



FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCION DE PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

**DRA. OLGA LOPEZ MUÑOZ
QF HÉCTOR ROJAS HIDALGO**

Organización

- Ubicado en el CAE.
- Equipo compuesto por enfermera de policlínico de infectología, enfermera de epidemiología, dos médicos tratantes.
- Se hace tarjetón con estudio de contactos que se integra con APS.
- Laboratorio acreditado en IFI de Chagas.
- PCR de *Tripanosoma cruzi* se deriva a ISP.

Atención a pacientes

- Centralizada en el hospital regional.
- Educación en la enfermedad por enfermera y médicos.
- Educación farmacológica por médico, enfermera y QF.
- Existen formularios con resumen de historial, de efectos adversos y resultado de exámenes + pauta de manejo.
- Seguimiento de RN expuestos por neonatólogo.
 - Evaluación clínica, PCR 0, 2 y 9 meses.

FORMULARIO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Servicio de Salud:

Establecimiento:

Nombre paciente	
Rut	
Edad	
Dirección	
Teléfono	
Establecimiento de Procedencia	Hospital Ernesto Torres Galdames
Etapa de la Infección por <i>Trypanosoma cruzi</i>	
Exámenes indirectos (+) Señale método, título Anticuerpos y fecha pre-tratamiento	
Exámenes directos: Indique método, resultado y fecha pretratamiento	
Droga Antichagásica utilizada	
Dosis utilizada y duración	
Fecha inicio tratamiento	
Fecha término tratamiento	
Efectos adversos (describa por sistemas y a los cuantos días de tratamiento aparecieron): piel: dermatitis, vesículas, edema, prurito, rush, púrpura gastrointestinales: anorexia, náuseas, vómitos, dolores, diarrea hematológicos: trombocitopenia, anemia, leucopenia, agranulocitosis SNC: cefalea, insomnio, alucinaciones, polineuropatía, parestesias, polineuritis periférica Generales: baja de peso, fiebre, mialgias, artralgias, adenopatías Otros	
Nombre Médico tratante	Olga López Muñoz

Si por cualquier motivo se cambia droga antichagásica, se debe iniciar otra ficha

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CHAGAS

Servicio de Salud: Iquique

Establecimiento: Hospital Ernesto Torres Galdames

Nombre: _____

RUT: _____

Droga y dosis utilizada: _____

Exámenes durante Tto.	15 días	30 días	45 días	60 días	75 días	90 días
Hemograma, VHS y Rcto. Plaquetas						
Pruebas hepáticas						
Perfil Bioquímico						
Orina Completa						

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CHAGAS

Servicio de Salud :

Establecimiento :

Nombre del paciente:.....

Rut:.....

Droga y dosis utilizada:.....

Exámenes	Pre-tratamiento	3 meses después de tratamiento	6 meses después de tratamiento	1 año después de tratamiento	2 años después de tratamiento
Exs. Indirectos para Enfermedad de Chagas (método y título de Acs.)					
Exs. Directos para <i>Trypanosoma cruzi</i> Método					
E.C.G: describa lo encontrado					
Ecocardiograma (si lo tiene)					
Enema baritada Si procede					
Estudio esofágico Si procede					
Otros (Ej: Rx tórax, LCR, Fondo de ojos en casos congénitos)					
Otros					

Seguimiento del tratamiento farmacológico antiparasitario controlado:

Control de seguimiento	Semana	Actividad	Monitoreo con exámenes de laboratorio.
Pre tratamiento		Evaluación de los exámenes.	Solicitud de exámenes de ingreso: Hemograma completo (con VHS y recuento de plaquetas). Perfil bioquímico. ECG. PCR para <i>T. cruzi</i> (si es posible).
Control 1	0	Educación y consentimiento informado; Estudio familiar de los contactos. Control de Peso. Si el examen clínico orienta a compromiso digestivo, se deberá solicitar Radiografía de esófago, estómago duodeno y enema baritada, según corresponda si la condición clínica lo amerita. Ajustar dosis farmacológica al peso cuando corresponda.	Control de los resultados de exámenes solicitados.
Control 2	1	Vigilancia RAM. Reforzar educación y adherencia.	Solicitud de exámenes si la condición clínica lo amerita.
Control 3	2	Vigilancia RAM.	Solicitud de exámenes si la condición clínica lo amerita.
Control 4	3	Vigilancia RAM. Reforzar educación y adherencia.	Solicitar Perfil bioquímico, hemograma.
Control 5	4 o 5	Vigilancia RAM. Reforzar educación y adherencia.	Perfil bioquímico, Hemograma. Peso.
Control 6	6	Control de exámenes Vigilancia RAM. Preparación para el periodo post tratamiento farmacológico.	Solicitud de ECG, si el primero presentó alteraciones.
Control 7	8	Educación y definición frecuencia y lugar del seguimiento.	Control final.



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ENFERMEDAD DE CHAGAS

Señor(a):

El objetivo del presente del documento es que usted manifieste, luego de haber recibido la información suficiente, libre y voluntariamente la autorización o rechazo a la realización del tratamiento con farmacológico antiparasitario indicado para la enfermedad de Chagas, a través de su firma.

Se ha demostrado que este medicamento (indicar el fármaco), disponible en Chile, es más efectivo en los casos que está indicado. Cuando no es tolerado, puede generar efectos secundarios que van desde síntomas leves sin importancia a otros graves que pueden significar la suspensión definitiva del tratamiento, especialmente en los adultos.

Algunos de los efectos secundarios o reacciones adversas son: la pérdida de apetito, pérdida de peso, manifestaciones digestivas (nauseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea), alteraciones del ánimo, cefalea, falta de sueño, manifestaciones cutáneas (rash cutáneo, eritema, síndrome de Stevens Johnson), manifestaciones neurológicas (hormigueos, calambres, cefalea, convulsiones); manifestaciones hematológicas como pancitopenia, trombocitopenia, anemia y leucopenia. Cuando el tratamiento es tolerado se aumentan las posibilidades de prevenir y de retardar la aparición de las complicaciones características de la fase crónica de la enfermedad, especialmente en los niños, además prevenir la transmisión madre - hijo. Durante el tratamiento señalado y usted debe ser constante en la toma de la dosis indicada, debe asistir al control médico siempre, debe realizarse los exámenes que le solicite el médico tratante y entregar la información acerca de los eventuales síntomas que pudiere presentar. Toda la información relacionada será tratada confidencialmente.

Yo _____, con fecha _____, declaro haber recibido información sobre el medicamento _____ (indicar Nifurtimox o Benznidazol, según corresponda) y comprendido el contenido de este documento. Acepto la responsabilidad de tomar este medicamento según como se me ha indicado, registrar cualquier efecto secundario y acudir a control médico de acuerdo a lo que se me ha informado.

En caso de inasistencia, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que he conocido (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada) y decido:

(Haga una cruz o enmarque con un círculo su decisión)

• Si, acepto recibir tratamiento con (indicar el fármaco): _____

• No acepto recibir tratamiento con (indicar el fármaco): _____

Nombre: _____

R.U.T: _____

Firma del paciente o representante legal, según corresponda.

Hospital. DR E. TORRES G.
Consultorio Adosado a Especialidades.
Policlínico infectología
EU. PSV.



ESQUEMA DE TRATAMIENTO: ENFERMEDAD DE CHAGAS

PACIENTE:

EDAD:

MÉDICO:

FICHA:

MEDICAMENTO: NIFURTIMOX 120 MG COMPRIMIDOS (LAMPIT)

RECOMENDACIONES PARA TRAMIENTO:

- TOMAR EL MEDICAMENTO DESPUÉS DE COMER
- TOMAR AGUA SEGÚN TOLERANCIA
- NO INGERIR ALCOHOL DURANTE EL TRATAMIENTO
- EN CASO DE OLVIDAR LA TOMA DEL MEDICAMENTO, NO DUPLIQUE LA DOSIS.

DIA DE INICIO DE TRATAMIENTO:

DIAS	MAÑANA HORARIO:	TARDE HORARIO:	NOCHE HORARIO:
DESDE:	☐	☐	☐
HASTA:	☐	☐	☐
DESDE:	☐	☐	☐
HASTA:	☐	☐	☐
DESDE:	☐	☐	☐
HASTA:	☐	☐	☐

RESPONSABLE



FICHA DE INGRESO DE PACIENTE CHAGASICO POLICLINICO DE INFECTOLOGIA

FECHA DE INGRESO

DERIVACION

1. DATOS

PERSONALES Y EPIDEMIO

NOMBRE _____ / / RUT _____ EDAD _____ FCL _____
SEXO ☐ M ☐ F NACIONALIDAD _____ PREVISION _____ TELEFONO _____
DIRECCION _____ COMUNA _____
N° DE HIJOS _____ ABORTOS ☐ SI ☐ NO CONTACTOS ☐ SI ☐ NO ☐ NIEGA ☐ / /
ESTUDIADO ☐ SI ☐ NO ENO CIE 10 _____
OTRO CIE 10 _____
MEDIO DE CONTAGIO ☐ / / ☐ VN ☐ VECTORIAL ☐ LINEA MATER. ☐ OTRO ☐ / /

2. EXAMENES PREVIOS

EKG ☐ N ☐ A

EDA ☐ A ☐ N

RX TORAX ☐ N ☐ A

OTROS EXAMENES RELEVANTE _____

OBSERVACIONES _____

3. TRATAMIENTO

DROGA CHAGASICA _____

INICIO DE TRATAMIENTO _____

TITULO DE IFI _____

TERMINO DE TRATAMIENTO _____

TITULO DE IFI _____

OBSERVACIONES _____

4. RAM

BAJA DE PESO ☐ Kg. FIEBRE ☐ MIALGIA ☐ ARTRALGIA ☐ ADENOPATIAS ☐
DERMATITIS ☐ VESICULAS ☐ EDEMAS ☐ PRURITO ☐ DOLOR ABD ☐
PURPURA ☐ ANOREXIA ☐ NAUSEA ☐ VOMITO ☐ AGRANULOC. ☐
DIARREAS ☐ TROMBOC. ☐ ANEMIA ☐ LEUCOPE. ☐ POLINEUROP. ☐
CEFALEA ☐ INSOMIO ☐ RUSH ☐ ALUCINAC. ☐ PARESTESIA ☐
POLINEURITIS PERIFERICA ☐ OTROS ☐

Seguimiento

- A quienes no se trata:
 - Diálisis y clearance < 50 .
 - Daño avanzado de órganos.
 - Uso de fármacos como neosintrón.
- Intratratamiento: quincenal con examen. Estricto con < 60 kg, > 60 , polifarmacia y niños.

Seguimiento post tratamiento o sin tratamiento

- Aquellos pacientes que no se tratan, son evaluados cada 6 – 12 meses para pesquisar la aparición de daño de algún órgano blanco y derivar precozmente.
- Pacientes tratados: control 3, 6 y 12 meses, luego anual.

obstaculos

- Falta de conciencia de equipos médicos.
- Desde estudio de gestantes (2014) la principal fuente de pacientes son embarazadas bolivianas.
 - Direcciones falsas.
 - Posterior al parto muchas regresan a su país.

Atención farmacéutica a pacientes chagásicos

Programa de atención farmacéutica

- Consulta farmacéutica.
- Seguimiento farmacoterapéutico.
- Farmacovigilancia.



Consulta farmacéutica

Objetivos de la consulta

- Educación respecto a la enfermedad de Chagas y sus efectos en la salud.
- Evaluar la farmacoterapia actual del paciente.
- Instruir sobre el uso correcto del tratamiento .
- Informar sobre las



Seguimiento farmacoterapéutico

Objetivos del seguimiento

- Detectar problemas relacionados a medicamentos para prevenir y resolver resultados negativos asociados a la medicación.
- Alcanzar los mejores resultados posibles con la farmacoterapia.



Necesidad



Efectividad



Seguridad

Farmacovigilancia

Farmacovigilancia activa en pacientes con tratamiento antitripanosómico.

Análisis de las reacciones adversas reportadas.

- Causalidad
- Plausibilidad
- Temporalidad
- Frecuencia
- Gravedad
- Prevenibilidad

Diarrea
Convulsiones
Labilidad emocional
Nauseas
Mialgia
Anorexia

ANAMED :: Farmacovigilancia



Bienvenido al Sistema Red-RAM

Reacción Adversa de Medicamentos

Farmacovigilancia

Bienvenido al formulario electrónico de notificación en línea RED-RAM.

El método de Farmacovigilancia utilizado por el Programa Nacional de Farmacovigilancia es la notificación espontánea, la que consiste en comunicar al ISP, por parte de un profesional de la salud, o de otra entidad, las sospechas de reacciones adversas a medicamentos de las que éste toma conocimiento, incluidos la dependencia, el abuso, el mal uso y la falta de eficacia. [Ver más](#)



Conexión

Usuario

Rut ☒

Código MINSAL ☐

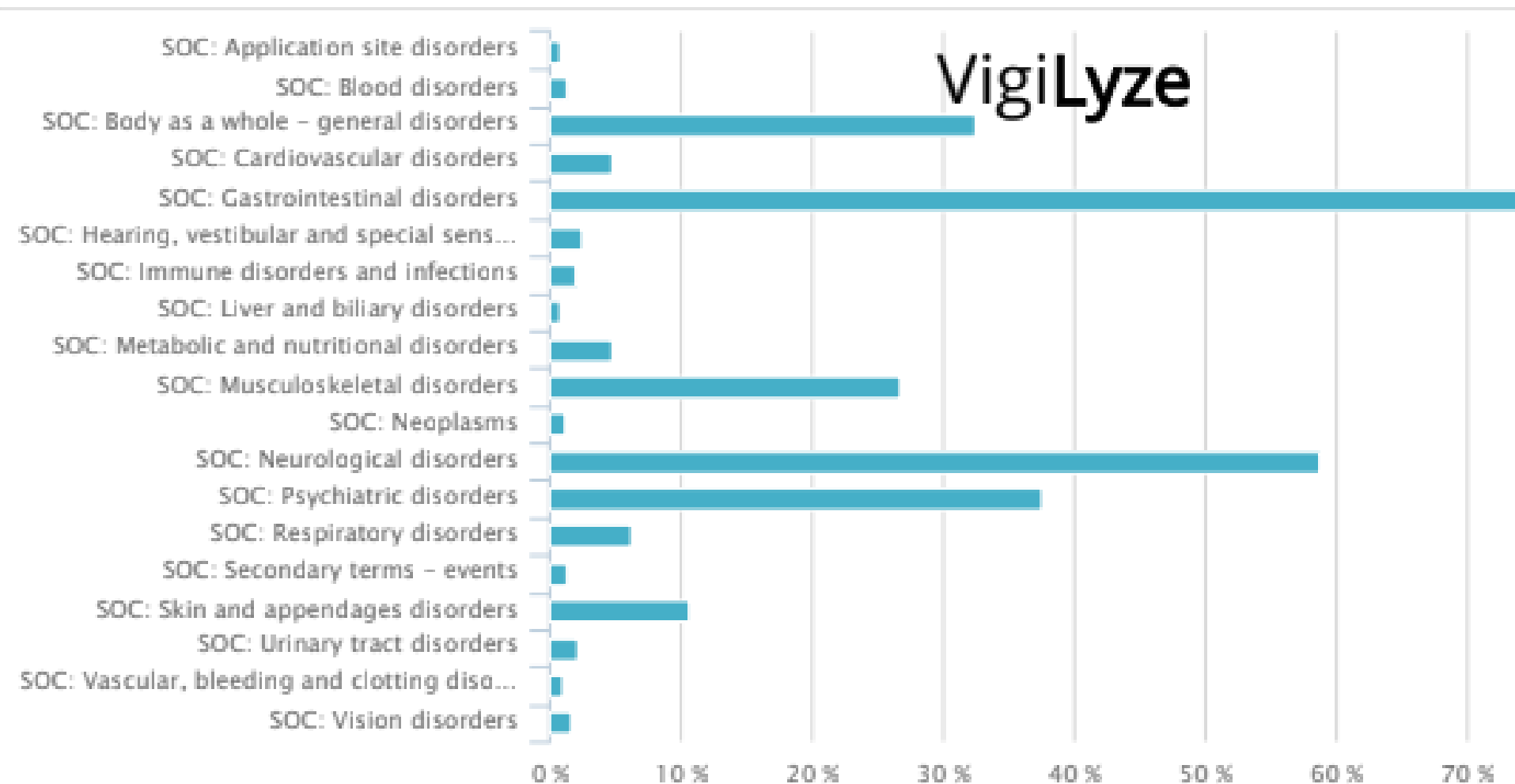
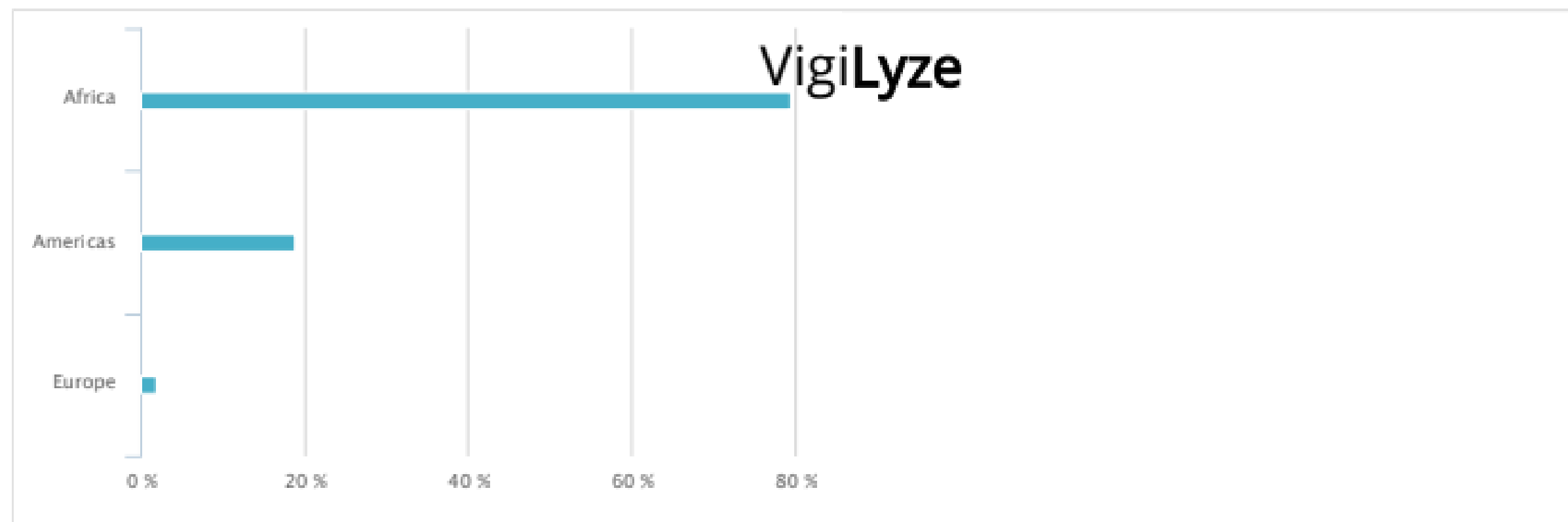
Código Red-RAM ☐

Clave

Ingresar

[¿Como Registrarse?](#)

Edad	Sexo	Farmacos Sospechosos	Reacciones Adversas	Emisor	Unidad
63	F	NIFURTIMOX	ANSIEDAD	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
31	F	NIFURTIMOX	INSOMNIO	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
27	F	NIFURTIMOX	CEFALEA, MAREO	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
34	F	NIFURTIMOX	DIARREA	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
48	F	NIFURTIMOX	LABILIDAD EMOCIONAL, APETITO, PERDIDA	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
31	F	NIFURTIMOX	CEFALEA, MIALGIA	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
47	M	NIFURTIMOX	CEFALEA, MIALGIA	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
28	M	NIFURTIMOX	PRECORDIAL, DOLOR, CANSANCIO, CEFALEA EPIGASTRICO, DOLOR NO RELACIONADO CON ALIMENTO,	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
57	M	NIFURTIMOX	CEFALEA, MAREO	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
61	F	NIFURTIMOX	PRURITO, ESCALOFRIOS, NAUSEAS	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA
42	F	NIFURTIMOX	ERUPCION CUTANEA	ROJAS HIDALGO, HÉCTOR CRISTIAN	INFECTOLOGIA



Muchas gracias