

**LA ENFERMEDAD DE CHAGAS, EL RIESGO LABORAL Y LA
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL - 2016**

Dr. Jorge Yanovsky (QEPD)

Pocos años después de su descubrimiento, Carlos Chagas describió la presencia, en los infectados con el *Tripanosoma cruzi*, de una signología clínica propia de los desajustes en el sistema nervioso autónomo, comúnmente descrito en el presente como síndrome disautonómico.

El equilibrio entre el sistema neurovegetativo simpático y el sistema neuro-vegetativo parasimpático es esencial para un adecuado desempeño de todos los funcionamientos orgánicos. El corazón es posiblemente el más susceptible a las expresiones sobredimensionadas o sub-dimensionadas de uno de los dos sistemas autonómicos.

La disautonomía promueve con relativa facilidad irregularidades en la respuesta del ritmo cardiaco a las exigencias de demanda de bombeo en actividad y en reposo.

La disautonomía promueve trastornos de repolarización de los miocardiocitos y ello se acompaña de obstrucciones en el avance del vector eléctrico con promoción de ondas reintrantes que generan focos ectópicos de contracción, arritmias y eventualmente fibrilación cardiaca y muerte.

La disautonomía facilita espasmos vasculares con retardo en el flujo sanguíneo y propende a la agregación plaquetaria, formación de trombos y obstrucción en la microcirculación coronaria.

Son muchas las implicancias del aumento de la actividad directa de uno de los dos sistemas, o de su sobreexpresión relativa por defecto del antagonista.

Muchísimos trabajos científicos dan cuenta que en la enfermedad de Chagas existe una comprobada disautonomía a favor de dominio simpático con una depresión parasimpática. Esto es debido a la presencia de anticuerpos contra los receptores a neurotransmisores de tipo muscarínicos. Estos anticuerpos contra el receptor muscarínico M2 (AC M2), expresión del segundo loop de la molécula blanco del neurotransmisor acetilcolina, lo activa como el propio agonista y luego induce la destrucción de la célula parasimpática que lo expresa. De esta forma una respuesta mimética que siendo contra el parásito, reacciona igualmente contra una estructura vital en la regulación funcional del huésped, despoblándolo de sus efectores. A ello se le suma que siendo el anticuerpo una molécula funcional que actúa como si fuese el agonista acetilcolina, al no encontrar receptores M2 es capaz de unirse a receptores nicotínicos promoviendo la liberación de noradrenalina. De esta forma va reforzando en las inmediaciones de su liberación (ventrículos principalmente) el efecto adrenérgico del dominio simpático. Las consecuencias más inmediatas son el espasmo de la red microcirculatoria de las coronarias, con la consecuente alternación en la

repolarización y la instalación de asincronías en la motilidad cardiaca, cuyo punto final puede ser la fibrilación y la muerte.

Desde siempre se conoce que la forma clínica más frecuente de deceso de los infectados con T.cruzi es el de la llamada **“muerte súbita”**. Se describe a esta como la muerte que ocurre dentro de la hora de iniciados síntomas diversos que acompañan a la descompensación cardiaca. La muerte súbita puede también describirse como una **“muerte ignorada”**, y se encuentra significativamente asociada al síndrome disautonómico.

La muerte súbita es un fenómeno que viene preocupando crecientemente a la cardiología mundial, habida cuenta que individuos aparentemente normales, muchas veces jóvenes deportistas, o intensamente activos, se desploman repentinamente presos de una fibrilación ventricular absolutamente inesperada. Sin una actuación inmediata para rehabilitar el ritmo cardiaco regular, el sujeto no logra superar espontáneamente la gravedad de la crisis y fallece. Se admite que estos desenlaces son más frecuentes en una sobreexpresión adrenérgica, aún como respuesta fisiológica a diferentes tipos de exigencias o apremios físicos (tensiones extremas, actividad física sobreexigida). Las condiciones para que se instale el fenómeno son muy difíciles de prever aún con evaluaciones electrofisiológicas minuciosas en sujetos con actividad cardiaca normal en pruebas de esfuerzo.

La situación es distinta cuando existen antecedentes de síndrome disautonómico tal como se presenta en la enfermedad de Chagas.

Introduciremos un breve paréntesis en la anterior descripción de **“La muerte súbita”** para referirnos a datos estadísticos recientes que solo pueden ser explicados por una enorme mortandad en la enfermedad de Chagas.

En 1990 la Organización Mundial de la Salud como consecuencia de una reunión de expertos internacionales en enfermedad de Chagas informó, a través de su boletín que se estimaba la existencia en las Américas de aproximadamente 18.000.000 de infectados por T.cruzi. En el 2007 la misma organización informó que el número de infectados al 2006 se estimaba en 7.800.000 y recientemente en el 2014 se transmitió, que el número de infectados en el continente, estimado por la OMS era de 5.700.000 individuos. Aun admitiendo que se hubiese podido controlar totalmente la instalación de nuevos casos, la desaparición en 25 años de 12.500.000 de infectados solo puede ser explicada por su desaparición física, habida cuenta la inexistencia de reportes médicos sobre cura espontánea. Estas cifras implican 500.000 muertes por año debidas a Chagas para una mortalidad total en América Latina del orden del 7 %o anual, es decir sobre 350.000.000 (promedio en los 25 años) de 2.500.000 de muertes por año. El Chagas habría sido conforme estos datos estadísticos responsable del 20% de las muertes anuales en América del Sur, Centro América y Méjico. Tamaña mortandad sin que haya impactado la sensibilidad social tiene como única explicación, **“Muertes ignoradas”** por su propia inexplicabilidad.

Frases típicas que caracterizan socialmente estos fatídicos eventos son por ejemplo **“Se murió de lo bien que estaba”**. **“Fui a buscarle algo para tomar y cuando volví ya había**

fallecido”. El paréntesis que hicimos en el abordaje de la muerte súbita en Chagas, fue como ya señalamos para asumir la magnitud y gravedad del desenlace que a la vez de imprevisible e ignorado, resulta de una falta extrema de detección de los afectados por el flagelo y de su acompañamiento clínico cardiológico activo y esmerado como prevención.

La Ley de Chagas, basada en un posicionamiento de los legisladores, más social que médico, asesorados con cierta premura política por científicos posiblemente culposos, fijó que los infectados sin manifestaciones clínicas que los diferencien, podían ser asimilados a un sujeto normal. En estas condiciones considera la ley que pueden realizar todo tipo de tareas y por lo tanto bajo ninguna condición podrían ser discriminados en la selección para ocupar un puesto laboral. Desde esa óptica la ley prohibió el examen preocupacional de la infección por *T. cruzi* que afecta a por lo menos el 5% de los sujetos en condiciones de ser económicamente activos. Es de interés conocer que en la Argentina el Programa Nacional de Chagas del Ministerio de Salud Pública de la Nación informaba en 1990 la existencia de 2.500.000/2.700.000 infectados en el país y recientemente se admitió que al presente solo existirían 1.500.000. La desaparición en 25 años de 1.000.000 de infectados nos habla de la muerte de 40.000 afectados anuales. Esta cifra representa el 12% de las muertes por todo tipo de causa que se denuncian en la Argentina.

Esta legislación con el sano propósito de evitar la discriminación y que como tal es válida y pertinente, no fue compensada por otro articulado que exigiera el estudio del sujeto una vez incorporado a la planta de trabajadores. El vacío generado en consecuencia ha puesto en situación de indefensión, tanto al individuo incorporado laboralmente, como a su contratante. Es una verdadera indefensión social genérica ante un mal que no resulta de una conducta individual irresponsable.

La ley a la que nos hemos referido, parte de un supuesto, que está siendo crecientemente negado por la evidencia que arrojan estudios más prolijos del llamado período indeterminado de la enfermedad. Este posicionamiento ha sido encausado, tanto por la Sociedad Argentina de Cardiología como la Federación Argentina de Cardiología que han asumido la modificación conceptual del período antes llamado indeterminado pasando a describirlo como período **sin manifestaciones clínicas, demostrables. Para consignarlo de esta forma** imponen un criterio de evaluación cardiológica más pormenorizado del infectado, haciendo especial énfasis en el riesgo de desequilibrios neuro-vegetativos. El ensayo analítico de anticuerpos antimuscarínicos con la realización de pruebas de Holter, ergometría, presurometría, ecocardiografía y de flujo coronárico en condiciones de reposo o de apremios (esfuerzo intenso, estímulos térmicos como inmersión de la mano en soluciones con hielo durante varios minutos), pueden poner de manifiesto signos disautonómicos y arritmias diversas, que condiciones menos apremiantes no las revelan.

Para comprender la importancia médica de la nueva forma de considerar y evaluar la fase de la tripanosomiasis (Enfermedad de Chagas) SIN SINTOMAS Y SIN SIGNOS CLINICOS, en la que se sugiere extremar la indagación clínica de las manifestaciones mínimas de la enfermedad, es necesario asumir que la infección transcurre muy

mayoritariamente sin instalar en los portadores ninguna sensación de enfermedad y en los médicos en general la incapacidad de detectar signos, con un examen que, a la luz de las nuevas evidencias, podríamos considerar semiológicamente superficial.

Históricamente se había propuesto que a todo sujeto infectado se lo evaluara tan solo con una placa de tórax y un electrocardiograma. Si ambos se encontraran dentro de parámetros normales, se aseguraba que el infectado tenía buen pronóstico en su evolutividad.

