

Supplementary Table S1: Targeted sequences used in digital PCR for molecular *T. cruzi* detection.

Oligonucleotide	Sequence 5'-3'
Cruzi 1	ASTC-GGCT-GATC-GTTT-TCGA
Cruzi 2	AATT-CCTC-CAAG-CAGC-GGAT-A
Cruzi 3	FAM-CACACACTGGACACCAA-NFQ-MGB
HsRPP30- Forward	AGATTTGGACCTGCGAGCG
HsRPP30- Reverse	GAGCGGCTGTCTCCACAAGT
HsRPP30-Probe	Hex-TTCTGACCTGAAGGCTCTGCGCG-Qsy-7

Número de identificación del estudio: _____

Prevalencia y Factores de Riesgo de la Enfermedad de Chagas Congénito en mujeres embarazadas en zonas Endémicas en El Salvador.

Gracias por su tiempo y participación. La meta de nuestra investigación es poder comprender con qué frecuencia las mujeres en estado de embarazo transmiten la Enfermedad de Chagas a sus hijos y cuáles son los factores de riesgo por infección entre mujeres gestación. Solo debe responder las preguntas que usted elija.

Fecha de la Entrevista: _____ Entrevistador: _____

Nombre completo de la Mamá: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad y país de nacimiento: _____

Dirección: _____ Departamento: _____

Municipio: _____ Cantón: _____

Caserío: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre completo del Papá: _____

Número de teléfono: _____

Dirección (si es diferente de la anterior): _____

Correo electrónico: _____

Otro número de contacto (si tiene):

Contacto (nombre y número de teléfono): _____

Relación con usted: _____

Resultados de indicadores de preeclampsia

Presión: _____ / _____

Tiras de prueba de orina por proteinuria : *Positivo* *Negativo*

Tiras de prueba de orina por glucosuria : *Positivo* *Negativo*

Notas:

Sección 1: Embarazo Actual /Historia Clínica y Demográfico

- 1.) ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la mamá (día, mes, año)? _____
- 2.) ¿Cuál es la estatura de la mamá? _____
- 3.) ¿Cuál es el peso de la mamá? _____
- 4.) ¿Cuál es su probable fecha de parto? _____
- 5.) ¿Cuál es su probable lugar donde dara a luz? _____
- 5.a) *Dirección, Municipio, Cantón, Caserío* _____
- 6.) ¿Planeas amamantar al bebé? _____
- 6.a) *¿por cuánto tiempo?* _____
- 7.) ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
- 8.) ¿Cuántos bebés ha tenido? _____
- 9.) ¿Has estado embarazada en los últimos 18 meses? *Sí* *No*
- 10.) Control prenatal en: 1st Trimestre: _____ 2nd Trimestre: _____ 3rd Trimestre: _____
- 11.) ¿Ha tenido COVID en algún momento durante su embarazo? _____
- 12.) ¿Su embarazo es de alto riesgo? *Sí* *No*
- 13.) ¿Tiene complicaciones en el embarazo? *Sí* *No*
- 13a.) *Si, ¿cuáles?*
- | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <i>preeclampsia</i> | <i>hipertensión gestacional</i> | <i>diabetes prenatal</i> | <i>asma</i> |
| <i>uso de tabaco</i> | <i>uso de otras drogas o alcohol</i> | <i>restricción intrauterina crecimiento</i> | |
| <i>presión arterial</i> | <i>recuento de plaquetas</i> | <i>proteinuria</i> | <i>cardiomiopatía</i> |
| <i>obesidad</i> | <i>insuficiencia de cérvix</i> | <i>depresión</i> | <i>inflamación de las glándulas</i> |
- Otro: _____
- 14.) ¿Ha tenido alguna complicación en embarazos anteriores? *Sí* *No*
- 14a.) *Si es así, ¿qué complicaciones?* _____
- 15.) ¿Alguna vez ha recibido una transfusión sanguínea? *Sí* *No*
- 15a.) *De responder sí, ¿en qué año y lugar (ciudad/estado/país y cuantas veces)?* _____
- 16.) ¿Alguna vez ha recibido algún trasplante de tejidos u órganos? *Sí* *No*
- 16a.) *De responder sí, ¿dónde y cuándo?* _____
- 17.) ¿Con que frecuencia experimenta inflamación o hinchazón en los pies?
- rara vez* *algunas veces* *nunca*
- 18.) ¿Con frecuencia experimenta dificultad para respirar cuando se acuesta?
- rara vez* *algunas veces* *nunca*
- 19.) ¿Con frecuencia experimenta problemas para subir escaleras?
- rara vez* *algunas veces* *nunca*

