Enfermedad de Chagas Connatal en el Hospital Roque Sáenz Peña de la Ciudad de Rosario

Gabriela Boggio (*)
Irene Luppi (**)
Stella Maris Sánchez (***)
María del Carmen Troncoso (****)

INTRODUCCION

La concepción predominante de la epidemiología de Chagas como enfermedad metaxénica típica de las áreas rurales, en alguna medida ha significado la falta de interés o preocupación por emprender estudios en áreas urbanas donde no existe la transmisión vectorial.

Sin embargo, en las últimas décadas la expansión de la enfermedad a ciudades distantes de las regiones endémicas tradicionales, atrajo el interés de diferentes grupos de investigadores que formularon diagnósticos que muestran al problema como sumamente complejo en términos epidemiológicos. Para definirlo, es necesario tener en cuenta:

. el impacto de la migración rural-urbana sobre el mercado de trabajo y las condiciones de vida de los trabajadores urbanos;

. el asentamiento de migrantes en «villas miseria», con escasas posibilidades de ser competitivos en el mercado de trabajo, relacionadas con dificultosas condiciones para

(*) Investigadora del C.I.U.N.R. categoría «F». Sede I.I.T.A.E. Fac. Ciencias Económicas y Estadística.
(**) Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S.).
(***) Investigadora del C.E.S.S.
(****) Investigadora del C.E.S.S.

adquirir habilidades calificables. Situación que se ha ido empeorando debido a la recesión de la última década;

. un bajo nivel de instrucción y un limitado conocimiento acerca de la enfermedad de Chagas en el seno de estos agregados poblacionales.

. la escasa difusión de información sobre prácticas preventivas y de control de la enfermedad que atentan contra la eficacia de las prácticas instituidas por el Instituto Nacional de Chagas.

Por otra parte, un estudio previo realizado en el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S) (r1) mostró que la falta de síntomas de enfermedad y la ausencia de una apropiada educación para la salud conduce a los pacientes a la convicción de que están sanos. Por lo tanto es difícil para ellos comprender y aceptar las indicaciones médicas.

Rosario constituye un polo de atracción de migrantes provenientes de zonas endémicas de la enfermedad de Chagas, que acuden en busca de oportunidades laborales y en su mayor parte no logran una efectiva inserción en el mercado de trabajo. En ese caso pasan a engrosar el sector de población en condiciones de pobreza estructural, con necesidades básicas insatisfechas y dependientes de la atención médica brindada por los servicios del subsector público.

Dichos servicios se han hecho cargo en los últimos años de la atención de un número creciente de casos de mal de Chagas que, en su inmensa mayoría atraviesan la etapa crónica. El problema sociosanitario más agudo radica sin embargo en los condiciones de subregistro, que resulta francamente crítico en relación a las mujeres. En ausencia de programas de detección masiva prácticamente la única oportunidad de diagnóstico de la enfermedad chagásica se concreta siempre y cuando acudan a control de embarazo y el test de Chagas esté incluido en la rutina. Tales condiciones contrastan con cifras oficiales a nivel nacional publicadas recientemente por la prensa. Conforme a esa perspectiva la enfermedad de Chagas acusaría una tendencia nacional de decrecimiento en el número de nuevos casos.

Aún cuando esas cifras no estuvieran afectadas de subregistro puede pensarse que la enfermedad constituye un problema médico nada desdeñable en los servicios de salud destinados a migrantes en condiciones de pobreza crítica.

Las estimaciones del total de nuevos casos a nivel nacional, según la fuente citada, se basan en proyecciones a partir de grupos etáreos donde las mujeres tienen escasa o nula participación: a) ingresantes al servicio militar, exclusivo para varones hasta el año 1994 en Argentina; b) dadores de sangre donde las mujeres no son frecuentes como consecuencia de factores culturales: menos del 10% según cifras obtenidas en el mencionado estudio del CESS, (1); c) campañas de prevención en niños de 0 a 4 años, en las que Rosario, por ser zona no endémica, quedaría excluida.

En otro estudio del CESS se encontró que entre 774 familias residentes en zona de «villas miserias», con alto porcentaje de migrantes, 134 mujeres mayores de 14 años tuvieron una serología positiva. Es decir, no menos del 17% de las familias registraron al menos una mujer infectada -5 familias con 2 mujeres seropositivas, madre e hija- (r2).

Las cifras disponibles sobre la prevalencia de la infección de Chagas en embarazadas varían, de acuerdo a la serología y al área estudiada, de un 3% a un 30% (r3).

En Rosario, en un estudio sistemático de Chagas realizado en el período 1982-89 por el Departamento de Bioquímica de la Secretaría de Salud Pública Municipal se observaron los siguientes índices de infección: 11,4% por aglutinación directa, 12,7% por hemaglutinación indirecta, 8,4% por Machado Guerreiro y 70,6% de las mujeres con al menos un resultado seropositivo en los tests previos fueron confirmadas por inmunofluorescencia. Estas cifras surgen sobre la base de 5.000 a 6.000 embarazadas que asisten por año a las dos maternidades municipales y a un centro de salud.

Con respecto al riesgo de transmisión connatal, las investigaciones realizadas en la Argentina ofrecen resultados variables según las diferentes regiones (entre 0.75% y 3.5%) (r4). Para la ciudad de Rosario, situación doblemente preocupante si se tienen en cuenta los factores mencionados: por una parte, la afluencia de migrantes provenientes de áreas endémicas y por otra, la subvaloración de la enfermedad como consecuencia de la falta de indagación sistemática del Chagas en los servicios de salud. Esta falta de indagación se refleja tanto a nivel del Programa de Control del Chagas -que descansa básicamente en las pruebas a donantes- como por parte del Programa de Atención Primaria, que no ha incorporado la enfermedad de Chagas ni la transmisión congénita como un problema objetivo, a pesar del énfasis puesto en la atención médica materno-infantil.

El Chagas congénito aparece como problema en estudios de carácter básicamente clínico-biológico, que en su mayor parte se restringen a un número reducido de casos. Algunos de ellos, con una visión más amplia, incorporan grupos de comparación a fin de encontrar diferencias atribuibles a la infección. Muchas publicaciones enfatizan el problema del diagnóstico serológico en niños cuando los tests parasitológicos son negativos debido a la transmisión pasiva de anticuerpos específicos de la madre al niño (r4-5-6). Otros, en cambio, refieren al tratamiento y a sus efectos secundarios (r7-8).

Restan, sin embargo, como cuestiones no exploradas los factores de riesgo que afectan a determinados grupos poblacionales como consecuencia de la interacción de condicionantes de orden estructural, de dimensión socioeconómica y las concomitantes mediaciones a nivel cultural.

En esta línea, nuestra preocupación por una tarea epidemiológica de indagación de casos, tratamiento y control y un análisis integral de la problemática del Chagas congénito - en la madre, el niño y la familia- teniendo en cuenta las conductas diarias y roles familiares relacionados con la atención médica, nos llevó a iniciar en 1992 un estudio sobre la enfermedad de Chagas connatal (1) cuyos objetivos se detallan a continuación.

Se planteó como objetivo general analizar los efectos de los condicionantes socioeconómicos, culturales y psicosociales en la embarazada y su hijo ante una infección chagásica como base para la elaboración de estrategias de intervención apropiadas.

A partir de este enunciado, la indagación persiguió los siguientes objetivos específicos:

a) indagar diferencias socioeconómicas y culturales en embarazadas según su condición de infectada o no infectada;

b) analizar los comportamientos y estrategias de las embarazadas frente al diagnóstico de infección, particularmente aquellos vinculados al conjunto de conocimientos, concepciones, creencias y valoraciones sobre riesgos y atención médica, respecto de la madre y su hijo en la interacción con los servicios;

c) articular acciones con los servicios de atención médica dirigidas a un manejo apropiado (por ejemplo, asesoramiento, educación, tratamiento) de las madres e hijos infectados.

CONTEXTO Y POBLACION DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Roque Sáenz Peña de Rosario (HRSP), ubicado en la zona sudeste del municipio. Esta área tiene, de acuerdo a las últimas cifras disponibles (2), una población de 217.949 habitantes, 52% de los cuales son mujeres, conservándose la misma proporción que en la ciudad. Está básicamente compuesto por grandes sectores populares, pequeños grupos de mediano a alto ingreso y otros en condiciones de extrema pobreza. Según fuentes no oficiales hay alrededor de 15 villas miseria en la zona, con casi 32.000 per-

sonas.

