

CAPÍTULO IX

LA MUJER Y EL CHAGAS



La mujer y la enfermedad de Chagas

Dra Luisa Gimenez, Dr Jorge Mitelman, Dra Aida Dopazo.

La ecuación pobreza /enfermedad de Chagas es disparadora de un círculo vicioso en la cual la pobreza es causa de Chagas y el Chagas ocasiona pobreza. Durante el siglo XX se origina un importante movimiento de igualización de los géneros con resultados aun en los días actuales en muchos casos progresivamente promisorios pero en otras aun dispares, imprecisos y aún sin mayores cambios. En esta última situación podríamos incluir a la mujer portadora de la enfermedad de Chagas con una problemática propia distinta en el ámbito rural al del ámbito urbano ninguna de ellas satisfactoria; en ambas fuertemente ligadas a la actividad familiar; con pocas oportunidades laborales en general no reconocidos sus derechos

En la ruralidad sus circunstancias están relacionadas con la falta de igualdad de oportunidades; patrones psicosociales propios ; la pobreza con sus estrechas condiciones de vida y consecuencias de malnutrición, viviendas precarias, falta de acceso a agua potable y de salubridad, imposibilidad en muchos casos de acceder a la educación ,a la realización individual y de su grupo , a la imposibilidad de la atención medica sanitaria (1). Esta mujer presenta todas las características inherentes a la problemática de género; conseguir el sustento familiar; cursar embarazos; enfermedades propias y de sus seres queridos; así como convivir en un hábitat insatisfactorio que condiciona su existencia y afectan su salud, la de su grupo causando enfermedades. En esas circunstancias puede agregarse a sus desdichas la enfermedad de Chagas propia y las de sus familiares, por vía vectorial o congénita; desarrollando algunos de los miembros de su grupo la miocardiopatía o las, mega vísceras con discapacidades que agravan la situación. Si finalmente decide emprender la ruta de la migración nuevos desafíos le esperan tales como separarse muchas veces de su familia; ingresar en ambientes culturales diferentes a los que se encuentra habitualmente, vivir en villas miserias;y realizando trabajos muchas veces no reconocidos socialmente. Es posiblemente al ingresar a las grandes ciudades donde descubre ser portadora de su enfermedad y en muchos casos incluso estar enferma; o la posibilidad de transmisión a su descendencia de la misma.con un nuevo epíteto agregado a sus desdichas el de ser posible vector de la enfermedad para su descendencia incrementándose su vulnerabilidad.

El progreso social en las grandes ciudades es mas lento en las mujeres que en los hombres pero en muchos casos el impacto socioeconómico se morigera con subempleos que en un mismo contexto social les permite sobrellevar las desigualdades en mejores condiciones que su par masculino.(,2)

Embarazo y enfermedad de Chagas

La mujer portadora de Chagas, durante el transcurso de su embarazo puede encontrarse en la etapa indeterminada de la enfermedad o cursando distintos etapas de la miocardiopatía.

En el primer caso solo las reacciones serologicas son positivas, clínica y electrocardiograma normal. Nuestro criterio es control clínico cardiológico cada 4 meses.



En el caso de la miocardiopatía esta puede cursar con arritmias o con insuficiencia cardíaca.

Si la miocardiopatía no se encuentra avanzada (sin cardiomegalia ni insuficiencia cardíaca) lo más común es que no se evidencien complicaciones ni en el embarazo ni en el parto

Durante el embarazo normal es frecuente observar extrasístoles auriculares y ventriculares que cursan sin ocasionar trastornos, pero si esta presente la miocardiopatía se exacerban durante el embarazo, en muchas ocasiones provocan alteraciones hemodinámicas, son mal toleradas y se debe recurrir al tratamiento.

Tratamiento del embarazo de alto riesgo por complicaciones cardíacas.

