

ARTÍCULO ORIGINAL**Comportamiento de megacolon chagásico en el Hospital "Ricardo Bacherer", Tarabuco, Bolivia****Behavior of chagasic megacolon in the "Ricardo Bacherer" Hospital, Tarabuco, Bolivia**

Dra. Mercedes Schery Ramírez¹, Dra. Mayra López Milián², Dra. Mairileyda Méndez López³

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Instructor. Hospital Pediátrico "Pedro Borrás Astorga". La Habana. Cuba

² Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Pediátrico de Centro Habana. La Habana. Cuba

RESUMEN

Se realiza un estudio con el objetivo de caracterizar el comportamiento de megacolon chagásico en el Hospital Integral Comunitario "Ricardo Bacherer", municipio Tarabuco, de Bolivia. El universo coincidió con la muestra y se conformó por el total de pacientes ingresados con diagnóstico de oclusión intestinal, fecaloma, y/o estreñimiento, en el periodo enero de 2011 a enero de 2012. Se analizan las variables: edad, sexo, procedencia, diagnóstico al ingreso, antecedentes de Chagas y tratamiento realizado, entre otras. Los datos se extrajeron de las historias clínicas y se procesaron mediante técnicas estadísticas convencionales, utilizando el porcentaje como medida resumen y representándolos en tablas de distribución de frecuencias. Se encontró prevalencia del sexo masculino y de individuos mayores de 60 años. A la mayoría se le diagnosticó megacolon desde su ingreso. El tratamiento indicado fue el correcto en la totalidad de los casos. Se concluye que el megacolon chagásico es una entidad muy frecuente en dicho hospital. Se emiten recomendaciones al respecto.

Palabras clave: megacolon chagásico, enfermedad de Chagas, tratamiento, *Tripanosoma cruzi*

ABSTRACT

A study was carried out to characterize the behavior of chagasic megacolon in the Ricardo Bacherer Integral Community Hospital, municipality Tarabuco, Bolivia. The universe coincided with the sample and was formed by the total number of patients admitted with a diagnosis of intestinal occlusion, fecaloma, and / or constipation, between January 2011 and January 2012. The following variables were analyzed: age, sex, Diagnosis at admission, history of Chagas and treatment performed, among others. The data were extracted from the medical records and processed using conventional statistical techniques and the percentage as a summary measure and representing them in frequency distribution tables. Prevalence of males and individuals older than 60 years was found. Most were diagnosed with megacolon upon admission. The treatment indicated was correct in all cases. It is concluded that chagasic megacolon is a very frequent entity in this hospital. Recommendations are issued.

Keywords: Chagasic megacolon, Chagas disease, treatment, *Trypanosoma cruzi*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es el resultado de la infestación por el *Tripanosoma cruzi*. Constituye una de las principales endemias de Latinoamérica según la Organización Mundial de la Salud, con alrededor de 16 a 18 millones de infectados y 100 millones de personas en riesgo. Es producida por un protozoario flagelado descubierto por Carlos Chagas en 1909. La enfermedad se trasmite al hombre por vía vectorial y no vectorial.^{1,2}

La enfermedad de Chagas constituye un problema de la salud humana luego de la conquista europea. Las movilizaciones sociales, la conquista y apertura de espacios así como la marginalidad son algunas de las causas predisponentes y sostenedoras de la endemia. Muchos la consideran como una enfermedad crónica, de larga estadía, solapada y sin tratamiento específico, que afecta a pobres, sin poder económico ni

posibilidades de acceso a las estructuras de poder, pero de gran morbilidad; de ahí, la importancia del pesquisaje activo de casos.^{2,3}

El megacolon chagásico es una complicación crónica de la enfermedad de Chagas, el cual se produce por alteración y daño, principalmente, en el sistema neurosensorial del colon y afecta, también, el corazón y esófago, incluso otros órganos.^{1,4} En Bolivia la incidencia de megacolon es de 60 a 70 %.

En el año 2012, llega a Tarabuco el segundo grupo de estudiantes como parte del proceso de descentralización hacia sus países del Nuevo Modelo de Formación de Médicos Latinoamericanos. Durante la implementación de la rotación de los internos por el servicio de Cirugía del Hospital Integral Comunitario "Ricardo Bacherer", ubicado en el municipio Tarabuco, nos resultó llamativo el gran número de casos que ingresaban al mismo con diagnóstico de oclusión intestinal baja y la sospecha clínica de megacolon chagásico como causa, patología de la cual no se pudo recoger evidencias desde el punto de vista investigativo en este centro, al menos, hasta el momento de la realización de nuestra investigación.