El Hospital asiste la demanda espontánea de la población y los casos derivados de los Centros de Salud integrados a la red de atención primaria, en carácter de primer eslabón de referencia. También asiste la demanda de la población de localidades vecinas a la ciudad, fundamentalmente Villa Gobernador Gálvez.

El Hospital, de administración municipal, se encuentra dividido funcionalmente en dos áreas: hospital policlínico, con internación y consultorios externos para adultos en diferentes especialidades, donde la Maternidad ocupa un lugar de importancia, y atención pediátrica ambulatoria. Posee además servicios de diagnóstico y tratamiento comunes a ambas áreas que incluyen Farmacia, Radiología, Laboratorio, Anatomía Patológica (citología) y Hemoterapia.

La Maternidad del Hospital asiste una importante proporción de los partos del sector público y cuenta con internación y servicios ambulatorios en obstetricia, ginecología y neonatología. Dispone de 36 camas y 2 salas de parto, tiene un promedio diario de 38 consultas y un volumen de 2.546 partos anuales, los que representan un 40,8% de los partos atendidos por los servicios municipales. Cuenta además con un Servicio de Neonatología que posee 10 camas para cuidados intensivos y 10 para observación. El Servicio de Pediatría brinda atención ambulatoria, con un promedio de 98 consultas diarias (r9-10).

El universo de estudio quedó definido a los fines de la implementación del trabajo por toda mujer embarazada que acudió al Hospital y a sus Centros Periféricos en un período de doce meses, febrero 1993 - enero 1994. Este período fue ajustado de acuerdo a la cantidad de partos ocurridos y las tasas de infección encontradas de manera de poder obtener una casuística mínima indispensable a los fines analíticos.

La tasa general de infección encontrada fue del 5,2%, presentando ligeras variaciones según la dependencia que solicitó el estudio: 4,8% entre los estudios solicitados en la consulta externa; 5,0% entre las muestras derivadas de los Centros Periféricos y 6,0% entre las pruebas solicitadas desde sala de parto.

DISEÑO GENERAL

El estudio comprendió distintas componentes metodológicas:

a) un estudio de casos y controles, con sustento en análisis estadísticos, y el seguimiento de los niños de madres infectadas para evaluar su situación en relación a la enfermedad;

b) un estudio antropológico y psicosocial que permitiera dar cuenta de los comportamientos y estrategias de las embarazadas frente al diagnóstico de infección;

c) una componente de acción, basada en visitas domiciliarias de promoción, prevención y cuidados de la salud materna y del niño, en general y respecto del Chagas en particular.

Estas metodologías no se sucedieron como etapas independientes sino que se desarrollaron en forma simultánea y paralela, articulándose entre sí a lo largo del proceso de investigación.

El esfuerzo de integrar los distintos registros del problema estuvo orientado a alcanzar un nivel comprensivo y explicativo adecuado para el diseño de estrategias de intervención, en virtud de la reconocida importancia de las representaciones colectivas y prácticas diferenciadas que se organizan en torno al proceso de salud-enfermedad.

En el estudio de casos y controles, se buscó contrastar ambos grupos según sus características socioeconómicas y culturales y desentrañar las relaciones existentes entre estos factores y los antecedentes vinculados con la infección y la condición de infectada.

El estudio antropológico y psicosocial, en tanto, facilitó la profundización en las concepciones, creencias, valores, temores y expectativas de la mujer en interacción con los servicios de salud.

Por último, la componente de intervención, desde una perspectiva psicosocial, propuso la construcción de un contexto favorable para la información y reflexión sobre infección y enfermedad de Chagas, transmisión congénita y tratamiento de la embarazada infectada, con énfasis en la importancia de la prevención en lo que respecta a la salud de la madre, del niño y otros infectados.

El desarrollo de las últimas dos componentes dieron lugar a la publicación «Subjetividad y cuidados de salud en la enfermedad de Chagas Connatal» (3). El presente artículo se circunscribe al estudio de casos y controles y seguimiento de los niños.

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS DE MADRES INFECTADAS

El objetivo de indagar diferencias socioeconómicas y culturales en embarazadas según su condición de infectada o no infectada derivó en la construcción de un diseño de casos y controles. Un grupo control es absolutamente esencial para evitar asociaciones espúreas y conclusiones erróneas, atribuyendo como características propias de las madres infectadas, condiciones también presentes y en igual medida, entre las madres no infectadas. Para la conformación de los grupos de casos y controles se utilizaron los registros del Laboratorio del HRSP. El grupo de casos quedó constituido por 154 mujeres diagnosticadas como seropositivas en el período enero '93-febrero '94 (4). El grupo control, en tanto, se construyó a partir de una selección aleatoria sistemática de las madres seronegativas. Esta selección se realizó en forma secuencial a medida que las madres infectadas eran detectadas por Laboratorio y paralelamente a la constitución del grupo de casos. Incluyó un total de 158 mujeres seronegativas.

El criterio utilizado para arribar a un diagnóstico serológico positivo en las embarazadas se basó en dos pruebas de screening: Hemaglutinación Indirecta a título 1/32 y Látex. Cuando al menos una de estas dos pruebas resultaba positiva se realizó la confirmación a través del Test de Elisa.

Con el propósito de lograr una aproximación diagnóstica de infección en los hijos de mujeres infectadas, se efectuó un seguimiento a través de 4 pruebas diagnósticas a los 7, 15 y 30 días de vida (este lapso debió prolongarse a raíz del escaso cumplimiento de las madres, lográndose una captación de 68 niños en 4 meses).

La detección de la infección en hijos de mujeres infectadas comenzó al momento del nacimiento a través del estudio macroscópico de la placenta, a cargo del médico obstetra que asistió el parto. Las placentas fueron conservadas y remitidas al Hospital de Niños Dr. V. J. Vilela para su estudio anátomo-patológico.

En segunda instancia se respetó la siguiente rutina para el estudio serológico y búsqueda de parásitos en sangre:

. una primer serología de una muestra de sangre de cordón, para la que se utilizaron los criterios mencionados para las embarazadas;

. la búsqueda de parásito por hemocultivo en sangre de cordón;

. la búsqueda de parásito por microhematocrito seriado en sangre de talón.

Ante el hallazgo de parásito a través del hemocultivo y/o microhematocrito o el indicio de infección por estudio anátomo-histopatológico se considera que el niño está infectado. De encontrarse resultados negativos, la confirmación se completa con la evaluación de la curva de serologías practicadas

al 6º mes y al año (tarea que quedó a cargo del Hospital por exceder el cronograma de la investigación).

Procedimientos e instrumentos

Este estudio se inició, a partir de las gestiones realizadas por el equipo de investigación, con la incorporación del diagnóstico serológico en la rutina solicitada a toda embarazada en su primer contacto con el Hospital. El equipo de investigación colaboró además con las autoridades y jefes de Servicios del Hospital para unificar las pautas a seguir ante la presencia de casos teniendo en cuenta normas de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las madres infectadas y sus niños. El tratamiento de las madres se basó en las normas del Programa Provincial de Chagas de la provincia de Santa Fe para pacientes crónicos y el de los niños se estableció según las pautas nacionales e internacionales vigentes.

Los estudios serológicos de las mujeres fueron solicitados principalmente desde la consulta externa. A su vez, se implementaron dos mecanismos adicionales de detección: a) el Laboratorio del Hospital adoptó por rutina la detección de Chagas en toda muestra de sangre derivada de los Centros Periféricos, aún en los casos en que no figurara el pedido expreso de los tests; b) se solicitó el examen al momento del parto cunado por cualquier circunstancia, no se disponía del diagnóstico (por ejemplo falta de controles en el Hospital o en los centros periféricos). De este modo fue posible incrementar en un 26% el número de análisis realizados.

La información fue recolectada a través de diversos procedimientos. Se administró un cuestionario y se relevaron datos de las historias clínicas y de otros registros del Hospital. De esta manera la revisión de información de fuente secundaria cumplió un doble objetivo: por una parte permitió la captación de las mujeres y por otra, proporcionó material para el análisis estadístico.

