



BUENOS AIRES

DECRETO 1688/2003

PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Protección fetal antichagásica. Creación del registro especial "Libro de Prevención de Chagas-Mazza".
Reglamentación de la ley 13.005.
Del 19/09/2003; Boletín Oficial 21/10/2003.

Visto: el expediente 2900-55.718/03 por el cual se tramita la aprobación de la Reglamentación de la [Ley 13.005](#) de Protección Fetal Antichagásica, y

Considerando:

Que el texto propuesto tiende a precisar los requisitos generales y especiales por los cuales deben ajustarse los establecimientos sanitarios públicos y/o privados ya sean provinciales o municipales para dar cumplimiento a la [Ley 13.005](#);

Que a los efectos de verificar el cumplimiento de las obligaciones prescriptas en la citada ley, todo Establecimiento Público o Privado llevará un registro especial denominado "Libro de Prevención de Chagas-Mazza"

Que la presente reglamentación ha sido tratada por el Grupo de Revisión de las Normas de Atención de la Enfermedad de Chagas Mazza;

Que por lo expuesto, procede aprobar la reglamentación y la "Norma de, Atención de la Enfermedad de Chagas-Mazza, la que como Anexo forma parte del presente;

Que en tal sentido se ha expedido la Asesoría General de Gobierno a fojas 26 y vuelta;

Por ello, el Gobernador de la provincia de Buenos Aires, decreta:

Artículo 1º - Créase un registro especial denominado "Libro de Prevención de Chagas-Mazza", a los efectos de verificar el cumplimiento de las obligaciones prescriptas en la [Ley 13.005](#), el que deberá ser llevado por todo Establecimiento Público o Privado y en el cual constará:

1. Fecha
2. Datos de la Paciente en estado de gravidez y/o niño recién nacido
3. Datos del Certificado presentado
4. Datos del Profesional Médico interviniente.

Art. 2º - Establécese que todo profesional deberá consignar en la Historia Clínica de la paciente grávida y en el Registro Especial, que se crea en esta reglamentación, la constancia o prescripción de los exámenes a que hacen referencia el artículo 5º de la [Ley 13.005](#).

Art. 3º - A los efectos previstos en el artículo 6º primer párrafo de la [Ley 13.005](#), cuando se constate violación a las obligaciones allí establecidas, la Dirección del Establecimiento Sanitario Oficial deberá aplicar el procedimiento disciplinario establecido en el estatuto respectivo para juzgar la conducta de los agentes y/o funcionarios públicos. Cuando se trate de transgresiones cometidas en establecimientos Sanitarios Asistenciales Privados, el procedimiento para la comprobación y sanción se regirá por lo dispuesto en el Decreto nº 3.707/98 y Decreto Ley nº 8.841/77, y serán responsables solidarios el Director Médico y quien resulte titular de la habilitación del Establecimiento a la fecha de comisión del hecho.

Art. 4º - Designase como Autoridad de Aplicación de la [Ley nº 13.005](#), a la Dirección Provincial de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Art. 5º - La Autoridad de Aplicación formulará el cálculo de recursos necesarios para la

asignación de la partida presupuestaria correspondiente, conforme a lo establecido en el artículo 9° de la [Ley 13.005](#).

Art. 6° - Apruébase la "Norma de Atención de la Enfermedad de Chagas-Mazza" la que como Anexo pasa a formar parte integrante del presente, dictada por el Ministerio de Salud, cuya aplicación deberá respetarse en la realización de los exámenes y diagnóstico y tratamiento que dispone la [Ley 13.005](#).

Art. 7° - El presente Decreto será refrendado por el Señor Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

Art. 8° - Comuníquese, etc.

Solá; Passaglia.

ANEXO

"NORMA DE ATENCION DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS- MAZZA" NORMAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Alejandro Armenti

Jorge Enrique Bolpe

Alejandro Oscar Chiera

Silvia González Ayala

Susana Noemí Torres

Lilian Nora Verzeri

Karina Watralik

DECALOGO PARA LA ATENCION DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS - MAZZA

1. La serología positiva para Enfermedad de Chagas, por sí sola, no significa enfermedad clínica, ni presupone invalidez.
2. El paciente chagásico agudo debe recibir tratamiento etiológico. Su expectativa de curación es del 90-95%.
3. Las embarazadas infectadas no deben realizar tratamiento con las drogas tripanomicidas disponibles.
4. La serología positiva antes de los 6 meses de vida puede ser debida a la transferencia de anticuerpos maternos y no a la infección congénita.
5. La infección congénita antes de los 6 meses de vida debe ser diagnosticada por estudios parasitológicos seriados.
6. El infectado chagásico no agudo debera ser tratado etiológicamente.
7. Un paciente tratado, se considera curado cuando se negativizan las pruebas serológicas y parasitológicas.
8. El diagnóstico serológico de la Enfermedad de Chagas requiere la utilización de dos pruebas estandarizadas.
9. Toda sangre con reacción serológica positiva para Enfermedad de Chagas de ser descartada para el uso de transfusiones.
10. La atención del infectado chagásico debe ser realizada en efectores del Primer Nivel.

Introducción

Con la convocatoria de la Honorable Cámara de Senadores y la Dirección Provincial de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud y teniendo en cuenta la sanción de la ley 13005 de "Protección fetal antichagásica obligatoria se reunió el Grupo de Revisión, con el fin de actualizar la guía normativa, editada en 1995, para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.

