

Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas

www.rscmv.org.ve

Comisión de Epidemiología

Alerta Epidemiológica N- 207

1 de octubre de 2011.

Preocupa la situación de control de la malaria en Venezuela



Arnoldo Gabaldón

1909-1990

I. Preocupa la situación de control de la malaria en Venezuela

El 51° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en Washington esta semana, dedicó parte de su programa a estudiar la situación de la malaria en las Américas y evaluar los resultados del Plan Estratégico Regional contra la Malaria en las Américas 2006-2010. Si bien el informe manifiesta su optimismo por haber logrado una reducción de un 54% en el número de casos y un 69% en las defunciones, comparado con 2000 y que 18 de los 21 países de la región donde la enfermedad es endémica notificaron haber reducido la carga de malaria (9 de ellos en más del 75%), este éxito Continental no incluye a Venezuela.

Nuestro país, junto a Haití y República Dominicana fueron la excepción, la tendencia ha sido al aumento de casos entre 2000 y 2010. (1)

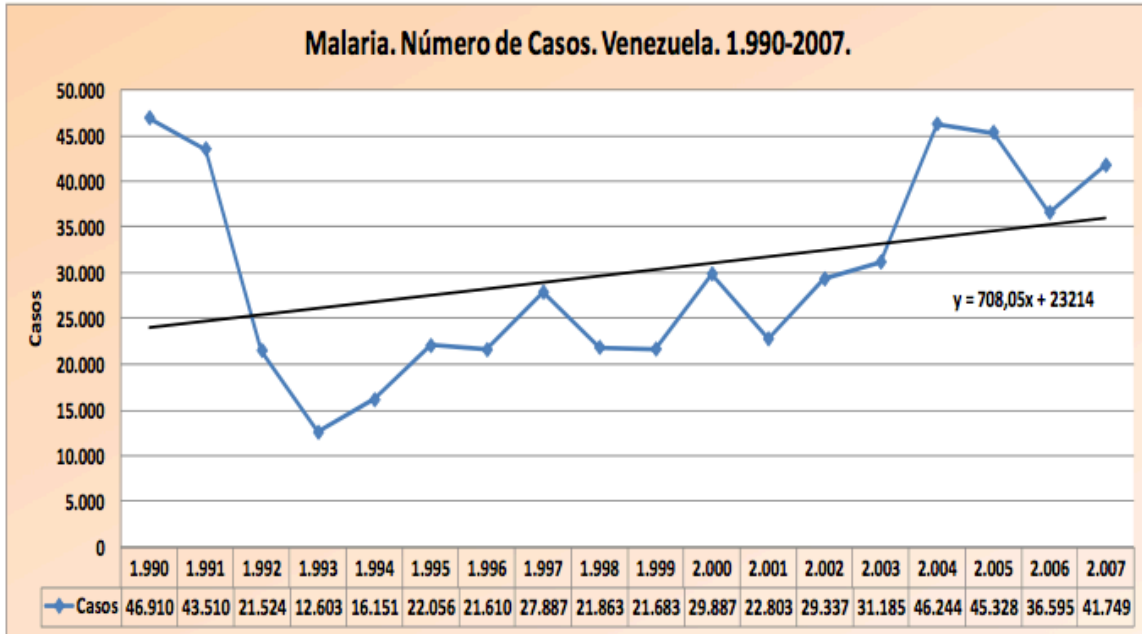
II. Situación de la Malaria en Venezuela

En Venezuela, la malaria llegó a afectar un tercio de la población en los años treinta. En 1936, se creó la Dirección Nacional de Malariología y Saneamiento Ambiental, el Dr. Arnoldo Gabaldón y su equipo logró con diferentes acciones erradicar la Malaria en 460.397 Km² del territorio nacional (2).

