

# “EL CUCO...¿ES TAN MALO?”

*Relato de experiencia de la  
implementación de un proyecto de  
intervención para el abordaje integral y  
familiar de la Enfermedad de Chagas.*

Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”  
Trabajo inédito  
Octubre 2014-Agosto 2015

Categoría temática  
Clínica Ampliada

Tipo de trabajo:  
Relato de experiencia

HAVLICEK, PATRICIA G.; \* DNI 13.137.754  
JENKINS, ANALIA C. \* DNI 32.489.594  
MUÑIZ, MANUEL O.; \* DNI 27.516.781  
OLIVIERI, FERNANDO; \*\* DNI 29.248.494  
OTAMENDI, FLORENCIA S.; \* DNI 28.802.873  
SACHIERO, M. SOLEDAD; \* DNI 32.951.817  
SVOBODA, M. AGUSTINA; \* DNI 31.789.281

\*Médicos/as Residentes de Medicina General del Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”

\*\*Jefe de Residentes de Medicina General del Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”

Domicilio Institucional: Ruta Provincial N°24, KM 23,5. General Rodríguez (C.P. 1748). Buenos Aires. Tel: (0237) 4050800, int 165.

Contacto: Ma. Agustina Svoboda, Pumacahua 715, depto. 4, CABA C.P. 1406, Bs.As. Tel: 011 39722895/ 1565364402. E-mail: magusvoboda@hotmail.com

**“EL CUCO... ¿ES TAN MALO?”**

Havlicek, Patricia G.; Jenkins, Analía C.; Muñiz, Manuel O.; Olivieri, Fernando; Otamendi, Florencia S.; Sacchiero, M.Soledad; Svoboda, M.Agustina

Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”, Ruta Prov. Nº 24 km 23,500, General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires, C.P. 1749, TEL: (0237) 40-50800  
magusvoboda@hotmail.com

**Relato de experiencia**

**Clínica ampliada**

La aplicación de un nuevo protocolo de abordaje y tratamiento de la Enfermedad de Chagas (EC), bajo las nuevas normas vigentes.

Abordar a las personas con EC y sus familias desde una perspectiva integral, intercultural e interdisciplinaria. Trabajo descriptivo, observacional y retrospectivo. Se elaboró un proyecto de intervención, con rastreo activo y familiar en el ámbito de consultorio, historias clínicas y datos previamente relevados con elaboración de base de datos, implementación de protocolo, formación de promotores. Apreciación y registro de la experiencia, evaluación. Se elaboró fichero cronológico, planilla de datos para categorizar la información y carnet de seguimiento. **Resultado:** Se abordaron dos familias con epidemiología para EC resultando cuatro personas con posibilidad de recibir antiparasitario .Se realizó tratamiento semi supervisado por 60 días, presentando en la mayoría de los casos, efectos adversos leve- moderados en etapa final. **Discusión y Conclusiones:** Entendemos que los efectos adversos son uno de los principales obstáculos para iniciar tratamiento. En nuestra experiencia existieron y fueron frecuentes pero de características leves a moderadas, disipando temores en los médicos. **Propuestas:** compartir experiencias con colegas, otras residencias de medicina general, otros servicios, y continuar construyendo la experiencia. Formar promotores en la temática, que pertenezcan a la comunidad.

**Palabras Clave:** Chagas, experiencia, integral, comunidad, efectos adversos.

**SopORTE técnico:** Proyector y pantalla.

*“Al fin y al cabo,  
Somos lo que hacemos,  
Para cambiar lo que somos”*

*Eduardo Galeano*

## Introducción:

El presente trabajo tiene como objeto compartir la experiencia en relación al desafío que implica el abordaje integral, familiar, comunitario e intercultural, poniendo especial énfasis en los pacientes como replicadores. Simultáneamente dentro de sus objetivos se encuentran debatir mitos, temores y posturas en cuanto al nuevo paradigma de tratamiento de la Enfermedad de Chagas (EC), promoviendo a través de éste la disminución de la tasa de transmisión vertical y la progresión de la cardiopatía chagásica.

## MOMENTO DESCRIPTIVO

### Objetivo General:

Ⓢ Abordar a las personas con EC y sus familias desde una perspectiva integral, intercultural e interdisciplinaria.

### Objetivos Específicos:

Ⓢ Visibilizar y resignificar en la comunidad a la EC como una enfermedad tratable, tanto en su fase aguda como en su fase crónica.

Ⓢ Concientizar a los profesionales de la salud sobre el cambio de paradigma en lo que respecta al abordaje de la EC.

Ⓢ Promover la incorporación del abordaje integral y familiar de la EC a la práctica habitual del especialista en Medicina General y/o Familiar.

Ⓢ Ofrecer pesquisa a personas con epidemiología positiva para EC, con especial énfasis en la mujer en edad fértil a fin de disminuir el riesgo de transmisión vertical.

Ⓢ Articular con el segundo nivel de atención para facilitar el manejo interdisciplinario de los pacientes.

Ⓢ Facilitar el acceso a la medicación a las personas que deseen iniciar el tratamiento.

Ⓢ Realizar la evaluación clínica, tratamiento supervisado y seguimiento de las personas con serología positiva para EC.

Ⓢ Impulsar la difusión y generar agentes multiplicadores en la comunidad.

## Marco teórico de referencia

La EC, causada por el parásito unicelular *Trypanosoma cruzi*, es una enfermedad que causa la mayor cantidad de años perdidos de vida saludable debido a discapacidad en Latinoamérica. Esta enfermedad afecta aproximadamente 7-8 millones de personas en este continente.

Está asociada a múltiples factores sociales y ambientales en vastas áreas de América Latina, entre los que se destacan: habitar en viviendas mal estructuradas y sin calidad - principalmente en zonas rurales y suburbanas-, carecer de recursos, residir en áreas de pobreza con inestabilidad social y económica, y muchas veces con altas tasas de migración, así como pertenecer a grupos vinculados con el trabajo agrícola estacional en zafras y cosechas. Esta enfermedad contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza, al reducir la capacidad de aprendizaje, la productividad y la posibilidad de generar ingresos.

Su área de endemicidad para la transmisión vectorial abarca desde el sur de los Estados Unidos de Norteamérica hasta el sur de la Argentina y Chile. Existen otras formas de transmisión no vectoriales, la vertical (de madre infectada a hijo/a), por transfusión de sangre no controlada, trasplante de órganos, por accidente de laboratorio y la vía digestiva.

La infección por este parásito presenta dos fases. La primera, denominada aguda, se caracteriza por presentar al parásito circulando en sangre periférica y en dicha fase, se utilizan métodos directos para realizar el diagnóstico de enfermedad. Durante la segunda, la fase crónica, el parásito es indetectable en la sangre de la persona infectada y el diagnóstico se establece mediante métodos inmunológicos o moleculares: Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y Hemaglutinación indirecta (HAI). Es importante destacar que para realizar diagnóstico de enfermedad en esta fase se deben contar con dos pruebas serológicas diferentes y el resultado de ambas debe coincidir; en caso contrario se realizará una tercer prueba.

La *“Guía para la atención del paciente infectado con Trypanosoma cruzi”* del Ministerio de Salud de la Nación, avala la utilización de dos drogas tripanocidas para realizar tratamiento, el Benznidazol y el Nifurtimox. El tratamiento, iniciado durante la fase aguda de la EC disminuye la gravedad y duración del curso clínico y de la parasitemia detectable, logrando la cura en un 80% de los casos por transmisión vectorial y de más del 90% en la transmisión congénita. Durante la fase crónica, niños y adolescentes han demostrado una muy buena tolerancia al mismo y una alta tasa de curación. En adultos se ha demostrado la

curación de la EC con negativización serológica y reducción de la progresión de las lesiones orgánicas. A pesar de esto, el tratamiento es menos tolerado (mayor incidencia de efectos adversos) y la seroconversión requiere de un tiempo mayor (5 a 10 años) en comparación a niños o adolescentes.

El principal objetivo del tratamiento tripanocida es eliminar *T. cruzi* del individuo infectado para disminuir la probabilidad de desarrollar la enfermedad y romper la cadena de transmisión de la misma. Otra forma de establecer los objetivos del tratamiento es mediante la Clasificación de Kurchnir (*Anexo 1*) según la cual en los pacientes del grupo 0 (la mayoría) el objetivo es prevenir la aparición de cardiopatía y en los del grupo 1 y 2 el objetivo es evitar la progresión de la enfermedad.

Las indicaciones del tratamiento tripanocida son: 1) la fase aguda de la enfermedad, cualquiera sea la edad del paciente (incluida la reactivación de la enfermedad en inmunocomprometidos); 2) niños o adolescentes menores de 19 años cursando la fase crónica; 3) donante vivo reactivo en trasplante de órganos cuando el mismo no es de urgencia; 4) accidente de laboratorio o quirúrgico con material contaminado con *T. cruzi*.

Son pasibles de realizar tratamiento: 1) pacientes con edad mayor o igual a 19 años y menores de 50 años, sin patología demostrada en fase crónica de la EC; 2) pacientes con edad mayor o igual a 19 años y menores de 50 años con patología demostrada y hallazgos de cardiopatía incipiente; 3) quimioprofilaxis secundaria luego de una reactivación en un paciente inmunocomprometido.

El tratamiento de la EC debe durar 60 días y para su implementación se recomienda iniciar con dosis bajas de droga tripanocida e ir incrementando hasta llegar a dosis terapéutica, descartar embarazo en mujeres en edad fértil, supervisión semanal del tratamiento, realización de dieta baja en grasas e hipoalérgica, reducir el consumo de alcohol, evitar la exposición solar y la realización de dos controles de laboratorio (hemograma, urea, creatinina y hepatograma) pretratamiento e intratratamiento (día 15-20). Ante la presencia de efectos adversos realizar nuevo control de laboratorio.

Los efectos adversos (*Anexo 2*) suelen aparecer entre los días 15 y 30 de tratamiento y los más frecuentes son: erupción cutánea, trastornos digestivos (náuseas, vómitos, diarrea, etc.), síntomas generales (fiebre, artralgias, mialgias, fatiga, etc.), fenómenos neurotóxicos periféricos y/o del sistema nervioso central (cefalea, irritabilidad, insomnio, pérdida de equilibrio, convulsiones, síntomas de neuropatía periférica, etc.),

elevación de transaminasas mayor a 3 veces el valor normal con o sin síntomas de hepatitis y eosinofilia.

Entre los efectos adversos graves (de baja frecuencia de aparición) pueden mencionarse: leucopenia, plaquetopenia y Síndrome de Stevens-Johnson.

Ante la presencia de algún efecto adverso se puede, o bien suspender el tratamiento transitoriamente o disminuir la dosis mientras se realiza el tratamiento sintomático para luego aumentarla gradualmente hasta llegar a rangos terapéuticos. En caso de recurrencia del efecto adverso se aconseja la suspensión definitiva.

Prevención Primaria: Si la meta es prevenir la ocurrencia de nuevas infecciones, el tratamiento etiológico podría tener un efecto indirecto si se aplica en niños y adolescentes. Así también mujeres en edad reproductiva para prevenir futuros casos de EC congénita. En adición, aumentaría la cantidad de donantes de órganos y sangre.

Prevención Secundaria: Si las actividades de prevención primaria no pudieron evitar que los niños adquieran la enfermedad, el hecho de que reciban tratamiento en forma oportuna es la mejor opción para que logren la seronegativización y no desarrollen la enfermedad. También la indicación del tratamiento no debe demorarse en pacientes que utilizan drogas inmunosupresoras y así evitar la reactivación de la EC.

Prevención Terciaria: El tratamiento etiológico de la EC representa un beneficio como factor protector en la fisiopatología de la cardiomiopatía chagásica.

Sosa-Estani y Segura, plantean diferentes escenarios de acuerdo a los modelos de intervención que se implementen para afrontar la problemática de la EC.

En el primero de ellos no hay intervención en contra del vector y el número de personas que se infectan debido a esta forma de transmisión aumenta. En el segundo, sólo se implementan acciones de prevención primaria tales como control del vector y controles a donadores de sangre y órganos. Estas acciones logran una reducción progresiva de las personas infectadas pero aquellos que contraen la infección permanecen infectados el resto de sus vidas y debido a la transmisión vertical y a las migraciones, el riesgo de transmisión aumentaría. El tercer escenario, considera las acciones de prevención primaria en conjunto con acciones de cuidado a las personas infectadas, incluyendo el tratamiento etiológico. Esta combinación de acciones para el control de la EC lograría su objetivo en menos tiempo.

Es posible que la EC no pueda ser erradicada debido a los múltiples escenarios que contribuyen a que personas se infecten con el T. cruzi, principalmente por la existencia de triatomas salvajes infectadas en contacto permanente con ambientes domésticos. Sin embargo es posible controlar la EC en grandes áreas implementando medidas para interrumpir la transmisión vectorial, la transmisión por transfusiones de sangre y la realización de diagnóstico y tratamiento temprano en personas infectadas.

### Salud Ciudadana, Migraciones, Marco Jurídico

Según Liborio, para que un Sistema de Salud, sea democrático, universal y equitativo, requiere de un proceso de construcción social y político. Este proceso puede partir de la formulación de políticas públicas, pero a su vez éstas políticas, deben estar plasmadas en los servicios de salud.

Además es necesario que la acción de los actores sociales y sus prácticas cotidianas en los servicios, se efectúen centrados en la reflexión crítica de sus procesos de trabajo, que permitan nuevos conocimientos y el desarrollo de nuevas prácticas en concordancia con las políticas. De esta forma se torna posible construir un Sistema de Salud basado en la creación de una “salud ciudadana”.

Pero también es necesaria la existencia de “cambios” en los grupos humanos concretos que deben actuar, tomar decisiones y gestionar. En este marco es posible pensar en la reorientación del modelo asistencial, que atienda las necesidades de salud, tanto individuales como colectivas, como que permita el desarrollo de acciones de promoción y prevención.

Las fronteras que dividen a los pueblos sólo sirven para la dominación. En los duros años que vienen, quizá incluso más duros de los que hemos soportado hasta ahora, queda como elemento clave de supervivencia la lucha por la reconstrucción de los territorios étnicos y culturales, sin fronteras medidas a centímetro, pero con áreas de integración que permitan la permeabilidad de un mundo que debe ser uno solo, pero no globalizado para el beneficio de pocos.