Se plantearon como objetivos centrales: Presentar con claridad aspectos básicos de esta enfermedad y desarrollar una herramienta técnica para asistir al equipo de salud, brindándole las recomendaciones que sirvan de orientación práctica para el desarrollo de la actividad preventiva y asistencial.

Trabajaron coordinadamente los equipos de la Dirección Provincial de Medicina Preventiva, el Programa Materno Infantil, el Instituto de Hemoterapia de la Prov. De Buenos Aires y profesionales de diferentes especialidades con reconocida experiencia en el tema, con el fin de elaborar un instrumento que contemple los intereses, prioridades y

requerimientos de cada una de las áreas.

Esperamos que los usuarios de estas Normas de Atención de la Enfermedad de Chagas-Mazza, encuentren en ella todo lo necesario para la toma de decisiones, para ofrecer a la población la mejor calidad de servicio, promoviendo la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno, para el control de esta enfermedad.

En su elaboración se han tenido en cuenta aspectos técnicos, metodológicos, administrativos y pedagógicos para conformar un material de fácil consulta, en el que no solo se presentan los aspectos clínicos del Chagas Agudo o Crónico, sino las diferentes áreas de interés como la Materno infantil, Bancos de Sangre, Terapéutica y Vigilancia Epidemiológica. En suma, hemos tratado de compendiar en este instrumento todo lo necesario para dar un respaldo técnico a la toma de decisiones.

Enfermedad de Chagas

Sinonimia: Tripanosomiasis Americana, Enfermedad de Chagas-Mazza.

Agente Etiológico: Tripanosoma cruzi

2. Definición: Enfermedad adquirida por transmisión vectorial o no vectorial (por transfusiones, vertical, trasplante de órganos o accidental) que se caracteriza por la aparición de parasitemia, seroconversión y/o manifestaciones clínicas hasta 4 meses post-exposición.

Chagas agudo

1. Anamnesis

1.1. Antecedentes epidemiológicos (conocimiento del vector, vivienda, procedencia, etc.) .

1.2. Antecedentes transfusionales dentro de los 90 días previos a la consulta.

1.3. Antecedentes de infección en la madre: serología positiva

1.4. Probabilidad de infección accidental: Personal de laboratorio, cirugía, bancos de sangre, trasplante de órganos, etc.

1.5. Antecedentes del estado actual: establecer el tiempo de evolución.

2. - Examen físico

2.1. Clasificación de Cuadros Clínicos

2.1.1. Manifestaciones locales o puerta de entrada

Complejo oftalmo-ganglionar o signo de Romaña

Chagomas de inoculación

2.1.2. Manifestaciones generales

1. - Fiebre

2. - Hepatoesplenomegalia

3. - Edema

4. - Anemia

5. - Chagoma hematógeno (lipochagoma)

6. - Adenomegalias

7. - Cardíaca

8. - Digestiva

9. - Neurológica

10. - Exantemas

3. - Exámenes auxiliares

3.1. Laboratorio

3.1.1. Investigación del parásito: métodos de menor a mayor complejidad y sensibilidad,

- Método de concentración: Strout; Microhematocrito o Micro-Strout

- Gota fresca

- Hemocultivo

- Xenodiagnóstico*

- Inoculación en animales de laboratorio*

*Disponibles en centros de investigación

3.1.2. Inmunodiagnóstico: los pares de reacciones serológicas en esta etapa son:

1. - Pruebas de aglutinación (HA, APCI) Aglutinación Directa (AD)

2. - Pruebas de aglutinación (HAI, APG) Enzimo Inmuno Ensayo (ELISA)

3. - Pruebas de aglutinación (HAI, APG) Inmunoperoxidasa (IP)

4. -Pruebas de aglutinación (HAI, APG) Inmunofluorescencia Indirecta (IFI)

5. - Enzimo Inmuno Ensayo (ELISA) - Fijación de Complemento (FC)*

6. - Pruebas de aglutinación (HAI, APG) - Fijación de Complemento (FC)*

* Disponibles en centros de investigación

HAI: hemoaglutinación indirecta

APG: aglutinación de partículas de gelatina

3.2. Otros estudios:

Electrocardiograma

Radiografía de Tórax

Análisis complementarios de Laboratorio: Hemograma - ERS- Urea -Creatinina - Transaminasas - Orina,

Otros estudios especializados eventuales

Recomendaciones

Un resultado parasitológico y serológico negativo, no indica necesariamente la ausencia de infección, en este caso debe insistirse con los métodos parasitológicos seriados (Strout o Microhematocrito y las pruebas serológicas deben repetirse a los 15 y 30 días si el cuadro clínico así lo sugiere.

Chagas agudo clínicamente evidente: ante evidencias epidemiológicas y clínicas de un cuadro de Chagas agudo para el profesional actuante, y con parasitología negativa por métodos de observación inmediata realizados en pocos días, se puede iniciar el tratamiento etiológico mientras se espera la confirmación parasitológica o el aumento del título de anticuerpos específicos.

En niños menores de un año con manifestaciones de meningoencefalitis a líquido claro o convulsiones febriles, o afebriles, ante evidencias epidemiológicas, existe la obligación de confirmar o descartar la etiología chagásica por investigación del parásito en sangre.

Para identificar a un paciente como Chagásico agudo debe demostrarse la presencia del parásito, la conversión serológica y/o los signos clínicos

Control de la madre y el niño

Identificación serológica de la embarazada y seguimiento del niño.

