

La mujer portadora de enfermedad de Chagas. Sus circunstancias y su contexto

The woman carrier of Chagas disease. Your circumstances and context

Dra. Luisa Giménez¹

¹Miembro Titular Consejo de Enfermedad de Chagas Sociedad Sudamericanas de Cardiología -Fellow SIAC/Sociedad Sudamericana de Chagas. Prof. Adjunta. - Instituto de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló. Coordinadora APS- Instituto de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló. Docente Investigadora-Universidad Concepción del Uruguay. Facultad de Ciencias Médicas Entre Ríos. Argentina.

La enfermedad de Chagas continúa siendo un trascendente problema de salud pública a pesar del tiempo transcurrido desde su descubrimiento por Carlos Chagas. Es una enfermedad parasitaria sistémica, cuyo vector es el triatomino, un tipo de insecto hematófago que transmite un protozoo flagelado, *Trypanosoma cruzi*. Es considerada una enfermedad tropical y se encuentra distribuida en América. Originada en el ámbito rural, las migraciones han trasladado a los portadores y a los

enfermos a las grandes urbes. Se carece de datos precisos de prevalencia de infección en mujeres en todos los grupos etarios tanto en población general como en zonas donde se considera endémica la enfermedad de Chagas, sin embargo, una estimación global de la prevalencia de infección por *T. Cruzi* en mujeres embarazadas oscila entre 1 % y 40 %, con aproximadamente 1,8 millones de mujeres en edad fértil infectadas en América Latina. Los datos actuales de la OMS estiman 1 124 930 mujeres entre 15 y 44 años con infección por *T. Cruzi*. Algunos meta-análisis han estimado que el riesgo general de infección congénita por *T. Cruzi* en niños nacidos de madres infectadas es del 5 %, que varía de 0 a 28 años, 6 %). En América Latina, se han estimado más de 15 000 casos de enfermedad de Chagas congénita por año. La OPS en la nueva guía estima que se producen 28 000 nuevos casos cada año por transmisión vectorial, y otros 8 000 casos por transmisión congénita. La iniciativa ETMI-plus (eliminación de transmisión materna infantil) tiene por objetivo lograr y mantener la eliminación de la transmisión. La OPS, tiene entre sus objetivos específicos impulsar la adopción de la prevención secundaria de la enfermedad de Chagas congénita y para reducir la transmisión

CORRESPONDENCIA:

Dra. Luisa Giménez
Dirección: Instituto de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló
Tel: + 54 11 4576-6060
E-mail: ljgimenez@yahoo.com.ar

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:

Sin ningún conflicto de interés

Recibido en: Julio 20, de 2023

Aceptado en: Julio 25, de 2023

materno infantil es preciso adoptar el tamizaje de la infección por *T. Cruzi* en las embarazadas como parte de la atención prenatal universal, junto con la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de todos los recién nacidos cuyas madres estén infectadas. También se considera conveniente someter a pruebas de detección serológicas a los hermanos de los lactantes infectados por *T. Cruzi* (método de conglomerados). Los cambios estructurales que se producen en la miocardiopatía chagásica tienen su origen en la intensa fibrosis que se instala a partir de la agresión parasitaria y de múltiples mecanismos fisiopatológicos tales como lesión endotelial, alteración del sistema nervioso autónomo y neuroendocrino y otros aún desconocidos, que llevan a un remodelamiento y deterioro funcional progresivo, más importante que el de la enfermedad coronaria. Estos enfermos, en su mayor parte, de escasos recursos económicos, deben afrontar dificultades para cumplir con tratamientos costosísimos ocasionados por internaciones prolongadas, colocación de dispositivos electrónicos, trasplantes, discapacidades invalidantes con afectación de su calidad de vida para ellos y sus familiares. A pesar que el parásito no discrimina entre los pacientes según el sexo, las consecuencias son siempre más graves en el sexo femenino. La enfermedad fue descubierta por Carlos Chagas en una mujer Berenice Soares de Moura.

- A pesar de que estas diferencias por sexo ya han sido mencionadas en la literatura, las recomendaciones médicas y la conducta terapéutica son las mismas tanto en hombres como en mujeres. Este hecho probablemente se deba a la presencia poco representativa de las mujeres en los ensayos clínicos, y a la ausencia de evidencia que soporte la aplicación de medidas particulares en el sexo femenino.

Arritmias en mujeres

La evidencia, según los datos de los estudios publicados hasta el momento, nos muestra que las mujeres tienen una frecuencia cardíaca media superior, un intervalo QT más largo, una menor duración del complejo QRS, así como un menor voltaje de éste respecto a los varones. Asimismo, en las mujeres son más frecuentes la enfermedad del nódulo sinusal, la taquicardia sinusal inapropiada, la taquicardia supra ventricular intranodal, la taquicardia ventricular idiopática del ventrículo derecho, y el síndrome QT largo congénito y adquirido; en cambio, en los varones, la prevalencia de las siguientes arritmias es mayor: bloqueo auriculoventricular, hipersensibilidad del seno carotideo, fibrilación auricular, taquicardia supraventricular con vía accesoria, síndrome de Wolff-Parkinson-White, taquicardia ventricular por reentrada, fibrilación ventricular y muerte súbita, así como el síndrome de Brugada.

Diferencias entre los hombres y las mujeres:

GENÉTICAS
MORFOLÓGICAS
ENDOCRINOLÓGICAS
CARDIOVASCULARES
MICROVASCULARES
SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO
EMBARAZO
SOCIOCULTURALES La mayor parte de las personas que viven en situación de pobreza son mujeres. En comparación con los hombres, tienen un menor acceso a recursos, poder e influencia

- Con respecto a los dispositivos, se observó que tanto los varones como las mujeres obtienen un beneficio similar con el marcapasos y el desfibrilador, y tampoco hubo diferencias en el porcentaje de buena respuesta a la resincronización entre ambos sexos, con una supervivencia similar; sin embargo, llama la atención la escasa participación femenina en los estudios de investigación de todas las técnicas terapéuticas, tanto la ablación como la resincronización y el desfibrilador automático implantable.