Actualmente, cuando la distribución de oportunidades es muy desigual, la migración tiene un gran potencial para mejorar el desarrollo humano. Éste, reconoce a la movilidad como un componente esencial de la libertad de las personas. Sin embargo, la migración no

es una pura expresión de elecciones individuales. La gente migra bajo restricciones que pueden ser muy severas, y los beneficios que obtiene de ello se distribuyen desigualmente.

Emigrar puede expandir las oportunidades de acceder a mejores servicios de salud, educación y mejorar el estándar de vida. Asimismo, los migrantes suelen aportar capacidades complementarias a la fuerza de trabajo de un país, además de enriquecerlo culturalmente.

La política migratoria argentina se modificó radicalmente gracias a la ley de migraciones 25.871, la que en los artículos 6 y 8 confiere a los migrantes derechos que los ponen en pie de igualdad con la población nativa. (*Anexo 3*)

Por último, la ley 26.281 promulgada por el Congreso Nacional en septiembre de 2007 declara de interés nacional y carácter prioritario a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la EC (*Anexo 4*), brindándole un marco institucional al abordaje de esta enfermedad.

**Planificación y Ejecución:** Las actividades realizadas fueron

- ④ Capacitación
- ④ Visibilización de la problemática en la comunidad
- ④ Presentación de Proyecto de intervención (*Anexo 5*) y Protocolo (*Anexo 6*) de abordaje de la EC al Área Programática del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer (HNBS)
- ④ Relevamiento de datos de la historia clínica (HC) de mujeres embarazadas, niños y adultos.
- ④ Contacto y citación de pacientes previamente relevados y de demanda espontánea.
- ④ Primera consulta con el paciente/ familia.
- ④ Segunda consulta. Clasificación de Kurchnir.
- ④ Gestión de la medicación.
- ④ Inicio del tratamiento y seguimiento cercano.
- ④ Abordaje del final del tratamiento. Entrega de carnet de constancia de tratamiento y registro controles de seguimiento.
- ④ Articulación con servicios de Cardiología, Dermatología y Guardia externa de Clínica Médica del HNBS.
- ④ Actividades de Promoción, Prevención y Difusión de la enfermedad y de su nuevo abordaje.

## **Capacitación**

Desde Octubre a Diciembre de 2014 se realizó el Curso “CHAGAS: DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN”, desarrollado por la Fundación Bunge y Born en cooperación con la Fundación Mundo Sano. A su vez, estuvo coordinado institucional y técnicamente por Zoonosis Urbanas de la Provincia de Buenos Aires.

El contenido del curso fue elaborado considerando diversos aspectos de la EC y estuvo a cargo de los doctores Héctor Alejandro Armenti, cardiólogo del Hospital Eva Perón de San Martín; Héctor Freilij, asesor médico del Programa Nacional de Chagas y médico consultor del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; Ricardo Gürtler, profesor titular en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (UBA) e Investigador Principal de CONICET.

El mismo tuvo modalidad virtual con instancias presenciales en las cuales se compartieron y debatieron experiencias y problemáticas concretas en conjunto con los coordinadores del curso.

## **Visibilización de la problemática en la comunidad:**

Durante los meses de Octubre-Noviembre de 2014, en el transcurso de la rotación por el servicio de Obstetricia en el hospital provincial de referencia, observamos diversas instancias en las cuales - luego del parto - mujeres con serología positiva para EC, habiendo transcurrido su puerperio inmediato en la institución, perdían continuidad en el control y seguimiento tanto de ellas como de sus hijos/as.

Esta falta de visibilización de la EC como problema de salud y el desconocimiento de las posibilidades de tratamiento gratuito, perpetúa la situación de estas familias, en lo que respecta a la vulnerabilidad de su derecho a la salud.

A partir de esta situación, se propuso trabajar de forma conjunta con la Residencia de Obstetricia de dicho hospital. En una primera instancia, planificamos realizar un relevamiento retrospectivo de dos años sobre las historias clínicas de las embarazadas de esta institución utilizando como herramienta a la Historia Clínica Perinatal digitalizada. Nuestro objetivo fue contactar a la madre seropositiva y a sus hijos/as para realizar el seguimiento correspondiente y eventual tratamiento.

Al intentar llevar a cabo dicho plan de trabajo, nos encontramos con numerosos obstáculos, tensiones y contratiempos, por lo que concluimos en que se trataba de un plan sumamente ambicioso. Ante esta situación, decidimos reformular el trabajo planteado.

De esta manera, comenzamos a trabajar la problemática de la EC en la Unidad Sanitaria N°2 “San Fermín” (US N°2) en el barrio Mi Rincón del Municipio de General Rodríguez.

Encontramos que en este barrio, existía una alta población con epidemiología positiva para la EC. Los interrogantes que nos surgieron fueron: ¿cuánta población había recibido o se encontraba actualmente en tratamiento? ¿se conocía el número de personas con serología positiva para EC?

Buscando respuestas a estas preguntas, evidenciamos que existía un subregistro de la situación sanitaria en relación a la EC y actualmente nadie se hallaba en tratamiento para la enfermedad. Existía un antecedente de tratamiento de un adulto en 2012 y de un niño en 2014, éste último, interrumpido por efectos adversos.

Por otra parte, si se conoce que la población proviene de áreas endémicas que viajan permanentemente, y que varios son hijos/as de madres seropositivas ¿Por qué no se pesquiza la enfermedad?

Fue así que pensamos en generar un proyecto de intervención en esta comunidad con la posibilidad replicarlo en las demás Unidades Sanitarias donde trabaja la Residencia de Medicina General del HNBS.

#### **Presentación de Proyecto de intervención (Anexo 5) y protocolo de abordaje de la EC (Anexo 6) al Área Programática del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer**

En el mes de Abril de 2015, confeccionamos el *Proyecto de intervención* y desarrollamos un *Protocolo de abordaje*, con posterior presentación al equipo de salud del Área Programática del HNBS. Éste tuvo como fin sensibilizar y orientar el manejo de la atención de personas con EC. Dentro de éste, se encuentra el fichero cronológico familiar, el que pensamos como una herramienta ágil de gestión, para organizar y controlar la realización de los pasos previstos (pesquisa familiar, solicitud de estudios complementarios, controles de la medicación, interconsultas y seguimiento).

#### **Contacto y citación de pacientes previamente relevados y de demanda espontánea**

Para comenzar con nuestro trabajo, recurrimos a bases de datos generadas por médicos referentes de la US N°2. Como resultado, sólo logramos contactar a dos (madre e hijo) de los pacientes previamente relevados. Además, a través de la demanda espontánea, logramos abordar a una mujer y a su familia, surgiendo dos personas más pasibles de recibir tratamiento.

### **Ⓢ Relevamiento de datos de las HC de mujeres embarazadas, niños y adultos**

A partir del mes de marzo 2015 comenzamos con el plan de relevar todas las HC. Le asignamos prioridad a las correspondientes a embarazadas con el fin de pesquisar serologías dando como resultado ningún hallazgo positivo.

Al día de la fecha, no pudimos realizar relevamiento de HC de niños y adultos debido a la falta de recurso humano y disponibilidad de tiempo, quedando como un objetivo a cumplir en los próximos meses.

### **Ⓢ Primera consulta con el paciente/ familia.**

Finalmente identificamos a cuatro personas en condiciones de realizar el tratamiento. A dos de ellas, una mujer y su hijo, los detectamos en el relevamiento de la base de datos. El niño de 12 años había recibido, en el año 2014, tratamiento con Benznidazol el que suspendió por aparición de efectos adversos antes de completar 30 días. Al ser una familia en seguimiento en la US N°2, ya disponíamos previamente de los estudios complementarios, evaluación cardiológica de ambos y el catastro del resto de la familia, siendo éste negativo. Nuestra primera consulta consistió en la evaluación clínica, confección de Historia Clínica del Paciente infectado por T. Cruzi con tratamiento tripanocida (HCTT) (*Anexo 7*) y Fichero cronológico (*Anexo 8*). Otra herramienta que utilizamos en esta etapa, fue la planilla dinámica (*Anexo 9*) de datos confeccionada por nosotros, para categorizar pacientes, e individualizar elementos según la necesidad.

El abordaje de las otras dos personas surgió de la siguiente manera: una de ellas llegó a nosotros referenciada por un médico generalista del área programática y un médico residente, en el contexto de una consulta preconcepcional. Como estrategia del abordaje integral, realizamos un genograma, con el propósito de conocer a la paciente y de rastrear la existencia de familiares infectados. Solicitamos pesquisa para su hija de 15 años, quien se negó a la extracción. Simultáneamente relató que su padre y dos de sus hermanos presentaban serología positiva para EC. Uno de ellos, actualmente con marcapasos cardíaco y los otros dos sin evaluación ni seguimiento. Desde esta primera instancia, entregamos órdenes para actualizar serologías, realizar electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax, tanto para ella como para su hermana que refería tener interés en ser tratada. En la próxima visita, ambas concurren decididas a iniciar tratamiento; posponiendo la interesada, la búsqueda de su embarazo.

En esta primera consulta con ambos grupos familiares, realizamos intercambio de saberes acerca de la enfermedad y su evolución. Profundizamos sobre las características del tratamiento y sus posibles efectos adversos. Brindamos recomendaciones para una mejor tolerancia y adherencia.

#### **Ⓢ Segunda consulta. Clasificación de Kurchnir:**

En oportunidad de la segunda visita, recibimos los resultados de estudios complementarios. Los cuatro pacientes fueron incluidos en el estadio 0 de la clasificación de Kurchnir (*Anexo 1*), ya que todos presentaba solamente serología positiva y ningún tipo de evidencia de alteración cardíaca (ECG y radiografía de tórax normales).

A dos pacientes las estudiamos con ECG y radiografía de tórax, mientras que a los otros dos con ecocardiograma, completando su evaluación. Ninguno realizó estudio Holter.

#### **Ⓢ Gestión de la Medicación:**

Mediante una convocatoria del Programa Nacional de Chagas, a principios del año 2014, para el inicio de tratamiento bajo las nuevas recomendaciones de la “Guía para el Equipo de Salud de Atención del paciente infectado por *Trypanosoma cruzi*” publicada en agosto de 2012 (de la que participaron profesionales del HNBS), el Área programática del Hospital fue incluida como efector. Las primeras entregas de medicación fueron preestablecidas por el Programa Piloto Chagas - REMEDIAR (*Anexo 10*) incluyendo 10 frascos de Benznidazol de 100 mg y 20 de 50 mg más un modelo de historia clínica específica que incluía la denuncia de efectos adversos y un instructivo sobre cómo continuar la gestión. Posteriormente se requirieron pedidos específicos de medicación.

Por otro lado, se estableció contacto con el Departamento de Zoonosis Urbanas (sito en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires), quienes tenían provisión de otra droga tripanocida, el Nifurtimox. Esto se produjo gracias a la participación en encuentros propiciados por este establecimiento de integrantes del Área Programática y residentes de Medicina General del Hospital.

#### **Ⓢ Inicio del tratamiento y seguimiento cercano.**

El día 22 de mayo de 2015 las dos duplas de pacientes iniciaron tratamiento. La primera semana comenzaron con tomas progresivas: los dos primeros días con un cuarto de la dosis; los dos días siguientes con la mitad de la dosis, y los últimos tres, con tres cuartos de la dosis total, para llegar a la semana siguiente a la dosis plena.

Consensuamos realizar la administración de manera parcialmente supervisada, con el fin de garantizar un seguimiento cercano, optimizando la detección y control precoz de efectos adversos. Abonando a esta idea se entrega “Hoja de control de administración de medicación tripanocida” (*Anexo 11*) y “Guía de seguimiento para el paciente” (*Anexo 12*).

Citamos a los pacientes los días que correspondía modificar la dosis. Preparamos la medicación con indicaciones claras y precisas adosadas a las respectivas HC. La misma sería provista por un médico quien garantizaría un examen físico adecuado para descartar la posible aparición de efectos adversos.

Durante la primera semana (dosis progresivas), recibimos tres visitas. Luego, al comenzar con la dosis plena, la supervisión fue semanal, y entregamos medicación necesaria para 7 días hasta la próxima visita. Este esquema se manejó con los cuatro pacientes por un mes. Luego de pasado el período de mayor prevalencia de efectos adversos, en el segundo mes de tratamiento, una de las pacientes comenzó a concurrir de forma quincenal, debido a que dentro del contexto de la relación médico-paciente, nos manifestó su dificultad para poder asistir semanalmente.

Esta metodología de administración contribuyó a profundizar el conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes. En el marco de estos encuentros a través de la relación estrecha que establecimos visita a visita, se evacuaron dudas y disminuyeron temores garantizando un adecuado seguimiento, y una mejor adherencia.

Asimismo, mediante a esta nueva estrategia de tratamiento, intentamos reducir el temor por parte de los profesionales frente a la aparición de efectos no deseados.

Como indica la Guía Nacional vigente, solicitamos laboratorio de control a los 15 días de iniciado el tratamiento, encontrándose en todos ellos, valores dentro de los límites de la normalidad.

Durante el seguimiento constatamos que de los cuatro pacientes que iniciaron tratamiento, tres desarrollaron efectos no deseables. El niño, quien realizó tratamiento con Nifurtimox, debido a su antecedente de efectos adversos al recibir Benznidazol previamente, no presentó alteraciones.

En referencia a los efectos adversos mencionados, dos de ellos fueron dermatológicos. Éstos fueron xerosis, con intenso prurito y distintos grados de compromiso, y edema facial. Sólo una paciente requirió interconsulta con el Servicio de Dermatología. Ambas recibieron tratamiento sintomático, con adecuada respuesta, completando esquema.

Otra paciente, presentó parestesias en ambos miembros inferiores en el día 57 de tratamiento; consultó recién en la fecha estipulada para la finalización, razón por la cual completó 60 días con Benznidazol. A los 10 días consultó por agregar al cuadro de parestesias, dolor tipo neuropático, localizado en región plantar bilateral, requiriendo interconsulta con médico especialista en tratamiento del dolor.