Toda Embarazada debe ser identificada serológicamente mediante par serológico por: HAI-AD, HAI-ELISA, HAI-IP, HAI-IFI, HAI-FC ó ELISA-FC (ver 3.1.2.)

En los niños recién nacidos de madres serológicamente positivas para Chagas se deben seguir los procedimientos que se describen en el Anexo II, de la presente, investigando:

Parásitos en sangre venosa periférica o capilar, por Strout, microhematocrito, hemocultivo o xenodiagnóstico (ver 3. 1.1.)

Estudios histopatológicos del cordón umbilical para la búsqueda del parásito.

La infección chagásica vertical, antes de los 6 meses de vida, debe ser comprobada por la visualización de parásitos en sangre; mediante búsqueda reiterada. Las pruebas serológicas convencionales (HAI -IFI- ELISA) en el Recién Nacido, indican en gran medida la presencia de anticuerpos transplacentarios adquiridos pasivamente de la madre. Teniendo en cuenta la vida media de estos Anticuerpos, es posible encontrarlos hasta el quinto mes de vida. Por lo tanto la serología positiva no confirma el diagnóstico de infección prenatal.

La prueba de ELISA Ig M Positiva presume una infección vertical que debe confirmarse por método xenodiagnóstico (ver 3. 1.1)

A partir de los 6 meses de edad, se deben realizar pruebas serológicas convencionales (ver 3. 1. 2.) en aquellos

niños de madres Chagásicas, en los que no se hubiere detectado el parásito. Se seguirá el esquema presentado en el Anexo II.

A partir de los 6 meses, con el antecedente materno de serología positiva, la sola positividad de las pruebas serológicas en el recién nacido, indica la presencia de infección vertical

Tratamiento

El tratamiento etiológico en la infección de Chagas Agudo en el momento actual debe efectuarse exclusivamente con Nifurtimox ó Benznidazol por vía oral.

La experiencia actual indica que es posible tratar recién nacidos y niños infectados de hasta 3 años de vida con una expectativa de curación (negativización parasitológica y serológica)

de 90-95%

Nifurtimox (MR Lampit): se presenta en comprimidos de 30 y 120 mg

Grupo	Dosis Mg/kg/día	Tomas diarias	Intervalo entre tomas
recién nacidos y hasta 2 meses	10-12	dos	12 hs.
Lactantes, primera y segunda infancia	10-12	tres	8 hs.
Adolescentes y adultos jóvenes	8-10	tres	8 hs.
Adulto	8 (*)	tres	8 hs.
Dosis máxima 700 mg/día			
Duración: 60 días			

Benznidazol (Mr Radanil): Se presenta en comprimidos de 100 mg.

Dosis: Adultos, 5 mg/kg/día, en dos tomas, (cada 12 horas). Niños, 7 a 10 mg/kg/día

En recién nacidos y lactantes se puede administrar hasta 10 mg/kg/día.

Duración: 30 días.

Precauciones

Es fundamental la supervisión médica durante el período de tratamiento. Es recomendable contar con experiencia previa en el manejo de las drogas parasitarias o buscar asesoramiento adecuado. Abstención absoluta de bebidas alcohólicas, aún en cantidades mínimas.

En caso de aparición de manifestaciones, de intolerancia (exantema, fiebre, neurotoxicidad, etc.) se recomienda la suspensión inmediata de la droga en uso y tratamiento sintomático e higiénico-dietético de acuerdo al cuadro clínico.

Solicitar exámenes complementarios de laboratorio: Hemograma - Urea -Transaminasas - Orina en forma quincenal, desde el inicio y durante el tratamiento, tanto con Benznidazol (0-15-30 días) como Nifurtimox (0-15-30-45-60 días)

Signos y síntomas de intolerancia a las drogas

Exantema de diverso tipo

Fiebre

Fenómeno neurotóxico periféricos y/o centrales (anorexia, irritabilidad, llanto persistente en lactantes, insomnio, temblores, pérdida de equilibrio y la memoria, convulsiones, mialgias, alteraciones de la sensibilidad, hipo e hiper parestesias).

Hipoplasia o aplasia medular (granulocitopenia)

Trastornos digestivos: náuseas, vómitos, diarrea, epigastralgia.

Retraso o detención del crecimiento pondoestatural en lactantes.

En recién nacidos o lactantes se han observado efectos clastogénicos (división de cromosomas) en células de pacientes sometidos a tratamiento. Al finalizar el mismo, retornan a la normalidad. Se desconocen los efectos a largo plazo de estos hallazgos.

Como regla general, se asume que los efectos adversos son más frecuentes y más graves a mayor edad de los pacientes y dosis más elevadas.

En caso de persistencia de las manifestaciones y compromiso del estado general, se debe suspender la administración de la droga en uso y reiniciar el tratamiento con la otra droga disponible, luego de treinta (30) días de suspensión.

En ningún caso repetir el tratamiento, excepto en reinfecciones agudas comprobadas.

El paciente se encuentra curado cuando se negativizan la serología y la parasitología.

Recomendaciones

En el primer año de vida en niños con chagas vertical que están con tratamiento etiológico: El estancamiento del crecimiento ponderal se observa con frecuencia, lo que no debe inducir a suspender el tratamiento.

en caso de meningoencefalitis o miocarditis aguda chagásica: La letalidad se reduce notablemente si el tratamiento etiológico es temprano y con el apoyo de los recursos tecnológicos especializados de las unidades de cuidados intensivos.