20.) ¿Con frecuencia experimenta que su corazón se acelera cuando está descansando?

rara vez *algunas veces* *nunca*

21.) ¿Alguna vez un doctor le ha dicho que el latido de su corazón no es normal? *Si* *No*

22.) ¿Cuándo fue la última vez que tu fue a la clínica / médico? _____

23.) ¿Cuándo fue la última vez que tu fue al dentista? _____

24.) ¿Cuántas veces se enfermó el año pasado (visitas que realizo al médico, etc.)?

pocas veces *ninguna vez* Describir: _____

25.) ¿Cuál es su estado civil?

Soltera *Casada* *Acompañada* *Divorciada* *Otros*

26.) ¿Cuál es el nivel de educación de la mamá?

Ninguno *Básico* *Tercer Ciclo* *Bachillerato* *Universitario*

27.) ¿Cuál es el nivel de educación del papá?

Ninguno *Básico* *Tercer Ciclo* *Bachillerato* *Universitario*

28.) ¿Cuál es su ocupación actual de la mamá

Estudiante *Empleada* *Ama de Casa* *Otro* _____

29.) ¿Cuál es su ocupación actual del papá?

Estudiante *Agricultor* *Obrero* *Empleado* *Otro* _____

30.) ¿Cuántos hijos tiene usted? _____

31.) ¿Cuántos de sus hijos asisten a la escuela? _____

32.) ¿Con qué frecuencia te preocupas al saber de dónde vendrá los alimentos en el siguiente tiempo de comida para tu familia?

Nunca *A Veces* *A Menudo* *Siempre*

33.) En el último mes, ¿Cuántos Días ha faltado Alimentos para su familia? _____ Días.

34.) ¿Normalmente come *los tres tiempos* de comida al día? *Sí* *No* *A veces*

35.) En el último mes, ¿Su familia comió los mismos alimentos todos los días? *Sí* *No*

35a.) ¿Qué comía o come normalmente su familia? _____

36.) En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido estresado o preocupado?

Casi Siempre *Algunas Veces* *Nunca*

36a.) ¿Por qué estas estresado?

Alimentación *Inseguridad* *Salud*

Dinero *Violencia/Crimen* *Otros:* _____

37.) ¿Te Preocupa la seguridad / Inseguridad de su caserío? *Sí* *No*

37a.) ¿Cuáles son sus preocupaciones específicas? _____

38.) ¿Preocupa de la seguridad en casa? *Sí* *No*

38a.) ¿Cuáles son sus preocupaciones específicas? _____

39.) A lo largo de su vida, ¿Ha experimentado alguna vez violencia con alguna pareja o esposo?

Sí No

39a.) ¿Cuántas veces lo experimentado esto?

1-2 veces 5-10 veces Más de 10 veces

Sección 2: Descripción de Familia, Hogar y Vivienda

40.) ¿Cuántas personas de cada grupo de edades viven en su casa?

¿niños <5 años? _____ ¿adultos mayores de 40 años? _____

¿niños 5-17 años? _____ ¿embarazadas? _____

¿adultos jóvenes 18-40 años? _____ ¿ personas en total? _____

41.) El año pasado alguien de su familia ha experimentado:

41a.) ¿ Roncha grande en el cuerpo que dura más de una semana? Sí No

41b.) ¿ Erupción manchada en el cuerpo que dura más de una semana? Sí No

41c.) ¿Una picadura de insecto que produjo una costra notablemente grave? Sí No

41d.) ¿Una Fiebre Intermitente? Sí No

42.) ¿Conocen la Enfermedad de Chagas? Sí No

42a.) ¿ Que conoce de la enfermedad de Chagas? _____

43.) ¿Conoces a alguna persona que ha tenido o tiene la Enfermedad de Chagas?

43a.) ¿Quién? _____

44.) ¿Conoces cómo se enferma una persona de la Enfermedad de Chagas? Sí No

44a.) ¿ Como se transmite la enfermedad de Chagas? _____

45.) ¿Si usted se da cuenta que su hijo tiene la Enfermedad de Chagas, buscaría ponerlo en tratamiento?

