

Correspondencia a:

Eliseu Moreira.¹
Simone de Melo Strelow.¹
Natan Nascimento.¹
Luis Rojas.²
Ramiro Angulo.²

¹ Estudiantes de Medicina de la Universidad Técnica Privada Cosmos. Centro de Investigación Medicina UNITEPC. CIMU Cochabamba – Bolivia

² Asesor, docente de medicina de la Universidad Técnica Privada Cosmos. Medico del Hospital Sebastian Pagador. Cochabamba – Bolivia

lrojas_investigacion@unitepc-mail.com
rangulo_due@unitepc.net

Procedencia y arbitraje:
no comisionado, sometido a arbitraje externo

Recibido para publicación:
15 de junio de 2016

Aceptado para publicación:
02 de agosto de 2016

Citar como:
Re Ci Sa UNI
2016; 1(2):30-35

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA COMUNIDAD DE YURQA RUMI

PREVALENCE OF CHAGAS DISEASE IN THE COMMUNITY OF YURQA RUMI

PREVALÊNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS NA COMUNIDADE DA YURQA RUMI

RESUMEN.

En Bolivia la transmisión vectorial ha sido hasta hace poco la principal forma de infección, tanto en áreas rurales como periurbanas, donde en ciudades como Cochabamba, Tarija, Sucre y otras ciudades intermedias, han existido numerosos y populosos barrios sub-urbanos infestados por *T. infestans*. En el período de 1980 -1985, y con una población aproximada de 5 millones y medio de habitantes, se estimaba que alrededor del 24% de la población total estaba infectada, es decir, alrededor de 1.300.000 personas.

Se estudió 150 personas, con test de inmunocromatografía, 15 pacientes presentaron positivo para detección de la enfermedad. Se integró el diagnóstico en la población en fase asintomática, ya que existe un elevado porcentaje de pacientes portadores de la Enfermedad de Chagas con una prevalencia de 10%, se debería tomar mayor interés en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

Palabra clave: Prevalencia, *Trypanosoma cruzi*, Enfermedad de Chagas.

SUMMARY.

In Bolivia vector transmission has been until recently the main form of infection, both in rural and peri-urban areas, where in cities such as Cochabamba, Tarija, Sucre and other intermediate cities, there have been numerous and populous sub-urban neighborhoods infested by *T. infestans*. In the period of 1980 -1985, and with a population of approximately 5 and a half million inhabitants, it was estimated that around 24% of the total population was infected, that is, around 1,300,000 people.

150 people were studied, with immunochromatography test, 15 patients presented positive for detection of the disease. The diagnosis was integrated into the asymptomatic phase population, since there is a high percentage of patients with Chagas

disease with a prevalence of 10%. Greater interest should be taken in prevention, diagnosis and treatment.

Keyword: Prevalence, Trypanosoma cruzi, Chagas disease.

RESUMO.

Na Bolívia a transmissão do vector tem sido até recentemente a forma principal de transmissão da infecção, tanto em numerosos e populosos bairros sub-urbano rurais e suburbanas, onde em cidades como Cochabamba, Tarija, Sucre e outras cidades intermédios foram infestadas por T. infestans. O período de 1980 a 1985, e com uma população aproximada de 5 milhões e meio de habitantes, estima-se que cerca de 24% da população total estava infectada, ou seja, cerca de 1.300.000 pessoas. Foram estudadas 150 pessoas e, dos 150 exames de imunocromatografia realizados, 15 pacientes (10%) tiveram teste positivo para detecção da doença de Chagas. O diagnóstico da Doença de Chagas foi integrado à população assintomática e nesta área é deprimente, uma vez que há uma alta porcentagem de pacientes com doença de Chagas com uma prevalência de 10% da população na Comunidade.

Palavras-chave: Prevalência, Trypanosoma cruzi, doença de Chagas.

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad de Chagas es una zoonosis parasitaria producida por un protozoo del género Trypanosoma, que constituye uno de los más grandes problemas de salud en el continente americano dentro de las enfermedades infecciosas. En 1909, Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, descubrió un nuevo parásito denominado Trypanosoma cruzi. Describió de manera detallada su ciclo de transmisión (vector-huéspedes) y las manifestaciones clínicas agudas del primer caso humano de la enfermedad, que desde entonces, lleva su nombre. Pocos años después, se caracterizó plenamente la forma clínica principal de esta nueva entidad patológica: la cardiopatía de Chagas o cardiopatía chagásica.^{1,2}

En las últimas décadas se han observado varias tendencias epidemiológicas en la enfermedad de Chagas. No obstante, la enfermedad de Chagas sigue siendo la tercera enfermedad parasitaria más importante en el mundo, tras el paludismo y la esquistosomiasis¹. La disminución general de la prevalencia de personas con infección crónica es consecuencia de diversos factores. Los más importantes se relacionan con el control efectivo de la transmisión por el vector. Un logro considerable en este contexto es el éxito de la iniciativa de los países del Cono Sur, puesta en marcha en 1991 en Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay, mediante la aplicación de una serie de medidas y que se practica en un área en la que se da aproximadamente el 60% de la prevalencia mundial de la infección por Trypanosoma cruzi.^{3,4}

La enfermedad de Chagas representa un serio problema de Salud Pública tanto por

su magnitud, trascendencia, impacto y difícil vulnerabilidad. El área conocida de dispersión del principal vector (*Triatoma infestans*) de la enfermedad de Chagas en Bolivia cubre aproximadamente el 60% del territorio, en zonas geográficas comprendidas entre los 300 a 3.000 m.s.n.m, ocupando casi toda la superficie territorial de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, y parcialmente Cochabamba, Santa Cruz, Potosí y La Paz. Los valles mesotérmicos de Bolivia son reconocidos como el centro de origen de *Triatoma infestans*, especie de triatomino con muy alta competencia como vector del parásito *Trypanosoma cruzi*. Este se habría dispersado a los diferentes países del Cono sur y el sur del Perú transportado mecánicamente por el hombre y sus animales en sus múltiples tareas de intercambio, entre diferentes regiones. Eso hace que la enfermedad de Chagas en Bolivia presente peculiaridades epidemiológicas que distinguen de todos los demás países o regiones en las que *T. infestans* es, o ha sido, la especie responsable por la transmisión domiciliar de la infección del *T. cruzi*, que representa más del 80% de todos los casos en la cadena epidemiológica de la enfermedad. En Bolivia la transmisión vectorial es la principal forma de transmisión de la infección, tanto en áreas rurales como periurbana, donde en ciudades como Cochabamba, Tarija, Sucre y otras ciudades intermedias, han existido numerosos y populosos barrios sub-urbanos infestados por *T. infestans*.

El objetivo del presente estudio es determinar el porcentaje de la prevalencia serológica de la enfermedad Chagas, tomando en cuenta la edad y sexo en la Comunidad Yuraq Rumi (Piedra Blanca).

METODOLOGÍA.

Estudio analítico mediante inmunocromatografía para Chagas en el mes de abril de 2013.

Población en general entre niños, jóvenes y personas mayores, de la comunidad Yuraq Rumi (Piedra Blanca) en Villa pagador. Test inmunocromatografía para Chagas, Lancetas, Hojas de Registro, Certificado y Prueba Serológica ELISA.

RESULTADOS.

Los resultados de los test de tamizaje serológico empleando una prueba rápida como la inmunocromatografía. Los paciente con resultado positivo a la prueba fueron hecho con la toma de muestra de sangre para efectuar el diagnóstico serológico para el procesamiento de pruebas de confirmación diagnóstica de infección chagásica (ELISA convencional cuantitativo) De los 150 test de inmunocromatografía realizado, 15 pacientes (10%) presentaron positivo al test para detección de la enfermedad de Chagas, y que la enfermedad sobresalear más en las mujeres que los hombres, y en la edad entre los 21 a los 40 años. Tabla 1 y 2.

TABLA 1
RESULTADOS DEL TAMIZAJE EFECTUADO
CON INMUNOCROMATOGRAFIA POR EDADES

Tabla 1

Resultados de la Inmunocromatografía Efectuada por Tamizaje a los 150 moradores de la Comunidad Piedra Blanca, Enfermedad de Chagas, Abril de 2013
Faja Etaria, Edad.

Edad	Población Total	Seropositivo	Seronegativo
1 a 10 años	33	0	33
11 a 20 años	36	4	32
21 a 40 años	61	8	53
41 años >	20	3	17
Total	150	15	135
Porcentaje	100%	10%	90%

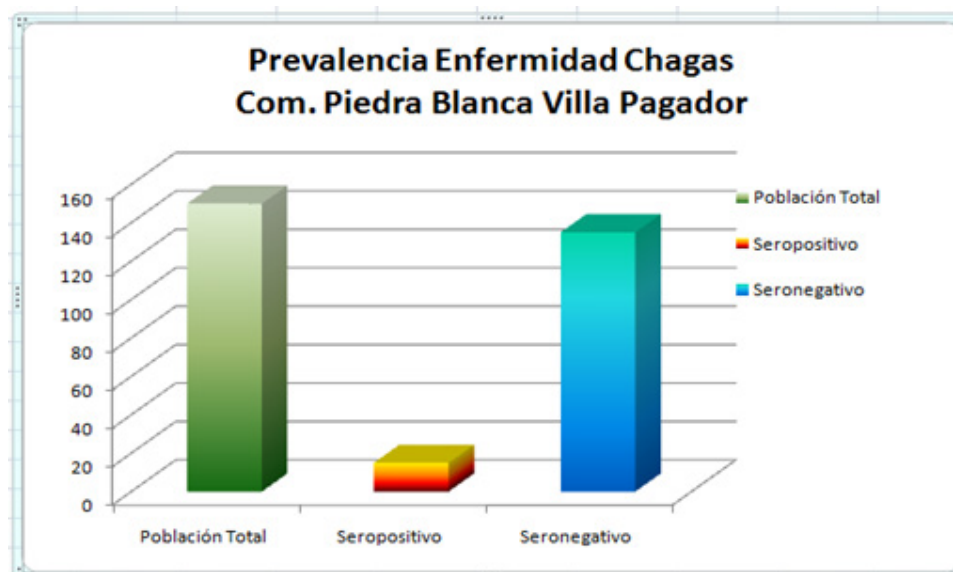
TABLA 2
RESULTADOS DEL TAMIZAJE EFECTUADO
CON CINEMATOGRAFIARA POR SEXO

Tabla 2

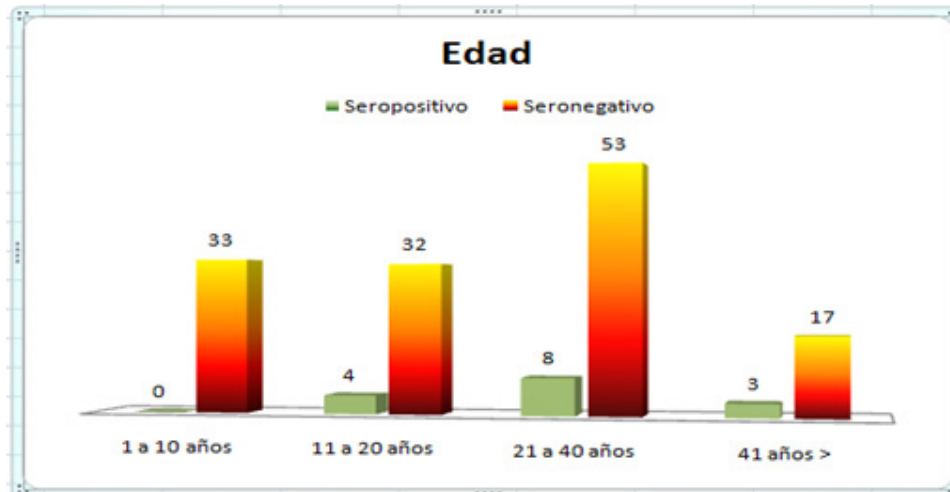
Resultados de la Inmunocromatografía Efectuada por Tamizaje a los 150 moradores de la Comunidad Piedra Blanca, Enfermedad de Chagas, Abril de 2013
Sexo

Sexo	Población Total	Seropositivo	Seronegativo
Masculino	81	6	75
Femenino	69	9	60
Total	150	15	135

GRÁFICA # 1
PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

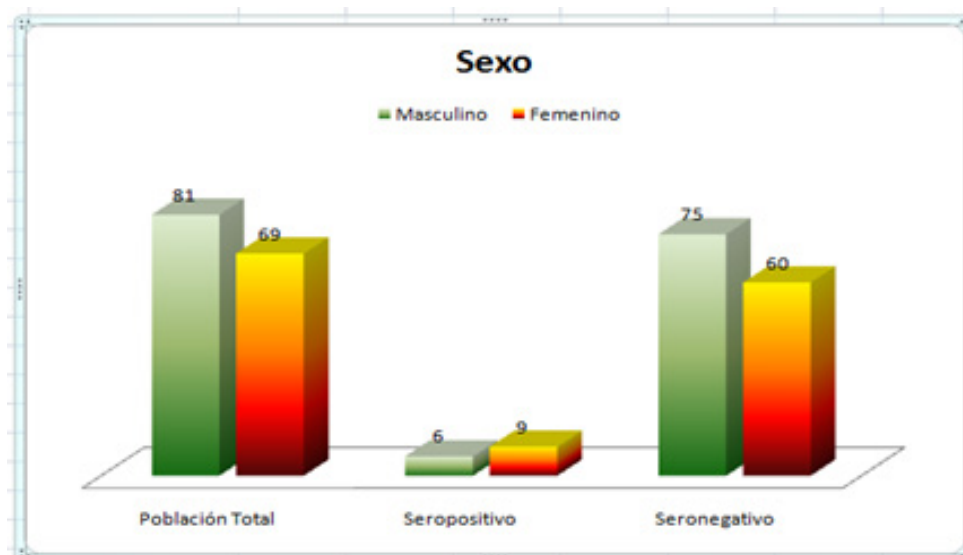


GRÁFICA # 2
EDAD SEGÚN LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD



De los 150 test de inmunocromatografía realizado, prevalencia en 15 pacientes (10%) presentaran positivo y por edad entre los 21 a los 40 años.

GRÁFICA # 3
PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS SEGÚN LA EDAD



De los 150 test de inmunocromatografía realizado la enfermedad sobresale más en las mujeres que los hombres.

DISCUSIÓN.

El presente estudio seroepidemiológico se realizó utilizando la técnica de Inmunocromatografía para detectar anticuerpos anti-T. cruzi. Ha sido reportado ampliamente que esta técnica presenta una especificidad mayor al 98%. Por lo tanto, la probabilidad de

detectar falsos positivos fue menor al 2%.⁴

Concluyendo se pudo constatar que la población en esta zona es deprimente ya que existe un elevado porcentaje de pacientes portadores de la Enfermedad de Chagas con una prevalencia de 10% de la población en la Comunidad.

En estas familias, las condiciones de vida son precarias ya que la difícil situación en las que viven y donde viven como las viviendas que habitan tiene vinchucas, y que también tanto el factor económico y social influyen de sobremanera en las condiciones de vida que tienen.

CONCLUSIÓN.

Según los resultados de los test de inmunocromatografía realizados en esta zona presenta un gran porcentaje de personas portadoras de la enfermedad de Chagas.

No obstante, las autoridades de salud y los especialistas, deberían estar atentos a casos de Chagas, incorporando en sus protocolos de prevención, diagnóstico y tratamiento la posibilidad de nuevos focos de transmisión de esta enfermedad.

El personal del Centro de Salud y/o Puesto de Salud es clave para establecer una relación de confianza mutua entre el equipo de salud, la familia y la comunidad.

AGRADECIMIENTOS.

El presente trabajo fue financiado por el Gobierno de Bolivia y El Centro de Salud Villa Pagador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. GASCÓN J, ALBAJAR P, Cañas E, FLORES M, Gómez i Prat J, HERRERA RN, et al. "Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica". Rev Esp Cardiol. 2007Mar;60(3):285-93.
2. ALTCHER J. "La enfermedad de Chagas a 100 años de su descubrimiento". Arch argent pediatr. 2010 Feb;108(1):4-5.
3. XVIIIa. reunión de la comisión intergubernamental de la iniciativa subregional cono sur de eliminación de triatoma infestans y la interrupción de la transmisión transfusional de la tripanosomiasis americana. Cochabamba, Bolivia, 27-29 de Julio, 2011.
4. CAMARGO ME. "Introdução às técnicas de imunofluorescencia". Rev Bras Patol Clín 1974; 9:57-71.