Es muy importante para obtener éxito terapéutico, respetar el esquema de dosificación y

duración del tratamiento. La prolongación del período de tratamiento no modifica el resultado terapéutico.

Chagas crónico

1. - Consideraciones generales

Debe sospecharse infección chagásica crónica en la persona cuya anamnesis revele al menos una de las siguientes condiciones:

Residencia pasada, habitual ó transitoria en zona endémica.

Antecedentes compatible con infección chagásica aguda

transfusiones de sangre

Transplantes de órganos

Hijo de madre chagásica

Si alguna de estas condiciones estuviera presente, se lo debe considerar como sospechoso, para la enfermedad de Chagas-Mazza, procediéndose a practicar los estudios que se describen a continuación.

2. Anamnesis

2.1. Antecedentes epidemiológicos:

1. Residencia habitual en zona endémica.

2. Residencia esporádica en zona endémica.

3. Visita a zona endémica por trabajo, turismo o recreación.

4. Condiciones de la vivienda permanente o esporádica, características de paredes y hecho, permanencia a la intemperie.

5. Presencia de triatomíneos en el área.

2.2. Antecedentes personales

Recabar información sobre:

1. - Chagas agudo diagnosticado o sospechado

2. - Chagomas u otras lesiones furunculares o ondulares por picaduras de insectos

3. - Chagas agudo o crónico en convivientes.

4. - Antecedentes de transfusiones de sangre, hemodiálisis, cirugía.

5. - Transplantes con donante de área endémica.

6. - Trajo con sangre, parásitos o vectores (personal de laboratorio)

7. - Antecedentes de serología positiva anterior (servicio militar, ingreso laboral, migraciones, etc.)

2.3. Antecedentes de la enfermedad actual:

Cardiológico:

Disnea (grados I a IV)

Mareos

Síncope

Extrasístoles

Edemas

Precordialgias

Dolor en hipocondrio derecho

Digestivos:

Disfagia

Epígastralgia

Regurgitación, pirosis

Distensión abdominal

Constipación persistente prolongada

Cólicos

Neurológicos:

Convulsiones

Ataxia

Trastornos de la conducta

Trastornos de la sensibilidad superficial y/o profunda.

3. - Examen Clínico

3.1. Examen Físico General: Realizar un cuidadoso examen clínico del paciente dejando

constancia en la Historia Clínica

3.2. Examen Cardiovascular

3.2.1. Signos de insuficiencia cardíaca

3.2.2. Arritmia de cualquier tipo (realizar auscultación prolongada 3 a 5 minutos)

3.2.3. Búsqueda de desdoblamiento permanente del segundo ruido debido a bloqueo de la rama derecha.

3.2.4. Tromboembolismo pulmonar o periférico.

3.2.5. Disfunción automática (deben aplicarse las pruebas del Anexo III)

3.3. Examen del aparato digestivo:

3.3. 1. Signos de megavísceras, especialmente esófago y colon.

3. 4. Examen neurológico:

3.4. 1. Trastornos cerebelosos

3.4.2. Alteraciones de la sensibilidad.

3.4.3. Examen psiquiátrico.

4. Exámenes Complementarios

4.1. Laboratorio:

El diagnóstico de laboratorio de la infección chagásica se establece por positividad de al menos dos reacciones serológicas normatizadas, y no se invalida por la ausencia del parásito en sangre, investigado por xenodiagnóstico y/o hemocultivo (1).

4. 1. 1. Pruebas serológicas: HAI - IFI - ELISA - AD - IPl - ver 3.1.2.

4.1.2. Exámenes Parasitológicos- Hemocultivo Xenodiagnóstico.

4.2. Imágenes:

4.2.1. Radiografía de Tórax: frente y perfil

4.2.2. Radiografías para estudios digestivos

4.3. Cardiología:

4.3.1. Electrocardiograma convencional de 12 derivaciones.

(1) Estos estudios no están disponibles en todos los establecimientos asistenciales, la derivación de pacientes o muestras a centros de mayor complejidad deben justificarse con resumen de Historia Clínica y motivo de la solicitud de los estudios.

4. 3.2. Ergometría * de ser posible y de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento, y siempre que se cuente con los elementos de reanimación cardiorrespiratoria, se recomienda completar el estudio con una prueba de esfuerzo graduado. Debe atenderse sobre todo a la aparición de arritmias ventriculares intra o post-esfuerzo y la máxima frecuencia cardíaca alcanzada.

4.3.3. ECG dinámico de 24 horas

4.3.4. Ecocardiograma bidimensional

4.4. Neurología: destinados a documentar disritmias.

4.4.1. Electroencefalograma *

5. - Otros exámenes de acuerdo a las alteraciones del paciente

5.1. Pacientes con trastornos de la éxito-conducción por el electrocardiograma:

Especialmente indicada la prueba de esfuerzo.

5.2. Pacientes con extrasistolia ventricular:

5.2.1. Examen físico

5.2.2. Electrocardiograma en reposo

5.2.3. Prueba de esfuerzo

5.2.4. Holter

5.2.5. Ecocardiograma 2-D

5.3. Pacientes con arritmia severa: demostrada con

- electrocardiograma y/o

- ergometría

A estos pacientes se les debe efectuar tratamiento antiarrítmico sin más estudios ni demoras.

