

Análisis de Chagas Guatemala, 2015

Licda. Ericka Chávez Vásquez
Epidemióloga

INTRODUCCION

La enfermedad de Chagas es endémica en algunas zonas del país. Producida por el protozoo Trypanosoma Cruzi. Su presentación clínica es poco frecuente en la fase aguda menos del 5% de los casos presentan Chagoma en cualquier parte del cuerpo, entre ellos signo de Romaña. La fase aguda puede durar de 4 a 12 semanas finalizando con la fiebre y los demás signos y síntomas. La fase crónica se estima que el 30% de las personas que superaron la fase aguda y no recibieron tratamiento específico sufrirán daño cardíaco o digestivo 10 a 20 años después de haber contraído la enfermedad mientras que en los demás infectados no manifestaran lesiones orgánicas y permanecerán asintomáticos de por vida.

Guatemala ha sido declarada el primer país de Centro América en interrumpir la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.

Vía de transmisión: Por la picadura del vector hematófago infectado Rhodnius prolixus (Rhodnius prolixus eliminada la transmisión en el país por este vector), Triatoma Dimidiata (chinche picuda). Y por Transfusiones sanguíneas infectadas

Grupos de riesgo: Toda la población donde exista el vector transmisor infectado y casos positivos. Población en pobreza y extrema.

Factores de riesgo: Ruralidad, casas de adobe no encaladas, techos de paja, condiciones de vivienda no adecuada, pobreza y extrema pobreza.

Prevención: Promoción y Educación en Salud, consulta y tratamiento oportuna en el servicio de salud, mejorar las condiciones de vida.

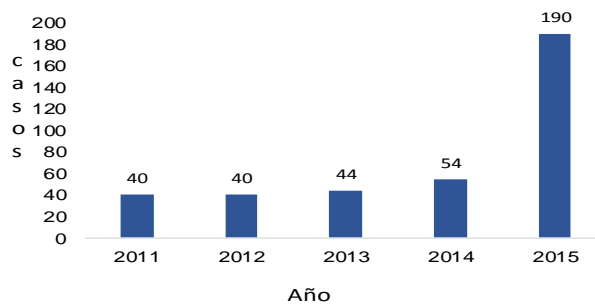
Situación Epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el periodo 2011 al 2013 los casos reportados fue en promedio 41, entre 2014 al 2015 se evidencia aumento del reporte de 136 casos más comparado con el años 2014 (grafica N0.1), esto infiere de los años anteriores y puede deberse a mejoras en el registro y notificación de casos pero es importante investigar a fondo la razón del aumento de casos.

Grafica NO.1

Casos de Chagas, Guatemala 2011 - 2015



Fuente: SIGSA

Los departamentos endémicos para Chagas son: Jutiapa, Petén, Zacapa, Chiquimula, Santa Rosa, Baja y Alta Verapaz, Izabal, Huehuetenango, Jalapa, Quiché y El progreso. El departamento de Guatemala no es endémico pero notifico el 47% (89/190) del total de casos esto puede deberse por la capacidad de resolución en cuanto a diagnóstico y tratamiento. El aumento de casos para el 2015 está a expensas de Guatemala (tabla NO.1), siendo este el departamento donde se encuentran los hospitales especializados de referencia nacional por lo que los casos notificados pueden ser de otros departamentos del país. De acuerdo a los departamentos endémicos Jutiapa se encuentra en primer lugar con el 31% (60/190) de los casos

Tabla No.1
Chagas por lugar de notificación, Guatemala 2015

Alta verapaz	casos	Porcentaje
Alta verapaz	1	0.5
Huehuetenango	3	1.6
El progreso	3	1.6
Izabal	3	1.6
Santa rosa	3	1.6
Baja verapaz	3	1.6
Petén	10	5.3
Chiquimula	7	3.7
Guatemala	89	46.8
Zacapa	8	4.2
Jutiapa	60	31.6
Total	190	100.0

Fuente: SIGSA

Caracterización de casos

Todos Los grupos de edad son afectados, presentando más número de casos los grupos de: 20 a 24, de 25 a 39 y de 40 a 49 años (tabla NO 2).

