

Medicent Electrón. 2014 oct.-dic.;18(4)

HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE
CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

La atención a la cardiopatía chagásica crónica en la Unidad de Cuidados Intensivos

Health care for patients with chronic chagasic cardiopathy in the Intensive Care Units

Dr. Ramón Torres Cárdenas¹, MSc. Dra. Alina Ceballos Álvarez², MSc. Dra. María Obdulia Benítez Pérez³

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias y Emergencias. Asistente. Hospital Provincial Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Hospital Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jcimfr@capiro.vcl.sld.cu

DeCS: cardiomiopatía chagásica, unidades de cuidados intensivos.

DeCS: chagas cardiomyopathy, intensive care units.

En el 2008, la enfermedad de Chagas es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro del grupo de enfermedades tropicales denominadas «desatendidas». Actualmente, esta enfermedad no se limita a la zona tropical y afecta a más de mil millones de personas en el mundo. Con el aumento de la longevidad de pacientes infectados por *Trypanosoma cruzi*, en muchos casos se registra la presencia de comorbilidades, entre las que se destacan la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la diabetes mellitus y los trastornos de la función tiroidea.¹

Los estudios de seguimiento longitudinal demuestran que más del 70 % de los pacientes que padecen esta enfermedad permanecen durante toda su vida asintomáticos y sin lesiones aparentes, solo con la serología positiva; el 30 % restante evoluciona hacia el daño crónico; una tercera parte de ellos presenta complicaciones, dado lo avanzado de las lesiones cardíacas, y fallecen por insuficiencia cardíaca o arritmias ventriculares graves.¹⁻³

El trabajo que se comunica se realizó con el propósito de caracterizar la cardiopatía chagásica crónica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro de Diagnóstico Integral (CDI) del municipio de «San Casimiro», en el estado de Aragua, Venezuela, del 1ro de enero al 31 de diciembre de 2010. Se realizó un estudio prospectivo descriptivo longitudinal, que incluyó a nueve pacientes de ambos sexos que padecían la enfermedad de Chagas por un período de 20 años o más; estos acudieron al centro con manifestaciones clínicas de urgencias cardiovasculares. A todos se les realizó un examen clínico, electrocardiograma y teleradiografía de tórax. Se mantuvieron con una monitorización continua: electrocardiográfica, oximetría de pulso, tensión arterial y temperatura corporal; todos recibieron ventilación mecánica durante el ingreso.

La edad media de los pacientes estudiados fue de 68,3 años; en el grupo predominaron los hombres 66,7 %. Los motivos de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos fueron el síncope y la insuficiencia cardíaca descompensada.

Otros de los elementos que permitieron la caracterización fue el número de ingresos en el año en la Unidad de Cuidados Intensivos: el 33,3 % de los pacientes fueron ingresados más de una vez durante el estudio, y su promedio de estadía en la sala fue de cinco días. Al explorar la evolución clínica, se encontró que el 66,7 % de los pacientes se mantuvieron vivos.

Con relación al tratamiento farmacológico, este incluyó el uso de nitroglicerina endovenosa (0,3-0,5 ug/Kg/min) o sublingual (0,4 a 0,6 mg) cada 5 a 10 minutos, furosemina endovenosa 40 mg; enalapril por vía oral en dosis de 2,5 mg diarios o mayor –en dependencia de que las cifras de tensión arterial del enfermo alcancen valores normales o no– y digoxina (0,25-0,5 mg/día). En un paciente que no respondió al tratamiento antes descrito, se utilizó amrinona 0,37-0,75 mcg/Kg/min.

De acuerdo con los períodos de la cardiopatía chagásica, todos los pacientes del estudio se agrupaban en los estadios tres y cuatro, que se caracterizan por acentuación de los síntomas, como: palpitaciones, disnea, dolor precordial y síncope; además, se encontró cardiomegalia y alteraciones electrocardiográficas (bloqueo de rama derecha, hemibloqueo izquierdo, arritmia extrasistólica y arritmia severa) e insuficiencia cardíaca.^{4,5} Otros hallazgos clínicos propios de la enfermedad fueron: congestión, hipoperfusión periférica y caquexia cardíaca.

Según la literatura consultada, en la evolución natural de la enfermedad de Chagas, las alteraciones cardíacas aparecen de forma progresiva entre los 20 y los 30 años de evolución de la enfermedad, a partir de la primera infección,⁶ aspecto este que se corresponde con los pacientes incluidos en este estudio.

Las complicaciones más importantes son: arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca congestiva, tromboembolismo pulmonar y bloqueo auriculoventricular completo. Cuando la extensión del daño miocárdico es grave, como sucedió en los nueve pacientes estudiados, la enfermedad se manifiesta como una disfunción miocárdica, que puede ser segmentaria o global.⁶

El daño cardíaco en la enfermedad de Chagas es el mecanismo más importante responsable de la alta tasa de morbilidad y mortalidad en esta población. El control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus en pacientes con serología de Chagas positiva tiene que ser eficaz y cuidadoso. Las estrategias de tratamiento que se diseñen deben tener una perspectiva multi- e interdisciplinaria para desarrollar una prevención integral, un aspecto imprescindible en el seguimiento de los infectados para aminorar las complicaciones, elevar la calidad de vida de esta población y evitar la muerte, cuando esto sea posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization Control and prevention of Chagas disease in Europe. Report of a WHO Informal Consultation [internet]. Geneva: WHO; 2009 Dec. 17-18 [citado 21 nov. 2012]. Disponible en:
http://www.fac.org.ar/1/comites/chagas/Chagas_WHO_Technical%20Report_16_06_10.pdf
2. Guadalupe Pérez SM, Hernández Meléndrez E, Rodríguez Cabrera A. La enfermedad de Chagas como un rezago social en salud. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2011 ene.-mar. [citado 5 abr. 2012];37(1): [aprox. 15 p.] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Pinheiro de Andrade J, Marin Neto JA, Vincenzo de Paola AA, Vilas-Boas F, Moraes Oliveira GM, Bacal F, *et al.* I Diretriz Latino-Americana para o diagnóstico e tratamento da cardiopatía chagásica. Resumen ejecutivo. Arq Bras Cardiol [internet]. 2011 jun. [citado 2 oct. 2012];96(6):[aprox. 24 p.] Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Hotez PJ, Dumonteil E, Woc-Colburn L, Serpa JA, Bezak S, Edwards MS, *et al.* Chagas disease: “the new HIV/AIDS of the Americas.”. PLoS Negl Trop Dis [internet]. 2012 Mayo [citado 25 nov. 2012];6(5):[aprox. 5 p.] Disponible en:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362306/pdf/pntd.0001498.pdf>OK
5. Navarro M, Navaza B, Guionnet A, Lopez- Velez R. Chagas Disease in Spain: Need for Further Public Health Measures. PLoS Negl Trop Dis. [internet]. 2012 Dec. 27 [citado 25 ene. 2013];6(12):[aprox. 7 p.] Disponible en:
<http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0001962>.
 6. Machado FS, Jelicks LA, Kirchhoff LV, Shirani J, Nagajyothi F, Mukherjee S, *et al.* Chagas Heart Disease: Report on Recent. Developments. Cardiol Rev [internet]. 2012 Mar. [citado 6 mayo 2013];20(2):[aprox. 27 p.]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275684/pdf/nihms340803.pdf>

Recibido: 18 de enero de 2014

Aprobado: 17 de abril de 2014

Dr. Ramón Torres Cárdenas. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.