5.4. Pacientes con daño cardíaco severo o insuficiencia cardíaca:

Requieren tratamiento cardiológico sin necesidad de estudios de alta complejidad.

5.5. Pacientes con agrandamiento cardíaco y/o arritmias complejas, trastornos de conducción intra-ventricular o aurícula-ventricular, o episodios sincopales:

Deben ser exhaustivamente estudiados en centros de mayor complejidad. Sólo en estos casos, que constituyen una proporción relativamente pequeña de los pacientes chagásicos, y sólo en estos centros se realizarán:

5.5.1. Pruebas farmacológicas

5.5.2 Electrocardiograma de haz de His

5.5.3. Sobre estimulación auricular.

5.5.4 Ecocardiograma bidimensional

5.5.5. Angiografía radioisotópica.

5.5.6. Angiografía contrastada

* Estos estudios no están disponibles en todos los establecimientos asistenciales; la derivación de pacientes a centros de mayor complejidad para su realización, debe justificarse con resumen de Historia Clínica y motivo de la solicitud de los estudios.

Estas exploraciones permitirán decidir sobre la terapéutica más adecuada tendiente a modificar los dos aspectos evolutivos de mayor trascendencia: arritmia y daño miocárdico contráctil.

Recomendaciones

Con anamnesis cuidadosa, examen clínico, radiografía de tórax y ECG se puede estimar el compromiso miocárdico.

Los pacientes Chagásicos que solo presenten ECG patológico sin signos de insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias graves deben ser asistidos en el primer nivel (grupo 0 a 1 de Kuschnir)

La complejidad de los estudios cardiológico deben adecuarse a cada paciente

Los pacientes que deban ser inmunosuprimidos por enfermedades asociadas, deberán considerarse como casos particulares, y deben ser estudiados en centros de referencia provincial, pudiendo emplearse las reacciones serológicas antes mencionadas, a excepción de la Fijación de Complemento.

La serología positiva por sí sola, no significa enfermedad clínica ni presupone discapacidad.

Según los datos obtenidos se podrá establecer la Condición del paciente como enfermo chagásico crónico, y

categorizarlo para la adopción de algunos de los criterios de tratamiento.

6. Tratamiento del Chagásico Crónico

Se presenta a continuación una clasificación destinada a categorizar los distintos grupos en que pueden ubicarse los pacientes chagásicos crónicos, a fin de establecer criterios terapéuticos según Grupos de Riesgo.

Los trastornos cardiológicos y digestivos que pueden presentar los pacientes, son variados, existen numerosos medicamentos para enfrentar cada situación (insuficiencia cardíaca, arritmias, mega vísceras) correspondiendo al criterio médico la instrumentación de la terapéutica correspondiente, por lo que no son posible formular generalizaciones.

Grupos de Tratamiento

Grupo 1. Infección crónica con o sin parásitos en sangre.

Grupo 2. Embarazadas con infección crónica con o sin parasitemia.

Grupo 3. Infección crónica con o sin parasitemia durante la lactancia.

Grupo 4. Infección crónica en donantes de órganos.

Grupo 5. Infección crónica en Inmunodeprimidos o Inmunosuprimidos con o sin parasitemia.

Se recomiendan la derivación de los pacientes del grupo 5, a centros de alta complejidad para su atención de acuerdo a la red de asistencia regional.

Uso de drogas Tripanomicidas

Grupo 1. Infectados crónicos con o sin evidencia de parásitos en sangre.

El tratamiento tripanomicida podría disminuir la extensión y/o gravedad enfermedad. Si bien este criterio es aun controvertido, existen crecientes evidencias a favor del beneficio del tratamiento. El paciente debe ser informado de las ventajas y desventajas del

tratamiento.

Grupo 2. Embarazadas con infección crónica, con o sin parasitemia

El tratamiento de las embarazadas con las drogas tripanomicidas actualmente en uso está totalmente contraindicado.

Grupo 3. Infección crónica con o sin parasitemia durante la lactancia.

Si el niño es positivo se tratan la madre y el niño.

Si el niño es negativo se posterga el tratamiento en la madre, hasta el fin de la lactancia.

Grupo 4. Infección crónica en donantes de órganos.

La enfermedad de Chagas - Mazza es una contraindicación para la donación de órganos. En los casos de donantes vivos (trasplante de riñón etc.), y ante la imposibilidad de utilizar otro donante, pueden disminuirse las probabilidades de transmisión al receptor, realizando el tratamiento del donante con drogas tripanomicidas durante las 2 semanas previas a la intervención, complementado con 2 semanas del mismo tratamiento al receptor, luego de la misma.

Grupo 5. Infección crónica en Inmunodeprimidos, con o sin parasitemia.

Se recomienda la derivación de estos pacientes a centros de alta complejidad para su atención de acuerdo a la red de asistencia regional.

7. - SEGUIMIENTO

Es importante realizar el seguimiento de los pacientes chagásicos, especialmente aquéllos con cardiopatía, para lo que se sugiere usar la clasificación de Kuschnir y col. (6):

Estadio 0 y 1: Control clínico y cardiológico anual

Estadio II y III: Los controles dependen del tratamiento indicado, por lo que el profesional a cargo determinará en cada caso en particular el tiempo y el tipo de controles a realizarse.

Bancos de sangre - control de donantes

Una de las vías de transmisión no vectorial de esta enfermedad, es por la transfusión de sangre contaminada con el *Tripanosoma cruzii*. Esta forma de infección es evitable aplicando las buenas prácticas en los procesos de donación y preparación de los productos sanguíneos.

