

# CHAGAS AGUDO CONGENITO



## FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15465/60.  
Ficha Versión 2013

Caso sospechoso de **Chagas congénito**: Todo niño menor de 18 meses cuya madre presente Chagas confirmado por laboratorio.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ H.C.: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Referencia de ubicación domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural  Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre Materno: \_\_\_\_\_

### DATOS SOCIALES / ECONOMICOS / FAMILIARES

Padre  Madre  Otro

#### NIVEL DE INSTRUCCION

Sabe leer y escribir Si  No   
 Primaria completa  Incompleta   
 Secundaria completa  Incompleta   
 Univ./Terc. completa  Incompleta

#### SITUACIÓN LABORAL

Trabajo estable Si  No   
 Desocupado Si  No   
 Recibe Plan Social Si  No

#### INGRESO TOTAL FAMILIAR

Menos de \$ 1000   
 Entre \$ 1000 y \$ 2000   
 Entre \$ 2000 y \$ 3000   
 Más de \$ 3000

#### CONTEXTO FAMILIAR

Vive solo Si  No   
 Hacinamiento Si  No   
(mas de 3 personas en una misma habitación)

#### PROVISION DE AGUA

De red  Canilla Comunitaria   
 Vertiente  Otro

#### DISPOSICION DE EXCRETAS

Cloaca  Cielo abierto   
 Pozo ciego/Letrina

### DATOS CLINICOS

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Edad gestacional \_\_\_\_\_ Lactancia materna Si  No

#### Expresiones clínicas graves de la fase aguda

Miocarditis Si  No  Meningoencefalitis Si  No

#### Síntomas y signos

Si No

Hepatomegalia		
Esplenomegalia		
Hepatoesplenomegalia		
Convulsiones		

#### Síntomas y signos

Si No

Insuficiencia cardíaca		
Anemia		
Síndrome febril		
Otros		

## DATOS EPIDEMIOLOGICOS

La familia vivió o vive en zona endémica    Si                  No

Dónde \_\_\_\_\_

Antecedente de residencia en vivienda de características favorables a la multiplicación de la vinchuca    Si                  No

Existencia en el peridomicilio de corrales, palomares, gallineros, chiqueros, etc.    Si     No

Ha visto vinchucas en su vivienda en alguna oportunidad    Si     No

Su vivienda ha sido evaluada y/o rociada por personal sanitario    Si     No

Algún familiar o conviviente ha sido diagnosticado con enfermedad de Chagas    Si     No     Especifique \_\_\_\_\_

Método/s de laboratorio de confirmación de la madre: \_\_\_\_\_

Fecha de confirmación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DATOS DE LABORATORIO

Tipo	Momento ideal de toma	Fecha de toma (*)
Micrométodo parasitológico o STROUT	Antes del alta de la Maternidad	
Micrométodo parasitológico o STROUT	Al momento del control de los 2 o 4 meses	
Suero (HAI, ELISA, IFID) (*)	Al control de 12 (o hasta 18) meses de vida	

(\*) Se considerará **Infección congénita confirmada por serología** a todo paciente cuya serología sea positiva por 2 técnicas con títulos superiores al de corte, en una misma muestra de suero.

## ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

- Iniciar tratamiento con benznidazol en los casos de Infección Chagásica Congénita confirmada por alguno de los métodos, según normas actualizadas.
- Solicitar la medicación al Departamento de Salud Ambiental al teléfono 0299 – 4436899.
- Continuar el seguimiento del paciente según normas actualizadas de Recién Nacido de Madre Chagásica.
- Dar conocimiento del casos sospechoso o confirmado al Departamento de Salud Ambiental / Vectoriales, para evaluación y eventual tratamiento químico de la viviendas y peri-domicilios infestados.
- Investigar posibles familiares o convivientes expuestos a similar riesgo, a través del alerta del equipo local o zonal.
- Recordar que se deben estudiar todos los hijos nacidos de una madre serológicamente reactiva.

## CLASIFICACION FINAL

Chagas agudo congénito confirmado   

Chagas agudo congénito descartado   

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico

La presente ficha se confeccionará por duplicado. Una copia para notificación a epidemiología. La otra para la solicitud del laboratorio