Tabla N0.2
Chagas por grupo de edad. Guatemala 2015

Grupo de edad	Casos	Porcentaje
< de 1 año	1	0.5
1-4	2	1.1
5-9	6	3.2
10-14	7	3.7
15-19	10	5.3
20-24	40	21.1
25-39	54	28.4
40-49	38	20.0
50-59	17	8.9
60-64	4	2.1
65 a mas	11	5.8
	190	100

Fuente: SIGSA

Mortalidad

8 departamentos reportaron mortalidad para un total de 22 (tabla N0.3) fallecidos por Chagas, en el grupo masculino se reportaron el 59% (13/22) de los casos fallecidos

Tabla. No 3
Chagas, mortalidad por departamento, Guatemala 2014

Departamento	Masculino	Femenino	Total general
Baja Verapaz	1	0	1
Chiquimula	3	1	4
Guatemala	3	1	4
Huehuetenango	1	0	1
Peten	1	0	1
Retalhuleu	1	0	1
Santa Rosa	0	3	3
Zacapa	3	4	7
Total	13	9	22

Fuente: INE

Conclusiones:

- En el 2015 se reportó aumento de casos comparado con el 2014.
- El aumento de casos notificados en el 2015 se encuentra a expensas del departamento de Guatemala
- En los departamentos endémicos Jutiapa reportó más casos.
- El grupo de edad más afectado es de 20 a 49

Recomendaciones:

Promover actividades de promoción y prevención sobre eliminación del vector transmisor del agente infeccioso.

- Identificación de signos y síntomas oportunamente.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Garantizar el abastecimiento de medicamentos esenciales para el tratamiento según normas de atención vigentes.
- Mejorar las condiciones de vida en la población

Bibliografía

1. Análisis de situación de Salud, Guatemala 2013 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Análisis de Situación de Salud Costa Rica marzo 2014, Ministerio de Salud, Dirección de la vigilancia de la salud
3. David L. Heymann, Editor Decimonovena edición, El control de las enfermedades transmisibles
4. <http://www.paho.org/gut/index.guatemala-interrumpe-la-transmision-vectorial-de-la-enfermedad-de-chagas-por-rh>
5. http://www.jica.go.jp/project/guatemala/0700558/news/general/pdf/20110819_01_01.pdf
6. <http://www.paho.org/hq/index.php> XIII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas
7. Protocolo de vigilancia Epidemiológica 2007, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Análisis de Leishmaniasis Guatemala, 2015

Licda. Ericka Chávez Vásquez
Epidemióloga.

INTRODUCCION

La endemidad de la enfermedad es de los departamentos tropicales y sub tropicales del país. Existen tres formas clínicas de presentación de la enfermedad estas son: cutánea, mucocutánea y visceral, la más frecuente es la Leishmaniasis cutánea. Enfermedad polimorfa de la piel causada por varios protozoarios pertenecientes al género Leishmania (en Guatemala llamada también ulcera del chiclero). Las manifestaciones clínicas son: macula y luego una pápula que crece y se transforma de una forma caracteriza a ulcera indolora y poco activa cuando no hay infección bacteriana las lesiones pueden ser únicas o múltiples, en ocasiones no ulceradas y difusas; Leishmaniasis visceral es crónica se caracteriza por fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, anemia, leucemia, trombocitopenia, emaciación y debilidad progresiva Pueden cicatrizar espontáneamente en el término de semanas o meses, o persistir durante un año o más. En la Leishmaniasis mucocutánea en algunos casos las cepas pueden diseminarse y producir lesiones de las mucosas incluso años después de la lesión cutánea primaria haya cicatrizado.

Vía de transmisión: Por la picadura de una Lutzomyia hembra infectante (Conocida en Guatemala como mosca chiclera) Y jeringas contaminadas con Leishmaniasis.

Grupos de riesgo: Población de áreas de endemidad, población agrícola y migrantes.

Factores de riesgo: Ruralidad, trabajo agrícola y migración

Prevención:

Identificar tempranamente los casos

Monitorear y evaluar las medidas de intervención para el control de la Leishmaniasis.