Cumplir con las normas y leyes vigentes permite no sólo prevenir la enfermedad de Chagas-Mazza en los receptores de sangre, sino también brindar atención oportuna a los donantes seropositivos.

8.1. En una muestra de cada unidad de sangre donada se deberán realizar 2 (dos) pruebas serológicas normalizadas (ver 3.1.2.) para selección o tamizaje, de acuerdo a las Normas Nacionales vigentes en cumplimiento con el decreto reglamentario de la Ley 22.360 y las Normas Provinciales de Hemoterapia, a saber: Ensayo Inmunoenzimático (ELISA) y Prueba. Aglutinación de Partículas de Gelatina, Aglutinación Directa). En el caso de las técnicas de aglutinación, el título de corte será el indicado por el productor del reactivo utilizado para la selección o tamizaje.

8.2. Los potenciales donantes de sangre con antecedentes de diagnóstico clínico y/o serológico certificado de Enfermedad de Chagas-Mazza, deberán ser excluidos en forma permanente, de acuerdo con las Normas Provinciales de Hemoterapia.

8.3. Toda unidad de sangre con al menos una de las dos reacciones serológicas practicadas que arroje resultado repetidamente reactivo para la Enfermedad de Chagas-Mazza, debe ser descartada. La conservación de la sangre en la heladera no elimina la capacidad infectante del parásito.

8.4. Los resultados repetidamente reactivos de selección o tamizaje deberán confirmarse. Todos los donantes que presenten resultados positivos confirmados, deben ser derivados para su atención a centros asistenciales preparados para dar respuesta a la demanda. Estos serán establecidos por la Región Sanitaria correspondiente que servirá de soporte a la red de atención.

8.5. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de origen transfusional pueden presentarse en algunos casos, hasta los 90 días o más luego de la transfusión.

Los signos o síntomas más frecuentes son síndrome febril prolongado, esplenomegalia, linfadenopatía; es un hallazgo frecuente la linfomonocitosis. Es importante considerar el antecedente de fracaso de la antibiótico terapia previa, en el control del cuadro.

Area interior provincial

Conformada por 84 partidos y una población de 3.106.106 habitantes, con un 11,3 % de población rural, distribuidos en un vasto territorio, e importantes centros urbanos en los municipios de Bahía Blanca, General Pueyrredón y San Nicolás.

Con Tasas de seropositividad en hemodadores menores a las del área metropolitana, no superiores al 2,5 % y menor notificación de casos, existen no obstante situaciones puntuales producidas por migraciones de población de áreas de mayor endemidad, fundamentalmente por razones laborales y constituida principalmente por trabajadores golondrinas.

Jefatura de Area: DEPARTAMENTO ZOONOSIS RURALES

Recursos del Sector Salud: Regiones Sanitarias I, II, III, IV, VIII, IX, X y sus efectores.

Area Interior Provincial

Conformada por 84 partidos y una población de 3.106.106 habitantes, con un 11,3 % de población rural, distribuidos en un vasto territorio, e importantes centros urbanos en los municipios de Bahía Blanca, General Pueyrredón y San Nicolás.

Con Tasas de seropositividad en hemodadores menores a las del área metropolitana no superiores al 2,5 % y menor notificación de casos, existen no obstante situaciones puntuales producidas por migraciones de población de áreas de mayor endemidad, fundamentalmente por razones laborales y constituida principalmente por trabajadores golondrinas.

Jefatura de Area: DEPARTAMENTO ZOONOSIS RURALES

Recursos del Sector Salud: REGIONES SANITARIAS I, II, III, IV, VIII, IX, X y sus efectores.

8.6. Ante la sospecha de enfermedad de Chagas-Mazza transfusional, deben realizarse estudios parasitológicos y/o serológicos seriados post exposición. Luego de la confirmación parasitológica o serológica de la enfermedad, proceder según normas de Tratamiento de Chagas Agudo.

ANEXO I

AREAS DE ACCIONES PROVINCIALES

Teniendo en cuenta las características demográficas, el desarrollo económico - social la situación de riesgo epidemiológico y las disponibilidades de recursos, se han establecido dos áreas de acción en la provincia de Buenos Aires para la ejecución de actividades del Programa de Control de Enfermedad de Chagas-Mazza.

