



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

**PROTOCOLOS DE ATENCIÓN TERCIARIA PARA PACIENTES CON
CARDIOPATÍA CHAGÁSICA. CONSULTA CARDIOLÓGICA DEL
HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI DE BARCELONA, ESTADO
ANZOÁTEGUI. PERIODO ENERO – AGOSTO, 2012**

Trabajo de Grado Presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de:

MÉDICO CIRUJANO

Barcelona, Febrero 2013



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

**PROTOCOLOS DE ATENCIÓN TERCIARIA PARA PACIENTES CON
CARDIOPATÍA CHAGÁSICA. CONSULTA CARDIOLÓGICA DEL
HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI DE BARCELONA, ESTADO
ANZOÁTEGUI. PERIODO ENERO – AGOSTO, 2012**

Asesora

MSc. Arleth Pozo de Lugo

Autores:

Br. Chacón Hernández, Josué A.

C.I 18.315.868

Br. Troconis Leáñez Fernando J.

C.I 14.499.223

Trabajo de Grado Presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de:

MÉDICO CIRUJANO

Barcelona, Febrero 2013



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

**PROTOCOLOS DE ATENCIÓN TERCIARIA PARA PACIENTES CON
CARDIOPATÍA CHAGÁSICA. CONSULTA CARDIOLÓGICA DEL HOSPITAL
DR. LUIS RAZETTI DE BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI DURANTE EL
PERIODO DE ENERO – AGOSTO, 2012**

Tutora: MSc. Arleth Pozo **Autores:** Chacón Hernández, Josué
Troconis Leáñez, Fernando

RESUMEN

La Enfermedad de Chagas representa un problema de salud pública en Venezuela, teniendo gran incidencia en la zona nor oriental del país. El 30% de las personas enfermas evoluciona hacia una fase crónica caracterizada por insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte súbita. El presente trabajo de investigación es de tipo prospectivo, transversal, cuyo objetivo principal es la evaluación del flujograma establecido para los protocolos de atención terciaria de los pacientes con cardiopatía chagásica que asisten a la consulta de Enfermedad de Chagas del Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui. La muestra estuvo conformada por 77 pacientes, con seguimiento en la consulta de cardiología chagásica. La información fue obtenida a través de historias clínicas, encuestas, entrevistas y observaciones realizadas en la consulta, para cumplir con el objetivo. El sistema para la categorización de los pacientes está basado en la clasificación de Kuschnir, y los resultados demostraron que 7 pacientes progresaron de Chagas I a Chagas II, siendo éste el estadio más frecuente al inicio y al final de seguimiento, con 49 y 56 pacientes respectivamente, al grupo de Chagas III se mantuvo sin modificaciones. Más del 85% de la muestra corresponde a la clasificación NYHA II. La atención prestada durante todo el periodo de seguimiento fue comparada con el documento preliminar del protocolo de atención, seguimiento y tratamiento postulado por el MPPS en el año 2011. Los resultados registraron que el 59,7% de la población manifestó estar completamente satisfecho, el 36,4%, expresó sentir satisfacción, y el 3,9% dijo sentirse insatisfecho. Existió una alta correlación entre las clasificaciones de Kuschnir y la postulada por el MPPS, viéndose también una relación estrecha entre estas y la clase funcional de insuficiencia cardíaca NYHA.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo a Dios nuestro señor, por brindarnos fortaleza y sabiduría en pro de alcanzar las metas propuestas a lo largo de este gran camino.

A nuestros padres, que gracias a su apoyo, comprensión y cariño logramos vencer las adversidades y alcanzar nuestro sueño deseado.

A la Casa Más Alta, la Universidad de Oriente y todos sus profesores por permitir nuestra formación académica y cultural. Al Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, Estado Anzoátegui, por ser partícipe en nuestra educación y formación, y a todos los profesores que nos han ayudado a lo largo de nuestra carrera procurando siempre formarnos como médicos responsables.

A nuestra asesora, MSc. Arleth Pozo de Lugo, que por su apoyo, entrega y gran simpatía pudimos realizar esta investigación de forma muy didáctica y nutrida.

A nuestro coasesor, Dr. Fernando Rodríguez, por su atención, paciencia y conocimientos brindados para la elaboración de este estudio.

A nuestros amigos, por la amistad y honestidad en este largo camino que todos juntos recorrimos.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por darme la vida, la salud y la dicha de ponerme en este mundo, para así, conocer y rodearme de personas únicas en su estilo.

A mis abuelas, Dulce María ejemplo de positivismo y Carmen Emilia ejemplo de gran tenacidad. Mis padres, Alberto y Milena por sembrar en mí, tan esenciales principios y valores. Cada día enfrentan la vida con fé, tenacidad, valentía y dignidad a pesar de sus más particulares limitaciones. Mis hermanos por ser la constante fuente de inspiración en numerosas jornadas difíciles. Carlos y Eusebia de Salaverria por abrirme las puertas de su hogar y brindarme apoyo en todo momento de mi carrera universitaria. Carlos un amigo prudente, sagaz, su rectitud, constancia de ánimo motivan al mundo entero. Raúl Chacón consejero y leal amigo. Mariela y Marcos Afonso por ser pilar esencial en mi formación académica.

A mi bella novia Ana Carrasco, su ánimo y ternura son en cada momento, fuente de motivación y amor.

A mis amigos, Eduardo Fernández, Samuel Martínez, Efraín Noguera, Daniel Pérez, Gabriel Velázquez, Fernando Troconis quienes de una u otra manera me ayudaron a crecer como persona .Un saludo especial a Alfredo Cedeño cuyas largas conversaciones y reflexiones motivan un crecimiento personal continuo.

A la familia Hernández Rivero por abrir las puertas de su casa, en especial Sr Venancio y Sra. Josefina por cada una de sus enseñanzas y anécdotas de la vida.

Al Dr. Alfredo Guardia ejemplo de trabajo incansable y gran trayectoria social. A los profesores Alicia Jorquera, Arleth Pozo, Leonardo De Sousa y Antonio Morocoima todos ejemplos de academia y por brindarme su apoyo en los momentos claves de mi carrera universitaria.

Josué Alberto Chacón Hernández

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial, por darme la dicha de venir a este mundo, por tu gran misericordia, y tu gran amor, a Jesús de Nazaret por ser mi maestro, mi fiel amigo, por darme la salvación Eterna, al Espíritu Santo, mi guía, gracias por siempre estar conmigo en los momentos felices y en las dificultades, por mantener viva mi fe.

A mi Madre Carmen Leáñez de Troconis, por enseñarme lo que es la constancia, la dedicación, por su gran amor, que siempre estar conmigo, por todos esos valores que me has inculcado, mostrándome que de una buena organización depende el éxito de las actividades a realizar, por acompañarme en cada paso que doy, mostrarme que el amor de la familia es lo más importante y que siempre debe prevalecer sobre todas las cosas, Te amo muchísimo y Gracias por todo.

A mi bella esposa Eulimar Figuera Prado y a mi linda hija Ivanna Sofía, porque gracias a ustedes, me siento la persona más afortunada del mundo, son un verdadero regalo de Dios para mi vida y representan la fuerza que me impulsa a seguir adelante.

A mi hermano Aníbal Armando Troconis porque siempre has sido como un padre para mí, eres mi ejemplo a seguir, enseñándome que siempre debo luchar por lo que quiero. A mi Hermana María Patricia Troconis por siempre estar a mi lado, eres una amiga incondicional, por mostrarme el camino de la medicina, siempre dejando en claro que lo más importante es la salud de los pacientes.

A mis Hermanos Francia, Carlos, Rafael y Dioscar por haber contribuido en mi formación académica.

A mi abuela Herminia †, por su amor, por siempre ser esa luz que me guía, te agradezco con todo mi corazón tus consejos, los cuales, llevo guardados en mi corazón. Te amo y te extraño mucho.

Fernando Juan Troconis Leáñez

ÍNDICE

RESUMEN.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE	vii
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE GRAFICOS	x
INTRODUCCIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
OBJETIVOS	28
Objetivo General	28
Objetivos Específicos	28
MARCO METODOLÓGICO	29
Tipo de Investigación	29
Población.....	29
Protocolo de atención de los pacientes en el servicio de Consulta de Chagas, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" de Barcelona.....	30
Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos.....	34
Tratamiento Estadístico de los Datos	34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES.....	58

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	67
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:.....	72

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CRITERIOS DE KUSCHNIR APLICADOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO 2004 - 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.	32
TABLA 2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA. (MPPS, 2011).	33
Tabla 3. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CARDIOPATÍA CHAGASICA CRONICA UTILIZADA POR EL H.U.L.R Y EL CONSENSO DEL MMPS, EN CORRESPONDENCIA CON EL GRUPO PARA CONTROL CLINICO.	41
TABLA 4. ESTATUS DE LA ATENCIÓN CLÍNICA DE LA MUESTRA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012.	45
TABLA 5. TRATAMIENTOS APLICADOS A LOS PACIENTES CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.	50
TABLA 6. IECAS CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.	50
Tabla 7. ARA II CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.	51
TABLA 8. RELACIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES CHAGAS Y NYHA AL INICIO DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR, BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI.	52
TABLA 9. RELACIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES CHAGAS Y NYHA AL FINAL DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA, PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR, BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI.	53
TABLA. 10 DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE PACIENTES SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN GLOBAL HACIA LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA, PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.	56

LISTA DE GRAFICOS

ESQUEMA 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA. (MPPS, 2011). (ECG: ELECTROCARDIOGRAMA, ICC: INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA).....	20
ESQUEMA 2. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CHAGÁSICO CRÓNICO. CONSULTA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS RAZETTI DE BARCELONA.....	31
GRAFICO 1. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.....	36
GRAFICO 2. GRUPOS ETARIOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.....	38
GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN LA ANTIGÜEDAD DE SU SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.....	40
GRAFICO 4. CLASIFICACIÓN DE ESTADIOS PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA DURANTE EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012 HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.....	46
GRAFICO 5. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA ASOCIACIÓN NEOYORKINA DEL CORAZÓN (NYHA) DESDE EL INICIO Y FINAL DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.....	48

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

Epidemiología de la Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas, descrita originalmente en 1909, fue posteriormente identificada en momias sur americanas de 9000 años de antigüedad. Resultando una entidad nosológica que ha acompañado a los habitantes de Suramérica, sus grandes variaciones en su entorno eco geográfico hasta el presente, habiendo prevalecido, al igual que la pobreza, en esta región del planeta (Rosas y col., 2007).

Luego de su descripción original por el Dr. Carlos Chagas en Minas Gerais (Brasil) en 1909 fue luego diagnosticada desde 1913 en el Salvador; en 1919 en Venezuela y Perú, y desde 1931 en Panamá. En la actualidad, esta parasitosis afecta principalmente al hombre en casi todos los países de América Latina, desde el sur de Estados Unidos hasta el sur de Argentina (OMS, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en su publicación “Estimación Cuantitativa De La Enfermedad De Chagas En Las Américas”, en el año 2005 Venezuela registró 310.000 pacientes con enfermedad de Chagas, lo que representó el 4,03% de la población infectada del continente Americano; de igual manera, en este estudio se reportó 1.400 nuevos casos/año por transmisión vectorial y 600 casos de enfermedad de Chagas congénitos.

Historia de la enfermedad de Chagas en Venezuela

El primer caso de Enfermedad de Chagas fue registrado en Venezuela por el Dr. Enrique Tejera en el Estado Zulia (Tejera, 1919). Los estudios pioneros en este país se deben en especial al Dr. José Francisco Torrealba, quien desde el año 1932

inició estudios en el Estado Guárico (Torrealba, 1935) e introdujo el xenodiagnóstico, ideado por Emile Brumpt, mientras que Pifano (1941) estudió la epidemiología de la enfermedad en el Estado Yaracuy. Ambos autores resaltan su magnitud como problema de salud pública y social en nuestro país y la importancia de la pobreza y vivienda tipo “rancho” de techo de palma y paredes de bahareque en el mantenimiento de esta zoonosis.

En las últimas décadas, estudios realizados en poblaciones de tamaño considerable han puesto al descubierto la condición de transmisión activa en numerosos estados de nuestro país. Así por ejemplo, la evaluación realizada entre 1995 y 2002 en una población de 3.835 individuos de 75 localidades endémicas dentro de 10 estados de Venezuela, evidenció la presencia de la infección en zonas desde una baja altitud, en los estados orientales como Monagas y Anzoátegui, hasta zonas de altas latitudes en los estados occidentales de Mérida y Trujillo de la región Andina, refiriéndose además la presencia de la infección en estados centrales como Barina, Cojedes, Portuguesa, Yaracuy y Lara. Las cifras de prevalencia reportadas oscilan entre 4,5 y 6,9% (Añez y col., 2004a; Rodríguez-Bonfante y col., 2007).

En la región nor-oriental de Venezuela, persisten las zonas de riesgo para el contagio de la infección con parásitos *Trypanosoma*; en forma particular, las zonas agrícolas sin desarrollo habitacional (Añez y col., 2004; Kiriakos y col., 2006) reportaron en la población de Anaco, Estado Anzoátegui, una seroprevalencia de 5,95% en una población de 50 años, lo que sugiere que estas personas se encontraban en la fase crónica de la enfermedad.

En el año 2010 en Venezuela, se realizó un estudio observacional de corte transversal, con una muestra no probabilística dividida en: grupo sero-negativo a anticuerpos anti- *Trypanosoma cruzi* (control) y grupo sero-positivo Chagas I (electrocardiograma normal), Chagas II (electrocardiograma anormal) y Chagas III (electrocardiograma anormal e insuficiencia cardíaca), para analizar la turbulencia de

la frecuencia en pacientes portadores de Chagas crónico. El parámetro de inicio de la turbulencia demostró diferencias significativas entre los grupos control (media-3.32 IC 95%: (-4,30-2,24)) y Chagas III (Media:-2,24 IC 95% (-54-5), P:=,02); así también la pendiente de la turbulencia resultó estadísticamente diferente entre los grupos (media 14,22 IC 95%: (10,50-17,94)) y Chagas III (Media 2,35 IC 95% (-2,59-7,30) P:= 0,002). Estos resultados revelan importantes alteraciones en la función autonómica de estos pacientes, información de interés para el análisis de los factores de riesgo y terapéutica en los estados avanzados de la Miocardiopatía Chagásica (Geraldino y col., 2010).

