

# BOLETIN DE TEMAS DE SALUD

de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires

Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario

**Año 9 N° 84 Diciembre de 2002**

**Coordinación: Comité Editorial**

**Este artículo se encuentra publicado originalmente y de manera completa en la siguiente dirección:**  
<http://www.medicos-municipales.org.ar/bts1202.htm>

---

## CHAGAS: DISCRIMINACION Y REALIDAD SANITARIA

La enfermedad de Chagas es una de las patologías ocultas de la República Argentina. Por un lado, los organismos oficiales muchas veces deben justificar resultados en el control de un problema que requiere de un trípode fundamental: **fumigación, planes de vivienda digna y educación sanitaria**. Sin embargo, es muy difícil garantizar que estas acciones se lleven a cabo en regiones rurales argentinas, donde las carencias sanitarias y sociales recrudescen día a día. Por otro lado, los gobiernos intentan ocultar o mitigar la incidencia del Chagas porque es **una enfermedad de la pobreza** emparentada con la miseria y la indigencia.

Esta enfermedad no despierta el interés del sector salud en general y de los laboratorios medicinales en particular porque la población que la padece pertenece a una clase social baja, oriunda del interior del país, y muchas veces sin educación escolar o con escuela primaria incompleta.

Otro grave problema es la educación universitaria de los médicos argentinos: se dedican pocas horas cátedra para explicar las enfermedades regionales argentinas y de Latinoamérica; por el contrario, se destina mucho tiempo a la enseñanza de enfermedades del llamado Primer Mundo (Estados Unidos o Europa), de muy escasa prevalencia en la Argentina y otros países de la Región.

De esta forma, las falencias de la educación universitaria y la negación real del problema por parte de los organismos oficiales y gubernamentales, llevan al pobre interés médico sobre una patología que por falta de información es considerada erróneamente de "muy baja incidencia". Esta situación alimenta el discurso de los laboratorios de investigación que deciden no invertir en drogas nuevas para tratar enfermedades padecidas por gente pobre, que difícilmente pueda adquirir los medicamentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sorprende cuando habla de diez a doce millones de infectados por Chagas en la actualidad, cuando hasta hace doce años existían 24,7 millones (1990). En aquellos años, la mortalidad anual por Chagas era de 50.000 muertes anuales. De esta forma, en doce años se registró un descenso en el número de infectados de entre doce y catorce millones. Estas cifras son difíciles de aceptar si se considera que, en base a la mortalidad anual, durante doce años transcurridos, la cifra de mortandad debió ser de aproximadamente 600.000 personas en Latinoamérica. Este supuesto descenso no deja conformes a quienes investigan la enfermedad, están en contacto directo con pacientes y registran a diario **el creciente número de casos de personas chagásicas que asisten al hospital público**. Además, debemos sumar las cifras disímiles de mortalidad, que tanto la OMS (43.000 muertes anuales) como el Banco Mundial (23.000 muertes anuales) exponen para esta enfermedad.

La República Argentina es el tercer país en el mundo con prevalencia serológica de Chagas (7,2%) después de Bolivia (20%) y Paraguay (9,2%). Las cifras oficiales hablan de 2.300.000 infectados con alrededor de 600.000 cardiopatías;

además, como problema sanitario agregado, se registra una fuerte migración de los dos países de mayor endemicidad, que aumenta la casuística nacional.

**Nota:** el autor es coordinador del consultorio de Chagas del hospital Santojanni -

[sergioauger@aol.com](mailto:sergioauger@aol.com)

## CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

**Las migraciones internas desde zonas rurales de la Argentina o de países limítrofes de alta endemicidad, como Bolivia o Paraguay, hacia las grandes ciudades transformaron a una enfermedad que nació como rural, en una realidad urbana**

El mal de Chagas es una enfermedad parasitaria hística y hemática producida por un parásito (protozoo flagelado) llamado *Trypanosoma cruzi*, que es hematófilo pero anida y se reproduce en los tejidos (fundamentalmente en el músculo cardíaco). Se transmite entre diversos hospedadores animales, mamíferos silvestres y domésticos; de ellos al hombre y de este a sus congéneres. Esta transmisión se realiza a través de insectos hematófagos (se alimentan de sangre), hemípteros, de hábitos nocturnos, conocidos con el nombre de **vinchucas** (*Triatoma infestans*) que anidan en viviendas con techos de paja y paredes de barro no revocadas.

El diagnóstico de la forma crónica de la enfermedad se realiza mediante un análisis de sangre que incluye tres reacciones serológicas (hemoaglutinación indirecta, inmunofluorescencia indirecta y test Elisa). La presencia de por lo menos dos de tres reacciones serológicas confirma la enfermedad.