Encuesta a casos y controles

La encuesta estuvo enmarcada dentro de un programa que abarcó diferentes actividades: a) comunicación del diagnóstico serológico a mujeres que no retornaron a la consulta, b) administración de un cuestionario y c) actividades de promoción y educación para la salud, respondiendo a la componente de acción contemplada en la investigación, como ya se mencionó.

El primer encuentro con la mujer se centró en la administración del cuestionario y la comunicación del diagnóstico serológico cuando éste era desconocido. La componente educativa dio lugar a un segundo y tercer contacto con las mujeres seropositivas.

En función de las definiciones conceptuales y operacionales se organizó el formulario de encuesta en capítulos referidos a: a) el grupo familiar de la embarazada; b) su vivienda; c) el grupo social de pertenencia; d) cuidados de salud; e) concepciones y creencias acerca del embarazo; y f) los antecedentes vinculados a la infección. Se incluyeron preguntas con selección múltiple de alternativas de respuesta precodificadas y otras de respuesta libre. El detalle de las variables que dieron lugar al cuestionario se presenta en el Anexo.

Dadas las características de la investigación y la diversidad de tareas implicadas se conformó un equipo a cargo del trabajo en terreno constituido por dos psicólogas sociales con experiencia en trabajos en la comunidad.

Para su adiestramiento se organizó un programa de capacitación que consistió en reuniones de lectura, discusión y prácticas de role-playing así como la realización de pruebas piloto en terreno (con embarazadas concurrentes al Hospital no incluidas en el estudio).

La supervisión de este trabajo estuvo centrada en la revisión exhaustiva de todas las encuestas y de los registros obtenidos en relación a la componente educativa al momento de su recepción y la replicación en terreno de aspectos claves de la encuesta a un 5% de

mujeres seleccionadas al azar.

Revisión de historias clínicas y registros del Hospital

El estudio comprendió la revisión de historias clínicas obstétricas de casos y controles y de historias clínicas pediátricas de los hijos de las mujeres seropositivas.

Se obtuvo información relativa a los antecedentes obstétricos, controles e internaciones durante el embarazo, primer examen del neonato y condición al egreso del niño y de la madre.

Para las madres infectadas se registró además información relativa a la atención de la enfermedad dada por las derivaciones y solicitud de prácticas pertinentes (control clínico, electrocardiograma, etc.), cumplimiento por parte de la paciente y el resultado de las mismas.

Por último, la revisión de las historias clínicas pediátricas tuvo como propósito conocer el cumplimiento a los controles de puericultura durante los primeros cuatro meses de vida, y la solicitud y realización de los estudios diagnósticos de la infección (ver Anexo).

PRINCIPALES RESULTADOS

I. Características socioeconómicas y antecedentes vinculados a la infección

La caracterización social de las mujeres que acuden al HRSP corresponde al perfil típico de los sectores más desprotegidos, con necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo, la comparación de casos y controles en base a cada uno de los distintos aspectos socioeconómicos indagados permite comprobar que esta situación crítica se acentúa cuando se trata de mujeres infectadas, en forma manifiesta a veces, y sólo incipiente en otras.

Como puede apreciarse en el cuadro 1, en el grupo de casos se registra una mayor

CUADRO 1
Características demográficas y socioeconómicas
(en porcentajes)

	Casos (n=154)	Controles (n=158)	Probabilidad
Edad:			
menor de 20 años	14.3	29.1	0.00(a)
Grupo familiar:			
familias con 7 o más miembros	26.0	22.8	0.28(b)
sin pareja	14.3	22.2	0.07(b)
sin cobertura de salud	94.2	90.5	0.23(b)
Nivel de instrucción:			
primaria incompleta o analfabeta	56.5	29.8	0.00(a)
Vivienda:			
en villa de emergencia	21.4	13.9	0.00(b)
sin provisión de agua	22.1	8.9	0.00(b)
sin baño	7.8	3.8	0.13(b)

(a) Asociada al Test de Wilcoxon
(b) Asociada al Test chi cuadrado

presencia de mujeres con escasa o ninguna instrucción y con grupos familiares muy extensos y sin cobertura de riesgos de salud.

El mayor grado de criticidad de los casos versus los controles se perfila más claramente aún cuando se comparan sus condiciones materiales de vida, registrando el primer grupo mayores porcentajes de mujeres residentes en villas de emergencia, sin provisión de agua o sin baño.

Por último, puede mencionarse que la inmensa mayoría de las mujeres no trabaja o lo hace irregularmente con baja carga horaria, sin presentar diferencias significativas entre grupos. Sólo 7 casos y 8 controles se identifican como principales responsables del sustento económico familiar, reconociendo prácticamente todas las demás como tal a su pareja. En cuanto a las características de la actividad laboral del principal responsable, se observa un comportamiento similar en ambos grupos, siendo la forma de inserción más frecuente la de asalariado precario.

La contrastación de los resultados relativos a los antecedentes vinculados a la infección para casos y controles permite confirmar por una parte hallazgos obtenidos previamente en el C.E.S.S.(1-2) en lo que refiere a la existencia de una asociación positiva entre la enfermedad de Chagas y la condición de migrante, y en particular, de migrante proveniente de zonas endémicas (5) (77.9% de los casos son migrantes -66.0% de zonas endémicas- vs. 41.8% -31.0% de zonas endémicas-). Asimismo se verifican diferencias significativas entre casos y controles al considerar el antecedente de familiares consanguíneos con Chagas (35.2% vs. 6.3%) o víctimas de muerte súbita (20.6% vs. 5.4%; cuadro 2).

Por otra parte, se comprueba aquí la asociación entre el antecedente de transfusiones de sangre y la presencia de la infección,

CUADRO 2
Antecedentes vinculados con la infección

Antecedente	Casos		Controles		Razón de odds	Probabilidad(a)
	n	%	n	%		
Condición de Migrante	120	77.9	66	41.8	2.5	0.0000
Nacimiento en área endémica (b)	93	61.2	44	27.9	4.1	0.0000
Residencia en áreas endémicas (c)	101	66.0	49	31.0	4.4	0.0000
Transfusiones (d)	35	22.9	13	8.2	3.3	0.0004
Familiares consanguíneos chagásicos (e)	45	35.2	9	6.3	8.1	0.0000
Familiares consanguíneos fallecidos por muerte súbita (f)	30	20.6	8	5.4	4.6	0.0001

(a) Asociada al Test chi cuadrado
(b) Se eliminan 2 casos para los que se ignora la endemicidad del lugar.
(c) Se elimina 1 caso para el que se ignora la endemicidad del lugar.
(d) Se elimina 1 caso para el que se desconoce si recibió o no transfusiones.
(e) Se eliminan 26 casos y 14 controles que desconocían si tenían familiares chagásicos.
(f) Se eliminan 8 casos y 9 controles que desconocían si tenían familiares fallecidos por muerte súbita.

no verificada anteriormente en Rosario (22.9% vs. 8.2%). Muy posiblemente la posibilidad de verificar esta diferencia se relaciona con la definición de población objetivo adoptada para este estudio. En tanto en el primer estudio la indagación se basó en resultados sobre población abierta (adultos mayores de 15 años residentes en zonas de villas de emergencia), ahora la delimitación a mujeres en edad reproductiva, con mayor riesgo de transfusión en oportunidad de partos previos, favoreció muy posiblemente la reunión de una mayor casuística.

Con el propósito de valorar la importancia relativa de los antecedentes ligados a la infección y de los condicionantes socioeconómicos y culturales en relación la condición de infección, se realizó una serie de análisis estadísticos multivariados. Se comenzó con la construcción de un modelo de regresión logística. El modelo elegido da lugar a las estimaciones de las razones de odds (6) que se presentan en el cuadro 3.

Conforme a lo esperado, los antecedentes vinculados a la infección incrementan notablemente los odds para las mujeres infectadas. Así el odds de contar con el antecedente de transfusiones de sangre para las mujeres infectadas se incrementa 3 veces en relación al correspondiente a las mujeres no infectadas.

