

# Cambios en el paradigma de la conducta clínica y terapéutica de la Enfermedad de Chagas: avances y perspectivas en la búsqueda de la integralidad de la salud

doi: 10.5123/S1679-49742016000500003

João Carlos Pinto Dias<sup>1</sup>  
Leandro Del Grande Cláudio<sup>2</sup>  
Mayara Maia Lima<sup>2</sup>  
Pedro Albajar-Viñas<sup>3</sup>  
Rafaella Albuquerque e Silva<sup>2</sup>  
Renato Vieira Alves<sup>2</sup>  
Veruska Maia da Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte-MG, Brasil

<sup>2</sup>Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

<sup>3</sup>Organização Mundial da Saúde, Departamento de Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas, Ginebra, Suíza

El perfil epidemiológico de la Enfermedad de Chagas en Brasil fue sustancialmente alterado con el exitoso resultado de las acciones de control, además de las transformaciones ambientales y de orden socioeconómico por las que viene pasando el país.<sup>1</sup> El escenario tradicional de transmisión vectorial intradomiciliario, mayoritario desde el descubrimiento de la enfermedad y responsable de decenas de miles de casos ocurridos anualmente, cedió lugar a la transmisión ligada al ciclo silvestre del parásito y actualmente, se concentra en la Región Amazónica, reflejado en cerca de 150 casos nuevos/año.<sup>2,3</sup>

Como indicador del impacto positivo del control, en paralelo con la drástica reducción de la infestación domiciliar por los principales vectores, la prevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi*, estimada en más del 5% entre niños de áreas endémicas durante la década de 1960, se redujo a menos del 2% en los años 1990. Los hallazgos de la última encuesta nacional, realizada en 2008, indican que actualmente esta prevalencia es inferior al 0,1%.<sup>4</sup>

Se añadió a los avances del control el cambio del perfil tradicional de la enfermedad, como consecuencia de los movimientos de migración rural-urbana sucedidos en América Latina entre los años 1970 y 1980. La urbanización de la enfermedad, inicialmente, aumentó la prevalencia de la infección por transfusión de sangre.<sup>5</sup> Dada la relevancia del problema detectado, en el contexto de la implementación del control de la transmisión transfusional de otras infecciones -especialmente del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a partir de 1980-, se buscó el control de esa vía de transmisión de la Enfermedad de Chagas.<sup>6</sup>

No obstante el considerable impacto de las actividades de prevención y control adoptadas en el ámbito de las políticas nacionales, se estima que todavía existe más de un millón de personas viviendo con la infección por *T. cruzi* en Brasil, revelando la magnitud de la enfermedad como condición crónica.<sup>7</sup> Entre los años de 2009 y 2013, se registraron 23.568 óbitos cuya causa básica fue la Enfermedad de Chagas.<sup>8</sup> Tal volumen de casos fatales demanda esfuerzos de

## Correspondencia:

Veruska Maia da Costa – Setor Comercial Sul, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal, 2º andar, Brasília-DF. CEP: 70304-000.  
E-mail: chagas@saude.gov.br



articulación de las acciones de vigilancia en salud, con comprometimiento multisectorial, principalmente concentrados en el eje de la participación efectiva de la red asistencial del Sistema Único de Salud (SUS).

Estos esfuerzos involucran procesos de toma de decisiones, fundamentados en evidencias científicas. Los desafíos para su consecución se encuentran en el control o eliminación de las enfermedades descuidadas. Como ejemplo, a pesar del creciente aumento en las inversiones mundiales en salud, se observa un desequilibrio en la inyección de recursos dirigidos a las enfermedades olvidadas.<sup>9</sup>

En Brasil, se vuelve imprescindible el papel del Estado en la superación de esa laguna y en la priorización y financiación de investigaciones relacionadas a los agravamientos dejados de lado. Con relación a la Enfermedad de Chagas, pliegos publicados por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MCTI) y el Ministerio de Salud (MS), por su Departamento de Ciencia y Tecnología de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE/MS), lanzaron llamadas para investigaciones en enfermedades descuidadas y más recientemente, un edicto específico para la Enfermedad de Chagas

Particularmente, se destaca el papel de otras organizaciones, brasileñas e internacionales, las que vienen conduciendo ensayos clínicos de nuevos compuestos para el tratamiento de la Enfermedad de Chagas, buscando un mejor perfil de seguridad y eficacia que el ofrecido por los tratamientos actuales, o la evaluación de su asociación con otros fármacos.<sup>10</sup>