En la actualidad, la principal vía de transmisión en áreas rurales es la vectorial (por picadura de vinchuca); mucho menos frecuente es la vía digestiva (por ingesta de animales que actúan como reservorios del parásito y se encuentran poco cocidos). Las migraciones internas desde zonas rurales de la Argentina o de países limítrofes de alta endemicidad, como Bolivia o Paraguay, hacia las grandes ciudades transformaron a **una enfermedad que nació como rural en una realidad urbana**. En las ciudades, las principales vías de transmisión son: la congénita (de madres a hijos) y la transfusional. Otras formas menos importantes de difusión son por medio de trasplantes de órganos, accidentes en laboratorios y vía sexual. Existen altas sospechas de transmisión a través de la drogadicción endovenosa con jeringa compartida.

La enfermedad se extiende desde el paralelo 40 de latitud norte en los Estados Unidos hasta el paralelo 45 de latitud sur en Argentina y Chile, donde coincide el hábitat de la vinchuca dominante (*Triatoma Infestans*) y la adaptabilidad del *Trypanosoma cruzi* al vector transmisor.

Tradicionalmente, existían zonas con mucha menor posibilidad de transmisión vectorial, como por ejemplo El Amazonas y la Patagonia. Sin embargo, los cambios ecológicos, producto de la tala de árboles y el desmonte, determinaron la presencia de colonias de vinchucas en la región amazónica. En la Patagonia argentina se dio la adaptación del vector (vinchuca) a climas más fríos por la migración interna de portadores de la enfermedad y la penetración del triatoma patagónica, criófila, a la vivienda humana (se encontró en moradas de mineros de Río Turbio, en la provincia de Santa Cruz).

La realidad demuestra que para que se produzca la enfermedad en forma endémica deben existir **cuatro condiciones fundamentales**: existencia del agente vector (vinchuca); presencia del parásito (*Trypanosoma cruzi*); personas susceptibles a la infección; domicialización de la vinchuca. Esta última condición es fundamental para el desarrollo de la enfermedad y explica por qué en

Estados Unidos la patología no es una endemia (se dan las tres primeras condiciones, la última es característica de Latinoamérica).

La creciente pobreza extrema y las características típicas de la vivienda rancho, junto a las tradiciones culturales de Latinoamérica, posibilitaron la domicialización de la vinchuca y favorecieron la endemidad del Chagas.

Un análisis histórico demuestra la importancia de esta enfermedad a través del tiempo. Se comprobó la afectación por enfermedad de Chagas en momias de 2.500 años de antigüedad en la zona de Arica (norte de Chile) y en el sur del Perú.

## **FACTORES CONDICIONANTES**

Un estudio realizado por el grupo del consultorio de Chagas del hospital Santojanni (1998) sobre 2.260 pacientes con serología reactiva por Chagas, puso en evidencia mediante análisis estadístico multivariado, que los factores más relacionados con la posibilidad de daño miocárdico serían: tener más de 40 años de edad; proceder de zonas de alta endemidad como Santiago del Estero, Tucumán y Chaco; haber habitado en área endémica durante años, con un índice directamente proporcional al aumento de tiempo de residencia; presentar un examen físico anormal; referir síntomas, especialmente síncope y disnea.

Es importante destacar que el hábitat endémico, con la infección por vía vectorial, tendría mayor probabilidad en la evolución hacia la cardiopatía chagásica que la hemotransfusión y el contagio connatal. Las patologías asociadas agravarían la cardiopatía chagásica (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, alcoholismo, diabetes, entre otras).

En medios urbanos es importante realizar el control serológico de toda mujer embarazada; si es reactiva, se debe estudiar a su hijo recién nacido con una técnica simple denominada microhematocrito. En caso de que sea positivo este estudio, existe la posibilidad de cura del niño por tratamiento con parasiticidas (Benznidazol), porque en esta etapa la enfermedad se comporta como un Chagas agudo y la posibilidad de tratamiento con un porcentaje de cura se acerca al 100%.

Para evitar las vías urbanas de transmisión es de fundamental importancia que se cumpla con **la ley de banco de sangre**, y que a toda sangre donada se le realicen al menos dos determinaciones serológicas para evaluar la presencia o no de reactividad. En caso de ser positiva, la sangre debe ser desechada y se debe comunicar al donante. Un trabajo reciente realizado en el hospital Santojanni que se presentó en el Congreso de la Sociedad de Cardiología 2002, puso en evidencia que sobre 40 pacientes detectados por el banco de sangre de este hospital, el 47,5% realizó donaciones entre dos y cinco veces (en diferentes instituciones públicas y privadas de la Capital Federal y el conurbano bonaerense), y el 15% en más de cinco oportunidades sin haber sido notificado en ninguna ocasión de su serología reactiva; sólo el 37,5% fue notificado de la reactividad al donar por primera vez sangre.