El Parásito *Trypanosoma cruzi*

La enfermedad de Chagas es una zoonosis, cuyo agente etiológico es un protozoo flagelado del género *Trypanosoma*, familia *Trypanosomatidae*. Este parásito presenta cuatro formas principales: tripomastigote, epimastigote, promastigote y amastigote, que se diferencian entre sí por la posición del kinetoplasto con relación al núcleo y por la presencia o ausencia de la membrana ondulante. El ciclo de vida de *Trypanosoma* es digenético, ya que requiere la interacción de un vector y un vertebrado, este último puede pertenecer a una gran variedad de mamíferos (Pérez y col., 2007).

En condiciones naturales, un triatomino infectado se alimenta de sangre y defeca simultáneamente depositando con las heces formas infectantes (tripomastigotes metacíclicos). Las heces contaminadas pueden alcanzar la conjuntiva ocasionando la principal manifestación de puerta de entrada, el signo de Romaña. Las formas infectantes también pueden penetrar al torrente circulatorio por otras vías, como las heridas en la piel, o por vía oral (Blitzman, 1998). El parásito presenta un especial tropismo por el tejido miocárdico, penetrando dentro de sus células para formar los típicos nidos de amastigotes. Cuando los amastigotes intracelulares se liberan y pasan al torrente sanguíneo del hospedadero o reservorios, se convierten en tripomastigotes

infectantes que circulan en la sangre y pueden ser ingeridos por un insecto vector no infectado, pasando a su tracto digestivo, en donde se diferencian y se multiplican, culminando de esta manera el ciclo evolutivo (Rosas y col., 2007).

La transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas

La transmisión vectorial constituyen la vía tradicional del parásito para la infección, para ello, requiere la participación de vectore, insectos hematófagos pertenecientes a la Familia Reduviidae, subfamilia Triatominae. Se conoce la existencia de alrededor de 128 especies de vectores en América Latina (Rosas y col., 2007). En Venezuela se ha descrito la existencia de las siguientes especies como, *Rhodnius prolixus*, *Triatoma maculata* y *Pastrongilus geniculatus* (Morocoima, 2002). De estos, *R. prolixus* se cataloga como el responsable de la transmisión intradomiciliaria. En el hábitat natural de los Triatomas están: la palmera de especies *Acrocomia sp* y *Scheelea sp*, así como también los árboles secos, nidos de aves y cuevas de mamíferos (Blitzman, 1998).

Existen una gran variedad de mamíferos que fingen como hospederos naturales del agente etiológico de la enfermedad de Chagas, siendo responsables del mantenimiento del ciclo silvestre y peridomestico de la enfermedad. El *Didelphis marsupialis* el único vertebrado que ha mostrado parasitismo, otro reservorio de *T. cruzi*, es el perros domésticos, gatos, cerdos y pequeños roedores que pueden visitar las viviendas, evidenciando la interacción del parásito con el ser humano (Morocoima, 2002).

Se ha estimado que debido a la emigración de unos 5 millones de personas desde Latinoamérica hacia los EE.UU. en los últimos 30 años, existen de unas 50.000 a unas 100.000 personas con infección por *T. cruzi* en ese país (Kirchhoff, 1993; Milei y col., 1992). Lo mismo ocurre en España y en otros países de Europa en los que la enfermedad se ha detectado en inmigrantes o en viajeros (Villalba y col., 2009).

Fases de la Enfermedad de Chagas

Desde el punto de vista clínico, se han descrito clásicamente tres etapas de la enfermedad: aguda, indeterminada y crónica (Viotti y col., 2005).

La fase aguda se caracteriza por presentar malestar general con diversas manifestaciones clínicas; los síntomas pueden ser muy leves y atípicos, razón por la cual la enfermedad con frecuencia no se detecta en esta fase (Lugones y col., 1994; Parada y col., 1996). La fase aguda puede presentarse a cualquier edad, pero en las zonas altamente endémicas los casos reconocidos generalmente se detectan en personas menores de 15 años. La inflamación localizada en la puerta de entrada de *T. cruzi* se llama “chagoma de inoculación”; estas lesiones pueden estar relacionadas con linfadenitis regional; otros síntomas generales son la fiebre (su presencia es casi sistemática en todos los casos de este período), hepato y esplenomegalia, edema generalizado y adenomegalia y a veces se presenta un exantema generalizado. Un grupo de estos pacientes puede presentar alteraciones electrocardiográficas y radiológicas como producto de una miocarditis. Una complicación grave en esta fase es la meningo-encefalitis, con un cuadro clínico de convulsiones con fiebre o sin ella y diversos grados de pérdida de conocimiento. Generalmente esta complicación se observa en menores de 2 años (Blitzman, 1998). El Dr. Salvador Mazza hace 60 años comentó que: “ante todo cuadro infeccioso indeterminado, en medio endémico, corresponde pensar en Chagas” (García y col., 2001). En la miocarditis chagásica aguda, la penetración del parásito en el interior del cardiocito origina una destrucción mecánica y una rotura miofibrilar. En el endomicio se observa una reacción inflamatoria compuesta de neutrófilos, eosinófilos, linfocitos, histiocitos y macrófagos. Antígenos provenientes de *T. cruzi* sensibilizan a los linfocitos T que, eventualmente, estimulan la producción de anticuerpos por las células plasmáticas. La liberación de linfocinas atrae y activa a los macrófagos y se estimula la producción de factor plaquetario que promueve la agregación plaquetaria intravascular por liberación de tromboxano A₂ (Morris y col., 1990).

La enfermedad de Chagas en la fase indeterminada o asintomática está muy relacionada con el sistema inmunológico; si la respuesta inmune es eficiente, se controla la parasitemia, limitando de esta forma los daños tisulares. En esta fase suele persistir una baja parasitemia y está caracterizada por presentar anticuerpos anti- *T. cruzi* sin síntomas clínicos o signos de lesión, con electrocardiograma y Rx de tórax normales (Rodríguez-Bonfante y col., 2010; Rosas y col., 2002). Esta fase se inicia de ocho a diez semanas luego del momento de la infección y puede durar años. Solamente se puede poner en evidencia la enfermedad por medio de estudio serológico en la que se comprueba la respuesta inmunológica del paciente determinando la presencia de anticuerpos para *T. cruzi*. La mayor parte de las personas permanece en este período por el resto de sus vidas (García y col., 2001).

Patogenia de la Cardiopatía Chagásica Crónica

La patogenia de la Cardiopatía Chagásica Crónica no está completamente dilucidada. La evolución natural de la enfermedad de Chagas dependerá de múltiples factores que intervienen en la patogenia de las lesiones, especialmente la persistencia del parásito, la actividad inmunológica del huésped y los fenómenos de destrucción tisular y reemplazo por fibrosis (Jones y col., 1993; Storino, 2007).

La presentación de la Cardiopatía Crónica está asociada al sistema inmunológico. Cuando la respuesta inmune del paciente es eficiente, se logra controlar la parasitemia, limitando los daños tisulares, presentándose solo la forma indeterminada de la enfermedad. Mientras que frente a un sistema inmune ineficiente, existe un mínimo control de la parasitemia y una respuesta inflamatoria descontrolada, se promovería una reacción inflamatoria persistente resultando como consecuencia la forma grave de la enfermedad (Rodríguez-Bonfante y col., 2010).

La destrucción miofibrilar del tejido cardiaco es reemplazada por tejido fibrótico con la consiguiente hipertrofia de los miocitos remanentes. La hipertrofia y

el reemplazo fibrótico conducen a un proceso de remodelación ventricular que puede tardar años en producirse (pérdida de la forma elipsoidea con tendencia a la esfericidad ventricular) con el consiguiente deterioro de función diastólica y sistólica y aparición de regurgitación mitral y tricuspídea (Acquatella y col., 1993).

La infección humana no sigue un protocolo preestablecido, dado que depende del número y linaje genético de los parásitos infectantes, del momento de la infección, de las características genéticas del individuo, del estado nutricional e inmunológico, de la posibilidad de reinfecciones, y de la existencia de patologías asociadas y sobreagregadas (Storino, 2007).

Otro mecanismo patogénico es propuesto en la teoría de la autoinmunidad, en la cual la presencia de autoanticuerpos y células auto reactivas promovidas por mimetismo molecular entre componentes del huésped y del parásito pueden llevar a lesiones crónicas cardíacas. En la actualidad, se acepta que respuestas antiparasitarias y de auto reactividad que no se excluyen mutuamente en la enfermedad de Chagas, donde una combinación de estas podría estar envuelta en el establecimiento de la patología miocárdica. Es indiscutible que existe una autoinmunidad en esta enfermedad, sin embargo, su papel en la patogenia de la lesión miocárdica crónica es discutido (Rodríguez-Bonfante y col., 2010).

La fase crónica de la Cardiopatía Chagásica presenta una gama de manifestaciones clínicas, como: arritmias ventriculares, falla cardíaca congestiva, tromboembolismo sistémico, disfunción sinusal y bloqueo auriculoventricular completo (Rosas y col., 2007).

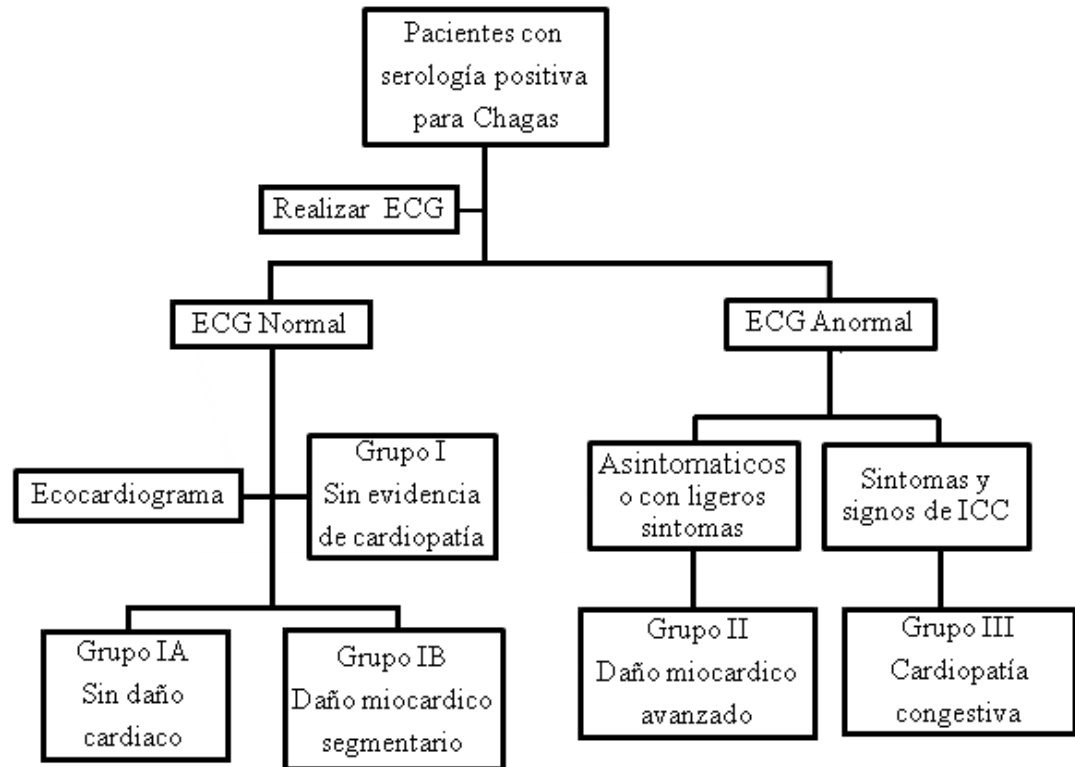
En la fase crónica de la Cardiopatía Chagásica se utiliza la clasificación clínica propuesta por el Dr. Emilio Kuschnir, que describe la extensión y la severidad de la Cardiopatía Chagásica e incluye la evidencia o no de alteraciones electrocardiográficas o radiológicas y está dada de la siguiente manera: Estado I, daño miocárdico leve, anormalidades ventriculares mínimas, electrocardiograma normal,

pacientes asintomáticos y un buen pronóstico. Estado II, daño miocárdico avanzado, anormalidades electrocardiográficas, los pacientes suelen ser asintomáticos sin embargo, con frecuencia muestran fatiga, debilidad, palpitaciones y dolor precordial. Estado III, presentando las manifestaciones clínicas de una cardiomiopatía dilatada, exhibiendo una falla cardíaca severa, arritmias ventriculares, tromboembolismo sistémico y bloqueo auriculoventricular completo (Kuschnir y col., 1985; Puigbo y col., 1992).

Actualmente con el fin de discriminar diferentes estadios de la cardiomiopatía chagásica crónica, se está poniendo en práctica la clasificación de Kuschnir modificada, la cual integra la información de los síntomas con la de los hallazgos en el ECG y la radiografía de tórax. El estado 0 de Kuschnir correspondería a la forma indeterminada, mientras que los estados 1 a 3 corresponderían a las formas más avanzadas de cardiomiopatía chagásica crónica. De acuerdo con esta clasificación, la cardiomiopatía crónica se manifiesta primero por anormalidades en el ECG (estadio 1), luego por agrandamiento cardíaco en la radiografía de tórax (estadio 2) y, finalmente, por síntomas de la enfermedad (estadio 3) (Guhl y Lazdins-Helds., 2007).

