

EDITORIAL

Malaria en tiempos de la COVID-19 en Venezuela: una sindemia incomprendida

Forero-Peña, David ^{1,2,3}, Carrión-Nessi, Fhabían ^{2,4}.



El impacto de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19, por sus siglas en inglés) en el mundo no tiene precedentes, afectando particularmente a los países de ingreso bajo y mediano bajo con sistemas de salud debilitados, inestabilidad económica y política, crisis humanitarias y profundas desigualdades sociales [1-3]. Hasta el 31 de marzo de 2022 se habían reportado 520.304 casos y 5.681 muertes por la COVID-19 en Venezuela, unas de las cifras más bajas reportadas en la región. Sin embargo, estos datos probablemente no reflejan el comportamiento epidemiológico real de la pandemia en el país, donde se estima que el subregistro es entre 5 y 7 veces mayor a lo reportado oficialmente debido sobre todo a la centralización diagnóstica —muestras de todo el país son procesadas por un solo centro— y a la limitada capacidad técnica y de recurso humano disponibles para afrontar tanto los brotes epidémicos como la vigilancia epidemiológica durante toda la pandemia, entre otros factores [4, 5], lo que ha llevado incluso a la recolección de estadísticas «paralelas» por parte del personal de salud [6].

A pesar de estas cifras relativamente bajas de casos y muertes por la COVID-19 en comparación con otros países, Venezuela presenta una mayor carga de otras enfermedades infecciosas, incluidas el virus de inmunodeficiencia humana, la tuberculosis y la malaria [7]. De hecho, Venezuela continúa siendo el epicentro de la malaria en la región, representando el 35,5% de los casos y el 49,6% de las muertes relacionadas con la enfermedad en América en 2020. *Plasmodium vivax* prevalece como el parásito más frecuente en el país (76,9%), seguido de *Plasmodium falciparum* (17,1%) y malaria mixta (*P. vivax/P. falciparum*) (6%) [8]. Según el Informe Mundial sobre la Malaria de 2021 [8], el progreso de la región se ha visto afectado en los últimos años debido al importante aumento de la malaria en Venezuela, la cual tuvo cerca de 35.500 casos en el 2000, llegando a más de 467.000 casos en 2019 (un aumento del 1300%), lo que representó para ese momento más de la mitad de los casos de toda América Latina [9].

1. Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela
2. Instituto de Investigación Biomédica y Vacunas Terapéuticas, Ciudad Bolívar, Venezuela
3. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
4. Escuela de Ciencias de la Salud «Dr. Francisco Battistini Casalta», Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar, Ciudad Bolívar, Venezuela

Local Comercial 3, Avenida Germania con Calle Roraima, Centro Clínico Universitario de Oriente, Ciudad Bolívar, Venezuela.
CP: 8001

E-mail:
vacter.cv@gmail.com

Para citar este artículo/
To reference this article:
Malaria en tiempos de la COVID-19 en Venezuela: una sindemia incomprendida. Acta Cient Estud. 2022;14(4): 78-81 Disponible en: www.actacientificaestudiantil.com.ve/vol-14-num-4-e2/

En el año 2020, los casos de malaria en el país se redujeron en más de la mitad en comparación con 2019, llegando a 232.000, un descenso que probablemente esté relacionado con las restricciones de movilidad durante la pandemia de la COVID-19 y a la escasez de combustible, lo que afectó las actividades de minería ilegal de oro: el principal contribuyente del reciente aumento de la malaria en Venezuela [8]. Estas restricciones también pueden haber afectado el acceso al diagnóstico y a la atención sanitaria, lo que puede haber causado una reducción en el número de casos reportados por los centros de salud. Adicionalmente, en los últimos años se han observado intervenciones de organizaciones no gubernamentales, como el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Fundación Rotaria y Médicos Sin Fronteras, junto con la Organización Panamericana de la Salud, que han realizado importantes esfuerzos por distribuir mosquiteros tratados con insecticida en algunas de las zonas con mayor carga de malaria, además de los incansables esfuerzos de vigilancia y control dirigidos por los trabajadores sanitarios de las comunidades indígenas [10]. No obstante, es necesario un programa nacional de prevención y control de la malaria que funcione.

Las personas que viven en zonas endémicas de malaria y se infectan por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés) pueden tener un mayor riesgo de desarrollar COVID-19 severa o resultados desfavorables de la enfermedad si ignoran su estado de malaria [11]. Un reciente metaanálisis indicó que la mayoría de las coinfecciones por malaria y COVID-19 se han notificado en Nigeria, India y la República Democrática del Congo. En estos países, los pacientes coinfectados por *P. falciparum* y SARS-CoV-2 suelen ser sintomáticos en el momento de la presentación, con parasitemia leve o moderada, trombocitopenia, linfopenia y niveles elevados de bilirrubina [11]. Sin embargo, el conocimiento actual sobre la prevalencia y las características de los pacientes con la coinfección por malaria y COVID-19 sigue siendo limitado, especialmente en América Latina, donde la infección por *P. vivax* es más frecuente que en otras regiones del mundo. Un reporte de caso inédito documentó la coinfección por *P. falciparum* y SARS-CoV-2 en un indígena de 69 años de edad procedente del estado Amazonas, Venezuela [12]. A pesar de ello, aún se desconoce la prevalencia y el impacto real de esta coinfección en el país.

