



## Consejo de Miocardiopatías y Enfermedad de Chagas-SIAC

Desde hace bastante tiempo el Consejo de Miocardiopatías y Enfermedad de Chagas de la Sociedad Interamericana de Cardiología, la RED Argentina de Chagas y la Red Continental han recorrido la idea de Generar un Consenso Internacional que intente modificar el uso de la denominación "Etapa Indeterminada" para referirse al período crónico inicial, o asintomático de la patología.

Se creó una Comisión Ad Hoc que abordó el tema.

Coordinador General: Dr. Oscar Mordini

Coordinadores en Argentina: Dr. Federico Núñez Burgos Dr. Juan Beloscar.

Coordinadores para Latinoamérica, USA y Europa: Dres Jorge Miltelman y Luisa Giménez.

Referentes latinoamericanos:

Uruguay: Dr. Daniel Bulla

Ecuador: Dr. Fernando Aguirre

Perú: Miguel Alayza Angles

Chile: Dr. Arturo Arribadas Contreras

Venezuela: Dr. Raúl Espinosa

Honduras: Dr. Nery Linares

Guatemala: Dr. Oscar Armando Ayau Milla

Paraguay: Dr. Néstor Arrúa Torreani/Dr. Humberto Galeano Jiménez

Bolivia: Dr. Juan Justiniano Encina

Panamá: Dr. Roberto Blandón Calderón

Costa Rica: Dr. Oswaldo Gutiérrez

El Salvador: Dr. Rafael Bonilla

Brasil: Dr. Wilson de Oliveira

México: Dr. Pedro Reyes

Puerto Rico: Dr. Wistremundo Donnes

USA: Dr. Arthur Strosberg

Referentes Provinciales en Argentina

Jujuy. Dr. Gonzalo Nicolás.

Salta: Diego Lacunza. Dr. Federico Núñez Burgos

Tucumán: Prof. Dr. Francisco Sosa. Dr. Nicasio Herrera.

Chaco: Dr. Senna Marcelo; Dr. Miguel. A. Auteri Dr. Daniel Hernández.

Corrientes: Dra. María Bangher.

Entre Ríos: Dr. Oscar Reyes Dra. Maria Barberis.

Santa Fe: Dr. Eric Pairone(+). Dra. Patricia Morales Dr. Juan Beloscar.

Santiago del Estero: Dr. Hugo Mujica.

Neuquén: Dr. Enrique Bavio.

Buenos Aires: Dr. Guillermo Marconcini.

San Juan: Dr. Cristian Núñez.

### **Documento: Consenso Internacional sobre Periodo Indeterminado Enfermedad de Chagas**

Introducción:

Salvo excepciones, la patología infecciosa cursa con un período Agudo (aparente o no, sintomático o silente) un período Crónico, pudiendo presentarse también formas crónicas reagudizadas. En la forma Aguda acontece una "reacción en cadena" en el huésped frente al primer contacto con el "agresor" y en la etapa crónica la expresión patológica dependerá de que se establezca en diferentes tiempos una forma de "convivencia, conveniencia o connivencia" de las expresiones biológicas del mismo y su visita.

La Clasificación actual de la Enfermedad de Chagas reconoce:

A) Chagas Agudo

B) Chagas Crónico: # Crónico Indeterminado

# Crónico Sintomático

Para dimensionar el paso del tiempo cabe destacar algunos acontecimientos nacionales e internacionales contemporáneos a esta clasificación.

Nos preguntamos ..Cuál es el Verdadero valor de las Clasificaciones para Nuestros pacientes...?

Si las Clasificaciones NO permiten Establecer Toma de Decisiones que surjan del Real Conocimiento de la patología (recorrido de la Enfermedad)

No modifican el Curso de las Mismas en los Pacientes.

Cuál es la Definición Clínica de este Período Indeterminado?:

Infección Crónica por Chagas SIN presencia Evidente de Enfermedad clínica ( cardiológica, neurológica ni megaviscera) por estudios radiológicos ni ECG.

Que es algo Indeterminado?

""Adjetivo que NO implica Determinación...Algo Incierto..Impreciso...Sirve para Designar una persona o Cosa de la que Todavía No se ha hablado o precisado, que NO tiene Término o Forma Conocida.

Aquello que presenta falta de Determinación si es una cosa o de Resolución si es una Persona.""

