



**La salud
es de todos**

Minsalud

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Lic. Mauricio Javier Vera Soto. FETP, Epid.
Grupo de Enfermedades Endemo Epidemicas
Subdirección de Enfermedades Transmisibles

15 de mayo de 2020



GOBIERNO
DE COLOMBIA



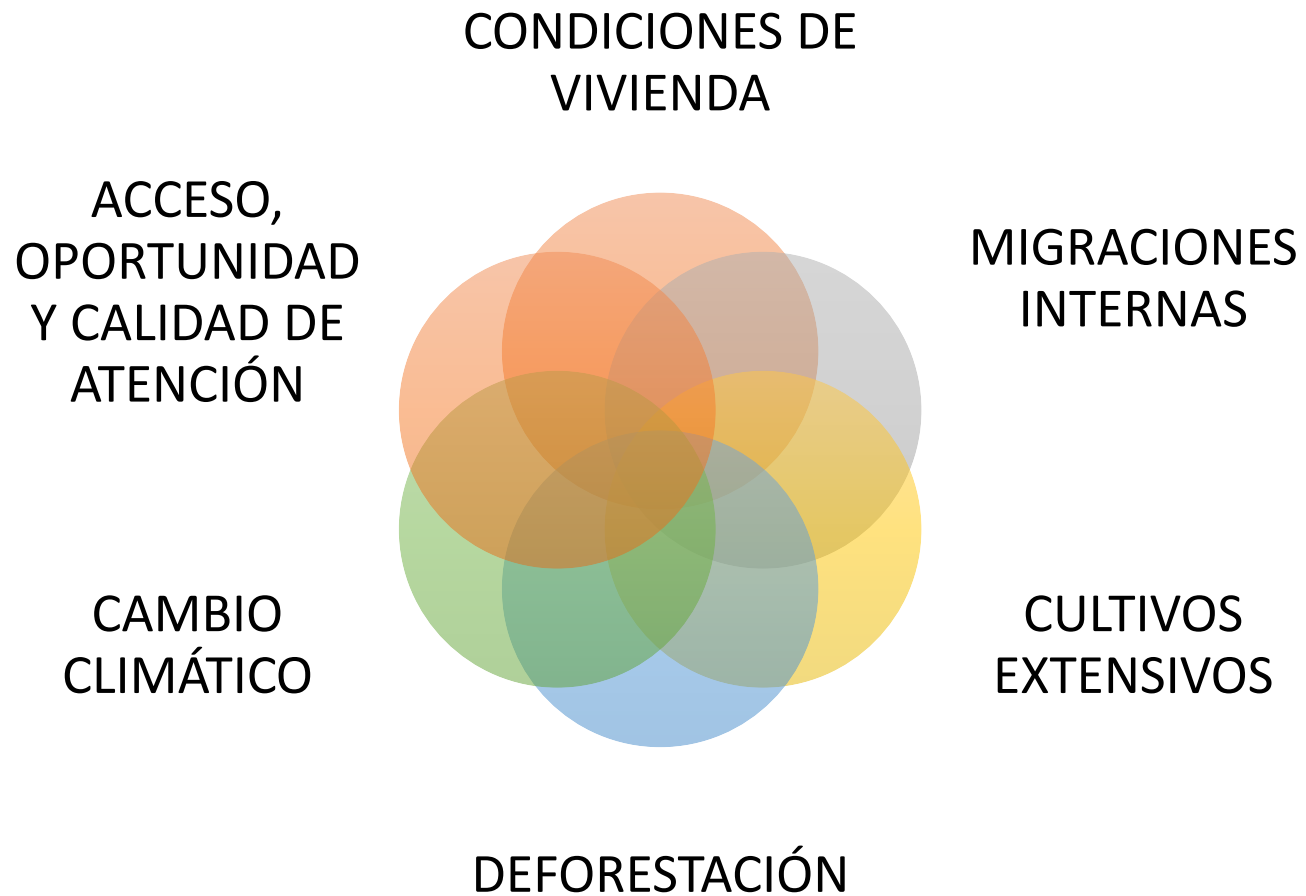
MINSALUD

Tras 110 años de olvido, declaran un día mundial para la enfermedad de Chagas

Los delegados en la Asamblea Mundial de Salud aprobaron este 24 de mayo la creación del Día Mundial de Chagas. Se trata de un paso clave para aumentar el al acceso diagnóstico y el tratamiento de un mal que causa 7.000 muertes anuales.