Teniendo como punto de partida el modelo cubano de formación profesional, donde se fomentan los valores del humanismo y solidaridad, y se practica la integralidad en la formación del estudiante, así como el enfoque preventivo e investigativo de la Medicina, decidimos realizar esta investigación de un problema de salud que esta presente en la población boliviana, desde el aprendizaje en el servicio durante la rotación, y esperamos que la misma contribuya a trazar pautas para mejorar la calidad de vida de los individuos afectados.

El estudio del megacolon chagásico como complicación de Chagas en las poblaciones humanas de América Latina constituye un importante problema epidemiológico, sobre todo en Bolivia, donde existen programas diseñados y financiados por la OMS y otras organizaciones a los efectos de disminuir la prevalencia de la enfermedad, sin embargo, resulta llamativo la ausencia de datos que en este sentido encontramos en nuestro medio profesores y estudiantes del Nuevo Modelo de Formación de Médicos.

MÉTODO

Se realiza un estudio en el Servicio de Cirugía del Hospital Integral Comunitario "Ricardo Bacherier", Tarabuco, Bolivia, durante el periodo enero de 2011 a enero de 2012, con el objetivo de caracterizar el

comportamiento del megacolon chagásico como complicación de los pacientes portadores de enfermedad de Chagas.

El universo de trabajo coincidió con la muestra y estuvo dado por los 50 pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía en el periodo estudiado con los diagnósticos de oclusión intestinal, fecaloma, y/o estreñimiento.

Fueron incluidos en el estudio todo paciente mayor de 14 años, con los diagnósticos antes mencionados y que esté de acuerdo en participar en el estudio.

Las variables utilizadas fueron seleccionadas según criterio de los autores, de manera que permitieran caracterizar la enfermedad en la población objeto de estudio. Por ello se escogió: edad, sexo, antecedentes de Chagas, tiempo de aparición de los síntomas en relación con su presentación ante el médico, diagnóstico al ingreso y conducta final seguida con los pacientes.

La fuente para la obtención de las variables estuvo dada por las historias clínicas de los pacientes a partir de un interrogatorio y examen físico exhaustivo e intencionado.

Los datos obtenidos fueron llevados a una tabla diseñada al efecto para tabularlos y procesarlos mediante métodos estadísticos convencionales, utilizando el porcentaje como medida de resumen. Los mismos fueron representados en tablas de distribución de frecuencias.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la investigación se observó franco predominio de los mayores de 60 años (Tabla 1). Es lógico que la incidencia aumente con la edad ya que el período de exposición resulta mayor, por ello existe mayor tiempo para el contagio y la incubación de la enfermedad. Estos resultados concuerdan con autores de la literatura revisada.^{5,6}

Tabla 1. Grupos de edades

Edad	No.	%
Menos de 40	5	10
40 - 59	10	20
Más de 60	35	70
Total	50	100.0

No se tiene explicación para el predominio del sexo masculino en nuestro estudio (Tabla 2), ya que aunque algunos señalan que el hombre tiene por su trabajo mayor exposición⁶, debido a que generalmente pasa mayores períodos de ayuno donde disminuye la ingestión de líquidos lo cual aumenta la posibilidad de constipación. En realidad, la verdadera causa no está aun definida, ya que en Bolivia existen mujeres igualmente trabajadoras e incluso muchas de ellas, aunque con mayor permanencia en casa, al dirigir su atención hacia el gran número de hijos (que caracteriza a las féminas de poblaciones rurales con nivel cultural bajo), ello las hace igualmente vulnerables a la poca ingesta de líquidos y al ayuno y, por ende, a la aparición de esta patología.

Tabla 2. Sexo

Sexo	No.	%
Masculino	35	70.0
Femenino	15	30.0
Total	50	100.0

En cuanto a los antecedentes (Tabla 3), sólo 15 pacientes conocían que padecían la enfermedad como consecuencia de Chagas (30 %); los demás lo desconocía, a pesar de que algunos de ellos fueron ingresados por sintomatología sugestiva (20 %), pero no fueron estudiados ni seguidos, lo que confirma que los médicos del Servicio de Cirugía del Hospital Integral Comunitario "Ricardo Bacherier" así como los médicos del Nuevo Modelo de Formación que rotan por el servicio, deberán trabajar intensamente tanto en el pesquiasaje activo como en función de estandarizar un protocolo que permita la alerta médica en relación con el tema ante determinados síntomas en los pacientes, todo con vista a realizar un diagnóstico precoz antes de que comiencen las complicaciones.³

