

Malaria: consideraciones epidemiológicas a partir de la experiencia internacionalista en Angola, 2017

Dra. Luana Argote Ravelo
Esp. II grado en Higiene y Epidemiología.
Investigador agregado. Profesor asistente
La Habana, Cuba, luanara@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: La malaria es un problema de salud con 300 a 500 millones de infectados cada año en todo el mundo. Es ocasionada por un parásito del género *Plasmodium* el cual es transmitido por la hembra del mosquito *Anopheles*. Existen cinco especies que ocasionan la enfermedad *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale* y *P. knowlesi*. Las dos primeras especies ocasionan malaria en Angola **Objetivo:** Exponer algunas consideraciones epidemiológicas sobre la Malaria, desde nuestra experiencia internacionalista en Angola, 2017. **Materiales y métodos:** se realizaron algunas consideraciones epidemiológicas sobre la Malaria a partir de la experiencia acumulada por la autora en la República de Angola. Se realizó una revisión estadística de la información de morbilidad por malaria del primer semestre del 2017. Los datos se obtuvieron de la Dirección Municipal de Salud, se analizaron los datos estadísticos, se confeccionó cuadro epidemiológico y el mapa epidemiológico. **Resultados:** La principal causa de morbilidad fue la malaria, observándose en los últimos años un incremento del número de casos. Muestra un comportamiento estacional, coincidiendo los meses de mayores precipitaciones con los de mayor número de casos, por la proliferación del mosquito vector. Se observa una tendencia creciente del número de casos de malaria durante los últimos 7 años. Más del 50% de la población testada resulta ser positivo a infección a malaria, de ellos el 90% a *Pl. Falciparum*, siendo esta la especie más frecuente en Angola. El suministro de medicamentos es insuficiente y parte de la población carece de recursos para adquirirlo.

Palabras clave: Malaria

I. INTRODUCCIÓN

La malaria o paludismo, es un problema de salud con 300 a 500 millones de infectados cada año en todo el mundo, con una alta letalidad⁽¹⁾. Es una enfermedad ocasionada por un parásito del genero *Plasmodium* el cual es transmitido por la hembra del mosquito *Anopheles* que a su vez ha sido infectada al alimentarse con sangre de un paciente con gametocitos. Existen cinco especies que ocasionan la enfermedad *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale* y *P. knowlesi*. Las dos primeras especies ocasionan malaria en Angola, sobre todo el *P. falciparum*. Además de la transmisión por el vector, el *Plasmodium* también se puede transmitir mediante transfusiones sanguíneas, contaminación accidental con elementos cortopunzantes con sangre infectada o por vía congénita, lo que aumenta el número de susceptibles.

En cuanto a su distribución geográfica, aproximadamente 107 países y territorios son calificados como endémicos y 41% de la población mundial está en riesgo de adquirir la enfermedad. Las tasas de mortalidad por Malaria se han reducido en mas de un 25% en todo el mundo, y en un 33% en la Región de África, de la OMS. Sin embargo, la transmisión del paludismo persiste y se calcula que en 2010, la enfermedad causó 655 000 muertes sobre todo en menores de 5 años del África subsahariana.⁽²⁾ En las Américas, 38,4% de la población vive en zonas con condiciones ecológicas propicias para la transmisión de la malaria⁽³⁾.

En cuanto a las especies de parásitos del paludismo, la OMS en aras de facilitar las medidas de prevención y tratamiento oportuno, ofrece información específica sobre la prevalencia cada país. La infección por *Plasmodium falciparum* es frecuente en los trópicos y es la causa de la forma más grave de la enfermedad. La infección por este parásito puede ser mortal si la enfermedad y sus complicaciones no se identifican con rapidez y no se instaura urgentemente un tratamiento apropiado. En el caso de Angola, el riesgo de paludismo, es predominantemente por *Plasmodium falciparum*, y existe durante todo el año en todo el país, y con menor incidencia por *Plasmodium vivax*. Lo mismo ocurre con países fronteras como el Congo, Namibia y Zaire. Existen

La prevención recomendada para cada país se decide basándose en los siguientes factores: el riesgo de contraer paludismo en la zona; el nivel y extensión de las resistencias a medicamentos registradas en cada país; y el posible riesgo de efectos secundarios graves como consecuencia del uso de los diferentes medicamentos profilácticos. Prevención de las picaduras de mosquitos y quimiopprofilaxis con *atovaquona / proguanil*, *doxiciclina* o *mefloquina* (la selección se hará en función del patrón de resistencia y contraindicaciones).

