



**PROGRAMA SANITARIO PARA LA
DETECCIÓN/ CRIBADO DE LA
ENFERMEDAD DE CHAGAS EN NIÑAS
Y MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
DE ORIGEN BOLIVIANO EN LAS
FARMACIAS DE LA REGIÓN DE
MURCIA**

COLEGIO OFICIAL DE
FARMACEUTICOS DE LA RE...
REGISTRO ENTRADA
2021-E-RC-10112
29/12/2021 14:30



**Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia
(COFRM)**

**Consejería de Salud Comunidad Autónoma de la Región de
Murcia (CARM)**

29 de diciembre de 2021

1. JUSTIFICACIÓN:

La enfermedad de Chagas es causada por el *T. cruzi*, un parásito protozoario de humanos y de una variedad de especies animales, algunas de ellas domésticas.

Es un problema importante de salud pública en América Latina y de creciente preocupación en Estados Unidos y Europa debido al aumento de inmigrantes infectados. En América Latina se estima que 120 millones de personas, o sea 25% de la población, habitan en áreas de riesgo de infección. Se estima 18 millones el número de habitantes de zonas rurales y urbanas infectados por *T. cruzi*. La mayor parte de los individuos infectados que se diagnostican serológicamente padecen la infección crónica y corren el riesgo de sufrir consecuencias cardíacas o digestivas. En ciertos casos, la enfermedad de Chagas puede conducir a una insuficiencia cardíaca fatal, hecho que acentúa la necesidad de un diagnóstico serológico temprano de la infección. El control y seguimiento de esta cardiopatía aumenta notoriamente la expectativa de vida del paciente.

La Resolución de la 66 Asamblea de la Organización Mundial de Salud, celebrada el 27 de mayo de 2013, urge a los Estados Miembros a que aseguren que los países dirijan e implementen los programas de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades tropicales desatendidas, y llama a los socios internacionales a proveer de fondos suficientes y predecibles. Alienta a una mayor armonización del apoyo a los países y al desarrollo de nuevas tecnologías para respaldar el control del vector y la prevención de las infecciones.

La resolución también llama a la OMS a mantener su liderazgo en la lucha contra las enfermedades desatendidas; a desarrollar y actualizar normas basadas en la evidencia, estándares, políticas, lineamientos y estrategias; monitorear los avances y darle apoyo a los Estados Miembros en fortalecer la capacidad de los recursos humanos en la prevención, diagnóstico, control de vectores y salud pública veterinaria.

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA

El presente programa tiene por objeto la colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Salud, y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia en la puesta en marcha del pilotaje durante el mes de enero del 2022 y establecerá un protocolo de actuación para la detección de la enfermedad de Chagas en niñas y mujeres en edad reproductiva, de origen boliviano en las farmacias de la Región de Murcia. Una vez establecido dicho protocolo, se realizará la extensión del mismo, incrementando la cobertura poblacional con objeto de erradicar dicha enfermedad en la Región.

3. PERIODO DE VIGENCIA

Se establece un periodo de 12 meses, prorrogable a criterio de las partes.

4. AGENTES INTERVINIENTES

I.- Para la consecución del objeto del presente programa, las obligaciones de cada uno de los agentes intervinientes son las siguientes:

Consejería de Salud:

1. Proporcionar los test de cribado a las Oficinas de Farmacia adheridas a este programa.
2. Realizar el control y seguimiento de las pacientes derivadas de las Oficinas de Farmacia.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia:

1. Comunicar a las oficinas de farmacia la puesta en marcha de este Programa de Cribado, informando de todos los aspectos relacionados con el mismo.
2. Fomentar y facilitar la adhesión de aquellas oficinas de farmacia que voluntariamente quieran participar, trasladando sus solicitudes a la Consejería de Salud.
3. Proporcionar la información necesaria a los farmacéuticos de acuerdo con lo previsto en este programa.
4. Proporcionar a las Oficinas de Farmacia la herramienta informática necesaria para comunicar los resultados positivos resultantes del test rápido de detección frente a la Enfermedad de Chagas.