Tomando en cuenta la aplicación de estos métodos internacionales se replantea una actualización en materia de seguimiento del paciente con Chagas crónico en el documento preliminar propuesto por un grupo multidisciplinario de investigadores avalado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS 2011) titulado: “Normas para atención, manejo y diagnóstico de la Enfermedad de Chagas”. En este amplio documento además de plantearse los flujogramas de atención en cada una de las fases de la enfermedad se explica la patogénesis, manejo y tratamiento, así como las implicaciones clínicas de cada estadio. Postulándose de acuerdo a los hallazgos electrocardiográficos y sus manifestaciones clínicas principales, el siguiente criterio de clasificación:

ESQUEMA 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA. (MPPS, 2011). (ECG: ELECTROCARDIOGRAMA, ICC: INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA).



Insuficiencia cardiaca

Según Harrison y col. (2008) la insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico que ocurre en pacientes a causa de una anomalía hereditaria o adquirida del corazón, ya sea estructural, funcional o ambas, desarrollando síntomas (disnea y fatiga) y signos (edema y estertores) que conducen con frecuencia a hospitalización y mala calidad de vida, así como menor esperanza de vida.

La enfermedad de Chagas se caracteriza por ser una enfermedad de evolución lenta en la que, aproximadamente el 20-30 % de los pacientes afectados (serología positiva a *T. cruzi*) pueden llegar a tener síntomas y signos de insuficiencia cardiaca crónica. En estos pacientes, la alteración estructural cardiaca es inicialmente

localizada (fibrosis segmentaria, aneurisma apical). Por mecanismos aún desconocidos, se instala un proceso de remodelación cardiaca gradual. Al igual que en otras cardiopatías, este proceso se caracteriza por dilatación progresiva de las cavidades cardiacas con adelgazamiento de sus paredes y depresión de la función ventricular sistólica. Los síntomas de insuficiencia cardiaca aparecen generalmente en individuos de ambos sexos en la cuarta y quinta décadas de la vida (Yancy y col., 2006; Dávila y col., 2004).

Clasificación de la capacidad funcional de insuficiencia cardiaca NYHA

Comúnmente es utilizada la clasificación NYHA (Asociación Neoyorkina del Corazón) para determinar la capacidad funcional de los pacientes con insuficiencia cardíaca, fue propuesta en 1928 y revisada en varias ocasiones, la última en 1994. Designa 4 clases (I, II, III y IV), basándose en las limitaciones que los síntomas cardíacos ocasionan en la actividad física del paciente. **Clase I**, no limitación de la actividad física, la actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. **Clase II**, ligera limitación de la actividad física, confortables en reposo y la actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. **Clase III**, marcada limitación de la actividad física., confortables en reposo y la actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. **Clase IV**, incapacidad para realizar actividad física, síntomas incluso en reposo. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, el discomfort aumenta. Para aumentar la objetividad de la clasificación, se añadieron, a las anteriores, 4 nuevas clases (A, B, C y D) en 1994, en función de la evidencia o no de enfermedad cardiovascular. **Clase A**, No evidencia objetiva de enfermedad cardiovascular. **Clase B**, Evidencia objetiva de mínima enfermedad cardiovascular. **Clase C**, Evidencia objetiva de moderadamente severa enfermedad cardiovascular. **Clase D**, Evidencia objetiva de severa enfermedad cardiovascular (Vilches y col., 2005).

Determinación de la Fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo

La ecocardiografía es la prueba complementaria más importante en la evaluación de pacientes en los que se sospecha insuficiencia cardíaca. Permite confirmar el diagnóstico y poner de manifiesto causas subyacentes. Un ecocardiograma puede facilitar información sobre la masa ventricular, la fracción de eyección, la existencia de alteraciones segmentarias y de la contractilidad, y presencia o ausencia de enfermedades valvulares y del pericardio. Gracias al uso de los ultrasonidos para obtener las imágenes, el ecocardiograma es una prueba que no irradia al paciente (como sí pueden hacerlo otras pruebas como las radiografías, TAC, etc). Otras ventajas que aporta es que no es una prueba dolorosa ni produce ningún efecto secundario (Vilches y col., 2005).

Igualmente, este método permite establecer la existencia de aneurisma apical. También es de utilidad en el seguimiento de la fracción de eyección, al revelar su disminución progresiva cuando se sigue la evolución de la Cardiopatía Chagásica, así como se verifica el incremento progresivo de las dimensiones sistólicas y diastólicas del ventrículo izquierdo. El ecocardiograma permite también demostrar la complicación trombótica de la región apical y la evaluación aproximada de la hipertensión pulmonar secundaria (Acquatella H. 2010).

La fracción de eyección de un corazón es la medida más importante del funcionamiento cardíaco, ya que ha se ha demostrado ser un índice de gran valor clínico y pronóstico en Cardiopatía Chagásica crónica (Acquatella H. 2010). Este valor, expresado en porcentaje, mide la disminución del volumen del ventrículo izquierdo del corazón en sístole, con respecto a la diástole, por lo que una fracción de eyección del 50% significa que el corazón, al contraerse, reduce el volumen de su ventrículo izquierdo a la mitad, con respecto a su posición relajada. Los valores normales de fracciones de eyección son de mayor o igual a 55%. Valores entre 40% y

50% pueden significar un principio de insuficiencia cardíaca. Valores menores de 30% indican una insuficiencia severa.

La fracción de eyección se determina con la siguiente fórmula:

$$FE = (\text{Volumen Sistólico}) / (\text{Volumen Diastólico Final})$$

$$FE = (\text{Volumen Diastólico Final} - \text{Volumen sistólico Final}) / (\text{Volumen Diastólico Final}).$$

Electrocardiograma

El electrocardiograma es el registro gráfico de las variaciones de potencial eléctrico de la actividad del corazón (fibras miocárdicas), en un tiempo determinado. Estas variaciones se captan con los electrodos a nivel de la superficie de la piel, y a través de los conductores llega al electrocardiógrafo que mide las potenciales de acción del corazón y lo registra. El Electrocardiograma en los pacientes que sufren con la enfermedad de Chagas, es de gran utilidad a la hora de dar un pronóstico, la sobrevivencia de los pacientes a los 10 años es excelente, alrededor de 98%. Ésta disminuye a 65% si el ECG es anormal, y a 9% en los casos con insuficiencia cardíaca con grado funcional de la New York Heart Association (NYHA) grado III o IV (Acquatella. 2003; Jugo y col., 2008).

El electrocardiograma es uno de los métodos más sensibles para el diagnóstico de la miocarditis Chagásica, especialmente cuando es analizado en pacientes con serología positiva y antecedentes epidemiológicos para la enfermedad de Chagas. La presencia de trastornos de la conducción intraventricular, tales como el bloqueo de rama derecha con o sin hemibloqueo anterior, contribuye un marcador altamente sensible para dicho diagnóstico. Si a ello se le agrega la presencia de bradicardia, alteraciones inespecíficas de la repolarización y arritmia ventricular, el diagnóstico es prácticamente definitivo (Falcón, 2010).

Bloqueo de rama derecha

Un bloqueo de rama derecha es un término médico que se emplea para un defecto en el sistema de conducción eléctrica del corazón caracterizada por un retraso de la conducción eléctrica por la rama derecha del haz de His y por ende, por la pared anterolateral del corazón (Madrigal y col., 2010).

Durante la activación de los ventrículos, en un bloqueo de rama derecha, la activación inicial ocurre a nivel del tabique del ventrículo izquierdo y seguido un retraso considerable, aparece luego en el tabique del ventrículo derecho, de modo que el ventrículo derecho no se activa de manera directa por impulsos que viajan por la rama derecha del haz de His. El ventrículo izquierdo logra activarse normalmente por la rama izquierda y estos impulsos viajan a lo largo del miocardio hasta finalmente llegar al ventrículo derecho, activándolo de esa manera (Madrigal y col., 2010).

Con respecto a los hallazgos electrocardiográficos en los pacientes chagásicos, es indudable que los trastornos de conducción intraventriculares son los fundamentales. En la población general, los bloqueos de rama se observan en el 0,6% y en el 2% de los mayores de 60 años (Murphy, 1982). En Latinoamérica la enfermedad de Chagas constituye una de las principales causas de este tipo de trastornos. El estudio multivariado sobre 2.260 pacientes chagásicos demostró que el bloqueo incompleto o completo de rama derecha solo o asociado a hemibloqueo anterior izquierdo era el principal hallazgo electrocardiográfico entre los pacientes chagásicos (Storino, 2002).

Es importante remarcar que ante la presencia de un bloqueo completo de rama derecha asociado a un hemibloqueo anterior hay que pensar en enfermedad de Chagas debido a que es la alteración de la conducción más frecuente en esta patología si bien no es patognomónica de la misma (Pickenhayn y col., 2002).

Entre los criterios diagnósticos para bloqueo de rama derecha se encuentran:

1. QRS mayor o igual a 0,12 segundos
2. Complejos QRS con morfología rSr', rsR', o rSR' en V1 y V2.
3. qRs o qRS en las derivaciones I y V6
4. Ondas S en las derivaciones I y V6, de duración > 0,04 segundos.
5. Ondas R tardía y ancha, cuya duración es mayor que la de la onda Q en aVR
6. Segmento ST corto y onda T opuesta al retardo final del complejo QRS.
7. Onda T negativa o bifásica (+ ó -) en la derivaciones precordiales derechas y positivas en las derivaciones precordiales izquierdas.

Determinación del índice cardiotorácico

El índice cardiotorácico, es la relación que existe entre el diámetro transversal del corazón y el diámetro transversal del tórax; su aumento señala en muchos casos un crecimiento de cavidades cardíacas; este índice debe ser de 0.50 o menor en personas sanas. Valores por encima de este valor, indican cardiomegalia (Florio y col., 2009). La radiología puede proporcionar una ayuda para establecer el pronóstico de la enfermedad de Chagas, cuando finaliza la fase aguda, la cardiomegalia producida durante este periodo tiende a involucionar y durante muchos años el paciente tiene una silueta cardíaca normal. Con la evolución de la miocarditis crónica nuevamente tenemos un incremento en el tamaño de la silueta cardíaca, agrandándose el corazón en forma más o menos global y homogénea, con predominio de los diámetros transversales sobre los longitudinales (Salmon, 2000).

Gracias a la utilización de los métodos diagnósticos, como el Electrocardiograma, Ecocardiograma, la radiografía de Rayos X, usados para

determinar la evolución de la Cardiopatía Chagásica, ha permitido dar seguimiento a los pacientes con serología positiva para esta enfermedad, evitado que aparezcan los síntomas clásicos de insuficiencia cardiaca.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona se mantiene desde el año 2005 la consulta de cardiología chagásica en la que cuenta con la participación conjunta de docente-investigadores de la Universidad de Oriente y de médicos especialistas en el área de cardiología con la finalidad de brindar la atención terciaria integral a los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas en donde se ponen en práctica, protocolos orientados al diagnóstico del nivel de la afección cardiaca, para evitar en lo posible la progresión de la enfermedad a través de la aplicación del tratamiento sintomático que corresponda al perfil y necesidades de cada paciente.

Después de realizar una revisión bibliográfica; se decidió realizar este estudio con el fin de evaluar el flujograma establecido para los protocolos de atención terciaria de los pacientes con Cardiopatía Chagásica que asisten a la consulta de Enfermedad de Chagas del Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui. Y con ello Revisar el proceso de categorización del grupo, de acuerdo con la evaluación clínica y los grados de desarrollo de la Cardiopatía Chagásica establecidos internacionalmente mediante los criterios de Kuschnir, evaluando la atención del servicio de Cardiopatía Chagásica mediante el estudio del estado inicial en la atención del paciente y de su evolución durante todo el periodo de control médico y determinar el grado de satisfacción con respecto a la atención brindada en la consulta de Enfermedad de Chagas en el servicio de cardiología del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui.

OBJETIVOS

Objetivo General

1. Evaluar el flujograma establecido como protocolos de atención terciaria para la valoración de los pacientes con Cardiopatía Chagásica que asisten a la consulta de Enfermedad de Chagas del Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui.

2.

Objetivos Específicos

1. Revisar el proceso de categorización del grupo de pacientes que acuden a la consulta de cardiología chagásica del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, de acuerdo con la evaluación clínica y los grados de desarrollo de la Cardiopatía Chagásica establecidos internacionalmente mediante los criterios de Kuschnir.
2. Evaluar la atención del servicio de Cardiopatía Chagásica mediante el estudio del estado inicial en la atención del paciente y de su evolución durante todo el periodo de control médico.
3. Indagar sobre el grado de satisfacción del paciente y del equipo médico con respecto a la atención brindada en la consulta de Enfermedad de Chagas en el servicio de cardiología del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui.
4. Asociar los estadios de la Enfermedad de Chagas de los pacientes que acuden la consulta de Cardiopatía Chagásica con la clasificación funcional de la asociación Neoyorkina del corazón, NYHA (New York Heart Association).

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

La investigación incluyó un diseño observacional de corte transversal, apoyado en la información contenida en las historias clínicas, encuestas, entrevistas y participación activa en la dinámica de la consulta.

Este diseño tuvo como objetivo alcanzar una evaluación analítica sobre el protocolo de atención terciaria establecido con los pacientes que sufren de Cardiopatía Chagásica. Tal evaluación estuvo orientada a determinar el nivel de afección cardíaca, para determinar la progresión de la enfermedad y diseñar el protocolo de atención clínica correspondiente con la indicación de un tratamiento que involucre la posibilidad de lograr modificaciones beneficiosas en los hábitos de vida del paciente, como también una terapia farmacológica de auxilio a las alteraciones morfo-funcionales del sistema cardiovascular.

Población

La población sobre la cual tiene injerencia este estudio y sus aportes corresponde a la totalidad de los pacientes con Cardiopatía Chagásica que acuden regularmente a la consulta Cardiológica del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui. La descripción del proceso de atención terciaria que formó parte de la investigación involucró a la población de pacientes que ha sido atendida en esta consulta desde el año 2005 hasta el presente; no obstante, los cambios que pudieran ser establecidos en el flujograma de control clínico-epidemiológico a consecuencia de esta investigación, beneficiaran a todos los pacientes que a futuro sean atendidos por el grupo multidisciplinario a cargo del proceso.