#### **🕒 Abordaje del final de tratamiento:**

Decidimos abordar esta etapa del tratamiento de manera colectiva, teniendo en cuenta que los pacientes eran entre sí, duplas de familiares. Reforzamos lo expuesto en los primeros encuentros, sobre la necesidad de controles anuales durante, por lo menos, 10 años. Entregamos un Carnet (*Anexo 13*), de nuestra propia autoría, donde consta el tratamiento realizado y que servirá como registro de controles posteriores. Consideramos importante esta estrategia por las posibles migraciones.

También surgió el tema de la maternidad por parte de una de las pacientes, a quien le sugerimos esperar 2 meses antes de iniciar la búsqueda del embarazo.

Realizamos una encuesta a modo de devolución por parte de las personas que recibieron tratamiento para con el equipo de salud.

#### **🕒 Articulación con Servicios de Cardiología, Dermatología y Guardia Externa de Clínica Médica del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer:**

A raíz de la gran prevalencia de efectos adversos dermatológicos que presenta el tratamiento con Benznidazol, y el reconocimiento de esta situación como un obstáculo para que los médicos generalistas aborden la problemática, presentamos como una estrategia positiva, la articulación con el Servicio de Dermatología. Propusimos que ante la necesidad de interconsulta por algún paciente con clínica de dermatopatía, producto o no del tratamiento antiparasitario, la atención de los pacientes fuera con la modalidad de demanda espontánea con el fin de reducir la incidencia de evoluciones tórpidas y los falsos diagnósticos desfavorables, como así también la suspensión innecesaria del tratamiento parasiticida.

En cuanto a la construcción de lazos de referencia y contrarreferencia con el Servicio de Cardiología, contamos con la predisposición del jefe del servicio para abordar de manera conjunta a los pacientes, además de ampliar el espectro de estudios diagnósticos. Con esta articulación intentaremos a futuro, disminuir las barreras de accesibilidad.

La coordinación con la guardia externa de Clínica Médica, resultó de un encuentro informal, pero efectivo. Dimos a conocer que dentro del área de influencia de dicha institución, personas iniciarían tratamiento para EC, advirtiendo a los profesionales de la posible aparición de efectos adversos.

© **Actividades de promoción, prevención y difusión de la enfermedad y de su nuevo abordaje:**

Consideramos fundamental esta etapa, tanto para el apoderamiento de las personas como para fomentar promotores replicadores. A través de esta última función entendemos que en un futuro serán cada vez más las personas que se acerquen de manera voluntaria al centro de salud.

Actualmente nos hallamos en proceso de planificación estratégica de actividades de promoción y prevención, para llevar a cabo en la US N°2.

**Evaluación de la experiencia:**

Utilizamos para la evaluación apreciaciones rápidas, observación en terreno y encuestas entregadas a médicos/as generalistas del Área Programática del HNBS, residentes de Medicina General del HNBS y personas que han recibido tratamiento.

En primera instancia aplicamos la apreciación rápida. A través de esta herramienta percibimos que médicos que acompañaron la instauración del protocolo de tratamiento para EC, cambiaron su postura en cuanto a la valoración de la gravedad de los efectos adversos y su predisposición en cuanto al acompañamiento para el abordaje de personas y familias con EC.

Las 2 encuestas fueron breves, estructuradas, anónimas y voluntarias (*Anexo 14*), el niño tratado no fue encuestado.

Como resultados de las encuestas realizadas a los pacientes, obtuvimos que no todos reconocen a la enfermedad como un problema de salud, todos refieren haber compartido la información tanto con familiares y el resto de su entorno social y todos recomendarían a sus conocidos con serología positiva para EC la realización del tratamiento (es importante aclarar que esta encuesta fue realizada previa a la aparición del el único efecto adverso moderado - neuropatía periférica dolorosa-).

En relación a las encuestas realizadas a los/as médicos/as del Área Programática de seis encuestados sólo respondieron tres. De éstos tres, todos realizan habitualmente la

pesquisa serológica para la EC, sólo en uno de ellos/as el protocolo incidió en su práctica habitual refiriendo temor o prejuicios respecto al tratamiento.

En cuanto a las respuestas de los médicos/as residentes, cabe mencionar que fueron once encuestados obteniéndose la totalidad de las respuestas. Seis de éstos realizan habitualmente la pesquisa, cuatro no realizan, uno refiere que sólo “en ocasiones”. En relación a la incidencia del protocolo en la práctica habitual, seis consideraron que no modificó su práctica y sí influyó en los cinco restantes. Frente a la posibilidad de indicar tratamiento, cuatro no lo indican, tres sí lo hacen y los cuatro restantes refieren que aún no han tenido pacientes en condiciones de tratar. En cuanto a los temores o prejuicios a la medicación por los efectos adversos, tres refieren presentar temores, y el resto no.

### **Ubicación tiempo y espacio / Encuadre Institucional**

El Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer” se encuentra ubicado en el partido de General Rodríguez, a 51 km al oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, formando parte del tercer cordón del conurbano bonaerense.

Su Área Programática está conformada por dos sectores: Atención Primaria de la Salud (APS) y Vacunatorio. Actualmente abarca los partidos de General Rodríguez y General Las Heras. Sus efectores en el primer nivel de atención son Unidades Sanitarias, postas de salud, escuelas y centros comunitarios, donde se realizan actividades de promoción y prevención de la salud, así como asistenciales.

La experiencia de abordaje de EC comenzó en el mes de Octubre del 2014 y se desarrolla en la US N°2 del partido de General Rodríguez.

### **Contextualización:**

La US N°2 comprende como área de influencia los barrios de San Fermín (2 Km<sup>2</sup>) y Mi Rincón (8 Km<sup>2</sup>). Se ubica sobre la Ruta Provincial N°24, Km. 10. Ésta comunica el área céntrica de General Rodríguez con el HNBS en el Km 23,5 de la misma.

Actualmente el único medio de transporte público que transcurre por la ruta, sin acceder al barrio, es el colectivo de la línea 500, la cual posee una frecuencia cada treinta minutos.

La US N°2 depende del Departamento de Obras y Servicios Públicos de la Municipalidad de General Rodríguez. Su horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 17 hs. El equipo de salud está conformado por profesionales pertenecientes al municipio, por médicos generalistas y médicos residentes de medicina general del HNBS.

En referencia al barrio donde está inserta la US N°2 cabe señalar, que el mismo, posee calles de tierra, sin alcantarillado, zanjeo, ni alumbrado público. Tampoco posee red pública de agua potable, canilla comunitaria ni cloacas. No hay red de gas natural ni tendido telefónico, sólo un teléfono público ubicado sobre la ruta. La recolección de residuos es bisemanal únicamente por la ruta, no existiendo cesto comunitario. Se observan habitualmente perros callejeros y animales de granja sueltos en la vía pública. Con respecto a las características de las viviendas, la mayoría son de carácter precario, sólo algunas poseen condiciones aptas y un menor porcentaje se hallan en emergencia habitacional.

En lo que respecta a la actividad laboral, existe un polo industrial, y una gran producción hortícola, ya que el barrio cuenta con gran extensión de quintas. Trabajan una importante cantidad de inmigrantes, los que habitan en viviendas cedidas por los patrones, alejadas del área más poblada del barrio.

La población está constituida por personas nacidas en el partido de General Rodríguez, argentinos no nacidos en el municipio, principalmente oriundos del Norte Argentino y residentes de origen extranjero, mayoritariamente de la comunidad boliviana. Es el resultado de migraciones internas y externas, movilizados por el trabajo golondrina. Esto generó un barrio con familias sin cobertura social, empleos mal remunerados y escaso nivel de instrucción. Los integrantes del barrio realizan comúnmente visitas a sus familiares, retornando a sus lugares de origen, siendo los mismos epidemiológicamente positivos para la EC.

De esta forma, están dadas las circunstancias para que exista una alta prevalencia de personas infectadas por el T. Cruzi. Por tal razón afirmamos que la EC está urbanizada, no por la existencia del vector, sino debido a un movimiento social, económico y político: las migraciones regionales.

#### **Actores y sujetos participantes:**

El proyecto fue impulsado y llevado a cabo por parte de los integrantes de la Residencia de Medicina General del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, bajo la supervisión de los médicos/as del Área Programática. Asimismo se contó con la colaboración del personal de enfermería de la US N°2.

Por otra parte, contamos con la participación activa de los pacientes, ya que actuaron como promotores de este protocolo de intervención.

Se implementó la coordinación con Servicio de Cardiología, Dermatología y Guardia Externa de Clínica Médica del HNBS.

## **MOMENTO EXPLICATIVO:**

### **Análisis e interpretación de la experiencia desarrollada:**

Al momento de evaluar la experiencia tuvimos como limitante el escaso tiempo transcurrido desde el inicio y la muestra poblacional poco representativa, por lo que recurrimos a diferentes herramientas intentando complementarlas entre sí, para obtener un resultado más fidedigno.

Si bien notamos un interés inicial por parte de los médicos/as de Área Programática en el tema, la escasa respuesta a la encuesta nos genera contradicciones. Creemos que la misma puede ser subsanada con la continuidad del proyecto. Esto no ocurre con los médicos residentes, quienes a pesar de no compartir en su totalidad nuestra visión, respondieron la encuesta en su totalidad.

Creemos que todos/as los/as profesionales de la salud que asistieron a la presentación de este proyecto de intervención, a pesar de su indiferencia inicial, lograron actualizarse en relación a las indicaciones de tratamiento, y a tener presente la enfermedad como problema de salud pública.

En relación a las personas que recibieron el tratamiento, quienes a pesar de no reconocer en su totalidad a la EC como un problema de salud, encontramos fundamental su apoderamiento para la realización de este proyecto. Son ellos quienes mejor conocen la comunidad, a los vecinos y la realidad diaria del barrio. Experimentaron de manera directa las ventajas y desventajas del tratamiento y tienen toda la información y las vivencias necesarias para convertirse en los mejores promotores del mismo, con capacidad de contagiar el interés en priorizar la atención de la EC y convertirse en sujetos necesarios para un abordaje comunitario e intercultural de esta problemática.

Con respecto a los efectos adversos, los tres adultos tratados con Benznidazol los presentaron, en dos de ellas fueron dermatológicos leves y remitieron con tratamiento sintomático, y una de ellas sufrió efectos adversos neuropáticos moderados. El niño tratado con Nifurtimox no presentó efecto adverso alguno. Cabe destacar que los efectos adversos fueron tardíos, apareciendo durante la última semana del tratamiento y no requirieron

suspensión del mismo. A tal efecto consideramos importante el tiempo dedicado a la consejería en relación a las pautas de alimentación y cuidados a tener intratratamiento.

El cambio de paradigma, en cuanto al tratamiento de pacientes en fase crónica, no se encontraba internalizado en los profesionales de la salud.

A partir de la presentación del proyecto, la reacción inicial fue mayoritariamente de indiferencia. Con el avance en la implementación se evidenciaron resistencias, que se fueron superando durante el transcurso de dichos tratamientos.

### **Identificar determinantes y condicionantes y relacionarlos para su interpretación:**

#### **Condicionantes:**

- Ⓢ Tiempo/ organización del espacio. Las consultas de primera vez para el abordaje integral familiar, son encuentros extensos. Requieren disponer de cierto tiempo para su desarrollo. Actualmente, el espacio dedicado para esta actividad corresponde al destinado a demanda espontánea, lo que hace que ambas actividades se superpongan, limitando el número de paciente a atender.
- Ⓢ Falta de acompañamiento al inicio/comunicación. Falta de presentación del proyecto a la residencia. Tensiones ante un cambio, sumado a redes de comunicación fallidas, dieron como resultado dificultades para la implementación del protocolo.
- Ⓢ Centralización de los pacientes en un “Consultorio de Chagas”. Que esta práctica no se incorpore al desempeño médico habitual del generalista, tendería a que se centralice en un pequeño grupo de profesionales; limitando así un mayor alcance.
- Ⓢ Dificultad en el contacto con pacientes por datos desactualizados. Por no contar con base de datos propia, ni tiempo para poder generarla, debimos recurrir a la única preexistente, que poseía datos filiatorios desactualizados, por lo que imposibilitó el contacto con la totalidad de los pacientes previamente relevados.
- Ⓢ Escasa utilización del fichero cronológico como herramienta relevante en el seguimiento familiar de los pacientes que se encuentran en tratamiento. En menos de la mitad de los médicos que fueron encuestados, la implementación del protocolo no incidió en su práctica.
- Ⓢ El hecho de ser residentes, limita la dedicación a esta problemática ya que este es un espacio de formación general.
- Ⓢ Resistencia (multicausal), por parte de algunos profesionales, a realizar el seguimiento de los pacientes en etapas iniciales del tratamiento.

- Ⓢ Falta de aceptación del protocolo como herramienta para unificar criterios. Esta situación conlleva a que todos los pacientes sean tratados y seguidos de manera distinta, transmitiendo así mensajes desiguales a la población y generando conflictos entre colegas.

#### **Determinantes:**

- Ⓢ La perseverancia. A pesar de las adversidades, el hecho de haber seguido impulsando la implementación del nuevo abordaje, permitió poner en marcha el protocolo.
- Ⓢ Supervisión, al inicio. Contar, con el apoyo de un referente del Área Programática, posibilitó encaminar el proyecto.
- Ⓢ Acompañamiento posterior al inicio del tratamiento/confianza por parte los médicos/as del Área Programática. Luego de superados los primeros desencuentros, logramos afianzar lazos intra equipo.
- Ⓢ Características de la población. Apertura. Aceptación. Nos encontramos ante una población muy receptiva a la nueva propuesta y dispuesta a transitar las posibles complicaciones del tratamiento. Asimismo, esta población demostró gran confianza hacia el equipo de la US N°2.
- Ⓢ Accesibilidad a la medicación. El hecho de que el Área Programática sea incluida como efector del “Programa piloto Chagas-REMEDIAR” nos permitió asegurar el tratamiento.
- Ⓢ Posibilidad de trabajo interdisciplinario con Cardiología, Rehabilitación, Guardia Externa de Clínica Médica y Dermatología
- Ⓢ Disponibilidad del teléfono de personal de salud tratante las 24 horas durante el tratamiento y la realización del tratamiento parcialmente supervisado. Esta situación brindó seguridad al paciente y mejoró la adherencia al tratamiento.
- Ⓢ La sensibilización de residentes contribuyó con la detección de posibles pacientes.
- Ⓢ Administración a dosis progresivas. Esta estrategia brindó mayor confianza al equipo tratante.

