leishmaniasis visceral
Dificultades en la estandarización operativa para la identificación de especies	Apoyar a los países desde la cooperación técnica para definir en qué momento se requiere revisar las especies circulantes desde el punto de vista epidemiológico y programático.

Fuente: Elaboración trabajo grupal Panamá 9 de octubre

Cuadro 2 - Uso de los antimoniales en el tratamiento de las leishmaniasis: Problemas y soluciones

PROBLEMAS ACTUALES	POSIBLES SOLUCIONES
<p style="text-align: center;">Uso de Antimoniales</p>	
<p>Tratamiento tóxico, prolongado de prescripción compleja que exige monitoreo de laboratorio y a veces manejo intrahospitalario</p> <p>Falta de alternativas menos tóxicas de uso oral o tópico</p> <p>Tratamiento complejo operacionalmente que causa abandono y miedo</p>	<p>Desarrollo de tratamientos orales y tópicos</p> <p>Desarrollo de estrategia de educación en salud e capacitación del equipo de salud específicamente en el tema de tratamiento y seguimiento de pacientes</p>
<p>Posología del antimonial es compleja y la cantidad de solución a ser administrada intramuscular es problemática, una vez que varios países no utiliza la vía intravenosa.</p>	<p>Capacitar para la administración intravenosa</p>
<p>Tratamiento antimonial complejo, doloroso, restricción de aplicación por enfermeras, miedo a la administración intravenosa, baja adherencia y falta de registro del tratamiento - Panamá</p>	<p>Sistema de vigilancia que incluya aspectos terapéuticos</p>
<p>Prescripción, administración inadecuada de los derivados antimoniales (AM) y gestión inadecuada de existencias a nivel local</p>	<p>Capacitación a personal de salud sobre la dosificación y administración de AM</p> <p>Intercambio de material informativo para el personal de salud</p> <p>Realizar supervisiones capacitaciones a los niveles locales y auditorios de recetas y administración.</p>
<p>Falta de criterios claros para evaluar adecuadamente situaciones de riesgo de desarrollar eventos adversos graves – Paraguay</p>	<p>Evaluar los eventos adversos y muertes decurrentes del uso de los antimoniales en cada país y en conjunto con los Expertos locales definir criterios de riesgo</p>

Fuente: Elaboración trabajo grupal Panamá 9 de octubre

Cuadro 3 - Acceso al tratamiento e información de su uso en las leishmaniasis: Problemas y soluciones

PROBLEMAS ACTUALES	POSIBLES SOLUCIONES
ACCESO AL TRATAMIENTO	
Acceso al cuidado difícil por la centralización de los recursos para tratamiento	Capacitación amplia del equipo de atención primaria y participación de la comunidad en el seguimiento
Dificultad de acceso por la centralización del manejo de leishmaniasis mucosa	Descentralización de la atención con capacitación para manejar la toxicidad de las drogas en pacientes con leishmaniasis mucosa
Falta de acceso al cuidado por costos de transporte o disponibilidad de parar de trabajar para hacer el tratamiento	--
Falta de evidencias para el tratamiento de pacientes con VIH	Estudios terapéuticos específicos en la población con VIH
PROBLEMAS ACTUALES	POSIBLES SOLUCIONES
INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO	
Ausencia de registro sistemático de eventos adversos serios – todos los países	Desarrollo e implantación de instrumento para registrar los datos e incorporarlos al sistema de vigilancia
Subregistro de óbitos	Sistema de vigilancia incluya el registro, monitoreo y evaluación de los óbitos por leishmaniasis
Eventos adversos registrados que no generan ninguna toma de decisión en Panamá	Guía local con las indicaciones específicas para la evaluación pre-tratamiento, tratamiento, seguimiento y registro de eventos adversos en Panamá
	Desarrollo de instrumentos y prácticas que permitan generar información para la toma de decisión y que haga mayor integración entre los programas de farmacovigilancia y de leishmaniasis
Dados de seguimiento incompletos en varios países	Establecer mecanismo para registro y evaluación del seguimiento, se posible con uso de ficha de vigilancia electrónica
Dificultad de acceso a las herramientas en línea – todos los países	Formación de multiplicadores que puedan hacer el curso presencialmente

Fuente: Elaboración trabajo grupal Panamá 9 de octubre

Cuadro 4 - Adquisición de medicamentos y testes diagnósticos de las leishmaniasis: Problemas y soluciones