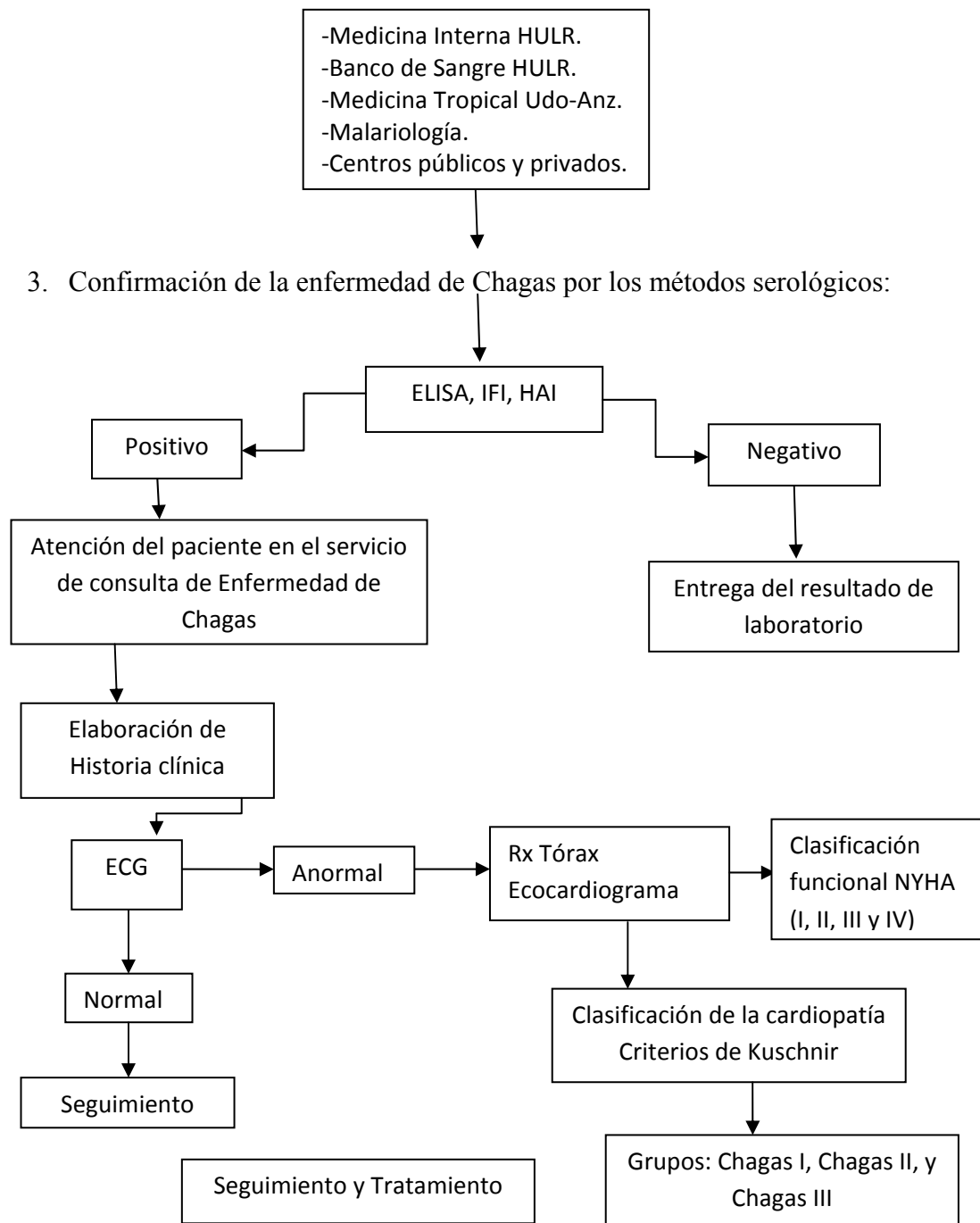
En fines particulares se analizó el proceso de atención clínica basado en la muestra poblacional de los pacientes atendidos durante el periodo Enero – Agosto 2012, grupo de pacientes diagnosticados como portadores de la enfermedad de Chagas mediante la evaluación clínica, epidemiológica y serológica. Los pacientes que fueron atendidos durante el periodo referido en la consulta se encuentran registrados a partir de la historia N° 4, con fecha de ingreso 04 de abril de 2005, hasta la historia N° 687, que ingresó el 10 de mayo de 2012.

Protocolo de atención de los pacientes en el servicio de Consulta de Chagas, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" de Barcelona.

Los pacientes que asisten a la consulta, referidos desde distintos servicios de diagnóstico que conocen sobre esta atención en el hospital Razetti, son enrolados en el protocolo de la consulta de acuerdo con el flujograma que se incluye en el Esquema # 2 de la pagina siguiente.

ESQUEMA 2. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CHAGÁSICO CRÓNICO. CONSULTA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS RAZETTI DE BARCELONA.

1. Pacientes referidos desde los servicios:





En el del H.U.L.R, específicamente en la consulta para pacientes Chagásicos crónicos, los criterios utilizados por el especialista para la categorización de dichos pacientes es la “Clasificación de Kuschnir”; así los pacientes son organizados en grupos de acuerdo con el tipo de Chagas (I,II,III); por otro lado, se utiliza comúnmente la clasificación NYHA (Asociación Neoyorkina del Corazón) para determinar los grados de insuficiencia cardiaca (I,II,III,IV) y se propone los elementos terapéuticos y de seguimiento para aplicarlos según el juicio del especialista.

Al asistir por primera vez a la consulta, los pacientes son organizados según los criterios de Kuschnir (Guhl y Lazdins-Helds,. 2007), resumidos en la Tabla N° 1. También se toma en cuenta el NYHA, cuya última revisión cuenta con 20 años, ambos sistemas de categorización son ampliamente utilizados en diferentes lugares geográficos de nuestro país y el mundo.

TABLA 1. CRITERIOS DE KUSCHNIR APLICADOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO 2004 - 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.

Grupos	Serología	EKG	Índice Cardiotorácico	FEVI	Insuficiencia Cardíaca (NYHA)
0	(+)	Normal	Menor a 50	Normal	Ausencia
1	(+)	Patológico	Menor a 50	Normal	I
2	(+)	Patológico	Cardiomegalia	Ligeramente disminuida	II
3	(+)	Alteraciones variadas	Cardiomegalia	Notablemente disminuida	III - IV

TABLA 2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA. (MPPS, 2011).

Grupo	Estadio	Pacientes	Control /Manejo	Tratamiento
I	A	Serología + T. Cruzi. Factores de riesgo. Asintomático. ECG y Rx normales.	Seguimiento anual. Educación e información.	No amerita
II	B	Serología + T. Cruzi. Asintomático o Sintomático (HYHA I – II) ECG anormal.	Rx, ECG, Eco, Holter. Seguimiento semestral.	Prevención (B- B, IECAs, ARA II) Antiarrítmicos. Desfibrilador.
III	C	Serología + T. Cruzi. ECG anormal. Cardiomegalia en Rx. Síntomas de ICC (NIHA I – IV)	Rx, ECG, Eco, Holter. Seguimiento mensual.	Restricción de sal y H2O. Diuréticos, IECAs, ARA II, Digitalicos. Desfibrilador.
III	D	Serología + T. Cruzi. ECG anormal. Marcados síntomas en reposo (NYHA III – IV). Estado terminal.	Similar al Estadio C. Hospitalización	Tto convencional de soporte. Transplante cardiaco. Implantes Cs madres. Otros.

Al hacer referencia a estos criterios se toman en cuenta:

1) El método clínico, con la toma de signos vitales y la evaluación cardiológica del paciente, mediante la auscultación de los diferentes focos cardiacos para indagar sobre la presencia de soplos, arritmias y se procede a determinar el grado de insuficiencia cardiaca.

2) La realización de exámenes no invasivos como el ECG, Rx de tórax y ecocardiograma, para valorar las alteraciones electrocardiográficas, índice cardiorácico y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) respectivamente.

Los pacientes chagásicos que acuden a la consulta son incluidos en tres clases clínicas bien diferenciadas, con un perfil que facilita la aplicación racional de estudios complementarios, estableciendo de suficiencia laboral, el curso evolutivo de la enfermedad y su pronóstico.

Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos

La recolección de los datos se realizó a partir de las historias clínicas (Anexo N°1 y N°2) y las encuestas (Anexo N°3 y N°4), entrevistas y observaciones efectuadas durante la consulta de Cardiopatía Chagásica del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui.

Tratamiento Estadístico de los Datos

Para el análisis de los resultados derivado del flujograma de atención del paciente y la progresión de la Cardiopatía Chagásica y así como de su correlación con la clasificación funcional NYHA entre grupos de pacientes, se utilizará el programa SPSS, versión 11.5 en ambiente Windows. Se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión, expresando los datos en promedios, porcentajes y valores absolutos.

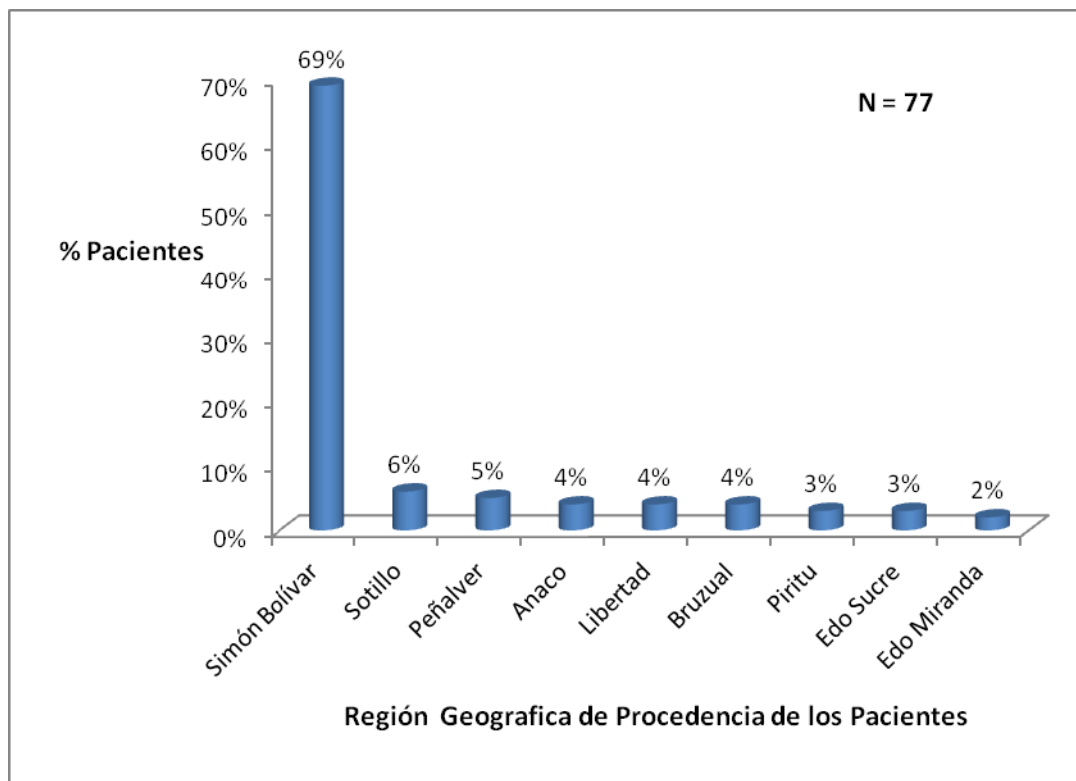
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el año 2004 se aperturó la consulta al pacientes con enfermedad de Chagas en la sección de Cardiología del Hospital Universitario Luis Razetti. Esta consulta actualmente se mantiene operativa y con un registro de 692 pacientes. Esta propuesta de atención tuvo origen en la gran afluencia de pacientes con sospecha de enfermedad de Chagas o necesitados de la confirmación del diagnóstico y de atención especializada. Ello constituyó la razón fundamental para que el personal de salud adquiriera el compromiso comunitario de atención a estos pacientes que confluyen en la institución desde distintos lugares geográficos de la zona nor oriental, reconocida con una alta prevalencia para esta enfermedad (Herrera y cols, 2007). A pesar de diversas dificultades que limitan la calidad de la atención a esta comunidad de pacientes, el grupo multidisciplinario ha perdurado en el tiempo con un alto grado de compromiso y sentido de responsabilidad social, organizando y realizando la consulta concomitantemente con las actividades científicas relacionadas con la investigación de vectores y reservorios de la infección con *T.Cruzi*.

Como muestra poblacional para realizar el análisis del flujograma de atención al paciente chagásico en este trabajo se incluyó a los pacientes que atendieron a la consulta desde Enero hasta Agosto del año 2012. Esta muestra fue de 77 pacientes y el criterio de inclusión consistió únicamente en la asistencia a la consulta control.

En el Grafico 1 se destaca la procedencia de los usuarios a la consulta, correspondiendo en su mayoría de los municipios Bolívar (68,8 %) y Sotillo (6,1%) cuyas poblaciones se encuentran asentadas en los alrededores del casco urbano. Investigaciones anteriores realizadas en esta consulta demostraron la misma tendencia ya que más del 60% de los usuarios provenían del municipio Bolívar (Morocoima y cols.2007) (Pozo y cols.2008). Destacó también una población foránea que acude de estados vecinos a esta consulta (Sucre y Miranda).

