

Jornada de actualización sobre transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi*. Consideraciones y recomendaciones acordadas en la Mesa Final

Instituto de Higiene - 14 de octubre de 2016

Resumen

Eliminada la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* y controlada la transmisión transfusional, la infección vertical pasó a ser la única forma relevante de transmisión en nuestro país. La persistencia de personas adultas infectadas crónicamente posibilita el riesgo de enfermedad de Chagas congénita, que puede producirse en más de una generación de una misma ascendencia. Los desplazamientos humanos constantes, por su parte, tienen como consecuencia que el riesgo de transmisión congénita se exprese en todo el territorio nacional, excediendo las áreas endémicas delimitadas inicialmente por la presencia del vector domiciliario. La transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi*, por tanto, no tiene fronteras ni límites generacionales y su subdiagnóstico ha traído como consecuencia la aparición de diversos casos. Esta realidad lleva a realizar las consideraciones y recomendaciones que se expresan en el siguiente texto con el fin de promover un adecuado control de esta parasitosis.

Luego de la eliminación de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* en nuestro país, y del control ejercido sobre la transmisión transfusional, la transmisión vertical pasó a tener una primerísima relevancia. En tanto existan personas adultas con infección crónica, el riesgo de enfermedad de Chagas congénita es una posibilidad real y este hecho se ve reflejado en varios casos diagnosticados que, conducidos debidamente, han culminado con la curación total del niño.

En el año 1995 fue promulgado el Decreto N° 241/95 que obliga al screening serológico en todas las embarazadas que se atienden en el área endémica y en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Este decreto con el tiempo se ha aplicado en forma por demás irregular. Hoy día pocos servicios del área endémica lo cumplen y en otros solo se realiza la serología por requerimiento de la madre o de su ginecólogo. El carné perinatal incluye un espacio para anotar

los resultados de la investigación de Chagas que en la mayoría de los casos queda incompleto.

Se destaca que, si bien no estaba contemplada en el decreto, la maternidad del Banco de Previsión Social realizó el estudio en forma sistemática en todas las embarazadas hasta el año 2013 cuando, a consecuencia de la reforma de la salud, las mismas pasan a asistirse en otros prestadores del sistema.

Por otro lado, los desplazamientos humanos en el pequeño territorio de nuestro país, constantes, coyunturales o definitivos, han hecho que la fijación de límites explícita en el decreto resulte intrascendente.

Este hecho es aún más notable ya que cada vez son más las gestantes infectadas por *Trypanosoma cruzi* como consecuencia de transmisión congénita fuera del área endémica, incluso en más de una generación de una misma ascendencia.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2005) estima en 5.300 las mujeres entre 15 y 44 años infectadas por *Trypanosoma cruzi* y 20 casos anuales de transmisión vertical en Uruguay. En la práctica se diagnostica solo la cuarta parte de los mismos.

En suma, la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi* no tiene fronteras ni límites generacionales y en nuestro país, donde constituye la única forma relevante de transmisión, está mal controlada. Existe subdiagnóstico de casos y esto determina la posibilidad de perpetuar esta parasitosis en nuestra población.

Por lo anterior, se realizan las siguientes consideraciones y recomendaciones a los efectos de su difusión a los organismos nacionales responsables de la salud y de la educación superior relacionados al tema.

Realizar el estudio serológico de todas las embarazadas previo al nacimiento del niño, considerando que la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi* puede suceder a partir de cualquier gestante infectada crónica y en cualquier momento del embarazo.

Se desaconseja totalmente la indicación de tratamiento antiparasitario durante el embarazo dada la toxicidad de los medicamentos existentes hasta la fecha (nifurtimox o benznidazol).

Estudiar y confirmar la infección del niño luego de su nacimiento. Todo niño con infección confirmada por métodos parasitológicos en cualquier momento después del nacimiento o con métodos serológicos luego del noveno mes de vida debe ser tratado con los antiparasitarios recomendados. La experiencia muestra la curación definitiva en prácticamente la totalidad de los mismos (la probabilidad de curación disminuye paulatinamente con el tiempo de demora en el inicio del tratamiento).

Estudiar serológicamente la totalidad de los hijos previos de una gestante infectada con *Trypanosoma cruzi* y realizar el tratamiento antiparasitario de los casos positivos.