Ahora como ya lo describimos y tal como lo indican los consensos sobre enfermedad de Chagas de la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología, resulta relevante indagar sobre indicadores clínicos que pueden alertar sobre eventuales desequilibrios del sistema neuro-vegetativo (autónomo) promotor de la muerte súbita.

La única forma de detectar a la mayoría de los infectados por T.cruzi es buscarlos. La única forma de prevenirlos de un riesgo promotor de irregularidades severas en el desempeño cardiaco, es un acompañamiento cardiológico esmerado y minucioso. El principal disparador de las anomalías funcionales del miocardio en infectados aparentemente asintomáticos y asignológicos, **“son los apremios estresantes”**. Es insoslayable que esto se presente con elevada frecuencia en el desempeño laboral. Se debe considerar que el umbral para definir **“los apremios estresantes”** son variables en relación a la modalidad laboral y a las condiciones psicofísicas de cada sujeto.

El riesgo, en el padecimiento chagásico, no solo pone en peligro al portador de la infección, sino, y con frecuencia, a terceros por eventos indirectos. Tomemos por caso el conductor de un transporte que sea un infectado y que repentinamente un apremio devenido de la propia actividad, le provoca una arritmia aguda que se acompaña, de mínima, con un desvanecimiento, el accidente vial puede terminar en un desastre que excederá y en mucho al propio conductor afectado por la infección. Este en la actualidad, conforme las normas vigentes, ni siquiera está enterado que la padece.

Se debe habilitar con premura, sin modificar la ley en el texto y en el espíritu, manteniendo la prohibición del examen preocupacional, un mecanismo que establezca la obligatoriedad de detectar la presencia de la infección al inicio laboral. Ante su presencia se debería proceder al acompañamiento cardiológico del afectado. Legislativamente el vacío presente, podría ser resuelto en la reglamentación de la ley que aún no fue concretada.

En otro orden es relevante que en la Argentina los accidentes laborales cuentan con un régimen de seguros, nominado como “Accidentes de Riesgo de Trabajo”. La enfermedad de Chagas es probablemente uno de los más paradigmáticos ejemplos de potenciales eventos de riesgo para el trabajador afectado y los terceros que podrían ser afectados indirectos.

A pesar de lo anterior, la ley específica no contempla la obligatoriedad de evaluar a cada trabajador para la prevención del riesgo, a pesar que como ya señalamos la prevalencia de la patología es del 5% entre los individuos en edad laboral.

El aporte económico para la prima del seguro de riesgo de trabajo es obligación exclusiva del empresariado contratante. Este que contribuye, con un 60 a 80% de un salario mensual/año por trabajador, para cubrir los riesgos de percances en el curso de las tareas, no conoce como lo señalamos más arriba, quienes son y cuantos son de su masa laboral los afectados por el T.cruzi. Más aún no está alertado para tomar medidas que insten a la ART contratada, a prevenir los riesgos, tomando medidas en la dirección indicada por las instituciones de la Cardiología Argentina.

Es una situación paradigmática con un enorme potencial ejemplificador para todas las Américas que la cobertura de un riesgo **pensado para pagar un siniestro**, se transforme, mediante todas las medidas necesarias para **prevenir el siniestro** en un destacado ejemplo de “Responsabilidad Social Empresaria” hacia los trabajadores en general, pero de la propia empresa en particular.

Los empresarios organizadamente en convergencia con los trabajadores, el Estado, las instituciones de la cardiología y del diagnóstico médico, como asimismo las propias ART deberían formular un programa para que una fracción del enorme cúmulo de previsión aseguradora sea destinado obligatoriamente a la prevención de un siniestro potencialmente mortal, en lugar de desentenderse del siniestro si este ocurriera, tal como es la práctica actual. El 60 al 80% de un salario mensual/año es más que suficiente para acompañar en el detalle cardiológico la evolución del sujeto infectado en relación laboral.

El conocimiento médico que se podría acumular sobre esta patología, especialmente en su faz cardiológica, sistematizando la información obtenida de todos los afectados, podría convertirse en un enorme aporte de alcance mundial sobre la patogenia de los trastornos circulatorios coronarios y sus más diversas consecuencias. Crece constantemente la evidencia que la enfermedad de Chagas es antes que todo y principalmente una enfermedad isquemizante a nivel cardiaco con defectos de flujo en la microcirculación coronaria.

Tener presente este rasgo del nuevo paradigma que proponemos y bregar por su concreción ha de ser una de las mayores contribuciones solidarias que el empresariado argentino, que ya eroga por este ítem, podría hacer para el cuidado de la salud global, teniendo en cuenta que las patologías cardiacas son la principal causa de muerte a nivel mundial.

La voluntad empresaria de transformar esta enorme adversidad en una fenomenal oportunidad de ayuda solidaria, en principio hacia la internalidad de su propia empresa, debemos entenderla, como lo señalamos anteriormente, como un nuevo paradigma de la RSE.