En Cuba, es una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, por el riesgo de casos importados, debido a la entrada al país de personas procedentes de países endémicos y con transmisión. Por lo que la experiencia de trabajo, en ese país Angola, fue positiva, teniendo en cuenta además que la colaboración médica cubana se encuentra insertada allí, y permitió realizar algunas valoraciones epidemiológicas a partir de la experiencia acumulada por la autora

Objetivo: Exponer algunas consideraciones epidemiológicas sobre la Malaria, desde nuestra experiencia internacionalista en Angola, 2017

II. MÉTODO

En este trabajo se realizaron algunas valoraciones epidemiológicas sobre la Malaria a partir de la experiencia acumulada por la autora en la República de Angola. Para esto fue necesaria una revisión estadística de la información de morbilidad por malaria del primer semestre del año 2017. Los datos se obtuvieron de la Dirección Municipal de Salud, donde estuvo insertada la colaboración cubana; se realizó un trabajo de recuperación y digitalización de la información estadística a partir de los informes mensuales que llegaban a esta área. Otras de las tareas realizadas fue la confección del cuadro epidemiológico del municipio, mapificación de casos, análisis estadísticos de los datos. Esto permitió el análisis y representación en tablas y gráficos.

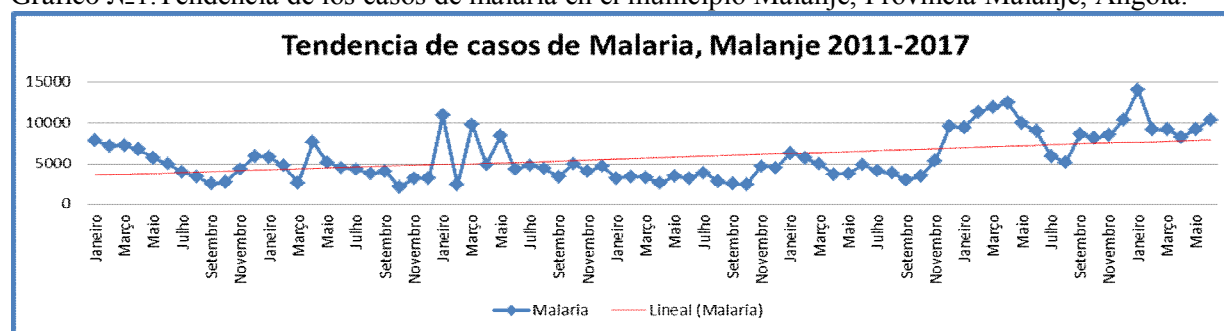
III. RESULTADOS

La población angolana es mayoritariamente camponesa, con cultura y tradiciones típicas de su país, con un predominio del sexo femenino, una esperanza de vida que oscila entre los 38-40 años de edad y un índice de desarrollo humano bajo. Los meses de mayor precipitación se encuentran entre enero y abril, y noviembre-diciembre, lo que coincide con los meses de mayores temperatura. De aquí que los picos de casos de malaria guardan relación con este comportamiento estacional. La malaria es endémica de este país.

Las principales causas de morbilidad lo constituyen la malaria, observándose en los últimos años un incremento del número de casos. Le sigue en orden las enfermedades respiratorias agudas (todas las edades), la fiebre tifoide y las enfermedades disrreicas agudas.

Algunas provincias como Malanje, Kwanza norte, Uíge, Lunda sur están consideradas hiperendémica de Malaria; esta enfermedad constituye su principal causa de morbilidad y mortalidad de los últimos tiempos. Muestra un comportamiento estacional, coincidiendo los meses de mayores precipitaciones con los de mayor números de casos, por la proliferación del mosquito vector. También se observa una tendencia creciente del número de casos de malaria durante los últimos 7 años, que acompaña al período de crisis económica que atraviesa el país, donde los recursos y las acciones tanto sanitarias como financieras se han visto afectadas, y esto ha repercutido en el debilitamiento en el programa de control y prevención de la malaria, en este municipio. (Gráfico Nº1)

Gráfico Nº1. Tendencia de los casos de malaria en el municipio Malanje, Provincia Malanje, Angola.



El grupo de edad, más afectado continúan siendo los menores de 5 años de edad, lo que coincide con los datos ofrecidos por la OMS, que explica que en África Subsahariana la mayor incidencia de casos y de muertes corresponden a este grupo de edad⁽¹⁾. Ellos son más vulnerables a las picaduras del mosquito, y muchas veces han demora en diagnóstico y el tratamiento que es fundamental para evitar las muertes, sobre todo en grupos de alto riesgo como los niños pequeños o las embarazadas.

La enfermedad no deja inmunidad, por esta razón el tratamiento profiláctico a embarazadas es tan importante. El Fansidar, terapéutica aún usada en las embarazadas no siempre está disponible de forma gratuita y muchas grávidas no tienen medios para adquirirlo, lo que deja una gran cobertura sin protección durante el embarazo. Se ha explicado que ellas desarrollan la enfermedad en su forma clínica muy sintomática y muchas veces severa y con complicaciones del sistema nervioso central, anemia, abortos, óbitos fetales, muerte neonatal y materna. Se ha demostrado por diferentes estudios la relación entre malaria y paridad, habiéndose encontrado una mayor incidencia de malaria gestacional en primigrávidas, independientemente de la endemividad de la zona de procedencia⁽⁵⁻⁶⁾ debido a que las primigrávidas tienen niveles séricos de cortisol elevados, presentan mayor inmunosupresión y por efecto de los estrógenos placentarios disminuye la respuesta celular inmune en la placenta⁽⁷⁾; en igual sentido es el impacto sobre las gestantes adolescentes.⁽⁸⁾

Para el diagnóstico de malaria se utilizan dos métodos: uno por microscopia y otros son los test rápido de malaria. Este último muy útil para el pesquaje activo, si tenemos en cuenta que el mayor porcentaje de la población vivía en zonas rurales y de difícil acceso. Más del 50% de la población testada resulta ser positivo a infección por malaria, de ellos el 90% a *Pl. Falciparum*, siendo esta la especie más frecuente en Angola. Aun así, existen dificultades para el diagnóstico de la enfermedad, ya que toda la población no tiene acceso a las pruebas de diagnóstico rápido de malaria (PDR) o a la realización de microscopia que es el método de referencia (ya sea por extendido fino o por gota gruesa), por lo que el diagnóstico es fundamentalmente clínico y por otra parte, los medicamentos no siempre están disponibles, sobre todo para aquellos que viven en las zonas rurales.⁽⁹⁾

En cuanto a las actividades de lucha antivectorial: se conoce el universo de trabajo, están controlados y mapeados los criaderos temporales y permanentes por el equipo de lucha antivectorial, pero existe dificultad en la adquisición de productos para la pulverización por lo que las pulverizaciones realizadas no siempre fueron suficientes. A esto se unió, el deterioro de los equipos, la falta de mantenimiento y la poca sistematicidad en la compra de productos insecticidas.

Disponibilidad de medicamentos fue otro aspecto que se analizó. El objetivo de todo tratamiento es salvar la vida del paciente, así como prevenir las complicaciones, la resistencia a los anti-maláricos y la discapacidad. El riesgo de contraer la enfermedad es alto y en los últimos años se había registrado un aumento del número de casos acompañado a la alerta de la OMS, de una resistencia a los medicamentos que usualmente se distribuían como la cloroquina. La monoterapia que inicialmente se usaba dio paso a la terapia múltiple y es lo que actualmente está normado, es decir, la terapia de combinación basada en artesunato, artemeter, o quinina. Y para el caso de las gestantes pues tiene una terapéutica diferenciada atendiendo a si se trata de una malaria complicada (cloroquina, acción esquizotónica) o no complicada (clindamicina, artesunato o quinina). Los medicamentos que llegan a las Direcciones Municipales de Salud no siempre son suficientes, ya que no cubren toda la demanda de la población y por otra parte el mercado privado ofrece los mismos medicamentos pero a un costo tan elevado que muchas personas optan por la medicina tradicional, medicina que muchas veces retarda el proceso de la curación y llega a complicaciones graves y a la muerte del paciente.

Existe un programa de Control y Prevención de malaria y equipos municipales y provinciales que trabajan en la prevención y capacitación de personal atendiendo a temas como: Prevención de las picaduras de mosquitos; quimiopprofilaxis a mujeres grávidas, la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, charlas educativas y capacitación del personal de los puestos de salud sobre el tema. Aun así no es suficiente, porque quedan brechas en las comunas más apartadas donde no llegan los recursos ni la información, otro flagelo es la voluntad política, que muchas veces no apoya completamente al sistema de salud y la erradicación de la malaria es una tarea y compromiso de todos.

CONSIDERACIONES FINALES

• La malaria continúa siendo el problema de salud más importante en Angola; afectando la población más vulnerable, donde las limitaciones de recursos para el diagnóstico y tratamiento oportuno siguen siendo el talón de Aquiles en el programa de control y prevención de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. WHO. Guidelines for the treatment of malaria. Switzerland. 2006
2. Informe mundial sobre el paludismo, 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. http://www.who.int/paludismo/world_paludismo_report_2011/9789241564403_eng.pdf .
3. Piñeros G, Blair S. Malaria y embarazo. Infectol. 2007;6(3):168-76.
4. Tratamiento del paludismo grave: Manual práctico. 3a ed. OMS, 2013. ISBN 978 92 4 354852 4 <http://www.who.int/>
5. Blair S. Malaria en la mujer embarazada. En: Tópicos de infectología. Dpto. de Microbiología y Parasitología. Universidad de Antioquia. 1994;245- 55.
6. Paya C. Paludismo y Gestación. Rev. General Obstet Clinic. 2004;5(4):204-10.
7. Sullman C, Marshall T, Dorman E, Bulmer J, Cutts F, Peshu N, Marsh K. Malaria in pregnancy: adverse effects on haemoglobin levels and birth weight in primigravidae and multigravidae. Trop Med Int Health. 2001;6(10):770-8.
8. Purizaca-Benites, M. Rev Per Ginecol Obstet. Perú 2010;56:193-201.
9. Manual para el diagnóstico de malaria no complicada en puestos de diagnóstico y tratamiento. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Primera edición. Bogotá D.C., 2015 ISBN: 978-958-13-0175-1