#### **Importancia para el autor. Contribución en nuestro desempeño como integrantes en el equipo de salud:**

La aplicación de este protocolo de abordaje integral y familiar de tratamiento de la EC nos ayudó a conocer tanto a esta enfermedad como a nosotros mismos frente a ésta, que no siempre es visualizada como un problema de salud tanto por quien la porta como por la sociedad. Redujimos nuestro temor a la implementación del tratamiento. Ver de cerca las

reacciones adversas y poder darles una solución a las mismas, reafirmó nuestra convicción sobre que el tratamiento de la EC es posible y que los efectos adversos que evidenciamos son tratables en el primer nivel de atención.

Debido a la buena articulación que hubo con el segundo nivel, vimos facilitada la aplicación de este proyecto de intervención, ya sea al momento de realizar diagnóstico, solicitud de estudios complementarios y el abordaje de efectos adversos.

### **¿Qué importancia tuvo para la comunidad?**

Consideramos que sería ambicioso evaluar la repercusión en la comunidad ya que el tiempo transcurrido fue breve; más aun teniendo en cuenta que sólo fueron cuatro las personas tratadas. Cabe resaltar la aceptación del tratamiento y la confianza por parte de los pacientes, que contribuyeron con una óptima adherencia y cumplimiento de pautas.

## **SÍNTESIS:**

### **Conclusiones:**

- ② Desarrollar nuestra propia experiencia, disipó miedos al tratamiento.
- ② Las tensiones y la falta de comunicación clara, dificultó el inicio de la implementación del protocolo.
- ② La expectativa no es negativizar la serología, sino disminuir la tasa de transmisión vertical y la progresión de la cardiopatía chagásica. Entendemos esto como un trabajo multidisciplinario y a largo plazo.
- ② La coordinación con los distintos servicios del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, facilitó el abordaje de los efectos adversos que aparecieron.
- ② Concluimos en conjunto con el Servicio de Cardiología, que la solicitud de estudios complementarios por fuera de los estrictamente necesarios según las normas actuales de diagnóstico de EC, no deben interferir en el inicio del tratamiento.
- ② Consideramos que es posible abordar integral, familiar e interculturalmente a los pacientes con EC.

### Propuestas:

- ② Generar, mediante participación colectiva, material gráfico con información sobre la EC para difusión del abordaje integral y familiar de la misma.
- ② Generar actividades de promoción e información en las escuelas sobre la EC.
- ② Realizar talleres y charlas en salas de espera sobre la problemática.
- ② Compartir la experiencia con otros servicios de medicina general y otras especialidades con el fin de contagiar la iniciativa.
- ② Realizar el relevamiento de HC de niños y adultos de la US N°2.
- ② Utilizar la consulta del control del niño sano como oportunidad para realizar la pesquisa en niños/as con epidemiología positiva.
- ② Lograr un espacio y tiempos adecuados para la consulta de primera vez para abordar integralmente a la familia.
- ② Formar promotores de salud que estén interiorizados en la existencia del tratamiento y seguimiento de la EC.
- ② Continuar incentivando a otros/as colegas a implementar el protocolo de intervención para el abordaje de la EC.
- ② Continuar con la realización de tratamiento para la EC en la US N°2 y alentar la implementación del mismo en las demás postas de salud que integran el Área Programática.
- ② Generar lazos con el Servicio de Pediatría del Hospital Provincial local para la detección temprana de niños/as y adolescentes con serología positiva para EC a fin de que sean referenciados/as con sus familias a las postas de salud en las que trabajan médicos/as generalistas del Área Programática del HNBS.
- ② Formalizar la articulación con el servicio de Cardiología para que quienes presenten serologías positivas para la EC, se referencien al Área Programática.
- ② Retomar contacto con el Servicio de Obstetricia y de Neonatología del Hospital Provincial local con el objetivo de referenciar a las postas de salud que comprenden el Área Programática del HNBS a mujeres puérperas con serología positiva para EC.
- ② Tener presente la afectación digestiva de la EC en la consulta médica de persona que se sabe infectada por el T. cruzi.

## REFERENCIAS

1. Fundación Mundo Sano y Fundación Bunge y Born. (2014) "Chagas: del conocimiento a la acción". Disponible en: [www.aulavirtual.fuandacionbyb.org](http://www.aulavirtual.fuandacionbyb.org)
2. Sosa-Estani S, Viotti R, Segura EL. (2009) "Therapy, diagnosis and prognosis of chronic Chagas disease: insight gained in Argentina" en *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Vol. 104(Suppl. I): 167-180.
3. Sosa-Estani S, Segura EL. (2015) "Integrated control of Chagas disease for its elimination as a public health problem – A Review" en *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Vol 110(3): 289-298.
4. Viotti R, Vigliano C, Lococo B, Bertocchi G, Petti M, Álvarez MG, Postan M, Armenti A. (2006) "Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole vs no treatment: a non randomized trial" en *Annals of Internal Medicine*, vol 144, N° 10.
5. Ministerio de Salud de la Nación. "Guía para la atención del paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*". (2012)
6. Liborio M. "Un objetivo común: La construcción de ciudadanía en Salud", disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/b-aps.html>
7. Jaime Idrovo Urigüen, Dominique Gomis. (2010) "Ri utzilaj K'aslemälil richin ri winaqi' Abya Yala. Salud intercultural: Perspectivas desde los pueblos Indígenas y Afro-descendientes de Abya Yala". Cuenca, Ecuador, p. 48
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011) "Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2013 Argentina en un mundo incierto: Asegurar el desarrollo humano en el siglo XXI" p 37 y 82.
9. Nirenberg, Olga , Brawerman, Fosette, Ruiz, Violeta -"Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia." - Editorial Paidós Mexicana, primera edición, 2003
10. Ley N° 25.871. Argentina. Ley de Migraciones, decreto 616/2010. Boletín Oficial, 6 de mayo de 2010.
11. Ley N° 26.281. Argentina. Ley de Prevención y Control de Chagas. Boletín Oficial, 5 de septiembre de 2007.

# ANEXOS

**ANEXO 1 – Clasificación de Kurchnir**

---

<b>GRUPO</b>	<b>SEROLOGIA</b>	<b>ECG</b>	<b>RX. TORAX/ ECO</b>	<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>TRATAMIENTO</b>
0	+	normal	normal	APS	Antiparasitario
1	+	patológico	normal	APS	Antiparasitario
2	+	patológico	patológico	APS + cardiólogo	Antiparasitario + sintomático
3	+	patológico	patológico	Cardiólogo	Sintomático

**ANEXO III. Eventos adversos más frecuentes o graves con el uso de benznidazol o nifurtimox. Recomendaciones sobre su manejo (adaptado del Proyecto BENEFIT).**

Evento adverso	Características	Localización	Intensidad	Frecuencia	Conducta	Medidas complementarias
Dermopatía por hipersensibilidad	Generalmente es de tipo eritema polimorfo no-buloso, pruriginoso, siguiéndose de descamación. Raramente ocurre onicólisis. Recuperación sin secuelas. (benznidazol)	Restringida a una parte del tejido cutáneo o generalizada	Leve (generalmente restringida)	< 20 %	Continuar el tratamiento	Se puede administrar antihistamínicos
			Moderada (restringida o generalizada)	< 5 %	Interrumpir transitoriamente o continuar el tratamiento SIEMPRE con asociación de antialérgico o corticoides (prednisona, 10-20 mg/día por 5 a 10 días), a criterio del médico.	El prurito, la deshidratación y la descamación cutáneas son tratados con pomada de corticoides y loción hidratante (p.ej. Epidrat), esta última bastante después de la aplicación de la primera, dos veces al día. Antialérgicos también pueden ser utilizados.
			Acentuada (generalmente acompañada de fiebre e hipertrofia de nódulos linfáticos)	< 1 %	Interrumpir el tratamiento e indicar internación. Se deben administrar corticoides por vía endovenosa, los que se deberán continuar luego por vía oral.	

**ANEXO 3 – Artículos 6 y 8 de la Ley de Migraciones 25871**

---

Ley 25871

21/01/2004

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso,  
sancionan con fuerza de Ley:

LEY DE MIGRACIONES

TITULO PRELIMINAR

POLITICA MIGRATORIA ARGENTINA

TITULO I

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS EXTRANJEROS

CAPITULO I

DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS

ARTICULO 6° — El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

ARTICULO 8° — No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

Ley 26.281(\*) Salud Pública Declárase de interés nacional y asígnase carácter prioritario, dentro de la política nacional de salud del Ministerio de Salud, a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional. Sancionada: Agosto 8 de 2007 Promulgada de Hecho: Septiembre 4 de 2007 El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º — Declárase de interés nacional y asígnase carácter prioritario, dentro de la política nacional de salud del Ministerio de Salud, y en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional. Artículo 2º — A los fines de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe desarrollar intervenciones que permitan dar respuestas preventivas y de tratamiento de índole ambiental, laboral, sanitaria, educativa y de vivienda y hábitat saludable. Para ello debe:

- a) Formular las normas técnicas aplicables en todo el país, para la elaboración, ejecución, evaluación y control de los programas de acción directa e indirecta como prevención de la enfermedad, así como la detección de los enfermos agudos, el tratamiento y seguimiento de los mismos, orientados a objetivos anuales en el marco de un plan quinquenal;
- b) Determinar métodos y técnicas para las comprobaciones clínicas y de laboratorio que correspondan;
- c) Coordinar y supervisar las programaciones anuales provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para el control y la vigilancia de esta endemia;
- d) Prestar colaboración técnica y ayuda financiera a las demás autoridades sanitarias del país para la formulación o desarrollo de programas;
- e) Concertar con los países endémicos, sean limítrofes o no, programas de cooperación técnica a fin de contribuir al control de esta endemia en la región;
- f) Arbitrar las medidas necesarias y coordinar las acciones con los sistemas de salud locales y con las aseguradoras de riesgo de trabajo, para optimizar el diagnóstico y seguimiento de los infectados por el *Trypanosoma Cruzi*;
- g) Desarrollar y auspiciar actividades de educación sanitaria, investigación y capacitación continua específica, que propicie:
  1. Programas de capacitación sobre la enfermedad de Chagas a los integrantes de los equipos de salud provinciales y de los servicios médicos de las aseguradoras de riesgo de trabajo;
  2. Desplegar acciones de educación sanitaria continua en los medios de difusión masivos y en las instituciones educativas. En los ámbitos laborales, se coordinarán las tareas preventivas con las aseguradoras de riesgo de trabajo.
- h) Gestionar el arbitrio de los recursos económicos necesarios, durante cada ejercicio fiscal, para la financiación de los programas a determinar;
- i) Procurar la inclusión en la currícula escolar en forma transversal y permanente de un programa educativo, actualizado y obligatorio sobre la enfermedad de Chagas, su transmisión y medidas de prevención;
- j) Propender el máximo desarrollo de los institutos de investigación en Chagas, tales como el Instituto Nacional de Parasitología “Doctor Mario Fatała Chaben”, Instituto de Patología Experimental de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Centros de Investigación Científica y de Transferencia Tecnológica de La Rioja (CRILAR) y otros institutos a incorporar, priorizando los que demuestren mayores evidencias de trabajos y resultados en este campo;
- k) Proveer de medicamentos para negativizar la enfermedad, en los casos que no sea considerada como enfermedad profesional;
- l) Establecer un sistema nacional de información en tiempo real, ágil, informatizado y acorde a las necesidades actuales, que permita el monitoreo de las metas de la presente ley.

Artículo 3º — Los propietarios, directores, gerentes, administradores o responsables, por cualquier título, de entidades, empresas, o establecimientos urbanos o rurales de carácter industrial, comercial, deportivo, artístico, educacional, o de otra finalidad, así como los propietarios,

inquilinos u ocupantes de inmuebles dedicados a vivienda, deben: a) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones sobre saneamiento ambiental y tratamiento de vectores, que la autoridad sanitaria competente establezca en relación con esta ley; b) Facilitar el acceso de autoridad sanitaria competente a cualquier efecto relacionado con el cumplimiento de la presente ley; c) Adecuar las construcciones existentes y futuras respetando las particularidades culturales de cada zona del país, conforme a las normas que establezcan las autoridades competentes en materia de vivienda, medio ambiente y salud. Artículo 4º — Es obligatoria la realización y la notificación de las pruebas diagnósticas establecidas según Normas Técnicas del Ministerio de Salud, en toda mujer embarazada, en los recién nacidos, hijos de madres infectadas, hasta el primer año de vida y en el resto de los hijos, menores de CATORCE (14) años de las mismas madres y, en general, en niños y niñas al cumplir los SEIS (6) y DOCE (12) años de edad, según establezca la autoridad de aplicación. Son obligatorios los controles serológicos en donantes y receptores de órganos, tejidos y de sangre a transfundir. Los análisis deben ser realizados por establecimientos sanitarios públicos y privados de todo el territorio nacional, de acuerdo con normas técnicas de diagnóstico del Ministerio de Salud. En ningún caso los resultados de los exámenes que se practiquen pueden constituir elemento restrictivo para el ingreso a los establecimientos educativos y cursos de estudios. La serología reactiva sólo se considera a los fines preventivos y de tratamiento que establece la presente ley, debiéndose dar cumplimiento a la Ley Nº25.326, de protección de los datos personales. Artículo 5º — Prohíbese realizar reacciones serológicas para determinar la infección chagásica a los aspirantes a cualquier tipo de empleo o actividad. Artículo 6º — Los actos que, utilizando información obtenida por aplicación de la presente ley y de las normas complementarias que en su consecuencia se dicten, impliquen una lesión o menoscabo de los derechos de las personas afectadas por la infección chagásica, son considerados actos discriminatorios en los términos de la Ley Nº23.592. Artículo 7º — Los establecimientos sanitarios oficiales deben practicar sin cargo alguno, los exámenes a que se refiere el artículo 4º, así como el tratamiento antiparasitario específico, evitando toda acción dilatoria. Los establecimientos de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga deben reconocer en su cobertura los tests diagnósticos y el tratamiento de la enfermedad. Artículo 8º — Los resultados de los exámenes establecidos en el artículo 4º son registrados en un certificado oficial de características uniformes en todo el país que debe establecer la autoridad sanitaria nacional y ser entregado sin cargo a la persona asistida o controlada. En los casos considerados como enfermedad profesional será entregado por la aseguradora de riesgo de trabajo. Artículo 9º — Los bancos de sangre, de tejidos humanos, servicios de hemoterapia, y los establecimientos públicos o privados de cualquier denominación, legalmente autorizados a extraer o transfundir sangre humana o sus componentes, a realizar injertos de tejidos y a realizar trasplantes de órganos, deben practicar los exámenes necesarios que establece la autoridad sanitaria nacional en las resoluciones correspondientes, y observar los recaudos indispensables para evitar toda posibilidad de transmitir la enfermedad de Chagas. En caso de detectarse serología reactiva en un dador debe comunicarse a la autoridad sanitaria competente e informar de ello al afectado en forma comprensible y debe orientárselo para el adecuado tratamiento. Artículo 10. — Todo posible dador de sangre o de tejido u órgano que tenga conocimiento o sospecha de padecer o haber padecido infección chagásica, debe ponerlo en conocimiento del servicio al que se presente. Artículo 11. — Autorízase al Poder Ejecutivo a establecer el régimen de sanciones por las infracciones a la presente ley, las que consisten en apercibimiento, suspensión, clausura o multa de QUINCE MIL PESOS (\$15.000) hasta CIEN MIL PESOS (\$100.000), y se aplican con independencia de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder. Artículo 12. — Derógase la Ley Nº22.360 y su correspondiente decreto reglamentario,