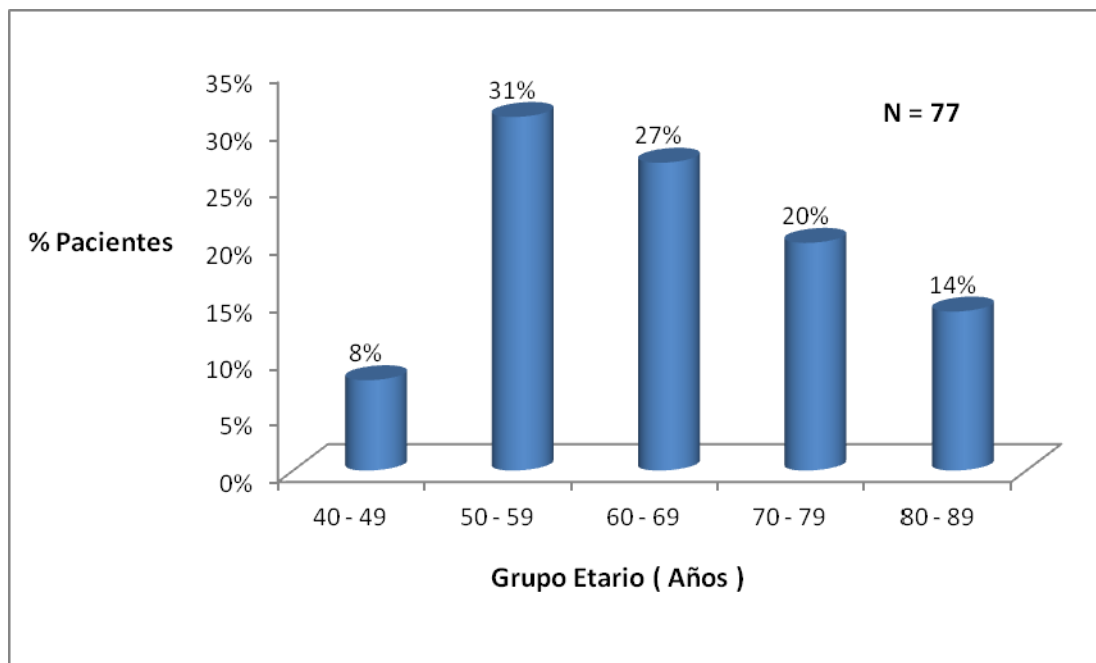
GRAFICO 1. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.



El promedio de edad los pacientes fue de años con 64 ± 25 con una distribución más frecuente entre los 50 a 59 años con 24 pacientes, seguido 21 pacientes entre los 60 a 69 años y la existencia de 11 personas mayores a 80 años (Grafico 2). Estos resultados guardan semejanzas con las observaciones generales derivadas de estudios previos en pacientes con insuficiencia cardiaca y bajos recursos económicos (Frías y col 2005) en los que se destacó la presencia de una mayoría de los grupos etarios entre 60 – 69 años y 50 – 59 años. Las investigaciones regionales han demostrado una seroprevalencia del 5,95% en una población mayor de 50 años, lo cual sugiere estas personas que se encuentran en fase crónica de la enfermedad (Kiriacos y cols 2006). El hecho que nuestros pacientes sean mayores de 40 años

debe relacionarse con su condición como pacientes crónicos de la enfermedad de Chagas. Estos pacientes asisten a control cardiológico luego de haber sido diagnosticados fortuitamente por una prueba, bien sea derivada de un banco de sangre, o por padecer algún síntoma de enfermedad cardíaca.

GRAFICO 2. GRUPOS ETARIOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI

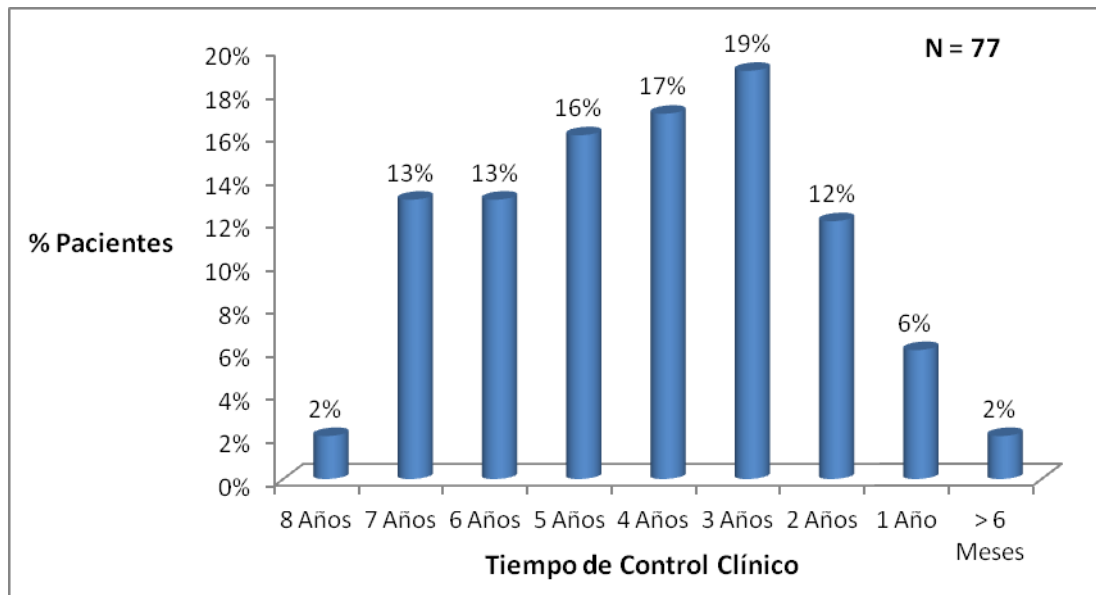


De los pacientes atendidos en el periodo de estudio resultó que el sexo femenino predominó con 68% (52 pacientes) comparándose con el sexo masculino 32% (25 pacientes), estas también resultan cifras similares a las reportadas en otros estudios (Catalioti y Acquatella, 1999 y Quiroz y col. 2006). En relación a investigaciones realizadas en dicha consulta en 120 pacientes destaca población femenina también predominó con 67% (Pozo y cols.2008). Estas observaciones se han relacionado con el hecho de adquirir la enfermedad en las mujeres, tienden a sobrevivir más que los hombres; ello pudiera explicar este hallazgo (Ortiz, 2003). Otros estudios indican que el paciente masculino en Miocardiopatía Chagásica tiene peor pronóstico que la paciente femenina, con una mortalidad global mayor entre los varones con edades comprendidas entre 30 y 59 años, lo cual se ha relacionado con una mayor frecuencia de alteraciones de tipo electrocardiográficas. En relación a esto,

podiera decirse que son las mujeres quienes demuestran mayor tendencia a evolucionar hacia estadios más avanzados de la enfermedad produciendo una menor tasa de mortalidad; por otro lado, debe mencionarse la posibilidad de que esta población demuestra ser más receptiva y preocupada por su salud y por ello acude con más frecuencia a la consulta.

En el Grafico 3 se expresa la dinámica de atención en la consulta a través del tiempo de seguimiento de los pacientes. Destacó que el mayor número de asistentes a la consulta lleva entre 3 a 5 años y que solo el 2% de la población cuenta con 8 años de seguimiento. Este hallazgo podría representar el hecho relativamente frecuente de que muchos pacientes enrolados en el sistema de atención se ausentan luego de los primeros controles; por otra parte, dentro de esta cifra se ha incluidos a aquellos que mejoran desde el inicio hasta 8 años de la atención.

GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN LA ANTIGÜEDAD DE SU SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.



Este sistema de atención al paciente con enfermedad de Chagas y cardiopatía se rige por los criterios de Kuschnir (Rosas, 2007). Considerando el consenso nacional (Geraldino, y cols 2008) de esta manera se establecieron tres grupos de pacientes: estadio I, II y III. Una vez utilizado tal sistema en la consulta se procedió a su comparación con el documento preliminar del “Consenso Venezolano sobre la Enfermedad de Chagas”, realizado en la ciudad de Maracay en el año 2011, donde grupos multidisciplinario de clínicos e investigadores fijaron pautas para el manejo y tratamiento del paciente en la fase crónica adoptándose la clasificación propuesta por la Asociación Americana del Corazón y el Colegio Americano de Cardiología que caracteriza el desarrollo de la insuficiencia cardiaca mediante 4 estadios a partir de la identificación de factores de riesgo para la cardiopatía. Estas pautas constituyen una adaptación de la “Clasificación de los Andes” tomando en cuenta criterios terapéuticos y de seguimiento (MPPS, 2011) resumidos en la tabla 2.

Tabla 3. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CARDIOPATÍA CHAGASICA CRONICA UTILIZADA POR EL H.U.L.R Y EL CONSENSO DEL MMPS, EN CORRESPONDENCIA CON EL GRUPO PARA CONTROL CLINICO.

GRUPO	ESTADIOS H.U.L.R	ESTADIO CONSENSO MMPS, 2011
1	I	A
2	II	B
3	III	C/D

Estadio A: Corresponde al Grupo I, son los pacientes con un electrocardiograma (ECG) normal, todos ellos asintomáticos, con una silueta cardíaca normal en un estudio radiológico. Un 25% de estos pacientes tienen indicios de daño miocárdico incipiente solo demostrado por la biopsia endomiocárdica, donde se observa cambios ultraestructurales. El 60% de los casos con ECG normal, presentan daño miocárdico segmentario en el cineventriculograma izquierdo, con aneurisma de la punta. Lo anterior da una subdivisión al grupo, el Grupo IA con daño miocárdico incipiente y el Grupo IB con daño miocárdico segmentario, quedando un 15% de los pacientes donde todos los exámenes clínicos y paraclínicos, incluyendo la biopsia endomiocárdica, son normales, estos pacientes se incluyen en un Grupo 0 sin ninguna evidencia de daño miocárdico. De forma práctica se considera al paciente con un ECG normal, sin evidencias de cardiopatía, con una sobrevida similar a la población normal.

Para la consulta del HULR, esta clasificación corresponde a nuestro Chagas I, se siguen estos mismos parámetros con excepción de la subdivisión en Grupos IA y IB, debido a que no se realizan estudios más allá del ECG, Ecocardiograma, Holter del ritmo o prueba de esfuerzo. En cuanto al manejo de este paciente, luego de realizar las evaluaciones respectivas es referido a consulta anual informándole al

mismo que puede tener un estilo de vida similar al de una persona con serología negativa y que su riesgo de desarrollar daño cardíaco se encuentra entre el 10 y 30%.

Estadio B: pacientes en Grupo II, con un ECG anormal, dado por arritmia cardíaca (ventriculares y/o supraventriculares), trastornos de la conducción cardíaca (sinusal, auriculoventricular e intraventricular) y zonas eléctricamente inactivas, generalmente asintomáticos o con ligeros síntomas. Todos son portadores de un daño miocárdico avanzado, diagnosticado por: aumento del área cardíaca en el 45% de los casos, fracción de eyección del ventrículo izquierdo puede estar comprometida en forma leve (50-55%) o moderada (35-49%), arritmias y trastornos de conducción diagnosticados por holter y mayor riesgo a presentar arritmias severas durante el esfuerzo.

A pesar de la presencia de lesiones avanzadas en el miocardio y sistema de conducción, menos de la mitad de los pacientes refieren palpitaciones, mareos o síncope, causados por los trastornos de conducción y el ritmo cardíaco. Las alteraciones más frecuentes en el ECG son: 1. En la conducción intraventricular el bloqueo de la rama derecha del haz de His (BRDHH), a menudo acompañado por el bloqueo de la subdivisión anterior de la rama izquierda del haz de His (BSARIHH), denominado también como hemibloqueo anterior izquierdo, 2. Bloqueos auriculoventriculares de diferentes grados (segundo y tercer grado), 3. Bradicardia sinusal, 4. Arritmias ventriculares simples o complejas, estas últimas implican un alto riesgo de mortalidad por muerte súbita cuando la función sistólica del VI se encuentra deprimida, fracción de eyección menor del 50%, 4. Arritmias supraventriculares, extrasístoles y la fibrilación auricular 5. Zonas eléctricamente inactivas, por la confluencia de grandes áreas de fibrosis.

En la consulta del HULR, esta clasificación corresponde al ya mencionado Chagas II, en donde existen modificaciones electrocardiográficas tales como bloqueo de la rama derecha del haz de His (BRDHH), acompañado por el bloqueo de la

subdivisión anterior de la rama izquierda del haz de His (BSARIHH), denominado también como hemibloqueo anterior izquierdo, bloqueos auriculoventriculares de diferentes grados (segundo y tercer grado), bradicardia sinusal, arritmias ventriculares simples o complejas. También encontramos alteraciones en cuanto a la silueta cardíaca en la radiografía de tórax, el paciente clínicamente puede estar asintomático, sin embargo puede manifestar fatiga, debilidad, palpitaciones y dolor precordial, por lo expuesto tanto el paciente puede presentar un NYHA I ó II. En cuanto al seguimiento se realiza cada 6 o 4 meses. El tratamiento farmacológico está bajo criterio del especialista, en donde figuran principalmente los IECA, ARA II y B-bloqueantes tabla 4. Recordemos que esta clasificación es según Kuschnir y si la extrapolamos a la Clasificación Kuschnir modificada correspondería a al grupo I y II. En lo que respecta a los criterios de implantación de marcapaso y resincronizador en nuestros pacientes tenemos: disfunción del nodo sinusal, bloqueos A-V de segundo y tercer grado y fibrilación auricular bloqueada o bloqueo trifascicular.

Estos pacientes con ECG anormal sin signos de insuficiencia cardíaca, mostraron una reducción de la expectativa de vida del 65% a los 10 años de seguimiento y su principal causa de mortalidad fue la muerte súbita causada por trastornos de conducción y arritmias ventriculares complejas acompañadas por una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo moderada.

Estadío C: Son los pacientes con importante daño miocárdico, Grupo III, con una disfunción sistólica y diastólica severa de ambos ventrículos, (cardiopatía congestiva), inicialmente con síntomas de insuficiencia cardíaca a pequeños esfuerzos e incluso en reposo. Su cuadro clínico es el de una insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) biventricular, con disnea de reposo u ortopnea, edemas, elevación del pulso venoso, hepatomegalia y a la auscultación cardíaca ruidos cardíacos desdoblados o incrementados, acompañados por soplos y ruidos de baja tonalidad. En la radiografía del tórax hay una gran cardiomegalia, con signos de hipertensión venocapilar, edema intersticial pulmonar y en ocasiones derrames pleurales, así como áreas de

condensación ocasionadas por infartos pulmonares. Los hallazgos electrocardiográficos registrados en reposo y con el ECG dinámico (Holter) de duración prolongada, son los mismos del Grupo II, donde por el severo daño miocárdico y del sistema de conducción, las arritmias y bloqueos se hacen más frecuentes y complejos. El ecocardiograma-Doppler permite observar gasto cardíaco reducido, elevación de la presión en la arteria pulmonar, aumento significativo de la rigidez ventricular y una función contráctil muy deprimida; las imágenes de ambos ventrículos evidencian cavidades muy dilatadas, hipoquinéticas, con la presencia de verdaderos sacos apicales (aneurismas gigantes) en ocasiones llenos de trombos, además de incompetencia de las válvulas aurículo-ventriculares por dilatación de los anillos.