La situación no es Clara.. estamos frente a una Problemática de Dialéctica... de Semántica... o de Filosofía de Interpretación y Gestión por parte de los médicos que atendemos pacientes con Enfermedad. de Chagas??

Se ajusta mi Interpretación de lo Clasificado..de lo Acordado..con la Realidad de lo que acontece en mi paciente?

Así durante años por diferentes razones, nuestra Interpretación estableció una suerte de "Oscura Sinonimia" entre Etapa Indeterminada y Portador Sano.

De esta manera Instalamos en el Escenario de la relación con la patología términos como " Portador Sano" o "Persona Infectada No Enferma".., trasladando un Problema de Definición Médica, de Incertidumbre Médica a nuestro pacientes.

Para el común de la gente ser SANO significa NO tener Enfermedad..para nosotros los médicos, es NO Tener Evidencia de Evolución Clínica.. que NO encontremos evidencia NO significa que NO exista.

Las Normas de Atención del paciente con enfermedad. de Chagas de 1983 aconsejaban.."la actitud Médica frente al paciente Infectado chagásico es el control con clínica ,radiografía de Tórax y aparato digestivo y ECG en forma Anual. En tanto los estudios resulten Sin patología se mantiene a la "Persona", no Paciente, en el Grupo Indeterminado.

Que motivos nos inspiraron para Ignorar las Manifestaciones Precoces de la Enfermedad??

Considerar como SANOS a los Indeterminados nos permitió combatir la perversa Ley que discriminó por Años a los Serológicos positivos en el Ingreso laboral??

Creíamos que con realizar Sólo una Rx de Tórax y ECG democratizábamos el estudio de los pacientes al Igualar Condiciones entre Centro Periférico de Atención Primaria con Hospital de Alta Complejidad??...es Cierto..con esta postura evitamos que nuestros pacientes fueran Estigmatizados por su enfermedad.

También es cierto que nuestra Lógica y Discurso como Grupo de Trabajo durante este largo Tiempo fue..."El paciente está en Etapa Indeterminada..No tenemos todavía Evidencia de Enfermedad" diciéndole.."Vuelva en seis, ocho o doce meses a ver que pasa".

Todo nuestro Esfuerzo y Energía estuvo centrado en detectar Cuándo el paciente "salía de la Etapa Indeterminada"(para eso lo citamos regularmente) y se presentaba la Cardiopatía...solamente con los métodos que habíamos democratizado.

AÑO 2010..la Tripanosomiasis Americana "carga" con una clasificación que se presenta como Anacrónica.

En Medicina Cardiovascular las dos últimas Décadas nos adiestraron en Identificar Variables Tempranas que adecuadamente valoradas nos permitirían Modificar la Historia Natural de la Patologías.

Aprendimos a Conjugar Términos como "Prevención Primaria y Secundaria"

Hoy conocemos que la Muerte Súbita, Evento Principal en la Mortalidad del paciente Chagásico, acontece en un número significativo de sujetos en los que NO se detectaron Signos o Síntomas relevantes durante el acompañamiento Clínico.

Conocemos que existen alteraciones de la Repolarización anticipatorias de Asincronía Brusca y Global. Estos trastornos (dispersión del QT), están presentes en un 20 a 30% de sujetos infectados sin otras manifestaciones.

En niños parasitados conocemos que al inicio de la misma se encuentra presencia de anticuerpos contra receptores a neurotransmisores de tipo muscarínico de claro efecto acetilcolina like

La disfunción endotelial Precoz está signando las respuestas vasomotoras.

Las alteraciones ya sean eléctricas mínimas o de irrigación cardíaca son precoces y anticipatorias de daños crecientes que adquieren jerarquía relevante si se las utiliza como Variables para el seguimiento evolutivo cuantitativo.

En una publicación reciente de Simoes y col. en JACC Cardiovascular Imaging

2009-Feb. 2 (2) 164.172. Muestra que los pacientes chagásicos portadores de disfunción endotelial desarrollarán caídas significativas de la FE de Ventrículo izquierdo.

La disfunción endotelial es un Marcador Precoz y un factor de Riesgo de Muerte Súbita.

En esta Etapa las alteraciones de Función Diastólica preceden a la Disfunción Sistólica.

El Doppler Tisular nos permite estudiar la Disfunción Diastólica mediante el Registro de la Velocidad de Estiramiento miocárdico. (Migliore y La Puente 2008).