el Ministerio de Salud debe realizar las correcciones necesarias en el programa a crearse según se consigna por esta misma ley. Artículo 13. — Los gastos que demande el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley serán atendidos con los recursos que destine, a tal efecto, la ley de presupuesto general de la administración pública para la Jurisdicción 80 - Ministerio de Salud - Programa 20 - Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos Específicos. Autorízase al Poder Ejecutivo nacional a realizar las adecuaciones presupuestarias necesarias para el cumplimiento de la presente ley, durante el ejercicio de entrada en vigencia de la misma. Artículo 14. — Los criterios y parámetros para la distribución de los recursos del Fondo Nacional para la Erradicación de la Enfermedad de Chagas (Foneecha) entre las jurisdicciones provinciales, así como también las cuestiones procedimentales inherentes a la gestión del mismo, se acordarán en el marco del Consejo Federal de Salud. Artículo 15. — Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley. Artículo 16. — La presente ley entrará en vigencia a los NOVENTA (90) días de su publicación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo procederá a reglamentarla. Artículo 17. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS OCHO DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL SIETE. — REGISTRADA BAJO EL Nº 26.281 — ALBERTO BALESTRINI. — JUAN J. B. PAMPURO. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

**1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

Proyecto detección, diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad de chagas en posta de salud MI RINCÓN.

**2. IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

**2.1. Planteamiento y Justificación del problema**

La enfermedad Chagas-Mazza es una epidemia nacional. Las últimas estimaciones de casos (OPS, 2006) indican que en Argentina habría 7.300.000 personas expuestas, 1.600.000 infectadas y más de 300.000 afectadas por cardiopatías de origen chagásico.

*Situación de alto riesgo para la transmisión vectorial*

Las provincias de Chaco, Catamarca, Formosa, Santiago del Estero, San Juan y Mendoza presentan una re-emergencia de la transmisión vectorial de Chagas debido a un aumento de la infestación domiciliaria y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables.

*Situación de riesgo moderado para la transmisión vectorial*

Las provincias de Córdoba, Corrientes, La Rioja, Salta, y Tucumán, muestran una situación de riesgo intermedio con un índice de re-infestación mayor al 5% en algunos departamentos, e insuficiente cobertura de vigilancia en algunos casos.

*Situación de riesgo universal*

Las 24 jurisdicciones poseen riesgo de transmisión congénita derivado de las migraciones internas e internacionales de países vecinos con elevada endemidad. A esta situación pertenece la provincia de Buenos Aires. Desde 1950, al comenzar la etapa industrial en Argentina, la gente del campo se fue trasladando a las grandes ciudades en busca de trabajo. Lo mismo fue ocurriendo con respecto a los países limítrofes del altiplano.



inherente de generar descendencia, se establecería la posibilidad de limitar la posibilidad de transmisión. Al mismo tiempo, se generaría una apertura en la dinámica familiar, posibilitando de esta manera la búsqueda de serología para chagas tanto en sus hijos como en su pareja.

En Argentina, se estima que al menos un millón y medio de personas tienen Chagas, lo que representa el 4% de la población total del país. Esta cifra se calcula a partir de los datos obtenidos en bancos de sangre y embarazadas y si bien no refleja de forma completa la magnitud del problema, es la aproximación más representativa con la que se cuenta hasta el momento para caracterizar la situación en el país. Existe una variabilidad importante de las cifras de acuerdo a las zonas de diferente endemidad. El porcentaje de personas infectadas no es igual en todas las provincias, sino que varía entre el 1,1% de personas con Chagas en Río Negro (área no endémica) y un 35,5% en Santiago del Estero (área endémica). Argentina es el tercer país en el mundo con prevalencia serológica de

Chagas, después de Bolivia (18%) y Paraguay (9,2%). Además de las cifras mencionadas, se debe tener en cuenta como problema sanitario agregado, la fuerte migración desde los dos países de mayor endemidad, hecho que aumenta la casuística nacional.

En Argentina, la cantidad de niños menores de 15 años con Chagas se estima en 306.000, es decir, un 3,4% de la población total de ese grupo etáreo.

## 2.2. Formulación de la pregunta de investigación a modo de interrogante

A) Qué cantidad de pacientes con historia clínica en U. S Mi Rincón tiene serología positiva para chagas?

B) Con cuánta población con serología positiva para chagas aún no detectado cuenta el área programática de la unidad sanitaria?

C) Que hacer, en materia de salud, con esa población?

## 3. FUNDAMENTO O BASE TEÓRICO - CONCEPTUAL

### 3.1. Marco teórico general y específico.

El Chagas es una enfermedad parasitaria causada por un protozooario flagelado, el *Trypanosoma cruzi* (T. Cruzi). Este parásito normalmente se transmite al ser humano y otros mamíferos a través de insectos hemípteros que se alimentan de sangre (hematófagos), conocidos en la mayor parte de Argentina como "vinchucas". Además de la vía vectorial, existen otros mecanismos de transmisión: la transfusión de sangre o el transplante de órganos de donantes infectados, la transmisión congénita de madres infectadas, la ingestión de sustancias contaminadas con los excrementos del vector y los accidentes de laboratorio.

La infección por T. cruzi evoluciona en dos fases: aguda y crónica. Cada una de ellas presenta características clínicas y criterios diagnósticos y terapéuticos diferentes.

### Fase aguda:

La fase aguda de la infección por *T. cruzi* se caracteriza por la presencia de parásitos en sangre en concentración elevada, la cual puede ser detectada por métodos parasitológicos directos.

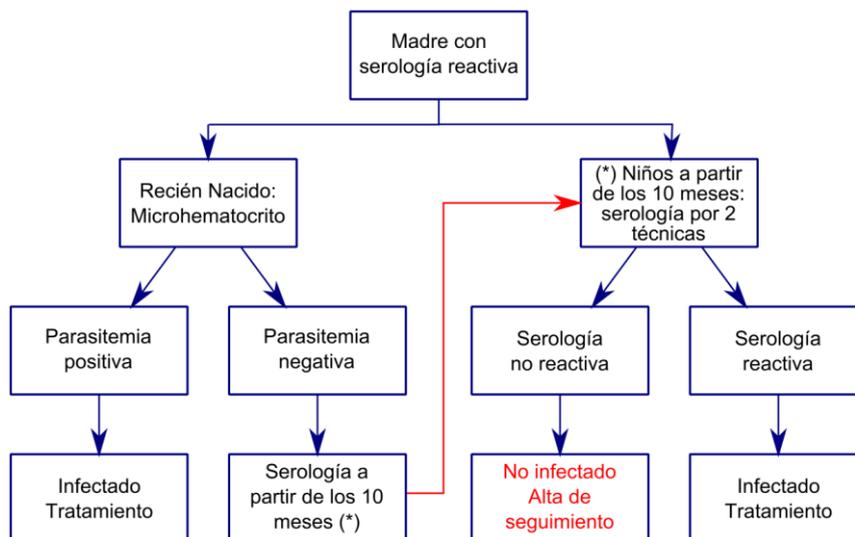
La duración y la presentación clínica de la fase aguda pueden ser variables. En cuanto a la presentación clínica, la misma puede ser sintomática, oligosintomática o asintomática.

La aparición de un caso de infección aguda por *T. cruzi*, independientemente de la vía de transmisión, es una enfermedad de notificación obligatoria.

En todo paciente con infección aguda por *T. cruzi* se deberá realizar un examen clínico para detectar posibles manifestaciones que requieran tratamiento sintomático, además del tratamiento antiparasitario específico. Se deberá realizar interrogatorio y examen físico completo y exámenes complementarios, como mínimo un electrocardiograma en niños y adultos, y una RX torax y ecocardiograma, en adultos. El objetivo principal del tratamiento en la fase aguda de la infección consiste en la eliminación del parásito mediante el tratamiento parasitario específico.

Las formas de presentación del chagas agudo, son el agudo vectorial, chagas congénito, accidente laboral, vía transfusional y reactivación en pacientes Inmunocomprometidos.

Teniendo en cuenta que la principal vía de transmisión actualmente es la vía transplacentaria, el diagnóstico de chagas congénito y seguimiento se efectúa de la siguiente manera.



### Fase crónica

En esta fase, la infección es detectable principalmente por métodos serológicos.

Debido a que la mayoría de las infecciones agudas por *T. cruzi* ocurren en forma asintomática, una gran proporción de las personas infectadas son diagnosticadas en la fase crónica, por lo tanto debe sospecharse en cualquier individuo que:

- ✓ Resida o haya residido en zonas endémicas en forma habitual o esporádica, tenga o no antecedentes clínicos compatibles con enfermedad de Chagas aguda o contacto con el vector.
- ✓ Su madre biológica esté infectada por *T. cruzi*.
- ✓ Haya recibido transfusión de sangre y/ hemoderivados.
- ✓ Haya sido o sea usuario de drogas inyectables.
- ✓ Refiera tener o haber tenido síntomas o signos compatible con infección por *T. cruzi*.

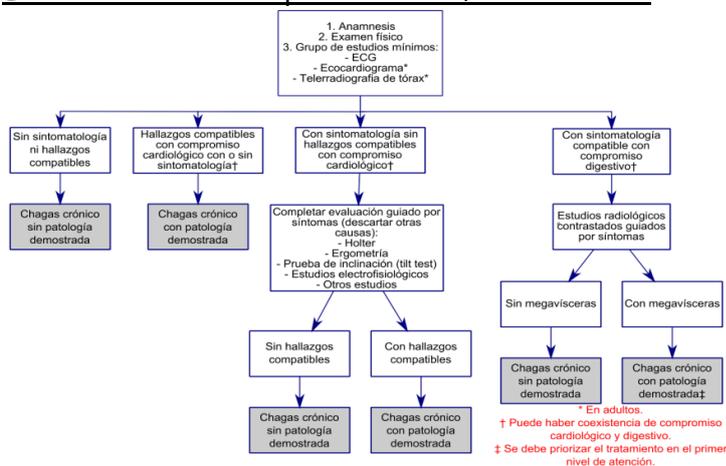
- ✓ Tuviera familiar cercano que presentara enfermedad cardíaca o muerte súbita a edades tempranas y/o con antecedentes de serología reactiva para T. cruzi.

Esta fase se clasifica en dos formas clínicas: con patología demostrada y sin patología demostrada.

### Diagnóstico de fase crónica

Deberán realizarse al menos dos reacciones serológicas normalizadas de principios distintos, que detecten anticuerpos diferentes, siendo por lo menos una de las pruebas de mayor sensibilidad como ELISA o IFI. Para considerar el diagnóstico como definitivo (ya sea confirmando o descartando una infección crónica), el resultado de ambas pruebas debe ser coincidente (ambas reactivas o ambas no reactivas). En caso de discordancia (una prueba reactiva y otra no reactiva) se deberá realizar una tercera prueba.

### Evaluación inicial de la persona con infección crónica



### Anormalidades en los estudios complementarios compatibles con cardiopatía por Chagas

- ✓ Múltiples alteraciones eléctricas pueden ser manifestaciones de la enfermedad de Chagas, no obstante, la presencia de serología positiva con bloqueo completo de rama derecha (BCRD)+ hemibloqueo anterior izquierdo (HBAI) es casi patognomónico de cardiopatía por Chagas.
- ✓ En Rx tórax frente, la presencia de ICT mayor a 0,5 es indicativo de patología estructural.
- ✓ En el ecocardiograma, presencia de disfunción ventricular global o segmentaria, también es indicativo de alteración estructural.
- ✓ La insuficiencia cardíaca es la manifestación última la cardiopatía chagásica. Puede ser biventricular o predominio de insuficiencia cardíaca derecha (edema, ascitis, hepatomegalia).

Ante la presencia de signos, síntomas o resultados patológicos compatibles con lesión cardíaca se pueden solicitar según los hallazgos: estudio de Holter, ergometría, Tilt Test, estudio electrofisiológico, estudio de perfusión miocárdica en reposo y esfuerzo.

Es importante la detección precoz de la forma orgánica de la fase crónica a fin de obtener una mejor respuesta al tratamiento que se administre. La evaluación inicial y el control y seguimiento de las formas incipientes puede realizarse por los efectores del primer nivel de atención.

Estadificación de Kuschner como forma de evaluar el grado de afectación cardiovascular.

- ✓ Estadío 0: serología reactiva, con ECG y telerradiografía de Tórax normales.
- ✓ Estadío I: serología reactiva, con ECG anormal y telerradiografía de Tórax normal
- ✓ Estadío II: serología reactiva, ECG y telerradiografía de Tórax anormales.
- ✓ Estadío III: serología reactiva, ECG y telerradiografía de Tórax anormales, más signos y/o síntomas de insuficiencia cardíaca.

