



ENFERMEDAD DE CHAGAS (CIE 10: B57.0-B57.5; Z22.8; Y P00.2) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-DICIEMBRE, 2014

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014

Índice

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Determinantes Sociales de la Salud \(DSS\)](#)
- [Medidas de manejo y control](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Sospechoso Agudo:

Toda persona con fiebre prolongada (>7 días) y que presente cardiopatía aguda, hepatomegalia, esplenomegalia, signo de Romaña o chagoma de inoculación; o manifestaciones digestivas (diarreas, vómitos y epigastralgia intensa) y que cumpla con uno o más de los siguientes criterios:

1. Haya estado en área endémica de transmisión vectorial en los últimos 6 meses.
2. Que haya sido transfundido o trasplantado.
3. Que haya ingerido alimentos sospechosos de contaminación por *Trypanosoma cruzi*

Caso sospechoso congénito: Recién nacido hijo de madre infectada con *Trypanosoma cruzi*

Caso sospechoso crónico:

Caso sospechoso o portador asintomático con serología positiva para los anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi*

Caso Confirmado:

Caso clínicamente compatible que es confirmado por laboratorio; recién nacido confirmado mediante métodos directos o con dos resultados positivos de PCR en muestras diferentes; donante de sangre serológicamente positivo para *Trypanosoma cruzi*.

MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal y diaria.

Debe ser notificada una vez confirmado el diagnóstico, por el respectivo establecimiento asistencial, enviándose el formulario correspondiente, el mismo día de la confirmación a la autoridad sanitaria competente, desde donde se remitirá al Ministerio de Salud una vez por semana.

CRITERIOS DE LABORATORIO

Directos

- Observación microscópica
- Gota Gruesa
- Microstrout
- Xenodiagnóstico
- Reacción de polimerasa en cadena (PCR)

Indirectos

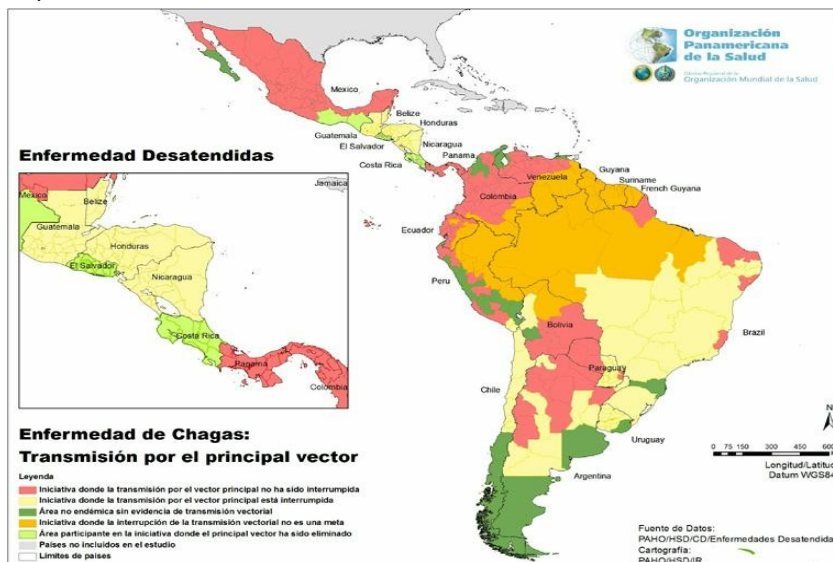
- Hemoaglutinación indirecta (HAI).
- Enzimoimmunoensayo (Elisa).
- Inmunofluorescencia indirecta (IFI).
- Western blot (Inmunotransferencia)

Antecedentes generales

La enfermedad de Chagas es una afección parasitaria, sistémica, crónica, transmitida por vectores y causada por el protozooario *Trypanosoma cruzi*, con una firme vinculación con aspectos socio-económico-culturales deficitarios, y es considerada como una enfermedad desatendida. El principal mecanismo de transmisión es vectorial, por hemípteros de la Subfamilia Triatominae. Otras modalidades de transmisión son transfusional, congénita, trasplantes de órganos u oral.

Está normada por la [Circular para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad de Chagas](#) (Nº B51/17 del 11 de mayo 2011), en la que se agregaron dos nuevos códigos CIE 10 para la notificación: Z22.8 (para donantes de sangre o pacientes asintomáticos) y P00.2 (para infección congénita).