Tratamiento de las arritmias: Ninguno de los fármacos antiarrítmicos utilizados hasta la fecha han demostrado ser totalmente inocuos, pasando la barrera placentaria, o durante la lactancia se encuentran en la leche. Es aconsejable seguir las recomendaciones de la FDA (Tablas 1 y 2) (3)

Tabla 1
Clasificación de riesgo terapéutico durante el embarazo de la FDA

Grupo A	No existe riesgo fetal tras estudios en humanos	Fármacos seguros
Grupo B	No existe riesgo fetal tras estudios en animales	Fármacos probablemente seguros
Grupo C	Casos aislados de alteraciones fetales	Fármacos utilizables con precaución
Grupo D	Evidencia de riesgo fetal	Fármacos no recomendables
Grupo X	Alto riesgo de malformaciones fetales	Fármacos contraindicados

Tabla 2
Seguridad de los principales antiarrítmicos durante el embarazo

Antiarrítmico	Seguridad	Clasificación de la FDA
Digoxina	Segura	C
Bloqueadores β	Segura	B/C
Verapamilo	Probablemente segura	C
Lidocaina	Segura	C
Propafenona	Utilizable con precaución	C
Amiodarona	Con muchísima precaución	C
Adenosina	Posiblemente segura	C



Clasificación de Vaughan-Williams de los fármacos antiarrítmicos (4)

CLASE I	Fármacos bloqueantes de los canales de sodio	CLASE IA: quinidina, procainamida, disopiramida, ajmalina. CLASE IB: lidocaina, mexiletina. CLASE IC: propafenona, flecainida.
CLASE II	Fármacos simpaticolíticos: deprimen la automaticidad y alargan el período refractario	Betabloqueantes (propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol, etc.)
CLASE III	Fármacos que prolongan la repolarización y el período refractario	Amiodarona, Sotalol, ibutilide, dofetilide
CLASE IV	Bloqueantes de los canales del calcio: enlentecen la conducción AV	Verapamilo, Diltiazem

En las taquiarritmias sostenidas los medicamentos de elección son la Digoxina y los β bloqueantes, mientras que la Adenosina y la Lidocaina no son inocuas y deben suministrarse con la paciente internada y monitoreada. Sin embargo la Lidocaina intravenosa en el caso de arritmias ventriculares agudas es segura para la madre y el feto. El Mexitilene puede darse con relativa seguridad. En taquicardias ventriculares y supraventriculares pueden llegar a ser útiles la Propafenona y Fleicanida. Todos los tratamientos deben controlarse periódicamente. El efecto proarritmico adverso siempre puede hacerse presente con los fármacos de Clase I y II de Vaughan Williams (4). La Amiodarona debe tratar de no utilizarse por provocar disfunción tiroidea en el feto. Si una taquicardia ventricular pone en peligro la vida de la paciente se puede indicar la cardioversión eléctrica. No se han relatado arritmias fetales.

En cuanto a los marcapasos su implante sigue las normas del resto de la población. En nuestra Unidad controlamos estas pacientes mensualmente clínicamente y con electrocardiograma, ecocardiograma para valorar función sistólica de ventrículo izquierdo; motilidad y Holter para seguimiento de arritmia y tratamiento según gravedad de la misma.

En el caso de insuficiencia cardíaca en la paciente embarazada se deberá recomendar reposo y llegar a la internación, especialmente en el tercer trimestre si se considera necesario. La terapéutica utilizada habitualmente son los digitalicos y diuréticos con moderación ya que no son potencialmente seguros. Los IECA tienen efecto adverso en el feto.

La anticoagulación en caso de ser indicado por trombo de punta debe ser controlada. El embarazo es trombofilico por si solo. La anticoagulación oral hoy prácticamente es la indicada a pesar de tener la posibilidad de la embriopatía por anti coagulación. Durante el parto; las pacientes con cardiopatía deben ser monitoreadas. En el postparto las pacientes deben ser evaluadas y tratadas según patología subyacente, ya sea arrítmica o de insuficiencia cardíaca.