Insuficiencia Cardíaca

- Se conoce que existen diferencias de sexo en cuanto a la epidemiología, manejo, respuesta al tratamiento y resultados a largo plazo de esta patología, principalmente por el efecto que producen las hormonas sobre el sistema renina angiotensina aldosterona, la respuesta a la injuria endotelial, el envejecimiento vascular y el remodelado del ventrículo izquierdo.
- Pese al reconocimiento creciente de la necesidad de información aplicable a la población femenina en cuanto a la salud cardiovascular, no se conocen estudios en Latinoamérica que hayan evaluado la prevalencia, la presentación clínica, la etiología ni el pronóstico de las mujeres con IC. Es imprescindible identificar preguntas relativas a las condiciones de vida, la fecundidad y el trabajo de las mujeres, así como comenzar en cada país un registro que permita conocer el estado de la salud cardiovascular de las mujeres latinoamericanas y avanzar en la reducción de inequidades
- La ICfEp tiene mayor prevalencia en mujeres que en hombres y los principales factores de riesgo para desarrollarla son la obesidad, el tabaquismo, la fibrilación auricular, siendo importante destacar también que la hipertrofia ventricular izquierda y la hipertensión arterial son predictores de desarrollo de la misma.
- 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 está presente la miocardiopatía se exacerban durante el embarazo, en muchas ocasiones provocan alteraciones hemodinámicas, son mal toleradas y se debe recurrir al tratamiento. En las taquiarritmias sostenidas los medicamentos de elección son la Digoxina y los β bloqueantes, mientras que la Adenosina y la Lidocaína no son

innocuas. Sin embargo, la Lidocaína 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 supra ventriculares pueden llegar a ser útiles la Propafenona y Fleicanida. Todos los tratamientos deben controlarse periódicamente el efecto proarrítmico adverso siempre puede hacerse presente con los fármacos de Clase I y II de Vaughan Williams 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.

Endotelio en la mujer

- La vasculatura de la mujer a nivel endotelial expresa receptores estrogénicos, los cuales facilitan la producción de óxido nítrico (NO) -mucho más que el hombre-. Existen diferencias en cuanto al tipo de fisiopatología, manifestaciones y pronóstico, diferentes de las enfermedades cerebro-cardio-reno-vasculares en la mujer. Y estas diferencias están marcadas por la función y por la disfunción de las células endoteliales. Las mujeres hacen mayor disfunción microvascular que los hombres. Hay evidencia que demuestra que el óxido nítrico (NO) basal es mayor en mujeres que en hombres.
- Los estrógenos además de marcar diferencias fenotípicas, lo hacen también en la fisiopatología vascular, ejercen una acción antioxidante, lo cual permite prolongar la vida media del NO que es de tan solo 5 segundos. En conclusión, desde las etapas embrionarias tempranas de la diferenciación, el genoma inicia y forma una estructura vascular diferente entre hombres y mujeres. Ellas producen más NO mediada por receptores estrogénicos con acciones genómicas y no genómicas y están programadas para cambios cíclicos hormonales que también inciden en la función endotelial.
- La mujer tiende a hacer más disfunción microvascular que el hombre, y en la menopausia -por pérdida en la producción del NO- hacen

más rigidez arterial, más HTA sistólica (mayor presión de pulso) y, por consiguiente, más accidente cerebrovascular. Los hombres también expresan receptores estrogénicos en su vasculatura y plaquetas, pero con menor densidad.

- El conocimiento de estas diferencias estructurales y funcionales de la vasculatura entre sexos, ha replanteado y ha hecho surgir el relativamente nuevo campo de Medicina de Géneros.

Chagas congénito

- La enfermedad de Chagas tiene cura en 9 de cada 10 niños cuando se trata durante la fase aguda, y en 7 de cada 10 tratados en la fase crónica. Y se estima que cada año nacen 1 300 niños infectados por transmisión congénita. **DETECCIÓN TEMPRANA:** En Argentina se hace el tamizaje universal en embarazadas y en bebés de 8 meses para detectar Chagas y se está trabajando en instaurar una pauta para tratar a las mujeres y niñas en edad fértil, con el fin de reducir la transmisión de madre a hijo durante el embarazo; en nuestro país estamos hablando de unas 450 mil mujeres y niñas. No obstante, los controles obstétricos no estarían alcanzando a la población objetivo.
- La mujer embarazada no puede recibir tratamiento parasiticida.

- La mujer no puede embarazarse si recibe tratamiento.
- Requiere información, educación sexual y provisión de anticonceptivos.
- Control durante el tratamiento.
- Chagas y discriminación.
- Manifestar la mujer es el vector de la enfermedad.
- Utilizar el término desparasitar.

El sexo del paciente influye en prácticamente todos los aspectos del individuo, desde la epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, progresión y pronóstico. A pesar de ello, existen grandes lagunas en el conocimiento de los mecanismos específicos de cada sexo, especialmente en el caso de las mujeres, dado que las pautas de tratamiento se basan predominantemente en ensayos clínicos con datos en su mayoría que provienen de pacientes varones. Todo ello justifica la necesidad de conocer mejor los factores de riesgo específicos de la mujer en el desarrollo de la patología cardiovascular.

Lecturas sugeridas

- Acuerdo Regional de los expertos de Las sociedades Sudamericanas de Cardiología.
- DOI: 10.13140/RG.2.2.10792.11528