Por otro lado, el año 2011 se inició el "Programa Integrado de Enfermedad de Chagas" en la región de Coquimbo (en la Provincia del Limarí), como una iniciativa piloto para la interrupción de esta enfermedad, y que se ha traducido en la detección de 220% más casos para dicha región respecto al año 2010. situación que probablemente explicaría el aumento de casos notificados desde el año 2011 en adelante, respecto a años anteriores.



Fuente fotografía: OPS/OMS

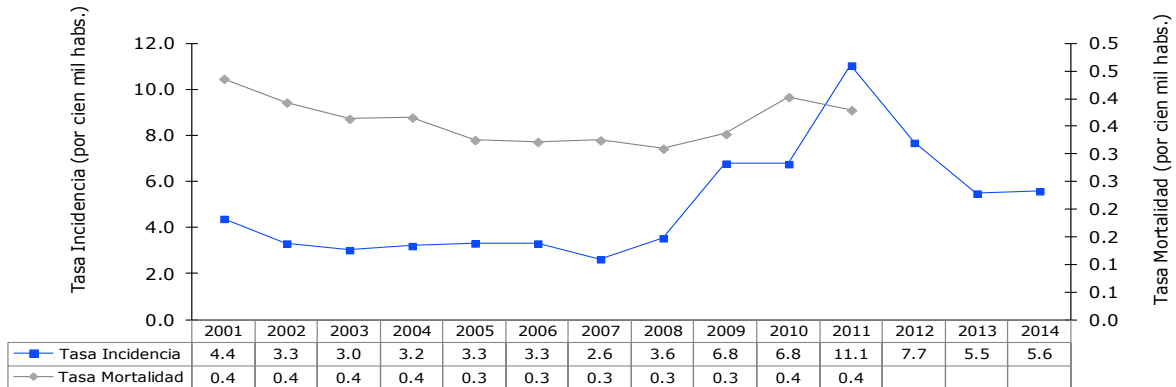
[Volver al Índice](#)

Este es un informe descriptivo de los casos de Enfermedad de Chagas que fueron notificados con los códigos CIE 10 B57.0-B57.5; Z22.8; Y P00.2. Para la preparación de este Informe, se utilizó la base de datos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) del Departamento Estadísticas de Salud (DEIS) y el análisis se realizó en el Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), utilizando la aplicación MS Excel.

Situación Epidemiológica

Entre 1990 y 2008, Chile presentó tasas de incidencia de la Enfermedad de Chagas, cercanas a 3 por cien mil hab. Sin embargo, desde 2009 a 2012, se observó un marcado ascenso, alcanzando un peak el año 2011 con una tasa de 11,1 por cien mil hab.

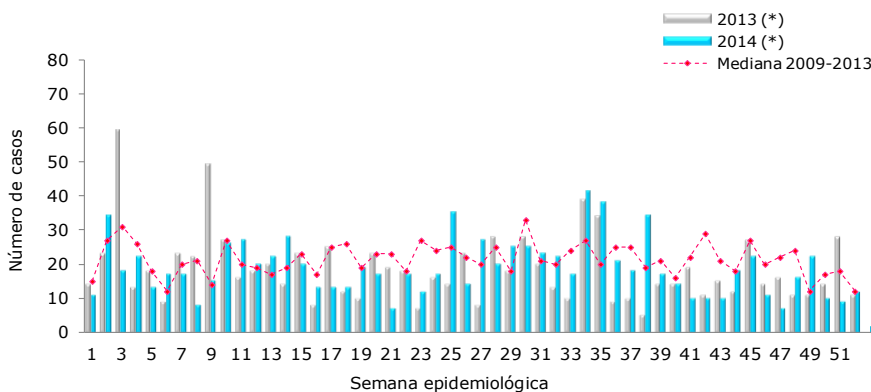
Gráfico 1: Tasas de Incidencia y de Mortalidad por Enfermedad de Chagas. Chile, 2001-2014



2011 último año con datos de mortalidad disponible
 Años 2012-2014 datos provisorios
 Fuente: Base de datos ENO (DEIS) y Dpto. Epidemiología, DIPLAS, MINSAL, Chile.

El ascenso sostenido, se explica por el tamizaje universal de todos los donantes de sangre y la implementación de la nueva circular de vigilancia epidemiológica el año 2011. A diferencia de las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad, se han mantenido estables en los últimos 10 años con cifras entre 0,3 y 0,4 por cien mil hab. (gráfico 1).

Gráfico 2: Casos semanales de Enfermedad de Chagas. Chile, 2013-2014 (*)

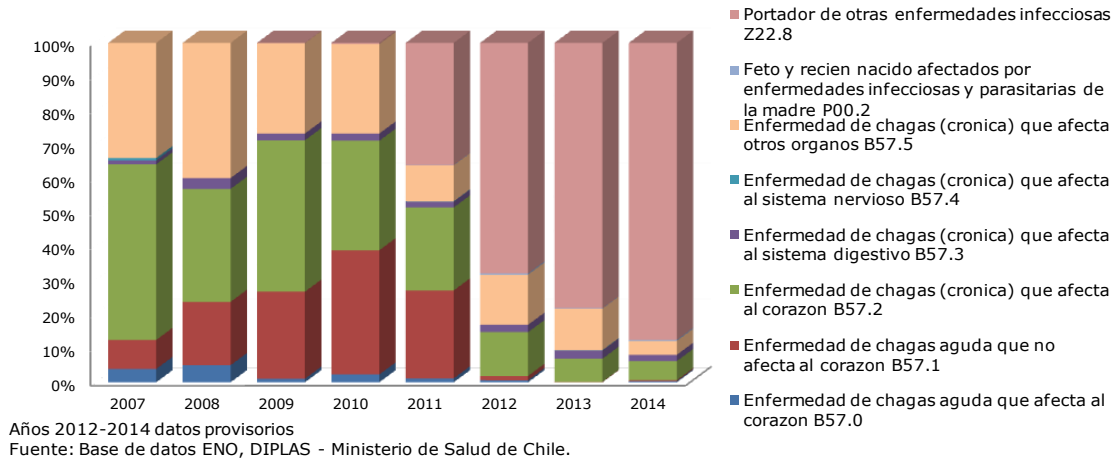


Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 53 de 2014 se notificaron 976 casos, cifra levemente superior a lo observado en igual período del año 2013 (n=962). El total de SE analizadas, en 28 de ellas (53,8%) el número de casos observados, superó lo esperado, de acuerdo a igual período de 2013, y en 16 (30,8%), a la mediana del quinquenio 2009-2013 (gráfico 2).

(*) datos provisorios
 Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.



Gráfico 3: Distribución porcentual anual de casos confirmados de enfermedad de Chagas según diagnóstico. 2007-2014.



Según diagnóstico, desde el año 2011, los portadores asintomáticos (CIE 10:Z22.8) han aumentado su representatividad de manera progresiva para alcanzar en 2014 una concentración de 87,5% del total de casos notificados. Respecto a los otros diagnósticos, se agruparon de la siguiente manera: 11,6% correspondió a los casos crónicos (CIE 10: B57.2, B57.3 y B57.5) y 0,3% a Chagas congénito (CIE 10: P00.2). Hubo 6 notificaciones de casos agudos (CIE 10:B57.0 y B57.1) (gráfico 3).

Por otra parte, la notificación de los casos crónicos de acuerdo al órgano afectado, en 48,7% de los casos fue notificado como afección que afecta al corazón (CIE10:B57.2), seguido por afección que afecta a otros órganos (35,4%; CIE 10:B57.5) y afección al sistema digestivo (15,9%; CIE 10:B57.3).

Figura 1

Tasas incidencia enf. Chagas (& por región de ocurrencia. Chile, SE 1 a 53, año 2014.

Tabla 1

Casos y tasas de incidencia de Enfermedad de Chagas, por región de ocurrencia. Chile, 2013-2014 (*)

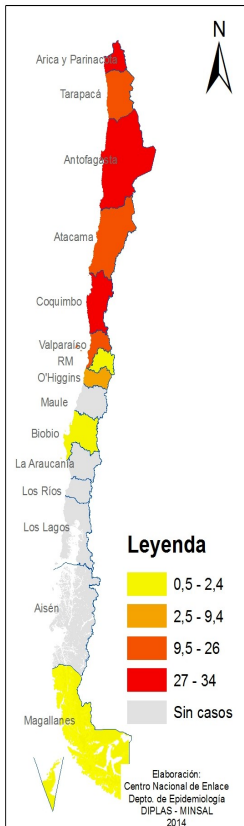
Región	Año 2014 (*)		Mediana de casos acumulada, años 2009-2013	Año 2013 (*)	
	Casos acumulados semanas 1 a 53	Tasa de incidencia (**) acumulada		Total Casos anuales	Tasa de incidencia (**) anual
Arica y Parinacota	53	29.8	74	78	43.4
Tarapacá	38	11.3	44	49	14.6
Antofagasta	174	29.3	134	140	23.5
Atacama	68	23.7	100	77	26.9
Coquimbo	252	33.6	329	135	18.0
Valparaíso	185	10.2	278	284	15.7
Metropolitana	161	2.3	171	149	2.1
O'Higgins	30	3.3	48	25	2.8
Maule	1	0.1	2	4	0.4
Biobío	11	0.5	7	9	0.4
Araucanía	0	0.0	3	3	0.3
Los Ríos	0	0.0	1	2	0.5
Los Lagos	0	0.0	1	6	0.7
Aisén	0	0.0	0	0	0.0
Magallanes	3	1.9	1	1	0.6
Total País	976	5.6	1036	962	5.5

