

EL BENEFIT Y LOS NUEVOS ASPECTOS SOCIALES EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS - 8/9/2015

**SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD MÉDICO-
CARDIOLÓGICA**

Dr. Jorge Yanovsky (QEPD)

La enfermedad de Chagas ha dejado de ser una patología de los pobres para transformarse en un grave problema de salud de un 4 A 5% de la comunidad nacional. Esta dejó su radicación original, en el ámbito rural disperso, y pasó a ser parte de los asalariados, que migraciones mediante, lograron asentarse en los ámbitos urbanos gregarizándose en torno a los focos de crecimiento industrial y de servicios.

Los segmentos de la nueva estratificación social de los argentinos, tienen cuando detentan un trabajo formal, un ingreso promedio que supera el que se ha fijado como línea de pobreza para un grupo familiar.

Las familias de trabajadores del sector privado de las áreas de mayor desarrollo relativo pertenecen a lo que se considera como nueva clase media y se encuentran incluidos entre los 18.000.000 de individuos cubiertos por el sistema nacional de seguro de salud. En el sector público, en la misma situación se ubican 6.000.000 de individuos. Los sujetos relacionados directamente con la actividad laboral se encuentran además cubiertos por un seguro para riesgos y accidentes de trabajo.

Las circunstancias que mencionamos anteriormente permitirían modificar, en términos médicos, la tendencia que procura reducir el control evolutivo de la enfermedad de Chagas (pasajes de infectados sin patología a infectados con patología), a una medicación parasiticida cuya eficacia para impedir la enfermedad se encuentra en discusión.

Se debe entender como obvio que la enfermedad se instala en sujetos que han sufrido una infección por *T. cruzi*, no está presente en los sujetos que nunca se infectaron con este parásito. Ahora bien, no está demostrado, que los individuos que han estado parasitados y presuntamente dejaron de estarlo, por efecto de los parasiticidas, eviten ver agravada su cardiopatía una vez que esta se ha insinuado. En algunos seguimientos longitudinales, como en el estudio BENEFIT (1), esta es la principal conclusión. En las recientes publicaciones sobre 60 casos agudos que oportunamente (precozmente) y adecuadamente recibieron tratamiento con Beznidazol, el fracaso terapéutico con un monitoreo de 15 años, fue del 78%. En este caso el control parasitológico se hizo no solo en sangre sino también por presunción del tejido gingival (2-3).

Cabe admitir que el aspecto principal del acompañamiento médico al sujeto infectado/enfermo sería prolongar su vida y mejorar su calidad de vida.

Habida cuenta la existencia de evidencias que afianzan hipótesis etiopatogénicas múltiples en la instalación de la patología cardíaca, independientemente de la persistencia del parasitismo, se torna imprescindible abordar el acompañamiento de los pacientes chagásicos principalmente por su vulnerabilidad cardíaca mucho más que por la parasitosis.

Entendemos que un abordaje como el que proponemos introduce una novedad coincidente con el consenso de 2010 de la Federación Argentina de Cardiología en cuanto define para los pacientes portadores del tripanosoma cruzi dos distintas entidades. Se trata de los que presentan patología demostrada y aquellos otros en los que la patología no se verifica. Para eso propone estudiar con diferentes procedimientos las más diversas manifestaciones clínicas (disautonomía, trastornos microcirculatorios con defectos de flujo coronario con apremios y en reposo, procesos inflamatorios junto con disfunción endotelial, lesiones por la propia agresividad parasitaria, etc., etc.).

El acompañamiento esmerado y minucioso de los portadores de la tripanosomiasis, con las pautas del consenso, para alertar sobre el pasaje de una entidad sin patología demostrada a otras con patología demostrada es la más valorable herramienta para verificar con precocidad clínica antes que biológico/parasitológica, la obtención de cura o de prolongación del período fidedignamente no patológico. Las med

Juan Carlos Manzardo, [16.04.18 23:24]

iciones clínicas permitirán desarrollar tratamientos novedosos para modificar la evolutividad de los cuadros. Esto es válido para todo tipo de protocolo terapéutico incluido los parasitológicos. En este sentido consideramos ejemplificador el propuesto por el grupo de Marín Neto (Ribeirão Preto, Sao Paulo, Brasil) en relación a los defectos de flujo coronario en el segmento microcirculatorio(4).

Puesto en el escenario el criterio clínico-cardiológico para acompañar la evolutividad de los afectados, cabe preguntarse si existen los recursos para atender con la aplicación de las pautas del consenso a los que padecen la tripanosomiasis. Es en este aspecto que alcanza sustantiva relevancia la ubicación de los afectados en la categoría de asalariados formales.