Durante el año 2007 en los Hospitales del GCBA se detectaron 2395 embarazadas serologicamente positivas; 33 casos de Chagas congénito y 78 casos de Chagas pediátrico fueron asistidos. En el país la seroprevalencia en embarazadas es del 6,78 % y la de Chagas congénito 2,57 %

La transmisión transplacentaria al feto en formación, se puede producir en cualquier etapa de la infección materna, en embarazos sucesivos, y aún en gemelares. No son comunes los abortos. Durante el embarazo no pueden ser utilizadas las drogas parasiticidas por ser tóxicas y teratogénicas

Lactancia

La posibilidad de transmisión de la infección por la lactancia materna ha sido referida por algunos autores (5) sin embargo no se ha detectado el parásito en la leche materna; no habiendo motivos para evitar la misma salvo lesiones en el pezón. transitoriamente.

En caso de estar indicados los antiarrítmicos (en la madre) se debe tener en cuenta las limitaciones del uso de los mismos; debiendo ser utilizados con precaución la Lidocaína ; Quinidina , Mexitilen no estando indicada la Amiodarona por riesgo de producir hipotiroidismo en el lactante.

Los beta bloqueantes Atenolol Propanolol se excretan por la leche de forma variable. debiéndose usar con mucha precaución. A altas dosis, puede producir , hipotensión, bradicardia, hipoglucemia.

En cuanto a los diuréticos la Furosemida puede disminuir la producción de leche durante el primer mes.; se debe evitar por ese motivo.

La Digoxina y los anticoagulantes no tienen contraindicación; si los inhibidores de la enzima convertidora y los ARA 2.

Chagas congénito.

Infección producida por el paso del *T. cruzi* a través de la placenta, desde una madre infectada al feto en formación

- Puede transmitirse en cualquier etapa de la infección materna
- Puede reiterarse en siguientes embarazos
- Puede ocasionar alteraciones en el feto
- Pueden presentar manifestaciones clínicas aunque la mayoría de los casos son asintomáticos
- Niños sanos aparentemente

Tabla 3
Clínica

Prematuros	Hepatomegalia
Bajo peso nacimiento	Esplenomegalia
Ictericia	Meningoencefalitis
Anemia	Miocarditis



Tabla 4

Diagnóstico de Laboratorio

<i>Procedimiento parasitológico seriado</i>
Microhematocrito
Strout
<i>Serología (a partir de los 8 meses) (Elisa, HAI, IFI)</i>

Figura 1

Flujo grama diagnóstico



Dr. Héctor Freilij y col

Tratamiento: Benznidazol (NR Radanil)

- **Prescripción:** 60 días Niños (hasta 40kg): 5-10 mg/Kg/día

Lactantes: 10 mg/Kg/día

Controles clínicos semanales. Pueden presentarse reacciones adversas especialmente cutáneas, muchas veces severas, digestivas, neurológicas, etc

Chagas pediátrico.

Es tratable y curable. La eficacia depende de la precocidad con el cuál se inicia el mismo Según Guías para la Atención del paciente infectado (7) debe tratarse hasta los 14 años

Algunos autores han señalado diferencias inmunológicas; en el comportamiento del sistema autonómico y en la función endotelial entre mujeres y hombres; y que en diferentes patologías, ambos sexos mostrarían no sólo diferencias en la prevalencia sino también en la forma de presentación de las enfermedades. Nuestro grupo (8,9,10,11) ha realizado estudios en este campo en enfermos portadores de Chagas no encontrando diferencias en las respuestas por sexo, si por patología.

Encuestas epidemiológicas; de calidad de vida y la existencia de comorbilidades en población femenina portadora de Chagas

En una encuesta realizada sobre sobre un total de 825 mujeres en edad fértil el 55.5 % conocían la enfermedad. de éste 55.5; el 56.5 % eran del NOA o bien sus padres nacieron allí.