En relación al tiempo de residencia en zonas endémicas puede apreciarse un incremento en el riesgo a medida que los tiempos son mayores. Así las razones de odds son 2.4 para las personas que estuvieron 5 años y 5.6 para las que estuvieron 15 años en relación con las que no vivieron en zonas endémicas.

La razón de odds entre edad de la mujer y condición de infección resultó igual a 2.2,

CUADRO 3
Razones de odds estimadas de acuerdo al modelo de regresión logística elegido (a)

	Razón de odds	Intervalo de confianza (95%)	p-asociada
Transfusiones de sangre:			
no	1.0	(referente)	---
sí	3.3	(1.52; 7.33)	0.0026
Años de residencia en áreas endémicas (b):			
5 años	2.4		0.0000/0.0008(c)
15 años	5.6		
Edad:			
Menos de 20 años	1.0	(referente)	---
20 años o más	2.2	(1.15; 4.38)	0.0184
Nivel de instrucción:			
Secundaria incompleta o más	1.0	(referente)	---
Primaria completa	2.0	(0.98; 4.07)	0.0554
Primaria incompleta	3.8	(1.88; 7.53)	0.0002

(a) Test de Hosmer y Lemeshow, valor observado = 9.285, prob. = 0.319.
(b) Para esta variable continua se presentan las razones de odds para 5 y 15 años de residencia en área endémica tomando tiempo igual 0 como referencia.
(c) Probabilidades asociadas a las componentes lineal y cuadrática respectivamente.

siendo mayor la chance de encontrar mujeres de mayor edad en el grupo de casos. Se confirma, entonces, la relación verificada en el análisis bivariado.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas, merece destacarse la importancia del nivel de instrucción de la mujer. Para las mujeres infectadas se aprecia un incremento en los odds (versus las no infectadas) en la medida que el nivel de escolaridad es más bajo. De esta manera las razones de odds son 3.8 para las mujeres que no asistieron a la escuela o no completaron la primaria y 2.0 para quienes alcanzaron el nivel primario, en comparación con las que al menos iniciaron el ciclo secundario.

Para ahondar en las asociaciones entre ciertas variables explicativas se completó el análisis con modelizaciones loglineales. En relación al lugar de asentamiento de la vivienda, se construyeron una serie de tablas de contingencia, cada una de ellas vinculando este factor con la condición de infección, nivel de instrucción y otra característica socioeconómica. A través de los modelos loglineales seleccionados se llega a la conclusión que la asociación entre el lugar de asentamiento de la vivienda y la condición de infección queda totalmente explicada por el nivel de instrucción. En todo segmento de análisis está presente la asociación entre el lugar de asentamiento con el nivel de instrucción, perdiendo su significación la asociación entre el lugar de asentamiento e infección.

Análogamente, la asociación marginal verificada entre condición de infectada y la disponibilidad de agua, queda explicada por la interacción conjunta de esta última con el nivel de instrucción y el lugar de asentamiento de la vivienda.

En síntesis, en este contexto multivariado se corrobora, para la población de mujeres embarazadas del Hospital Roque Sáenz Peña, la importancia de los antecedentes ligados a la infección y se destaca como condicionante socioeconómico preponderante vinculado con la infección el nivel de instrucción de la mujer.

II. Cuidados de salud

No resulta sencillo abordar en una situación de encuesta un noción tan compleja como puede ser «el cuidado de la salud», particularmente cuando se intenta focalizar en las prácticas preventivas desarrolladas por mujeres embarazadas en condiciones de vida crítica.

Estudios anteriores realizados en el CESS (r11) permitieron verificar que los comportamientos de la mujer vinculados con el cuidado de la salud durante el embarazo están relacionados con su condición socioeconómica, produciéndose las mayores divergencias entre el número de controles médicos realizados y los recomendados por la normativa cuando se trata de mujeres de bajos recursos.

En el presente estudio la indagación de los cuidados de salud abarcó tanto las consultas de control médico del embarazo y del niño sano, como algunas prácticas cotidianas preventivas realizadas por la mujer a propósito de su embarazo. Se consideraron aquéllas vinculadas con la alimentación, con el consumo de alcohol y de tabaco, con las horas diarias de sueño y con la relación descanso/carga de trabajo doméstico o extradoméstico.

Cuidados vinculados con prácticas cotidianas

Los resultados obtenidos relativos a prácticas preventivas cotidianas, desarrolladas por las madres en general y las seropositivas en particular, reflejan una escasa valoración acerca de la necesidad o conveniencia de desarrollar conductas de cuidado de la salud durante el embarazo.

A pesar de las elevadas proporciones de mujeres (63.4% de los casos vs 68.4% de los controles) que manifiestan haber realizado cambios en sus hábitos de comida, las razones expresadas tanto por casos como controles permiten visualizar que estas modificaciones obedecieron a circunstancias particulares desvinculadas de una preocupación por su estado de salud y la del hijo por nacer (los

cambios estuvieron motivados por rechazar o desear determinados alimentos, tener vómitos, tener más o menos hambre, etc.).

Sólo pareciera existir entre las embarazadas del estudio cierta alarma frente al carácter pernicioso del hábito de fumar durante el período gestacional, lo que lleva a la mayoría de las fumadoras a interrumpir dicho hábito (de los 48 casos que fumaban antes del embarazo, 19 disminuyeron el consumo y 23 abandonaron el hábito; de los 46 controles que fumaban antes del embarazo 11 disminuyeron el consumo y 28 abandonaron el hábito - sin diferencias significativas entre casos y controles).

Esta actitud no se repite frente al consumo de alcohol ya que entre quienes manifestaron consumir bebidas alcohólicas pocas mujeres optaron por cambios tendientes al abandono del hábito. Este dato resulta tanto y más alarmante ya que seguramente subestima el verdadero porcentaje de mujeres que consume alcohol estando embarazadas, debido a una actitud de autocensura en el momento de la encuesta, y muestra al mismo tiempo en qué grado existe desconocimiento o despreocupación por las consecuencias de dicho hábito para con su salud y la del niño.

En relación al trabajo doméstico o extradoméstico durante el embarazo, el 64.5% de las mujeres infectadas y el 73.1% de las no infectadas manifestaron no haber disminuido su carga de trabajo. El análisis de las respuestas permite concluir que salvo excepción este comportamiento respondió a razones por fuera de la voluntad de la mujer, vinculadas con situaciones más exigidas en sus condiciones de vida por sobre la incorporación de hábitos de cuidado de la salud durante el embarazo.

Cuidados vinculados con los servicios de salud

La indagación realizada acerca de la asiduidad de los controles prenatales realizados por la mujer comprendió dos niveles de registro: el primero, basado en la percepción de la mujer, el segundo en los datos de sus respectivas historias clínicas.

A las mujeres se les preguntó con qué frecuencia habían consultado. Sus respuestas permitieron clasificarlas en tres grupos: las que manifestaron haber realizado controles médicos en forma frecuente, aquéllas que dijeron haberlo hecho sólo en forma esporádica y por último las que expresaron no haber realizado ningún control hasta la fecha de la encuesta.

La gran mayoría de las mujeres se ubica en la categoría «frecuente», reconocida indudablemente como «la correcta», registrándose una proporción similar tanto entre los casos como entre los controles (cuadro 4; 81.8% vs. 82.9%). Consecuentemente, un número redu-

CUADRO 4
Frecuencia de los controles prenatales
(desde la percepción de la mujer)

Controles prenatales	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Frecuentes	126	81.8	131	82.9
Esporádicos	22	14.3	24	15.2
Sin controles	6	3.9	3	1.9
Total	154	100.0	158	100.0

cido de mujeres de ambos grupos (14.3% vs. 15.2%) reconoce acudir a los controles en forma esporádica y sólo muy pocas mujeres aceptan no haber realizado ningún control (3.9% vs. 1.9%).

Los resultados derivados de los registros en las historias clínicas muestran sin embargo discrepancias relevantes en relación con la percepción de la mujer. En primer lugar, el porcentaje de mujeres sin control previo se eleva a 12.7% entre seropositivas vs. 8.7% entre las seronegativas (diferencia no significativa). La brecha se profundiza relativizando o mejor aún mostrando la distinta significación atribuida al calificativo «frecuente» si se considera que la gran mayoría no alcanzó a realizar los 9 controles del embarazo estipulados por norma, 78.5% de los casos y el 83.6% de los controles, y que estas consultas de control fueron iniciadas en forma tardía (a partir del 5to. mes de embarazo), 58.5% de los casos y 63.0% de los controles, sin apreciar diferencias significativas en ambos casos (cuadro 5).

