TRATAMIENTO
(Duración: 60 días)

BENZNIDAZOL:
(comprimidos birranurados de 50 mg y 100 mg)
Dosis: Todas las edades: 5-7 mg/kg/día, administrados en dos o tres tomas diarias luego de las comidas. Se sugiere una dosis máxima de 400 mg/día.

NIFURTIMOX:
(comprimidos birranurados de 120 mg)
Dosis: Recién nacido y hasta los dos meses de vida: 10-12 mg/kg/día, en 2 tomas diarias 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 diarias.

Durante el tratamiento: dieta baja en grasas e hipoalergénica, abstención absoluta de alcohol, evitar las exposiciones prolongadas al sol y con Nifurtimox se recomienda no realizar trabajos de alta precisión. Realizar 2 controles de laboratorio (hemograma, urea o creatinina, y hepatograma): pretratamiento e intratratamiento (día 15-20). Descartar embarazo en adolescentes y mujeres en edad fértil.

Eventos Adversos:

Leves a Moderados: Erupción cutánea, trastornos digestivos, fiebre, artralgias, mialgias, fatiga, adenopatías, fenómenos neurotóxicos periféricos, elevación de transaminasas y eosinofilia leve.
Graves (de baja frecuencia de aparición): Leucopenia por debajo de 2500/mm3 (a expensas de neutropenia) y plaquetopenia. Con benznidazol: síndrome de Stevens-Johnson, exantema generalizado exfoliativo y enfermedad de Lyel.

El criterio actual de curación parasitológica es la negativización de la serología convencional.

Recomendaciones Generales sobre el Tratamiento Tripanocida

Los expertos coinciden en INDICAR tratamiento:

- Fase aguda de cualquier naturaleza (incluye reactivación en inmunocomprometidos).
- Fase crónica en niños y adolescentes menores a 19 años.
- Donante vivo reactivo en trasplante de órganos.
- Accidente de laboratorio o quirúrgico con material contaminado.

La mayoría de los expertos coinciden en SIEMPRE OFRECER tratamiento en:

- Fase crónica, sin patología demostrada (19 a 50 años).
- Fase crónica, con patología demostrada, con cardiopatía incipiente (19 a 50 años).
- Quimioprofilaxis secundaria post reactivación en paciente inmunocomprometido.

La mayoría de los expertos coinciden en que SE PUEDE OFRECER el tratamiento en:

- Fase crónica en pacientes hasta 50 años.
- Fase crónica con cardiopatía avanzada.

Todos los expertos consultados coinciden en NO INDICAR tratamiento en pacientes:

- Embarazadas y durante la lactancia.
- Con insuficiencia renal o hepática graves.
- Con trastornos neurológicos graves de base.

PARA MAYOR INFORMACION: Guías para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

Programa Nacional de Chagas
diretv@msal.gov.ar

Instituto Nacional de Parasitología
"Dr. Mario Fatala Chabén"
fatala@anlis.gov.ar

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

MANEJO SUPERVISADO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CHAGAS

Ministerio de Salud de la Nación

Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios

Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos

Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores

Programa Nacional de Chagas

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos G. Malbrán"

Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chabén". Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación de Endemoepidemias (CeNDIE)

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

La infección tiene dos fases
AGUDA Y CRÓNICA

FASE AGUDA

Paciente con presencia de *Trypanosoma cruzi* detectado en sangre por métodos parasitológicos directos:

- Micrométodo con capilares.
- Micrométodo con microtubos.
- Strout.

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

La seroconversión entre dos análisis con 30 a 90 días de intervalo, define el diagnóstico de fase aguda, si no pudiera realizarse la parasitemia directa.
Las pruebas para demostrar seroconversión son: HAI, ELISA, IFI, aglutinación con partículas de gelatina.
Otra posibilidad diagnóstica es la visualización de parásitos en el LCR.
Realizar una evaluación clínica completa, un electrocardiograma, una teleradiografía de tórax y laboratorio (hemograma, eritrosedimentación, creatinina o urea, y hepatograma). Además, evaluar la situación epidemiológica y posibles vías de transmisión.