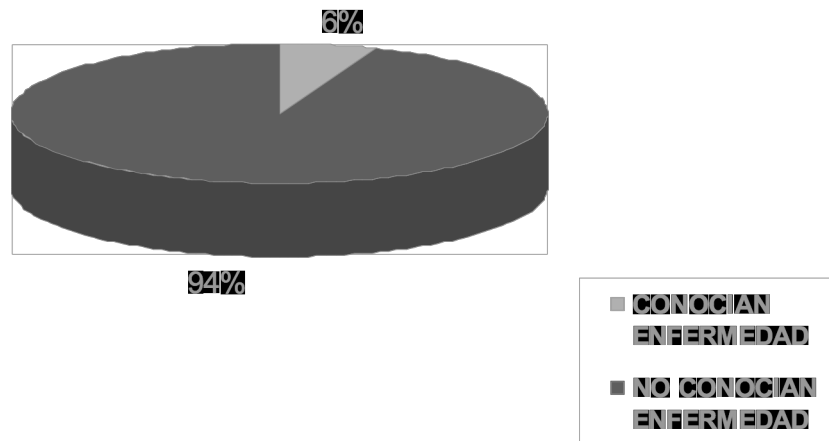
El 48.5 % manifestó que la enfermedad de Chagas existía pero no sabían en que región se encontraba.

Ante la pregunta “Si conocían la existencia del Chagas congénito” Ver figura 4

Ante la pregunta “Si conocen Chagas en el Recién Nacido” el 0 % de respuestas fueron afirmativas.



Figura 2



Estas mujeres en muchas ocasiones padecen la enfermedad capaz de alterar la calidad de su vida con repercusiones económicas importantes y secuelas permanentes y deben al mismo tiempo acompañar a otros integrantes de su familia enfermos que necesitan cuidados y simultáneamente salir a trabajar en condiciones desafortunadas.

En una encuesta realizada en el Hospital Alvarez Unidad de Cardiología a 374 pacientes del sexo femenino con edades comprendidas entre 26 años y 65 años promedio 57 años. Los resultados en cuanto a escolaridad, situación laboral (ocupados, desocupados, subocupados) co morbilidades y factores de riesgo cardiovasculares pueden verse en las figuras 3,4,5,6. los resultados