Tabla 3. Antecedentes y sintomatología

Antecedentes	No.	%
Con Chagas diagnosticado	15	30.0
Presencia de síntomas en más de una ocasión	10	20.0
Presencia de síntomas por primera vez	25	50.0
Total	50	100.0

Resulta llamativo que el 50 % de los pacientes estudiados acudiera al hospital por presentar síntomas por vez primera, ello habla a favor de que la enfermedad continúa en ascenso al incrementarse la incidencia. Resultados similares se obtuvieron autores que estudiaron el fenómeno en diferentes países.^{2,7}

Con relación a los signos y síntomas (Tabla 4), la minoría de ellos, solo 12 (lo cual representa el 24 %) acudieron antes de los tres días de haber comenzado la sintomatología, sin embargo 33 de ellos (66 %) acudieron pasados los tres primeros días de inicio de los síntomas. Si a ello añadimos 5 pacientes que no recordaban la fecha de comienzo de la sintomatología, podemos constatar el desconocimiento por parte de la población del megacolon chagásico como parte de las complicaciones de la enfermedad de Chagas, la baja percepción del riesgo que tienen estas personas y la necesidad de transmitir información y educación por parte del personal de salud para su prevención. Cuando se revisa la literatura, no en todos los estudios se obtuvieron resultados similares a los nuestros.^{5,7}

Tabla 4. Tiempo de aparición de síntomas y signos

Tiempo de aparición	No.	%
Menos de 3 días	12	24.0
De 3 a 7 días	8	16.0
Más de 7 días	25	50.0
No precisa	5	10.0
Total	50	100.0

Si analizamos los resultados plasmados en la Tabla 5 en relación con el diagnóstico al ingreso, se observa que el mismo fue megacolon chagásico no complicado en el 84 % de los casos, pero en 8 pacientes el diagnóstico se realizó en el acto quirúrgico, donde se constató la presencia de megacolon chagásico complicado. Todo lo anterior, nos permite concluir que en el Hospital Integral Comunitario de Tarabuco, la frecuencia de esta enfermedad con o sin complicaciones es alta, e incluso para un hospital rural de segundo nivel, sobrepasa lo registrado por las literaturas revisadas.^{4,8}

Tabla 5. Diagnóstico al ingreso

Diagnóstico al ingreso	No.	%
Megacolon chagásico	42	84.0
Bridas y adherencias	5	10.0
Otros	3	6.0
Total	50	100.0

Finalmente, a partir de los datos aportados por la Tabla 6, se observa que la conducta tomada fue correcta en la totalidad de los casos y se operaron o remitieron a otro centro aquellos que no resolvieron con tratamiento médico convencional, siendo este último la primera opción utilizada según el estado clínico de cada paciente al momento del diagnóstico.^{9,10}

Tabla 6. Conducta

Conducta	No.	%
Tratamiento médico	29	58.0
Tratamiento quirúrgico	14	27.0
Referidos a III nivel	7	15.0
Total	50	100.0

Múltiples son las complicaciones susceptibles de presentarse en esta patología¹¹, por lo que se enfatiza en la labor preventiva como recurso inapelable para mejorar la calidad de vida de los pacientes. El hecho de que 21 de ellos resultaran tributarios de tratamiento quirúrgico ó referencia a III nivel nos demuestra el avanzado estado de las complicaciones con las que llegaron al servicio, y es una muestra de la débil educación sanitaria y pobre autorresponsabilidad con la salud que caracteriza a la clase pobre boliviana.

Aunque la evolución intrahospitalaria de la mayoría de los pacientes no difirió de la encontrada por estudiosos del tema¹², es de destacar que, una vez egresados, no todos los pacientes operados acudieron al seguimiento postoperatorio; situación recomendada por muchos autores.¹ Tampoco se recogieron evidencias de que todos los pacientes portadores de megacolon chagásico no complicado hubieran asistido al seguimiento sistemático establecido, lo cual representa una falla en la aplicación de la estrategia para el manejo integral de estos pacientes.

Por ello, debe insistirse en la prevención, diagnóstico precoz y seguimiento adecuado para pacientes portadores de esta patología con énfasis en la capacitación y divulgación de la misma⁵, así como en la estandarización de la estrategia de seguimiento intrahospitalario una vez que el paciente presente cualquier tipo de complicación, lo cual permitiría mejorar la calidad de vida y el bienestar del individuo ante una enfermedad que es un flagelo para la sociedad.