Lo expuesto permitió observar retraso en la Contracción ISO volumétrica regional de Ventrículo Derecho con potencial uso en la Estratificación de riesgo observando Retraso Electromecánico. (Vinicius Marcos. J.A Soc. Ecocardiography. 2002. pag 1197-1201).

En pacientes chagásicos con ECG y Eco normal se aprecia prolongación del tiempo de Aceleración y relajación Isovolumétrica del VI y VD como Signo Temprano de Afectación Miocárdica. (Rev. Española de Cardiología. feb de 2008.)

Doppler Tisular. Daño Miocárdico precoz en la Forma Indeterminada de Enf. de Chagas. Dr Marcio Vinicius Lins Barros. Universidad Federal de Minas Gerais 2001. Minas Gerais. Brasil.

El Grupo de Trabajo de Sistemas Complejos de la Universidad Nacional de La Plata ha publicado recientemente Evidencia relacionada con patología en Estadios Tempranos de la Enfermedad. de Chagas tales como los "Índices no lineales de VFC (EDIM y FNNF10) y Potenciales Tardíos.

"Detecting Subclinical Alterations in Early Stages of Chagas Disease through Holter" Dres. Andres.S, Irurzum, De Feo, Mola.E, etc)

Circulation (AHA) P541.(pag.97) .May 31,2008.

"Increase in the Embedding dimension in ECG of Adults and pediatric patients with Ventricular Arrhythmia and Congestive Heart Failure."

Dres Irurzum, Andres, De Feo, Mola,etc.

Circulation (AHA) P568 pag.103.May 31,2008.

Surge así el concepto que la Simple presencia de serología Reactiva debe Ser Considerada como factor de Riesgo de desarrollo de Miocardiopatía y de MS. Que esto pueda ocurrir en un Tiempo Alejado No Quita que debamos Prevenirlo configurando Protocolos que tiendan a Evitar el Remodelado, Mejoren la Disfunción Endotelial y Homogeenicen los períodos Refractarios.

Es Menester Jerarquizar el pensamiento cardiológico. Modificarlo en Relación a la Fenomenología que observamos.

El Nudo Gordiano NO lo configura la Semántica de la Clasificación, sino la necesidad de producir un cambio de Paradigma adecuándola a la Sensibilidad de los Test que apliquemos en nuestros pacientes.

El cambio de Paradigma requiere Aceptar que la Cardiopatía Chagásica comienza a instalarse muy Lentamente desde los estadios Precoces.

Un cambio de paradigma introdujimos los cardiólogos cuando instalamos que el Tema de la Dislipidemia y de los factores de Riesgo para Enf. Arterial coronaria y extracardíaca comienzan a presentarse en la Infancia.

Nos preguntamos... un paciente con factores de riesgo positivos para

enfermedad arterial coronaria no modificados.... a saber...antecedentes familiares de enfermedad arterial, exceso de peso, sedentarismo, dislipidemia , género más edad ,fumador con TA en 142/87.. con ECG normal, rx de Tórax normal, fondo de ojos normal, holter normal y prueba de esfuerzo normal...puedo considerarlo "Portador sano" o lo incluyo en prevención secundaria por su TA y colesterol alto??

Que diferencia existe entre determinaciones séricas de colesterol alto y mediciones de TA como la enunciada y serología positiva para Enfermedad. de Chagas??

A unos los incluimos en Prevención secundaria y a otros los llamamos "portadores sanos"??

Todo paciente con serología Positiva para Enfermedad. de Chagas debe ser incorporado en Prevención Secundaria.

Debemos visitar el Difícil terreno de la Autocrítica de Interpretación y Gestión.

No debemos ser ajenos a la realidad que vive el paciente Chagásico.

Como Comunidad Científica debemos (como Obligación) representar a este Grupo Vulnerable ante la Sociedad-Estado de modo que las acciones en Salud No sólo se limiten a Desinsectar viviendas o erradicar Viviendas ranchos.

La Curación como Conclusión de las Acciones en salud no es un derecho.

Ética y Legalmente el Acceso y Oportunidad a la Misma ..SI.

Es indudable que un acompañamiento fino de la evolutividad del infectado con

T. Cruzi cuantificando los signos señalados será de un costo substantivamente superior al de esperar a ver qué pasó.

Esto debe ser resuelto por las Autoridades del Sistema de Atención Médica, público y privado; a modo de ejemplo lo que se gasta en acompañamiento evolutivo terapéutico en los pacientes con AIDS (SIDA) es significativamente superior al que demandaría cada infectado por T. Cruzi.