Considerar la posibilidad del estudio serológico de toda mujer en edad reproductiva que tenga riesgo de infección chagásica, aunque no esté embarazada, registrando la información en su historia clínica integral.

Realizar el tratamiento antiparasitario a toda mujer en edad reproductiva no embarazada, que tenga un diagnóstico serológico positivo, procurando evitar la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi* en futuros embarazos.

Las historias clínicas deben incluir los antecedentes epidemiológicos familiares sobre enfermedad de Chagas (por ejemplo en las historias perinatales o en la historia clínica de Medicina Familiar y Comunitaria).

Completar debidamente el carné perinatal, que incluye la enfermedad de Chagas entre los estudios a realizar a las gestantes.

Se sugiere que de acuerdo a su extensión geográfica y características demográficas, Uruguay sea considerado como una unidad a los efectos de establecer normativas para el control de la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi*, sin especificar áreas con supuestas diferencias en cuanto a la posibilidad de transmisión.

Incorporar la transmisión de *Trypanosoma cruzi* en el abordaje integral de las infecciones verticales. Al respecto, surge como una necesidad la elaboración de una guía nacional actualizada para el control de todas las infecciones verticales, incluyendo la enfermedad de Chagas.

Considerar la posibilidad de incluir la enfermedad de Chagas en el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal.

Incorporar el tema en la formación de los recursos humanos de la salud en el marco de una visión integral de las infecciones de transmisión vertical, muy particularmente en la formación de los profesionales y técnicos involucrados en la medicina materno-infantil.

Garantizar, a través de los organismos competentes, la disponibilidad de tratamientos adecuados para la enfermedad de Chagas en general y de formulaciones pediátricas en particular.

Incorporar en la información en salud que se brinda a la población general, especialmente a las mujeres, las enfermedades de transmisión vertical más frecuentes, incluyendo la enfermedad de Chagas, para que sean las propias embarazadas y madres quienes alerten y exijan los estudios serológicos correspondientes y los conocimientos necesarios para prevenir, diagnosticar y eventualmente tratar las mismas. La serología para Chagas debe ser incorporada como un derecho de las gestantes.

Se recomienda estimular la investigación acerca de los diferentes aspectos de la enfermedad de Chagas congénita que aún representan un desafío para la práctica médica. Los estudios anatomopatológicos de óbitos y placentas, particularmente aquellos con planteo clínico de infección vertical sin agente etiológico determinado, deberían incluir la investigación de la infección por *Trypanosoma cruzi*.

Prof. María Catalina Pérez, Prof. Yester Basmadján, Prof. Daniel Borbonet, Prof. Gustavo Giachetto, Prof. Gonzalo Giambruno, Prof. Washington Lauría, Prof. Walter Pérez, Prof. Agdo. Roberto Salvatella (OPS-OMS), Prof. Luis Calegari.

Abstract

Once vectorial transmission of *Trypanosoma cruzi* disappeared and transfusion-transmission was controlled, vertical infection constitutes the only relevant transmission mode in our country. The fact that there are chronically infected adults leads to the risk of congenital Chagas Disease, which may occur in more than one genera-

tion with the same ascendancy. Indeed, constant human migration results in the risk of congenital transmission being present throughout the country, thus exceeding the endemic areas initially defined by the presence of domicile vector. Therefore, vertical transmission of *Trypanosoma cruzi* does not respect borders or generation boundaries and its sub-diagnosis has resulted in the emergence of several cases. Thus, reality leads to the remarks and recommendations that follow below, with the purpose of promoting the right control of this parasitosis.

Resumo

Com a eliminação da transmissão vetorial de *Trypanosoma cruzi* e o controle da transmissão transfusional, a infecção vertical é a única forma relevante de

transmissão deste parasita no Uruguai. A persistência de pessoas adultas infectadas cronicamente aumenta o risco do aparecimento de doença de Chagas congênita, que pode acontecer em mais de uma geração com uma mesma ascendência. Uma das consequências dos deslocamentos populacionais constantes é que o risco de transmissão congênita esteja presente em todo o território nacional, expandindo-se além das áreas endêmicas delimitadas inicialmente pela presença do vetor domiciliar. A transmissão vertical de *Trypanosoma cruzi*, por tanto, não tem fronteiras nem limites geracionais e como consequência de seu subdiagnóstico foram registrados diversos casos. Considerando esta realidade se elaboraram considerações e recomendações detalhadas buscando promover o controle adequado desta parasitose.