

# CAPITULO X

---

## CHAGAS Y DISCAPACIDAD



## Enfermedad de Chagas y discapacidad

Dres. Mitelman J Herrera G, Lifschitz A, Tomasella M ; Giménez L Marconcini G;

El Chagas es una enfermedad compleja caracterizada por su evolución silenciosa, y por diversos factores que condicionan su desarrollo. El impacto de la enfermedad está asociado a factores socioculturales y político-económicos. Los más afectados por sus complicaciones y consecuencias son los hombres y mujeres entre 30 y 40 años, que ven limitada su vida de relación, su capacidad laboral y su calidad de vida.

Lamentablemente en la Argentina no hay datos objetivos referidos a morbilidad y discapacidad a pesar que la ley 24657 del año 1996 en su artículo 2º establece la necesidad de impulsar acciones conducentes a lograr el relevamiento de personas con discapacidad por parte de los diversos organismos de la esfera municipal provincial y nacional <sup>1</sup>.

En muchas comunidades las personas desconocen su enfermedad o esta no es diagnosticada y controlada oportunamente. Los términos y definiciones utilizados para clasificar y diagnosticar las distintas etapas fueron unificados en los consensos del consejo de Chagas de la S.A.C.<sup>2,3</sup>

Un informe reciente del Banco Mundial<sup>4,5</sup> señala a la enfermedad de Chagas como cuarta causa de pérdida económica debida a la morbilidad cuando se mide en años de vida perdidos por discapacidad (DALYs o AVADS).

ENFERMEDAD DE CHAGAS					
DALYs (miles)			Muertes (miles)		
Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
649	333	316	13	7	6

DALYs (Disability Adjusted Life Years = Años de vida ajustados en función de la discapacidad AVADS).

Las implicancias económicas derivadas de la enfermedad, serían una obligada jubilación anticipada de los cardiopatas chagásicos, a la que se le sumaría el costo general de la atención médica y los accidentes de trabajo.

Muchos de los infectados y afectados viven en medios rurales ignorando ser portadores y/o enfermos, realizando sus tareas habitualmente sin control médico. En el caso de consultar,



muchas veces la patología ya se ha declarado. Otros se han desplazado a centros urbanos y son los que podrían ser controlados en los servicios de medicina laboral.

En nuestro país se estima que hay alrededor de 2.200.000 personas con discapacidad según datos del ENDI 2003 <sup>6</sup> (Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad). Las principales causas están relacionadas con la salud y el ambiente. Entre las primeras se encuentran las enfermedades infecciosas como el Chagas. La OPS destaca la relación entre discapacidad y pobreza. Ambas están fuertemente interrelacionadas; la pobreza conduce a un aumento de la discapacidad y esta genera más pobreza.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) fue publicada por la OMS en 1980 como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades (así como de los traumatismos y otros trastornos) y de sus repercusiones en la vida del individuo; sin embargo, no definiría con suficiente claridad el papel desempeñado por el entorno social y físico en el proceso discapacitante. La CIDDDM tenía por objeto ofrecer un marco conceptual para la información relativa de las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF-OMS) heredera de la CIDDDM, señala por primera vez al entorno físico y social como un factor decisivo en la discapacidad. La persona enferma es incapaz de seguir desempeñando su rol social habitual y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás. <sup>7</sup>

Existen tres términos relacionados con la enfermedad:

- a) **Deficiencia**; anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa (las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano).
- b) **Discapacidad**; es consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo.
- c) **Minusvalía**; desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades.

Es importante señalar que mientras los médicos relacionamos la alteración de la capacidad funcional con las consecuencias de la enfermedad, la ley lo hace a consecuencias de tipo económico y laboral, no siendo los contextos iguales, con interpretaciones frecuentemente diferentes. Como bien define Friedeberg<sup>8</sup>, el médico piensa como causa en los factores que originaron la enfermedad; el abogado, cualquier factor ambiental que contribuya o agrave el proceso patológico.