Compartimos el criterio de Vladimir Irsula Ballaga y colaboradores⁸ ya que aunque esta afección no existe en Cuba, es importante conocerla porque en Suramérica un número elevado de cooperantes cubanos cumplen misión internacionalista.

CONCLUSIONES

1. El megacolon chagásico resultó la entidad más frecuente entre los pacientes mayores de 60 años, de sexo masculino, que ingresaron en el servicio de Cirugía del Hospital Integral Comunitario "Ricardo Bacherier" en el periodo estudiado.
2. Se evidenciaron dificultades con la autorresponsabilidad de los individuos afectados con su salud.
3. A pesar de que el diagnóstico presuntivo al momento del ingreso fue acertado, la conducta seguida demuestra que existió una falla de la labor preventivo-curativa en la población estudiada.

RECOMENDACIONES

- La confección de una estrategia de intervención como segunda parte de este trabajo, basada en la capacitación como principal componente que permita mejorar la prevención a partir del conocimiento de la población y del pesquisaje activo de casos.
- La estandarización de un protocolo intrahospitalario de manejo integral para el seguimiento de los pacientes internados en el Hospital Integral Comunitario "Ricardo Bacherier".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araujo SE, Dumarco RB, Bocchini SF, Nahas SC, Kiss DR, Cecconello I. Recurrence of chagasic megacolon after surgical treatment: clinical, radiological and functional evaluation. *Clinic* 2007; 62:89-92.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Doença de Chagas: situação epidemiológica após 100 anos da sua descoberta. Programa de Controle em Doença de Chagas/Secretaria de Vigilância em Saúde [abstract]. In: 21 Congresso Brasileiro de Parasitologia; 2009; Foz do Iguaçu, PR, Brasil.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Oficina de prioridades de pesquisa em Saúde [internet]. Brasília, DF; 2008 [cited 25 Mar. 2010]. Available at <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/opdn2907.pdf>
4. Carneiro Bruna, Fabiano Ribeiro Zago Aurélio, Aparecido Faria Humberto, de Moraes Pereira Lívia Helena, et al. Associação entre megacólon chagásico e adenocarcinoma gástrico em uma mulher idosa. Revista de patología tropical. Vol. 40 (2): 191-197. abr.-jun. 2011 191.
5. De Araújo SM, Andó MH, Cassarotti DJ, Mota DC, Borges S, Gomes ML. Programa ACHEI: atenção ao chagásico com educação integral no município de Maringá e região noroeste do Paraná, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2000;33:565-72.
6. Flórez Oscar, Esper Jhonatan, Higuera Sergio, Barraza María Fernanda, et al. Chagasic megacolon associated with Trypanosoma cruzi in a Colombian patient. Parasitol Res (2010) 107:439-442.
7. Frisancho O. Dolicomegacolon andino y vólvulos intestinales de altura. Rev Gastroenterol Perú 2008; 28(3):248-57.
8. Irsula Ballaga Vladimir y Ojeda López Luis Alberto Vólvulo del sigmoide en la enfermedad de Chagas. MEDISAN vol.15 no.7 Santiago de Cuba jul. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000700017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Leão EP, Pena CJM, Araújo SM, Gomes ML Physical therapy combined with a laxative fruit drink for treatment of chagasic megacolon Arq Gastroenterol v. 48 – no.1 – jan./mar. 2011.
10. Pereira Leão Egle; Martins Pena Carlos José; Marques de Araújo Silvana; Lúcia Gomes Mônica. Physical therapy combined with a laxative fruit drink for treatment of chagasic megacolon. Arq. Gastroenterol. vol.48 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2011. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032011000100011&lang=pt
11. Ribeiro Mcb, Leal Rf, Coy Csr, Oliveira Psp, Rossi Dhg, Fagundes Jj, Ayrizono Mls. Chagasic megacolon and large bowel neoplasms: case series and literature review. J Coloproctol, 2012;31(4): 372-377.
12. Ronan L, Souza LRMF, Freitas GL, Ward LS, Almeida EA, Wanderley JS, Alegre SM. Evolução de pacientes chagásicos acompanhados em um serviço de referência. Rev Soc Bras Med Trop. 2000;33(suppl 2):91.

Recibido: 17 de junio de 2013

Aprobado: 2 de julio de 2013

Dra. Mercedes Schery Ramírez. Hospital Pediátrico "Pedro Borrás Astorga". La Habana. Cuba. **Email:** shery@yahoo.es