

10 | Guyana

Descripción general de la situación

Figuras 1 a 5

Históricamente, el paludismo ha constituido un problema grave de salud pública, al igual que en otros países de las Américas. No obstante, el número de casos es mucho más bajo que en Brasil, Colombia, Perú y Venezuela. Las tasas de incidencia han descendido de 52 por 1.000 habitantes en 2005, a 28 por 1.000 en 2006 y 15 por 1.000 en 2007 y 2008.

El principal vector del paludismo en el interior del país es el mosquito *Anopheles darlingi*; la especie *An. Aquasalis*, que se encuentra en la zona costera, es el segundo vector en importancia, aunque no es un buen transmisor de la enfermedad.

La transmisión del paludismo en Guyana es focalizada y endémica, principalmente en las zonas de minería del oro y tala forestal en el interior, en parte de las regiones 1, 2 y 10, y en las regiones 7, 8 y 9. Actualmente, el paludismo *falciparum* se ha restablecido en zonas donde había estado bajo control o de las cuales había sido erradicado. La población más afectada tiene mucha movilidad y poca inmunidad o nula.

En 2008 se registraron 11.815 casos nuevos de paludismo (41 importados), de los cuales 5.252 fueron por *Plasmodium falciparum*. En la Región 7 (Cuyuni/Mazaruni), se notificaron 5.190 casos o 44% del total de casos de paludis-

mo del país. Esta región se caracteriza por tener la mayor cantidad de desplazamientos de población, relacionados con la minería del oro. La dispersión de los casos y problemas de acceso a los servicios de salud en las zonas donde predomina la minería y la explotación forestal son grandes obstáculos para el control del paludismo.

Tendencias de la morbilidad y la mortalidad

Figuras 4 a 11

En 2005, hubo un gran aumento de la incidencia de malaria en Guyana, donde se notificó un total de 38.984 casos en el año. Posteriormente hubo un descenso, y el número de casos se estabilizó en 2007 y 2008. En este último año, aumentó levemente el número de casos de paludismo por *P. vivax* en comparación con los causados por *P. falciparum* en el mismo año. En 2006 y 2007 el paludismo disminuyó significativamente en las regiones 1, 8 y 9, pero en 2008 el número se mantuvo similar a 2007.

La disminución del número de casos fue seguida del descenso de la mortalidad. En 2008, hubo solo una defunción por paludismo en Guyana.

Dispersión y focalización de la transmisión

Figuras 1 y 12 a 19

El distrito de Mazaruni, en el occidente del país, registró 3.016 casos nuevos o 25,5% del total de casos del país. Los distritos de Cuyuni y Potaro notificaron 2.113 y 2.175 casos nuevos, respectivamente. En conjunto, estos tres distritos mineros y forestales notificaron 61,8% de los casos nuevos del país, es decir, existe una gran focalización del problema. No obstante, dentro de cada distrito, el paludismo se encuentra muy disperso en las localidades, lo que genera dificultades para el control.

Al analizar las localidades palúdicas por medio de un sistema de georreferencia se puede constatar que, en 2008, 352 localidades fueron fuente de casos, aunque 206 de ellas notificaron menos de cinco cada una. Solo 32 distritos registraron más de 50 casos en el año y 6, más de 250 casos anuales.

En la Región 8, la ciudad de Mahdia registró 983 casos en 2008, el número más alto del país; las ciudades de Konawaruk en la Región 8, Omai en la Región 7 y Mabura Hill en la Región 10 constituyen un gran foco de transmisión ubicado cerca del centro del país donde confluyen estas tres regiones. Estas son zonas mineras y forestales, y cerca de 54% de los casos registrados fueron por *P. falciparum*, que afectaron mayormente a la población afrodescendiente.

Paludismo en poblaciones especiales

Figuras 25 a 28

En 2008, se notificaron 517 casos de paludismo entre los niños menores de 5 años de edad, es

decir, 4,3% del total de casos del país. Junto con Costa Rica, Guyana es el país con la proporción más baja de casos en este grupo de edad, lo cual probablemente se explica por la asociación de la epidemia con las zonas de minería. En 2008, 81% del total de casos correspondieron a la población de 15 a 49 años de edad, y de esos, 80% al género masculino.

En Guyana, el paludismo afecta de manera significativa a la población amerindia. En 2008, 34% del total de casos notificados correspondieron a ese grupo étnico, proporción mucho más alta que la registrada en otros países.

En los distritos de Rupununi Oeste (Región 9), Ireng/Alto Potaro (Región 8) y Moruka/Pomeroon (Región 2) la proporción de casos entre la población amerindia fue de 86%, 79% y 69%, respectivamente. En general, en la Región 9, al sur del país, la población amerindia fue la más afectada; asimismo, las tasas de incidencia de la enfermedad fueron más altas que en el resto del país.

Del total de casos de mujeres de 15 a 45 años de edad notificados en 2008, 9% fueron mujeres embarazadas. Esta proporción es similar a la observada en Brasil, pero más alta que en otros países, como Bolivia y Colombia. Esto podría ser un reflejo de que los registros de estos casos son mejores que en otros países.

Diagnóstico y tratamiento

Figuras 20 a 24, 29 y 30

Al igual que en el resto de la región amazónica, en Guyana las cepas de *P. falciparum* son resistentes a la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina. En 2004, se modificó la política de tratamiento del país y se introdujo el uso de TCA como pri-

mera línea de tratamiento para el paludismo falciparum no complicado.

En 2004, se distribuyeron 2.580 tratamientos de arteméter + lumefantrina. En 2005 esa distribución alcanzó a 17.727 TCA y en 2006, más de 10.000. Esto puede explicarse parcialmente porque en 2005 hubo un aumento agudo de los casos de paludismo, tanto por *P. vivax* como por *P. falciparum*. Esta situación también se dio en Brasil y otros países de la región.

A fines de 2006, el número de casos había disminuido notoriamente. El Programa de Control de la Malaria ha mantenido la combinación de arteméter + lumefantrina como primera línea de tratamiento. Se han llevado a cabo dos evaluaciones de la eficacia terapéutica.

El índice de láminas positivas en 2008 fue de 8,6%, similar al de otros países de la región, y más bajo que el de Brasil y Colombia. Este ILP es más bajo que el promedio anual para el decenio, a pesar de que aumentó levemente en relación con 2007. En 2008 bajó el número de láminas examinadas con respecto a 2007, pero el número de casos fue similar, lo que posiblemente esté señalando la necesidad de mejorar la detección temprana de casos por medio de microscopía.

El sistema de información de Guyana no registra el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. No obstante, llama la atención que muchos de los casos del brote que ocurrió en 2008 en las regiones 7 y 8 fueron diagnosticados en la ciudad de Georgetown: 2.143 del total de 5.190 casos notificados en la Región 7, es decir, 41%.

No se informó sobre el uso de pruebas de diagnóstico rápido de paludismo en 2008.

La población de las zonas mineras puede acceder fácilmente a medicamentos que no son los que recomienda el Ministerio de Salud. Esta situación plantea un problema para la política de tratamiento del país, ya que el uso indiscriminado de estos fármacos elimina los síntomas clínicos, con lo cual se hace más difícil detectar y diagnosticar los casos. Además, esta práctica puede generar y diseminar ampliamente la resistencia a los medicamentos.

Prevención y control vectorial

Figuras 31 a 33

En 2006 se comenzaron a usar en el país los mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración MTILD. Se distribuyeron 29.577 MTILDs que compró el gobierno con el apoyo financiero del Fondo Mundial y AMI. Esta es actualmente la intervención principal de control de la malaria en Guyana. La política estipula la distribución de dos MTILDs por hogar, acompañada del acceso a TCA.

El proyecto AMI también colaboró con la distribución de mosquiteros en 2007 y 2008, que alcanzó un total 5.813 y 4.287 unidades, respectivamente, y fue destinada a grupos vulnerables, como mujeres embarazadas, niños menores de 5 años de edad y mineros y trabajadores forestales de las regiones 1, 7, 8, 9 y 10. En 2008 no se realizaron rociados con insecticidas de acción residual.

Financiamiento del control del paludismo

Figura 34

Guyana recibió la aprobación de recursos del Fondo Mundial en 2005 para un proyecto de control del paludismo. Por medio de él se intensificaron las acciones de control en zonas prioritarias. La Unión Europea y el proyecto AMI,

financiado por la USAID y coordinado por la OPS, ha aportado recursos para financiar cooperación técnica para el control del paludismo. Aproximadamente 50% del financiamiento de las medidas de control provino de recursos externos en 2008.

Figura 1. Número de casos según especies por municipio, 2008

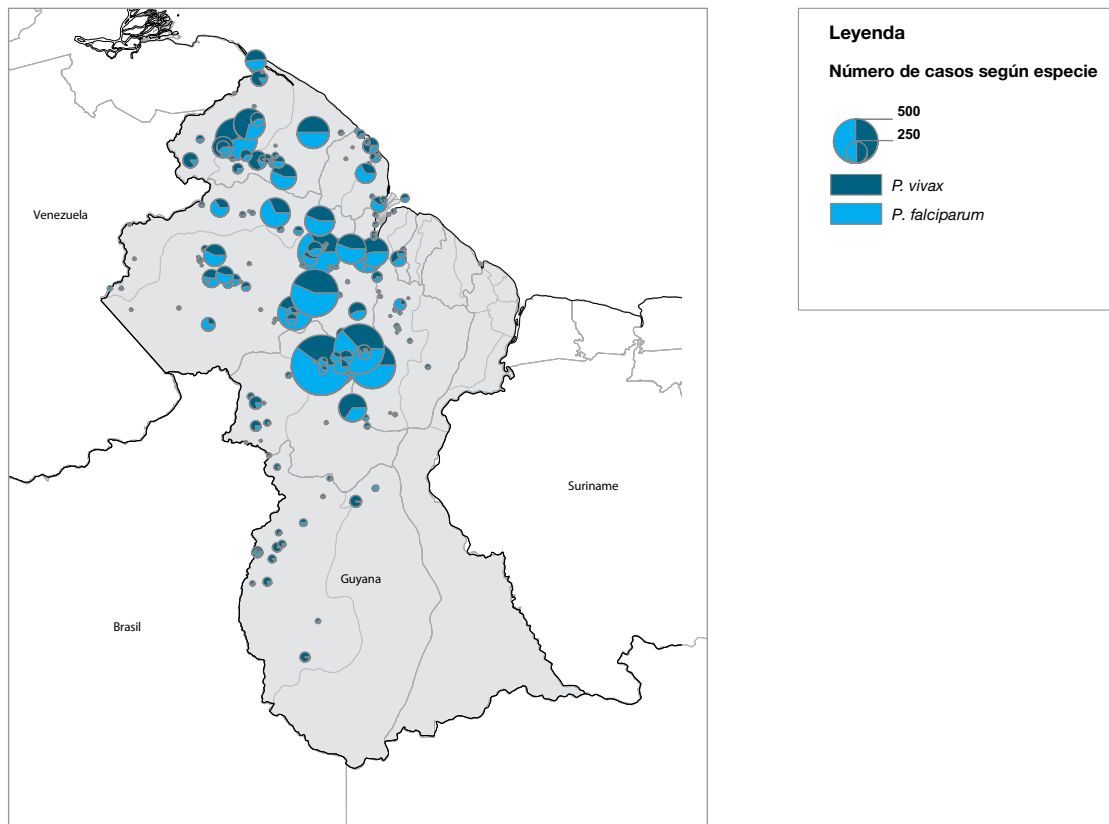
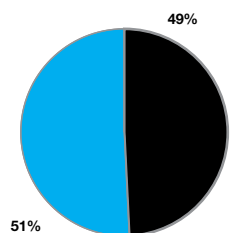


Figura 2. Proporción de casos según especies, 2008



Especie de *Plasmodium*

- *P. vivax*
- *P. falciparum* y mixtas

Figura 3. Número y proporción de casos de paludismo por especie a nivel ADM1 (estado/departamento/provincia/región), 2008

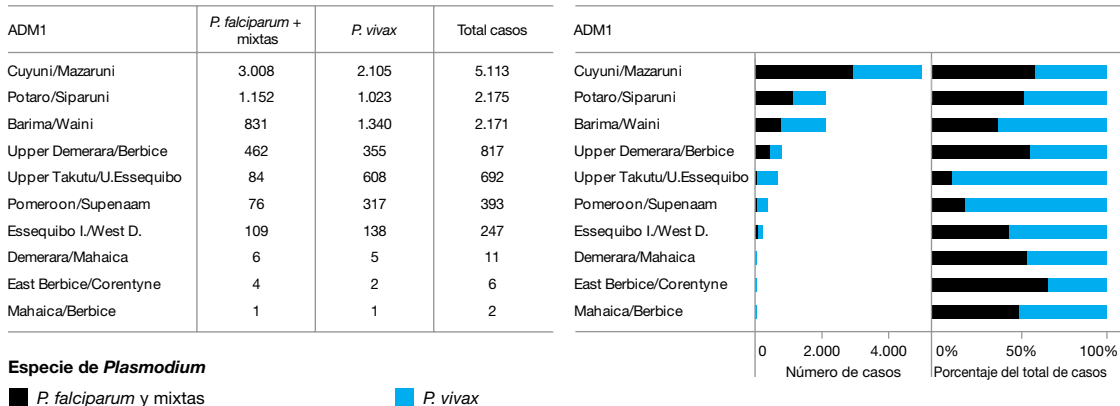


Figura 4. Número de casos por especie, 2000 - 2008

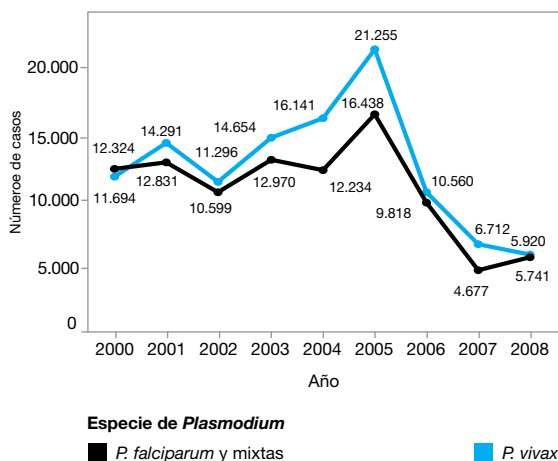


Figura 5. Número de casos de paludismo, 2000 a 2008

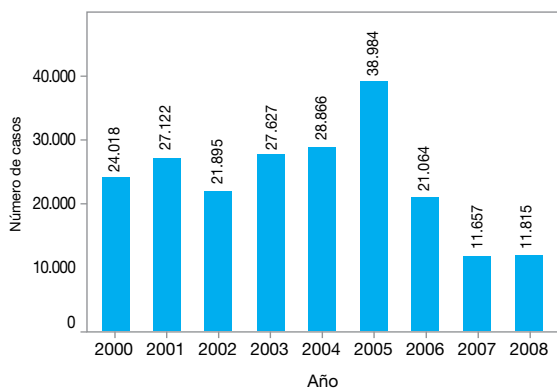


Figura 6. Número de muertes por paludismo, 2000 a 2008

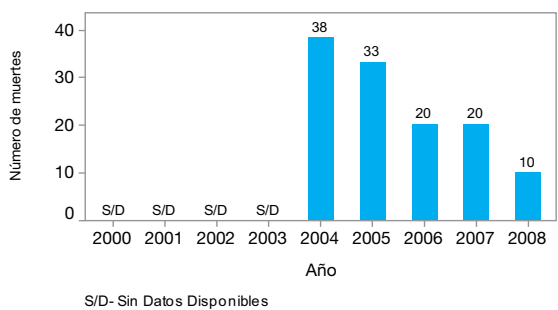


Figura 7. Número de casos de paludismo hospitalizados, 2000 a 2008

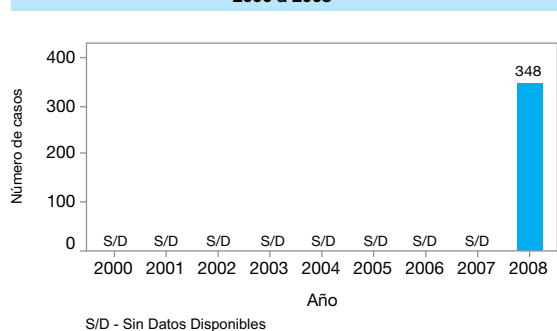
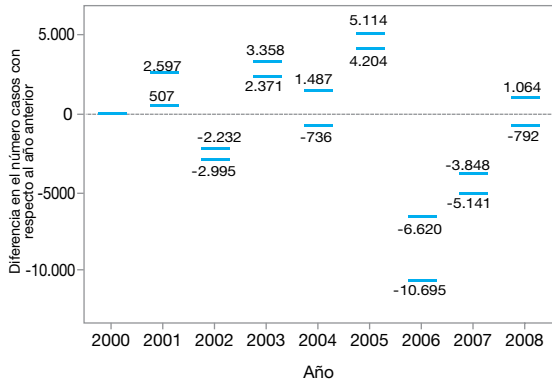
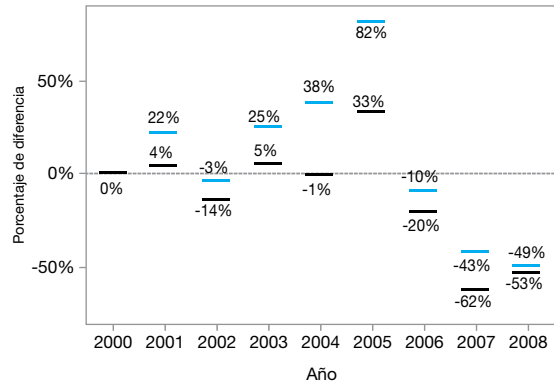


Figura 8. Variaciones anuales en el número de casos por especie



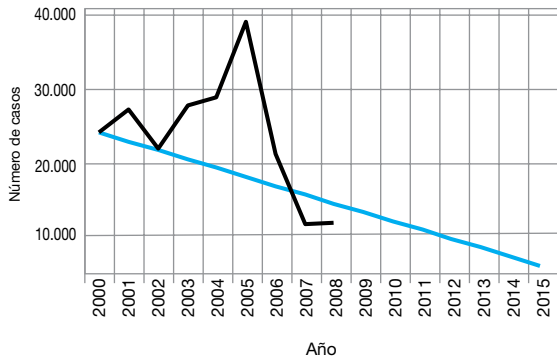
Especie de Plasmodium
 ■ *P. falciparum* y mixtas ■ *P. vivax*

Figura 9. Cambio porcentual del número de casos de paludismo con relación a 2000



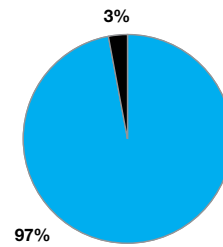
Especie de Plasmodium
 ■ *P. falciparum* y mixtas ■ *P. vivax*

Figura 10. Número de casos y metas de RBMI y MDG para 2010 y 2015



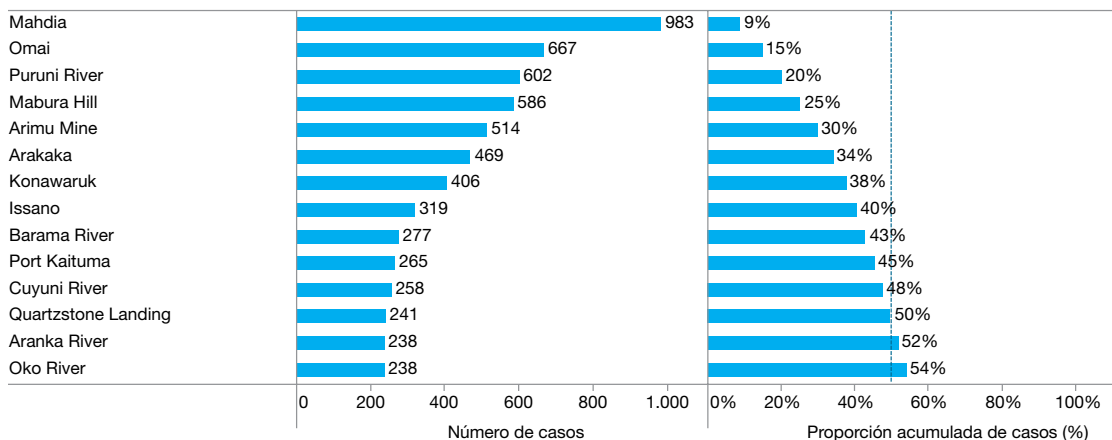
■ Casos notificados ■ Metas para 2010 y 2015

Figura 11. Porcentaje de casos hospitalizados, 2008



Porcentaje de casos
 ■ Ambulatorio ■ Hospitalización

Figura 12. Número de casos de paludismo y proporción acumulada por nivel localidades*, 2008



* Ver Anexo A con la lista completa.

Figura 13. Municipios según número de casos de paludismo, 2008

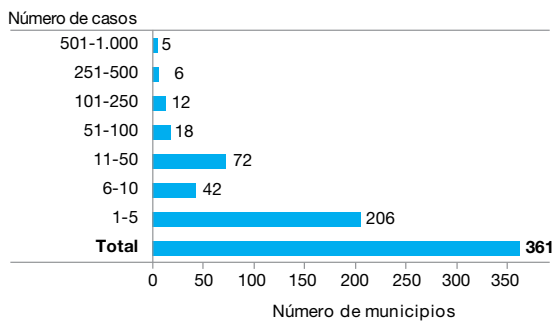


Figura 14. Municipios según número de casos de paludismo por *P. falciparum*, 2008

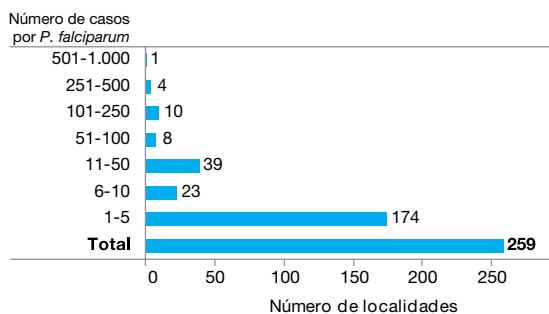


Figura 15. Municipios según número de casos, IPA y porcentaje de paludismo por *P. falciparum*, 2008

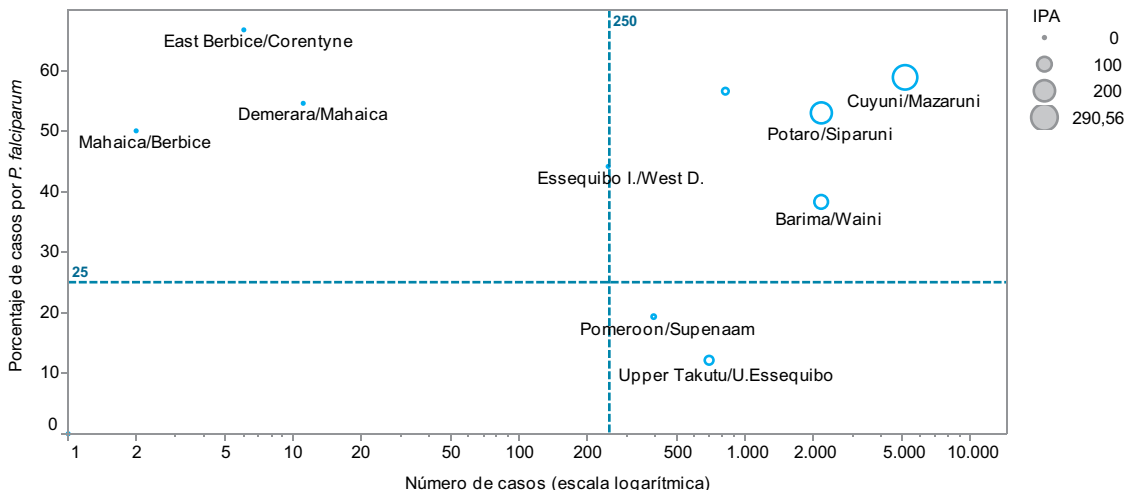


Figura 16. Índice Parasitario Anual (IPA) por municipio, 2008

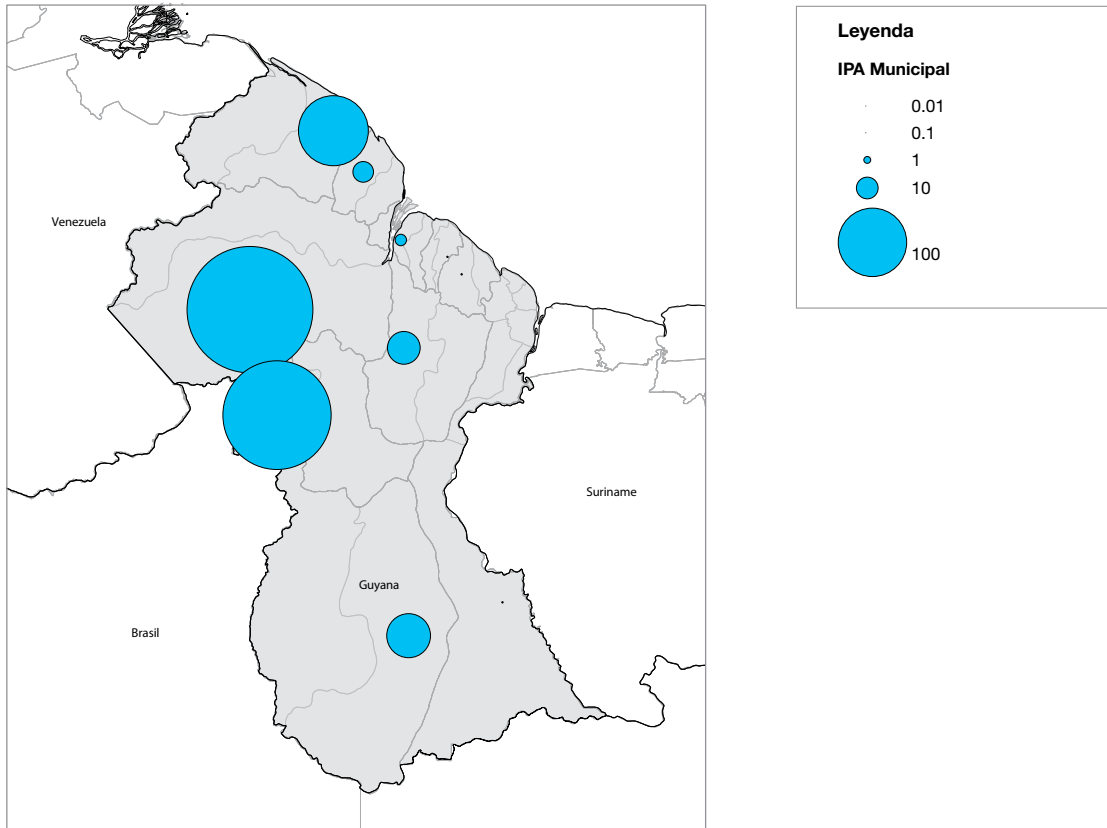
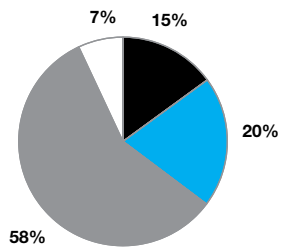


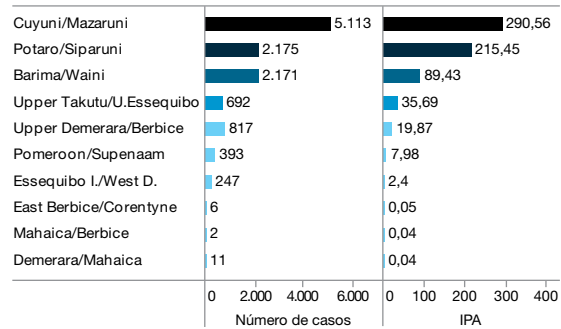
Figura 17. Población según área de riesgo de transmisión, 2008



Población

- Alto riesgo (IPA > 10/1000)
- Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)
- Bajo riesgo (IPA < 1/1000)
- Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)

Figura 18. IPA de paludismo y número de casos por municipio, 2008



IPA (Casos por 1000 habitantes)

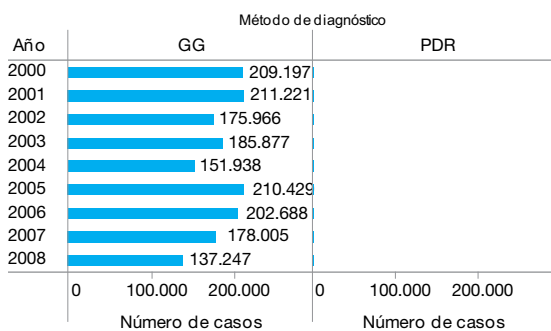
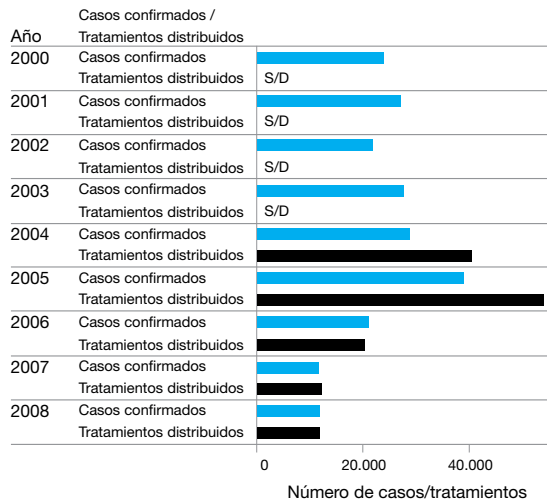


Figura 19. Población según área de riesgo de transmisión de paludismo por año, 2000 a 2008

Año	Alto riesgo (IPA > 10/1000)	Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)	Bajo riesgo (IPA < 1/1000)	Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)
2000	59.000	45.000	511.000	146.000
2001	59.000	45.000	511.000	149.000
2002	63.000	88.000	468.000	145.000
2003	63.000	30.000	556.000	115.000
2004	93.000	45.000	511.000	115.000
2005	112.000	49.000	537.000	52.428
2006	71.000	41.000	586.000	52.428
2007	71.354	41.112	638.757	52.428
2008	112.466	152.314	434.015	52.428

Figura 20. Índice de láminas positivas, 2000 a 2008

Año	Número de láminas examinadas	Número de láminas positivas	Porcentaje de láminas positivas
2000	209.197	24.018	11,48
2001	211.221	27.122	12,84
2002	175.966	21.895	12,44
2003	185.877	27.627	14,86
2004	151.938	28.866	19
2005	210.429	38.984	18,53
2006	202.688	21.064	10,39
2007	178.005	11.657	6,55
2008	137.247	11.815	8,61

Figura 21. Casos examinados según método de diagnóstico, 2000 a 2008**Figura 22. Número de casos confirmados y de tratamientos distribuidos por año, 2000 a 2008**

S/D- Sin Datos Disponibles

Figura 23. Índice de láminas positivas (ILP) por ADM1, 2008

ADM1	Examinadas	Total casos	ILP (%)
Cuyuni/Mazaruni	22.463	5.113	22,76
Potaro/Siparuni	30.427	2.175	7,15
Barima/Waini	22.180	2.171	9,79
Upper Demerara/Berbice	3.113	817	26,24
Upper Takutu/U.Essequibo	31.593	692	2,19
Pomeroon/Supenaam	8.482	393	4,63
Essequibo I./West D.	647	247	38,18
Demerara/Mahaica	19.402	11	0,06
East Berbice/Corentyne	333	6	1,8
Mahaica/Berbice	11	2	18,18

Figura 24. Número de casos diagnosticados en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 25. Número y porcentaje de casos por grupos de edad, 2008

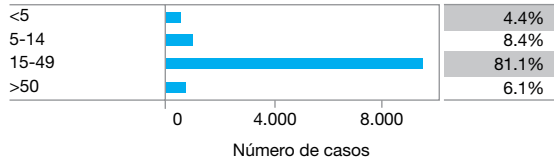


Figura 26. Número y porcentaje de casos por tipo de localidad, 2008



Figura 27. Número y porcentaje de casos en mujeres embarazadas, 2008

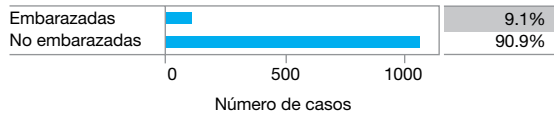


Figura 28. Número y porcentaje de casos en población indígena, 2008

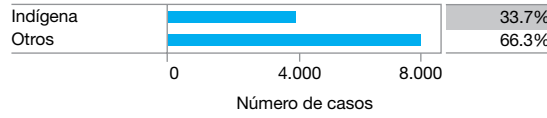


Figura 29. Porcentaje de casos de *P. falciparum* del total de casos, 2000 a 2008

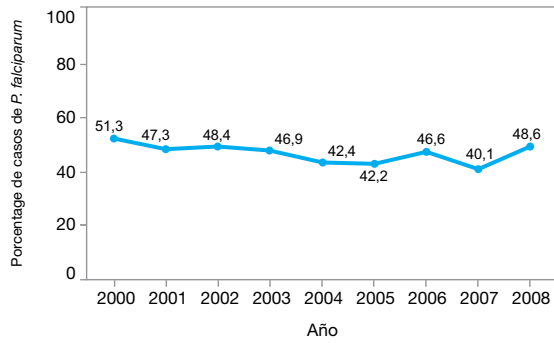


Figura 30. Número de tratamientos de ACT distribuidos por año, 2000 a 2008

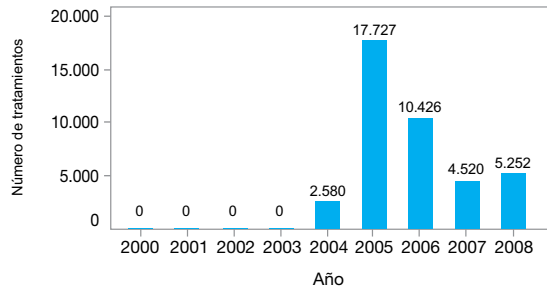


Figura 31. Cobertura de rociado residual intradomiciliario, 2000 a 2008

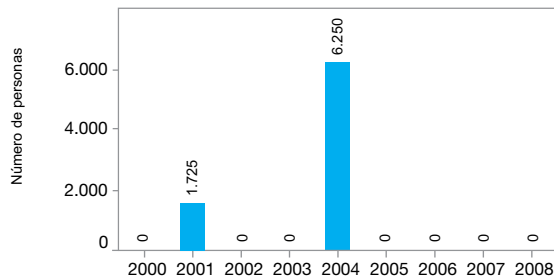


Figura 32. Número de MTILDs distribuidos por año, 2000 a 2008

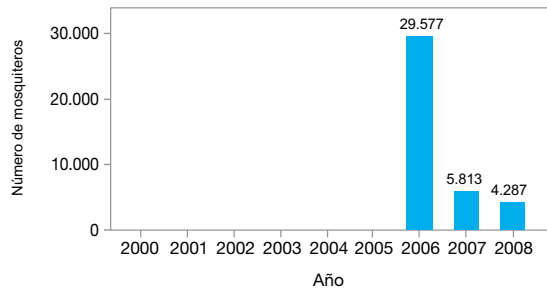


Figura 33. Número de MTIs distribuidos por año, 2000 a 2008

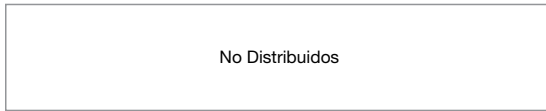
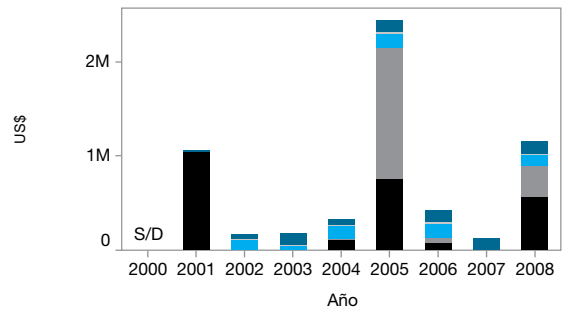


Figura 34. Fuentes de financiamiento por año, 2000 a 2008



Fuente de financiamiento

- USAID
- Otros bilaterales
- Gobierno
- Agencias UN
- Fondo Mundial

S/D - Sin Datos Disponibles