La enfermedad chagásica en su progresión compromete el miocardio (sistema excito-conductor del corazón con sus consecuencias: enfermedad del nódulo sinusal, bloqueos aurículoventriculares completos así como el desarrollo de insuficiencia cardiaca, arritmias graves y muerte súbita), el aparato digestivo (megavísceras), el sistema nervioso



(polineuropatías; accidentes cerebrovasculares) y la visión nocturna (alteración de los bastones) ocasionando diferentes discapacidades, muchas de ellas asociadas. En el caso de la insuficiencia cardiaca, creemos adecuado utilizar la clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) que define cuatro clases en base a la valoración subjetiva que hace el médico durante la anamnesis sobre la presencia y severidad de la disnea.

<b>CF I</b>	Actividad habitual sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.
<b>CF II</b>	El paciente tolera la actividad habitual, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.
<b>CF III</b>	La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la habitual, está notablemente limitado por la disnea.
<b>CF IV</b>	El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física.

La clasificación funcional tiene un importante valor pronóstico. La evaluación periódica permite seguir la evolución y la respuesta a diferentes tratamientos.

En la evaluación de la capacidad funcional cardiaca, la anamnesis, el examen clínico minucioso, el electrocardiograma, la radiografía de tórax, el análisis completo, la prueba ergométrica y la ecocardiografía (FVI sistólica y diastólica, alteraciones de la motilidad, diámetros; trombos y aneurismas de punta), permiten establecerla. El Holter es una herramienta fundamental para el control, evolución y tratamiento de las arritmias auriculares y ventriculares (clasificación de Lown<sup>9,10</sup>); así como los trastornos de la conducción aurículoventriculares e intraventriculares.

Grupo	Características
0	Ausencia de extrasístoles
1	Menos de 30 extrasístoles hora
2	Más de 30 extrasístoles hora
3	Extrasístoles polimórficas
4a	Duplas de extrasístoles
4b	Salvas de 3 o más extrasístoles
5	Fenómeno R/T – TV

El decreto 478/98 establece las metodologías de evaluación uniformes para determinar el grado de incapacidad laborativa.



Actualmente se utiliza el siguiente baremo para determinar la discapacidad laboral de causa cardiaca<sup>11</sup>:

CLÍNICA Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1. Serología +, ECG normal o BCRD	Infestación chagásica	0%
2. Serología +, ECG con: BIRD + BAV 1° HBAI + BIRD HBAI + BCRD BCRD + BAV 1° grado BIRI Todos con pruebas cardiológicas normales	Enfermedad de Chagas sin repercusión hemodinámica	5 – 15%
3. Serología +, ECG con BCRI o BCRD con ECO compatible con miocardiopatía dilatada	Miocardiopatía chagásica	70%
4. Serología +, ECG con HBAI, BCRD y BAV 1° grado	Miocardiopatía chagásica	70%
5. Serología +, ECG con bradicardia sinusal + HBAI + BCRD o enfermedad del nodo sinusal	Miocardiopatía chagásica	70%
6. Serología +, ECG ESV monofocales aisladas o frecuentes, sin otras pruebas cardiológicas patológicas	Enfermedad de Chagas sin repercusión hemodinámica	5 – 15%
Serología +, ECG ESV aisladas o frecuentes, bifocales, sin pruebas cardiológicas patológicas	Enfermedad de Chagas sin repercusión hemodinámica	5 – 15%
Serología +, ECG EV monofocales aisladas o frecuentes, sin pruebas cardiológicas patológicas	Enfermedad de Chagas sin repercusión hemodinámica	5 – 15%
Serología +, ECG EV monofocales aisladas o frecuentes, con pruebas cardiológicas levemente patológicas	Enfermedad de Chagas con leve repercusión hemodinámica	15 – 30%
Serología +, ECG ESV aisladas o frecuentes, bifocales, con pruebas cardiológicas levemente patológicas	Enfermedad de Chagas con leve repercusión hemodinámica	15 – 30%
Serología +, ECG EV monofocales aisladas o frecuentes, con pruebas cardiológicas patológicas moderadas o severas	Enfermedad de Chagas con moderada a severa repercusión hemodinámica	30 – 70%
Serología +, ECG ESV aisladas o frecuentes, bifocales, con pruebas cardiológicas patológicas moderadas o severas	Enfermedad de Chagas con moderada a severa repercusión hemodinámica	30 – 70%