Sí No

46.) ¿Qué enfermedades padecen sus familiares que habitan en su mismo hogar? _____

47.) ¿Qué tipo de paredes tiene la casa?

adobe bloque ladrillo bajareque

madera piso de tierra bahareque sin pared

otro: ¿cuál? _____

48.) ¿Qué tipo de repello tiene la casa?

repello con cemento repello con lodo/con tierra

parcialmente repellido sin repello

49.) ¿Qué tipo de techo tiene la casa?

paja palma lamina duralita

zinc madera Tejado otro: ¿cuál? _____

50.) ¿Qué tipo de piso tiene la casa?

tierra cemento baldosa madera

- piso cerámico* *otro: ¿cuál?* _____
- 51.) ¿Cuáles estructuras adicionales tiene la casa?
gallinero *bodega* *porqueriza* *horno/cocina de leña*
conejera *trapiche* *ninguno* *otro: ¿cuál?* _____
- 52.) ¿Qué tipo de agua usa en su casa?
potable *de pozo* *nacimiento* *río* *otro: ¿cuál?* _____
- 53.) ¿Qué tipo de baño tienen?
de lavar *letrina* *no tengo* *otro: ¿cuál?* _____
- 54.) ¿Presencia de grietas en las paredes? *Sí* *No*
- 55.) ¿Cuántos focos tiene al interior de la casa? _____ alrededor de la casa? _____
- 56.) ¿De qué vive económicamente la familia (agricultura, comercio, empresa, remesa, otro)?

- 57.) ¿Cuántas camas hay en la casa? _____
- 58.) ¿Están las paredes del dormitorio repellada? *Sí* *No*
- 59.) ¿Hay ventana en la habitación? *Sí* *No*
- 60.) ¿Tiene energía eléctrica? *Sí* *No*
- 61.) ¿Qué tipo de cocina posee?
gas *leña* *ambos* *otro: ¿cuál?* _____
- 62.) ¿Tienes refrigerador que funcione en la casa? *Sí* *No*
- 62a.) ¿Dónde guardas tu comida? _____

Sección 3: Vectores

- 63.) ¿Qué tipo de insectos vio adentro o cerca de su casa?
mosquitos *garrapatas* *pulgas* *chinches*
arañas *mosca* *ninguna* *otro: ¿cuál?* _____
- 64.) ¿Alguna vez ha visto insectos llenos de sangre adentro o cerca de su casa? *Sí* *No*
 64a.) ¿Si dicen que sí, alguna vez los vio en animales o en un miembro de su familia? *Sí* *No*
 64b.) ¿Cuáles insectos? _____
- 65.) ¿Si usted observara un insecto en su vivienda que hace?
ignorarlos *utiliza algún objeto para matar el insecto*
lo elimina manualmente *lo captura y lo deposita en la basura*
lo quema *recolecta el insecto y reporta su presencia a un ente encargado*
otro: ¿otra acción? _____
- 66.) ¿Conocen las chinches?: *Si* *No*
 66a.) ¿En el último año han visto chinches dentro o alrededor de su casa?: *Sí* *No*
 66b.) ¿En qué sitio ha visto estos insectos?:

Intradomicilio: Espacio donde duerme la gente, parte interna de la casa

cocina *dormitorio* *sala* *comedor*
pasillos *baños* *corredor* *otro: ¿cuál?* _____

Peridomicilio: alrededor de la casa, fuera del techo de la casa

gallinero *bodega* *monte* *material de construcción*
pante de leña *en indos de aves* *cactus* *otro: ¿cuál?* _____

Extra-domicilio: Área por fuera del ámbito de actividades cotidianas de los habitantes

cultivos *bosque* *otro: ¿cuál?* _____

67.) ¿En el último año han picado las chinches a alguno de la familia? *Sí* *No*

68.) ¿Sintió usted alguna reacción adversa (alérgico)? *Sí* *No*

68a.) *¿Si dicen que sí: Por favor responda ¿Qué tipo de reacción negativa sintió?*

irritación de los ojos *picazón en la piel* *asfixia o dificultad para respirar*
mareo *vomito* *otro: ¿cuál?* _____

69.) ¿Qué tipo de animales tienen?