Para quedarme más tranquila
Para que todo salga bien
Para ver cómo crece el bebé, etc.

No puede deducirse de las respuestas que exista una clara conciencia del carácter preventivo de las consultas, al menos no se explicita, y en forma opuesta, algunas vinculan directamente la consulta con problemas o malestares recurrentes (13.2% vs. 8.7%). Próximas a ellas se ubicarían unas pocas madres que admiten no acudir al médico por aprehensión o que atribuyen un carácter innecesario a las consultas. Se diferencia sólo un pequeño grupo que menciona haber acudido como respuesta a la citación del personal de salud, con significativo mayor peso entre las mujeres no infectadas (24.8% vs. 38.1%). Esta diferencia podría explicarse por la mayor presencia en el grupo control de madres adolescentes, las que forman parte de un programa especial que se está desarrollando en el Hospital, con especial énfasis en su seguimiento y control.

Un panorama diferente surge, al menos

CUADRO 5
Consulta tardía y número de controles prenatales
(según datos de la historia clínica) (a)

Controles prenatales	Casos (n=93) n	Casos (n=93) %	Controles (n=116) n	Controles (n=116) %	Probabilidades (b)
Menos de 9 controles	73	78.5	97	83.6	0.3445
1era. consulta tardía (c)	48	58.5	68	63.0	0.5354

(a) Total de casos y controles para los que se relevó información de historias clínicas.
(b) Asociada al Test chi cuadrado.
(c) Se eliminan 11 casos y 8 controles para los que se ignora la fecha de consulta.

Los motivos aludidos por las mujeres en relación con su conducta de control fueron diversos, la respuesta mayoritaria, tanto entre casos (69.4%) como entre controles (61.9%), alude vagamente a su condición de salud y la del niño:

al nivel del discurso, cuando se trata de las respuestas brindadas por las mujeres acerca de la conveniencia de llevar a sus hijos recién nacidos al médico. Para comenzar, más del 90% en ambos grupos incluye en sus respuestas la palabra «control» (96.7% vs. 97.5%;

cuadro 6). Recién en segunda instancia, menos de la mitad de las mujeres menciona la consultas ante una enfermedad (49.3% entre los casos y 43.7% entre los controles) y en algo más del 20% en ambos grupos aparece la indicación de vacunas (20.7% vs 22.2%). Por último, sólo un escaso número de mujeres menciona problemas vinculados con la lactancia (3 y 5 mujeres respectivamente).

CUADRO 6
Motivos de consultas pediátricas

Controles prenatales	Casos (b) (n=150) n	%	Controles (n=158) n	%	Probabilidad (a)
Control	145	96.7	154	97.5	0.6763
Enfermedad	74	49.3	69	43.7	0.3193
Indicación de vacunas	31	20.7	35	22.2	0.7509
Lactancia	3	2.0	5	3.2	0.5207

(a) Asociada al Test chi cuadrado.
(b) Se eliminan 4 casos que no reconocieron motivos de consulta.

La confrontación de estos datos con las historias clínicas de la totalidad de los niños no estuvo dentro de los alcances del estudio, sin embargo, el seguimiento realizado a un grupo de niños de madres seropositivas (como se menciona más adelante) nos lleva a pensar en forma nada aventurada que también aquí la brecha entre lo deseable y lo realizado es grande.

Sería muy simple atribuir la diferente valoración o reconocimiento de las visitas de control médico de las madres, en franco contraste con los registros de las historias clínicas, a sus dificultades para reconocer la conveniencia de esta práctica preventiva del embarazo. En particular la percepción de sus controles como muy frecuentes cuando en realidad muy lejos están de lo aconsejado en el consultorio, remite a considerar una serie de factores vinculados con limitantes en el acceso a la atención, con dificultades inherentes al encuentro mismo con el profesional, con obstáculos de orden familiar e individual, los que confluyen como un todo indiferenciado, quedando la práctica de control alojada a nivel del «deber ser» sin alcanzar el nivel del «hacer» cotidiano.

Por consiguiente y no paradójicamente es que estas razones de escaso o nulo control no se explicitan fácilmente y son pocas las mujeres que reconocen dificultades económicas, encubiertas a veces por una cuestión de accesibilidad geográfica (vivir en zonas apartadas o no contar con medios de transporte).

III. Conocimientos acerca de la enfermedad de Chagas y sus cuidados

Oportunidad de las consultas médicas

Las consultas médicas difícilmente son incorporadas por el paciente chagásico con carácter preventivo. Esta dificultad se profundiza si su conocimiento acerca de la enfermedad es escaso y el paciente desconoce los riesgos

y las complicaciones a los que puede estar expuesto.

Las madres del estudio no constituyen una excepción al respecto. Algo más del 80% de las mujeres entrevistadas no reconoce la oportunidad de las consultas al médico cuando se trata de la enfermedad de Chagas (79.9% vs. 83.5%; diferencia no significativa). Sólo la comunicación del diagnóstico impulsaría a una consulta inmediata, con significativo mayor peso entre mujeres seropositivas (77.4% vs 40.0%; Test chi cuadrado, valor observado=9.83, p=0.007). Sin embargo y en forma alarmante esta primacía se revierte en función de las respuestas de las mujeres que justifican la consulta frente a la presencia de malestares (16.1% vs. 56.0%).

Enfermedades de la embarazada y consecuencias en el niño

Interrogadas acerca de sus conocimientos sobre las enfermedades que pudieran acarrear consecuencias en la salud del niño (enfermedad, malformaciones, muerte fetal, etc.). sólo el 39.0% de las mujeres infectadas y el 45.6% de controles (diferencia no significativa) reconoció al menos alguna enfermedad o accidente. En primer lugar se menciona el SIDA, con mucho menor frecuencia la rubeola y el Chagas sólo es mencionado por 9 casos y 7 controles, con una frecuencia casi tan «oculta» como la correspondiente a las situaciones de violencia familiar.

Mecanismos de transmisión del Chagas

Sólo cuando se indaga acerca de los mecanismos de transmisión de la enfermedad, los porcentajes logran elevarse ligeramente, 23% vs. 15.8% reconocen al menos uno, apreciándose diferencias significativas entre casos y controles (Test chi cuadrado, valor observado=4.32, p=0.04), pero este conocimiento se agota para casi todas ellas en «la picadura de la vinchuca» quedando a nivel de excepción la mención de otras formas de transmisión: transfusiones de sangre y connatal; esta última vía referida sólo por 3 mujeres seropositivas y 1 seronegativa. Para acentuar la gravedad de esta situación no puede dejar de señalarse que 2 mujeres confundieron Chagas con Fiebre Hemorrágica, patología sobre la cual se han implementado intensas campañas de divulgación en los medios masivos de la región.

Problemas de salud en la madre. Su tratamiento

Pocas mujeres pueden reconocer problemas de salud vinculados con la enfermedad de Chagas: 27.3% de las seropositivas (42) y 18.4% de las seronegativas (39); sin diferencias significativas. Entre los problemas o consecuencias derivados de la enfermedad, las afecciones cardíacas son las identificadas mayoritariamente por las mujeres del estudio y con particular significación cuando se trata de madres infectadas (37 vs 16; Test chi cuadrado, valor observado=9.83, p=0.002). Con menor frecuencia y sin diferencia entre grupos, se habla de problemas en la sangre («ataca la sangre»), en el estómago, de cansancio y sólo fugazmente se menciona el riesgo de muerte.

Como puede obviamente esperarse en base a las respuestas anteriores, las diferentes posibilidades de tratamiento del mal son desconocidas (sólo una mujer, seropositiva, menciona la necesidad de controles cardiológicos) y son poquísimas las mujeres que al menos arriesgan algún comentario como los siguientes:

se puede hacer cambio de sangre o de plasma;

se trata con pastillas;

se trata con una vacuna

quizás asociando Chagas con Fiebre Hemorrágica.

Las cifras presentadas son harto elocuentes del escaso lugar que ocupa el Chagas en el universo de conocimientos de las madres indagadas que se inserta en un espacio no muy amplio de prácticas preventivas de su salud en general.