DE -REDACCIÓN SALUD
24 DE MAYO DE 2019, 20:42

Determinantes de la Enfermedad de Chagas



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Enfermedad de Chagas Vías de Transmisión

- ✓ Vectorial
- ✓ Transfusional
- ✓ Oral
- ✓ Congénita
- ✓ Accidental (Laboratorio)
- ✓ Trasplante

Interrupción en
66 municipios ✓

Tamizaje 100%
unidades de
sangre ✓

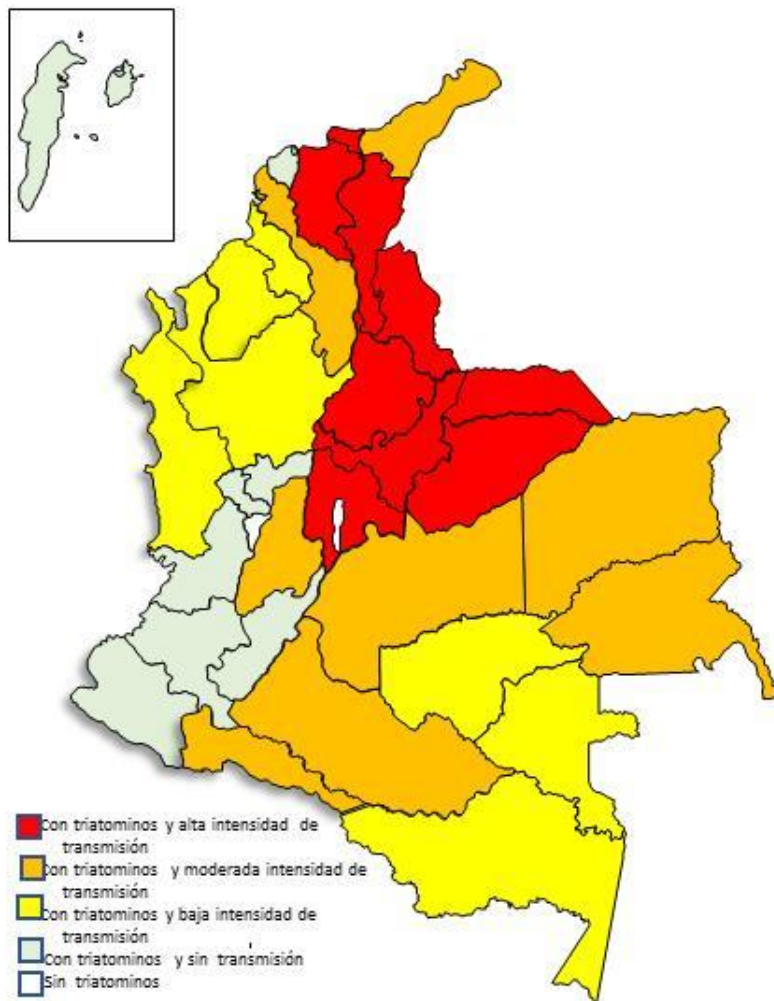
Capacidades
detección e
investigación

Tamizaje de
gestantes

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD
PARA ENFERMEDAD DE CHAGAS
(Piloto reducción de barreras)



**Distribución del riesgo de transmisión para enfermedad de Chagas,
según antecedente de triatomíneos, Colombia, 2019.**



* Altitud menor de 2350 m.s.n.m

596 MUNICIPIOS
CON ANTECEDENTE DE FACTORES DE RIESGO



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

ESTIMACIÓN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN COLOMBIA

- **Población expuesta área endémica:** **4.813.543**
- **Mujeres seropositivas 15 y 44 años:** **116.221**

FUENTE: OMS. 2015.