Publicado en 2015, los resultados del estudio prospectivo multicéntrico aleatorizado, denominado BENEFIT, mostraron que en pacientes con cardiopatía instalada, el deterioro clínico cardíaco no se redujo significativamente con el uso del benznidazol, a pesar de la reducción de la detección del parásito, evaluado por la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El estudio también reveló diferencias regionales en la respuesta terapéutica, y buena tolerancia, en general, al fármaco empleado.<sup>11</sup> Sobre el beneficio clínico, los resultados van de encuentro a otros estudios y de la propia experiencia acumulada en los diversos países, que sugieren, fuertemente, el tratamiento etiológico como un procedimiento capaz de (i) minimizar o retardar la progresión de la enfermedad porcentual significativo de casos en la forma indeterminada y en los con ausencia

de cardiopatía avanzada,<sup>12-14</sup> además de (ii) disminuir la oportunidad de transmisión congénita cuando mujeres infectadas son tratadas previamente a la gestación.<sup>15,16</sup>

Se muestra evidente, por lo tanto, la necesidad de revisar los criterios de inclusión y exclusión en el protocolo de tratamiento antiparasitario, dentro de rigurosos parámetros, según la evidencia científica disponible y la precisión de la indicación. Frente al escenario actual de la enfermedad, especialmente en América Latina, se corre un riesgo importante de pérdida de la oportunidad de tratar a algunos millones de infectados en forma indeterminada o incluso en formas clínicas iniciales.

En esta coyuntura, se destaca la importancia de la elaboración de un Protocolo Clínico y de Directrices Terapéuticas de la Enfermedad de Chagas (PCDT), mediante la revisión y actualización periódica de las directrices nacionales para diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de los individuos infectados en sus diferentes fases y formas clínicas. El Ministerio de Salud viene trabajando en la construcción de ese protocolo, con el objetivo de garantizar que las directrices nacionales atiendan a la totalidad de los servicios de salud y subsidiar a gestores, profesionales y usuarios del SUS en el cumplimiento de ese principio.

De la misma forma, la revisión y actualización del Consenso Brasileño en Enfermedad de Chagas<sup>17</sup> se hizo necesaria y extremadamente oportuna, sea para corresponder a los constantes avances científicos, sea para responder al desafío de los cambiantes escenarios eco-epidemiológicos y sociales de la enfermedad en el país.

El Consenso Brasileño en Enfermedad de Chagas, publicado en 2005, fruto del trabajo conjunto de la comunidad académica y de instituciones del SUS, es un precursor de un cambio de mirada sobre la enfermedad en Brasil, resumido en tres grandes ejes: (i) la necesidad de mantener la vigilancia en las áreas de control de la transmisión intradomiciliaria; (ii) emergencia de formas de transmisión ligadas al ciclo silvestre, especialmente a la transmisión por vía oral, poco susceptible a las estrategias tradicionales de control; y (iii) la atención a los individuos con la infección crónica.

Se ha señalado que el tratamiento de las personas infectadas por *T. cruzi* no debe restringirse sólo a la farmacoterapia específica y sintomática, y debe proporcionarles una atención integral, independiente de la forma clínica.

El Decreto N° 7.508, de 28 de junio de 2011, al disponer sobre la organización del SUS y la asistencia a la salud, preconiza que, para garantizar la integralidad, los servicios deben ser organizados en forma de una Red de Atención a la Salud (RAS), caracterizada por la proposición de relaciones horizontales entre los locales de atención, promoviendo la integración sistémica de acciones y servicios de salud, centrada en las necesidades en salud de la población y la responsabilidad de una atención continua de calidad, responsable y humanizada.<sup>18,19</sup>

A partir de los fundamentos conceptuales y operativos esenciales al proceso de organización de la RAS, el Ministerio de Salud elaboró las directrices para el cuidado de las personas con enfermedades crónicas por las redes de atención a la salud, con líneas de cuidados prioritarios<sup>20</sup> para las enfermedades/factores de riesgo más prevalentes: enfermedades renocardiovasculares; diabetes; obesidad; enfermedades respiratorias crónicas; y cáncer (de mama y de cuello del útero).