### TRATAMIENTO ETIOLÓGICO TRIPANOCIDA

A nivel individual:

- ✓ Prevenir lesiones viscerales o disminuir la probabilidad de progresión de la lesión establecida.
- ✓ Curar la infección.

A nivel colectivo:

- ✓ Disminuir la posibilidad de transmisión del *Trypanosoma cruzi* por todas sus vías.

El tratamiento tripanocida en la fase aguda (vertical, vectorial, transfusional, postrasplante) reduce la gravedad de los síntomas y acorta el curso clínico y la duración de la parasitemia detectable.

En adultos con infección crónica el tratamiento etiológico también ha demostrado asociarse a seroconversión negativa sugiriendo la curación de la infección, aunque la tasa observada es menor que en niños y adolescentes. Adicionalmente, el tratamiento tripanocida en adultos menores de 50 años con infección crónica y con lesión cardiológica incipiente reduciría la progresión a estadios clínicos más avanzados.

- ✓ En los pacientes del grupo 0 (la mayoría) el objetivo del tratamiento es prevenir la cardiopatía pero no tenemos marcadores que identifiquen a los pacientes cuya enfermedad progresará.
- ✓ En los del grupo 1 y 2 el objetivo es evitar la progresión de la enfermedad.
- ✓ Sin embargo si la enfermedad avanza en sus estadios solo nos quedará la posibilidad del tratamiento sintomático.

Las guías oficiales nacionales recomiendan: "Tanto con Benznidazol como con Nifurtimox, la duración del tratamiento recomendada es de 60 días.

El Benznidazol se da a unas dosis de 5 mg/kg/día por 60 días dividido en dos tomas diarias. Si existiera intolerancia que impidiera finalizar el tratamiento se puede considerar aceptable haber completado al menos 30 días.

Una forma de disminuir los efectos adversos y probar tolerancia, es no dar la dosis completa el primer día, sino que comience con la  $\frac{1}{4}$  parte, al otro día le damos la mitad de la dosis, al otro la  $\frac{3}{4}$  partes. Cuando llegamos a la dosis completa según los kg. de peso, empezamos a contar los 30 días de tratamiento.

Nifurtimox: Dosis:

- ✓ Recién nacido y hasta los dos meses de vida: 10-12 mg/kg/día, administrados en dos tomas (cada 12 horas).
- ✓ Lactantes, primera y segunda infancia: 10-12 mg/kg/día, administrados en tres tomas (cada 8 horas).
- ✓ Adolescentes y adultos: 8 - 10 mg/kg/día (máximo 700 mg en 24 horas), administrados en tres tomas (cada 8 horas).

Justifican esta conducta las siguientes publicaciones (American Heart Journal del año 1994 y Annals of Internal Medicine del 2006), presentaciones en congresos y numerosas charlas, que han demostrado la efectividad del tratamiento antiparasitario en la etapa crónica.

Se tomaron un grupo de 283 pacientes con serología positiva para Chagas y lo tratamos con Benznidazol, y otro grupo de 283 pacientes, que también tenían Chagas, no les dimos antiparasitarios. Se siguieron a ambos grupos durante 10 años.

Conclusiones:

- Que el grupo tratado presentó un 5% de cambios electrocardiográficos contra el 16% del grupo NO tratado y esta es una diferencia significativa
- Que el 60% de los tratados seguían con la serología positiva contra el 83% de los NO tratados.
- Que el 15% de los tratados negativizaron las tres pruebas serológicas contra solo el 6% de los no tratados (existe la negativización espontánea de la serología).
- Lo más interesante es que solo el 4% de los tratados cambió de grupo clínico (es decir pasó del grupo 0 al 1 o de este al 2 o al 3, lo que habla de un deterioro de su cuadro clínico) contra el 14% de los NO tratados.

Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

	Ptes. Con enf. De chagas ttos. Con Benznidazol	Ptes. No tratados
Numero	283	283
Cambios ECG	5%	16
Serología positiva en 10 años	60%	83%
Negativización de serología (3 seguidas)	15%	6%
Cambio clase funcional	4%	14%

### Efectos adversos y su manejo

Los eventos adversos del tratamiento tripanocida son variables según la droga utilizada. En general, la mayoría se presenta entre los 15 y 30 días de iniciada la administración de fármaco. Se debe recordar que la frecuencia e intensidad es mayor a medida que aumenta la edad de los pacientes.

La mayoría de estos eventos son leves a moderados y no requieren suspensión del tratamiento. Sin embargo, algunos eventos adversos pueden ser graves, por lo que se debe explicar claramente al paciente las pautas de alarma y realizar un seguimiento estrecho. Entre los eventos adversos más frecuentes observados con el tratamiento tripanocida pueden mencionarse:

- ✓ Erupción cutánea de diverso tipo, principalmente con el uso de benznidazol.
- ✓ Trastornos digestivos (náuseas, vómitos, diarrea, epigastralgia, distensión abdominal).
- ✓ Síntomas generales: fiebre, artralgias, mialgias, fatiga, adenopatías.

- ✓ Fenómenos neurotóxicos periféricos y/o del sistema nervioso central (cefalea, anorexia, irritabilidad, llanto persistente en lactantes, insomnio, temblores, mareos, trastornos del estado de ánimo, pérdida del equilibrio y la memoria, convulsiones, síntomas de neuropatía periférica como hipo o hiperestesias, parestesias o dolor neuropático).
- ✓ Elevación de transaminasas mayor a 3 veces los valores máximos normales con o sin síntomas de hepatitis.
- ✓ Eosinofilia.
- ✓ En el primer año de vida el tratamiento produce en algunos casos estancamiento del crecimiento ponderal (principalmente con nifurtimox), lo que no debe inducir a su suspensión.
- ✓ Entre los efectos adversos graves (de baja frecuencia de aparición) pueden mencionarse:
- ✓ Leucopenia por debajo de 2500 / mm<sup>3</sup> (a expensas de neutropenia)
- ✓ Plaquetopenia
- ✓ Síndrome de Stevens-Johnson (benznidazol)

La conducta frente a los eventos adversos dependerá del tipo y la gravedad en cada caso. En forma general, ante la aparición de efectos adversos leves es posible disminuir la dosis utilizada o suspender el tratamiento transitoriamente mientras se efectúa tratamiento sintomático. Una vez controlados los efectos adversos se puede reinstalar la dosis óptima en forma gradual (en 3 días), asociando siempre el tratamiento sintomático. En caso de reiteración de estos signos de intolerancia o compromiso del estado general, se debe suspender inmediatamente la administración de la droga en uso.

#### Seguimiento:

Grupo 0: consulta anual con ECG. Serología cada 3 años.

Grupo 1: consulta cada 6 meses con ECG, cada 3 años: serología, ergometría, ecocardiograma.

Grupo 2: consulta cada 3 meses con ECG. Rx tórax y/o ecocardiograma anual. Demás estudios cardiológicos, según indicación del especialista.

Grupo 3: estricto control cardiológico.

Grupo 0 y 1, pueden manejarse en el primer nivel de atención. El grupo 2 debe tener frecuentes consultas al cardiólogo. Grupo 3, sólo seguimiento por especialista del segundo nivel de atención.

#### Administración y supervisión del tratamiento

El tratamiento del paciente infectado puede y debe realizarse preferentemente en el Primer Nivel de Atención, lo que permite mejorar la accesibilidad del paciente al tratamiento. El mismo debe ser supervisado en forma semanal por personal médico capacitado. Se recomienda además que el paciente o su cuidador (en el caso de un niño) lleve un registro escrito de la administración de los comprimidos para su mejor control.

Durante el tratamiento se recomienda:

- ✓ Dieta baja en grasas e hipoalergénica.
- ✓ Abstención absoluta de bebidas alcohólicas

- ✓ Evitar exposiciones prolongadas al sol. Si esto no fuera posible se debe indicar protección.
- ✓ En el caso de Nifurtimox se recomienda no conducir automóviles ni manejar artefactos de precisión durante el tratamiento.
- ✓ En mujeres en edad fértil investigar la posibilidad de embarazo previo al inicio del tratamiento e indicar la anticoncepción durante el mismo. Se prefiere el uso de preservativo.
- ✓ Se recomienda realizar 2 controles de laboratorio (hemograma, urea o creatinina, y hepatograma): pretratamiento e intratratamiento (día 15-20). Además se deberá realizar un examen de laboratorio ante la presencia de eventos adversos que sugieran alteración en alguno de los parámetros mencionados.
- ✓ Pacientes con infección por VIH con reactivación debe iniciarse o adecuar el TARGA lo antes posible, adicionalmente a la implementación del tratamiento tripanocida.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo general.

- ✓ Realizar un relevamiento de datos de la población que posee Historia clínica en U. S Mi rincón que cuentan con diagnóstico de chagas positivo
- ✓ Realizar un screening poblacional para chagas.

### 4.2. Objetivos específicos

- ✓ Realizar la evaluación clínica y eventual tratamiento de puérperas, recién nacidos de madres con serología positiva para Chagas, niños mayores y adultos con diagnóstico de chagas.
- ✓ Realizar un control cercano de los pacientes en tratamiento por la posible aparición de efectos adversos.
- ✓ Realizar seguimiento a largo plazo de pacientes con diagnóstico de chagas.
- ✓ Educar a la comunidad acerca la prevalencia de la enfermedad y de la necesidad de realizar diagnóstico en personas con epidemiología positiva para chagas y tratamiento oportuno
- ✓ Disminuir la tasa de transmisión de la enfermedad de Chagas-Mazza en el área programática de la unidad sanitaria de "Mi Rincón"
- ✓ Disminuir la probabilidad de progresión de la enfermedad en pacientes con serología positiva, y algún grado o no de evidencia de patología.
- ✓ Promover la curación en niños y adolescentes con serología positiva.
- ✓ Concientizar al equipo de salud sobre la importancia de abordar la problemática de chagas
- ✓ Concientizar y capacitar al equipo de salud del abordaje integral de la familia.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. Definición operacional de las variables y categorías.

Fases:

1) Relevamiento de datos y construcción de mapa de situación en relación a la enfermedad de Chagas en U.S Mi rincón:

1° Datos de Juan y Gerardo

2° relevamiento de HC de Embarazadas.

3° relevamiento de HC de Niños

4° relevamiento de HC de Adultos

## 2) Contacto con el paciente

A) Por teléfono: Desde el HNBS el miércoles siguiente desde Area Programatica y se cita para el próximo martes a partir de las 9.30hs

B) Visita domiciliaria a pacientes con previo estudio serológico positivo.

3) Armado de fichero cronológico - evaluación clínica y solicitud de estudios complementarios. Se aprovechará el momento para solicitar serología a los hijos de madres chagásicas, y de familiares que según epidemiología ameriten dicha intervención

4) Clasificación de Kurchnir con interconsulta según correspondiese

5) Solicitud de medicación

6) seguimiento semanal de pacientes en tratamiento

7) seguimiento a largo plazo de pacientes.

## 5.2. Descripción del ámbito de estudio.

Unidad Sanitaria de Mi Rincon, localizado en el municipio de General Rodriguez, ubicado en la Provincia de Buenos Aires.

## 5.3. Población:

a. Universo o población objetivo;

- ✓ Pacientes con historia clínica en U.S Mi rincón con serología positiva para chagas
- ✓ Mujeres embarazadas, puerperas, niños y adultos que acudan a realizarse controles de salud a U. S. Mi Rincón con epidemiología sugerente para realizar screening para chagas.
- ✓ Familiares con o sin historia clínica en mi U. S Mi rincón de pacientes con historia clínica en U.S Mi rincón con serología positiva para chagas

b.Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión;

- ✓ embarazadas
- ✓ pacientes con serología positiva para chagas que vivan en el área de influencia de la U.S Mi Rincón

5.4. Selección de técnica e instrumento de recolección de datos. Fuentes primarias y secundarias. Prueba piloto del instrumento.

Análisis de HC

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Guía para la atención del paciente infectado con T. cruzi, Ministerio de salud de la Nación, agosto 2012.
- ✓ Programa federal de chagas.

## 7. PLAN DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Cronograma: Actividades con fecha de comienzo y finalización. Responsables de las mismas.

ACTIVIDADES	FECHA DE COMIENZO	FECHA DE FINALIZACION	RESPONSABLES
Contacto y citación de pacientes previamente relevados			
Relevamiento de datos de las HC de mujeres embarazadas			
Relevamiento de datos de las HC de niños			
Relevamiento de datos de las HC de adultos			
Contacto con el paciente/ familia			
Armado de fichero cronológico. Evaluación clínica y solicitud de estudios complementarios			
Clasificación de Kurchnir con la interconsulta correspondiente			
Inicio del tratamiento			
Seguimiento cercano de las personas con inicio del tratamiento			
Educación-concientización poblacional			

7.2. Planificación de la evaluación de la ejecución: Formular indicadores de desarrollo o desempeño para cada etapa de la ejecución

- ✓ Cantidad de pacientes que concurren a la unidad sanitaria a partir de nuestro contacto
- ✓ Aumento de solicitud de serologías a paciente-familia con epidemiología positiva para chagas
- ✓ Aumento de evaluación completa de pacientes con serología positiva para chagas
- ✓ Número de pacientes que inician tratamiento
- ✓ Cantidad y calidad de efectos adversos evidenciados en pacientes tratados
- ✓ Incremento del conocimiento acerca de la enfermedad por parte del equipo de salud y de la comunidad.

7.3 Dificultades en el plan de la ejecución: Enuncie situaciones posibles que podrían condicionar o impedir el desarrollo del proceso globalmente y para cada actividad en particular. Formule soluciones alternativas para dichas dificultades.