En cuanto a la consulta realizada en el HULR, esta clasificación corresponde a nuestro Chagas III, en donde presenta alteraciones electrocardiográficas, cardiomegalia en radiografía de tórax, disminución de la fracción de eyección menor de 30%, clínicamente mostrando síntomas y signos de una insuficiencia cardíaca severa, con NYHA III-IV. El tiempo de control de estos pacientes corresponde cada 3 meses o incluso cada mes, lógicamente mucho menos si existe una mayor descompensación en cuanto a su clínica. En lo que respecta al tratamiento farmacológico se incluye IECA, ARA II, B-bloqueantes, Diuréticos y Digitalicos además ser perfectos candidatos al implante del desfibrilador.

Las principales causas de muerte de los pacientes que acuden a la consulta son complicaciones propias de la insuficiencia cardíaca como shock cardiogenico, muerte súbita e infarto del miocardio.

TABLA 4.ESTATUS DE LA ATENCIÓN CLÍNICA DE LA MUESTRA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012.

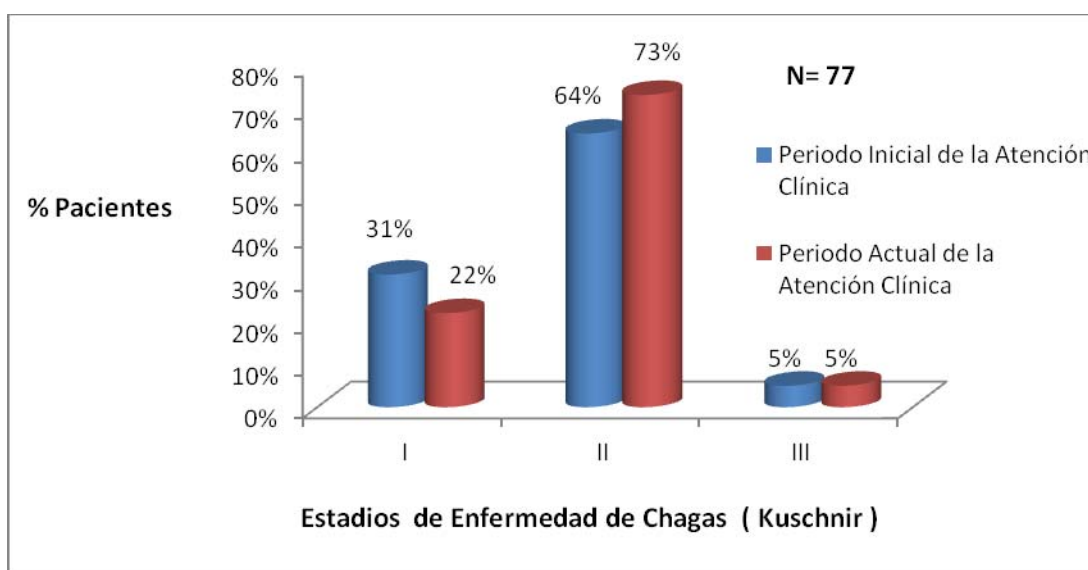
Estudios Realizados	Nº Pacientes
ECG	100 %
Rx de Tórax	92,2%
Ecocardiograma	96 %
Holter	28,6%

Estadio D: Son los pacientes con severo daño miocárdico, también del Grupo III, pero donde se han agotado las reservas contráctiles y los mecanismos compensadores (cardiopatía congestiva refractaria), donde sus condiciones clínicas y capacidad funcional no mejoran utilizando un tratamiento médico óptimo como el indicado en el estadio C. Son pacientes que están en la etapa terminal de su enfermedad con una probabilidad de sobrevivida inferior al 20% a un año de seguimiento.

Mediante nuestro estudio fue posible establecer una clasificación de los pacientes con ayuda de estas herramientas en los estadios Chagas I, II y III. Los resultados demostraron que la mayoría de la población de pacientes en consulta correspondió desde el inicio a la fase Chagas II (Grafico 4). Estudiando la gráfica se razona que en los años que lleva la consulta en actividad los pacientes se han mantenido en la clasificación en su fase de inicio, solo un pequeño grupo de pacientes avanzando de Chagas I a Chagas II, esta observación puede parecer esperanzadora, pero recordemos que de los más de 600 pacientes evaluados serológicamente en donde más de la mitad son seropositivos, solo formaron parte de este estudio 77 personas. Este factor representa un sesgo importante en el análisis de los datos ya que la experiencia del personal que labora en la consulta nos dice que muchos de estos

pacientes han muerto o gran parte de ellos se ha complicado, sin mencionar aquellos pacientes que pierden sus citas por la lejanía de su domicilio, por su aparente mejoría o porque prefieren y pueden costear las comodidades de una consulta privada.

GRAFICO 4. CLASIFICACIÓN DE ESTADIOS PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA DURANTE EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012 HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.

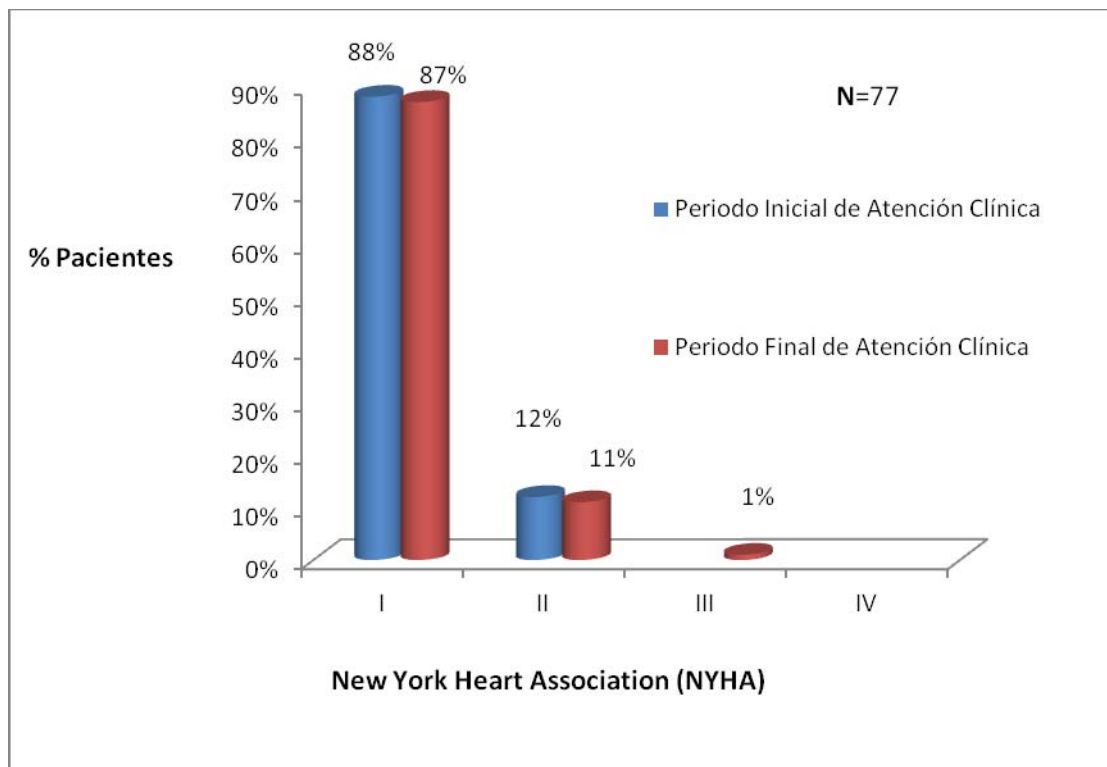


Los pacientes estadiados Chagas I al ingresar al control médico fueron informados que en esta etapa puede tener un estilo de vida igual al de una persona con serología negativa y que posee un riesgo a desarrollar daño cardíaco en un 10 a 30%, por lo que se hace necesario un control médico anual. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes se han mantenido estables en la evaluación de la enfermedad y un pequeño porcentaje han avanzado a estadios ulteriores. Por otra parte, es de destacar la existencia de una cantidad de factores de riesgo al inicio de la consulta en la población de pacientes tales como: (10,4%) consumo de alcohol; (18,2%) consumían alcohol y tabaco; (19,5%) consumo de tabaco;(45,9%)

hipertensión arterial y (2,6%) diabetes mellitus tipo 2. Posteriormente al control las cifras de hipertensión arterial eran de (30,8%), Además la investigación señala que como la hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus, el consumo de alcohol y tabaco la existencia de estos factores de riesgo pueden aumentar el daño cardíaco en personas infectadas crónicamente con *T. cruzi*. (Vallejo y col.1996). A partir de este planteamiento puede sugerirse que uno de los grupos de pacientes haya podido avanzar a estadios ulteriores de la enfermedad.

En relación con la clasificación de la NYHA, que analiza la capacidad del enfermo para el desempeño de las actividades cotidianas, nuestra población se clasificó como se expone en el Grafico 5. Se destacó que 68 pacientes afectados con cardiopatía chagásica (88%) se encuentran en la clase funcional I, cuando asistieron por primera vez a la consulta de cardiología chagásica, mientras que 9 pacientes (12%) estaban en clase funcional II y ningún III o la IV. No obstante, durante la última consulta realizada en el presente año aun cuando no hubo variaciones significativas en el número de pacientes ubicados en las clases funcionales I y II, si se observó un paciente que progresó desde la clase funcional II a clase la funcional III.

GRAFICO 5. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA ASOCIACIÓN NEOYORKINA DEL CORAZÓN (NYHA) DESDE EL INICIO Y FINAL DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.



Los pacientes estadiados Chagas I al ingresar al control médico fueron informados que en esta etapa puede tener un estilo de vida igual al de una persona con serología negativa y que posee un riesgo a desarrollar daño cardíaco en un 10 a 30%, por lo que se hace necesario un control médico anual. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes se han mantenido estables en la evaluación de la enfermedad y un pequeño porcentaje han avanzado a estadios ulteriores. Por otra parte, es de destacar la existencia de una cantidad de factores de riesgo al inicio de la consulta en la población de pacientes tales como: (10,4%) consumo de alcohol; (18,2%) consumían alcohol y tabaco; (19,5%) consumo de tabaco;(45,9%)

hipertensión arterial y (2,6%) diabetes mellitus tipo 2. Posteriormente al control las cifras de hipertensión arterial eran de (30,8%), Además la investigación señala que como la hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus, el consumo de alcohol y tabaco la existencia de estos factores de riesgo pueden aumentar el daño cardíaco en personas infectadas crónicamente con *T. cruzi*. (Vallejo y col.1996). A partir de este planteamiento puede sugerirse que uno de los grupos de pacientes haya podido avanzar a estadios ulteriores de la enfermedad.

En relación con la clasificación de la NYHA, que analiza la capacidad del enfermo para el desempeño de las actividades cotidianas, nuestra población se clasificó como se expone en el Grafico 5. Se destacó que 68 pacientes afectados con cardiopatía chagásica (88%) se encuentran en la clase funcional I, cuando asistieron por primera vez a la consulta de cardiología chagásica, mientras que 9 pacientes (12%) estaban en clase funcional II y ningún III o la IV. No obstante, durante la última consulta realizada en el presente año aun cuando no hubo variaciones significativas en el número de pacientes ubicados en las clases funcionales I y II, si se observó un paciente que progresó desde la clase funcional II a clase la funcional III.

TABLA 5. TRATAMIENTOS APLICADOS A LOS PACIENTES CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE (%)
No ameritó	9	12%
IECA	27	35%
Ara II	33	43%
B- Bloqueantes	6	7%
Digital	2	3%
Total	77	100 %

TABLA 6. IECAS CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.

IECAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE (%)
Únicos	7	26%
Asociados a Diuréticos	16	59%
Asociados a B-B	3	11%
Asociados a B-B + Diuréticos	1	4%
Total	27	100%

Tabla 7. ARA II CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.

ARA II	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE (%)
Únicos	9	28%
Asociados con Diuréticos	16	48%
Asociados con B-B	4	12%
Asociados con B-B + Diuréticos	4	12%
Total	33	100%

Debido a que los tratamientos antiparasitarios son indicados solo en la fase aguda o en infantes o adolescentes, cuyos órganos han tenido menos tiempo de exposición al parásito (fase indeterminada o crónica incipiente), en nuestra población de estudio no se aplican estos fármacos. No solo estas razones limitan la aplicación de la terapia antiparasitaria disponible actualmente (benznidazol y nifurtimox), sino también la carencia de una terapéutica efectiva demostrada para la fase crónica y que no desencadene los efectos secundarios que en adultos tienen mayor repercusión sistémica (Documento Preliminar MPPS, 2011).

TABLA 8. RELACIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES CHAGAS Y NYHA AL INICIO DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR, BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI.

Estadios CHAGAS/ Clasificación NYHA	NYHA I	NYHA II	TOTAL
CHAGAS I	22	2	24
CHAGAS II	44	5	49
CHAGAS III	2	2	4
TOTAL	68	9	77

Para el abordaje del objetivo 4 de esta tesis, el cual se relaciona con la asociación entre los estadios del Chagas y la clasificación del NYHA al inicio como al momento actual de la atención de los pacientes que acudieron a la consulta de cardiología en el HULR. El hallazgo de pacientes al inicio del seguimiento (tabla 7) el estadio Chagas I fue de (24), de los cuales 22 pertenecían a NYHA I y 2 NYHA II. Un total (49) pacientes correspondían al estadio Chagas II, de los cuales 44 poseían NYHA I y 5 NYHA II. En lo que respecta al estadio Chagas III se cuantificó un total de (4) personas de las mismas 2 pertenecían al NYHA I y 2 al NYHA I.