Problemas y cuidados al niño de madre infectada

Más ajenas resultan aún las consideraciones recogidas acerca de las posibles consecuencias y cuidados requeridos por los niños de madres infectadas. Al mencionado escasísimo conocimiento del riesgo de transmisión connatal se suma que un débil porcentaje de madres emite algún comentario sobre este tema (7.8% vs. 8.2%; sin diferencia significativa).

Como es lógico, y en parte como consecuencia de lo anterior, más de la mitad de las mujeres (en ambos grupos) no saben responder si es necesario brindar una atención especial al niño de tal condición. Entre las que así lo reconocen, la mayoría tiene dificultad para justificar su respuesta. Sus afirmaciones se sustentan en general en un conocimiento incorporado sobre la conveniencia de los cuidados de la salud del niño en general y no frente al problema del Chagas en particular. Entre sus comentarios cabe destacar la necesidad de que el niño permanezca internado (17 seropositivas y 19 seronegativas) o la de realizar estudios que permitan diagnosticar la infección en el niño (5 seropositivas y 2 seronegativas). También reaparece aquí la representación donde se enlaza el problema del Chagas y la sangre en comunión con creencias populares muy enraizadas en nuestro país («una limpieza en la sangre») que visualiza las transfusiones como una solución al mal (3 mujeres seronegativas).

IV. Concepciones y creencias acerca del embarazo

Se reservó un capítulo de la encuesta para abordar específicamente concepciones y creencias instaladas en la población. Para intentar acceder de una manera simplificada en razón de la situación de encuesta a un universo de pertenencia simbólica de la embarazada se incluyeron una serie de enunciados a ser reconocidos como propios (acuerdo/desacuerdo). Estos enunciados sintetizan algunas de las afirmaciones, comentarios, concepciones y creencias que circulan en nuestro medio, particularmente entre los sectores populares más allá de que los mismos sean reconocidos o no por el saber médico para el cuidado de la salud de la madre y el niño.

En el cuadro 7 se presentan las frecuencias de acuerdo y desacuerdo para casos y controles que como puede observarse sólo difieren significativamente en la excepción. Cuando se trata de cuestiones vinculadas con la alimentación se comprueba la vigencia de una creencia ajena al saber médico que relaciona la insatisfacción de «antojos» (deseos de ingerir algún alimento) con la posibilidad de dar a luz un bebé con manchas en su piel (62.5% vs. 51.9%). Esto da lugar a comentarios como:

> *Aunque sea una tontería es como un deseo que tiene el bebé y se lo transmite a la mamá; Mi hija tiene una frutillita en la pierna porque me quedé con las ganas; El bebé tiene una mancha roja porque yo quería comer sandía;*

Otras sólo comentan:

> *Así dicen; Es un dicho; Yo no creo en eso pero dicen que sí; Son cosas que se decían antes,*

identificando al enunciado dentro del dominio de sus creencias.

La perspectiva de las embarazadas en torno a la ingesta recomendada se divide entre las que sostienen la necesidad de su incremento en razón de su estado (66.0% vs. 59.5%) y las que acuerdan con un menor aumento de peso en beneficio del parto (58.2% vs. 50%), llegando a ser confusa incluso para algunas mujeres que acuerdan simultáneamente con ambos enunciados, lo que permitiría presuponer que sus respuestas fueron «no sabe» encubiertos.

Las observaciones vertidas a propósito de sus respuestas en este ítem muestran posturas claras basadas tanto en sus posibilidades concretas, como en lo que las mujeres suponen que es el «deber ser», lo correcto, lo

CUADRO 7
Creencias acerca del embarazo
(% de acuerdo y desacuerdo)

	Casos (n=154)			Controles (n=158)			
	acuerda			acuerda			
	sí	no	no sabe	sí	no	no sabe	Probabilidad (a)
Nutrición:							
La embarazada debe comer por dos	66.0	28.1	5.9	59.5	37.3	3.2	0.1477
Hay que comer poco porque cuanto menos se aumente de peso el parto es más fácil	58.2	33.3	8.5	50.0	39.9	10.1	0.3519
Si uno no satisface los antojos, el bebé nace con marcas	62.5	30.9	6.6	51.9	38.6	9.5	0.1608
Sexualidad:							
No se pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo	11.2	79.6	9.2	10.1	82.3	7.6	0.8225
No se pueden tener relaciones sexuales al principio del embarazo	3.3	88.2	8.6	4.4	89.2	6.3	0.6747
No se pueden tener relaciones sexuales al final del embarazo	35.5	55.3	9.2	29.7	63.3	7.0	0.3463
Salud del bebé:							
Si una se sienta con las piernas cruzadas el bebé puede ahogarse	32.5	39.9	28.5	22.9	51.6	25.5	0.0659
Si la mamá está resfriada, el bebé puede contagiarse	42.5	28.8	28.7	36.7	37.4	25.9	0.2713
Trabajo:							
No se pueden levantar cosas pesadas durante el embarazo	85.6	11.8	2.6	80.4	18.4	1.2	0.1995
Durante el embarazo no se debe barrer	14.4	77.1	8.5	7.6	86.7	5.7	0.0819
Control médico de la embarazada:							
No hace falta ir al médico hasta el 6º mes de embarazo	7.2	86.3	6.5	7.0	89.8	3.2	0.1608
Uno no necesita ir al médico si no se siente mal	12.2	86.9	0.7	4.4	95.6	0.0	0.0224
Hacerse un Papanicolau puede provocar un aborto	22.2	31.4	46.4	16.5	33.5	50.0	0.4359

(a) Asociada al Test chi cuadrado

aconsejado desde el saber médico. Como por ejemplo, en el primer caso:

> *Yo tengo más hambre; Soy de poco comer, Yo comía continuamente; Yo comía como siempre; Tengo mucho hambre;*

a diferencia de:

> *Hay que comer por el bebé y por uno; Hay que comer bien; Tenés que alimentar al bebé; Hay que comer lo suficiente; Hay que comer lo necesario; No hay que aumentar mucho de*

peso; El parto sino se complica, te agitás y no tenés fuerza; Es así, lo dicen los médicos.

Cuando se aborda el tema de la sexualidad en cambio, la apelación a las indicaciones médicas no aparece. La gran mayoría, tanto casos como controles no visualiza la condición de embarazada como un impedimento para su vida sexual (11.2% vs. 10.1% sostiene que no se pueden tener relaciones sexuales).

Sin embargo al puntualizar al último período del embarazo, una proporción considerable de mujeres considera a la relación sexual como inconveniente (35.5% vs. 29.7%). Algunos comentarios ilustran esta postura en la que la mujer privilegia su lugar como madre por sobre el de mujer sexuada:

El bebé puede nacer defectuoso, Podés perder al bebé, Corrés el riesgo de golpearlo, Tengo miedo ... una está con ciertos temores.

Otras simplemente explican:

Es incómodo, No podía, me sentía cansada.

Las cuestiones planteadas dentro del ítem vinculado con la salud del bebé registran importantes porcentajes de mujeres que contestaron «no saber» (cerca del 29% vs. 26%). Esto podría interpretarse como medida de su menor vigencia en la esfera de creencias compartidas por los sectores poblacionales a los que pertenecen las mamás, quienes en general tampoco aportaron mayores comentarios al respecto.

Los cuidados de salud relacionados con sus tareas cuentan con la adhesión mayoritaria tanto de casos como de controles. Sostienen que no hay que levantar cosas pesadas en tanto (85.6% vs. 80.4%) y niegan la creencia popular que establece que no se puede barrer durante el embarazo (77.1% vs. 86.7%). Se justifican a través de su experiencia:

No es cierto yo siempre barrí y nunca me pasó nada.

Entre quienes no están de acuerdo también hay una justificación desde la propia experiencia:

Eso es lo que dicen, pero si no lo hago yo, ¿quién lo va a hacer?.

También una gran mayoría reniega de los controles médicos tardíos(86.3% vs. 89.8%). Sin embargo al insistirse sobre la conveniencia de las prácticas preventivas se registra una diferencia significativa entre casos y controles, fruto de una mayor presencia de mujeres seropositivas que reconocen estar de acuerdo con que no es necesario ir al médico si uno no se siente mal (12.2% vs. 4.4%).