Enfermedad Aguda Vectorial

Manifestaciones clínicas inespecíficas:
Fiebre, hepatoesplenomegalia, adenomegalias, anemia, edemas, irritabilidad, somnolencia, convulsiones, meningoencefalitis, miocarditis: taquicardia, arritmias, insuficiencia cardíaca, cardiomegalia.

Manifestaciones clínicas específicas: (sólo 5%)
Chagoma de inoculación, complejo oftalmo-ganglionar (signo de Romaña), chagoma hematógeno, lipochagoma geniano.

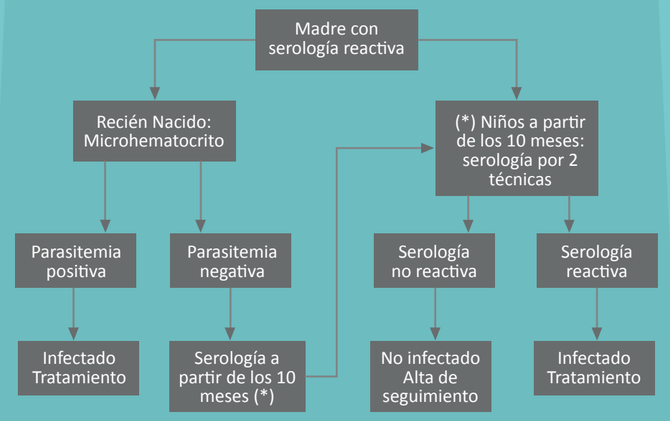
Las expresiones clínicas más graves de la fase aguda son la miocarditis y la meningoencefalitis.

Chagas Congénito:

Control de la embarazada: toda mujer embarazada debe ser estudiada para confirmar o descartar una infección crónica por *Trypanosoma cruzi* a través de una muestra de sangre.

Control del recién nacido: es obligatorio el seguimiento y estudio de todo hijo de madre con infección crónica por *Trypanosoma cruzi* hasta por lo menos, el primer año de vida. La confirmación diagnóstica en el recién nacido se realiza mediante la identificación directa del parásito en sangre en las primeras semanas de vida o por demostración de la serología reactiva a partir de los 10 meses de edad. La mayoría son asintomáticos, pero pueden presentar esplenomegalia, ictericia, prematurez, bajo peso, anemia, taquicardia persistente (pueden ser de aparición precoz, en el período neonatal inmediato, o tardío después de los 30 días). Se deben estudiar a todos los hermanos del recién nacido.

Algoritmo para el estudio de Chagas congénito en recién nacidos y menores de 1 año



El Programa Provincial de Control de Vectores deberá intervenir para que la vivienda y el peridomicilio estén libres de triatominos.

Inmunodeficientes: estos pacientes pueden reactivar una infección crónica o adquirir una infección aguda por diferentes vías de transmisión. Las manifestaciones más frecuentes son el síndrome febril prolongado, las neurológicas (meningoencefalitis y/o granuloma cerebral) y las manifestaciones cardiológicas (miocarditis, arritmias, insuficiencia cardíaca).

Controlar personas con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), trasplantados, pacientes en quimioterapia o que reciban tratamiento inmunosupresor.

Enfermedad de Chagas Postransfusional: es excepcional en nuestro país, se podría observar en pacientes que presenten síntomas compatibles luego de una transfusión de sangre y/o hemoderivados, dentro de los 90 días previos al inicio de los síntomas.

FASE CRÓNICA

- **FASE CRÓNICA, SIN PATOLOGÍA DEMOSTRADA:**
  Pacientes asintomáticos y sin alteraciones en el ECG, ecocardiograma o radiología; que tienen serología reactiva por 2 pruebas diferentes: HAI-ELISA o HAI–IFI o ELISA-IFI. Estos pacientes deben recibir tratamiento tripanocida.
- **FASE CRÓNICA, CON PATOLOGÍA DEMOSTRADA:**
  Paciente con sintomatología cardíaca y/o digestiva compatible, o con alteraciones en el ECG, radiología (Rx Tórax, enema baritado, tránsito intestinal, etc.), ecocardiografía o Holter, compatibles con enfermedad de Chagas; que tienen serología reactiva. El tratamiento tripanocida en las etapas iniciales de la cardiopatía puede detener o demorar la progresión clínica.