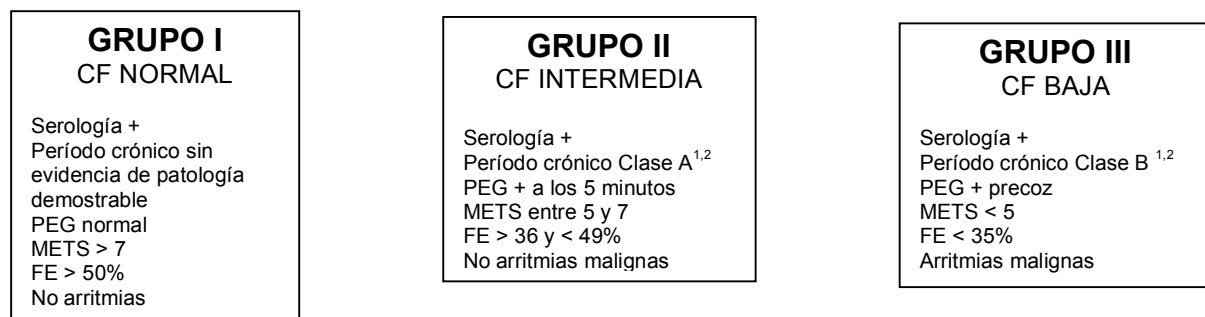


Serología +, ECG EV polifocales aisladas con estudios cardiológico en límites normales	Enfermedad de Chagas con arritmia sin repercusión hemodinámica	30 – 45%
Serología +, ECG EV polifocales frecuentes	Enfermedad de Chagas con arritmia severa	70%
7. Serología + y clínica de fallo de bomba	Enfermedad de Chagas con severa repercusión hemodinámica	70%
8. Serología +, ECG Mmicrovoltajes generalizados con estudios cardiológicos normales	Enfermedad de Chagas sin repercusión hemodinámica	5 – 15%
Serología +, ECG Mmicrovoltajes generalizados con estudios cardiológicos levemente patológicos	Enfermedad de Chagas con leve repercusión orgánica	30 – 45%
Moderados a severos	Enfermedad de Chagas con moderada a severa repercusión orgánica	45 – 70%
9. Serología + más aneurisma de VI	Miocardiopatía chagásica con aneurisma del VI	70%

Según nuestra opinión el baremo (evalúa los daños derivado de accidentes o enfermedades) es complejo para su utilización habitual por lo cual, creemos necesario utilizar un algoritmo más ágil. Nosotros proponemos adaptar las guías de capacidad funcional y laboral de la cardiopatía coronaria de la Sociedad Española de Cardiología<sup>12</sup> a la enfermedad de Chagas con sus características peculiares, considerando que este agrupamiento facilitaría los dictámenes de discapacidad laboral, al ser menos engorrosos que los que plantea la ley y más claros para el profesional que debe tomar una decisión tan importante, como la de fijar una incapacidad definitiva.

## CARDIONEUROPATIA CHAGÁSICA

### CAPACIDAD FUNCIONAL



La serología reactiva para Chagas por si sola no significa enfermedad clínica ni presupone discapacidad. El aumento o disminución de los títulos serológicos en un paciente con infección de larga data no significa agravamiento ni mejoramiento respectivamente de su infección chagásica. La ley 26.281 prohíbe realizar reacciones serológicas para determinar la infección chagásica a los aspirantes a cualquier tipo de empleo o actividad.

Los individuos serologicamente positivos; examen clínico; electrocardiograma y radiografía de tórax normal y prueba de esfuerzo negativa, no deberán ser restringidos en su actividad física ni laboral<sup>13</sup>.

Esta clasificación no es estática pudiendo pasar, por las intervenciones terapéuticas, del grupo III al II o, por el contrario, la progresión de la enfermedad puede agravar la capacidad funcional.