PROBLEMAS ACTUALES	POSIBLES SOLUCIONES
Adquisición de medicamentos y testes diagnósticos	
Desabastecimiento de medicamentos antileishmaniásicos debido a: - Estimación inadecuada de necesidades, una vez que no hay una metodología estandarizada para el cálculo de los requerimientos. - Disponibilidad limitada en los mercados farmacéuticos locales.	Revisar la metodología de estimación de necesidades para los medicamentos antileishmaniasicos y proponer una Metodología estándar, definiendo los roles de cada uno de los involucrados e información requerida.
No disponibilidad de Miltefosine (en sus dos presentaciones)	Optimizar los tiempos de evaluación de Miltefosine por el Fondo Estratégico
Problemas de calidad de los medicamentos especialmente antimoniales en tres países (PAN, BOL, COL)	Documentar los problemas presentados en la región,
	Intercambiar información entre las autoridades nacionales reguladoras
	Establecer controles de calidad previo a la distribución de lote por el laboratorio productor en laboratorios de control de calidad externa
	Establecer programas de aseguramiento de calidad para la compra y donación de los medicamentos AM
Adquisición de medicamentos AM en el Mercado Negro y Contrabando	Coordinar con las autoridades reguladoras nacionales para definir restricciones en la comercialización e informar a la población sobre los riesgos de los medicamentos adquiridos sin Registro sanitario
Falta de programas de farmacovigilancia en medicamentos AL	Coordinar con las ANR para incluir los medicamentos antileishmaniasicos en los programas de farmacovigilancia.
Retrasos y barreras en los procesos de compra por trámites burocráticos a nivel de país y por reglamentación sanitaria nacional	Planificación de la adquisición de los medicamentos a adquirir a través del FE Abogacía con las unidades de compra sobre riesgos asociados a la compra de AM
Retrasos y barreras en los procesos de compra por trámites burocráticos a nivel de país, reglamentación sanitaria	Planificación de la adquisición de los medicamentos a adquirir a través del FE en función a: stocks de reserva, % de pérdida y tiempos de espera Abogacía con las unidades de compra sobre riesgos asociados a la compra de AM
Dificultad en hacer adquisición de medicamento con proveedores locales con precios preferenciales y abastecimiento de medicamentos inadecuada - México	Apoyo estratégico para el programa de México para adquirir los medicamentos con los precios preferenciales
Falta de especificaciones técnicas para los reactivos de laboratorio	Desarrollo de fichas técnicas para la adquisición de los test de diagnóstico
	Verificar la posibilidad de apoyar la adquisición vía internacional por compra reembolsable de OPS

Fuente: Elaboración trabajo grupal Panamá 9 de octubre

ANEXO E

Vigilancia y control de las leishmaniasis

Las discusiones de vigilancia y control de las leishmaniasis fueron realizados en sesión de plenaria, siendo que algunos temas de interés regional fueron dirigidos para así consensuar las propuestas presentadas. Los delegados de los países tuvieron la oportunidad de hacer los cuestionamientos requeridos y los mismos fueron prontamente discutidos o aclarados entre el grupo.

1 ¿Qué indicador o indicadores utiliza usted para hacer actualmente la identificación de áreas de riesgo para leishmaniasis cutánea y Visceral y por qué los usa? La mayoría de los países utilizan los datos del sistema de notificación individual obligatorio de los casos de leishmaniasis. En générale todos utilizan los casos y/o tasa de incidencia para identificar las áreas de riesgo, pero el nivel de desagregación de los análisis y denominadores son distintos entre los países.

1.1. ¿Qué denominador usa para el cálculo la incidencia?

Las respuestas del grupo fueron distintas para la pregunta, por eso, destacase algunas de ellas, demostrando la necesidad de estandarización de indicadores y denominadores para análisis y comparabilidad en la Región.

- La población total por Región de salud, por grupo etario, por sexo.
- Población total.
- El denominador de incidencia es de población total, población Vs casos,, también sub nacional y en los departamentos si la hay.
- También por áreas en Km2. A veces los municipios que tienen menos casos son los que salen más altos.
- Venezuela. La tasa de incidencia sería por 100.000 habitantes del dominador y en las zonas expuestas en riesgo.
- El denominador de incidencia establecido en nuestro país para leishmaniasis tegumentaria es la población rural.
- En Bolivia se utiliza la estratificación por riesgo, utilizamos la población por municipio con tasa de incidencia, menos a uno lo ponemos como bajo, de 1 a 2 medio y mayor a tres es alto.



