

CARTA AL DIRECTOR

Aproximación a la enfermedad de Chagas desde un área de salud: descripción de una serie de veinticinco casos



Approach to Chagas disease from a health area: Description of a series of twenty-five cases

La enfermedad de Chagas (eCh) es una parasitosis importada de Centro y Sudamérica, habitualmente poco tenida en cuenta en el ámbito de la atención primaria (AP). No obstante, con el auge de la inmigración latinoamericana durante la última década, España se ha convertido —con diferencia— en el país europeo con más infectados, de modo que no es infrecuente visitar algún que otro paciente con eCh en las consultas.

Sin embargo, este incremento de casos contrasta con el escaso número de publicaciones en revistas nacionales indexadas de AP; si exceptuamos el documento de consenso sobre su abordaje¹ el resto corresponde a casos clínicos aislados sobre afectación cardíaca^{2,3}, digestiva⁴ o mixta⁵, pequeños trabajos de cribado en centros de salud⁶ o estudios de intervención comunitaria⁷.

A raíz de la detección de 2 casos de eCh en un intervalo de tiempo relativamente corto, nos planteamos realizar el presente trabajo con la finalidad de averiguar la prevalencia registrada en población adulta, así como las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes. Se trata de un estudio descriptivo-retrospectivo basado en la revisión de datos registrados en las historias clínicas informáticas: selección de todos los ≥ 15 años con diagnóstico de eCh (código B57.2, programa e-cap) adscritos a una unidad de gestión que engloba 2 centros de salud colindantes, del área metropolitana norte de Barcelona, con una población

atendida de 33.669 habitantes y un 4,5% de inmigrantes de países endémicos.

Se detectaron 25 casos confirmados con doble serología positiva (técnicas ELISA) para *Trypanosoma cruzi*, lo que supone una prevalencia estimada del 1,65%. El grueso de resultados se detalla en la [tabla 1](#), así como la comparación con dos estudios realizados en nuestro entorno geográfico, uno hospitalario⁸ y otro en AP⁹. Respecto a estos trabajos coinciden bastantes datos, aunque destacaríamos una mayor: edad media, porcentaje de mujeres y tiempo de estancia en España; y una menor: prevalencia, vivienda de adobe o en zona rural y conocimiento de la eCh. Se mantiene el gran predominio de Bolivia como país endémico de origen, con el 80% de casos procedentes del triángulo Cochabamba-Santa Cruz-Sucre. También subrayar que algo más de la mitad de los pacientes se diagnosticaron desde AP, bien por la existencia de algún familiar infectado o por presentar semiología cardiológica (palpitaciones, mareos, síncope) y/o digestiva (dispepsia, epigastralgia, estreñimiento). Disponemos de acceso directo a la serología anti-tripanosoma con un coste de 22,13€ según el laboratorio de referencia. A nuestro entender, este precio es razonable y la literatura avala el coste-efectividad del cribado serológico en inmigrantes de zonas endémicas¹⁰ que ignoren su estado inmunitario o que presenten clínica, aunque sea inespecífica.

Para finalizar, concluir que el perfil clínico-epidemiológico de eCh detectado en nuestra zona corresponde a: mujer boliviana de mediana edad, con una década en España y conectora del proceso (enfermedad y/o vector), diagnosticada en AP, en fase crónica asintomática-indeterminada, cuantitativamente con moderadas complicaciones viscerales y tratada con benznidazol¹¹. Ante nuevos pacientes con un perfil similar se impone una anamnesis detallada sobre antecedentes epidemiológicos y síntomas sugestivos de afectación orgánica y, si existen, la realización de serología¹.

Tabla 1 Resultados principales y comparativa con 2 estudios llevados a cabo en zonas geográficamente muy cercanas

	Nuestro trabajo	Roca et al. ⁹	Valerio et al. ⁸
Serología (+) <i>Trypanosoma cruzi</i>	N = 25 ^a	N = 22	N = 139
Tipo, período y lugar del estudio	Descriptivo-retrospectivo (marzo 2018) 2 centros de salud	Prospectivo-intervención (2 años) Un centro de salud	Prospectivo-observacional (5 años) 3 hospitales y una USI
Año del diagnóstico	Entre 2011-2017	Durante el estudio: 2007-2009	Durante el estudio: 2007-2011
Localización y porcentaje de inmigrantes de países endémicos de eCh	Un barrio de Badalona y uno de St. Adrià de Besos con 4,5% de inmigrantes ¹⁰	Un barrio de Barcelona con el 6,3% de la población de latinoamericana continental	5 municipios de la zona metropolitana norte de Barcelona con un 4,7% de inmigrantes
Datos de prevalencia o de incidencia	Prevalencia en población atendida \geq 15 a. de países endémicos: • 1,65% • Un caso/60 inmigrantes	Prevalencia en población atendida > 14 a. de países endémicos: • global: 2,87% • origen boliviano: 16%	Incidencia media anual: • 0,66/10.000 habitantes/año • 14,9/10.000 inmigrantes/año
Edad, media \pm DE	47 años \pm 11,3	39,8 años \pm 9,8	37,8 años \pm 9,9
Sexo	92% mujeres 8% varones	55% mujeres 46% varones	61% mujeres 39% varones
País de origen	96% Bolivia 4% Paraguay	95% Bolivia 5% Paraguay	94% Bolivia 6% otros
Vivienda en país de origen: tipo y localización	48% casas de adobe (16% sin datos) 56% en zonas rurales (20% sin datos)	77% casas de adobe 77% zonas rurales	91% casas de adobe 92% zonas rurales
Tiempo de residencia en España	Media 12,6 años \pm 2,7	Media 4,9 años \pm 1,4	No consta
Tiempo del último viaje a su país	Media 3,86 años \pm 3,1 (16% sin datos)	27% en los últimos 12 meses	No consta
Conocimiento de la eCh	60% (40% sin datos)	100%	93%
Conocimiento del vector ^b	52% (40% sin datos)	No consta	No consta
Afectación cardíaca documentada	• 20% alteraciones ECG por trastornos de la conducción: a destacar 2 casos que requirieron MCP definitivo • 12% anomalías ecocardiográficas	9,5% alteraciones ECG: bloqueos de rama	44% alguna prueba alterada: • 39% ECG • 14% ecocardiograma • 4% Holter 24 h
Afectación digestiva documentada	• 32% biliar: colelitiasis/colecistectomía • 12% esofágica: dilatación y/o alteraciones de la motilidad • 4% colónica: dolicosigma	9,5% alteraciones esofágicas	27% alguna prueba alterada: • 25% esófago-gástrica • 2% colónica
Fase clínica de la eCh	• 64% infectados, asintomáticos • 36% enfermos, con alguna prueba complementaria —funcional o de imagen— alterada	• 81% fase crónica, asintomática (forma indeterminada) • 19% fase crónica, con afectación cardíaca o cardiodigestiva	• 42% infectados, asintomáticos • 58% enfermos, con alteraciones en alguna de las pruebas complementarias realizadas
Lugar del diagnóstico serológico	• 56% en AP • 24% Tocoginecología • 20% en USI	100% en AP	• 75% en la USI • 19% en el hospital • 6% Tocoginecología

Tabla 1 (continuación)

	Nuestro trabajo	Roca et al. ⁹	Valerio et al. ⁸
Tratamiento y efectos adversos del mismo ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> • 80% benznidazol (20% sin datos) • 24%, la mayoría toxicodermias; a destacar un caso de síndrome de Lyell 	No consta	<ul style="list-style-type: none"> • 76% benznidazol completo × 60 días • 56%, la mayoría dermatológicos

AP: atención primaria; DE: desviación estándar; ECG: electrocardiograma; eCh: enfermedad de Chagas; USI: Unidad de Salud Internacional.

^a El procedimiento que sigue nuestro laboratorio clínico de referencia es el siguiente: 1° se realiza una prueba de cribado (ELISA por quimioluminiscencia, con antígeno recombinante) y en caso de positividad se realiza una 2ª serología confirmatoria (ELISA por inmunofluorescencia, con antígeno nativo).

^b Recuerdo de las vinchucas en su propia casa.

Bibliografía

- Roca C, Soriano-Arandes A, Solsona L, Gascón J, Grupo de consenso Chagas-SAPS. Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en atención primaria de salud en áreas no endémicas. *Aten Primaria*. 2015;47:308–17.
- Aguilar AL, Coletto DN, López E, Bernardo T. Enfermedad de Chagas en España. *Semergen*. 2008;34:465–6.
- Contreras SN, López JF, Sierra V, Suárez S, De la calle JC. Enfermedad de Chagas: la amenaza oculta. *Semergen*. 2015;41:e1–2.
- Contreras SN, Barreiro E, López JF, Sosa MV. Dolico megacolon chagásico. *Semergen*. 2016;42:425–6.
- Pérez N, Raya A, Sequera RM. Detección y manejo de *Trypanosoma cruzi* desde atención primaria en áreas no endémicas. *Aten Primaria*. 2009;41:173–4.
- Irueta A, Jarque M, Redondo M, Pérez PV. Enfermedad de Chagas importada: una alarma en Europa... en su justa medida. *Aten Primaria*. 2012;44:115–6.
- Ouaarab H, Claveria I, Caro J, Sulleiro E, Pastoret C, Navarro M, et al. Cribado *in situ* de la enfermedad de Chagas con una intervención comunitaria: ¿puede mejorar la accesibilidad al diagnóstico y al tratamiento? *Gac Sanit*. 2017;31:439–40.
- Valerio-Sallent L, Roure S, Basile L, Ballesteros LA, Sabrià M, Rodrigo C, Grupo Metropolitano de estudio del Chagas. Un estudio clínico-epidemiológico de la población infectada por *Trypanosoma cruzi* en la zona metropolitana norte de Barcelona. *Rev Clin Esp*. 2012;212:329–36.
- Roca C, Pinazo MJ, López-Chejade P, Bayó J, Posada E, López-Solana J, et al., Chagas-Clot Research Group. Chagas Disease among the Latin American Adult Population Attending in a Primary Care Center in Barcelona, Spain. *PLoS Negl Trop Dis*. 2011;5:e1135.
- Alcántara A, Valerio L, Pérez O, Roure S, Moreno N, Villanova X, et al. Cribado ampliado de *Trypanosoma cruzi* en la descendencia de mujeres infectadas en la zona metropolitana norte de Barcelona, Cataluña (España), 2005-2016. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36:397–402.
- Molina I, Sulleiro E. ¿Quién se beneficia actualmente del tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36:395–6.

C. Albaladejo Blanco*, A. Bellvert Ríos, A. Mayorga Criado y J.A. Martín García

Centro de Atención Primaria Lleftà (Badalona-6),
Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: 24270cab@comb.cat
(C. Albaladejo Blanco).