

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO Y FISIOPATOLÓGICO DE La ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA

Dr. Enrique Manzullo

Dr. H. Romero Villanueva

Las herramientas de la cardiología de hoy, son aptas para tratar la cardiopatía chagásica. Sin embargo existen otros aspectos que deseo poner en consideración para concluir efectuando una propuesta.

Comencemos señalando que para realizar un tratamiento es imprescindible precederlo de un diagnóstico de infección y de enfermedad.

Cuanto mas temprano mejor, pero excepto en bancos de sangre no hay screening de Chagas en población. La OMS estima en 25.000.000 los infectados en América. Este es un dato aproximado por muestreo, que debiera trasladarse a la práctica en la búsqueda de infectados y enfermos. Hoy no ocurre y llega el paciente diagnosticado en bancos de sangre, en un estudio casual o ya sintomático. Por supuesto entre los que no llegan a la consulta están muchos de los que fallecerán tempranamente por muerte súbita (M.S.). Como señaló el colega brasilero Edison Rei López: ¿M.S. prevista o imprevista?. Hemos publicado en nuestro estudio longitudinal que es muy infrecuente la M.S. con ECG. Normal. Por lo tanto numerosas muertes súbitas se podrían evitar con diagnósticos tempranos de aquellas cardiopatías chagásicas que solemos denominar arritmogénicas. Los médicos sentimos rechazo por la evaluación económica de la vida, pero no deja de ser una forma de medición; la mayoría de los autores coincidimos que estas muertes se producen entre 35 y 45 años de edad y siendo la edad jubilatoria de 60 ó 65 años según sexo, es fácil comprender, que cada individuo fallecido significa, la pérdida de 20 PBI per capita. El valor numérico varía y depende de cada país. Para la Argentina de 2003 fue 2093 u\$s per cápita. En la reunión de CRILAR en Anillaco (Argentina) se estimó 2200000 personas infectadas en Argentina de los cuales 600000 padecen cardiopatía. La mortalidad por toda causa de los Enfermos de Chagas es el 50% mayor a la población general por igual rango de edad predominando en las edades señaladas. Esto significa una quebranto de 57240 u\$s por la pérdidas de los 20 años de los PBI por cada persona fallecida.

Como primera conclusión: existe marcado sub-diagnóstico en la denominada “mayor endemia de Latinoamérica”. El costo en vidas, derechos humanos, y grave perjuicio económico no es conocido ó tenido en cuenta por las autoridades a la hora de definir un proyecto de alcance continental para combatir esta enfermedad. La pregunta es ¿por qué? Tal vez los que sabemos, no hemos puesto el énfasis, la fuerza, e incluso la presión necesaria en los políticos que toman decisiones.

Llegando los pacientes por los mecanismos señalados a la consulta se requiere un diagnóstico: megavíceras, neuropatías y lo mas riesgoso: la cardiopatía.

Quiero resaltar que es imprescindible tomar al individuo paciente integralmente y saber de antemano que puede padecer otras dolencias comunes o atribuibles a la zona endémica donde habita o habitó. Recientemente un trabajo realizado por El Instituto de Medicina Regional de la Universidad Nacional del Noreste (UNNE),

señala que habitantes de comunidades aborígenes guaraníes presentan un 60% de Chagas y además tuberculosis, desnutrición, venéreas).

De inmediato recordé un trabajo sobre los mismos aborígenes que realizamos con Martino hace 27 años: hallamos tres enfermedades promedio por persona. Si entre ellas se contaba Chagas, el 92% tenía ECG patológico. Si no padecían Tripanosomiasis americana, el 52% tenía trastornos ECG de similares características.

Varias de esas enfermedades tienen tratamiento y mejoran el pronóstico de Chagas indudablemente. ¿se estudian los pacientes teniendo en cuenta otras posibles afecciones propias de la zona o la situación socio económica?. Observando estos dos trabajos realizados con nada menos que 27 años de diferencia la respuesta es no. Falta la educación de enfermedades endémicas en nuestros médicos.