(*) Datos provisorios

(**) por cien mil hab.

Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile. □

La distribución geográfica de esta enfermedad muestra que los riesgos mas altos se encuentran desde la región de Arica-Parinacota hasta la de Valparaíso; mientras que desde la región Metropolitana hacia al sur el riesgo disminuye notablemente, aun por bajo el del país. Las regiones de Coquimbo, de Valparaíso y Metropolitana, concentraron 61,3% del total de casos notificados (figura 1 y tabla 1).



Respecto a la distribución por sexo, las mujeres concentran 60,1% del total de casos, y la media de edad es de 51 años tanto para hombres como para mujeres.

Hasta la SE 53, el Instituto de Salud Pública (ISP) confirmó 3 casos de Enfermedad de Chagas congénito, todos en la región de Valparaíso. En el año 2013 hubo 1 sólo caso de este tipo de transmisión, ocurrido en la región de Antofagasta.

[Volver al Índice](#)

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Si bien Chile es un país sin transmisión vectorial, es importante indicar que la enfermedad de Chagas está asociada a determinantes sociales, económicos, geográficos y habitacionales, debido a que la vinchuca, su vector, habita construcciones en sectores rurales, como pircas y construcciones de adobe, propio de estos sectores de nuestro país. Esta situación se ve agravada por el desconocimiento de las personas del mecanismo de transmisión, sintomatología, períodos de incubación, etc., lo que profundiza la cronicidad de esta zoonosis.

Medidas de Manejo y Control

Las medidas de manejo y control de esta enfermedad, están descritas en la [Circular B51/17 del 11/05/2011](#).

Comentarios y conclusiones

Según indica la Organización Panamericana de la Salud, a comienzos del Siglo XXI, la enfermedad de Chagas ya no posee la misma entidad que en las décadas iniciales del Siglo XX, pero restan desafíos y problemas que sufren los más humildes habitantes rurales y suburbanos de Latinoamérica.

Según los datos reportados por la [Encuesta Nacional de Salud \(ENS\) 2009-2010](#) en población chilena <15 años, la infección por *T. cruzi* afecta a 0,7% de la población, con una prevalencia de 1,5% en zona rural y de 0,6% en zona urbana.

En 1999, en conjunto con el programa OPS/OMS INCOSUR-Chagas, nuestro país alcanzó la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi*, convirtiendo a Chile en el segundo país de la región de las Américas en lograr esta meta, luego de que Uruguay lo hiciera en 1997.

Por otro lado, para avanzar en la eliminación de la enfermedad de Chagas en Chile, a contar del año 1996, se hizo obligatorio el tamizaje de donantes de sangre en las regiones endémicas y, en el año 2008, este procedimiento se extendió a todos los bancos de sangre del país.

En la actualidad, el Ministerio de Salud de Chile sigue trabajando en busca de la eliminación de la enfermedad de Chagas, a través de la Norma General Técnica de Control y Prevención Nacional de la Enfermedad de Chagas para declarar a Chile libre de la transmisión transfusional, mediante un estudio de evaluación de un programa de screening y tratamiento para la enfermedad de Chagas en embarazadas y recién nacidos.

Nota: La información correspondiente a los años 2012 a 2014, podría ser modificada, debido al proceso de revisión y validación de las notificaciones. Por esta razón, la información aquí presentada podría ser diferente, respecto a la previamente informada.

©
Departamento de Epidemiología
<http://epi.minsal.cl>
División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud de Chile

Informe a cargo de: Med. Vet. Fernando Fuenzalida ffuenzalida@minsal.cl
Edición a cargo de: Mat. y MSP Mónica Chiu A. mchiu@minsal.cl

[Volver al Índice](#)