- ✓ Contacto telefónico/ visita domiciliaria
- ✓ Turnos para la realización de estudios complementarios
- ✓ Trabajo en conjunto con el equipo de salud (área programática, RMG)



Hospital Nacional  
Dr. Baldomero Sommer



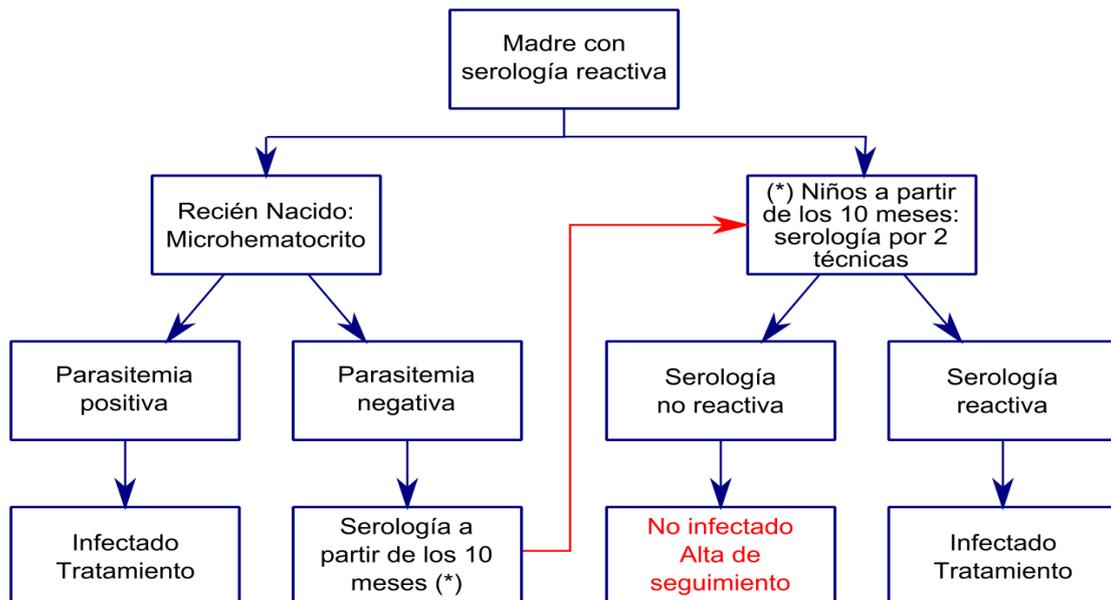
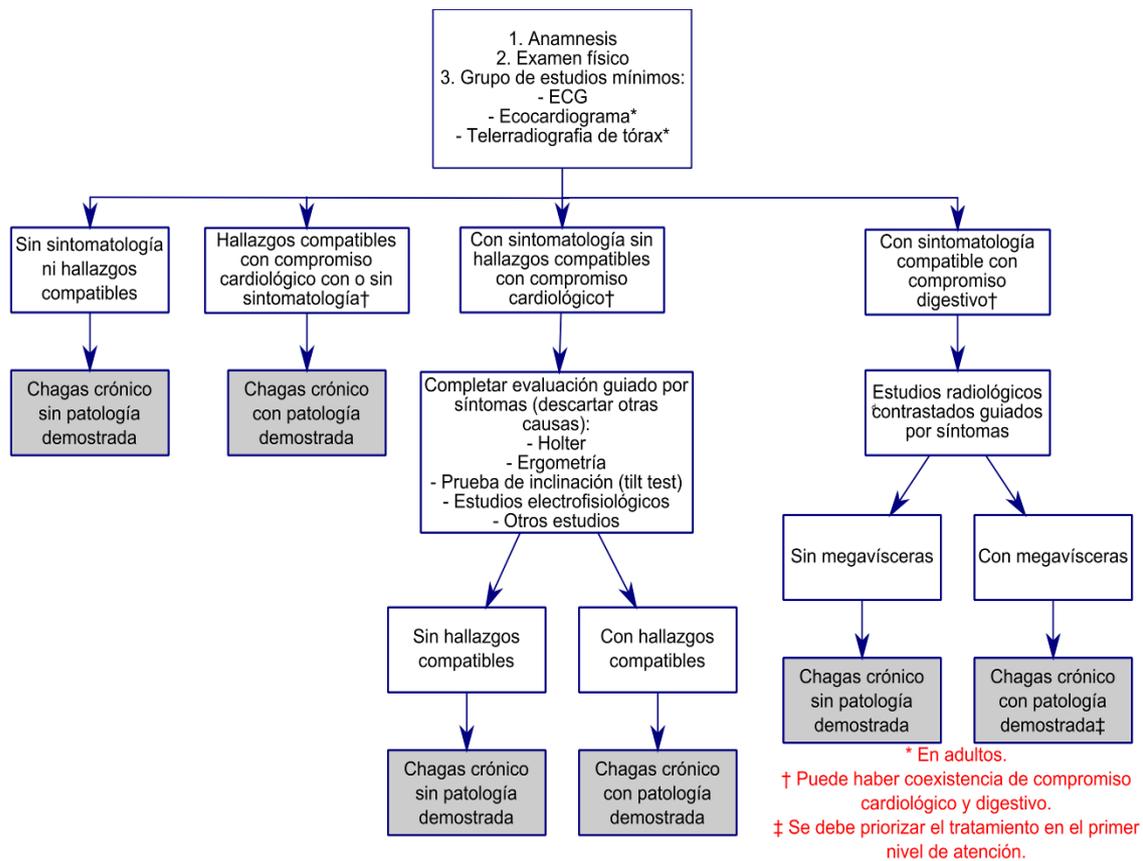
Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

# PROTOCOLO DE TRABAJO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Diagnóstico, evaluación y tratamiento  
en Atención Primaria de la Salud

*Residencia Medicina General*  
*Área Programática*  
*Abril 2015*

# DIAGNÓSTICO:



Diagnóstico serológico: **2 determinaciones diferentes positivas** (HAI, IFI, ELISA). En caso de ser discordante deberá realizarse una tercera prueba. Si el resultado es negativo, colocar en la historia clínica, el número de pruebas realizadas (ejemplo: Chagas RN x2).

## **ABORDAJE:**

Ante todo paciente con serología positiva para Chagas:

*1er paso:* brindar una explicación acerca de qué significa la enfermedad, cuáles son sus riesgos y de qué manera puede afectar su vida. Considerar abordaje familiar.

*2do paso:* realizar anamnesis, examen físico completo y estudios complementarios (ECG, Rx tórax, Ecocardiograma)

*3er paso:* tratamiento

## **CLINICA:**

*AGUDA:* suele ser asintomática. Cuando es sintomática lo más común es que sean síntomas inespecíficos. La miocarditis y meningoencefalitis son las presentaciones más graves de la fase aguda. No suelen ser frecuentes.

*CRONICA:*

- 1) SIN patología demostrable (70%)
- 2) CON patología demostrable (30%)
  - a) cardíaco: disnea, mareos, síncope, palpitaciones
  - b) aparato digestivo: dolor epigástrico, disfagia, regurgitación, constipación (por megacolon y/o megaesófago)

## **EVALUACIÓN:**

Clasificación de Kurchnir

GRUPO	SEROLOGIA	ECG	RX TORAX
0	+	Normal	Normal
1	+	Patológico (BCRD más HBAI son casi patognomónicos)	Normal
2	+	Patológico	Cardiomegalia
3	+	Patológico	Cardiomegalia, signos de IC

Hallazgos cardíacos más comunes:

- BCRD (QRS ancho, rSR' en V1, S en D1-V5-V6)
- HBAI (S de D3 mayor que en D2, qr en I y AVL)
- Bloqueo 2º y 3º grado
- Bradicardia sinusal
- Extrasistolia ventricular

La **IC** es la última manifestación. Dará lugar a la **MUERTE SUBITA**, primer causa de muerte en persona chagásica.

## TRATAMIENTO:

Objetivos del tratamiento antiparasitario:

- a) erradicación del parásito
- b) disminuir la progresión a la cardiopatía
- c) disminuir la posibilidad de transmisión del parásito por todas sus vías

De los pacientes sin patología crónica demostrable, NO hay ningún indicador de quien progresará a cardiopatía y cual no

GRUPO	NIVEL DE ATENCION	OBJETIVO DEL TTO	TTO
0	APS	Prevención de la cardiopatía	<i>Antiparasitario</i>
1	APS	Evitar la progresión de la enfermedad	<i>Antiparasitario</i>
2	APS + Cardiólogo	Evitar la progresión de la enfermedad	<i>Antiparasitario sintomático</i> +
3	Cardiólogo	Sintomático	<i>Sintomático</i>

### 1) Tratamiento antiparasitario

Se indica realizar laboratorio pre e intra tratamiento (entre el día 15 y 20). Éste constará de: hemograma, urea, creatinina y hepatograma.

Además, se realizará laboratorio ante la presencia de efectos adversos.

En la actualidad y en la Argentina, existen 2 fármacos disponibles:

- 1) BENZNIDAZOL (Primer elección)
- 2) NIFURTIMOX

**BENZNIDAZOL: 60 días 5mg/k/día en 2 tomas por día**

Presentación: comprimidos de 50 y 100 mg

NO debe tomarse en ayunas, sino junto con el almuerzo y la cena

Dosis máxima diaria: 400mg (paciente de 80kg)

## NIFURTIMOX:

-Recién nacido y hasta los dos meses de vida: 10-12 mg/kg/día, administrados en dos tomas (cada 12 horas).

-Lactantes, primera y segunda infancia: 10-12 mg/kg/día, administrados en tres tomas (cada 8 horas).

-Adolescentes y adultos: 8 - 10 mg/kg/día (máximo 700 mg en 24 horas), administrados en tres tomas (cada 8 horas)

### Comenzar con dosis progresivas:

Opciones:

A) Primer día:  $\frac{1}{4}$

Segundo día:  $\frac{1}{2}$

Tercer día:  $\frac{3}{4}$

Cuarto día: 4/4. Al llegar aquí, a la dosis total, éste se considera como el primer día del tratamiento. Contabilizar 60 días a dosis completas.

B) Primera semana:  $\frac{1}{4}$

Segunda semana:  $\frac{1}{2}$

Tercera semana:  $\frac{3}{4}$

Cuarta semana: 4/4. Al llegar aquí, a la dosis total, éste se considera el primer día del tratamiento. Contabilizar 60 días con dosis completas.

-Las personas en tratamiento no deben ingerir:

Alimentos fritos, bebidas alcohólicas, lácteos (quesos duros, manteca, crema), embutidos (fiambres, chorizo, morcilla), cítricos y frutillas (evitarlos en mermeladas, gelatinas o compotas), snacks, mariscos, hamburguesas, huevo, chocolate, tomate y salsas picantes

-A las personas en tratamiento se les recomienda:

Ingerir verduras crudas y cocidas, frutas, carnes magras, pollo sin piel. Beber abundante cantidad de agua

-El tratamiento está **contraindicado en mujeres embarazadas**.

-Si existe intolerancia que impida completar los dos meses se puede considerar **aceptable** si cumplió al menos 30 días.

## Efectos adversos:

Recordar que la frecuencia e intensidad es mayor a medida que aumenta la edad de los pacientes.

- Erupción cutánea de diverso tipo (benznidazol).
- ✓ Es la reacción adversa más frecuente
- ✓ Ocurre dentro de los primeros 10 días
- ✓ Cuando aparece, discontinuar por 48hs y agregar antihistamínicos por 1 mes. Control cada 72hs
  
- Trastornos digestivos (náuseas, vómitos, diarrea, epigastralgia, distensión abdominal).
- Síntomas generales: fiebre, artralgias, mialgias, fatiga, adenopatías.
- Fenómenos neurotóxicos periféricos y/o del sistema nervioso central (cefalea, anorexia, irritabilidad, llanto persistente en lactantes, insomnio, temblores, mareos, trastornos del estado de ánimo, pérdida del equilibrio y la memoria, convulsiones, síntomas de neuropatía periférica como hipo o hiperestésias, parestesias o dolor neuropático).
- Elevación de transaminasas mayor a 3 veces los valores máximos normales con o sin síntomas de hepatitis.
- Eosinofilia.
- Leucopenia por debajo de 2500 / mm<sup>3</sup> (a expensas de neutropenia)
- Plaquetopenia
- Síndrome de Stevens-Johnson (benznidazol)

La conducta frente a los eventos adversos dependerá del tipo y la gravedad en cada caso. En forma general, ante la aparición de efectos adversos leves es posible disminuir la dosis utilizada o suspender el tratamiento transitoriamente mientras se efectúa tratamiento sintomático. Una vez controlados los efectos adversos se puede reinstalar la dosis óptima en forma gradual (en 3 días), asociando siempre el tratamiento sintomático. En caso de reiteración de estos signos de intolerancia o compromiso del estado general, se debe suspender inmediatamente la administración de la droga en uso.

Ante la presencia de eventos adversos, los mismos deben ser notificados al Sistema Nacional de Farmacovigilancia: [snfvg@anmat.gov.ar](mailto:snfvg@anmat.gov.ar), [www.anmat.gov.ar](http://www.anmat.gov.ar)

2) Tratamiento sintomático  
Seguimiento por especialista

## **SEGUIMIENTO:**

GRUPO	CONSULTA	ECG, RX TORAX/ ECO	SEROLOGIA
0	1/ año	1/año	Cada 3 años
1	1/6 meses	ECG: 1/6 meses Rx torax o ECO: 1/año	Cada 3 años
2	1/3 meses	ECG: 1/3 meses. Rx torax o ECO 1/ año	
3	frecuentes		

El criterio actual de curación parasitológica es la negativización de la serología convencional. La negativización de la serología es más precoz cuanto menor es la edad del paciente que recibe el tratamiento.

### **Bibliografía:**

- 1) Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*, Ministerio de Salud de la Nación, Agosto 2012
- 2) Curso virtual: "Chagas, del conocimiento a la acción", Fundación Mundo Sano, Fundación Bunge y Born, Septiembre 2014.

**ANEXO 7 – Historia Clínica del Paciente infectado con *Tripanosoma Cruzi* con Tratamiento Tripanocida**

**ANEXO I. Historia clínica del paciente infectado por *T. cruzi* con tratamiento tripanocida**

Las respuestas codificadas marcarlas con un círculo. Cuando no responden escribir NS/NC

**IDENTIFICACION:**

APELLIDO	NOMBRE	Fecha de Nac. / /
PROTOCOLO Nro.	Prov.	
Dto.	Localidad	Nro. de viv.