Por último, las referencias al PAP adquieren importancia por el porcentaje de casos y controles que no sabe contestar (46.4% vs. 50.0%). El desconocimiento lleva incluso a las mujeres a acordar con «el PAP puede provocar un aborto» (22.2% casos vs. 16.5%).

V. Seguimiento de los niños de madres infectadas

La realización de estudios diagnósticos en los niños de madres con enfermedad de Chagas implicó su seguimiento durante los primeros meses de vida. Seguimiento que fue restringido a una subpoblación de 68 niños, como se mencionara oportunamente.

La respuesta obtenida estuvo lejos de ser satisfactoria en términos del número de niños que accedieron a los estudios diagnósticos y del grado de cumplimiento del esquema propuesto.

De los partos ocurridos, 1 correspondió a un recién nacido muerto y 5 niños fallecieron en los primeros días de vida. Ninguno de estos sucesos estuvo relacionado con la infección. Del grupo de 62 niños sobrevivientes, sólo 12 (19.4%) completaron el esquema de hemocultivo y microhematocritos, en 28 casos (45.1%) este esquema fue incompleto y, por último, 22 niños (35.5%) no tienen ningún estudio. No se encontraron parásitos en sangre en ningún

caso, tanto en los estudios practicados durante la internación como los realizados en el Servicio de Pediatría.

En relación a la falta de continuidad o la carencia de estudios diagnósticos se reconocen diversos inconvenientes. Por una parte, los problemas de accesibilidad geográfica llevan a un número importante de mujeres a continuar los controles pediátricos en los centros periféricos. El segundo se relaciona con la carencia efectiva de un sistema de referencia entre los distintos niveles de atención del sector público que permita la identificación de los pacientes en los diferentes centros de atención. A esto se suman obstáculos en la articulación de los propios servicios del Hospital (Maternidad, Neonatología y Pediatría) que dificulta un proceso rápido y continuado de transmisión de información en relación a los estudios practicados y sus resultados.

La vinculación de la madre con el Hospital para la realización decontroles prenatales aparece como un elemento que favorece la continuidad de los estudios diagnósticos del niño. Entre quienes completaron el esquema, sólo una mujer no controló su embarazo en el Hospital. Asimismo, no puede ser casual el hecho que 11 niños de los 12 con el esquema completo, son hijos de mujeres que, a su vez, respondieron al pedido de consulta clínica en función de su condición de infectadas.

VI. Control clínico de las mujeres con enfermedad de Chagas

Ante la incorporación de la rutina para el diagnóstico de la enfermedad en las mujeres embarazadas se establecieron, como se mencionó oportunamente, normas para su atención. Básicamente consistieron en un control clínico que incluyó la realización de un electrocardiograma de rutina para todas las embarazadas seropositivas. Fue escasa la respuesta de las mujeres al pedido de control: sólo 31 de ellas asistieron al Servicio de Clínica Médica y sólo se detectó una paciente con ECG alterado (trastornos difusos de repolarización ventricular).

Una condición que aparece nítidamente vinculada con esta conducta es el cumplimiento de los controles prenatales en el Hospital y con una frecuencia acorde con la norma. Pareciera también que las mujeres primíparas respondieron en mayor medida al pedido de control. Por último, la accesibilidad geográfica podría pensarse como un elemento fundamental, si se tiene en cuenta que sólo una mujer reside en una localidad alejada del Hospital.

La presunción de que los atributos de orden social podían contribuir a explicar la respuesta de la mujer al pedido de control no pudo corroborarse, como así tampoco el conocimiento acerca de la enfermedad y sus tratamientos.

A MODO DE CIERRE

En primer lugar resulta relativamente simple poner de manifiesto resultados más facilmente objetivables como lo son los antecedentes ligados a la infección, las condiciones materiales de vida, el nivel de instrucción, que permiten identificar e incluso cuantificar riesgos particulares de las mujeres infectadas en relación a los casos en estudio. En ese orden, basta mencionar que para las mujeres infectadas los riesgos se incrementan: a) 3 veces cuando cuentan con antecedentes de transfusiones; b) 5 veces cuando permanecieron en zonas endémicas más de 15 años; c) algo menos de 4 veces cuando no concurrieron a la escuela o bien no completaron el ciclo primario (versus mayor nivel de instrucción).

El tema se complejiza considerablemente y su tratamiento se acerca a un estudio de tipo cualitativo cuando se intentan abordar temáticas como concepciones, creencias, conocimientos y cuidados de las madres en relación con su salud y la del niño en general y con relación al Chagas en particular. Esto lleva a la necesidad de un mayor desarrollo ya que plantean cuestiones de orden teórico-metodológico dentro del campo de la epidemiología en parti-

cular y de las ciencias sociales en general en la preocupación de lograr registros más acabados y cercanos a la realidad de los sujetos.

En esta línea, la indagación sobre los cuidados de salud, de no fácil abordaje en una situación de encuesta si se pretende superar el simple registro de «datos duros», abre un campo analítico interesante cuando se contrastan las respuestas de las mujeres en relación al control médico del embarazo con la información obtenida a partir de la revisión de sus historias clínicas. La representación de la mujer sobre la oportunidad y asiduidad de consulta médica no resulta fácilmente clasificable en términos de normas impuestas desde el servicio. Tampoco caben dentro de este universo cuestiones del orden preventivo, al menos desde una visión médica del mismo. Tanto casos como controles se homologan en estas cuestiones y en ambos se rescatan cambios en el hábito de fumar durante el transcurso del embarazo. El registro obtenido sobre el consumo de alcohol resulta alarmante, más aún cuando se supone que subvalora la real dimensión del problema por autocensura de la mujer para responder esta pregunta.

Con respecto a los conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y sus cuidados puede concluirse que ellos son sumamente escasos y fragmentarios, tanto entre casos como controles. Hallazgo que se vio ampliamente confirmado en el abordaje psico-social de la investigación donde se obtuvo un débil registro de la enfermedad.

A pesar de este frágil reconocimiento de la enfermedad se verifica una mayor identificación de los mecanismos de transmisión vectorial en mujeres seropositivas. La identificación del vector puede relacionarse con la propia historia migratoria, con la del grupo familiar o con la existencia de familiares infectados o enfermos provenientes de zonas endémicas.

Los bajos porcentajes referidos al conocimiento del tratamiento no son inesperados. El tratamiento, pensado en general como intervención médica activa y no como medida preventiva, es muy difícil de ser incorporado cuando éste, en cuanto terapéutica sintomática, es inexistente.

El mayor reconocimiento de los problemas cardíacos entre las mujeres seropositivas está dado, sin duda, por ser la complicación más frecuente de la que tal vez se ha oído algo y puede presentar síntomas. Este reconocimiento quizá pueda vincularse con la idea de concurrir al médico en forma inmediata al diagnóstico.

La transmisión connatal aparece como la menos conocida, la menos «visible». El hecho de no percibir ninguna alteración particular durante el embarazo, refuerza este «no saber» acerca de ella. Las respuestas vinculadas a cuidados especiales a los hijos de madres infectadas expresan en cierto modo «alguna» preocupación. Los porcentajes encontrados pueden leerse como una necesidad general de cuidar a los hijos, aunque están limitados por la situación hipotética que la pregunta plantea, ya que obliga a la mujer a colocarse en una posición que hasta ese momento no ha incorporado -la posibilidad de la infección en su hijo-.

Incursionar en el universo de pertenencia simbólica de las mujeres en relación a sus concepciones y creencias vinculados con el embarazo y la salud del niño no resultó una tarea particularmente fácil y necesariamente debió apoyarse en un doble registro -cuantitativo y cualitativo-. Pudo así comprobarse, por un lado, la vigencia de algunas creencias de amplio reconocimiento en los sectores populares de pertenencia de las madres y por otro, completar el cuadro de sus conocimientos sobre salud preventiva.

La comparación una a una entre casos y controles de las características socioeconómicas de las madres que demandaron atención para su embarazo y parto en el HRSP permite observar que entre las infectadas las situaciones más desventajosas alcanzan a un mayor número de madres, aún cuando esto no se traduzca siempre en diferencias

estadísticamente significativas.