Oficinas de Farmacia:

1. Identificar a población a riesgo: niñas y mujeres de origen boliviano en edad reproductiva/fértil
2. Proporcionar información relativa al control de la Enfermedad de Chagas al paciente.
3. Ofrecer la prueba de cribado/detección de la Enfermedad de Chagas.
4. Comunicar los resultados positivos a la Consejería de Salud, mediante el uso de la herramienta informática habilitada para tal uso y solicitar cita para la paciente a la Unidad de Medicina Tropical (UMT).
5. Disponer de un contenedor adecuado para la gestión de los residuos generados tras la realización del test.

5. CONDICIONES A REUNIR POR LAS OFICINAS DE FARMACIA PARTICIPANTES

Las instalaciones de las oficinas de farmacia participantes deben contar con una zona de atención personalizada, entendiéndose por tal una zona apartada del área de dispensación y que garantice la suficiente intimidad, dónde se realizará la toma de muestras y la ejecución del test, por un farmacéutico.

La realización del test se llevará a cabo siguiendo las instrucciones del fabricante y observando, en todo momento, todas las medidas de higiene y seguridad necesarias.

Los farmacéuticos participantes deberán haber recibido toda la información necesaria para el correcto uso e interpretación de los resultados de estos test, así como para el manejo de la aplicación informática para el registro de datos y comunicación de resultados.

6. INFORMACION AL PACIENTE

Antes de la toma de muestra, el paciente recibirá toda la información relativa al procedimiento al que se va a someter incluidos los riesgos derivados del mismo.

El paciente firmará un consentimiento informado según el modelo, que se conservará en la oficina de farmacia.

El paciente permanecerá en la zona de realización de la prueba en tanto el profesional que la verifique proceda a la obtención de la muestra.

Una vez realizado el test, la oficina de farmacia comunicará el resultado al paciente a través del medio acordado (email, SMS, por escrito, etc.), e informará acerca de las medidas higiénico sanitarias a adoptar por este según el resultado obtenido.

7. TOMA DE MUESTRAS Y REALIZACIÓN DEL TEST

TOMA DE MUESTRA

El CHAGAS STAT-PAK® de Chembio es una reacción diagnóstica que se realiza en sangre capilar, realizando una punción en el dedo y descartando la primera gota.

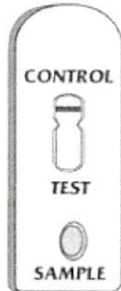
1. Realizar la punción del dedo, desechar la primera gota y coleccionar la segunda con el tubo Microsafe® desechable de 10 µl.

Antes de incorporar la muestra debe aparecer una banda coloreada de AMARILLO en el área de CONTROL. Este complejo coloreado indica que los reactivos necesarios para que la prueba funcione correctamente ESTÁN presentes y activos.

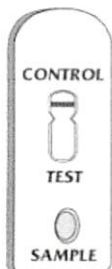
2. Inmediatamente después depositar la muestra en el dispositivo de reacción, en el habitáculo circular indicado por una flecha.

3. Tras los 15 minutos se podrá interpretar el resultado:

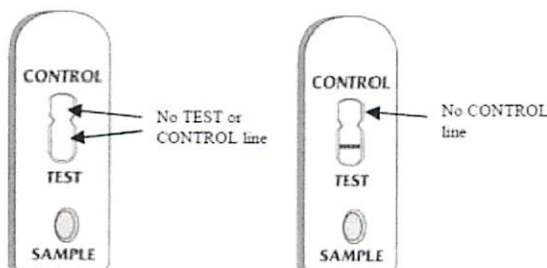
Resultado negativo: Una sola línea de color rosa-púrpura, en el área CONTROL, y ninguna en el área TEST indica un resultado negativo. Un resultado negativo a los 15 minutos indica que no se detectaron anticuerpos para T. cruzi en la muestra.



Resultado positivo: La aparición en el plazo de 15 minutos de dos líneas de color rosa-púrpura, una en el área CONTROL y otra en el área TEST, indican un resultado positivo. La intensidad de la línea en el área TEST puede ser diferente de la línea del área CONTROL. Las intensidades de las líneas TEST y CONTROL pueden variar. Si una línea visible aparece en el área CONTROL, el resultado es POSITIVO.