COMENTARIO

(...) Deberíamos acordar la utilidad que le vamos a dar a cada uno de los indicadores de riesgo... (...) Lo que nosotros queremos saber es qué está pasando en el continente a determinado nivel de discriminación geográfica.

El tema de la asignación de recursos, creo que es un análisis nacional de riesgo, donde se puede poner otro denominador, porque sabemos que ni si quiera, la población rural es un buen indicador de foco. Hay que tener una investigación de foco para saber exactamente cuál es la población de riesgo, porque podemos tener un sesgo por población rural, y solamente un grupo de la población rural puede estar expuesto al riesgo.

Una vez definido cuál es la utilidad de esos indicadores, para qué los vamos a utilizar, porque si hasta ahora muchos países se manejaron en le primer nivel sub nacional, para asignación de recursos es dramático.

Lo que necesitamos es tener un indicador de comparación entre todos, tengamos un mismo denominador, para poder entender de qué estamos hablando. Y ¿Cuál es el uso de ese indicador que le vamos a dar?....

2 ¿Qué criterios utiliza para priorizar y planificar acciones de vigilancia y control en el programa de leishmaniasis?

- Guatemala... las áreas que estén más afectadas con la mayor cantidad de casos. La planificación se hace de la siguiente manera: tomamos cada ficha, tomamos los datos del año que termina y con eso ya planificamos para el año siguiente. Hacemos el análisis, si algunos centros de salud que tengan algún repunte de casos nos enfocamos más en ellos...
- México... Nosotros tomamos la cantidad de casos que hemos tenido, le adiciono un (10%) y con base en eso planificamos...
- Nicaragua... Para planificar para el siguiente año, hay que tener varios parámetros. Tomamos como referencia el dato de las incidencias por municipios y también cuantos municipios salen afectados y cuantos municipios, por ejemplo vamos a incorporar no solamente en la atención de los pacientes, sino en la gerencia y evaluación de este componente...
- México... Se hace una reunión con los estados y de ahí se saca quien tienen una buena información, cuántos casos no se han atendido porque no tienen medicamento, porque no hay personal capacitado y además hay una cierta voluntad política para apoyar en la jornada, porque el mismo personal es el que hace dengue, paludismo. Se hace la distribución con base en qué Estados están reportando mayor número de casos....
- Colombia... La realidad es que nosotros tenemos un proyecto con una buena cantidad de dinero, pero cuyo objeto, es exclusivamente para adquisición de medicamento. Por el otro lado están las bolsas nacionales, que como les comentaba antes, el dinero estaba distribuido bajo un histórico de los años treinta y que teníamos alto peso hacia malaria, que no estaba permitiendo dejar avanzar en las acciones frente a los otros eventos. Este año lo que hicimos fue: distribuir del (100%) de las bolsas de transferencia de inversión tenemos: (60%) acciones de promoción y prevención, (25%) para acciones de fortalecimiento institucional de los programas. Nosotros tenemos programas que trabajan en los cuatro sub programas y (15%) de ajuste gradual para aquellos departamentos que estaban perdiendo dinero en la nueva metodología. De ese (60%) que tenemos de promoción y prevención, se contemplaron cuatro variables para hacer la asignación en los cuatro departamentos. Cuatro variables que fueron aplicadas para dengue, malaria y Chagas. En el caso de leishmaniasis, solamente se aplacaron tres y la razón ¿cuál es? Que tenemos una carencia en la información. ¿Cuáles fueron las cuatro variables que se aplicaron? Uno fue casos acumulados durante un periodo de tiempo, desde (2008) hasta (2012) y establecíamos una puntuación por cuartiles. El segundo criterio fue la tendencia de esos casos, con un índice de correlación. ¿por qué? Porque algo que estamos observando en Colombia, sobre todo con malaria, es que los departamentos están acostumbrados que a mayor número de casos, más plata les llegaba. El estímulo, era negativo, lo que les conviene es tener más casos y no realizar acciones para reducir los casos. Teníamos que tomar las dos variables. Casos y la tendencia de los casos y les dábamos una puntuación. La otra variable, está a términos de población a riesgo. La última variable, está términos de prioridad nacional. Que para el caso de leishmaniasis le dimos la mayor puntuación. Posteriormente le dimos otra puntuación a focos de leishmaniasis cutánea, asociados al domicilio. Otra puntuación menor a donde tenemos transmisión silvestre y otra puntuación, para aquellos que no tienen puntuación. Pero allí tenemos grandes problemas. Nosotros podemos distribuir el dinero con esa metodología, pero comenzamos a tener problemas, porque en Colombia no existe y es lo que queremos hacer, que es estructurar bien el programa y que nos permita definir claramente un plan de trabajo a corto, mediano y largo plazo...