Figura 3

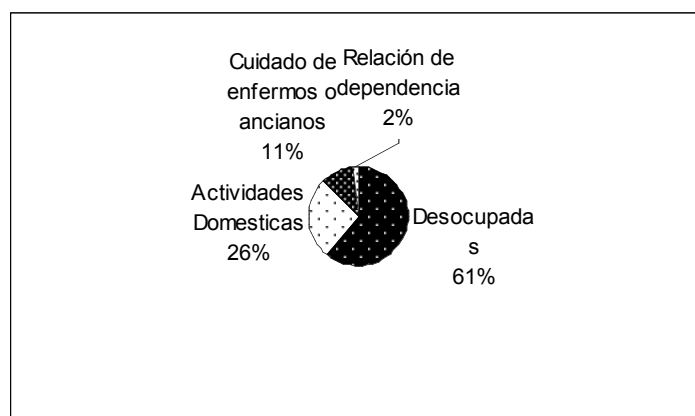


Figura 4

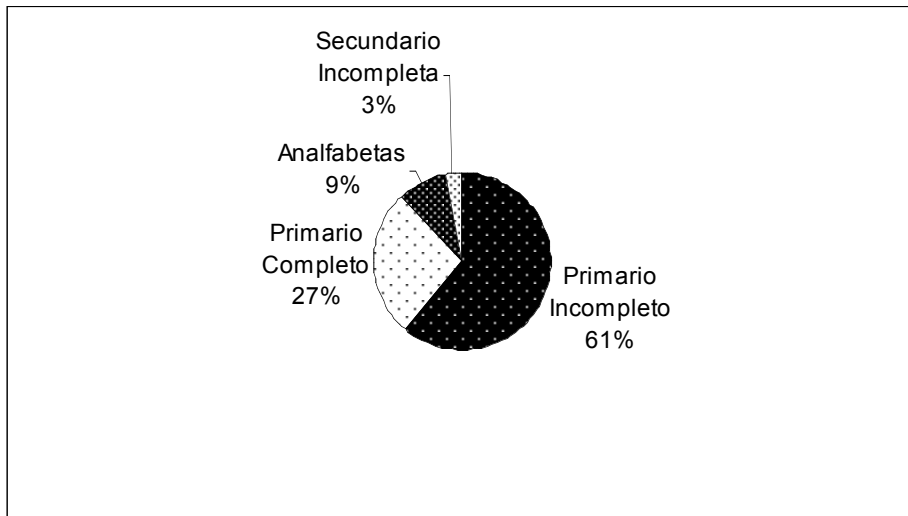
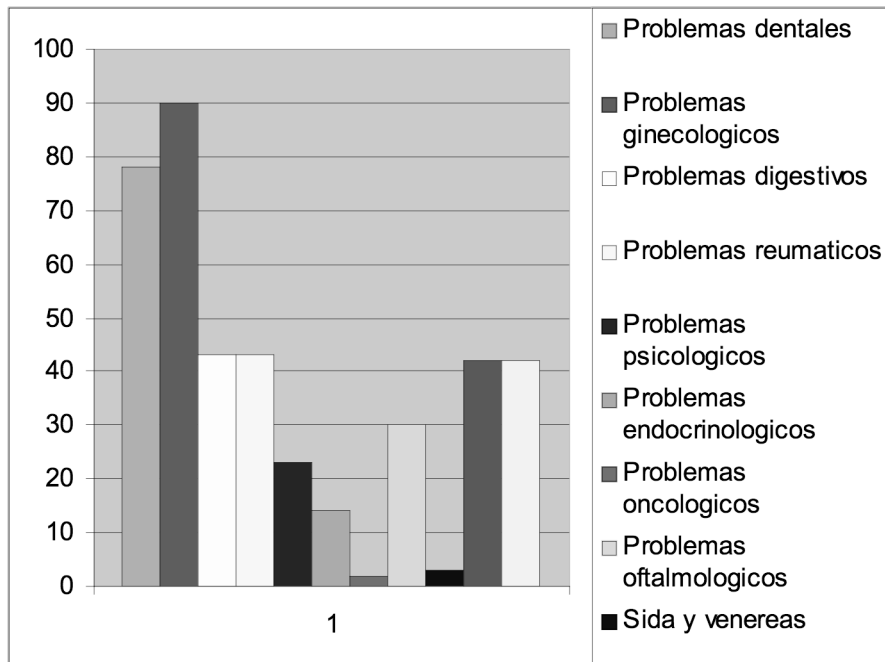


Figura 5

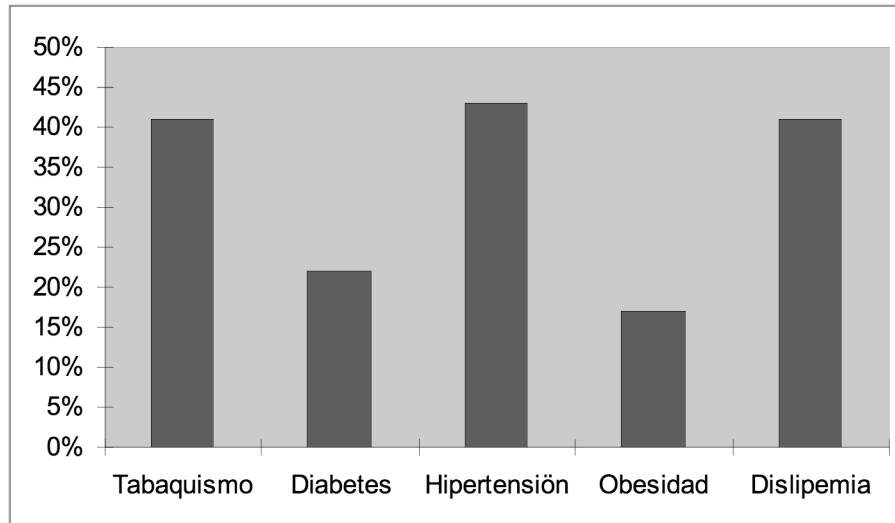
Problemáticas, sociales y comorbilidades



El 8 % de las embarazadas serológicamente positivas eran adolescentes

Figura 6

Factores de riesgo cardiovasculares



Una problemática tan compleja no puede resolverse por si sola. Se deberán diseñar programas de contención psicológica, social y profesional que interprete las particularidades y necesidades concretas de segmentos poblacionales de tan alto riesgo en el cual conviven las inequidades, la enfermedad y las diferencias de género.