TABLA 9. RELACIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES CHAGAS Y NYHA AL FINAL DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA, PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR, BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI.

Estadios CHAGAS/ Clasificación NYHA	NYHA I	NYHA II	NYHA III	TOTAL
CHAGAS I	16	1	0	17
CHAGAS II	48	8	0	56
CHAGAS III	3	0	1	4
TOTAL	67	9	1	77

En la relación entre los estadios de la cardiopatía chagásica según Kuschnir y el grado de capacidad funcional NYHA al final del seguimiento (tabla 8), se aprecia que (17) pacientes estaban dentro de estadio de Chagas I, 16 presentaban un NYHA I y 1 un NYHA II. También se observó que (56) pacientes presentaban una cardiopatía chagásica grado II, de los cuales 48 mostraban un NYHA I y 8 un NYHA II. Existiendo solo 4 pacientes con un estadio de cardiopatía chagásica grado III, 3 con NYHA I y solo 1 con NYHA III.

El estadio Chagas II predominó al inicio como al momento actual de la atención, e inclusive aumentó a expensas de los pacientes que con el pasar el tiempo avanzaron del estadio Chagas I al Chagas II, lo cual es perfectamente aceptable ya que los pacientes con serología positiva y asintomáticos tienen el riesgo de desarrollar daño cardíaco en un 10 a 30 % esto es debido a que la progresión de la enfermedad varía según el individuo y depende de múltiples factores que intervienen en la patogenia de las lesiones, especialmente la persistencia del parásito, la actividad inmunológica del huésped y los fenómenos de destrucción tisular y reemplazo por fibrosis. (Espinosa 2001). Por otra parte al asociar estos datos con el NYHA se

aprecia que solo 1 paciente Chagas III avanzó al (NYHA III) éste considerado como una variable clínica que determina el pronóstico en estos pacientes (Rassi y col 2006). Una cifra mayor del 85% de la muestra se encuentra en (NYHA I), a pesar de la presencia de lesiones avanzadas en el miocardio y sistema de conducción, menos del 15% de los pacientes refieren palpitaciones, mareos o síncope, causados por los trastornos de conducción y el ritmo cardíaco, en otras palabras no poseen una limitación física para la actividad ordinaria, a pesar de que 2/3 de la misma están estadificados en Chagas II, lo cual se traduce en mejor calidad de vida. Estos resultados indican la asertividad en el control y terapia farmacológica empleados en la consulta pues han repercutido en la calidad de vida de estos pacientes.

La asistencia en área de la salud obliga a considerar el concepto de calidad enmarcado por Vanormalingen (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final en la salud del paciente. Este concepto, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de carácter subjetivos; todos representados por la conducta del servidor de salud para alcanzar la satisfacción de los usuarios y la eficiencias de la institución.

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a una situación determinada. (Instituto Español de Salud, Secretaría General, 1992). En el área médica la satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario” (Corbella A y Saturno 1990).

Una herramienta muy valiosa para abordar este objetivo de la tesis fue la averiguación de la opinión de los usuarios a través de los cuestionarios y encuestas proporcionadoras de información sobre el grado de satisfacción de los pacientes. La opinión de los pacientes es un resultado de importancia que nos aporta información

sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas (Massip y col, 2008).

El instrumento manejado en esta investigación fue establecido del tipo cuestionario, que indujo varias preguntas dirigido a evaluar tal protocolo. En términos generales, la prevalencia global de satisfacción sobre la calidad del Servicio de Cardiología fue de (59,7%) en la categorización de estar totalmente satisfechos y el (36,4%) declaro estar satisfechos (Tabla 7). Un claro problema que plantea la literatura internacional es la tendencia de elevados porcentajes de satisfacción en los usuarios entrevistados (Ramírez y col, 1998). En nuestro medio, al reflexionar sobre los elevados porcentajes de satisfacción de los usuarios a pesar las de condiciones objetivas que deberían conducir a mayores porcentajes de insatisfacción, se plantea la hipótesis que la percepción del beneficio obtenido por la atención es tan grande, respecto a las carencias y limitaciones anteriores ,que el paciente expresa el beneficio obtenido como satisfacción, a pesar de existir manifestaciones de diversos niveles de disconfort, lo cual se correlaciona con las muestras de (Cortez, 1998).

Algunos investigadores explican la falta de objetividad de los usuarios para percibir condiciones concretas de atención en todo un conjunto de mediaciones culturales y sociales. Por ejemplo el grado de instrucción puede ser un elemento de influencia en la respuesta de los usuarios (Iriart y col, 1990).

Con relación a las expectativas de los pacientes sobre la atención en Servicio de Cardiología, estas giran en torno a las relaciones interpersonales prestador-usuario, la calidad técnica del personal, la información adquirida sobre la enfermedad, responder a inquietudes, la resolución a temores propias de la patología, la ganancia gratuita de la atención y terapia farmacológica, además la búsqueda de mayor y mejor calidad de vida.

Se destaca que un (3,9%) declaró estar insatisfecho, las quejas más frecuentemente manifestadas, giran en torno a la demora de la atención, falta de información, escasa disponibilidad del personal de salud, falta de medicamentos, deficiencias en el confort, falta de privacidad y la falta de confianza que le inspira el personal. Exceptuando estas dos últimas, otros estudios han señalado también a estos aspectos como los elementos centrales en la percepción de la satisfacción (Iriart y col, 1990). Por otro lado se debe señalar que la consulta para la población chagásica no forma parte obligada del servicio de cardiología del nosocomio, asimismo no existe un convenio fijado por parte de las autoridades administrativas del HULR para costear los respectivos gastos y consumos, al mismo tiempo recordemos que el personal de salud trabaja a honores en lo que respecta a dicha consulta.

TABLA. 10 DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE PACIENTES SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN GLOBAL HACIA LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA, PERIODO ENERO – AGOSTO 2012. HULR. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI.

¿Cuál es su grado de satisfacción respecto a la atención brindada?	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)
Completamente Satisfecho	46	59,7
Satisfecho	28	36,4
Insatisfecho	3	3,9
Total	77	100%

CONCLUSIONES

- 1.- Los pacientes que acuden a la consulta de Chagas en el Servicio de cardiología del H.U.L.R, son clasificados según los todos los criterios exigidos en la clasificación de Kuschnir, obteniéndose así los Estadios Chagas I, II y III.
- 2.-El estadio Chagas II predominó al inicio como al momento actual de la atención, además un total de 7 pacientes avanzó del estadio Chagas I al Chagas II.
- 3.-Al asociar los estadios de la clasificación de Kushnir para la cardiopatía Chagásica con la clasificación NYHA, se evidenció la relación directa entre los estadios iniciales y los tardíos en nuestro grupo de pacientes.
- 4.- Se apreció que más del 85% de la muestra tanto al inicio como actualmente no posee una limitación física para la actividad ordinaria (NYHA I), a pesar de que 2/3 de la misma están estadiificados en Chagas II .
- 5.-La satisfacción global de los pacientes sobre la calidad de la consulta de La Enfermedad del Chagas del HULR, demostró que el 96,1% presentó un grado de satisfacción.
- 6.- Al realizar la evaluación de la atención prestada en la consulta de cardiología del H.U.L.R para la enfermedad del Chagas, validamos que se siguen las pautas para el manejo y tratamiento propuestas en el documento preliminar del consenso nacional sobre la atención, diagnóstico, manejo y tratamiento de la Enfermedad del Chagas (MPPS,2011).

RECOMENDACIONES

1.- Elaborar propuestas para ser planteadas al equipo administrativo del nosocomio y así mejorar la atención ofrecida a los pacientes chagásicos, para contribuir en forma positiva a la satisfacción de los usuarios respecto a dicha atención.

2. Reevaluar el protocolo sometido en la validación local y aplicar la iniciativa en otras regiones del país.

3.- Mejorar el abastecimiento de fármacos involucrados en la terapia de la fase aguda y fase crónica de esta patología.

4. Amplificar espacio físico, equipo técnico y personal instruido con el fin de mejorar la atención.

5. Aconsejamos la realización de las jornadas de despistaje y educación en el Municipio Bolívar, ya que demostró ser el de mayor prevalencia de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acquatella H. 2010. Disfunción Ventricular en la Cardiopatía Chagásica: Estado del Arte. *Revista Brasileira ecocardiograma imagem cardiovascular*. 23(2):54-58.
2. Acquatella H. 2003. Estado actual de la enfermedad de Chagas en Venezuela y de su manejo terapéutico. *Gaceta Médica de Caracas* v.111 n.2. *Versión impresa* ISSN 0367-4762
3. Acquatella, Benítez, Cataliotti, Mendoza, Palacios, Condado, Suarez, Puigbó. 2000. Avances recientes en Miocardiopatía crónica chagásica: Mecanismos autoinmunes y de isquemia miocárdica, activación aguda de Chagas crónico, expectativas de sobrevida y procedimientos quirúrgicos. *Gaceta Médica Caracas*; 108(2):169-174.
4. Acquatella H, Cataliotti F, Gómez-Mancebo JR, Davalos V, Villalobos L. 1987. Long-term control of Chagas' disease in Venezuela: Effects on serologic findings, electrocardiographic abnormalities, and clinical outcome.
5. Acquatella H, Schiller NB, Puigbó JJ, Giordano H, Suarez JA, Casal H, et al. 1980. Mode and two-dimensional echocardiography in chronic Chagas heart disease. A clinical and pathologic study.
6. Añez, N.; Crisante, G. y Rojas, A. 2004^a. Update on Chagas disease en Venezuela – A review. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 99 (8): 781-787.
7. Aoñin S. 2010. Estado actual de la salud en Venezuela. Aoñin Soulie C, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Volumen X. Caracas: Editorial Ateproca.p.87-124.

8. Blitzman. 1998. Enfermedad de Chagas-Mazza. 1er congreso virtual de cardiología. Disponible en: www.fac.org.ar/fec/chagas/c05schap/c05schap.PDF
9. Cataliotti, Acquatella. 1999. Comparación de mortalidad durante seguimiento por 5 años en sujetos con enfermedad de Chagas crónica con y sin tratamiento de benznidazol. Centro "J.F. Torrealba" San Juan de Los Morros, Venezuela. 1st Virtual Congress Of Cardiology. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622003000200009&script=sci_arttext
10. Chagas C. 1909. Nova tripanosomiase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen., n. sp., agente etiológico de nova entidade mórbida do homem. *Mem Inst Oswaldo Cruz*.
11. Corbella A y Saturno P, 1990. La garantía de la calidad en atención primaria de salud Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext
12. Cortez R. 1998. Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Universidad del Pacífico, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/63_n1/pdf/nivel_satisfaccion.pdf
13. D'Angelo-Mendoza, Rodríguez-Bonfante, Camacho, Martínez, Perdomo, Cabrera y Bonfante-Cabarcas. 2005. Pacientes con cardiomiopatía dilatada chagásica y cardiopatía no chagásica presentan niveles elevados del factor de necrosis tumoral α . *Invest. clín, sep. 2005, vol.46, no.3, p.219-228*.
14. Dávila DF, Donis JH, Torres A, Ferrer JA. 2004. A modified and unifying neurohormonal hypothesis can explain the natural history of chronic chagas heart disease. *Int J Cardiol*. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvdem/v8n3/art01.pdf>

15. Delgado P. 1999. Estudio clínico epidemiológico, serológico y molecular de una población de pacientes con diagnóstico presuntivo de Miocardiopatía Chagásica. Tesis de Grado de Pregrado. Universidad de los Andes.
 16. DENEBA. 2000. Estudios de Marketing. Investigación Cualitativa. Estudio de percepciones, actitudes y prácticas respecto de la salud en poblaciones urbanas y rurales de los departamentos de Loreto, Apurímac y Huánuco. PAAG-MINSA, Serie Informes Técnicos N°4. Enero 2000.
 17. Elizari M. 1999. La Miocardiopatía Chagásica perspectiva histórica. *Medicina Buenos Aires*; 59 (Supl. II): 25-40.
 18. Falcón P. 2010. Precisión Diagnóstica de los niveles séricos de N-Terminal pro péptido natriurético cerebral en pacientes con Cardiopatía Chagásica. Centro cardiovascular regional Ascardio. Barquisimeto. Estado Lara. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Proyecto de grado para optar al título de Especialista en Cardiología.
 19. Florio, Vignolo, Centurión, Pouso. 2009. Utilidad de la estimación del índice cardíaco y de la resistencia vascular sistémica por eco-Doppler para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. *Insuficiencia cardíaca* Vol. 4, N° 3.
 20. García, Hernández, Rodríguez-Bonfante, Jiménez, Bonfante-Cabarcas, Añez, Scorza, Ramírez. 2001. Primer consenso venezolano sobre la enfermedad de Chagas: Conclusiones y recomendaciones. *Avances Cardiológicos*.
- Geraldino, Oscar; Rodríguez, Fernando; Jorquera, Alicia; Pozo, Arleth. 2010. Turbulencia de la frecuencia en portadores de Chagas crónico procedentes de la zona norte del Estado Anzoátegui. *Sociedad Venezolana de Cardiología*. 30(4):304-308.