En resumen en el tema de planificación tenemos que tener una correlación entre los indicadores que estamos usando, para la planificación y priorización de acciones en leishmaniasis.

Todos los países coincidieron en que usan el número de casos y las áreas de riesgo para focalizar las acciones y los recursos que les dan, ya sean porque ellos los piden o sean pre-asignados, tratan de priorizarlos en esas zonas en donde tienen un mayor riesgo o mayor número de casos.

Algunos países, manifestaron que no siempre esa distribución como lo estaba diciendo Colombia les resulta favorable y quieren trabajar en planes a mediano y largo plazo.

3. ¿Cuál es la definición de caso sospechoso confirmado de leishmaniasis cutánea y mucosa en su país? Menciones los criterios para la confirmación.

- Venezuela... diagnóstico parasitológico en genéale por frotis y para leishmaniasis visceral es la confirmación parasitológica, a través del ELISA...
- México... La definición de casos es toda persona que tenga lesiones ulcerosas en la piel y que provenga de áreas endémicas. Y el criterio de confirmación en el caso de la leishmaniasis cutánea es por prueba de microscopia y frote directo...
- Panamá... Panamá en sus nuevas guías, que están en revisión, hemos colocado en caso sospechoso personas con una lesión de ulcera cutánea, múltiple o residente en un área endémica de leishmaniasis. Para caso confirmado, caso probable que es confirmado por presencia de la Leishmanias en estudios parasitológicos, demuestra el raspado del borde la lesión e evidencias de termo-reacción, serológica, cito patológica o PCR...
- Perú... Nosotros al revisar la vigilancia de la leishmaniasis, nos encontramos con muchos problemas. La vigilancia incluye la vigilancia sindromica, es decir vigilancias síndromes y hay una vigilancia de una ulcera cutánea, no tenemos leishmania visceral, pero estamos impulsando prevenirla. El caso sospechoso en cuando se tiene una herida y tiene un criterio epidemiológico, siempre manejamos el criterio clínico y el epidemiológico. El caso probable lo estamos hablando es en leishmaniasis cutánea. En la normativa que estamos haciendo, tenemos que definir el antecedente de exposición a leishmaniasis y sería una persona que estuvo en área de transmisión de leishmaniasis. Para el caso de leishmaniasis mucosa. También hacemos una definición, pero eso va a depender de lo que queremos vigilar. Si queremos hacer una vigilancia oportuna, tendríamos que buscar personas que tienen sintomatología inicial de leishmaniasis mucosa. Generalmente la definición de propuestas para casos de leishmaniasis mucosa en caso probable. Es aquel que ya tiene la lesión ulcerada...
- Ecuador... Tenemos dos tipos de reporte en vigilancia epidemiológica y es la notificación una semanal y otra inmediata. Dentro de la semanal, tenemos el reporte de leishmania por grupo etario y por sexo, estos son para los casos de Leishmania cutánea. Tenemos otro tipo de herramienta que es la notificación inmediata. Entra lo que es la leishmania muco-cutánea y la visceral. EL caso sospechoso, es toda persona con una o varias lesiones mucosas de la nariz, boca, laringe, tranquea; procedente en zonas endémicas de leishmania. ¿A dónde? Al área, en este caso sería en Ecuador, que estamos divididos por provincias y las provincias tienen sus respectivas áreas. La unidad operativa más pequeña, hace la notificación inmediata y nos informan que tienen un caso sospechoso, para el técnico es más fácil hacer el reconocimiento. Y en el caso probable, se acerca un médico o alguien que tenga un poco más de experiencia y lo dan a conocer por medio de frotis o métodos inmunológicos....
- Brasil... La confirmación de casos, la trabajamos con criterio clínico epidemiológico y clínico laboratorio....
- Colombia... Para leishmaniasis cutánea y mucosa, la trabajamos desde caso confirmado. Para leishmaniasis visceral, trabajamos desde caso probable, dado el riesgo de muerte. Para caso confirmado tanto en cutánea como en mucosa, trabajamos unos criterios clínicos y confirmados, a través de criterios parasitológicos, patológicos, genéticos. Para mucosa, adicionalmente le agregamos monte negro y en el caso de visceral, se confirma parasitológicamente, a partir del aspirado de medula o sea o bazo o por inmunoflorecencia igual o mayor a 32....