Resultado inválido: Una línea de color rosa-púrpura aparecerá siempre en el área CONTROL, aparezca o no la línea en el área TEST. Si no se ve la línea rosa-púrpura en el área CONTROL, la prueba no es válida y deberá repetirse usando un nuevo



8. PROTECCION DE DATOS

Los agentes participantes en este programa deberán garantizar que toda la información generada por el mismo cumple con los requerimientos establecidos en la LOPD.

9. GESTIÓN DE RESIDUOS

Las Oficinas de Farmacia participantes dispondrán de un Gestor de Residuos Biológicos autorizado.

Todos los materiales que hayan estado en contacto con la muestra además de los guantes, se depositarán en el contenedor de residuos biosanitarios (Grupo III).

En Murcia a 28 de diciembre del 2021.

POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
DE LA REGIÓN DE MURCIA

El Consejero de Salud,



Fdo. Juan José Pedreño Planes.

POR EL COLEGIO OFICIAL DE
FARMACEUTICOS DE LA REGIÓN DE
MURCIA.

La Presidenta



Fdo. Paula Payá Peñalver.

ANEXO I

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN/ CRIBADO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN NIÑAS Y MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE ORIGEN BOLIVIANO EN LAS FARMACIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA

TITULAR OFICINA DE FARMACIA

NIF		Apellidos y nombre				NÚMERO RES
Calle/Plaza/Avenida	Nº	Escal.	Piso	Puerta	Teléfono	
Municipio	Código Postal	e-mail				

REGENTE

NIF	Apellidos y nombre

ADHESIÓN

Solicitud de adhesión	
<p>Por la presente, declaro que cumplo las condiciones establecidas y solicito adherirme al <i>Convenio Específico de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Salud, y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia para la realización de test de para la detección/ cribado de la enfermedad de Chagas en niñas y mujeres en edad reproductiva de origen boliviano en las farmacias de la región de Murcia.</i></p>	
Lugar y fecha	Firma del solicitante o su representante
	<p>Fdo.:</p>

EXCMO. SR. CONSEJERO DE SALUD

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TEST DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Nombre y apellidos:

DNI/NIE/Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Población:

Email:

Teléfono:

He sido informado del procedimiento que el farmacéutico, en la oficina de farmacia abajo indicada, va a seguir para realizar una prueba de diagnóstico de detección de la enfermedad de Chagas.

Sé que consiste en que el farmacéutico me asistirá, en una zona adecuada de la farmacia, en la realización de un test y conozco que un resultado positivo se notificará a la Consejería de Salud.

Igualmente conozco que la técnica consiste en realizar una punción para la obtención de muestra de sangre y un procesamiento de la misma y que dicho procesamiento será llevado a cabo por el farmacéutico. Sé que se trata de una técnica de punción sanguínea, ya que en las instrucciones de uso no figuran importantes daños o efectos secundarios, pero en cualquier caso, ninguna prueba está exenta de riesgo.

Sé que mis datos personales serán utilizados para elaborar un informe con el resultado. Y sé que si el resultado es positivo, se comunicará a la Consejería de Salud para la realización de la prueba confirmatoria y seguir el protocolo establecido.

He sido informado de que estos datos se conservarán durante el periodo de tiempo que las leyes obliguen, como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, se procederá a eliminarlos de forma segura. En cualquier momento puedo dirigirme a la oficina de farmacia abajo indicada para saber qué información tienen sobre mí, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. Para solicitar alguno de estos derechos, podré realizar una solicitud escrita, junto con una fotocopia de mi DNI. En caso de que entienda que mis derechos han sido desatendidos por dicha entidad, podré formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es). Igualmente conozco que el farmacéutico está obligado a mantener la confidencialidad de mis datos. En base a lo anteriormente expuesto, por el presente documento

CONSIENTO:

- La asistencia para la realización del Test de diagnóstico para la detección de enfermedad de Chagas, por parte del farmacéutico/a en la oficina de farmacia abajo indicada.
- Que los datos personales aportados, así como la información resultante del test, puedan ser facilitados a las autoridades sanitarias competentes.

En _____ a _____ de 2021.

Firma del/la paciente: OFICINA DE FARMACIA: (SELLO)