Su constelación familiar más numerosa, mayor desprotección en relación a la cobertura de riesgos de salud, mayores niveles de precariedad en sus condiciones materiales de vida conforman el perfil de los casos, asumiendo un lugar fundamental su postergación en términos del nivel de instrucción. Variable que permite verificar una diferencia significativa en el análisis bivariado y asume un nivel explicativo en los multivariados.

Como dramática manifestación de estos atributos pueden considerarse a los bajos porcentajes de respuesta obtenidos tanto en el seguimiento de los niños -un escaso 20% completó el esquema de estudios para la detección de la enfermedad- como en la derivación de las madres para control clínico (21.8%).

NOTAS

(1) Proyecto «Condicionantes socioeconómicos, culturales y psicosociales de la enfermedad de Chagas connatal» a cargo del equipo integrado por Gabriela Boggio, Irene Luppi, Bernarda Meneghini, Stella Sánchez, Marta Schapira y María del Carmen Troncoso. Este proyecto recibió el apoyo financiero de PNUD/Banco Mundial/OMS, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

(2) Población de las seccionales policiales 11, 15, 16 y 21 de Rosario, estimada al 31 de diciembre de 1989. Anuario Estadístico. Dirección General de Estadística de la Muncipalidad de Rosario, abril 1994.

(3) **Cuadernos Médico Sociales** Nº 71. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Julio 1995.

(4) 26 mujeres seropositivas no se pudieron incorporar al grupo de casos. Algunas de ellas (9) optaron por otras instituciones para la atención del embarazo y parto. Las restantes (15) no pudieron ser localizadas por deficiencias en el registro de domicilios.

(5) La endemicidad del área fue definida como alta cuando la tasa de infección era de 20% o más, moderada cuando la cifra oscilaba entre 10 y 19% y baja para valores inferiores al 10%, tomando como base la información del Programa Nacional de Control de Chagas, que refiere a prevalencias provinciales en hombres jóvenes de la Argentina al momento de su ingreso al servicio militar -la única disponible en el país con fines epidemiológicos-. En lo referente a Santa Fe, el Programa de Control de Chagas suministró una información similar pero desagregada para cada uno de los 19 departamentos que conforman la jurisdicción provincial.

(6) La razón de odds compara la chance de pertenecer a una categoría de interés y no a otra entre mujeres infectadas versus dicha chance entre mujeres no infectadas.

REFERENCIAS

(1) Torres de Quinteros Z. et al. *Comportamientos migratorios en donantes de sangre y su relación con infección chagásica.* **Cuadernos Médico Sociales Nº 54**. Diciembre 1990.

(2) Torres de Quinteros Z. et al. *Infección chagásica y antecedentes migratorios en la población de villas de emergencia de Rosario.* **Cuadernos Médico Sociales Nº 62**. Diciembre 1992.

(3) WHO Expert Commitee. *Control of Chagas Disease.* **Report 811**. Geneva 1991.

(4) Barcusse A.P., Eposto M.O., Mandel S., Sousa Martinez F. *Enfermedad de Chagas congénita en área no endémica.* **Medicina**, 38:611-615, 1978.

(5) Bittencourt A.L. *Congenital Chagas Disease* Am. J. Dis. **Child** 130:97-103.

(6) Lorca M. et al. *Estudio materno infantil de enfermedad de Chagas en zonas endémicas III: Salamanca, Valle de Choafa, Chile.* **Parasitología al Día** 11:97-100, 1987.

(7) Moya P.R. et al. *Tratamiento de la enfermedad de Chagas con nifurtimox durante los primeros meses de vida.* **Medicina** 45:553-558, 1985.

(8) Saleme A.E. et al. *Enfermedad de Chagas Mazza congénita en Tucumán.* **Archivo Argentino Pediatría** Tomo LXIX Nro 4, 1971.

(9) Aronna, Alicia; Pendino, Ana. **Estudio descriptivo de efectores públicos de salud. Municipios de Rosario, Granadero Baigorria y Villa Gobernador Gálvez.** Año 1993. Fundación Banco Municipal de Rosario, 1994.

(10) **Resumen anual de actividades e indicadores de rendimiento.** Dirección de Biosestadística, 1992. Secretaría de Salud Pública.

Municipalidad de Rosario.

(11) Bloch C. et al. *El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario (Argentina), 1981-1982.* **Cuadernos Médico Sociales** Nº 32 y 33. Junio y Setiembre 1985.

ANEXO
VARIABLES DEL ESTUDIO

1) VARIABLES RELEVADAS A TRAVES DE LA ENCUESTA

1.1) Variables socioeconómicas y culturales

a) relativas a la embarazada y su grupo familiar (GF): edad de la embarazada, tamaño y composición del GF, relación entre la embarazada y el principal responsable del sustento económico familiar (PR) y cobertura de riesgos de salud del GF.

b) relativas a la localización y condiciones materiales de la vivienda: lugar de asentamiento y precariedad de la misma evaluada en función de los materiales de construcción, servicio de abastecimiento de agua y eliminación de excretas.

c) relativas al grupo social de pertenencia de la embarazada: trabajo del PR del GF, la carga económica familiar (relación entre número de miembros del GF por miembro ocupado) y nivel de escolaridad del PR y de la embarazada (último curso aprobado dentro del sistema de educación formal).

d) referidas a los cuidados de salud: sus representaciones, conocimientos y comportamientos de la embarazada orientados a conservar su salud y la de su hijo expresados por:

.cambios en la alimentación, en las horas de sueño y en el hábito de fumar durante el embarazo;

.cambios en la carga de trabajo fuera y dentro del hogar y su apreciación del cansancio que provocan dichas tareas durante el embarazo;

.asistencia a cursos de psicoprofilaxis (de preparación para el parto, en el Hospital o en otros efectores);

. regularidad de la asistencia a controles médicos prenatales y sus motivos (en el Hospital como en otros efectores);

. motivos en los que la mujer realizaría las consultas o los controles pediátricos del recién nacido;

e) relativas a las creencias: respecto de su embarazo, su salud y la de su hijo en términos de convicciones y opiniones en relación a la dieta; la carga de las tareas habituales; las enfermedades intercurrentes que puedan afectar al niño; las prácticas sexuales; la oportunidad del control médico obstétrico y consecuencias de las prácticas médicas (ej. papanicolau).

f) relativas a los conocimientos y creencias sobre enfermedad de Chagas: en términos de convicciones y opiniones en relación a sus mecanismos de transmisión; sus efectos sobre la salud de madre e hijo y su tratamiento y control.

1.2) Variables vinculadas con antecedentes de infección

a) antecedentes migratorios de la embarazada: lugar de nacimiento y migraciones a zonas de endemicidad chagásica (lugar y tiempo de permanencia).

b) antecedentes de transfusiones de la embarazada: lugar y frecuencia.

c) antecedentes de familiares consanguíneos con infección chagásica: reconocimiento de familiares enfermos y/o fallecidos de muerte súbita.

2) VARIABLES RELEVADAS A TRAVES DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL HOSPITAL

2.1) Variables de la historia clínica obstétrica y neonatal

a) relativas a los antecedentes obsté-

tricos de la embarazada: número de gestas y forma de terminación de los embarazos, número de partos anteriores.

b) referidas a los controles prenatales: lugar, oportunidad, frecuencia y motivos de los controles.

c) referidas a las internaciones durante el embarazo: motivo y diagnóstico de egreso.

d) relativas a la epicrisis obstétrica: presencia de enfermedades intercurrentes durante el embarazo, parto o puerperio, edad gestacional del feto, número de fetos, forma de terminación del embarazo, lugar de permanencia del niño en forma inmediata al nacimiento, motivos de internación del niño en neonatología, diagnóstico y condición al egreso.

e) relativas al primer examen del neonato: peso, edad gestacional y diagnóstico.

f) referidas a la atención de las mujeres con infección chagásica: dada por las derivaciones y solicitud de prácticas pertinentes (control clínico y electrocardiograma), el cumplimiento por parte de la paciente y el resultado de las mismas.

h) referidas a la atención de los niños de madres seropositivas: cumplimiento de las consultas programadas durante el primer mes de vida, solicitud y realización de los exámenes parasitológicos.