---

## **EVOLUCION DEL CHAGAS**

**Se registra un número creciente de personas chagásicas que asisten al**

**hospital público**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que existen entre diez y doce millones de infectados por Chagas en el mundo, cuando hasta hace doce años existían 24,7 millones (1990).

En 1990, la mortalidad anual por Chagas era de 50.000. De esta forma, en doce años se registraría un descenso del número de infectados de entre doce y catorce millones. Estas cifras son difíciles de aceptar si se considera que en base a la mortalidad anual, durante doce años transcurridos, la cifra de mortandad debió ser de aproximadamente 600.000 personas en Latinoamérica.

Surge una pregunta inevitable: **¿qué ocurrió con el resto de los serológicos reactivos que han desaparecido?** Hay tres razones para que por lo menos sea difícil responder esta cuestión:

1) No pudo haber curación porque no existe tratamiento exitoso probado en el período indeterminado y crónico de la enfermedad.

2) No se puede atribuir su reducción a mortalidad por otras causas porque se trataría de la desaparición de doce a catorce millones de habitantes en sólo doce años.

3) No es posible que su reducción se encuentre emparentada con migración a otros continentes y menos al Primer Mundo, porque se trata de una población de extrema pobreza que a lo sumo puede migrar de su zona rural de origen a zonas urbanas aledañas o a países limítrofes (**ver cuadro 1**).

Este supuesto descenso no confoma a quienes investigan la enfermedad, están en contacto directo con pacientes y a diario registran **el creciente número de casos de personas chagásicas que asisten al hospital público**. Además, debemos sumar las cifras disímiles de mortalidad que tanto la OMS (43.000 muertes anuales) como el Banco Mundial (23.000 muertes anuales) exponen para esta enfermedad en la actualidad.

---

## **EL CHAGASICO EN LA ARGENTINA, DISCRIMINACION LABORAL Y DESOCUPACION**

**La Argentina es el tercer país en el mundo con prevalencia serológica de Chagas. Un trabajo realizado en el hospital Santojanni muestra que el 78% de los pacientes chagásicos está desocupado y/o subocupado**

La República Argentina es el tercer país en el mundo con prevalencia serológica de Chagas (7,2%) después de Bolivia (20%) y Paraguay (9,2%). Las cifras oficiales dan cuenta de 2.300.000 infectados (alrededor de 600.000 cardiopatas). Además, como problema sanitario agregado, se registra una fuerte migración de los dos países de mayor endemicidad que aumenta la casuística nacional. Las provincias más afectadas son Santiago del Estero y Chaco, con un índice que triplica la media del país. La cantidad de niños chagásicos menores de 15 años para todo el país se estima en 306.000, es decir, un 3,4% de la población total de esa edad. Esta cifra tiene importancia, dado que el 98% de los casos nuevos de Chagas ocurren entre menores de 15 años.

Mientras los organismos oficiales se empeñan en decir que la enfermedad de Chagas disminuye en la Argentina, existen algunas comunidades rurales aisladas de zonas muy pobres, como por ejemplo Chancaní (Córdoba), Colonia Dolores (Santa Fe), Taco Pozo (Chaco), Los Pocitos (Santiago del Estero) donde la prevalencia serológica positiva supera el 40% de la población. Por otra parte, las migraciones internas demuestran que en áreas periféricas de las grandes ciudades, en villas de emergencias de Rosario y el gran Buenos Aires, las prevalencias serológicas superan el 20% (cifras altísimas para áreas urbanas).

### **SITUACION LABORAL DEL CHAGASICO**

Un trabajo reciente puso en evidencia la situación social y laboral del paciente chagásico y la repercusión resultante de su evaluación y seguimiento en un hospital público. De esta forma, sobre un corte de 705 pacientes serológicos reactivos para Chagas evaluados en el departamento de Urgencia del hospital Santojanni -considerando la clasificación clínico/cardiológica propuesta por el Consejo Argentino de Enfermedad de Chagas de la Sociedad Argentina de Cardiología (**cuadro 2**)- se observó que con, relación a la situación laboral de la población serológica reactiva sobre la población económicamente activa, sólo el 21,5% estaba ocupada y casi un 30% desocupada. La sumatoria de subocupados y desocupados representaron el 78,5% de la población económicamente activa con Chagas (**cuadro 3**).