4. ¿Ustedes consideran que pudiéramos homogenizar la definición de caso sospechoso y confirmado de leishmaniasis cutánea y mucosa para la región?

En términos generales la mayoría de los países responden que no es sencillo homogenizar la definición de caso sospechoso debido la diversidad parasitológica y aspectos clínicos de las lesiones. "Realmente cuando llega un paciente, hay que tomarles en cuenta una diversidad de factores, a parte del nexo epidemiológico o el riesgo del paciente que ha estado en un área endémica". "Hay que tomar en cuenta la característica de la lesión". "Las lesiones as veces son muy manipuladas y pierden aquel aspecto natural o clásico". "No es tan fácil homogenizar, empezando por algunos países que mencionaron las diferencias clínicas que existen". "Se puede estandarizar los casos confirmados, porque pensar en estandarizar casos sospechosos con esas diferencias, va hacer muy complejo y demanda una discusión mucho mayor lo que es el Programa de Leishmaniasis". Sin embargo arriesgándonos a una definición de caso confirmado:

DEFINICIONES DE CASOS CONFIRMADOS DE LEISHMANIASIS

Caso Confirmado por laboratorio: Casos sospecho que presente resultado de laboratorio positivo.

Caso Confirmado por criterio clínico-epidemiológico: Casos sospecho que el resultado de laboratorio es negativo o inconcluso, pero presenta respuesta favorable al tratamiento con medicamentos específicos.

ANEXO F

Investigación en leishmaniasis

Cuadro 1: Investigación en implementación en los países

PAÍS	INVESTIGACIONES EN IMPLEMENTACIÓN
Argentina	Validación de pruebas rápidas de leishmaniasis visceral en perros (Antígenos producidos por proveedores)
	Susceptibilidad de leishmaniasis brasilienses antimonial
	Investigación observacional en leishmaniasis en niños.
Bolivia	Estudios en Cochabamba sobre el uso del glucantime y estudios de drogas naturales en La Paz.
Brasil	Estudio de eficacia y seguir
	Investigación de teste rápido para diagnóstico humano en sangre periférico y saliva
	Tratamiento local de leishmaniasis cutánea
	Evaluación de efectividad del uso de collares impregnados con deltametrina en perros en áreas endémicas de LV
	Evaluación del uso de Anfotericina B Liposomal en pacientes con leishmaniasis cutánea diseminada
Colombia	Nuevos blancos moleculares para LC y L Mucosa.
	Pruebas de diagnóstico rápido isotérmicas para LC.
	Derivados naturales para tratamiento.
	Tratamientos alternativos de LC por vía tópica
Costa Rica	La Universidad de Antioquia en 2010 hicieron investigación sobre los focos y estandarización de las pruebas moleculares para diagnóstico CCSS.
Ecuador	No se tiene información.
El Salvador	En 2011 se hicieron investigación entomológica, pero nada en diagnóstico y tratamiento.
Guatemala	No se tiene conocimiento
México	En la UNAM e INDRE hacen investigación sobre la taxonomía de la leishmaniasis – que parásitos están infectando a los pacientes. También la taxonomía de vectores.
	Investigación en tratamiento de niños con LV en la UNAM.
	Investigación en la provincia Quintana Rosa sobre diferentes esquemas de tratamiento
Nicaragua	Estudio para inmunoterapia en pacientes con leishmaniasis cutánea
Panamá	Estudio de tratamiento local con Paramomocina y Gentamicina, en el cual el comparador es Paramomocina solo.
	Análisis con histoquímica para diferenciación de leishmaniasis y localización de la lesión.
	Estudio con gen de la carmodulina para diferenciar la taxonomía de Leishmanias
	Generar método diagnóstico básico para ser realizado en lugares remotos
	Programado estudio de eficacia de miltefosina
	Estudios de especies de vectores infectantes (biología molecular)
	Investigación de hábitos alimentares de los vectores.
Paraguay	En el Instituto de Investigación con biología molecular con pruebas diagnósticas directas y PCR.
Perú	Facilitando las universidades en detección de especies de leishmaniasis incriminadas en el país.
	Tratamientos alternativos de LC por vía oral
Venezuela	Revisión y adecuación del proyecto de inmunoterapia de leishmaniasis con promastigotes pasteurizados.
	Proyecto de producción biológica con leishmaniasis para diagnóstico. Desarrollo de planta física para producción de vacuna y antígenos tipo leishmaniasis.