AREA METROPOLITANA

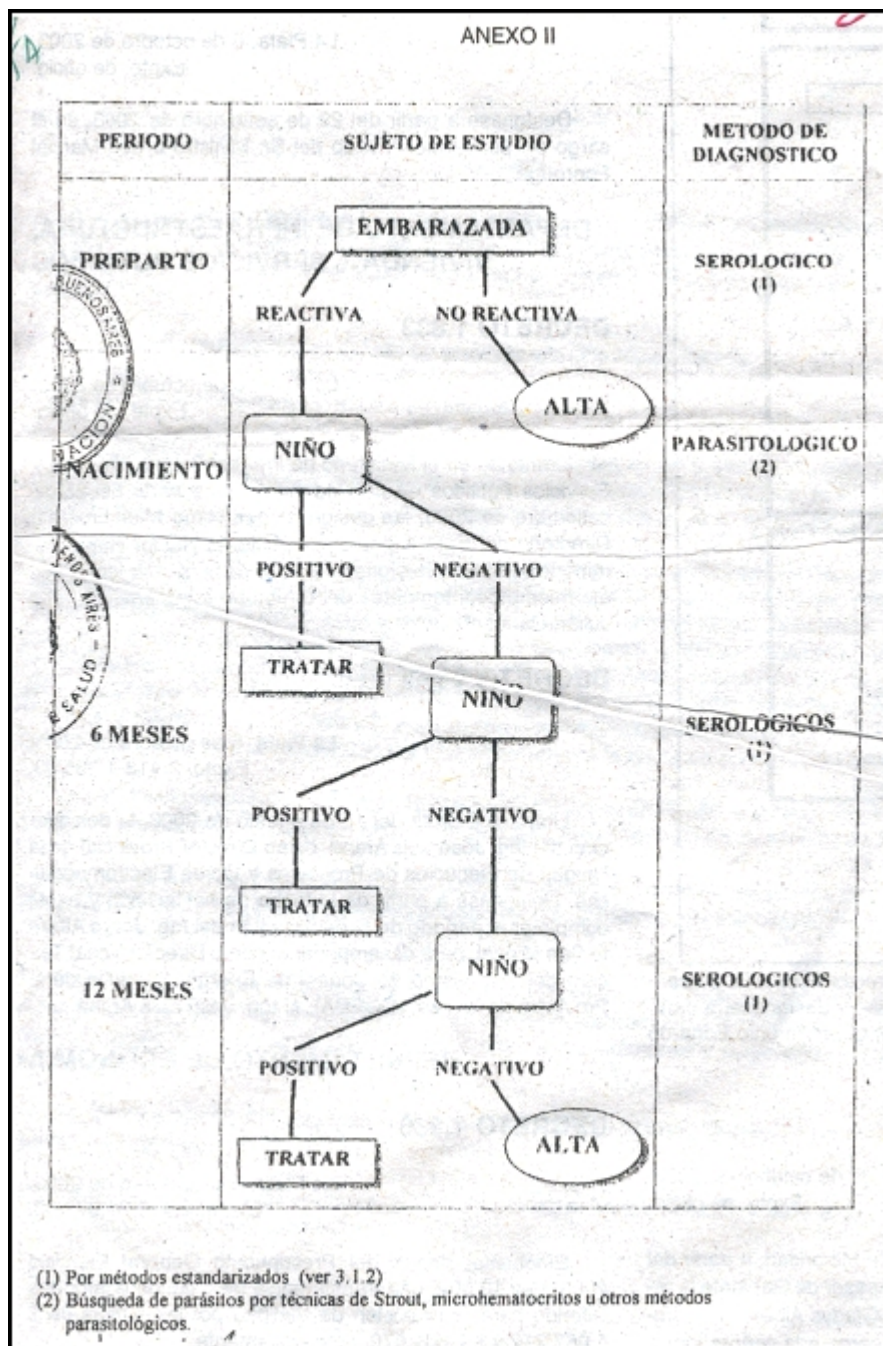
Constituida por el Conurbano Bonaerense y el Gran La Plata, abarca 43 partidos y 9.524.913 habitantes; una importante parte de esta población se compone de habitantes que migraron de áreas de mayor endemidad.

Caracteriza a esta área las elevadas tasas de seropositividad en hemodadores (superior al 4%) que aporta el mayor número de casos de la casuística provincial.

Jefatura de Area: DEPARTAMENTO DE ZOONOSIS URBANAS

Recursos del Sector de Salud: REGIONES SANITARIAS V, VI, Vi, A-B, XI y sus efectores

ANEXO II



ANEXO III

INVESTIGACION DE TRASTORNOS AUTOMATICOS EN EL APARATO CARDIOVASCULAR

Test de Valsalva. Con el paciente en posición decúbito dorsal, se registra el electrocardiograma (ECG) en forma continua con velocidad de papel a 25 mm/seg. (derivación DII) mientras el paciente sostiene una presión respiratoria de 40 mm de Hg durante 15 segundos, luego de transcurrir este tiempo el paciente vuelve a respirar tranquilamente y el operador continúa el registro electrocardiograma durante 15 segundos más. Los cálculos se realizan sobre el registro electrocardiográfico de la siguiente manera: debe medirse (en milisegundos) el intervalo RR más corto durante la prueba, el que se llamará "RR menor intra Valsalva" y el intervalo RR más prolongado en el período descompresivo, que se llamará "RR mayor post Valsalva". Este último es el numerador y el primero el denominador. De tal forma que la fórmula que la conforma de la siguiente manera:

RR mayor post Valsalva

RR menor intra Valsalva

Valores normales (VN), según Ewing) > 1.2

Valores anormales (VA) Según Ewing << 1. 1

Valores anormales (VA), según Rossi) $<< 1.22$

Frecuencia cardíaca (FC) en inspiración profunda. Con el paciente en decúbito dorsal, se registran el ECG en derivación DII a 25 mm/seg. Durante toda la prueba, la que consiste en hacer tres inspiraciones profundas y lentas, tratando de llegar en cada una a inspiraciones y espiración máxima. Luego se calcula la FC, latido a latido en el registro logrado: se ubica la FC mayor y la FC menor y con los valores hallados se construye la fórmula (FC mayor - FC menor). Los valores de referencia son:

VN, según Ewing: >15

VA, según Ewing: $<<10$

VA, según Rossi: $<< 17$

Frecuencia cardíaca (FC) al pararse. Con el paciente acostado, comienza el registro electrocardiográfico descripto, luego se le pide al paciente que se ponga de pie y se registra interrumpidamente por lo menos 30 latidos en la posición erecta. Se mide en el registro los intervalos RR mayor y RR menor para la fórmula de Rossi.