Con relación a estos resultados, hay dos situaciones a tener en cuenta:

a) Los serológicos reactivos que se encuentran en período indeterminado no presentan ninguna patología cardiológica (sus estudios complementarios son absolutamente normales). Este es un hecho clave porque diferentes estudios longitudinales, realizados en el Brasil y la Argentina, coinciden en que el 80% de los pacientes serológicos reactivos permanecerán en este período sin evolucionar durante toda su vida. Es evidente que estos pacientes **pueden, deben y merecen trabajar**; no existe ninguna afección orgánica que limite su capacidad funcional. El estudio del hospital Santojanni reveló que aproximadamente el 50% de los de-socupados se encontraban en este período y su capacidad funcional les permitía realizar cualquier actividad laboral o deportiva al igual que cualquier persona sana.

b) En el análisis de los subocupados, se observaron dos grupos: los visibles (trabajan menos de 35 horas semanales) y los invisibles (aquellos que realizan trabajos de baja o nula productividad: changas, changarines, servicio doméstico), que representaron el 77% de los subocupados. Curiosamente, la principal actividad (o changa) era en el sector de la construcción, con tareas que demandan enormes esfuerzos físicos.

## **LA LEY 22.360**

Sin lugar a dudas, **la discriminación laboral** para el serológico reactivo de Chagas tiene relación con la ley nacional 22.360, que en su artículo siete dispone: "Serán obligatorias las reacciones serológicas para determinar la infección chagásica, así como los exámenes complementarios que permitan el diagnóstico de enfermedades vinculables.

La simple serología reactiva para la enfermedad, no podrá constituir elemento restrictivo para el ingreso al trabajo, siempre que a la fecha del examen preocupacional no existan otros elementos diagnósticos, clínicos, radiológicos y electrocardiográficos que indiquen disminución de la capacidad laboral imputable a la infección chagásica".

Lamentablemente, esta ley ejerce una terrible acción discriminatoria e hipócrita.

Ante la presencia de una serología reactiva; se observan dos fenómenos:

1. Las personas reactivas son automáticamente descartadas de la actividad laboral, sin comprobar si se encuentran en condiciones físicas/clínicas/cardiológicas de realizar actividad laboral mediante los estudios complementarios previamente citados.
2. A pesar de existir una excelente capacidad funcional para realizar una actividad laboral, la sola presencia de serología reactiva para Chagas es condicionante, aunque en general nunca se alega como causa que impide la contratación laboral.

De esta forma, en este trabajo se constató que el serológico reactivo para Chagas es condenado a la desocupación o subocupación, al analfabetismo y a la imposibilidad de desarrollo social y económico.

---

# EL ROL DEL SISTEMA SANITARIO

**El Chagas es una enfermedad de la pobreza. Según algunos estudios, la mayoría de los enfermos no cuenta con cobertura social. El hospital público se constituye en el único garante de la atención**

En un estudio realizado en el departamento de Urgencias del hospital Santo-janni, se comprobó sobre 705 pacientes serológicos reactivos, que el 81% (571) vivía en villas de emergencia, el 9% (63) en casas ocupadas ilegalmente (la mayoría inmigrantes bolivianos y para-guayos) y sólo el 10% (71) vivía en casas de material. Además, del total de la población en estudio sólo el 7,5% (53) presentó obra social, es decir que el 92,5% (52) carecía de cobertura.

Producto de estos hallazgos, es lógico pensar que la única posibilidad para la atención de la salud del serológico reactivo y de su familia **sea el hospital público**. De acuerdo a la clasificación de la enfermedad de Chagas, para determinar el período de la enfermedad es necesario realizar una serie de estudios complementarios que deben ser ejecutados por el hospital público. De hecho, la sola serología positiva del paciente con Chagas obliga a efectuar un electrocardiograma, una radiografía de tórax y una ergometría o ecocardiograma para evaluar el estado evolutivo de la enfermedad y actuar en consecuencia. A partir de allí, cuando se verifica la existencia de cardiopatía (20% de los serológicos reactivos para Chagas alcanzan esta etapa de la enfermedad) se deben realizar estudios complementarios de mayor complejidad, que también son absorbidos por el hospital público.