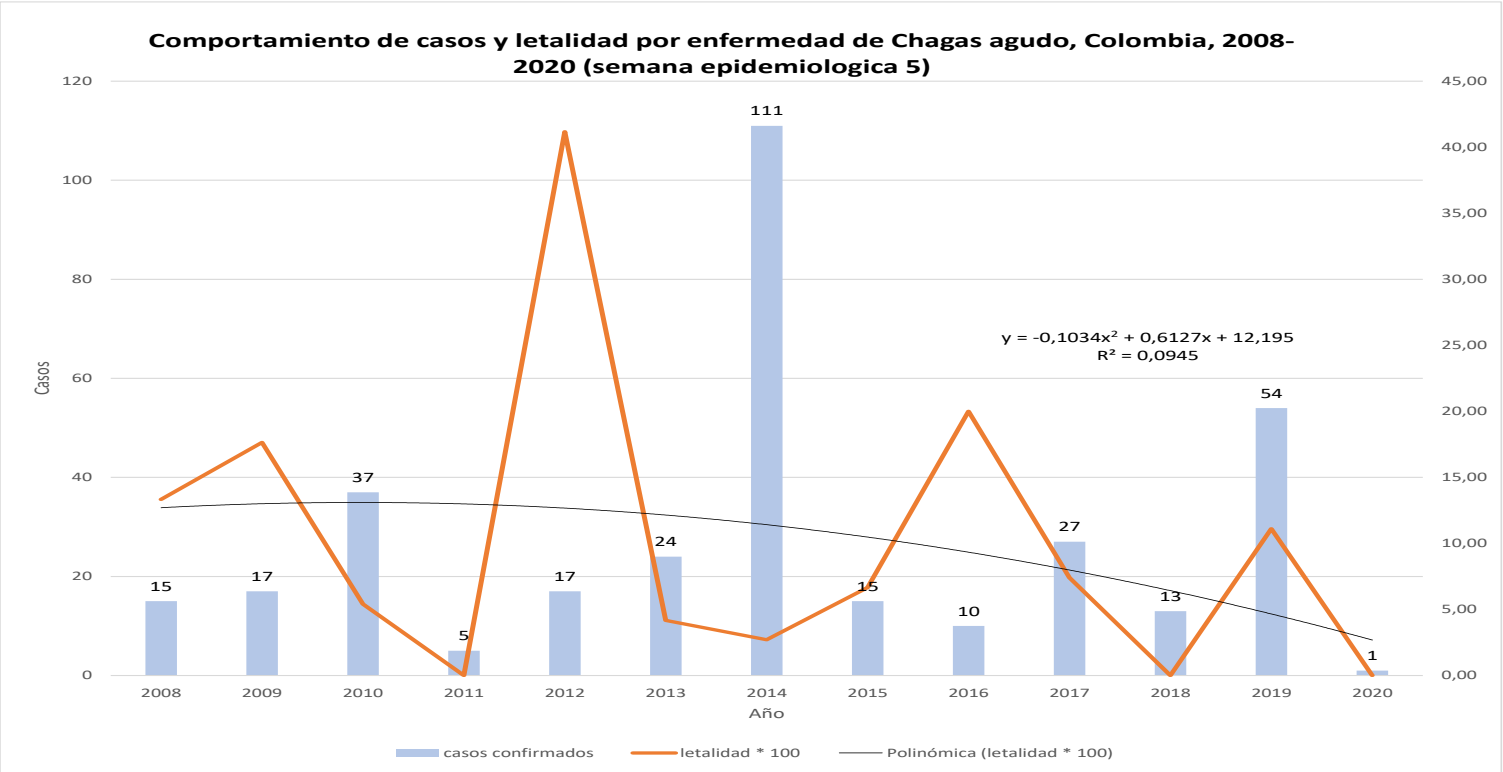


**GOBIERNO
DE COLOMBIA**



MINSALUD

Letalidad



LETALIDAD POR ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDO 2008 -2021				
PERIODO	CASOS CONFIRMADOS	MUERTES	LETALIDAD *100	REDUCCION 2008-2012 %
2008-2012	91	14	15,4	-
2013-2017	187	9	4,8	68.7
2018-2020	68	6	8,8	42.6
2013-2020	255	15	5,9	61.8
Fuente: Sivigila INS				