**DATOS EPIDEMIOLOGICOS:**

A) ¿Dónde vivió los 1<sup>ros</sup> 15 años?: Años:

B) ¿Tuvo vinchucas en su casa?: 1-Si 2-No 9-No sabe

C) ¿Recibió transfusiones de sangre?: 1-Si 2-No 9-No sabe

D) ¿La madre es/fue infectada por *T. cruzi*?: 1-Si 2-No 9-No sabe

E) ¿Recibió lactancia materna?: 1-Si 2-No 9-No sabe ¿Hasta que edad?:

F) ¿Recibió o donó órganos?: 1-Si 2-No 9-No sabe Fecha de cirugía: / /

G) Actividad Laboral:

H) Otros:

**ANTECEDENTES:**

Peso al nacer: Nacido a término: 1-Si 2-No 9-No sabe

Enfermedades previas (edades en que las padeció):

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

Sospecha de enfermedad de Chagas Agudo, actual o en el pasado: 1-Si 2-No 9-No sabe

En caso afirmativo, marque con una cruz (X) las siguientes opciones según corresponda

Síndrome febril prolongado	Adenopatías	Exantemas
Cardiovasculares	Convulsiones	Diarrea prolongada

FAMILIA: Interventista (nombre, edad):		DIRECCIÓN:				TELÉFONO:			
ACTIVIDAD	TESTEO	EVALUACION CLINICA	ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	INTERCONSULTA	Inicio	CONTROL DE MEDICACIÓN	Fin	EFECTOS ADVERSOS	PRÓXIMA VISITA
1)									
FECHA									
2)									
FECHA									
3)									
FECHA									
4)									
FECHA									
5)									
FECHA									
6)									
FECHA									

Referencia: Sin control solicitado    Con control realizado

Observaciones:

**ANEXO 9 – Planilla dinámica de datos**

**ENFERMEDAD DE CHAGAS**

Fecha actualización: 09/08/2015

Nro.	Apellido y Nombre	DNI	Domicilio	Celular	Fecha de Nacimiento	Edad	Peso	Serología		Estudios previos		
								Fecha solicitud	Resultado	ECG	RxTx	Laboratorio Inicio
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												

Fecha actualización:

**Efectos Adversos**

Nro.	Apellido y Nombre	Fecha Inicio Tratamiento	Dosis plena Día(s) (mg)	Laboratorio Método	Efectos Adversos			Suspendió tto	Fin tto	Cantidad días (dosis plena)	Laboratorio Final	Controles
					SI/NO	Tipo	Gravedad					
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												



## PILOTO CHAGAS REMEDIAR

### INSTRUCTIVO PARA CAPS

El Piloto en el que participarán tiene como objetivo ampliar el acceso al tratamiento de Chagas, lo que se espera que se acompañe de una mejora en la búsqueda de casos, seguimiento y calidad de atención del paciente con Chagas.

El Piloto se implementará durante al menos 6 meses hasta 1 año.

La primera entrega de material estará conformada por lo

- Diezfrascos de benznidazol 100 mg y 20 frascos de 50 mg
- Trestrípticosobremanejo del paciente con enfermedad de Chagas
- Una Guía para el diagnóstico y tratamiento de Chagas

### Funciones del referente de CAPS

El referente de este Piloto en el CAPS tendrá las siguientes funciones:

- Recibir los materiales y hacerlos accesibles al resto de los profesionales del CAPS
- Realizar la solicitud de medicación (Ver PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN)
- Cargar Planilla de Notificación de Pacientes Tratados (ver PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE DATOS EN LOS CAPS)
- Realizar solicitud de materiales complementarios cuando ya no cuenten con alguno de ellos por uso, pérdida, daño u otros inconvenientes. Esto se realizará a través del mail [chagasremediar@gmail.com](mailto:chagasremediar@gmail.com). En un segundo tiempo se creará un Foro.
- Se recuerda realizar farmacovigilancia universal: informar a ANMAT sobre efectos adversos o fallas de calidad. (Ver PROMOCION DE FARMACOVIGILANCIA)

### Procedimiento de solicitud de medicación por parte de los CAPS

El referente del CAPS deberá solicitar por vía e-mail a [chagasremediar@gmail.com](mailto:chagasremediar@gmail.com), la medicación necesaria para el mes siguiente, el día 18 –no más allá del 20 del mes. Los pedidos de todos los CAPS serán centralizados por Estela Calderón quien enviará a Laura Spagnolo en una Planilla Excel todos los pedidos. Los CAPS deberán siempre mantener un promedio mínimo de tripanocida. Esto es 10 frascos de cualquiera de las presentaciones de Benznidazol (Abarax® 50 mg o 100 mg); la solicitud deberá hacerla cuando en el CAPS haya no más de 10 frascos de alguna de las presentaciones de Benznidazol.

Los CAPS no deberán iniciar tratamientos si no cuentan en el CAPS con todos los comprimidos necesarios para el tratamiento completo.

### Procedimiento del manejo de datos de los CAPS

Cada vez que se finalice el tratamiento de algún paciente, ya sea por haber completado, por abandono del paciente, o por suspensión por indicación médica, deberá completarse la Planilla de Notificación de Pacientes Tratados a la que se accede a través de este link:

<http://200.123.165.129/encuestas/index.php?sid=51666&lang=es>

También se puede acceder a un tutorial explicativo a través de:

<http://200.123.165.129/archivos/tutorial/Tutorial%20Pacientes.htm>

Esta planilla generará un Reporte con datos sobre los tratamientos realizados, las fases de enfermedad de los pacientes tratados, los efectos adversos y la cantidad de comprimidos consumidos. A estos reportes podrán acceder el PNCh, el INP, la DETV, la FAMG, los jefes de los Programas provinciales y los referentes de los CAPS.

Ante cualquier duda o inconveniente el referente del CAPS podrá contactarse con el Lic. Claudio Invernizzi a [cinvernizzi@gmail.com](mailto:cinvernizzi@gmail.com) o [cinvernizzi@msal.gov.ar](mailto:cinvernizzi@msal.gov.ar)

### Dónde obtener materiales comunicacionales sobre Chagas?

Se podrá solicitar material en papel vía email a [chagasremediar@gmail.com](mailto:chagasremediar@gmail.com) o bajarlos de internet como se detalla a continuación.

- Trípticos sobre manejo del paciente con enfermedad de Chagas  
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000379cnt-01-TRIPTICO-chagas-para-equipo-de-salud-9-01-14.pdf>
- Afiches con flujogramas sobre transmisión vertical  
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000380cnt-02-Flujograma-CHAGAS-congenito-12-12-13.pdf>
- Trípticos sobre Prevención de Chagas congénito  
[http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000151cnt-05-Triptico\\_chagas\\_y\\_embarazo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000151cnt-05-Triptico_chagas_y_embarazo.pdf)
- Trípticos sobre Prevención de Chagas Vectorial  
[http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000150cnt-04-el\\_chagas\\_se\\_puede\\_curarTriptico.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000150cnt-04-el_chagas_se_puede_curarTriptico.pdf)
- Guía para el diagnóstico y tratamiento de Chagas  
<http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/guia-de-diagnostico-y-tratamiento>

## Dónde hacer consultas técnicas?

Para las consultas médico-técnicas que tengan los CAPS deben contactarse con:

- Héctor Frilij de la DETV. Teléfono: 115-4141-5139; e-mail: hectorfrilij@yahoo.com.ar
- Área clínica de INP (Adelina Riarte y Nilda Prado) de 10 a 17hs. Teléfono: 011 4331 7732; 4331 4010/16/17/18; 4331 2427

## Procedimiento de farmacovigilancia

Los CAPS deben notificar a ANMAT si hubo efectos adversos al final de cada tratamiento a través del formulario amarillo.

Las notificaciones, ya sea por efectos adversos o fallas de calidad se efectúan a través del Formulario amarillo por los siguientes medios:

Por correo postal, a: Av. de Mayo 869, piso 11º (CP AAD1084) Buenos Aires

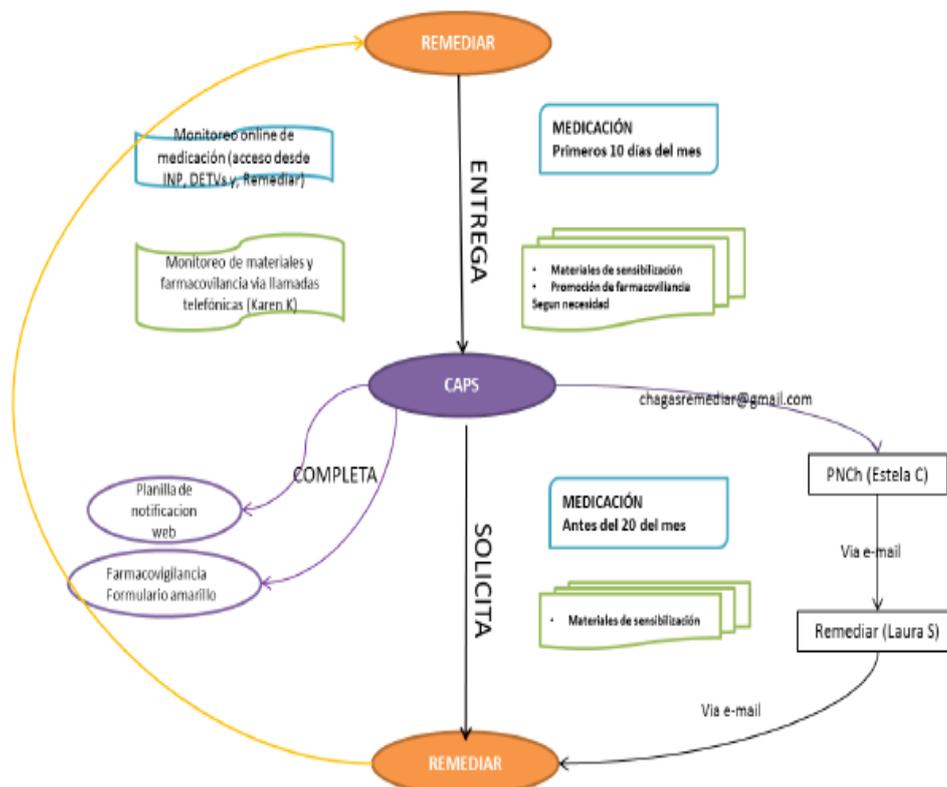
Por correo electrónico a la siguiente dirección: snfvg@anmat.gov.ar

Por fax al número 011-4340-0866

Para acceder al Formulario Amarillo deberá ingresar a:

<http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/notificaciones/FichaFVG.pdf>

## FLUJOGRAMA DE MEDICACIÓN, MATERIALES E INFORMACIÓN



**ANEXO 11 – Hoja de Control de Administración de Medicamento Tripanocida**

**HOJA DE CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO TRIPANOCIDA 1**

Apellido y Nombre:		Dosis total administrada c/12h:			Dosis total administrada c/8h:	
DIA	FECHA	1ra dosis	2da dosis	3ra dosis	OBSERVACIONES	PESO
1	/ /					-
2	/ /					
3	/ /					
4	/ /					
5	/ /					
6	/ /					
7	/ /					
8	/ /					
9	/ /					
10	/ /					-
11	/ /					
12	/ /					
13	/ /					
14	/ /					
15	/ /					
16	/ /					
17	/ /					
18	/ /					
19	/ /					
20	/ /					-
21	/ /					
22	/ /					
23	/ /					
24	/ /					
25	/ /					
26	/ /					
27	/ /					
28	/ /					
29	/ /					
30	/ /					-

**HOJA DE CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO TRIPANOCIDA 2**

Apellido y Nombre:		Dosis total administrada c/12 h:			Dosis total administrada c/8 h:	
DIA	FECHA	1ra dosis	2da dosis	3ra dosis	OBSERVACIONES	PESO
31	/ /					-
32	/ /					
33	/ /					
34	/ /					
35	/ /					
36	/ /					
37	/ /					
38	/ /					
39	/ /					
40	/ /					-
41	/ /					
42	/ /					
43	/ /					
44	/ /					
45	/ /					
46	/ /					
47	/ /					
48	/ /					
49	/ /					
50	/ /					-
51	/ /					
52	/ /					
53	/ /					
54	/ /					
55	/ /					
56	/ /					
57	/ /					
58	/ /					
59	/ /					
60	/ /					-

<b>GRUPO</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>ECG, RX TORAX/ ECO</b>	<b>SEROLOGIA</b>
0	1/ año	1/ año	cada 3 años
1	1/6 meses	ECG: 1/6 meses Rx torax o ECO: 1/ año	cada 3 años
2	1/3 meses	ECG: 1/3 meses Rx torax o ECO 1/ año	
3	frecuentes		

**Citas para Controles**

Solicitar turno		Su turno
Mes	Año	

**Enfermedad de Chagas**

**Carnet de Tratamiento y Controles**

**U.S. 2**  
**MI RINCON**  
 General Rodríguez - Pcia  
 Buenos Aires

**Constancia Tratamiento**

*Se deja constancia que se ha indicado y supervisado tratamiento tripanocida a -*  
 .....,  
*Doc. .... de .... años de edad.*

**Tratamiento**  
 Droga: .....  
 Dosis máxima .....mg/día  
 Duración: .....días,  
 Desde: .../.../... Hasta: .../.../...  
 Efectos adversos registrados:  
 1 - .....  
 2 - .....  
 3 - .....

Fecha: ..... Firma y Sello

**Controles**

Fecha	Serología	Lab.General	ECG / Control Cardiológico / Rx. Torax

**“ENCUESTA A MÉDICOS/AS GENERALISTAS DEL HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER EN RELACIÓN A LA EC”**

- 1- **¿Realiza habitualmente pesquisa serológica para EC? (excepto en controles de embarazo)**
- 2- **¿Inició la implementación del protocolo de intervención para su práctica diaria?**
- 3- **Actualmente, ¿indica tratamiento para la EC en pacientes posibles de recibirlo?**
- 4- **¿Tiene algún temor o prejuicio en relación a la realización del tratamiento para la EC?**

**“ENCUESTA A LAS PERSONAS QUE RECIBIERON Y RECIBEN TRATAMIENTO PARA LA EC”**

- 1- **¿Tener la EC le significaba un problema de salud?**
- 2- **¿Compartió la información brindada en este espacio con familiares y conocidos?**
- 3- **¿Recomendarías a personas que padecen la EC que realicen el tratamiento?**