Luego de 100 años, debemos

acordar acciones que estén a la altura de la Magistral Intervención de Carlos Chagas en 1909.

Como Comunidad Científica SOLICITAMOS que el Estado GARANTICE el Acceso de cada Paciente con Enf. de Chagas a los siguientes Exámenes Complementarios

de Diagnóstico:

Exámenes paraclínicos básicos como hemograma, glucemia, urea, creatinemia, electrolitos, análisis de orina y enzimas hepáticas.

Telerradiografía de Tórax, ECG, Ecocardiograma Bidimensional, Doppler y Doppler Tisular.

Holter de 24 .Cardiología Nuclear con Centellograma miocárdico de perfusión con Talio, Tecnecio en reposo y esfuerzo.

Ventriculografía Radio Isotópica (evaluación de función ventricular sistólica y diastólica izquierda y derecha) y el uso de Galio 67 (búsqueda de actividad inflamatoria.( como en todas las miocarditis).

Completando la evaluación clínica medición de anticuerpos contra receptores

muscarínicos y el Péptido Natriurético del tipo B(BNP). El primero está

asociado a las disautonomias y a efectos acetilcolínicos sobre la disfunción

endotelial y el segundo se eleva tanto en la disfunción sistólica como en la diastólica.

Estudios Radiológicos Contrastados de Tránsito Gastro Intestinal.

Estudios Endoscópicos relacionados.

Desde el día 8 de marzo de 2009, fecha en la que se dio a conocer el Documento Inicial y comenzó el Debate, hemos receptado múltiples y variadas opiniones de colegas que intentan Definir la Clasificación de mayor Fortaleza y acorde con la Realidad de lo que ocurre en nuestros pacientes.

Hemos Resumido en DOS las que Interpretan con mayor ajuste el espíritu del Debate.

Propuesta I :

A)Chagas Agudo



B)Chagas Crònico sin Complicaciones

con Complicaciones \* Leves

\* Moderadas

\* Severas

Propuesta II:

A) Chagas Agudo

B) Chagas Crònico Asintomático

D) Chagas Crònico Sintomático o con Compromiso Visceral.

En Ambos casos este Consenso RECOMIENDA:

A)Suprimir el Término Indeterminado.

B)Transferir el resultado del presente a las Autoridades de SALUD de Nación y Provincias.

C)Definir Responsabilidades ante La LEY.

SE Invita a Todos Participantes del Debate a la Reunión Final relacionada con este Consenso en la cual se Elaborará el DOCUMENTO FINAL el día 20 de Marzo de 2010 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en Avenida Santa Fé 1970 Primer Piso. Hora 9 a 14.

(Consenso Etapa Indeterminada Buenos Aires 2010)

Nuestro Consenso y cada uno de sus Miembros y Participantes ha intentado actuar con Honestidad Intelectual. El mismo ha sido Foro o Espacio para que cada Actor consustanciado con la Enfermedad despliegue su Pensamiento y Sentir.

Este Documento no se Endilga Representar la Única Verdad...sólo ha intentado "Conocer la Verdad" de lo que Acontece con el paciente con Enf. de Chagas...Y Continuaremos Preguntándonos...

... ¿Qué es la Enfermedad?...Es aquello que sólo el Médico es capaz de reconocer?...es decir que para que haya enfermedad, lo único que se requieren son médicos?

Es la Enfermedad aquello que sólo tiene lugar en el cuerpo y que consiste en una pura materialidad biológica?

Será la Enfermedad aquello que sólo el paciente conoce? Porque sólo él puede relatar, en sus propios términos, sus padecimientos personales?

Dr. Jorge Mitelman Dr Oscar Daniel Mordini.

#### Bibliografía "Etapa Indeterminada"

Rigou D;Gullone N; Carnevalli L y col Chagas asintomático. Hallazgos electrocardiográficos y ecocardiograficos. Med 2001; 61: 541-544

Migliore R;Adaniya M;Tamagusuku H y col Evaluacion de la función diastólica en la enfermedad de Chagas mediante Doppler tisular pulsado Medicina 2003;63:692-696

Mitelman J; Gimenez L;Romero Villanueva H y colab Electrocardiografía de alta resolución para la detección de alteraciones funcionales miocárdicas en Chagas indeterminado. Tem. de Cardiol. 2004; 5: 9-12.

