

En esta ocasión, el Dr. Raúl Velázquez, médico de la provincia de Jujuy, ex presidente del Comité de Chagas de la FAC, nos responde preguntas referidas a la Cardiopatía Chagásica desde una mirada actual.



@cardiorosario ¿Qué prevalencia estimada tiene la Enfermedad de Chagas en Argentina?



@raulvelazquez Se estima que existen 1,5 millones de infectados, 56.000 casos nuevos por año. De estos, 1.500 bebés que nacen con la enfermedad transmitida por la madre. 12.000 muertes anuales (que para mí, es un valor subestimado). Lo más alarmante es que se encuentran 7 millones en riesgo de contraer la enfermedad.



@cardiorosario ¿Cuáles son las vías de transmisión más frecuentes en nuestro país?



@raulvelazquez La forma de transmisión más frecuente es la congénita, seguida por la vectorial, a través de la vinchuca, que deposita a través de sus deyecciones el parásito en la piel, y por el rascado, con la piel lesionada, ingresa al organismo.



@cardiorosario ¿Qué porcentaje de pacientes presentan compromiso cardíaco? ¿Cuáles son las manifestaciones cardiovasculares más frecuentes en esa población?



@raulvelazquez El 30 % presenta compromiso cardíaco, manifestándose con trastornos eléctricos: taqui o bradi arritmias. O trastornos del músculo cardíaco, produciendo distintos grados de insuficiencia cardíaca. Y menos frecuente, pero no menos importante, la muerte súbita.



@cardiorosario ¿Qué valor asignamos a las manifestaciones clínicas para sospechar compromiso cardíaco?



@raulvelazquez La aparición de manifestaciones clínicas nos indican distintos grados de compromiso cardíaco. Más importante es tener en cuenta que la primera manifestación clínica puede ser la muerte súbita.



@cardiorosario ¿Cuáles son los métodos diagnósticos más útiles para el seguimiento de pacientes antes de observar compromiso cardiovascular?



@raulvelazquez Primero me preguntaría que estudios realizaría para descartar compromiso cardiovascular: para los trastornos del ritmo, el ECG, holter, prueba de esfuerzo, teniendo en cuenta que los resultados negativos de estos NO descartan riesgo de muerte súbita. Las imágenes: ecocardiograma, sumados al strain, y la resonancia magnética nuclear son de vital importancia para descartar compromiso cardiovascular. Ahora sí, una vez descartado, haría el seguimiento con ECG, holter, prueba de esfuerzo con una etapa de recuperación más prolongada, ecocardiograma, ecocardiograma con strain, dado que se puede determinar antes alteraciones incipientes.



@cardiorosario ¿Con qué frecuencia se debe evaluar a pacientes que aún no presentan compromiso cardíaco en el consultorio de cardiología?



@raulvelazquez El seguimiento de estos pacientes se debe realizar cada año mínimo, y comunicarles que, ante la aparición de sintomatología, deben concurrir a la consulta.



@cardiorosario ¿Cuáles son los scores de riesgo utilizados actualmente y cuál es su utilidad?



@raulvelazquez La enfermedad de Chagas tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas y por lo tanto un pronóstico variable, con gran variación individual. Esto hace que la evaluación del riesgo de estos pacientes sea esencial para la toma de decisiones. Se han estudiado factores predictivos independientes de muerte, donde las imágenes como el ecocardiograma, el strain rate, y la RMI han tomado relevancia en la identificación de paciente de alto riesgo. El score de A. Rassi, usado habitualmente, que indica muerte global, es insuficiente (bajo mi humilde opinión) para determinar paciente de alto riesgo de muerte súbita en los pacientes con fracción de eyección preservada. CONCLUSIÓN: individualizar es la clave.



@cardiorosario ¿Hasta cuándo puedo iniciar un tratamiento antiparasitario?



@raulvelazquez Se debe hacer tratamiento parasiticida en la fase aguda independientemente de la edad. En la etapa crónica en niños y adolescentes hasta los 19 años, mujeres en edad fértil, en inmunodeprimidos reagudizados.



@cardiorosario ¿Qué diferencias y especificaciones tiene el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en esta población?



@raulvelazquez La IC en el paciente chagásico se diferencia, por la aparición en edad más temprana, y con mayor mortalidad. La aparición de IC, es un factor independiente de mortalidad. Con el avance del tratamiento para la IC de otros orígenes, no hay evidencia en cardiopatía chagásica. En un mundo ideal estaría indicado el tratamiento médico óptimo para IC, las precauciones estarían en la titulación, por tener disautonomía, hipotensión, bradicardia, que deben requerir MCP, CDI, y en la TRC un párrafo aparte, recomiendo de tipo Hisiana, que a diferencia de la TRC bicameral, presenta buena respuesta. El CDI, muchas veces debe acompañarse con ARF endo y epicárdica, incluso neuro ablación más tratamiento médico. Lo que habla de lo complejo del tratamiento en estos pacientes. Todo este arsenal incluso puede usarse como puente al trasplante cardíaco.



@cardiorosario ¿Cuándo sospechamos reactivaciones y cómo las tratamos?



@raulvelazquez Se debe sospechar reagudización de la enfermedad en el paciente que viajó a zonas endémicas y regresa con descompensación o agravamiento de los síntomas. En pacientes inmunodeprimidos de origen viral o medicamentoso, que comienzan con manifestaciones como palpitaciones o progresión de la clase funcional