Fuente: Elaboración trabajo grupal Panamá 9 y 10 de octubre

Cuadro 2: Necesidades de Investigación en leishmaniasis

PRINCIPALES NECESIDADES EN INVESTIGACIONES IDENTIFICADAS
Alternativas de drogas para el tratamiento de leishmaniasis (medicina natural, oral, topica), pues hay mucho abandono del tratamiento con glucantime.
Buscar nuevas moléculas para tratamiento de las leishmaniasis
Generar método diagnóstico básico para ser realizado en lugares remotos.
Investigación operativa en diagnósticos para caracterizar las cepas de leishmaniasis; Mejorar la capacidad técnica para identificación de especies de parásitos
Investigación operativa para conocer cuál es el vector que está incriminado en la transmisión. Mejorar la capacidad de identificación de especies de vectores
Evaluar la efectividad del tratamiento de la leishmaniasis cutánea con uso de Glucantime
Capacitar los profesionales de salud para escritura de artículo y desarrollo de protocolos de investigación
Validación de pruebas diagnósticas
Evaluar la respuesta al diagnóstico y tratamiento en pacientes coinfectados Leishmania-VIH
Realizar estudios multicéntricos para validar esquemas y alternativas terapéuticos
Estudio de prevalencia por región geográfica de especie de Leishmania para auxiliar en el tratamiento adecuado para cada región.
Mejorar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico humano y de perros
Promover estudios para evaluación de intervenciones como el manejo integrado de vectores, el uso de los mosqueteros impregnados en áreas con transmisión domiciliar o peri domiciliar de leishmaniasis cutánea o visceral
Realizar estudios para evaluar la eficiencia de las vacunas antileishmaniasis visceral canina para uso en salud pública

Fuente: Elaboración trabajo grupal Panamá 9 y 10 de octubre

LISTA DE ABREVIATURAS

ATO	Objetivo anual de tratamiento (por sus siglas en inglés, Annual Treatment Objective)
AVAD	Años de vida ajustados según discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas – gobierno de México
Contraindicación	Condición, especialmente relacionada con una enfermedad, que hace que un tratamiento sea inadecuado o inconveniente
Distrito	La unidad administrativa normal para la gestión de la atención en salud
EIDs	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
Endémico	Presente en una población o área de manera permanente (se dice de una enfermedad o agente infeccioso)
EPS	Empresa Promotora de Servicios de Salud (aseguradora del riesgo de enfermarse en el Sistema de Salud colombiano)
IDH	Índice de Desarrollo Humano
Incidencia	Número de nuevos casos de una enfermedad o infección específica en una población en particular y en un periodo definido
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud (Sistema de Salud colombiano)
LAC	Latinoamérica y el Caribe
LV	Leishmaniasis Visceral
LC	Leishmaniasis Cutánea
LM	Leishmaniasis Mucosa y mucocutánea
MFI	Meta final de intervención
NTD	Enfermedades Tropicales Desatendidas (en inglés, Neglected Tropical Diseases)
OMS	Organización Mundial de la Salud
Prevalencia	Número de casos de una enfermedad presentes en un grupo de población en un periodo en particular
Región	Unidad administrativa del nivel inmediatamente superior al de distrito
SAFE	Por las iniciales en inglés de cirugía (Surgery), antibióticos (Antibiotics), higiene facial (Face-washing) y mejoras ambientales (Environmental Improvement)
Signo	Evidencia de una enfermedad perceptible para el médico que examina, en oposición a las sensaciones subjetivas (síntomas) de la persona que presenta la enfermedad

Arte y Diagramación: PANAFTOSA - OPS/OMS

Editado en junio de 2014



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**