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

Frecuencia de anticuerpos anti-*Trypanosoma cruzi* en pacientes portadores de marcapasos de la Clínica San Pedro Claver de Bogotá

Guillermo Mora¹, María Clara Echeverry², Gustavo Enrique Rey³, Myriam Consuelo López², Luisa Fernanda Posada³, Fabio Aurelio Rivas⁴

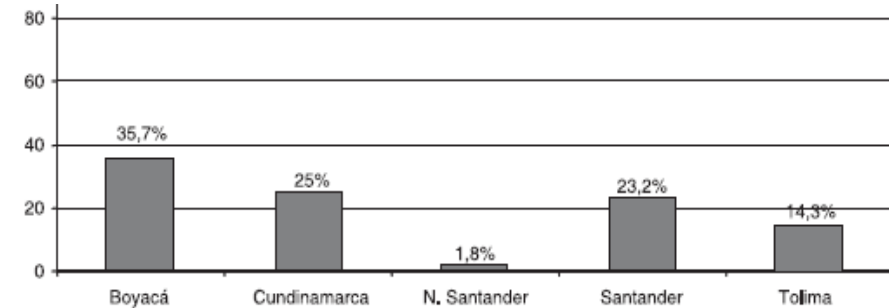


Figura 1. Distribución por departamento de los pacientes procedentes de la región andina. A. Pacientes con marcapasos. B. Pacientes con marcapasos, seropositivos para anticuerpos anti-*Trypanosoma cruzi*.

ESTIMACIÓN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

- **Número de infectados:** 437.960
- **Nuevos casos anuales de transmisión vectorial:** 5.274
- **Casos de Chagas congénito anual:** 1.046
- **Casos de cardiopatía chágasica:** 131.388

FUENTE: OMS. 2015.

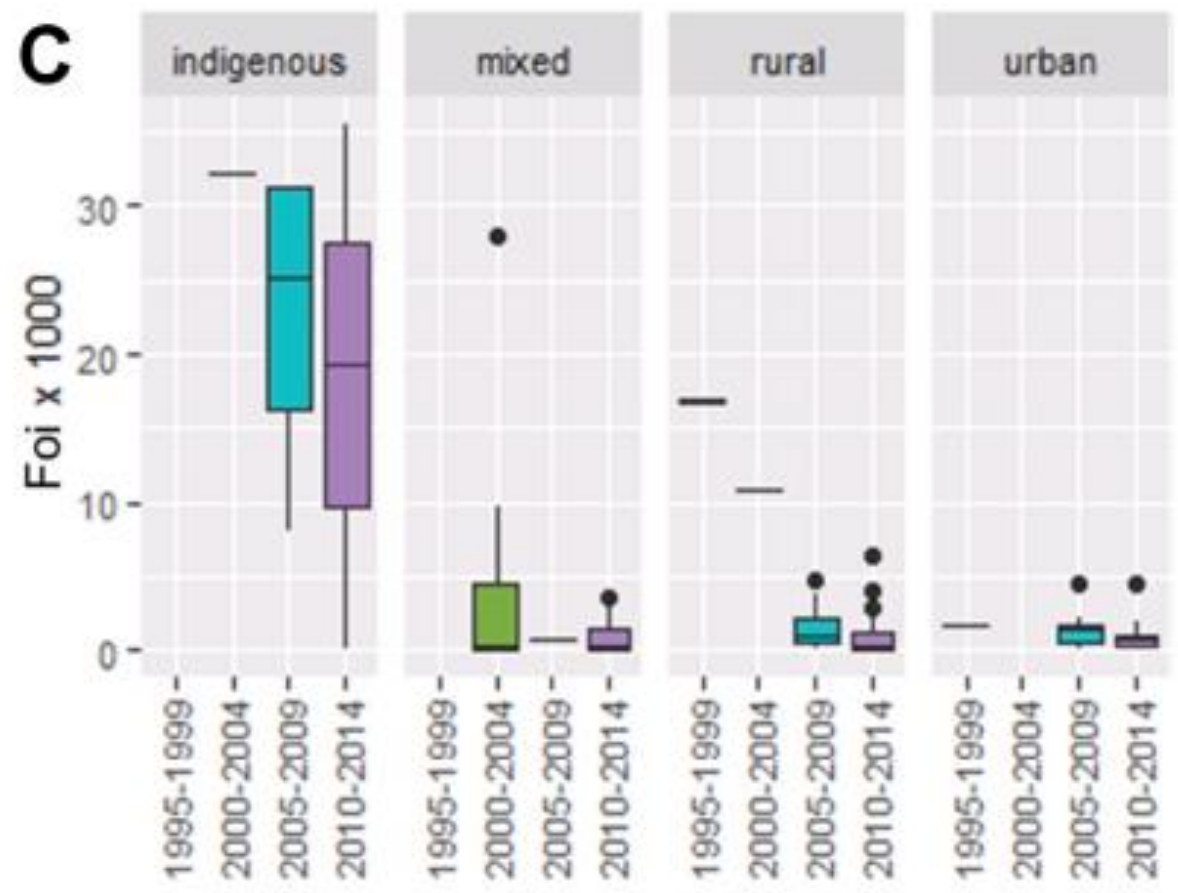


GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Fuerza de Infección



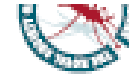
BMJ Global Health

Modelling historical changes in the force-of-infection of Chagas disease to inform control and elimination programmes: application in Colombia

Zulma M Cucunubá,^{1,2,3} Pierre Nouvellet,^{1,4} Lesong Conteh,^{1,4,5} Mauricio Javier Vera,⁶ Victor Manuel Angulo,⁷ Juan Carlos Dib,⁸ Gabriel Jaime Parra -Henao,⁹ María Gloria Basáñez^{1,2}

Carga Psicosocial

Trans R Soc Trop Med Hyg 2019; 00: 1–7
doi:10.1093/trstmh/trz132



Stigma, participation restriction and mental distress in patients affected by leprosy, cutaneous leishmaniasis and Chagas disease: a pilot study in two co-endemic regions of eastern Colombia

Libardo J. Gómez^a, Robin van Wijk^{b,†}, Lena van Selm^{b,†}, Alberto Rivera^a, Martha C. Barbosa^a, Sandra Parisi^a, Wim H. van Brakel^b, Jofren Arevalo^c, William Quintero^c, Mitzi Waltz^{d,e} and Karl Philipp Puchner^{a,f}

Background: Leprosy, cutaneous leishmaniasis (CL) and Chagas disease (CD) are neglected tropical diseases with a high psychosocial burden (PSB). These conditions are endemic in Norte de Santander and Arauca in Colombia, but data on the related PSB are scarce. Therefore, we assessed mental distress, participation restriction and stigma among CD, CL and leprosy patients.

Methods: In 2018, 305 leprosy, CD or CL patients were interviewed using a self-report questionnaire to assess mental distress, participation scale for participation restriction and explanatory model interview catalogue (EMIC) for stigma. Descriptive statistics and the significance of median score differences were compared.

Results: Fifty percent of CD patients and 49% of leprosy patients exhibited mental distress, percentages which were significantly higher than that of CL (26%). Twenty-seven percent of leprosy patients experienced participation restriction, which was lower for CL (6%) and CD (12%). Median EMIC scores were significantly higher for leprosy patients than for CD (27%) and CL (17%) patients.

Conclusions: We found high levels of PSB among leprosy, CD and CL patients. Mental distress was highest among CD patients. Participation restriction and stigma were more prevalent in leprosy patients. Rural residence or lower educational status may impact PSB. Further investigation is needed to formulate evidence-based, holistic interventions.

Enfermedad de Chagas:

- 50% angustia o estrés mental
- 12% restricciones a participación
- 39% percepción de estigma
- 25% alto nivel de carga psicosocial



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Table 2 Differences in demographic data, functional status, echocardiographic parameters, and HRQoL between CHD patients with and without adverse cardiovascular events

Variables	Without adverse event (<i>n</i> = 55)	With adverse event (<i>n</i> = 20)	<i>p</i> value
Follow-up period (months)	61 ± 7	25 ± 14	<0.001
Age, years	47.9 ± 8.0	49.5 ± 8.2	0.461
Male sex, <i>n</i> (%)	35 (64)	11 (55)	0.497
NYHA functional class, <i>n</i> (%)			
I	33 (60)	12 (60)	0.826
II	17 (31)	7 (35)	
III	05 (09)	1 (05)	
Echocardiography			
LVEF, %	44.0 (36.0–60.7)	35.0 (27.0–42.0)	0.002
LVDd, mm	58.8 ± 10.2	64.5 ± 5.7	0.019
E/e' ratio	10.8 ± 3.9	11.0 ± 5.4	0.893
Exercise testing			
VO _{2peak} , mL kg min	29.5 ± 6.8	27.9 ± 7.7	0.808
%HR achieved	80 ± 13	78 ± 11	0.426
HRR, bpm	20 (15–30)	18 (9–33)	0.428
HRQoL domains			
Physical functioning	75 (60–90)	70 (65–80)	0.339
Physical role functioning	62 (34–83)	60 (50–75)	0.965
Bodily pain	62 (51–100)	62 (52–100)	0.480
General health perceptions	56 (47–77)	47 (37–62)	0.047
Vitality	65 (45–75)	63 (50–78)	0.520
Social role functioning	88 (63–100)	63 (50–88)	0.026
Emotional role functioning	100 (33–100)	67 (33–100)	0.527
Mental health	64 (47–84)	68 (48–76)	0.588
HRQoL summaries			
Physical component summary	49 (40–53)	46 (43–53)	0.886
Mental component summary	44 (31–58)	33 (24–41)	0.043

Data presented as mean and standard deviation (mean ± SD), median (MD), and interquartile range (25–75%) or absolute number (percentage)

p values highlighted in bold are statistically significant (*p* < 0.05)

Calidad de Vida

Quality of Life Research
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-1980-7>



The prognostic value of health-related quality of life in patients with Chagas heart disease

Henrique Silveira Costa¹ · Márcia Maria Oliveira Lima² · Pedro Henrique Scheidt Figueiredo² · Ana Thereza Chaves¹ · Maria Carmo Pereira Nunes¹ · Manoel Otávio da Costa Rocha¹

GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Costos



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Infectious Diseases

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijid



INTERNATIONAL
SOCIETY
FOR INFECTIOUS
DISEASES

Economic costs of Chagas disease in Colombia in 2017: A social perspective



Mario J. Olivera^{a,*}, Giancarlo Buitrago^{b,c}

ABSTRACT

Objective: To quantify the costs of Chagas disease in Colombia from a societal perspective in 2017.

Methods: A cost-of-illness analysis was carried out using a prevalence-based approach. Costs attributable to Chagas were estimated from a bottom-up strategy, using population attributable fractions. Indirect costs were calculated using the human capital approach.

Results: The estimated total cost of diagnosed Chagas disease was US \$13.1 million and included \$5.7 million in direct medical costs, \$1.5 million in direct nonmedical costs, and \$5.8 million in indirect costs: absenteeism (\$2.2 million), presenteeism (\$3.1 million), and premature deaths (\$515,228). On average, people diagnosed with Chagas disease incurred \$594 in medical expenses, and more than half of that expense was directly attributable to Chagas. The annual cost to society for a person with chronic Chagas disease was \$4226.

Conclusions: Chagas disease imposes a substantial financial burden on healthcare system and society. Economic cost of illness-related productivity losses is much more significant. Our research suggests that a health policy framework addressing as many of the social determinants of health as possible may be pivotal in containing social costs. Therefore, reducing this burden is not only the responsibility of the health system.

Indirect expenses associated with Chagas disease in Colombia, 2017.

Cost component	Loss of productivity	Total, incurred by people diagnosed with Chagas	
		US\$	%
Absenteeism	83 million days	2 227 904	38
Presenteeism	109 million days	3 138 439	53
Mortality	213 deaths	515 228	9
Total		5 881 571	100

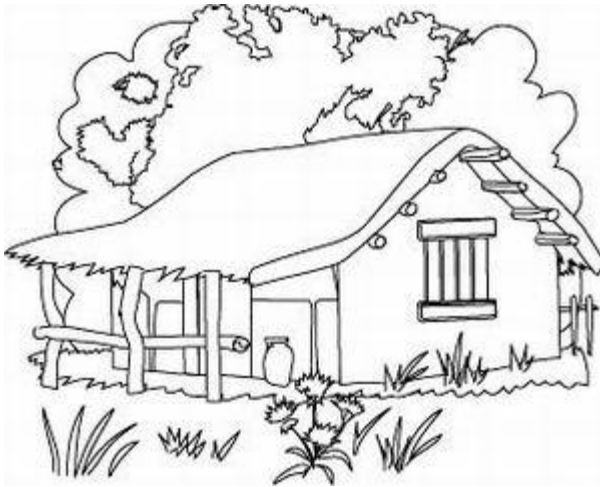


GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Contexto en el marco de la pandemia



- Limitación para investigación de brotes de E Chagas
- Predomina rural y rural dispersa
 - Acceso a servicios de salud colectivos limitados para E Chagas
 - Acceso a servicios de salud individuales limitados
- Riesgo de transmisión vectorial, intra y peridomicilio
- Riesgo de transmisión oral, mayor cantidad de alimentos

<https://images.app.goo.gl/v5kxPJv1doqDrcsC7>



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Contexto en el marco de la pandemia

- Percepción de riesgo para E Chagas vs sobre-información COVID 19
- Suspensión temporal tamizajes para E Chagas
- Personas con manifestaciones cardiopatía de origen chagastico vs riesgo severidad COVID 19?
- E Chagas VS Riesgo psicosocial VS COVID 19



<https://familia.dibujos.net/familia.html>



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Contexto en el marco de la pandemia



- Afectación de la sospecha en posibles casos agudos de E Chagas
- Afectación de oportunidad de tamizaje en gestantes E Chagas
- Afectación en seguimiento a personas en tratamiento E Chagas
- Dificultad de acceso a la atención integral para iniciar tratamiento para E Chagas
- Dificultad para la referencia de casos de E Chagas
- Por aumento de cambio de dólar, aumento del precio de medicamento, insumos de diagnóstico y nacionalización.

<https://sp.depositphotos.com/vector-images/colorear-medico.html?qview=114576884>



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Oportunidades

- Fortalecer el abordaje del síndrome febril que incluya en sus diferenciales la enfermedad de Chagas
- Desarrollo de protocolos de bioseguridad para el desarrollo de atenciones colectivas orientadas al tamizaje, prevención y control de triatomos
- Uso medios de comunicación alternativos
- Uso de telemedicina
- Uso de teleconsulta para seguimiento de casos
- Uso de TIC para la capacitación del talento humano
- Nuevas formas de interacción para la organización social y comunitaria en las acciones de prevención y control de E Chagas.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Conclusión

EL ACCESO, OPORTUNIDAD Y CALIDAD DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN LAS PERSONAS QUE HABITAN EN ZONAS A RIESGO PARA ENFERMEDAD DE CHAGAS, ESTÁN LIMITADAS EN ESTE MOMENTO DE PANDEMIA.....

DEBEMOS ENCONTRAR OPORTUNIDADES.....



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Estamos trabajando.....



Estamos trabajando.....



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

GRACIAS

mvera@minsalud.gov.co



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD