

## GUYANA

La mayoría de los casos se producen en el interior del país, en la región de la selva amazónica, con tasas particularmente elevadas en las zonas que colindan con Venezuela y Brasil (figura 1). En el 2014, Guyana notificó 12.353 casos de malaria y 11 muertes (figura 2). La morbilidad ha disminuido en un 48,6% desde el 2000 y la mortalidad ha disminuido en un 62,1%. A pesar de estos logros, todavía no se ha alcanzado lo establecido en la resolución WHA58.2 con respecto a la meta 6C de los ODM.

Figura 2. Número de casos y muertes por malaria en Guyana, 2000-2014

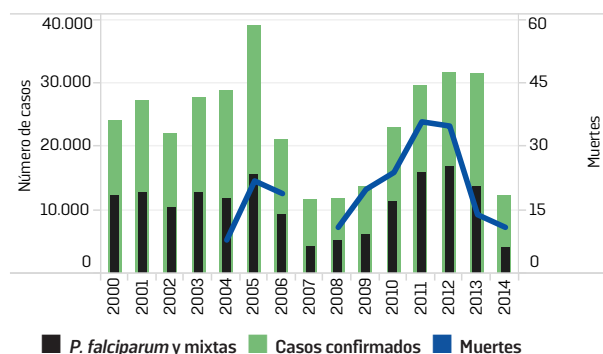
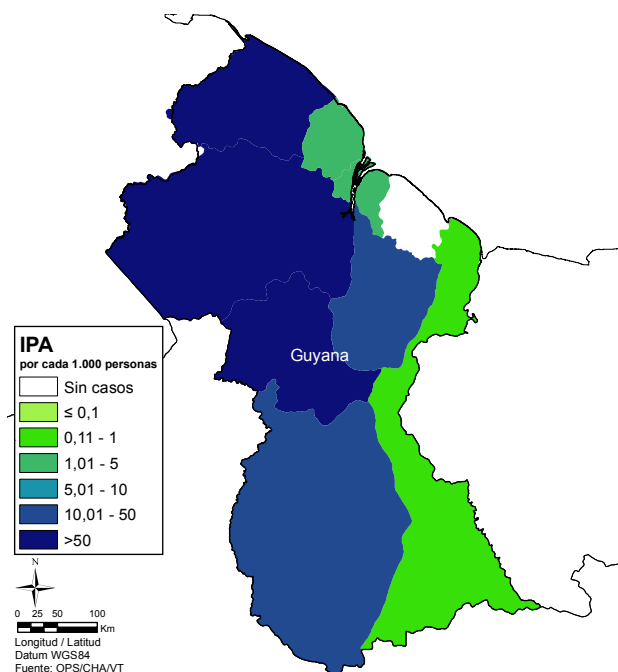


Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de región (ADM1), Guyana, 2014



de una ciudad o zona, ya que es difícil calcular el número exacto de mineros que viven en el lugar. Otro factor que debe tenerse en cuenta es la subnotificación de casos mencionada anteriormente. En el 2013 se recibieron solo el 61% de los informes que cabía esperar de las instituciones de salud pública, y esa cifra bajó al 57,8% en el 2014.

Al igual que en otras partes del Escudo Guayanés, la prevalencia de malaria ha sido muy alta entre los mineros de oro, que a menudo trabajan en minas no registradas o son extranjeros. Estos mineros suelen tener acceso limitado a servicios de salud debido a la lejanía de los lugares donde trabajan. Del 2013 al 2014, los casos confirmados en Guyana disminuyeron un 60,8%, lo cual puede atribuirse a la caída del precio del oro y la subsiguiente disminución del número de mineros en el país. El IPA en el interior también es artificialmente elevado; la población en riesgo es mayor que la población notificada

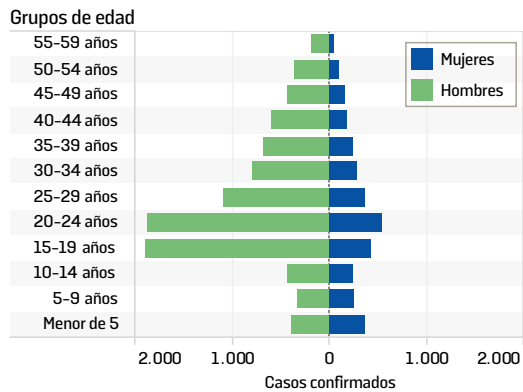
*An. darlingi* es el vector primario de la malaria en Guyana. En el 2014, *P. vivax* causó un 58,1% de los casos, aunque *P. falciparum* también causa un gran número de casos cada año. *P. malariae* también está presente en el país, aunque representa menos del 1% de los casos desde el 2008.

Figura 3. Localidades (ADM2) con el mayor número de casos de malaria en Guyana, 2012-2014

Localidad	Región	2012	2013	2014
Barima/Amakura	Región 1	4.188	6.412	3.582
Mazaruni/Left Bank Essequibo R.	Región 7	6.996	5.063	1.756
Cuyuni	Región 7	4.767	3.659	1.613
Lower Potaro/Ladysmith Creek	Región 8	7.265	5.592	1.312
Waini	Región 1	1.885	2.558	805
Rewa/Upper Essequibo*	Región 9	17	20	668
Right Bank Essequibo**	Región 10	1.431	1.648	601
Ireng/Upper Potaro	Región 8	1.031	1.277	540
Bonasika/Boerasirie	Región 3	29	9	140
Somerset and Berks/Supenaam R.	Región 2	17	11	118

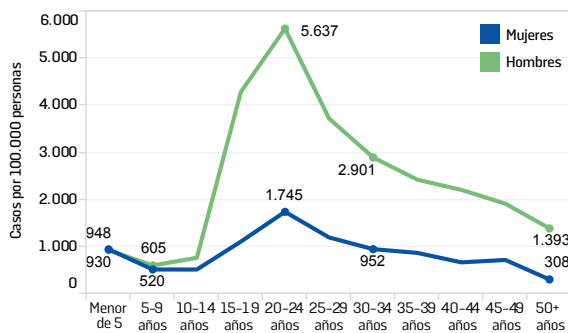
\*Rewa (Illiya)/Upper Essequibo (Rupununi East)  
\*\*Right Bank Essequibo/Upper Demerara

**Figura 4. Casos de malaria por edad y sexo en Guyana, 2014**



En general, los hombres se ven más afectados que las mujeres, especialmente en los primeros años de la vida adulta, entre los 15 y 24 años de edad (figuras 4 y 5). En el 2014, alrededor del 68% de los casos de malaria correspondieron a hombres, con una incidencia de la malaria de 2.324 casos por 100.000 personas. Relativamente, las mujeres presentaron una incidencia mucho menor, con 813 casos por 100.000 personas. Como ya se ha señalado, la ocupación es un factor de riesgo para los hombres.

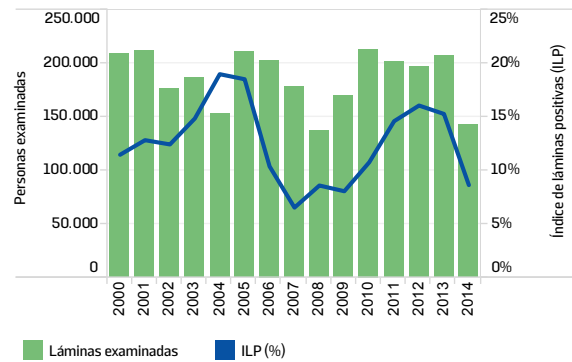
**Figura 5. Incidencia de la malaria por edad y sexo en Guyana, 2014**



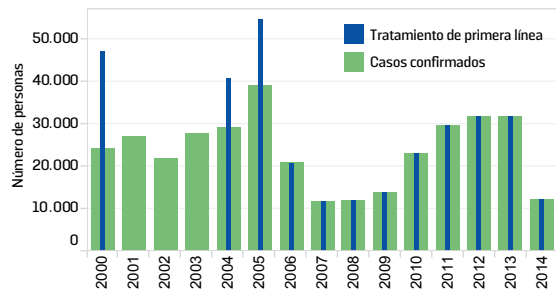
### Grupos prioritarios

Los grupos autóctonos y étnicos, que en Guyana se denominan amerindios, corren un gran riesgo de contraer malaria en Guyana. En el 2014 se notificaron más de 4.500 casos en amerindios, que representan un 37% del total de casos. La incidencia en los amerindios (6.052 casos por 100.000 personas) es cinco veces mayor que en el resto de la población (1.152 casos por 100.000 personas). La población indígena se concentra en el altiplano del interior del país. Allí hay malaria, pero su prevalencia es menor que en las zonas mineras. La razón principal por la cual persiste la transmisión de malaria entre ellos es el acceso limitado a servicios de salud y la falta de protección de las viviendas.