La metodología de diagnóstico cardiológico requiere estudio clínico, radiográfico y electrocardiográfico. Con estos simples elementos dividimos a los pacientes en dos grandes grupos. Uno que no tiene alteraciones con los estudios mencionados y requieren control anual sin tratamiento. El otro grupo presenta patologías que requieren estudios de mayor costo y complejidad: ecocardiograma, Monitoreo ambulatorio de 24 Hs., Ergometría, cámara gamma, electrofisiología, etc. De estos estudios surgen las terapéuticas cardiológicas. Los mas utilizados son los antiarrítmicos y entre ellos la amiodarona (0.75\$ por comprimido) suelen utilizar 400 mg por día. Significa 30.74\$ por mes. (10 u\$s). Existen otros numerosos antiarrítmicos cuyos costos son similares. En el 0.5% según nuestra experiencia y en el 1.5% según otros autores, los trastornos de conducción y arritmias requieren la colocación de marcapasos (M.P.).

MARCAPASOS

Dr. H. Romero Villanueva

También tenemos en el arsenal médico una variedad de M.P. que pueden cubrir la mayoría de las necesidades. Conviene recordar que para el Dr. Romero Villanueva responsable del tema en el Instituto de de Servicios Sociales para jubilados y Pensionados de Arg. (autoriza la colocación de la mayor cantidad de M.P). las edades de primo implante corresponde el 43% a menores de 60 años en Chagas y en no chagásicos solo el 2.3% Sus costos varían de 2000 u\$s a 20000 u\$s c/u.

IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVOS

Comparación 1980/82 y 1995 por etiología chagásica y otras.

Periodo	Nº Total	% Chagas	Edad media	
			Otros	Chagas
Años: 1980/82	5532	4.8	71.2	56.6
Año: 1995	5874	5.7	75.6	62.2

Dr. Horado Romero Villanueva

Prevalencia por rango de edad y sexo de primoimplantes de marcapasos en 5874 pacientes con Chagas y otras causas

EIDADES	CHAGAS (3246)		OTROS (2628)	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
31-60	42.85%	38.09%	2.30%	3.13%
61-100	57.15%	61.91%	97.70%	96.69%

Se señala las edades más tempranas de primoimplante de M.P. en Chagas con respecto a otras patologías.

Dr. Horacio Romero Villanueva

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN PRIMOIMPLANTE DE M.P. EN CHAGAS Y OTROS.