En la valoración de la capacidad funcional se deberá tener en cuenta que la mayoría de la población con enfermedad de Chagas está afectada de alteraciones en su nutrición y otras comorbilidades. La prueba de esfuerzo para evaluar la CF debe tener en cuenta la edad, el sexo y actividad física que realiza el paciente. La prueba máxima sólo estaría indicada en pacientes de sexo masculino entrenados en trabajos de esfuerzo.<sup>14,15</sup>

Los portadores de enfermedad cardíaca chagásica: sin cardiomegalia con reserva cardíaca conservada al esfuerzo que presenten las siguientes arritmias deberán exceptuarse del trabajo físico intenso o de actividades con riesgos para terceros (aviadores, choferes, etc)<sup>12</sup>:

- Bloqueos intraventriculares avanzados (BCRD, HBAI)
- Disfunción sinusal
- Marcapasos cardíacos definitivos,
- Arritmias corregidas por el tratamiento,
- Aquellos pacientes con arritmias refractarias o con cardiomegalia, sin signos de insuficiencia cardíaca solo podrían desempeñar actividades sedentarias.

Los pacientes con tratamientos eléctricos surgidos de las arritmias de base o de su insuficiencia cardíaca tales como MCP, CDI, resincronizadores y resincronizadores con función de CDI tendrán su actividad laboral limitada.

La presencia de insuficiencia cardíaca grados III y IV; el trasplante cardíaco y el paciente portador de CDI y resincronizador, contraindican la actividad laboral.

En el caso de las megavísceras los pacientes presentan discapacidad mientras no se resuelve su cuadro quirúrgicamente. En cambio las neuropatías, con sus trastornos motores y sensitivos, los accidentes cerebrovasculares y las alteraciones visuales tienen el carácter de definitivas, determinando diversos grados de incapacidad. En muchos casos el tratamiento con Benznidazol ha ocasionado polineuropatías de carácter definitivo.



En la enfermedad de Chagas las estadísticas sobre los costos por ausentismo laboral y por incapacidad transitoria o definitiva son incompletas o subregistros, ya que al tratarse de una población que carecería de trabajo estable o este en su mayoría es de carácter informal, no son captadas por las mismas. En nuestro país hay zonas donde el 50% de la población es chagásica y el 25% tienen algún grado de discapacidad (provincia del Chaco; Defensoría de la Nación)) El Certificado de Discapacidad es un documento público que permite el ingreso de las personas con alguna o varias discapacidades al Sistema Integral de Protección, siendo la norma legal que lo regula la Ley Nacional 22.431, que en su capítulo 2 *considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional, permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, educacional o laboral.*

En su artículo 1, otorga un sistema de protección integral de la persona discapacitada, asegurándole atención médica, educación y seguridad social, brindando la oportunidad de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen el resto de las personas.

En el artículo 3 el Ministerio de Salud a través del Servicio Nacional de Rehabilitación certifica en cada caso la existencia de discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación de la persona.

Para certificar se tienen en cuenta los clasificadores Internacionales CIDIM-CIF, y los grandes capítulos involucran las discapacidades motoras, mentales sensoriales y viscerales.

La certificación provee beneficios: pase libre de transporte, obtención de franquicia para compra de automotores, libre estacionamiento, regímenes de asignaciones familiares a través del ANSES, trámites en Obras Sociales, descuentos en medicamentos, acceso a prestaciones básicas en prevención, asistencia, y rehabilitación integral de la persona discapacitada.

En general las personas que solicitan la certificación son enfermos sintomáticos, no cuentan con cobertura médica, están desempleados y proceden en su mayoría de las provincias del norte de nuestro país o desde países limítrofes, nacionalizados o con residencia precaria.

La enfermedad de Chagas se certifica dentro del capítulo de discapacidades viscerales, dentro de la especificación de Cardiológicas.

Durante el año 2006 se otorgaron 32.324 certificados; por discapacidad visceral 1.969 (5.25%) procedentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Bs. As. De ellos, 400 correspondieron a discapacidad visceral por deficiencias cardiológicas (20,31%) y con enfermedad de Chagas como antecedente se emitieron 25 certificados (6,25%).

Es importante señalar que muchas de las incapacidades se determinan por sus consecuencias antes que por su etiología, siendo evidente, insistimos, el subregistro.

Desde el punto de vista laboral, según nuestra opinión deberían ser incluidos los pacientes del grupo III indefectiblemente dentro de las incapacidades; con respecto al grupo II de acuerdo a la respuesta terapéutica y actividades que desarrolla, podrían o no realizar actividades laborales. En el caso de cumplirlas, lo harían con controles periódicos de evolución. Lo mismo





se plantearía en el caso de las neuropatías, accidentes cerebrovasculares y alteraciones de la visión, que de acuerdo a su reversibilidad o no, la incapacidad sería permanente o transitoria. En la Unidad de Cardiología del Hospital Álvarez utilizamos un protocolo de rehabilitación cardiovascular, método terapéutico de suma utilidad, que permite su reinserción social, familiar y laboral.

Durante el año 2003 mediante el decreto 1167/03 se incorporó la enfermedad de Chagas en el listado de enfermedades profesionales solamente en su fase aguda, en las actividades que por su exposición a la misma se ven afectadas tales como los trabajadores rurales ;que vivan en ranchos y no tuviesen antecedentes serológicos reactivos, personal de laboratorio y cirujanos que hubiesen manipulado material biológico contaminado y los trabajadores que estuviesen abocados al rociado de viviendas para el control de la endemia.

La salud es un indicador de desarrollo de un país. Creemos que es imprescindible comprender que estos grupos con dificultades para insertarse en el mundo laboral, social y médico, necesitan l de programas innovadores y políticas de desarrollo social y económico a largo plazo para lograr un futuro mejor que el actual. Deben implementarse estrategias institucionales que atiendan las diferentes aristas del problema .y den solución a las necesidades de asistencia integral de los afectados por las consecuencias de esta enfermedad cuyo origen es la falta de respuesta a la pobreza estructural.



## Referencias bibliográficas

1. *Boletín Oficial Ley 24657. Consejo Federal de Discapacidad 1996*
2. *Consejo de enfermedad de Chagas y Miocardiopatías Infecciosas Dr. Salvador Mazza. Jornada de actualización de la clasificación clínica de la enfermedad de Chagas. Rev. Col. Argent. Cardiol. 1998; 3:26-27.*
3. *Guías clínicas prácticas de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas. Consejo de Enfermedad de Chagas Mazza de la Sociedad Argentina de Cardiología. Coordinación Redes de Salud del GCBA – Red de Chagas Fundación Cardiológica Argentina – Grupo Chagas - Liga de Lucha y Prevención de las Enfermedades cardiovasculares (LLUPRECA).*
4. *World Bank, World Development Report 1993, Oxford University Press, p.216-218.*
5. *United Nations, Demographic Year Book 1996, New York, p.131.*
6. *Encuesta Nacional de Discapacidad 2003 (ENDI) – INDEC.*
7. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de la Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad – 3ª edición – 1997.*
8. *Friedeberg, C.K. Problemas médico legales y de seguros en las cardiopatías – 1969. 50: 1610 a 1616.*
9. *Lown B, Wolff M. Approaches to sudden death from coronary heart disease. Circulation 1971; 44: 130-142.*
10. *Lown B, Graboyes R. Management of patients with malignant ventricular arrhythmias. Am J Cardiol 1977; 39: 910.*
11. *Decreto 478/98. Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.*
12. *Guías para la determinación de la incapacidad laboral en pacientes con cardiopatía isquémica. Cardiología Preventiva y rehabilitación Sociedad Española de Cardiología.*



13. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Guías para la Atención al Paciente Infectado con Tripanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas).*
14. *Mitelman y col. Evaluación de las Arritmias en la Miocarditis Chagásica Crónica mediante Test Ergométrico. XX Jornadas Hospital Dr. T. Álvarez 1984 p: 4-5.*
15. *Fuse J; Mitelman J.: Prueba de esfuerzo graduada para Evaluar la Capacidad Funcional Útil en la Etapa preclínica de la Enfermedad de Chagas. XX Jornadas Hospital Dr. T. Álvarez 1984 p: 7-8.*