**Figura 6. Láminas examinadas e ILP en Guyana, 2000-2014**



**Figura 7. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Guyana, 2000-2014**



\*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para el período 2001-2003.

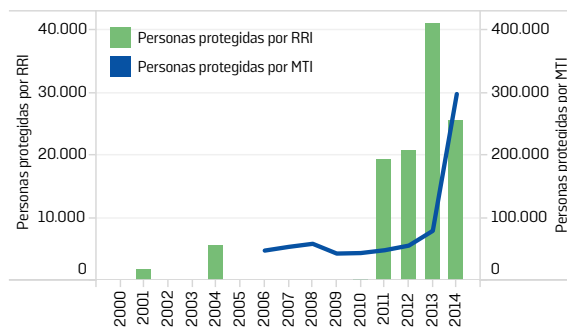
Las tasas de malaria en el embarazo son las más altas de las Américas y han sido sistemáticamente más altas que en las mujeres en edad fértil no embarazadas. En el 2014, la tasa de incidencia (1.321 casos por 100.000 embarazadas) fue menor que en el 2013 (2.756 casos por 100.000 embarazadas).

### Diagnóstico y tratamiento

La microscopía es el método primario para el diagnóstico de la infección malárica (figura 6). El ILP disminuyó en el 2014; sin embargo, también disminuyó el total de casos. El número de personas examinadas para detectar la malaria mediante la vigilancia activa bajó de alrededor del 59% de todos las láminas examinadas en el 2007 al 26% en el 2014; sin embargo, eso se ha debido principalmente al aumento del número de personas examinadas en el marco de la vigilancia pasiva de casos (de 73.000 a 105.000). La proporción de casos confirmados detectados mediante vigilancia activa en el 2014 (5,7%) es similar a la del 2013 (5,6%).

Aunque se informó que todos los casos confirmados habían recibido tratamiento de primera línea (figura 7), la automedicación es común en Guyana y es posible que

**Figura 8. Personas protegidas por RRI y por MTI en Guyana, 2000-2014**



\*No se dispone de datos sobre el RRI para los años 2000, 2002-2003 y 2005-2010, ni tampoco se dispone de datos sobre los MTI para el período 2000-2005.

contribuya a la resistencia a la artemisinina. Se han iniciado estudios a fin de investigar posibles mutaciones del gen K13 en Guyana, la Guayana Francesa y Suriname. Según datos inéditos, la sensibilidad a la artemisinina no ha disminuido en Guyana. Por el momento, el tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. falciparum* sigue siendo la combinación de arteméter-lumefantrina, derivados de la artemisinina. Para infecciones por *P. vivax* se usa cloroquina con primaquina como tratamiento de primera línea.

### Control de vectores

Como métodos de control de vectores se usan el RRI y los MTI. Se protegió a alrededor de 300.000 personas con estos mosquiteros en el 2014, el mayor número estimado hasta la fecha (figura 8). El RRI también es común, aunque el número de personas protegidas bajó del 2013 al 2014, y en los sitios mineros sigue siendo un reto porque las viviendas y los lugares habitables no tienen paredes. No se ha informado sobre estudios de sensibilidad a los insecticidas.

### Financiamiento

Los fondos del gobierno son la mayor fuente de recursos para el control de la malaria y ascendieron a cerca de \$850.000 en el 2014 (figura 9). El Fondo Mundial ha proporcionado apoyo desde el 2005 y, junto con Suriname, Guyana es uno de solo unos pocos países del Escudo Guayanés que reúnen los requisitos para recibir recursos del Fondo Mundial. La Iniciativa AMI/RAVREDA, financiada por la USAID, también ha apoyado al país, en particular la red de vigilancia para iniciativas relacionadas con la resistencia a los antimaláricos. Esta iniciativa ha proporcionado financiamiento continuamente desde que se puso en marcha en el 2002.

**Figura 9. Financiamiento para la malaria en Guyana, 2000-2014**