5874 PACIENTES

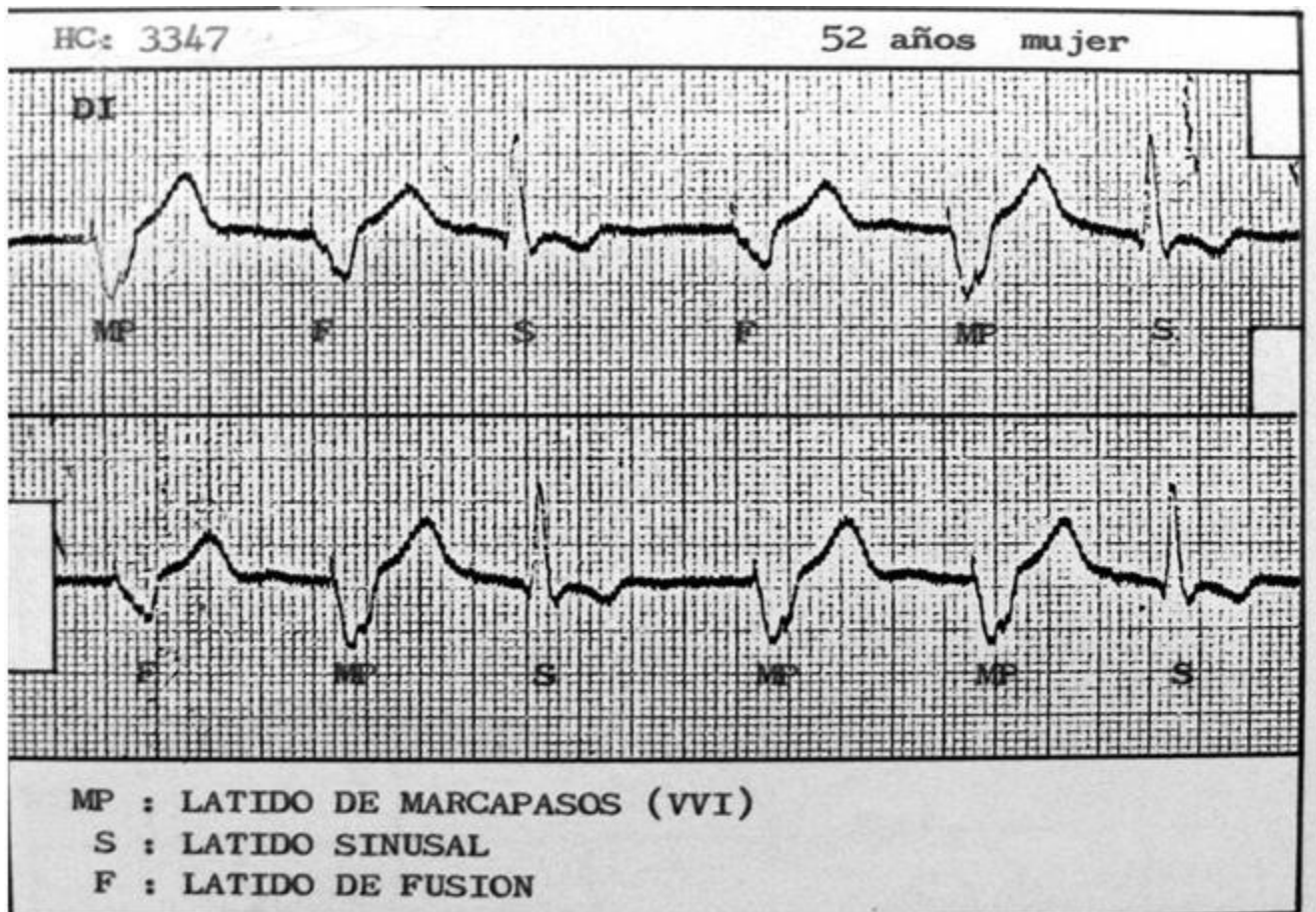
ECG	CHAGASICOS	OTROS
BAVC	43.0	46.5
BAV 2ºGR	9.8	13.2
OTROS BLOQ.A-V	8.9	8.3
ENF.NOD.SINUSAL	28.9	17.4
ALETEO O FLUTTER		
AURIC. CON BAJA		
RESP.VENTRIC	8.9	13.3
OTROS	0.5	1.3

INSSJP

Dr Horacio Romero Villanueva

COMPARACIÓN ECG Y M.P ARGENTINA Y BRASIL

ECG	ARGENTINA (5874)	BRASIL (6507)
BAV COMPL.	43.0	59.6
BAV 2ºGR	9.8	1.5
OTROS BLOQ.A-V	8.9	6.6
ENF.NOD.SINUSAL	28.9	14.5
ALETEO AURIC. CON BAJA RESP.VENTRIC	8.9	7.0
OTROS	0.5	0.8



Insuficiencia Cardíaca

Dr. E. Manzullo

En cuanto a la insuficiencia cardíaca también disponemos de las terapéuticas utilizadas en las cardiopatías de cualquier otro origen.

Del mismo modo contamos con la posibilidad cierta del trasplante cardíaco como lo demuestran los trabajos de Bocchi y Perrone. Con un costo mínimo de aproximadamente 7000 U\$S c/u.

Médicamente me inspira una gran esperanza los implantes de célula madre de médula ósea en miocardio realizadas por Ricardo Ribeiro dos Santos en Brasil y Jorge Trainini en Argentina. Su accesibilidad, bajo costo y posible repetición, lo hacen especialmente adecuado en ciertos grados de cardiopatías hágicas. Además está señalar que no es efectiva la terapéutica parasitocida en estos estadios de la enfermedad. Técnicamente en cuanto al tratamiento sintomático y fisiopatológico cardíaco estamos en el mismo nivel de cualquier otra afección cardíaca.

Resalto la palabra técnica, porque existen otros conceptos en los que debo poner énfasis. Cualquier terapéutica debe tener *existencia real*, quiero decir estar disponible para quien lo necesita, cuando lo necesita, en donde se encuentre el paciente. Ramón Carrillo sostenía en 1950 “*De nada valen los progresos de la Medicina si no pueden llegar a la totalidad de los que lo necesitan*”

Sobre esto mencionaré unos pocos datos: Argentina : 38.5% de la población es pobre (solo puede cubrir alimentos básicos) 15.6% indigencia (no cubre alimentos) El 20% mas rico recibe el 52.4% de la riqueza; el 40% de la población el 12%. Muchnik, el recopilador de estos datos oficiales se pregunta: ¿Qué quedó de la teoría del derrame? La masa salarial del PBI bajó de 40.14 en 1993 a 23.87 en 2004.

