

## Chagas, un compromiso moral permanente

JORGE MITELMAN<sup>1</sup>

Durante 25 años, los distintos directores del Consejo de Chagas de la Sociedad Argentina de Cardiología han expresado, tanto en las jornadas y congresos como en los distintos ámbitos científicos y docentes, la preocupación por la situación de la enfermedad de Chagas-Mazza en la República Argentina.

Preocupación que ha sido y continúa siendo válida, sin duda por los resultados poco alentadores en lo que respecta al sostenimiento a largo plazo de las acciones patrocinadas por la mayoría de los proyectos ejecutados en el área social en general y de la salud en particular.

Si bien los distintos contextos políticos y sociales han sufrido transformaciones, y todas las circunstancias no han sido iguales frente al telón de fondo de la crisis económica, no es sorprendente que se haya permitido ganar terreno a enfermedades que se anunciaban en vías de desaparición. Tanto era así que el Dr. Alvaro Moncayo titulaba una nota "La enfermedad de Chagas, una enfermedad cuyos días están contados" (1) y anunciaba la interrupción de la transmisión para el año 2000; con posterioridad manifestaba que si podía detenerse antes de 2005, la incidencia de la enfermedad disminuiría más del 75% en Latinoamérica, meta no alcanzada aún (enfermedades desatendidas y pacientes postergados) (OMS) (2)

Las estadísticas de prevalencia de la enfermedad, suministradas por el Instituto Nacional de Parasitología Dr. Mario Fatala Chabén, datan del año 1992 y provienen de varones examinados en el reconocimiento médico de su clase para ingresar al servicio militar (el resto de la población no estaba comprendida) y a partir de esos datos se hacían proyecciones a nivel país. Desde esa fecha (13 años) no se cuenta con estadísticas relevantes sobre el número de enfermos en las grandes ciudades ni en los medios rurales, lo cual hace imposible el diseño y la implementación de políticas de atención de los afectados. El Estado, por la ley 22.360, debería llevarlas a cabo (la enfermedad fue declarada de interés nacional) y establecer un sistema de información en todo el país. Las estimaciones del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y de la OPS del año 1990 arrojarían como resultado que de 32.322.000 habitantes de nuestro país, la población en riesgo alcanzaría cifras de 6.900.000 y aproximadamente 2.330.000 personas infectadas (7,2% de la población). Según cifras aportadas en la XI reunión del INCOSUR en 2002 en nuestro país, la prevalencia de infección en embarazadas alcanzó el 6,78%; en ban-

cos de sangre se registraron cifras de infección por *Trypanosoma cruzi* en donantes del 4,20%, la prevalencia de infección en niños de 14 años de áreas rurales fue del 1,94%, mientras que la incidencia de infección congénita alcanzó el 2,57%. (3)

La prevalencia de pacientes con serología positiva para Chagas oscila entre el 1,1% en Río Negro (no endémica) y el 35,5% en Santiago del Estero (endémica), con una media del 10,13% en todo el país.

El Dr. Janis K. Lazdins (Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales-OPS) manifestaba su preocupación por la alta incidencia de sangre positiva en poblaciones relativamente jóvenes, que señalaría la infección reciente y que el circuito de transmisión aún no se ha interrumpido, en forma significativa. (4)

La enfermedad es difícil de detectar precozmente, ya que en general los enfermos no presentan signos evidentes de ella hasta que se encuentra muy avanzada.

Las continuas divergencias entre las autoridades y los médicos asistenciales, sobre si el control vectorial se cumple acabadamente, si es sustentable en el tiempo y si ha dado el resultado esperado, se mantienen inalterables con el transcurso de los años.

Recientemente, la Comisión evaluadora internacional del INCOSUR comunicó el control de la transmisión vectorial en las provincias de Jujuy, Río Negro, Chubut y La Pampa y a fines de 2004 en Entre Ríos. Las acciones para el control de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por el vector (*Triatoma infestans*), si bien han tenido impacto, pareciera que en los consultorios no disminuyen el número de enfermos.

Las migraciones internas y externas cambiaron el mapa de distribución de la enfermedad con su urbanización y dispersión. Estos desplazamientos tienen consecuencias profundas en la salud pública al trasladar desde las zonas rurales a las grandes urbes dos formas de transmisión aguda, la transfusional y la congénita.

La aparición y la progresión de las complicaciones en cualquiera de sus formas afectan seriamente la calidad de vida de los enfermos, aumentan los costos de atención y disminuyen la capacidad productiva de la comunidad. La enfermedad de Chagas es una entidad compleja que se caracteriza por su evolución silenciosa y por diversos factores que condicionan su desarrollo. La miocardiopatía dilatada y las arritmias (5) son una expresión de esta enfermedad a partir de la cuarta década de la vida. En muchas comunidades las

personas desconocen su enfermedad o no son diagnosticadas y controladas oportunamente. Los términos y definiciones utilizados para la clasificación y el diagnóstico de las distintas etapas se unificaron en los consensos del Consejo de Chagas de la SAC. (6, 7)

Se estima que el número de enfermos chagásicos menores de 35 años que actualmente tienen alteraciones cardiológicas seguirá presente en nuestros consultorios por lo menos unos 40 años más, lo cual permitiría estimar que la cardiopatía chagásica disminuirá su presencia a partir del año 2020. (6) En un contexto de costos crecientes y recursos escasos con cifras del INDEC que informan que la población en situación de pobreza es del 39% y de indigencia del 18%, los datos del estudio ICD-Labor (8) de implantes de cardiodesfibriladores, que muestran que de 456 casos 123 (27%) eran de etiología chagásica, que en el segundo semestre de 2004 se colocaron 41 marcapasos en los hospitales del GCBA y que se efectuaron dos trasplantes cardíacos por Chagas, serían indicadores de la relevancia de esta parasitosis.