Actualmente la transmisión malarica en Venezuela se localiza en tres focos que ocupan 23 % del territorio nacional: el foco oriental representado por los estados Monagas, Sucre, Anzoátegui y la parte occidental de Delta Amacuro; el foco occidental que incluye los estados Barinas, Mérida, Portuguesa, la parte occidental de Apure, Yaracuy, Zulia, Trujillo y Táchira, y el foco meridional conformado por los estados Bolívar, Amazonas y parte oriental de Apure y Delta Amacuro, este último es el que tiene el índice parasitario anual más elevado.

La malaria es una enfermedad concentrada localmente y en Venezuela durante las últimas tres décadas el mayor número de casos de esta enfermedad se ha registrado en: Bolívar, Sucre y Amazonas; las variaciones que ocurren en cualquiera de ellos, determinan los cambios principales en la situación epidemiológica de esta enfermedad en el país.

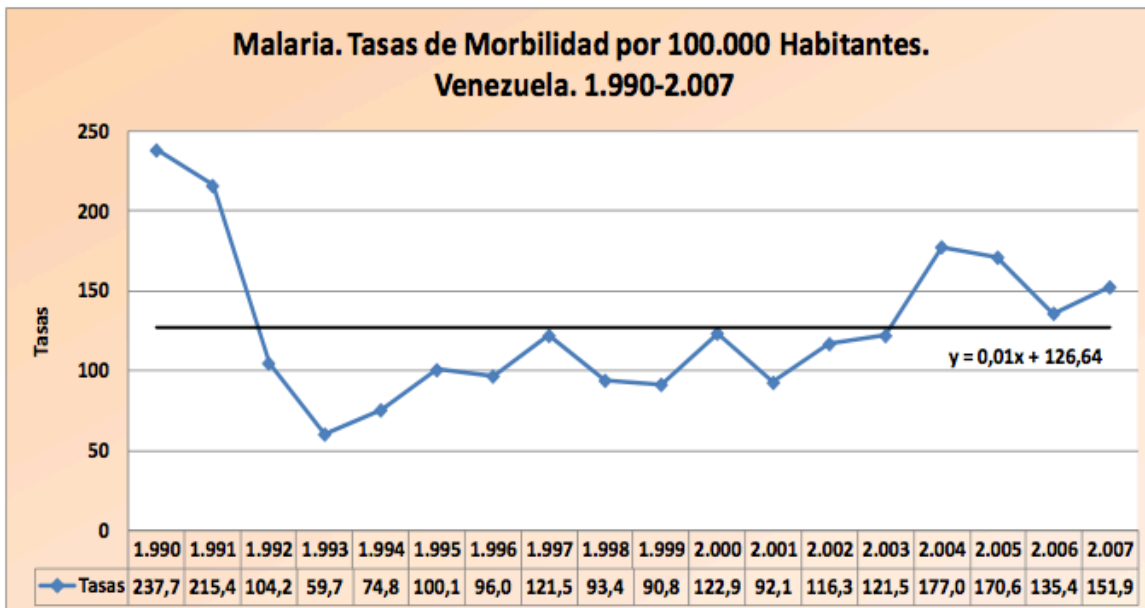
En el año 1.990, se notificaron 46.910 casos con una tasa de 237,7 por 100.000 habitantes, lográndose disminuir en el año 1.993 a 12.603 casos con una tasa de 59,7 por 100.000 habitantes. En los años siguientes, se presentaron variaciones y en el año 2004, ocurrió un aumento considerable de 46.244 casos, con una tasa de 177,0 por 100.000 habitantes, que casi alcanzó el número presentado en 1.990. (Gráficos N° 1 y N° 2)



Fuente: Boletines Epidemiológicos. Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Gráfico N· 1

En el año 2008 se presentaron 32.037 casos, con una tasa de 180 por 100.000 habitantes. En 2009 ocurrieron 35.725 casos (99,38%) de ellos en los estados Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro, Sucre y Anzoátegui.



Fuente: Boletines Epidemiológicos. Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Gráfico N· 2

El año 2010 fue epidémico en Venezuela y el número de casos notificados fue de 45.155, la gran mayoría de casos ocurrió en el estado Bolívar (n: 39.744 - 88,01 %). Siete estados concentraron el 99,9 % de los casos. el aumento de casos respecto a 2009 a nivel nacional fue de 26%. La Incidencia parasitaria Anual nacional fue de 8,4 x 1000 H. Los estados con mayor IPA fueron: Amazonas con 25,24 x 1000 H. Bolívar 24,17 x 1000 H. y Delta Amacuro con 18,2 x 1000 H. El Indicador Tendencia de la Incidencia Parasitaria Anual TIP mostró aumento en 4 estados, entre ellos el estado Zulia. El Índice de Láminas Positivas fue: 11,48% (4)

En 2011, hasta la semana 37 (11 al 17 de septiembre), se han acumulado 31.603 casos notificados. 27.596 casos ocurrieron en el estado Bolívar (92,2%) del total. Entre la semana 25 y la 31 y luego en la número 35, los casos notificados estuvieron en el rango epidémico. El Índice Parasitario Anual es de 8,8 x 1000 H. y el ILP de 12,6 %. El área de transmisión malárica se extiende a 11 estados, 51 municipios y 121 parroquias. (5) Nuevamente pueden esperarse cifras anuales cercanas a los 40.000 casos.

La meta de los compromisos del milenio a alcanzar en el 2015 es de 7.434 casos de malaria al año.

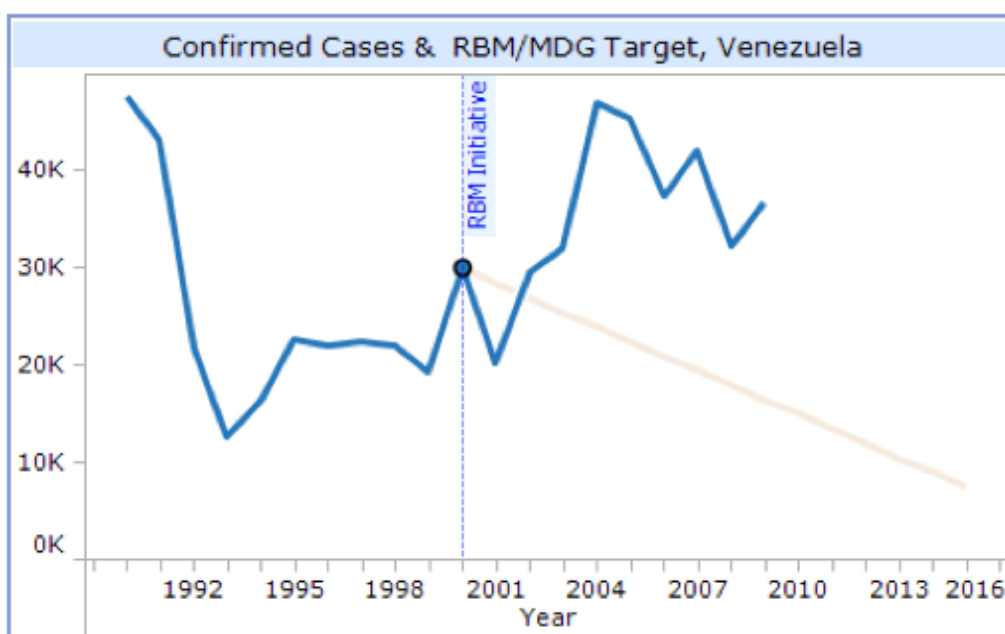


Gráfico N° 3
Casos confirmados de malaria en Venezuela 1990-2008

La línea oblicua que parte del número de casos del año 2000 hasta el 2015 indica la reducción de la incidencia de casos que deberían ocurrir para alcanzar la meta del milenio.

Fuente: Interactive Malaria Statistics. OPS, consultado en 1 de octubre de 2011.

Aunque no se ha publicado oficialmente en los Boletines Epidemiológicos, entre los años 2000 y 2007 fallecieron en Venezuela por malaria: 194 personas. (Fuente: Interactive Malaria Statistics OPS).

disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2632&Itemid=2049#.ToX0dBvMUUQ.email

III. Causas del incremento de la Malaria en Venezuela (2010)

Las causas del incremento de la malaria son multifactoriales, las siguientes han sido reconocidas en documentos técnicos oficiales de nuestro país, como el Plan Nacional sobre el Control de los Vectores de dengue, malaria y Chagas, diciembre de 2009 (no publicado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud). (5) y recopiladas en un Boletín de la Red Defendamos la Epidemiología Nacional en 2010.(6)

1. Insuficiente personal profesional, técnico y operativo con formación, en el área malárica.
2. Periodicidad anual de la transmisión malárica asociada con la entrada y salida de las lluvias, asociada a los fenómenos ambientales naturales (vaguadas, vientos huracanados y tormentas tropicales), que condicionan un incremento de la densidad poblacional de los vectores y cambios en los hábitats de los anofelinos y en la capacidad vectorial incrementando la transmisión de la enfermedad.
3. Elevado desplazamiento de población hacia áreas de exploración y explotación minera de difícil acceso.
4. Actividades de vigilancia epidemiológica incompleta y evaluaciones inconsistentes, con incumplimiento de los planes de trabajo en el ámbito regional.
5. Deterioro generalizado del parque de vehículos a motor (terrestre y fluvial), que conforman las cuadrillas para la vigilancia, prevención y control de la malaria.
6. Ausencia de la ejecución del Programa de Promoción y Educación para la Salud Ambiental en las áreas de transmisión, así como la falta de incorporación de los habitantes en el marco de las líneas de

corresponsabilidad implementadas en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación “Proyecto Nacional Simón Bolívar”, año 2007-2013.

- 7 .Falta de supervisiones técnicas a todos los niveles por la insuficiencia del personal profesional, técnico y operativo.
8. Fallas en el cumplimiento de la pauta nacional de administración y dosificación de los tratamientos antimaláricos.
9. Alta trashumancia en el área fronteriza, el documento no presenta información adicional a que se refiere.

Como podemos observar las causas que explican el incremento de los casos de malaria en nuestro país son diversas, si bien es cierto que las asociadas a cambios climáticos, presencia de zonas inaccesible en algunos estados y movilidad poblacional son difíciles de controlar (causas 1,2 y 9), el resto traduce **fallas institucionales y organizacionales del sistema público de salud**: la ineficiencia de un plan articulado de vigilancia epidemiológica para el control de la enfermedad; insuficiente personal profesional, técnico y operativo con formación en el área malárica; incumplimiento de la pauta nacional de administración y dosificación de los tratamientos antimaláricos; y la falta de asignación de recursos para ejecutar el plan, entre otras.

El Plan Nacional de Control de Vectores elaborado en 2009, se inició tardíamente en marzo de 2010 y fue descontinuado por carencia de recursos económicos, a partir de septiembre de 2010.

IV. Consecuencias

De no corregirse las fallas institucionales anteriormente señaladas y no asignarse suficientes recursos técnicos, organizativos y financieros, Venezuela incumplirá con el Plan acordado en el 51· Consejo Directivo de la OPS, tampoco alcanzará la Meta del Milenio en Salud para el control en esta enfermedad, para lo que se requeriría el compromiso y la voluntad política del gobierno de aplicar en los próximos años las siguientes medidas:

- Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes.
- Control integrado de vectores.
- Diagnóstico y tratamiento de la malaria.
- Promoción de la causa, comunicación y alianzas, y colaboración.

- Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, seguimiento y evaluación; investigaciones operativas; y fortalecimiento de la capacidad a nivel del país.

En abril de 2010 La Red Defendamos la Epidemiología Nacional (6) expresó su preocupación por las fallas en el control de la malaria en los siguientes términos:

la RDE está sumamente preocupada por las siguientes situaciones:

1. Con la llegada de las lluvias los casos probablemente continuaran incrementándose en los próximos meses, pudiéndose tornar la situación incontrolable si no se toman las medidas para su control con la consiguiente repercusión en la morbi-mortalidad.
2. El incremento de casos graves de malaria por *Plasmodium falciparum* (uno de cada 4 casos), ya que esta especie está asociada a complicaciones graves y muertes.
3. El desconocimiento de las cifras de personas fallecidas, el Boletín Regional de Malaria da cuenta de un solo fallecido, pero un experto del Estado Bolívar denunció que durante el mes de marzo ocho indígenas fallecieron por paludismo en el Alto Caura, casos que no fueron contabilizados por las autoridades locales.
4. El desconocimiento de los profesionales de salud y de la población general sobre las medidas que se van a realizar para controlar la epidemia.
5. La limitada información epidemiológica de la situación de la malaria en el Estado Bolívar y en el resto del país, producto de la arbitraria suspensión de divulgación del Boletín Epidemiológico Semanal del MPPS y del Boletín Regional de Malaria del estado Bolívar.
6. La carencia de logística, deterioro del parque automotor, y la insuficiencia de recursos humanos (técnicos y profesionales) y financieros asignados para enfrentar la situación.
7. Que la situación epidémica de la malaria de no corregirse se puede extender otros sitios del país.

En tal sentido, la Red Defendamos la Epidemiología, hace un llamado a las autoridades sanitarias para que:

- Declare en emergencia al estado Bolívar en relación a la malaria.
- Que se asignen a la brevedad los recursos para afrontar y ejecutar el Plan de Control de la Malaria en el estado y en otras zonas endémicas.
- Publique la información completa, continua y sin retraso en el Boletín Epidemiológico Semanal y el Boletín de Malaria en el portal del Ministerio del Poder Popular para la Salud a la brevedad posible.

- Sensibilice a los profesionales de la salud y a la población general en relación a este tema.
- Garantice el tratamiento antimalárico en las zonas afectadas y en los Hospitales donde son referidos los pacientes.
- Garantice el diagnóstico precoz de la malaria en los pacientes sospechosos, con personal calificado, cualquier día de la semana, incluyendo los días de semana y días feriados.
- Incorpore personal altamente calificado de nuestro país como epidemiólogos, sanitaristas y otros en el Plan Nacional de Control de la Malaria.
- Incorpore personal altamente calificado de nuestro país como epidemiólogos, sanitaristas y otros en el plan Nacional de Control de la Malaria.

Muchos de estos problemas y fallas no se han resuelto y las recomendaciones no han sido aplicadas.

José Félix Oletta L.

Ana C. Carvajal

Saúl O. Peña

Referencias

1. OPS. Países de las Américas acuerdan un plan para reducir la malaria, prevenir su re introducción y mantener los logros 29.9.2011. www.paho.org
2. Gabaldón, A. & Berti, A. (1954). The first large area in the tropical zone to report malaria eradication: North-Central Venezuela. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 3:793-807.
3. Boletín Epidemiológico Semanal N° 52. MPPS, 2010.
4. Boletín Epidemiológico Semanal N° 37. MPPS, 2011.
5. Plan Nacional sobre el Control de los Vectores de dengue, malaria y Chagas. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Diciembre de 2009.
6. Oletta López José Félix, Carvajal A., Walter C. Epidemia de Malaria en el estado Bolívar, 2010. Boletín de la Red Defendamos la Epidemiología Nacional, Abril, 2010.

www.paho.org

Países de las Américas acuerdan un plan para reducir la malaria, prevenir su re introducción y mantener los logros



Washington, DC, 29 septiembre de 2011 (OPS/OMS).- Los países de las Américas redoblarán esfuerzos para reducir la malaria, prevenir su reintroducción y mantener los logros alcanzados, de

acuerdo a la estrategia y plan de acción que aprobaron esta semana en la reunión del 51º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En 2009 se notificaron en la región un total de 564.451 casos confirmados de malaria y 118 defunciones. Estas cifras representan una reducción de un 54% y un 69% respectivamente, comparado con 2000. Los resultados son consecuencia de una serie de estrategias y programas desarrollados por los ministerios de Salud y agencias de cooperación internacional, como el Plan Estratégico Regional contra la Malaria en las Américas 2006-2010.



Asimismo, se lograron las metas de reducción de la carga de malaria en 18 de los 21 países de la región donde la enfermedad es endémica. Nueve de estos países notificaron reducciones de más de 75%, con lo cual se cumplen las metas establecidas por la alianza Hacer Retroceder el Paludismo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Sin embargo, señala el plan de acción, se deben proteger los logros actuales y avanzar hacia la eliminación de la enfermedad en las zonas donde se considere factible.

El paludismo es causado por un parásito denominado Plasmodium que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados. En el organismo humano, los parásitos se multiplican en el hígado y después infectan los glóbulos rojos. Entre los síntomas del paludismo destacan la fiebre, las cefaleas y los vómitos, que generalmente aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito. Si no se trata, el paludismo puede poner en peligro la vida del paciente en poco tiempo, pues altera el aporte de sangre a órganos vitales.

De acuerdo a lo acordado, los países redoblarán los esfuerzos de prevención, la vigilancia, la detección temprana de la malaria y la contención de brotes. También se promoverán, fortalecerán y optimizarán los mecanismos y las herramientas para un control costo-eficaz y atinado de los vectores, y se redoblarán los esfuerzos para lograr el acceso universal a un diagnóstico de la malaria inmediato, certero y de calidad, seguido del tratamiento rápido con medicamentos antimaláricos eficaces, entre otras acciones.

Las metas que los países se han comprometido a lograr para 2015 son:

- Una reducción adicional de 75% de la morbilidad por malaria.
- Una reducción adicional de 25% de las defunciones relacionadas con la malaria.
- La ejecución de actividades para eliminar la malaria en las zonas en las que se considere factible.
- **Un cambio total de la tendencia en los países que registraron un aumento de casos entre 2000 y 2010 (en particular, Haití, República Dominicana y Venezuela).**
- La prevención de la reintroducción de la endemidad de la malaria en los países que han sido declarados libres de la enfermedad.

Para alcanzar estas metas, la estrategia y plan de acción sobre la malaria prevé:

- Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes.
- Control integrado de vectores.
- Diagnóstico y tratamiento de la malaria.
- Promoción de la causa, comunicación y alianzas, y colaboración.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, seguimiento y evaluación; investigaciones operativas; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país.

El Consejo Directivo de la OPS reúne, cada año, a los ministros de Salud y a los delegados de alto nivel de los países miembros de la OPS/OMS en Washington, Estados Unidos, con el fin de debatir y analizar políticas de salud, y fijar las prioridades de los programas de cooperación técnica de la OPS, y la colaboración en salud pública a nivel regional.

Contacto:

Leticia Linn, email linnl@paho.org Tel. +1 202 974 3440 • Cel. 202 701 4005 o Donna Eberwine-Villagran, email: eberwind@paho.org, Tel. +1 202 974 3122 • Cel +1 202 316 5469, Comunicaciones e Información Pública, Gestión del Conocimiento y Comunicaciones OPS/OMS–www.paho.org

Recomendamos la lectura adicional de:

Alerta Epidemiológica N° 204 del 10 de septiembre de 2011.

Noticia Epidemiológica N° 8, 2009

Disponibles en el portal electrónico de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela:

www.rscmv.org.ve