A pesar de que estos agravamientos no son transmisibles, las directrices también son aplicables a la Enfermedad de Chagas, cuya cronicidad - a pesar de

su especificidad clínica-, se relaciona principalmente con alteraciones cardiovasculares y digestivas. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) trajo una nueva y más amplia contribución a la definición de las condiciones crónicas, al considerar: cuando las enfermedades transmisibles se vuelven crónicas, esa delimitación entre 'transmisible' y 'no transmisible' se muestra artificial e innecesaria, y puede no ser tan útil como son los términos 'agudo' y 'crónico' para describir el espectro de los problemas de salud.<sup>21</sup>

La atención al portador de Enfermedad de Chagas en el SUS exige el desarrollo de una amplia red jerárquica de servicios que, una vez distribuida geográficamente, según la endemidad de la región, provea la atención ambulatoria básica, en las diversas modalidades clínicas de la infección. Concomitantemente, deben desarrollarse acciones de Salud Pública<sup>22</sup> con participación de equipos multidisciplinarios, no sólo para el tratamiento antiparasitario, sino también para promover mejoría de la calidad de vida, considerando, inclusive, los aspectos psicosociales y todo el estigma relacionado con la enfermedad.

## Referencias

1. Silveira AC. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44 supl 2:122-4.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas. *Bol Epidemiol.* 2015;46(21):1-9.
3. Silveira AC, Dias JCP. O controle da transmissão vetorial. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44 supl 2:52-63.
4. Ostermayer AL, Passos ADC, Silveira AC, Ferreira AW, Macedo V, Prata AR. O inquérito nacional de soroprevalência de avaliação do controle da doença de Chagas no Brasil (2001-2008). *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44 supl 2:108-21.
5. Moncayo A, Silveira AC. Current epidemiological trends for Chagas disease in Latin America and future challenges in epidemiology, surveillance and health policy. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2009 Jul;104 Suppl 1:17-30.
6. Junqueira PC, Rosenblit J, Hamershlak N. História da hemoterapia no Brasil. *Rev. Bras Hematol Hemoter.* 2005 jul-set;27(3):201-7.
7. World Health Organization. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. *Weekly Epidemiol Rec.* 2015 Feb;90(6):33-43.
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Informações de Saúde (Tabnet): estatísticas vitais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2015 nov 20]. Disponível em: Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
9. Andrade BLA. A produção do conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2015.
10. Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas. Estratégia da DNDi [Internet]. Rio de Janeiro: Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas; 2015 [citado 2015 nov 16]. Disponível em: Disponível em: <http://www.dndial.org/pt/doencas-negligenciadas/doenca-de-chagas/estrategia-da-dndi.html>

11. Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A, Sosa-Estani S, Rassi Júnior A, Rosas F, et al. Randomized trial of benznidazole for chronic Chagas' cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 2015 Oct;373(14):1295-306.
12. Bern C, Montgomery SP, Herwaldt BL, Rassi Junior A, Marin-Neto JA, Dantas RO. Evaluation and treatment of Chagas disease in the United States: a systematic review. *JAMA*. 2007 Nov;298(18):2171-81.
13. Rassi Júnior A, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. *Lancet*. 2010 Apr;375(9723):1388-402.
14. Fragata FAA. Tratamento etiológico da doença de Chagas. *Rev Soc Cardiol Estado de Sao Paulo*. 2009; 19(1):2-5.
15. Murcia L, Carrillero B, Munoz-Davilla MJ, Thomas MC, Segovia M. Risk factors and primary prevention of congenital Chagas disease in a nonendemic country. *Clin Infect Dis*. 2013 Feb;56(4):496-502.
16. Fabbro DL, Danesi E, Oliveira V, Codebó MO, Denner S, Heredia C, et al. Trypanocide treatment of women infected with *Trypanosoma cruzi* and its effect on preventing congenital Chagas. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014 Nov;8(11):e3312.
17. Dias JCP, Ramos Júnior AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(nº esp):7-86.
18. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2011 jun 29;Seção 1:1.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2010 dez 31;Seção 1:88.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
21. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial [Internet]. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003 [citado 2015 nov 16]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccportuguese.pdf>
22. Gontijo ED, Rocha MOC, Oliveira UT. Perfil clínico-epidemiológico de chagásicos atendidos em ambulatório de referência e proposição de modelo de atenção ao chagásico na perspectiva do SUS. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1996 abr;29(2):101-8.