La enfermedad seroprevaliente en los bancos de sangre de los hospitales del GCBA es la de Chagas, que alcanza el 2,5%, superando a la hepatitis y el HIV.

En el segundo semestre de 2004, en estos hospitales se detectaron 3.134 pacientes, el 43% con patología y el 57% en período indeterminado.

Las patologías más frecuentes fueron arritmias, insuficiencia cardíaca, trastornos digestivos y neurológicos.

En cuanto a las embarazadas, entre el 6% y el 10% del total (varía según el centro) tenían serología positiva para Chagas (una de cada 30 embarazadas). Hubo 25 casos de Chagas congénito, detectados y tratados. (8)

Por si estas circunstancias fueran pocas, debemos mencionar y destacar otras que señalan algunos puntos importantes pendientes en esta nosología: la eficacia del tratamiento parasiticida, beneficioso en el período agudo, hasta hoy permanece sin validar como para que exista consenso en el tratamiento del período indeterminado y del enfermo crónico, la falta temporal de medicación en la actualidad en el país, el déficit de diagnóstico de los casos agudos vectoriales, el aumento de casos agudos congénitos y la persistencia de la vigencia de la ley 22.360 y la resolución 43/97 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo que obliga a efectuar reacciones serológicas en el ingreso laboral y que, en caso de ser positivas, facilitan la discriminación del portador. Un informe reciente del Banco Mundial señala a la enfermedad de Chagas como la cuarta causa de pérdida económica debida a la morbilidad cuando se mide en años de vida perdidos por discapacidad (AVADS).

Finalmente, cabe agregar que existe poca conciencia en la sociedad sobre la enfermedad, muchos no creen en su existencia y otros suponen que se encuentra controlada en forma definitiva. En muchos miembros de la comunidad médica se ha insta-

lado la creencia en la imposibilidad de obtener resultados y en la inviabilidad de ocuparse del problema, todo lo cual motiva la falta de su pesquisa médica en forma cotidiana a través de la serología. En una encuesta reciente realizada por el grupo de Chagas de la Fundación Cardiológica Argentina durante el XXXI Congreso Argentino de Cardiología se evidenció el desconocimiento mayoritario de los participantes sobre esta nosología.

Los miembros del Consejo consideramos que la *atención del paciente chagásico* debe incluirse junto con las campañas contra el vector, el control de bancos de sangre y de la madre embarazada *como una intervención necesaria para controlar la enfermedad*.

Deseamos convocar al compromiso activo de los médicos cardiólogos en el diagnóstico de la miocardiopatía chagásica, en la participación en estudios de investigación, en el estudio de marcadores de evolución del período indeterminado hacia la cardiopatía y en la búsqueda de nuevas drogas eficaces y no tóxicas.

No escapa a nuestro criterio que los avances tecnológicos son imprescindibles, si van acompañados de los correspondientes avances sociales. La colocación de un cardiodesfibrilador evita la muerte súbita, pero no garantiza que el enfermo viva en una casa digna.

El control adecuado de la enfermedad sólo será efectivo con la participación de la población en riesgo. Si bien es cierto que se necesitan políticas abarcativas de salud, económicas, de desarrollo y educativas para cambiar el mapa del Chagas, no es menos cierto que las actividades que podamos emprender entre todos son el comienzo esperanzador para el control y la derrota definitiva de la enfermedad.

La comunidad médica tiene la obligación de denunciar y establecer su posición ante la sociedad independientemente de las políticas en vigencia.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Moncayo A. Chagas disease- a disease whose days are numbered. *Heart Beat* 1997;1:1-2.
2. Moncayo A. Detención de la transmisión de la enfermedad de Chagas en Latinoamérica. *Heart Beat* 2000;1:3.
3. OPS-OMS. Iniciativa de Salud del Cono Sur (INCOSUR) 2002;6:13.
4. Lazdins JK. Creación de las condiciones necesarias para promover el descubrimiento y desarrollo de productos para el tratamiento de la enfermedad de Chagas. Interacción entre organizaciones públicas y privadas. Programa especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales. TDR.
5. González Zuelgaray J. Arritmias ventriculares en la enfermedad de Chagas. *Rev Col Arg Cardiol* 2001;5:14.
6. Consenso de Enfermedad de Chagas. Consejo de Enfermedad de Chagas y Miocardiopatías Infecciosas "Dr. Salvador Mazza" (SAC). *Rev Argent Cardiol* 2002;70:1-87.
7. Consejo de Enfermedad de Chagas y Miocardiopatías Infecciosas Dr. Salvador Mazza. Jornadas de actualización de la clasificación clínica de la enfermedad de Chagas. *Rev Col Argent Cardiol* 1998;3:26-7.
8. Estadísticas. Coordinación Redes de Salud. GCBA.
9. Chuit R. La enfermedad de Chagas en el siglo XXI, 1º Congreso virtual de Cardiología 1999;1-6.
10. Garillo R. El tratamiento eléctrico en las alteraciones cardíacas crónicas de la enfermedad de Chagas. *Rev Confed Med RA* 2004;10-2.