Bibliografía

- 1) Garcia Saenz B La mujer rural en los procesos de desarrollo de los pueblos..Rev. Minis. De Trabajo y Asuntos Sociales.España.1998 107-120
- 2) Ziccardi A Pobreza ,desigualdad social y ciudadana.Los limites de las políticas sociales en América Latina CLACSO.2001:7-462
- 3) FDA Current Categories for Drug Use in Pregnancy .Consumer Magazine Vol 35 N°3 MayoJune
- 4) Vaughan W EM. Classification of antiarrhythmical drugs. Symposium on Cardiac Arrhythmias. Elsimore, Denmark. Sandoe E., Flensted-Jensen E, Olsen KH. Ed. Asta. Sweden, 1970: 449-472
- 5) Miles M Trypanosoma cruzi, milk transmission of infection and immunity from mother to young.Parasitology 1972;65::1
- 6) Freilij H ;Altech J y Col Guías Clínicas Prácticas de Prevención ;Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas. 2005.15
- 7) Guías para la Atención al paciente infectado con Tripanosoma cruzi Resolución 1870. Año 2006
- 8)Mitelman J;Gimenez L;Manzullo E;RomeroVillanueva H ,Gonzalez C Utilización de Métodos Diagnósticos Incruentos para la Detección de Lesiones Miocárdicas en el Período Indeterminado de la Infección Chagásica Crónica Rev..Argent. Cardiol. 2000 ; 68:797-799.
- 9)Mitelman J;Gimenez L;Gonzalez C y Colab Asociaciónentre Disfunción Endotelial por Prueba de Isquemia con Eco- Doppler Braquial y Factor Von Willebrand en la Enfermedad de Chagas. Rev. Argent. de Cardiol. 2001; 69: Pág. 274-279
- 10)Gimenez L;Mitelman J;Sterin Borda L, Borda H Anticuerpos antirreceptores autonómicos, alteraciones de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y arritmias en sujetos con enfermedad de Chagas. Rev. Argent. Cardiol. 2003;71:109-113
- 11)Gimenez L;Mitelman J;Gonzales C Anticuerpos Antirreceptores a Neurotransmisores y su Correlación con la Alteración de la Dispersión del QT y de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca. Reblampa 2006.19 (3): 408-415.



Historial supuesto de La mujer enferma de Enfermedad de Chagas.

Dr Carlos Repetto

Entrecruzamientos entre un protozooario, el *Trypanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad; su vector en la Argentina, el *Triatoma infestans*, insecto de costumbre hematófaga, mas conocido como "vinchuca"; y una mujer de hábitat rural-vivienda rancho y clase social empobrecida por el sistema socio-político-económico que soporta y que la enferma subjetivamente en cuerpo y alma, corazón y mente.

La percepción acerca de la "cuestión social" y las responsabilidades gubernamentales faltantes estaba ya presente en las investigaciones pioneras en relación a los factores involucrados en la compleja trama de la enfermedad de Chagas. Los colaboradores del Dr. Salvador Mazza, relataron desde el inicio de la investigación su experiencia y su convencimiento acerca de que: se trataba de una patología y enfermedad *no sólo de etiopatogenia médica, sino que se vinculaba siempre con aspectos de índole socioeconómica.*

Y *psicosocial*, agregaría yo desde mi formación y mi práctica como médico psiquiatra, psicoanalista y profesor de Salud Pública y Salud Mental de las Facultades de Psicología y Medicina de la Universidad de Buenos Aires, suponiendo un universo de análisis que prioriza la manera subjetiva en que específicamente *la mujer*, en este caso, soporta su existencia como portadora y trasmisora de la enfermedad.

Enfermedad de *hábitats* empobrecidos, adquirida generalmente en un medio rural del que migra hacia espacios urbanos, con su pareja también comúnmente contaminada. Con hijos ante quienes se siente culpable de haberles transmitido la enfermedad y su saga cruel y etiquetadora, de *corazón ardiendo*, en *miocardiolisis*, sintomatología azarosa, con esquema corporal de cuerpo tocado por el destino y martirizado.