En mi opinión el que tiene el vaso, cuando observa que se llena y se puede derramar riqueza y poder, lo cambia por otro vaso más grande y sigue acumulando.

El diagnóstico realizado en el último informe del Banco Mundial, sobre igualdad y desarrollo señala que hace años que la economía brasileña no luce tan saludable como en estos momentos. El informe dice también que el gobierno de Lula da Silva se ha movido en la dirección correcta, "pero todavía hay un largo camino a recorrer en términos de usar el poder distributivo del Estado para realmente ofrecer oportunidades a los pobres". El informe subraya que la equidad y la prosperidad van juntas.

En Chile Michele Bachelet señaló que la pobreza bajó del 40% al 18% pero aun se mantiene una gran desigualdad, que solo pueden mejorar con mas educación y mejor salud.

Creo que estos ejemplos son válidos para los países de la región.

Si recordamos que buena parte de la población latinoamericana vive con 2 u\$s diarios, los precios de los medicamentos necesarios que mencione, tienen existencia médica pero no resultan accesibles a los pacientes chagásicos. Por ello en la práctica los podemos definir como de *inexistencia real*.

Por supuesto hay lugares que con gran esfuerzo se aproximan a cubrir las demandas cardiológicas en Chagas. Pero no hay un proyecto integral.

Para resolver esto se requiere una triple intervención: El Estado, La industria Farmacéutica, y las sociedades civiles como lo señala Emilia Herranz.(Médicos sin Fronteras).

Algunas cosas se comienzan a hacer: la producción de genéricos (que deben ser de buena calidad). El proyecto Brasil - Argentina de producirlos, También el proyecto del Instituto Nacional de Cardiología de Larangeiras para avanzar en la investigación de implantes de células madres que según informa su Directora Regina María Xavier de los 4.000.000 de brasileños que sufren cardiopatías graves 200.000 podrían beneficiarse con esta técnica. Señala que se gastan 14.2 millones de dólares por mes en estos cardiópatas.

Concluyo señalando algunos tópicos: Para realizar las terapéuticas cardiológicas que disponemos, requerimos:

1°- identificar a los infectados por Chagas para evaluarlos con métodos accesibles y así disminuir las muertes súbitas, tratarlos tempranamente con los medicamentos y técnicas adecuadas para disminuir las muertes por arritmias e insuficiencia cardiaca.

2°- Educación médica: El tema Chagas y en general las enfermedades endémicas son poco estudiadas en las carreras de medicina. Esto lo constatamos en el Programa de Perfeccionamiento de postgrado que dirigiera la Dra. Alderete. El 70% de los médicos de numerosas Universidades había recibido una sola clase de Chagas en su carrera.

3°- Planes educacionales poblacionales que lleven a las personas a los chequeos en salud. Es imprescindible utilizar como pilar la educación.

4°- Realizar estudios poblacionales en edad juvenil.

5°- Convenir con la Industria farmacéutica el abaratamiento de las terapéuticas.

6°- Incentivar el trabajo mancomunado entre investigadores y clínicos cardiólogos a fin de fomentar investigaciones sobre marcadores de pronóstico Y terapéuticas de la enfermedad.

Lo expresado ha tenido forma de declaraciones como la de Río de Janeiro de 1975, Ratificada en la Moción de Bs. As. en 1995. También se han realizado Normas como la del CRILAR en La Rioja en 2004. En todas ellas estuvimos muchos de los autores de este Manual. No tenemos discrepancias, sabemos que hay que hacer y no quisiera que este capítulo termine en otra declaración, moción, norma o guía terapéutica. No por carecer de importancia sino porque debemos avanzar más en concreciones. Como dijo el secretario de Estado de EE.UU. Roger Noriega refiriéndose a la pobreza:

“no se trata de escribir poemas sobre la pobreza sino que escribamos un plan de acción para eliminarla”.