El impacto negativo de la pandemia por la COVID-19 en el control de la malaria se ha descrito en otras regiones endémicas, como África, donde la COVID-19 redujo el acceso a los mosquiteros tratados con insecticida y a los medicamentos antimaláricos [13, 14], afectando los esfuerzos de los proveedores de atención sanitaria por controlar la enfermedad y con el consecuente aumento en su incidencia. Los posibles efectos de la pandemia sobre el control de la malaria y las posibles implicaciones de cualquier interacción clínica entre estas enfermedades pueden representar un importante problema para la salud pública en Venezuela, particularmente cuando la superposición geográfica de estos dos patógenos da como resultado altos niveles de coinfección.

A pesar del escenario de salud mundial generalmente sombrío, están surgiendo varios aspectos positivos de la crisis por la COVID-19. Si bien la malaria (un viejo flagelo) y la COVID-19 (una enfermedad emergente reciente) pueden competir por la atención de la salud pública, las mejores facetas del manejo actual de la COVID-19 aportan lecciones que podrían permitir un control y una eliminación más rápidos de la malaria. Entre las herramientas de intervención utilizadas en la COVID-19 que pueden utilizarse para la malaria se encuentran

el liderazgo político proactivo, la vigilancia mejorada de las enfermedades, el cumplimiento de las estrategias de contención de la enfermedad, la ciencia y la tecnología, la planificación estratégica y táctica para mitigar las enfermedades emergentes, los tableros de enfermedades y tecnología digital, los controles rigurosos en las fronteras internacionales, la contención de las poblaciones móviles nacionales, el empoderamiento de la comunidad, la delineación y eliminación de los puntos críticos de la enfermedad, las pruebas y los tratamientos gratuitos, las asociaciones con la industria, la reasignación de recursos, la autoayuda y la preparación del sistema de atención médica [15].

Las plataformas de vigilancia epidemiológica mejoradas podrían proporcionar pistas que indiquen si la malaria, la COVID-19, e incluso las enfermedades tropicales desatendidas (ETD), son realmente sindemias (epidemias sinérgicas). Sobre la base de la prevalencia de la malaria y las ETD en localidades específicas, los esfuerzos por caracterizar la COVID-19 en los países de ingreso bajo y mediano bajo podrían ampliarse añadiendo pruebas para la malaria y las ETD. Estas modalidades de pruebas adicionales permitirían determinar las tasas de coinfección y comparar la severidad de los resultados según el estado de coinfección; esto mejoraría significativamente la comprensión epidemiológica de la COVID-19 en los países de ingreso bajo y mediano bajo y podría ayudar a mitigar su impacto [16]. Dado que Venezuela es el país con más casos de malaria en América Latina, es necesario establecer un sistema de vigilancia epidemiológica que facilite la detección de esta coinfección durante la pandemia en los estados endémicos del país.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Referencias bibliográficas

1. Karlinsky A, Kobak D. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. *Elife*. 2021;10.
2. The L. COVID-19 in Latin America—emergency and opportunity. *Lancet*. 2021;398(10295):93.
3. Litewka SG, Heitman E. Latin American healthcare systems in times of pandemic. *Dev World Bioeth*. 2020;20(2):69–73.
4. Lampo M, Hernández-Villena JV, Cascante J, Vincenti-González MF, Forero-Peña DA, Segovia MJ, et al. Signatures of the Venezuelan Humanitarian Crisis in the First Wave of COVID-19: Fuel Shortages and Border Migration. *Vaccines*. 2021;9(7):719.
5. Page K, Taraciuk Broner T. Venezuela's health care crisis now poses a global threat. *Foreign Policy*. 2020.
6. Taylor L. The Venezuelan health-care workers secretly collecting COVID stats. *Nature*. 2021;597(7874):20–1.
7. Page KR, Doocy S, Reyna Ganteaume F, Castro JS, Spiegel P, Beyrer C. Venezuela's public health crisis: a regional emergency. *Lancet*. 2019;393(10177):1254–60.
8. World Health O. World malaria report 2021.

- Geneva: World Health Organization; 2021 2021.
9. Organization WH. World malaria report 2020: 20 years of global progress and challenges. 2020.
 10. Gabaldón-Figueira JC, Villegas L, Grillet ME, Lezaun J, Pocaterra L, Bevilacqua M, et al. Malaria in Venezuela: Gabaldón's legacy scattered to the winds. *Lancet Glob Health*. 2021;9(5):e584–e5.
 11. Wilairatana P, Masangkay FR, Kotepui KU, Milanez GJ, Kotepui M. Prevalence and characteristics of malaria among COVID-19 individuals: A systematic review, meta-analysis, and analysis of case reports. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(10):e0009766.
 12. Suarez I, Giner R, de Oliveira D, Yibirin M. Malaria and COVID-19 in an Indigenous Patient, Overlapping of Two Febrile Illnesses. *Journal of Microbiology and Infectious Diseases*. 2022;12(01):27–30.
 13. Teboh-Ewungkem MI, Ngwa GA. COVID-19 in malaria-endemic regions: potential consequences for malaria intervention coverage, morbidity, and mortality. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(1):5–6.
 14. Weiss DJ, Bertozzi-Villa A, Rumisha SF, Amratia P, Arambepola R, Battle KE, et al. Indirect effects of the COVID-19 pandemic on malaria intervention coverage, morbidity, and mortality in Africa: a geospatial modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(1):59–69.
 15. Rahi M, Das P, Sharma A. COVID-19 Mitigation Steps Provide a Blueprint for Malaria Control and Elimination. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;103(1):28–30.
 16. Gutman JR, Lucchi NW, Cantey PT, Steinhardt LC, Samuels AM, Kamb ML, et al. Malaria and Parasitic Neglected Tropical Diseases: Potential Syndemics with COVID-19? *Am J Trop Med Hyg*. 2020;103(2):572–7.