21. Guhl, Felipe y Lazdins-Helds, Janis K. 2007. Grupo de trabajo científico sobre la enfermedad de Chagas. Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR), patrocinado por UNICEF/PNUD / Banco Mundial /OMS
22. Iriart P, Nervi L. Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. Cuadernos Médico-Sociale (Rosario) 1990; 52: 27- 35.
23. Jiménez Caugas y Col, 1996. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. Rev Cubana Salud.
24. Jones EM, Colley DG, Tostes S, Lopes ER, Vnencak-Jones CL, McCurley TL. 1993. Amplification of a *Trypanosoma cruzi* DNA sequenseof inflammatory lesions in human chagasic cardiomyopathy. Am J Trop Med Hyg.;48:348-57.
25. Jugo; Medina; Rojas; Schlegel; Arenare. 2008. Aplicación De Nuevos Métodos De Análisis De La Variabilidad De La Frecuencia Cardíaca En Pacientes Chagásicos Crónicos. uct v.12 n.48. Versión impresa ISSN 1316-4821. Puerto Ordaz. Venezuela.
26. Kirchhoff LV. American Trypanosomiasis (Chagas' disease): a tropical disease now in the United States. N Engl J Med 1993; 329: 639-644.
27. Kiriakos, D.; Millán, D.; E.; Santana, S. 2006. Seropositividad para enfermedad de Chagas en una población rural de Estado Anzoátegui. *Informe Médico*.
28. Kuschnir E, Sgammini H, Castro R, Evequoz C, Ledesma R, Brunetto J. Evaluation of cardiac function by radioisotopic angiography, in patients with chronic Chagas cardiopathy. Arq Bras Cardiol 1985; 45: 249-56.

29. Llanos F. 1999. Informe de la validación de campo de la encuesta de medición de la calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención, de acuerdo a las expectativas de los usuarios. Informe de Consultoría.
30. Lugones H, Ledesma O, Storino R, Marteleur A, Ribas C, Barbieri G. 1994. Chagas agudo. En: Storino R, Milei J, editores. Enfermedad de Chagas. Argentina: Mosby Doyma. p.209-234.
31. Madrigal, Delgado, Gomez, Mattu. 2010. Los Bloqueo de Rama Criterios electrocardiográficos. Distrito Federal. Mexico.
32. Massip Pérez y Col, 2008 La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad.
33. Milei J, Mautner B, Storino R, Sanchez JA, Ferrans VJ. 1992. Does Chagas' disease exists as an undiagnosed form of cardiomyopathy in the United States? Am Heart J.
34. Murphy E. 1982. Natural history of "high risk" bundle branch block. Final report of a prospective study. N Engl J. Med. 307:137-139
35. Morocoima, A. 2002. Caracterización parasitológica y molecular de aislados de *Trypanosoma (Schizotrypanum) cruzi* obtenidos del estado Anzoátegui. Trabajo de Postgrado. Postgrado Nacional de parasitología. Universidad Central de Venezuela.
36. Morris SA, Tanowitz HB, Witner M, Bilezikian JP. Pathophysiological insights into the cardiomyopathy of Chagas' disease. Circulation 1990; 82: 1900-1909.
37. Parada H, Carrasco HA, Añez N, Fuenmayor C, Arriaga AD, Palacios E, Aguilera M. Enfermedad de Chagas aguda: características clínicas, parasitológicas e histopatológicas.

38. Pickenhayn, Razzite, Riarte, Sosa, Deviggiano. 2002. Consenso De Enfermedad De Chagas-Mazza. Sociedad Argentina De Cardiología. Consejo De Enfermedad De Chagas “Dr. Salvador Mazza.
39. Pérez, Orjuela, Vanegas, Montenegro. 2007. Etiología, fisiopatología e inmunología de la enfermedad de Chagas. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
40. Puigbo J, Giordano H, Suarez H. et al. 1992. Clinical aspects in Chagas disease. In: Madoery R. Camera M, eds. Actualizaciones en la enfermedad de Chagas. Buenos Aires; p. 27-38.
41. Quiroz, Morillo, FRCPC., FACC. Casas, Cubillos, Chinchilla, Silva. 2006. Características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas de la cardiomiopatía chagásica en la población santandereana. Clinical, electrocardiographic and echocardiographic haracteristics of Chagas’ cardiomyopathy in Santander’s State (Colombia) population. Revista Colombiana de Cardiología, Vol. 13 No. 3.
42. Ramírez ST, Nájera AP, Nigenda LG. 1998 Percepción de La calidad de la atención de los servicios de salud de México: perspectiva de los usuarios. Salud Públ México.
43. Rodríguez-Bonfante, C.; Amaro, A.; Garcia, M.; Mejias, L.; Guillen, P.; Garcia, R.; Álvarez, N.; Díaz, M.; Cárdenas, E.; Castillo, S.; Bonfante-Garrido, R. y Bonfante-Cabarcas, R. 2007. Epidemiología de la enfermedad de Chagas en el municipio Andrés Eloy Blanco, Lara, Venezuela: Infestación triatomínica y seroprevalencia en humanos. *Cuadernos de Sande Publica*.
44. Rodríguez-Bonfante, C.; Siervo, M. 2010. Polimorfismo de genes pro inflamatorias asociados al desarrollo de la cardiopatía crónica chagásica. *Boletín Médico de Postgrado, Vol. XXVI Edición Especial*.

45. Rosas, Guhl, Velasco, Jumbo, Jaramillo, Rodríguez, Gil, Aguilera, Herrera, Pinto, Barrios, Cordovez, Zipa, Becerra, Montoya Cepeda, Sarmiento, Álvarez. 2002. Morbilidad de la enfermedad de Chagas en fase crónica en Colombia. Detección de pacientes chagásicos con cardiopatía en un área endémica del departamento de Boyacá. *RCC Vol. 9 N° 5. Cardiología Del Adulto - Trabajos Libres.*
46. Rosas, Vanegas y Cabrales. Enfermedad de Chagas. 2007 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
47. Salmon. 2000. *La Cardiopatía Chagásica crónica.*
48. Status of *Chagas'* disease in the region of the Americas. *Epidemiol Bull PAHO* 1984; 5: 5-9.
49. Storino R, Jörg M, Auger S. 2002. Manual práctico de la atención médica del paciente chagásico. Ed. Masson. Doyma, Buenos Aires, Argentina, (en prensa).
50. Storino R. 2007. Enfermedad de Chagas. *En Medicina*, Mautner B y col. Centro Editor Fundación Favalaro, Buenos Aires; Cap. 25:774-78.
51. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Servicio de Medición de Calidad del Servicio a los Usuarios del IPSS y Orientación al Mercado de los Ejecutivos del IPSS, en los Centros Asistenciales de Lima Metropolitana. Tomo I – Marzo 1998 – Lima, Perú.
52. Vanormalingen Pineda y col. La gerencia de calidad en salud. OPS-OMS. Washington. 1996.
53. Villalba R, Fornés G, Álvarez MA, Román J, Rubio V, Fernández M et al. 2009 Enfermedad de Chagas en personas procedentes de latinoamérica residentes en España: Ministerio De Sanidad Y Política Social.

54. Vilches M, Rodríguez P. 2005. Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Tratado De Geriátria Para Residentes. Capítulo 30.
55. Viotti R, et al. 2005. Pronóstico de la miocarditis chagásica crónica. Rev Esp Cardiol; 58(9):1037-44.
56. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction an explanation of high reported levels. Social. 1999.
57. Yancy CW, Lopatin M, Stevenson LW, De Marco T, Fonarow GC. ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Clinical presentation, management and in-hospital outcomes of patients admitted with acute decompensated heart failure with preserved systolic function. J Am Coll Cardiol 2006; 47: 76-84.
58. DENEBA. 2000. Estudios de Marketing. Investigación Cualitativa. Estudio de percepciones, actitudes y prácticas respecto de la salud en poblaciones urbanas y rurales de los departamentos de Loreto, Apurímac y Huánuco. PAAG-MINSA, Serie Informes Técnicos N°4.
59. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1998. Servicio de Medición de Calidad del Servicio a los Usuarios del IPSS y Orientación al Mercado de los Ejecutivos del IPSS, en los Centros Asistenciales de Lima Metropolitana. Lima, Perú.
60. Llanos F. 1999. Informe de la validación de campo de la encuesta de medición de la calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención, de acuerdo a las expectativas de los usuarios. Informe de Consultoría.
61. Vanormalingen Pineda y col. 1996. La gerencia de calidad en salud. OPS-OMS. Washington.

ANEXOS

ANEXO N°1

HOJA DE HISTORIA MEDICA CONSULTA DE CHAGAS

En el departamento de ciencias fisiológicas de la Universidad de oriente Núcleo Anzoátegui, El Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud y La Unidad Cardiopulmonar del Hospital Dr. Luís Razetti, se está realizando el Proyecto de investigación titulado:

IDENTIFICACIÓN DE MARCADORES DE RIESGO NO INVASIVOS DE MUERTE SÚBITA CARDIACA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS PROCEDENTES DE LA ZONA NORTE DEL ESTADO ANZOÁTEGUI. Financiado por Comisión de Investigación de La Universidad de Oriente. No. CI-2-040602-1286/06:

No. HC:

No. De Ficha: No. De Muestra: Fecha de ingreso:

Nombre:		Edad:
Sexo:	Teléfono:	
Dirección:		
Clasificaciones: Ch1 O Ch2 O Ch3 O NYHA:		
Fibrilación Auricular: Si O No O	TAS: TAD:	
EKG Ritmo: PR: QRS: Eje: QT: QTc: Fc: Interpretación:		
Rx de Torax: (RCT)	Supradesnivel del segmento ST en precordiales: Si O No O	
Precordiales afectadas:		
Inicio de turbulencia:	Pendientes de turbulencia:	
Señales Promediadas Positivo: Si O No O QRS filtrado: Voltaje 40 mseg: Duración: 20 mcvolt:		
SDNN: SDANN: SANN index:	pNN50: rMSDD:	
Ecocardiograma: DDVI: DSVI: FE:	Aneurisma apical: Si O No O Holter del Ritmo:	

Hábitos: Alcohol O Cigarro O Tabaco O Chimo O Ninguno O

Observaciones: _____

ANEXO N°2

HOJA DE SEGUIMIENTO EN CONSULTA

No. De Ficha

Nombre del Paciente: _____.

Edad: _____.

Fecha:	Clasificaciones: Ch1O Ch2O Ch3O NYHA:		
	TAS: TAD:		EKC:
TRATAMIENTO		EVENTO (Fecha / Duración)	
IECA:		ACV:	
BB:		Hospitalización por ICC	
ARAI:	Digital:	Hospitalización (otra causa)	
Diurético:		Muerte	
Cax:	Otro:	Otro:	

ANEXO N°3

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE CARDIOPATÍA
CHAGÁSICA**

DATOS GENERALES

Fecha: _____ No.

De ficha: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE
INGRESO: _____

Dirección de domicilio:

—

Municipio: _____ Estado:

**1. ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto a la atención
brindada en el servicio de cardiología chagásica del Hospital
Universitario Luis Razetti?**

Completamente
satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

ANEXO N°4

VALORACIÓN FUNCIONAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

1. ¿Actualmente, en reposo, siente fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso?
 Si No

2. ¿Actualmente, al realizar una Actividad física al efectuar una caminata de 20 metros le ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso?
 Si No

3. ¿Actualmente, al realizar una Actividad física al efectuar una caminata de 50 metros le ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso?
 Si No

4. ¿Actualmente, al realizar una Actividad física al efectuar una caminata de 100 metros le ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso?
 Si No

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	PROTOCOLOS DE ATENCIÓN TERCIARIA PARA PACIENTES CON CARDIOPATÍA CHAGÁSICA. CONSULTA CARDIOLOGICA DEL HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI DE BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI DURANTE EL PERIODO DE ENERO – AGOSTO, 2012
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Chacón H; Josué A.	CVLAC: 18.315.868 E MAIL:
Troconis L; Fernando J.	CVLAC: 14.499.223 E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Cardiopatía, protocolo, pacientes, chagastica.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Ciencias de la Salud	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

La Enfermedad de Chagas representa un problema de salud pública en Venezuela, teniendo gran incidencia en la zona nor oriental del país. El 30% de las personas enfermas evoluciona hacia una fase crónica caracterizada por insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte súbita. El presente trabajo de investigación es de tipo prospectivo, transversal, cuyo objetivo principal es la evaluación del flujograma establecido para los protocolos de atención terciaria de los pacientes con cardiopatía chagásica que asisten a la consulta de Enfermedad de Chagas del Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Luis Razetti de Barcelona, Estado Anzoátegui. La muestra estuvo conformada por 77 pacientes, con seguimiento en la consulta de cardiología chagásica. La información fue obtenida a través de historias clínicas, encuestas, entrevistas y observaciones realizadas en la consulta, para cumplir con el objetivo. El sistema para la categorización de los pacientes está basado en la clasificación de Kuschnir, y los resultados demostraron que 7 pacientes progresaron de Chagas I a Chagas II, siendo éste el estadio más frecuente al inicio y al final de seguimiento, con 49 y 56 pacientes respectivamente, al grupo de Chagas III se mantuvo sin modificaciones. Más del 85% de la muestra corresponde a la clasificación NYHA II. La atención prestada durante todo el periodo de seguimiento fue comparada con el documento preliminar del protocolo de atención, seguimiento y tratamiento postulado por el MPPS en el año 2011. Los resultados registraron que el 59,7% de la población manifestó estar completamente satisfecho, el 36,4%, expresó sentir satisfacción, y el 3,9% dijo sentirse insatisfecho. Existió una alta correlación entre las clasificaciones de Kuschnir y la postulada por el MPPS, viéndose también una relación estrecha entre estas y la clase funcional de insuficiencia cardíaca NYHA.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
MSc. Arleth Pozo	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC:	8.235.565			
	E_MAIL	arlethpozodelugo@gmail.com			
Oscar Geraldino	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	9.685.478			
	E_MAIL	oscargeraldino@gmail.com			
Ali Jorge	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	8.698.154			
	E_MAIL	alijorque@yahoo.es			

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2013	02	19
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS: PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN TERCIARIA PARA PACIENTES CON CARDIOPATÍA CHAGÁSICA.doc	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K
L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z. 0 1
2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

MÉDICO CIRUJANO.

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

PRE-GRADO.

ÁREA DE ESTUDIO:

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUCION:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO ANZOÁTEGUI.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo con el Artículo 41 del reglamento de Trabajos de Grados:

“Los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual notificará al Consejo Universitario, para su autorización”

Chacón H; Josué A.

AUTOR

Troconis L; Fernando J.

AUTOR

MSc. Arleth Pozo

TUTOR

Oscar Geraldino

JURADO

Ali Jorge

JURADO

Coordinadora Comisión Trabajo de Grado