Andres DS ;Mitelman J Irurzum M;Defeo MM y colab Analisis de la fracción de la variabilidad de la frecuencia cardiaca en el diagnostico precoz de la disautonomia chagasica Relampa 2005 (19) ;14-16

Gimenez L;Mitelman J;Gonzalez C;Borda E y colab Anticuerpos antirreceptores autonomicos ,alteración de la variabilidad de la frecuencia cardiaca y arritmias en sujetos con enfermedad de Chagas. Rev Argent Cardiol 2003;71:109-113

Acquatella H, Catallioti F, Gómez Mancebo J y col: Long-term control of Chagas' disease in Venezuela: effects on serologic findings, electrocardiographic abnormalities and clinic outcome. *Circulation* 1987; 75: 556-562.

Rodriguez Salas L;Kleine E ;Acquatella H y colab Echocardiographic and Clinical Predictors of Mortality in Chronic Chagas' Disease *Echocardiography* 2007 (15) 271-277

Detección no invasiva de lesiones miocárdicas subclínicas en pacientes con infección chagásica crónica. Chiale P;Galperin J;Groppa L;vallaza M *Rev argent Cardiol* 1997 (65) 70-75

Almeida JW ;Yasuda MA,Amado Neto V y colab Estudio de las formas indeterminadas de la enfermedad de Chagas por electrocardiografía dinámica *Rev Inst Med. Trop* 1982;(24): 22-29

Molina Ar;CarrascoGA;Milanes A. La prueba de esfuerzo en la miocardiopatía chagásica crónica su valor en el diagnóstico precoz. *Arq Bras.Cardiol* 1981(36) :95-106

Pinho Ribeiro A;Costa Rocha M. Forma indeterminada de enfermedad de Chagas. Consideraciones acerca de diagnóstico y pronóstico. *Rev.Soc.Bras. de Med Trop* 1998 (3): 301-314

Núñez Burgos A;Palacios K,Gimenez L y col Rol de la Ergometría y el Ecocardiograma en la Reconsideración del Paciente Indeterminado. *Rev. Fed Argent de Cardiol* 2007;36 Nº 2: 021

Mitelman J, Gimenez L,Gonzalez C y Col. Asociación entre disfunción endotelial por prueba de isquemia braquial con eco Doppler Braquial y factor de Von Willebrand en la enfermedad de Chagas. *Rev Argent Cardiol* 2001;69:274-279

Redruello M,Masoli O,Perez Baliño N y col Endothelial dysfunction in Chronic Chagas disease.Assesment with 99 mTc sestamibi Spect cold pressor test and intracoronary acetylcholine.*J Necl.Cardiol* 2003;10:9-26

Mitelman J,Gimenez L,Palacios K y col.Anticuerpos antireceptores a neurotransmisores y su correlación con la alteración de la dispersión del QT y de la variabilidad de la frecuencia cardíaca.*Reblampa* 2006;19:408-415

Quiros FR, Morillo CA, Casas JP, Cubillos LA, Silva FA. Disautonomía en la Enfermedad de Chagas. 2º Simposio internacional de Chagas en Internet 2002 6º Congreso virtual FAC

Rigou D;Gullone N; Carnevalli L y col Chagas asintomático. Hallazgos electrocardiográficos y ecocardiográficos. *Med* 2001; 61: 541-544

Migliore R;Adaniya M;Tamagusuku H y col Evaluación de la función diastólica en la enfermedad de Chagas mediante Doppler tisular pulsado *Medicina* 2003;63:692-696

Mitelman J,Gimenez L;Romero Villanueva H Utilización de Métodos Diagnósticos Incrudos para la Detección de Lesiones Miocárdicas en el Período Indeterminado de la Infección Chagásica Crónica. *Rev. Argent Cardiol* 2000 ; 68:797-799

Romero Villanueva H;Rozlosnik J;MichelsonR anomalías específicas de la ergometría en la cardiopatía chagásica.*Rev Argent Cardiol* 1987 ;55 (Supl)161

Andres DS ; Irurzum M;Defeo MM ;Gimenez L colab Analisis de la fracción de la variabilidad de la frecuencia cardiaca en el diagnostico precoz de la disautonomia chagasica Relampa 2005 (19) ;14-16

Gimenez L;Mitelman J;Gonzalez C;Borda E y colab Anticuerpos antirreceptores autonómicos ,alteración de la variabilidad de la frecuencia cardiaca y arritmias en sujetos con enfermedad de Chagas. Rev Argent Cardiol 2003;71:109-113