El estudio demostró que la sola atención en consultorios externos y los estudios complementarios solicitados en los pacientes (teniendo en cuenta el período evolutivo de la enfermedad y sobre un total de 652 pacientes que carecían de obra social) entre el 1º de enero de 1997 y el 1º de enero de 1998, sumado a los costos de internación y procedimientos especiales (colocación de marcapasos definitivo y cardiodesfibriladores implantables) en el período 1º de enero de 1998 al 1º de enero del 1999, fue aproximadamente de \$ 500.000, cuando existía una paridad de un peso, un dólar. Se destaca esto porque en la actualidad la posibilidad de acceso a un marcapasos (costo de alrededor de 5.000 dólares) o cardiodesfibrilador implantable (30.000 dólares) es casi privativo para los pacientes de escaso poder adquisitivo, sin obra social y con una salud pública donde en general las acciones de bienestar social no llegan a tiempo para el suministro de los equipos necesarios. Como consecuencia, se produce la muerte de pacientes que hubieran tenido otro destino con el tratamiento correspondiente.

El costado más dramático del cardiópata chagásico registrado por el estudio del hospital Santojanni durante un año de evaluación (enero de 1998 a enero de 1999) y sobre 95 internaciones de serológicos reactivos realizadas por descompensación hemodinámica, fue que el 29% de los casos guardaba relación con el **abandono de la medicación prescrita**. El 89% de ese grupo manifestó como causa la falta de medios económicos para adquirir los remedios. Según datos obtenidos en los primeros seis meses de 2002, la situación recrudesció drásticamente: en medio año ya se registraron el 64% de las internaciones producidas en todo el período anteriormente citado, en el 74% de los casos la causa de descompensación estuvo relacionada con el abandono de la medicación prescrita: el 95,5% de estos pacientes señaló que se debió a la falta de medios económicos para adquirirla (**cuadro 4**).

## MEDIDAS PARA LOS PACIENTES CHAGASICOS

Con relación a lo expuesto, son necesarias cuatro medidas urgentes para los pacientes chagásicos:

a) Derogar la ley 22.360 promulgada en épocas de la dictadura militar y que produce un profundo efecto discriminatorio en el serológico reactivo para Chagas. Es fundamental igualar la situación con la de los portadores VIH a quienes, gracias a una ley antidiscriminatoria, **no es legal** solicitarles las reacciones de detección de VIH para el ingreso laboral. Así, muchos chagásicos sin trabajo tendrían una posibilidad de acceso laboral que, entre otras cosas, les permitiría contar con una obra social y un mejor desarrollo para él y su familia.

b) Como en otras enfermedades y sabiendo que esta patología afecta a una población muy pobre, es necesario facilitar a aquellos que alcanzan la cardiopatía chagásica, la posibilidad de conseguir la medicación en forma gratuita. Se lograría así dos beneficios simultáneos: el paciente no sufriría episodios de descompensación reiterada con la resultante internación y se evitarían internaciones innecesarias y su consiguiente costo sanitario (en las unidades de cuidados intensivos o las salas de cardiología y clínica médica).

c) Realizar la detección serológica en toda mujer embarazada y estudiar a sus hijos con el fin de cortar con la vía de transmisión congénita mediante el tratamiento específico de la patología en los niños.

d) Cumplir y hacer cumplir las leyes de banco de sangre, a fin de evitar la transmisión de la enfermedad a través de la donación de sangre.

## **LOS NUMEROS DEL CHAGAS**

El estudio realizado en el hospital Santojanni comprobó que:

-81% de los pacientes vivían en villas de emergencia.

-9% en casas ocupadas ilegalmente (generalmente inmi-grantes bolivianos y paraguayos).

-10% en casas de material.

- 7,5% presentó obra social, es decir que el 92,5% carecía de una cobertura.

## **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

- Auger S, Storino R, Iglesias O, Terg R. *La crisis social y laboral del paciente serológico reactivo para Chagas y su impacto en un hospital público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*, Premio Anual de Salud Pública de la Asociación de Médicos Municipales (Accesit), 2001.

- Storino R, De Rosa M, Leguizamón Palumbo J, Auger S. "Consenso de enfermedad de Chagas", *Rev. Argent. de Cardiol.* Vol: 70-Supl 1, 2002.

- Storino R, Jörg M, Auger S. *Manual práctico de atención médica del paciente chagásico*, Ed. Ediprof SRL/ Masson-Doyma de Argentina, 2002.

- Storino R, Auger S, Wojdyla D, Urrutia M I, Jörg M. "Análisis descriptivo multivariado de la enfermedad de Chagas en 2.260 pacientes", *Rev. Argent. de Cardiol.* Vol: 66-Nº:1. 17:42.1998.

**Este artículo se encuentra publicado originalmente y de manera completa en la siguiente dirección:**  
<http://www.medicos-municipales.org.ar/bts1202.htm>