

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