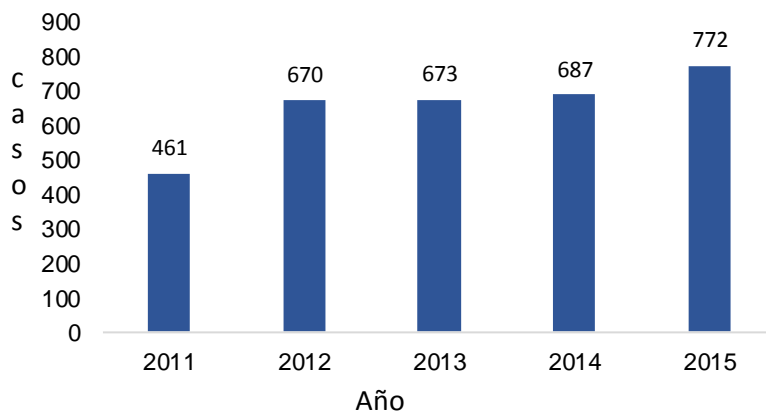
Situación Epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Del año 2011 para el 2012 aumento 209 casos mientras del 2012 al 2014 el promedio de casos reportados anualmente fue de 676 , observándose aumento de 85 casos en 2015 comparado con el 2014, los datos reportados muestran aumento de 67% (461/772) de casos en el 2015 con respecto al 2011 (ver grafica N0 1).

Grafica No.1

Casos de leishmaniasis, Guatemala 2011 - 2015



Fuente: SIGSA

Los departamentos con mayor número y porcentaje de casos reportados son: Alta Verapaz y Petén. Estos 2 departamentos aportan el 95% (735/772) casos del país (ver tabla N0 1).

Tabla No.1
Leshmaniasis por departamento,
Guatemala 2015

Departamento	Casos	Porcentaje
Alta Verapaz	439	56.9
Petén	296	38.3
Huehuetenango	20	2.6
Izabal	7	0.9
Quiche	4	0.5
Jalapa	2	0.3
Sololá	1	0.1
Totonicapán	1	0.1
San Marcos	1	0.1
Guatemala	1	0.1
total	772	100

Fuente: SIGSA

Caracterización de casos

Todos los grupos de edad son afectados, presentando más casos el grupo de 10 a 49 años, se observan que el sexo femenino presenta más casos con una relación de 3 casos del sexo femenino por cada caso masculino (ver tabla N0 2).

Tabla No.2
Leishmaniasis por grupo de edad y sexo. Guatemala 2015

Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total casos	Porcentaje
< de 1 año	3	1	4	0.5
1-4	14	21	35	4.5
5-9	24	27	51	6.6
10-14	32	60	92	11.9
15-19	25	81	106	13.7
20-24	21	83	104	13.5
25-39	49	145	194	25.1
40-49	21	53	74	9.6
50-59	13	39	52	6.7
60-64	6	11	17	2.2
65 a mas	9	34	43	5.6
	217	555	772	100.0

Fuente: SIGSA
Tasa por 100000

Tasa de Mortalidad: En el 2014 El departamento de Guatemala reporta una muerte por Leishmaniasis en el grupo de edad de 1 a 4 años.

Conclusiones

- El Número de Leishmaniasis ha sido al aumento.
- Los departamentos con mayor número de casos son Petén y Alta Verapaz
- El grupo de edad de 10 a 50 años presentan más número de casos

Recomendaciones

- Diagnóstico y tratamiento oportuno
- Información, educación y promoción de la salud.
- Monitoreo y evaluación de la aplicación de protocolos de vigilancia y normas de atención.

Bibliografía:

1. Análisis de situación de Salud, Guatemala 2013 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Análisis de Situación de Salud Costa Rica marzo 2014, Ministerio de Salud, Dirección de la vigilancia de la salud
3. David L. Heymann, Editor Decimonovena edición, El control de las enfermedades transmisibles
4. <http://www.acervosalud.net/index.php>
5. <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2014/rmd144e.pdf>
6. Protocolo de vigilancia Epidemiológica 2007, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
7. Tesis "CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA" En el departamento de Petén. Agosto del 2013 Universidad de San Carlos de Guatemala
8. Tesis "CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLINICA EN PACIENTES CON LEISHMANIASIS" en el departamento de Petén 2009 Universidad de San Carlos de Guatemala
9. Caracterización clínica y epidemiológica de la enfermedad Leishmaniasis cutánea en el Área Norte del departamento de Petén. Guatemala. C. A. Guatemala 08 de octubre, año 2010. Dr. Otto Hugo Velásquez Recinos, Md. Mph. Profesor de Salud Pública, Facultad de CC. MM.USAC. Colegiado activo No. 2035

Oncocercosis Guatemala, 2015

Licda. Ericka Chávez Vásquez
Epidemióloga

Introducción:

La Oncocercosis, también llamada Ceguera de los Ríos en África, Enfermedad de Robles en Guatemala, mal Morado en México, es causada por el parásito *Onchocerca Volvulus* (OV) transmitida por la mosca *Simulium Ochraceum*, principal vector en Guatemala. Enfermedad descubierta en las Américas por el Doctor Guatemalteco Rodolfo Robles en 1915, descubriendo los primeros casos en el departamento de Suchitepéquez Guatemala, El Doctor Robles hizo aporte a nivel mundial al asociar los daños oculares con la presencia del gusano *Onchocerca Volvulos*.

En 2014 tres años de vigilancia post interrupción del tratamiento con Ivermectina estudios realizados en moscas transmisoras confirmaron que las moscas no tenían la larva OV por lo que la Oncocercosis se había eliminado. En el 2015, el Ministerio de Salud solicitó a la Organización Mundial de la Salud la verificación de este logro, resultado de 100 años de trabajo de muchas personas comprometidas con la salud pública.

La Oncocercosis actualmente se encuentra en proceso de verificación de eliminación de la transmisión de la enfermedad. El equipo verificador Internacional realizó verificación de la no transmisión en las comunidades endémicas en el periodo del 30 de mayo al 10 de junio del 2016, en este momento el país se encuentra en espera del informe final de verificación donde indicarán sí o no, el país cumplió con los requisitos de eliminación de la transmisión.

En Guatemala existieron cuatro focos endémicos:

- a) Santa Rosa,
- b) Escuintla -Guatemala,
- c) Huehuetenango
- d) Foco Central: (Suchitepéquez, Sololá, Chimaltenango).

Según Criterios de la OMS/OPS, la verificación de la eliminación de la enfermedad se hará por país y no por foco.

Para llegar a obtener este triunfo desde el descubrimiento de la enfermedad, se realizaron procesos en todas las etapas que se describen brevemente

Vigilancia epidemiológica en el periodo de la morbilidad previo a la interrupción de la transmisión.

Vigilancia activa: Realizada por personal de salud que busca personas que cumplan con la definición de caso a quienes se les debe confirmar la infección mediante pruebas de laboratorio.

Vigilancia pasiva: Identificación de personas que cumplen con la definición de caso sospechoso de Oncocercosis que asisten a los servicios de salud en búsqueda de atención médica.

Vigilancia centinela: Selección de sitios centinelas con alta densidad del vector y altas tasas de prevalencia. En estos sitios se realizaban evaluaciones epidemiológicas a profundidad cada cuatro años para determinar el impacto del tratamiento y verificar si existía transmisión.

En los servicios de salud la vigilancia se mantuvo durante los períodos de la morbilidad y post tratamiento, durante la morbilidad los servicios de salud llenaban una ficha epidemiológica con toda la sintomatología de la enfermedad, procedencia, edad y donde había vivido los últimos 5 años la persona. Posteriormente se modificó denominándose ficha epidemiológica post-tratamiento de Oncocercosis. En el 2007 al iniciar Santa Rosa su período de vigilancia epidemiológica post tratamiento, el Centro Nacional de Epidemiología elaboró un protocolo de vigilancia epidemiológica post tratamiento y fue aplicado a los focos Escuintla-Guatemala y Huehuetenango.

Componentes de la vigilancia epidemiológica:

1. Vigilancia de la morbilidad por medio de la vigilancia activa y pasiva
2. Vigilancia entomológica para determinar los cambios en la distribución, densidad y aumento poblacional de los vectores, así como introducción de nuevas especies
3. Vigilancia y el monitoreo de la respuesta de los servicios de salud, entre lo que se incluye la capacitación del personal, el balance de requisición y envío de suministros, control de brotes, y diagnóstico y tratamiento

En el periodo de vigilancia epidemiológica previo a la interrupción de la enfermedad, se aplicaron dos definiciones de caso siendo las siguientes

Caso sospechoso: Toda persona que presenta alguna manifestación clínica de la enfermedad (presencia de tumoraciones –nódulos-, fotofobia, lagrimeo y disminución de agudeza visual) y que tenga antecedentes de haber permanecido por más de seis meses en un área endémica de Oncocercosis.

Caso confirmado: Toda persona con presencia de microfilarias en biopsia de piel o en cámara anterior de ojo. Presencia de filaria adulta en el nódulo. Presencia o referencia de edema y/o prurito en cualquier parte del cuerpo post-ingesta de Mectizan®.

Los Indicadores de vigilancia epidemiológica protocolo, 2007 previo a la interrupción de la transmisión fueron:

Indicador	Numerador	Denominador	Const ante	Interpretación
Porcentaje de personal capacitado	No. de personal capacitado sobre manejo de protocolo de Oncocercosis	No. total de personal de salud	100	Personal de salud capacitado sobre manejo de protocolo de vigilancia de Oncocercosis.
Porcentaje de BRES analizados	No. de BRES analizados mensualmente.	No. total de BRES mensual de los servicios de salud	100	Oportunidad de análisis mensual de BRES de los servicios de salud
Porcentaje de adherencia al tratamiento	Población elegible tratada por ronda de tratamiento	Total de población elegible.	100	Cobertura de población elegible con tratamiento por ronda.

Evaluaciones epidemiológicas realizadas en Guatemala de acuerdo a las fases del proceso de eliminación:

- Evaluaciones Epidemiológicas Rápidas (EER)
- Evaluaciones Epidemiológicas a Profundidad (EEP)
- Evaluaciones para demostrar interrupción de la transmisión

- Evaluaciones para demostrar que la transmisión continúa interrumpida luego del período de VEPT

Evaluaciones epidemiológicas para monitorear el estatus de la transmisión

- Oftalmológicas
- Parasitológicas
- Serológicas
- Entomológicas

Vigilancia epidemiológica post-tratamiento y post interrupción de la transmisión de la enfermedad.

Se hará vigilancia pasiva.

En caso de detectarse nódulos sospechosos, se actuará de acuerdo al protocolo de vigilancia epidemiológica post interrupción de la transmisión y abordaje de brotes

- La población en riesgo debe estar informada respecto a que se debe consultar a los servicios de salud en caso que aparezca un nódulo sospechoso.
- La información de cada caso se debe registrar en la ficha epidemiológica y los casos confirmados se deberán registrar mensualmente en el formulario SIGSA 7.

- **Los Indicadores de la vigilancia epidemiológica post-tratamiento, Protocolo, 2014 son :**

Indicador	Numerador	Denominador	Constante	Interpretación	Nivel de uso
Incidencia de Oncocercomas, confirmados por histología.	No. de casos con Oncocercomas, autóctonos confirmados posterior ala finalización, de la medicación.	Población en riesgo	1,000	Recrudescencia de la enfermedad	Local Distrito Área central
Positividad de Oncocercomas	No. De nódulos extirpados positivos a Oncocercomas	No. total de nódulos extirpados	100	Porcentaje de positividad de oncocercomas	Local Distrito Área Central

Actividades de los Servicios de Salud, post verificación de la eliminación de la Oncocercosis en el país

- Las comunidades anteriormente denominadas como población en riesgo, ahora se les denominará bajo observación y así se les hará saber al personal institucional y voluntario.
- Continuarán con una vigilancia pasiva
- Investigarán casos importados
- Reporte de casos al SIGSA –de ser positivo-
- Atenderán las directrices del Departamento de Epidemiología
- El Departamento de Epidemiología estará atento a las instrucciones emitidas por la OPS/OMS.

Manejo de la morbilidad desde 1935:

Para hacer frente a esta enfermedad parasitaria que afectaba a la población de áreas endémicas fue creado el Sub Programa de Oncocercosis en 1935 como parte de la Dirección General de Salubridad. En junio de 1956 se creó el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) al que se incorporaron las actividades del dengue y la Oncocercosis. En 1993 el SNEM se convirtió en el Programa de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores que es hoy el Programa

(ETV). Hasta finales del 2011 el sub programa tenía la responsabilidad de tratar con Ivermectina al 100% de las personas elegibles en las localidades endémicas, con dos rondas anuales atender la vigilancia epidemiológica después de la suspensión del tratamiento dar seguimiento al cumplimiento de las actividades del protocolo en etapa de (VEPT) revisión de materiales educativos relacionados con el proceso de VEPT acompañamiento a las actividades educativas relacionadas con la Oncocercosis.

En 1994 se realizó un proceso de descentralización se ubicó a los programas de enfermedades transmitidas por vectores bajo las Dirección de áreas de Salud (DAS) y los Distritos de Salud. Programa ETV del nivel central quedó a cargo de proporcionar apoyo técnico y normativo a las DAS y Distritos de Salud, quienes son los responsables de la planificación y ejecución de las actividades.

Establecimiento del Plan Nacional para la Eliminación de la Enfermedad de Robles.

Primeras iniciativas:

Remoción de nódulos oncocercosos a partir de 1935 entre 1935 y 1979 se extirparon 257,883 nódulos (181,664 pacientes) biopsia de piel como método de diagnóstico 1975 en el progreso de la enfermedad se establece el Programa de Nodulectomía realizando brigadas de salud, campañas de desnodulización, dos veces por año, hasta 30 días de duración.

Desventajas:

No todos los nódulos se detectaban, no afectaba a las microfilarias, no eran bien aceptados por la población, especialmente las mujeres. Posterior a la nodulectomía se dio inicio a la quimioterapia.

Quimioterapia con:

Citrato de dietilcarbamazina (DEC) microfilaricida, las reacciones adversas presentada fueron: prurito (70%), fiebre (44%), eritema (17%) y edema (12%). suramina – filaricida, reacciones adversas: parestesia en las palmas de los pies y de las manos, descamación y rajadura de la piel.

Ivermectina

Pruebas de tolerancia y eficiencia clínica, ensayos clínicos comunitarios establecimiento de dos dosis anuales para reducir transmisión.

Estrategia promovida por la Organización de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA). Selección de comunidades a tratar, distribución masiva de tratamiento con ivermectina cada seis meses tratamiento a un mínimo al 85% de la población elegible de todas las comunidades endémicas, actividades educativas

Personal responsable de la distribución del medicamento:

Personal del MSPAS y Agentes Comunitarios de Salud (ACS) el medicador utilizaba el metro dosificador para determinar el número de pastillas de ivermectina para cada persona tratamiento estrictamente supervisado para asegurar toma, médico del MSPAS disponible durante tres días después del tratamiento para tratar reacciones secundarias la medicación era acompañada de programa educativo.

Mecanismos de distribución del medicamento: De casa en casa por una brigada o equipo de trabajadores del MSPAS, supervisión del proceso por la coordinación del Sub-Programa de Oncocercosis y la DAS, vinculación con empleados de las fincas, ONGs, profesores y colaboradores voluntarios de las comunidades.

Manejo de la información: Inicialmente un registro manual, PLANACOs (nombre derivado de Plan Nacional de Oncocercosis) para administración de la ivermectina y reacciones secundarias en el año 2000 se implementó el uso de los formularios diseñados por el SIGSA.

- SIGSA 19: información de medicación para población permanente

6ª. Av. 3-45 zona 11, Ciudad Guatemala. PBX: 2444-7474 /portal.mspas.gob.gt

Desarrollo epidemiológico tel. 24722313

<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/>

- SIGSA 20: información de medicación para población migrante
- SIGSA 21: resumen de tratamientos con Ivermectina y reacciones secundarias

Recomendaciones:

Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica

Coordinar con OPS y OEPA el acompañamiento técnico para las actividades de monitoreo.

Mejorar los registros de información con el objeto de contar con datos en el proceso de la vigilancia post verificación de la interrupción de la transmisión.

Bibliografía;

1. Análisis de situación de Salud Guatemala 2013, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Análisis de Situación de Salud Costa Rica marzo 2014, Ministerio de Salud, Dirección de la vigilancia de la salud
3. David L. Heymann, Editor Decimonovena edición, El control de las enfermedades transmisibles
4. Guía de detección ante una potencial recrudescencia durante vigilancia epidemiológica post tratamiento OEPA noviembre 2011
5. http://www.uvg.edu.gt/publicaciones/revista/volumenes/numero-20/REVISTA_UVG_No._20_44-50.pdf
6. <http://www.oepa.net/noticias.htm>
7. http://www.oepa.net/Documentos/CriteriosCertificacionOMS/WHO_CDS_CPE_CEE_2001.18a_spa.pdf
8. Protocolo de vigilancia Epidemiológica 2007, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
9. Protocolo de vigilancia Epidemiológica 2014 pos interrupción de la transmisión, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
10. La eliminación de la Oncocercosis en Guatemala informe de país febrero 2015.