

Fundamentos Biomédicos, Terapéuticos y Económicos de la propuesta de la Asociación Carlos Chagas para una Vigilancia Médica Activa de la Cardiopatía Chagásica - 2014

En la conceptualización clínica de la enfermedad de Chagas adquirió dominancia una afirmación axiomática que ha atribuido todo los daños cardíacos, del sujeto afectado, a la persistencia del parasitismo. Esto si bien desde un punto de vista lógico pareciera consistente, **tan solo es una presunción**. Existen evidencias de la instalación de mecanismos que podrían persistir aún eliminado el parasitismo. Ejemplo de ello son los antireceptores a neurotransmisores que inciden en las manifestaciones disautonómicas, las que a su vez se encuentran involucradas en la resistencia vascular periférica y en los defectos microcirculatorios coronarios presentes en la enfermedad. Así planteado el tema es insoslayable debatir y resolver las cuestiones inherentes a las efectividades terapéuticas, cualquiera fuera la droga parasiticida ú otras que se empleare. Esto debe entenderse como la necesidad de establecer criterios de **efecto clínico** positivo de toda medicación que se promueva para el tratamiento del paciente portador de T.cruzi.

En los años 70 un esmerado trabajo del Instituto Fatale Chaben con la Empresa Bayer demostró , aplicando la tecnología del xenodiagnóstico, que numerosos pacientes tratados negativizaban persistentemente su parasitemia, aún cuando muy esporádicamente podían tener una reactivación (xeno positivo). Las opiniones de expertos en Tripanosomiasis como el destacado científico Brasileiro Zigman Brener rechazaban enfáticamente la posibilidad de hablar de éxito terapéutico toda vez que interpretaban que la evidencia de un solo parásito resultaba absolutamente contradictoria con la curación. En otras palabras la enfermedad dependía totalmente de la persistencia del parasitismo.

Al presente se insinúan opiniones de corte opuesto. Otros especialistas ó aquellos que pensaban como Brener en el pasado y que sin evidencias nuevas piensan hoy diferente, sostienen que **se puede** admitir como parte de la curación, la disminución de la carga parasitaria. Esto, habida cuenta que se podría cuantificar mediante técnicas moleculares la masa de parásitos remanentes luego de una acción parasiticida.

En lo esencial tanto una como otra postura **no dejan de ser más que opiniones** dado que no existe **ninguna evidencia** que la masa de parásitos presentes en el afectado sea inexorablemente el determinante de los daños, en la **esfera cardiocirculatoria**. Sin embargo, amén de ser estos deterioros los más severos en la evolución de los pacientes, su evaluación esmerada no está siendo promovida para conocer los efectos clínico terapéuticos de las acciones parasiticidas.

Resulta imprescindible que la verificación de efectividad, de cualquier terapia que se proponga para la tripanosomiasis, lo sea mediante la demostración de su aptitud para abortar, contener ó demorar la aparición de **signos precoces** de afectación cardíaca, solo así sabremos que estamos transitando un camino serio en la atención médica y no un **camino de supuestos que los ponen a la par del curanderismo**.

En términos de atención médica lo anterior supone que detectado un paciente infectado el mismo será acompañado por una intensiva asistencia clínico cardiológica. Si el afectado fuera tratado, en su monitoreo, el detectar y medir expresiones clínicas cardíacas es a todas luces más significativo y determinante que cuantificar la masa de parásitos.

Con esta conducta médica se logra, simultáneamente, una atención esmerada de significativas implicancias en la contención emocional del sujeto enfermo.

Los defectos funcionales y de irrigación cardíaca también ameritan, que más allá del tratamiento parasiticida se instalen terapéuticas que estén dirigidas específicamente a su corrección, en la misma dirección que son empleadas en otras situaciones inflamatorias, isquémicas ó fisiopatológicas del músculo cardíaco.

Se podrá sostener que un seguimiento clínico cardiológico con los estudios complementarios que vamos a enumerar a continuación, con su correlato a valor por prestación, es inviable económicamente en términos universales por la existencia de un 5% de la población infectada (aproximadamente 2.000.000 de parasitados).

En el caso de República Argentina aquella presunción es calificable de absolutamente falsa, toda vez que en nuestro país existe un sistema de cobertura médico social a la que cada trabajador en convergencia con su patronal aporta aproximadamente un salario mensual/año. Esto en términos promedios significa 8000 \$ anuales. Existen 10.000.000 de trabajadores informados a la ANSES, con una prevalencia de chagásicos del 5%. El conjunto de éstos infectados y sus patronales aportan una suma equivalente a \$4.000.000.000/año (cuatro mil millones de pesos/años) ó sea aproximadamente 475.000.000 de dólares/año.

Por otra parte las patronales de estos mismos afectados aportan también en promedio al sistema de Aseguradoras de Riesgo de Trabajo un salario mensual por año para cada trabajador. En estas condiciones con las mismas estimaciones debe admitirse que por los afectados con T.cruzi se contribuye con 4.000.000.000 pesos/ año ó sea 475.000.000 de dólares/año.

El volumen de aportes asociados a trabajadores chagásicos que no se emplea para atender cardiológicamente a los chagásicos es de 8.000.000.000 (ocho mil millones de pesos) ó 950.000.000 de dólares año. (1)

Estimando en 200/250 dólares el estudio clínico cardiológico complementario de cada paciente, la masa de recursos originados en los trabajadores infectados alcanzaría para estudiar por año dos veces a 4.500.000 de afectados. Esto representa más de dos veces la cantidad de parasitados que se admite que existen en el país.

Estudios complementarios propuestos para una atención cardiológica esmerada y sus valores por lo nomencladores específicos.

Consulta: 70 pesos

ECG: 42 pesos

PEG: 105 pesos

Holter: 479 pesos

EcoDoppler: 363 pesos

EcoStress: 745 pesos para reserva coronaria ó alternativamente

Perfusión cardíaca: 1250 pesos para flujo coronario en reposo y stress

Está claro que al presente se ha obviado e inclusive desmerecido un acompañamiento clínico cardiológico prolijo como el más arriba enunciado. Se ha sostenido (guía de la sociedad brasilera para el seguimiento de los infectados con T.cruzi en América Latina) que el buen pronóstico evolutivo de los chagásicos con ECG normal no amerita profundizar su performance cardíaca.

Entre las razones por las cuales se niega una acción clínico cardiológica preventiva de Chagas, especialmente con los nuevos hallazgos sobre defectos de flujo coronario ó disminución manifiesta de la reserva coronaria por alteraciones en la microcirculación, está dado por el costo económico gubernamental que tendría en Brasil, una propuesta como la de nuestra Asociación, similar a la de la FAC y SAC con sus respectivos consensos. Ciertamente en Brasil no existe un sistema de seguridad social como el argentino. Estos hechos no son óbice para desconocer que pretender validar la efectividad de una terapia cuantificando el parasitismo y aguardando casi como acto de fe una buena evolución clínica no es hacer medicina, en el mejor de los casos podríamos decir que es hacer otra cosa.

Asociación Carlos Chagas

Buenos Aires, 2 de septiembre de 2014

(1) El Sector Patronal aporta el ochenta y tres por ciento (83%) del valor total. El diecisiete por ciento (17%) restante es aportado por Los Trabajadores.