

## **PROTOCOLO: ENFERMEDAD DE CHAGAS Y GESTACIÓN**

Unidad de Infecciones Perinatales, Servicio de Medicina Materno-Fetal.

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

### **1. INTRODUCCIÓN**

La prevención, el control y el tratamiento de la enfermedad de Chagas en países no endémicos representa un nuevo reto para el sistema de salud pública de nuestro entorno. Gracias a diferentes estudios realizados por equipos de profesionales implicados en la prevención y tratamiento de patología tropical, se ha podido profundizar en las medidas de intervención que es necesario aplicar para hacer frente a la enfermedad de Chagas. Gracias a los esfuerzos de los últimos años, recientemente se ha aprobado el *Protocolo de cribado y diagnóstico de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas latinoamericanas y sus hijos* por parte de la Generalitat de Catalunya. La enfermedad de Chagas cumple todos los criterios para iniciar un cribado en nuestro medio.

#### **1.1. Epidemiología y mecanismos de transmisión:**

Es una enfermedad infecciosa provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi*. Las principales vías de transmisión son:

- Vectorial: A través de la picadura de *triatomas* hematófagos, que transmiten el parásito cuando defecan sobre la piel o las mucosas al picar. El parásito se introduce en el organismo por cualquier solución de continuidad de la piel o las mucosas cuando el individuo se toca o rasca la picada.
- Vía sanguínea: Por transfusión de sangre y trasplante de órganos contaminados.
- Transmisión vertical: La tasa de transmisión es alrededor del 4-7% en nuestro medio, alcanzando el 12% en algunos países de origen.

Esta enfermedad es endémica de zonas continentales del norte, centro y sur de América (excepto islas del Caribe). La tasa de prevalencia es muy variable dependiendo del país.

En nuestro medio, dado que no existe el vector (insecto chinche o vinchuca) y se realiza un cribado sistemático en todas las donaciones de sangre, órganos y tejidos, la principal vía de transmisión es la vertical. Según estudios realizados en Catalunya, la prevalencia de enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas latinoamericanas es del 3.4%, llegando al 27.7% en gestantes procedentes de Bolivia.

A causa de los movimientos migratorios, se calcula que viven en Catalunya cerca de 334.000 personas originarias de países endémicos. Con una prevalencia del 3,4% en el conjunto de los países latinoamericanos (excepto las islas del Caribe), se calcula que en nuestro medio hay en la actualidad alrededor de 11.000 personas infectadas por el *T. cruzi*.

## 1.2. Clínica

La enfermedad presenta dos fases.

- Fase aguda: cursa de forma asintomática, pasando inadvertida en la mayoría de casos.
- Fase crónica
  - Forma indeterminada (60% de los casos): Ausencia de sintomatología, pudiéndose reactivar tras décadas de la infección o ante la presencia de enfermedades concomitantes como la infección por VIH u otras causas de inmunosupresión.
  - Forma sintomática (40% de los casos): Puede cursar con alteraciones cardíacas (10-30%), digestivas (5-10%) o del sistema nervioso, con distintos grados de gravedad. Las complicaciones pueden ser graves y producir la muerte, sobre todo si existen alteraciones cardíacas

## 1.3. Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas puede realizarse con test parasitológicos o serológicos.

- Pruebas parasitológicas: Identificación directa del parásito por microhematocrito o por técnicas de PCR (actualmente en estudio).
- Pruebas serológicas. Se requerirá la confirmación serológica por 2 métodos diferentes para hacer un diagnóstico definitivo.

## 1.4. Tratamiento

El tratamiento se realiza en una única tanda de 60 días, con Benznidazol (Nifurtimox como alternativa) disponibles ambos como medicación extranjera. Reduce la duración y la gravedad de la enfermedad aguda eliminando la parasitemia. La efectividad del tratamiento mantiene una relación inversa al tiempo de evolución de la enfermedad. Son altamente efectivos en el primer año de vida (curación del 100% de los casos) y en la fase aguda, disminuyendo su efectividad con el tiempo de infección (algunos estudios reportan un 25% de curación parasitológica en adultos tratados en la fase crónica). El tratamiento se debe realizar siempre en los casos diagnosticados en menores de 12 años y en casos de reactivación. Posteriormente, se recomienda también ofrecer el tratamiento ya que el tratamiento sintomático puede mejorar la evolución de la enfermedad aunque no se consiga su curación.

El uso de Benznidazol o de Nifurtimox está contraindicado durante el 1er trimestre del embarazo. No existen estudios sobre los efectos del tratamiento durante la gestación en humanos. Dada la baja eficacia del tratamiento en adultos en fase crónica, el riesgo-beneficio no justifica el tratamiento durante la gestación.

En caso de gestación bajo tratamiento con Benznidazol se aconseja suspender el tratamiento aunque no está justificada la interrupción legal del embarazo. Debe realizarse un seguimiento ecográfico estricto.

## 2. PROTOCOLO DE CRIBADO EN MUJERES EMBARAZADAS

### 2.1. Población diana

La población diana está constituida por mujeres embarazadas con las siguientes características:

- Origen latinoamericano (excepto islas del Caribe).
- Madres de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), incluso si la paciente ha nacido aquí.
- Estancia superior a 1 mes en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe).

### 2.2. Momento de cribado

El cribado de la enfermedad de Chagas se realizará mediante prueba serológica (técnica ELISA), que se incluirá en la primera analítica que se solicite, idealmente en el primer trimestre de la gestación.

En las gestantes controladas en el CAP de referencia debe comprobarse que se haya realizado el cribado en el momento de la 1ª visita hospitalaria. Si no se hubiera realizado, debe solicitarse en ese momento.

Asimismo, a las gestantes que ingresen en trabajo de parto se les solicitará la serología de *T.Cruzi* en urgencias o en la sala de hospitalización.

Para la solicitud en el SAP existe una pestaña en el apartado perfiles (serología IgG anti-*Trypanosoma cruzi*)

En caso de serología negativa, la paciente seguirá control clínico habitual del embarazo. La negatividad de la prueba debe constar en la historia clínica y en la cartilla de la embarazada. En caso de que la prueba de cribado sea positiva, con la misma muestra de sangre el laboratorio de Microbiología realizará automáticamente una prueba serológica de confirmación diagnóstica, con un antígeno diferente (ELISA recombinante). En caso de discrepancia entre las dos pruebas, el laboratorio realizará una tercera prueba de desempate (IFI). El resultado informado por el laboratorio de Microbiología será el resultado definitivo.

Existe un sistema de comunicación entre el laboratorio de Microbiología, la Unidad de Infecciones Perinatales y el departamento de Medicina Tropical ante cualquier resultado positivo. Por tanto, en las pruebas intraparto no es necesario demorar el alta de la paciente hasta obtener el resultado serológico. La persona cribada deberá conocer que se ha cursado la serología y que en caso de positividad, será contactada. Deben actualizarse los datos personales de contacto de la historia clínica.

### 2.3. MANEJO DE LA GESTACIÓN EN LA GESTANTE INFECTADA POR T.CRUZI

Si las pruebas confirman la infección por *T. cruzi* debe derivarse a la gestante a la Unidad de Infecciones Perinatales de nuestro centro, con el objeto de:

- Informar a la paciente del diagnóstico
- Informar del riesgo de transmisión vertical y de la necesidad de seguimiento neonatal
- Realizar el seguimiento del embarazo.
- Remitir al Servicio de Medicina Tropical, para una valoración del estado clínico y detección de formas crónicas sintomáticas. La detección de cardiopatías durante la gestación es de especial importancia debido a las posibles repercusiones en el 3er trimestre y el parto. Se realizará un cribado con ECG en todos los casos y se complementará el estudio cardiológico con ecocardiografía cuando se considere indicado.

Extensión telefónica para **citación: 2852**; Cristina o Teresa.

Extensión telefónica Dr.Gascón/Dra.Oliveira: 2182 (despacho) o 2819 (consulta).

### 2.3.1. Conducta intraparto

La enfermedad de Chagas no requiere de modificaciones en la conducta obstétrica habitual. Por tanto, se actuará según los protocolos vigentes.

## 2.4. LACTANCIA

No existe contraindicación para la lactancia materna.

## 2.5. VALORACIÓN PEDIÁTRICA

A los hijos de madres con infección por Chagas, se les realizará una extracción a las 48h del nacimiento para determinaciones parasitológicas de T.Cruzi (extracción de 2 ml con EDTA para microhematocrito y PCR) junto con la prueba de screening precoz.

En caso de positividad del microhematocrito o clínica compatible con infección aguda congénita los neonatólogos iniciarán el tratamiento con Benznidazol.

En caso de negatividad, en nuestro centro, se realizará un nuevo control clínico y analítico (PCR) a las 6 semanas, coincidiendo con la visita materna de la cuarentena. El objetivo de este control es hacer un diagnóstico precoz de la transmisión vertical, y, en los casos negativos, insistir en la importancia de completar el seguimiento.

A los 9 meses de vida se realiza la última determinación, mediante test serológico. Si los anticuerpos anti T.Cruzi son positivos, se confirma la transmisión vertical y debe iniciarse tratamiento con Benznidazol, consiguiendo tasas de curación del 100%. Si es negativo, se descarta la infección congénita y el niño puede ser dado de alta.

## 2.6. POSPARTO

Tras el parto se realizará la visita de cuarentena en nuestro centro (Unidad de Infecciones Perinatales), a ser posible coincidiendo con la visita de control pediátrico para minimizar las pérdidas de seguimiento neonatal.

Durante el control postparto debe confirmarse que los circuitos de seguimiento están activos, tanto el neonatal con Pediatría como el materno con Medicina Tropical. Debe insistirse en la importancia de completar el seguimiento.

Realización del protocolo: A.Borrás, M.López, A.Goncé

Creación: 09.03.10