Cálculo según Ewing:

$RR \text{ del latido número } 30 / RR \text{ del latido número } 15 = VN > 1.03$ VA $<< 1,00$

Cálculo según Rossi: $RR \text{ mayor} / RR \text{ menor} = VA << 1.05$

Tensión arterial (TA) sistólica al pararse. Con el manguito del esfigmomanómetro en el brazo del paciente acostado, se registra la TA sistólica; luego se solicita al paciente que se pare y se registra la TA nuevamente, se calcula la diferencia entre ambas. Interpretación de los resultados:

Ewing: VN $<< 100$ mm Hg. VA > 30 mm Hg

Rossi: VA > 30 mm Hg

Tensión arterial (TA) diastólica con Handgrip o Manguito. Con el paciente sentado se registra la TA diastólica basal, luego se comprime el handgrip o manguito al 30 % de la potencia máxima del paciente pueda alcanzar según Ewing y al 50% de potencia máxima según Rossi, la compresión debe durar 10 segundos y durante la misma se obtiene un nuevo registro de la TA diastólica, el que se compara con el valor basal observando la diferencia. La interpretación es la siguiente:

Ewing.- VN > 16 mm Hg. VA $<< 11$ mm Hg

Rossi: VA $<< 10$ mm Hg

ANEXO IV

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS- MAZZA

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas- Mazza, como en otras enfermedades endémicas, permite el monitoreo de los niveles de infección en la población y en el establecimiento de las medidas de control correspondientes.

La detección de los casos de enfermedad de Chagas-Mazza, agudos vectoriales, son un indicador sensible de la presencia de triatomíneos en un área. La notificación oportuna permite acciones de investigación epidemiológica, el control del foco vectorial y el seguimiento posterior.

La enfermedad de Chagas-Mazza vertical y su detección temprana, permiten el tratamiento con elevado índice de curación de los niños afectados.

La detección de casos de transmisión transfusional revela situaciones de riesgo por un control inadecuado de los hemodonantes y/o incorrecta aplicación de la Ley 22.360, Ley de Sangre y Normas Técnicas del Instituto de Hemoterapia (1993), que deben ser verificadas por la autoridad Sanitaria.

La notificación de casos se realiza de acuerdo a la Ley 15.465 de notificaciones médicas obligatorias a través de las Planillas C2 y L2 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Provincial y la Ficha de notificación de casos, del Programa Provincial de Control de la Enfermedad de Chagas.

La ficha consta de cuatro ítems:

1. Datos del establecimiento notificador.
2. Datos del paciente.
3. Datos de la enfermedad - infección.
4. Datos del laboratorio de confirmación.

La mayoría de los datos de cada ítem se indican por la demarcación con una cruz en casillero correspondiente, debiendo consignarse con letra clara la información escrita. La ficha de notificación debe acompañar también las muestras de suero que para diagnóstico de confirmación se remitan a los Departamentos de Zoonosis.

FICHA DE NOTIFICACION DE DATOS	
Provincia de Buenos Aires Ministerio de Salud Dirección Provincial de Medicina Preventiva Programa de Control de la Enfermedad de Chagas - Mazza	
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS	
Sede Notificación	
Departamento de Zoonosis Urbanas Italia 324 - AVELLANEDA Tel: (011) 4201-5397 Tel/Fax: (011) 4201-2698 R.S.: V - VI - VII A - VII B - XI	Departamento de Zoonosis Rural España 770 - AZUL Tel: (02281) 422853 Tel/Fax: (02281) 424483 R.S.: I - II - III - IV - VIII - IX - X
Ley N° 15.465/87 - Decreto N° 2.771/79 "Denuncia obligatoria de Enfermedades"	
1. Datos del Establecimiento Efecto: ☐ Dependencia Municipal ☐ Localidad: Código: Dependencia Provincial: ☐ Provincia: Región Sanitaria:	
2. Datos del Paciente Apellido y Nombre: Domicilio: Procedencia (Pcia.): Sexo: F ☐ M ☐ Edad: Ocupación:	
3. Datos de la Enfermedad - Infección Conocimiento de la enfermedad (previa al diagnóstico): SI ☐ Año: NO ☐ En caso de respuesta POSITIVA: detallar fuente de infección. Insecto Vector ☐ Transfusional ☐ Via Materna ☐ Otros ☐ En los Recién Nacidos de madre positiva consignar lugar de origen de la misma. En caso de respuesta NEGATIVA: detallar fuente del diagnóstico. Pre-ocupacional ☐ Hemodador ☐ Control de Embarazo ☐ Otros ☐	
Forma Clínica - Sintomatología: Cardíaca ☐ Digestiva ☐ Cutánea ☐ Neuropsíquica ☐ Asintomática ☐	
4. Laboratorio (Diagnóstico de Confirmación)	
PARASITOLOGÍA Microstrout ☐ Strout ☐ Hemocultivo ☐ Xenodiag ☐	SEROLOGÍA Hemaglutinación indirecta ☐ Inmunofluorescencia indirecta ☐ Machado Guerreiro ☐ ELISA ☐ Látex ☐ Aglutinación Directa ☐
Fecha:	Sello y Firma del Profesional: