

# CHAGAS TRANSFUSIONAL Y OTRAS FORMAS DE TRANSMISIÓN

Dr. E. Manzullo

**DEFINICIÓN:** *Infección de Chagas transmitida por transfusión de sangre o sus derivados de donante con infección por tripanosoma Cruzi.*



Carlos Chagas, primero, Masa en Argentina, Dias en Brasil y otros investigadores pioneros, consideraron con toda lógica, que dado que el infectado con Chagas tiene circulando tripanosomas en distintas concentraciones, resultaba muy razonable pensar en esta vía de contagio. En 1952 Pedreira de Freitas, en Bancos de Sangre de la Facultad de Medicina de San Pablo (Brasil) fue quien confirma esta forma de transmisión con tres casos documentados.

La migración de los infectados en zonas rurales a las ciudades no endémicas, la ignorancia que tienen estas personas de su condición, su espíritu proclive a donar sangre y la falta de conocimientos de los profesionales de los Bancos de sangre, sobre esta endemia que les es ajena geográficamente, ***coloca esta forma de transmisión de Chagas en un lugar prioritario no solo en los países endémicos, sino en aquellos que reciben corrientes migratorias de esas zonas.***

Repetimos lo expresado por el Dr. Salvatella en el capítulo de Epidemiología textualmente:

*“En América Latina continental, el riesgo de recibir una transfusión positiva para T. cruzi era de 1 por 3.377 donaciones en el 2005, que es similar al riesgo observado en el 2003 (1 por 3.330 donaciones).*

*El riesgo de la tripanosomiasis transfusional migra junto con las poblaciones migrantes de países endémicos, esto hace detectar prevalencias diversas en países no endémicos, caso de:*

- *donantes positivos en más de 23 Estados de EEUU*
- *1,13% de positividad en hospitales de Madrid 2005-2006*
- *1,08% de positividad en centros de salud de Andalucía 2007”*

## DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD DE CHAGAS

### POST-TRANSFUSIONAL

La incubación es muy variable en el tiempo: de 20 a 120 días desde la transfusión con tripanosomas.

La clínica carece de puerta de entrada detectable, sus signos suelen ser solo un Síndrome Febril Prolongado o muy parecido al Chagas agudo con componentes neurológicos, cardíaco, hepato- esplenomegalia y poliadenopatías.

Su gravedad obedecerá, como se ha explicado en el capítulo correspondiente, del resultado de la interacción **germen / terreno**. Depende entonces de la cantidad y cepas de Tripanosomas y del estado del paciente transfundido. Es claro que quien recibe una o varias transfusiones, padece alguna enfermedad de base. De ser esta con componente de inmunodepresión (por la propia afección: ej. HIV, o por acción farmacológica: inmunodepresores, citostáticos, etc.) la enfermedad puede ser grave y aun mortal. Pero también puede no ser diagnosticada al no buscar el tripanosoma como causa del síndrome febril prolongado, desaparecer el cuadro clínico correspondiente en 60, 90 días y pasar a la cronicidad.

El diagnóstico se confirma por el hallazgo directo del parásito en sangre o por serología, dado que el largo periodo de incubación permite la detección de anticuerpos específicos.

El tratamiento es el mismo que en Chagas agudo y su acción es efectiva.

Imaginemos un médico que ocupado de la enfermedad de su paciente afectado de cualquier dolencia, requiere transfusiones y en un periodo alejado de 15 a 120 días, su asistido presenta la sintomatología expresada mas arriba. Solicitará hemocultivos, antibiogramas sin resultados positivos, mientras su paciente se agrava. **Necesita pensar en Chagas y pedir los estudios ya señalados. Una vez confirmado, comenzar la terapéutica con beznidazol.** Estos conceptos son en buena medida el objetivo de este Manual, dado que **nadie puede pensar en lo que no conoce** .

Las ciudades, los países no endémicos, que reciben inmigrantes de zonas endémicas deben tener médicos que piensen en la posibilidad de recibir sangre infectada. Aun más, puede ser necesario incluir en el estudio de la sangre a trasfundir la serología para Chagas en forma estandarizada en los bancos de sangre.

*El Chagas Congénito y el transfusional como piensa el Dr. Pedro Moya y yo comparto totalmente, serán las últimas batallas contra la enfermedad de Chagas que se librarán en muchos lugares (endémicos o no).*

Concurrimos a Florida (EE.UU) con otros colegas de Argentina y Brasil En 1997 y 1998 invitados por el Centro Medico Mount Sinai de Miami Beach para una reunión de expertos en Chagas, sobre estos problema, dado que existieron numerosos casos de Chagas post transfusional al igual que congénitos. Transcurridos los dos días de reuniones las autoridades sanitarias del lugar plantearon dos problemas típicos: 1º-El aumento de costos de estudios en los donantes (al incorporar serología para Chagas) y la posterior derivación de los infectados para evaluación cardiológica. y 2º- el riesgo de discriminación de los mismos. Son los mismos problemas que se padecen en Latinoamérica desde Carlos Chagas y Salvador Masa. A fines de la década de 1980 recién se logró el tamizaje del 100% de los donantes de sangre en Argentina. Es una larga y sostenida lucha que deberán asumir los colegas de cada país o zona que recibe migración latinoamericana.

Tengo información no oficial y por lo tanto no confirmada que recién en 2007, EE.UU quitó el Chagas de "enfermedad exótica".

Varios países de Europa: España, Italia, Francia y también en Australia están prestando mucha atención al tema.

Smuñiz señala: las prevalencias de serologías positivas en Australia entre 2005-2006:16 por 1000 latinoamericanos En Canadá en 2001: 9 cada 1000. En España en 2003: 25 cada 1000 En EE .UU desde 1981 a 2005 según zonas de 6 a 59 por 1000 latinoamericanos inmigrantes. 1 [Smuñiz](#) .

Es necesario tener leyes, normas, formación profesional, adecuada y un órgano de control centralizado que asegure los niveles de calidad imprescindibles para lograr, como en Argentina llegar al 100% de todos los donantes de sangre examinada. El Instituto Nacional de Chagas "Mario Fatala Chaben", es en nuestro país quien se ocupó y ocupa de esta tarea.

No fue sencillo .Décadas de esfuerzo continuado desde su primer Director: Dr. J. Cerisola, muchos años la Dra. Elsa Segura y actualmente el Dr. Andrés Ruiz y todo su personal lograron este resultado. Mientras no se obtenga el 100% de los donantes estudiados siempre existirá el riesgo de transmisión de Chagas transfusional.

El otro componente imprescindible es la formación de médicos y bioquímicos. Debo mencionar el Programa de Formación de Recursos Humano en este tema que dirigido por la Dra. Pilar Nieto de Alderete formó cientos de profesionales en Argentina.

Uruguay, Brasil, Paraguay, Bolivia y Chile.

Recientemente en octubre de 2008 se reunieron representantes de 18 Universidades Argentinas en Córdoba para insistir en la necesidad de aumentar los conocimientos de Chagas en la formación de pre grado de los médicos. Link a [Mejorar la formación médica en Enfermedad de Chagas](#)

Link a [Mejoramiento transfusional](#) (O.P.S.-O.M.S.)

Sobre lo expresado recomiendo leer a G. Smuñiz:( [Riesgo de la enfermedad de chagas a traves de las transfusiones en las americas](#) )

## **OTRAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DE CHAGAS**

**Accidente de Laboratorio:**

Lamentablemente esta transmisión se produce en profesionales que manipulan tripanosomas o elementos que pueden contenerlos. El cuadro clínico es un Chagas Agudo grave que suele responder al tratamiento parasiticida. Su prevención se basa en observar estrictas normas de bioseguridad.

**Transmisión Alimentaria:**

Se produce por contaminación de alimentos con defecaciones de vectores infectados. En Brasil la contaminación de "caldo de caña" preparado en grandes recipientes no cubiertos produjo varias decenas de infecciones, algunos graves. También en Venezuela. El tratamiento es el de Chagas agudo y su prevención corresponde a seguir estrictamente las Normas de Prev- ETA. (Prevención de Enfermedades de Transmisión Alimentaria)

Link a ["80 personas infectadas en Venezuela"](#)

**Transmisión por jeringuillas**

Existe la hipótesis de la transmisión por esta vía por el uso compartido de jeringuillas en drogadictos. Los investigadores que lo postulan, se basan en la presencia de infección en individuos que no refieren antecedentes de vivir en zona endémica, y no haber recibido transfusiones. La hipótesis es muy válida e importante pero requiere más confirmaciones.

Link a [transmision por jeringuillas](#)

**Transmisión por leche materna**

Esta vía fue propuesta por diversos investigadores, pero su demostración no es fácil. Un lactante que se amamanta con leche de su madre, solo podría contagiarse si la misma padeciera la infección. En tal caso lo más probable es que la infección del niño resulte de la transmisión congénita. También se ha comentado que puede contagiarse por sangre de grietas en el pezón. La discusión si bien de larga data, continúa abierta.

**Transmisión por trasplantes:**

La infección por recepción de órganos de donantes con Chagas es muy real y de alto riesgo. Es necesario detectar al donante con tripanosomiasis y excluirlo de ser posible. El tratamiento preventivo del donante o del receptor es de discutida eficacia.

Link a trabajo de [E. Bocchi](#)

Link a trabajo de [A. Riarte](#)