En efecto en el país existen unos 11.000.000 de empleados en el sector privado, el 60% de los cuales está registrado y en el sector público hay unos 3.000.000 de empleados con un 80% registrados. Estamos indicado que hay 9.000.000 de empleados que aportan (entre patronal y trabajadores) el equivalente a un salario mensual /anual a su seguridad en cobertura de salud y entre 0,5 y 0,7% de un salario mensual/anual a riesgo de trabajo (aporte patronal o gubernamental exclusivo).

Si estimamos el número de sujetos infectados en la población general en el 4%, los individuos en edad laboral estarán en aproximadamente el 5%. Estamos significando con esto que en el mundo del trabajo existen 450.000 operarios formales infectados y por ellos se genera una caja anual de U\$S 300.000.000 (trescientos millones de dólares) para la cobertura de salud) y de U\$S 200.000.000 (doscientos millones de dólares) para cubrir los riesgos de trabajo.

Es absolutamente posible generar un sistema económico y financieramente sólido que permitiría dar atención cardiológica esmerada a los 450.000 afectados por el T. cruzi con uno o dos exámenes anuales, según sean con o sin patología demostrada, aplicando íntegro el consenso de 2010 de la Federación y la Sociedad Argentina de Cardiología. Admitiendo un costo por paciente (conforme los nomencladores) del orden promedio de los 300 dólares anuales, sería más que suficiente, con tan

solo los aportes a las ART para cubrir la atención. Se requeriría 135.000.000 de dólares para un examen anual a todos los infectados y adicionalmente 40.500.000 de dólares para un segundo examen anual a los 135.000 afectados con patología demostrada.

Los alcances de la Ley de Riesgos de Trabajo permiten asegurar que el caso de Chagas queda perfectamente incluíble (no como enfermedad profesional) como riesgo laboral. Entre los 450.000 infectados podemos estimar que un 30% tendría patología demostrable y entre estos está bien documentada la incidencia de la muerte súbita o de cuadros de pérdida de conciencia por alteraciones en el ritmo cardiaco.

Rassi en sus trabajos sobre proyecciones de riesgo de muerte (NEJM 2006, 355:799-808)(5) nos señala que entre los sujetos infectados y con patología se puede estimar que el 60%, con bajas manifestaciones morirá el 10% en 10 años, del 18% con manifestaciones intermedias morirá el 44% en 10 años y los 18% restantes con manifestaciones severas morirá el 84% en 10 años. De todos ellos el 62% morirá súbitamente. Obsérvese que en el 60% con muy pocas manifestaciones, el 10% morirá en 10 años y el 62% lo hará en forma súbita. Esto implica que si consideramos 450.000 trabajadores parasitados un 30% tiene patología demostrable, habrá 1.350 muertes anuales súbitas que podrán dar lugar a complejos y extendidos accidentes de trabajo.

Este hecho amerita la aplicación de todas las pautas del consenso para anticiparse en todos los infectados al disparo de situaciones promotoras de accidentes prevenibles. Las ART están obligadas a cumplir con este objetivo.

Referencias

1. C.A.Morillo, J.A.Marin-Neto; A.Avezum; S.Sosa-Estani; A.Rassi,Jr.; F.Rosas; E.Villena; R.Quiroz; R.Bonilla; C.Britto; F.Guhl; E.Velazquez; L.Bonilla; B.Meeks; P.Rao-Melacini; J.Pogue; A.Mattos; J.Lazdins; A.Rassi; S.J.Connolly; S.Yusuf – Randomized trial of Benznidazole for chronic Chagas´cardiomyopathy . The New England Journal of Medicine 2015:1-12.
2. N.Añez; G.Crisante; A.Rojas; S.Araujo; A.Liuzza; J.Mesa; H.Parada – A follow-up study of Chagasic patients with special reference to Trypanosoma cruzi persistence and criteria of Chagas disease cure -. International Journal of Clinical Medicine Research 2015:2(3):20-29.
3. N.Añez; G.Crisante; S.Araujo; M Añez; A.Rojas; H.Parada - Detection and significance of Trypanosoma cruzi persistence in inflamed gingival foci in Chagas disease – International Journal of Clinical Medicine Research – 2015: 2(2):8-13
4. L.G. dos Reis Macedo; D.Conterno Lemos; I Matos Lago; G.L.de Figueiredo; M.de Oliveira Lima Filho; A.Schmidt; M.V.Simoes; B.C.Maciel; J.A.Marin-Neto - Base racional e plano de estudo prospectivo para avaliar o efeito de terapeutica antiplaquetária e vasodilatadora microcirculatoria em pacientes com cardiopatía Chagásica crónica e distúrbios microvasculares coronários – Rev.Bras.Cardiol Invasiva – 2012:20(1): 82-8.
5. A.Rassi Jr.;A.Rassi; W.C.Little;S.S.Xavier; S.G.Rassi; A.G.Rassi; G.G.Rassi; A.Hassloher-Moreno; A.S.Sousa; M.I.Scanavacca – Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas´ disease – N.Engl.J Med 2006: 355:799-808.

Dr. Jorge Yanovsky