ninguno *perros* *gallinas* *cerdos* *vacas*
caballos *gatos* *aves domésticas* *conejos domésticos*
otro: ¿cuál? _____

70.) ¿Tienen animales adentro de la casa? *Sí* *No*

70a.) *¿Qué tipo?* _____

71.) ¿Qué tipo de los animales silvestres ha visto cerca o dentro de su vivienda?

ninguno *tacuazín* *roedores* *murciélagos*
palomas *conejos silvestres* *cotuza* *venado*
cusuco *gato montés* *otro: ¿cuál?* _____

71a.) *¿En cuáles de los siguientes ambientes los ha visto?*

dentro de la casa *alrededor de la casa* *en el bosque* *otro: ¿cuál?* _____

72.) ¿En el último año ha recibido alguna visita de la unidad de salud? *Sí* *No*

72a.) *¿cuál fue el motivo de la visita?*

no sabe *encuestar a un habitante de la vivienda* *fumigar*
inspeccionar la vivienda *vacunación* *hacer búsqueda de insectos*
otro: ¿cuál? _____

73.) ¿Usted usa mosquitero? *Sí* *No*

73a.) *¿cuántos tiene?* _____

74.) ¿Quién de su familia suele dormir bajo el mosquitero? _____

75.) ¿Cuánto tiempo llevas usando mosquitero? _____

Número de identificación del estudio: _____

76.) ¿Tiene algún otro método para controlar insectos dentro de su casa? Sí No

76a.) *Describa el método:*

Por Equipo del Estudio: Sección 4: Trabajo de Parto, Parto y Resultados de Salud Neonata

77.) Número de identificación del bebe en el estudio: _____

78.) Numero identificación del hospital donde nació él bebe: _____

79.) Nombre completo del bebe: _____

80.) Fecha de Nacimiento del bebe: _____

81.) Sexo del bebe: *masculino* *femenino*

82.) Edad gestacional: _____ Semanas _____ Días

83.) Tipo de parto: *natural* *cesárea* *otro: ¿cuál?* _____

84.) Peso del bebé: _____ lb _____ oz

85.) Talla del bebé: _____ cm

86.) APGAR de neonatas(os) de minuto 1: _____

87.) APGAR de neonatas(os) de minuto 5: _____

88.) Resultado(s) del nacimiento: *parto prematuro* *pérdida fetal* *otro: ¿cuál?* _____

89.) Complicaciones al momento de labor de parto/parto?: Sí No

asfixia perinatal *sangrado excesivo* *placentitis/villitis*

otro: ¿cuál? _____

90.) ¿Recibió esteroides dentro de las 24 horas posteriores de parto: Sí No

91.) ¿Se transfirió el(los) neonato(s) a la unidad de cuidados intensivos neonatal? Sí No

91a) *Si dice si, cuantos días estuvo en la unidad:* _____

92.) Fue él bebe a término (>37 semanas): Sí No

93.) ¿Es el bebe positivo a VIH? Sí No

¿A sífilis? Sí No

94.) Experimentó él bebe algunos síntomas en la primera semana de vida: Sí No

fiebre *hepatoesplenomegalia* *anemia* *meningitis*

miocarditis *síndrome de dificultad respiratoria* *hidrocefalia* *trombocitopenia*

mala alimentación *erupción* *convulsiones* *retinitis*

otro: ¿cuál? _____

95.) Tiene complicaciones o diagnóstico dentro del primer mes de vida: Sí No

fiebre *erupción* *el síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS)*

neumonía *apnea* *pérdida de la visión*

retraso en el desarrollo *conducto arterioso persistente* *Displasia broncopulmonar (BPD)*

Número de identificación del estudio: _____

otro: ¿cuál? _____

96.) Necesito soporte de oxígeno o ventilador mecánico durante el primer mes de vida: *Sí* *No*

Cánula nasal *CPAP* *ventilación mecánica* *OMEC*

Nota(s) adicionales: _____

Para el equipo del Estudio: Sección 5 Resultados de Pruebas

Resultados de las pruebas por Chagas:

97. Prueba de Weiner Chagatest: *Positivo* *Negativo*

98. Prueba de ensayo rápido: *Positivo* *Negativo* *No administrada*

99. Prueba de qPCR: *Positivo* *Negativo*

99^a. Carga de parásitos: _____ equivalentes de parásitos por mL (por qPCR)