Esta caracterización de *La mujer* como centro portador y de soporte familiar enfermante y culpabilizante, que establezco, es efecto de un material clínico psicosocial y un posicionamiento profesional que he dado en llamar: *de clínica ampliada*. Perceptible en acercamientos diversos hacia poblaciones de bajas posibilidades de calidad de vida a niveles económico, habitacional, cultural, laboral. Con trabajos y oficios terrestres, cuando los tienen, de dependencia, sometimiento y poco reconocimiento. Y hasta de exclusión social e inermidad ante las "endemias" y "epidemias" regionales, en su acotado acceso a dispositivos de salud pública, atención primaria y prevención, diagnóstico precoz y terapias acordes en tiempo y lugar. Donde se hace indispensable un posicionamiento de reafirmación médico-ética. que plantee que aunque los contextos sean diferentes el tratamiento de los mismos en forma igualitaria es



un derecho, y por lo tanto es responsabilidad de los médicos sostenerlos y ser garantía de su aplicación.

Tomando conciencia de lo que soportan social y subjetivamente esas vidas y cuerpos trasegados por enfermedades endémicas vividas casi como misteriosas, *inevitables*, naturalizadas, y percibidas como castigadoras y culpabilizantes para la paciente, como las pestes de la Edad Media, aunque la medicina actual las considere reconocidas y estudiadas en su génesis, evolución y tratamiento posible. Pero sentidas por la mujer enferma y su familia, como un tipo de castigo existencial que tiene que ver con sus insatisfacciones y estragos de clase social sometida, desconocimientos de etiología y patogenia, subjetividades apocadas por el sistema social, y culpas azarosas. Mezcla de causalidades de clase social sin conocimientos de prevención y el azar tan impredecible como las *mal-andanzas* de un "bicho"-*vinchuca picador* hematófago. Dráculas vernáculos de un "tercer mundo" de clases sociales oprimidas y alejadas de un sistema de asistencia médico-social, siempre insuficiente o directamente faltante.

Mujeres, además, con maridos o parejas que muchas veces no pueden contener las necesidades básicas de sus hogares y perciben las mismas inseguridades e inermidades, de quedar a merced de lo incomprensible e inevitable, *casi culpables* de su propia desgracia. Es lo que observamos y analizamos en espacios de medicina psicosocial insuficiente como los hogares sustitutos de chicos de la calle, las villas miserias, los asentamientos transitorios o cuasi definitivos, los chicos y adultos en situación de calle como hogar permanente de un sistema sociopolítico ferozmente injusto. Donde quedan estampados, tripanosomas y vinchucas mediante, *rancho rural* en el inicio de las generaciones familiares, como la cara social que soporta en sus rostros demacrados, excluidos, el rigor de las pestes naturalizadas de un siglo mercantilista e iluso de cuerpos idealizados y eternos de los detentadores del poder y la gloria banalizada. Mediatizada a ultranza en una sociedad del espectáculo a toda hora y costo, infectando comarcas rurales y ciudades espúreas.

Como ejemplo *espectacular actual* el ex ministro de salud pública del último y continuado gobierno, Gines González García, reconocía en la página web del Ministerio que "...a pesar de los avances logrados en las últimas décadas, la enfermedad de Chagas constituye aún la principal endemia en la República Argentina". E insiste en que "La problemática del Chagas le significa al sistema de salud por la atención a los enfermos sintomáticos un costo significativo, además del costo social de la patología y el costo en términos de discapacidad y calidad de vida de las personas afectadas". "Por tal motivo dentro de la política sanitaria nacional y de acuerdo con las líneas del llamado Plan Federal de Salud, se resolvió asignarle carácter prioritario a la prevención y erradicación de todas las formas de transmisión de la enfermedad. Esto



implicaría la puesta en marcha de estrategias integrales y diferenciadas, que hagan eje en la formación del recurso humano de la red interviniente, para posibilitar respuestas preventivas de índole ambiental, sanitaria, educativa y de hábitat saludable, contemplando el aspecto sociocultural de las comunidades". Palabras ministeriales e incumplimientos varios de programas de salud preventiva de *puro anuncio*.

¿Cómo queda colocada aquí la subjetividad en su singularidad especificada en este texto? : *Una mujer* que, de habitante rural enfermada y contaminante con culpas agregadas en la construcción de su subjetividad, se hace urbana en los avatares de la gran ciudad ancha y ajena e in-igualitaria que poco sabe de su padecer cotidiano, sus temores, su esquema corporal sobre ascuas y sus sueños contrariados y culpógenos.

La enfermedad de Chagas no sólo involucra los conocidos trastornos biológicos que la caracterizan sino que está íntimamente relacionada con las condiciones de *subdesarrollo*, o más bien de desarrollo y reparto inequitativo económico y social de vastas zonas endémicas de toda América Latina. Por eso, consideramos que es fundamental abordar esta problemática desde una perspectiva política justa y equitativa, transdisciplinaria y totalizadora, *pero al mismo tiempo singularizante y personalizada*. Con toma en cuenta en forma sistemática y profundizadora de las *fantasmáticas* que pueblan cotidianamente el largo calvario de una enfermedad polisintomática y estigmatizadora. Y que es entendida y vivida como un equívoco *naturalizado* de la naturaleza y un castigo culpabilizante por sus efectos sobre la cría humana.

Un extraño cruce entre una mujer y un tripanosoma cruzi, *bicho-vinchuca* mediante, en hogares-*ranchos* poco propicios para habitarlos humanamente. Visto el conjunto hogareño como transmisor temible y *desalmado* misterioso de una ecología descontrolada que pone entre paréntesis aún su anatomía, fisiología y rol de madre también transmisora culposa de dolor y enfermedad, descolocamiento social y subjetivo, con sufrimientos y consunciones como herencia.

Establecido como problema personal, subjetivo, y de clase social etiquetada, discriminada, con negación de los numerosos factores involucrados en la génesis de la enfermedad, a los cuales se suman aquellos del negligente poder político y económico de turno. Que hacen que esta enfermedad pase a constituirse no sólo en una tradicional enfermedad de la pobreza, sino en un paradigma de los mecanismos de ocultamiento y exclusión como forma de discriminación social y laboral de un sistema que lleva a su propia destrucción como espacio y organización humanos habitables y deseables. Como patogenia intrínseca de sociedad iatrogénica *per se*. A discutir, elaborar y transformar.

Y establecemos aquí el *momento de concluir* del historial supuesto de *La mujer* enferma de Enfermedad de Chagas, sus circunstancias y su contexto. En base a *la serie* de las singularidades subjetivas del vivir y decir acerca de su situación de paciente encontrada y trabajada en los avatares de nuestra experiencia de



entrevistas, en lo que denominamos clínica ampliada, en poblaciones en riesgo, a merced de sistemas de exclusión social y subjetiva, propiciadores de enfermedades evitables y culpabilidades mordaces y equívocas a destajo. Donde se hace indispensable, como señalé al principio, un posicionamiento de reafirmación médico-ética. que plantee que aunque los contextos sean diferentes el tratamiento de los mismos en forma igualitaria es un derecho y por lo tanto es responsabilidad de los médicos sostenerlos y ser garantía de su aplicación.

Prof. Dr. Carlos Repetto

Medico Psiquiatra de las Universidades de Buenos Aires, Argentina; y Barcelona, España - Psicoanalista de la Asociaciones Psiconalíticas Argentina e Internacional - Doctor en Salud Mental. UBA.

Profesor Consulto en Grado y Postgrado de las Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Buenos Aires

Enero 2011

Algunos tramos más específicos del texto que presento se basan en la lectura del Material Científico realizado por el Dr. Rubén A. Storino dentro del Centro de Investigación y Atención Médica Integral de la Enfermedad de Chagas, "Dr. Miguel Jörg", Fundación INCALP, La Plata, Argentina

