

Actualización Epidemiológica

Aumento de malaria en las Américas

30 de enero de 2018

Resumen de la situación

Después de un descenso sostenido en el número de casos de malaria desde 2005 hasta 2014 en la Región de las Américas, se observó un aumento entre 2015, 2016, y 2017. En 2016, nueve países de la Región (**Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá,** y la República Bolivariana de **Venezuela**) notificaron un aumento de casos de malaria.

En 2017, cinco países notificaron un incremento de casos: **Brasil, Ecuador, México, Nicaragua** y **Venezuela**. Adicionalmente, **Cuba** y **Costa Rica** notificaron casos autóctonos y **Honduras** registró casos de malaria en un área donde no se habían detectado casos recientemente. A continuación se brinda un resumen de la situación de malaria en varios países de la región.

En **Brasil**, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), notificó que se registraron 174.522 casos de malaria entre enero y noviembre de 2017 en la región Amazónica, lo que representa un incremento con respecto al mismo periodo de 2016 cuando se notificaron 117.832 casos de malaria. En 2017, los mismos estados, con excepción de Mato Grosso, presentaron un aumento de casos comparado con 2016 (**Tabla 1**). Los estados que más contribuyeron con casos fueron Amazonas, Pará y Acre. En 2017, de los casos de malaria notificados en la región Amazónica, el 10% (17.411 casos) corresponden a malaria por *P. falciparum* e infecciones mixtas, cifra superior a lo notificado en los mismos periodos de 2015 (14.084) y 2016 (12.366)¹.

Tabla 1. Casos de malaria notificados en la región Amazónica de Brasil, por estado. Enero a noviembre 2016 y 2017

| Estado de notificación | 2016 | 2017 | Diferencia porcentual |
|------------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| Acre | 31.297 | 32.463 | 4% |
| Amazonas | 45.611 | 74.423 | 63% |
| Amapá | 11.348 | 13.931 | 23% |
| Maranhão | 700 | 888 | 27% |
| Mato Grosso | 495 | 476 | -4% |
| Pará | 13.235 | 33.122 | 150% |
| Rondônia | 6.817 | 7.182 | 5% |
| Roraima | 8.307 | 11.966 | 44% |
| Tocantins | 22 | 71 | 223% |
| Total | 117.832 | 174.522 | 48% |

Fuente: Información proporcionada por el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Brasil.

En **Costa Rica**, el Ministerio de Salud^{1,2} notificó un acumulado de 12 casos autóctonos de malaria en 2017, distribuidos en los cantones de San Carlos (6 casos), Matina (3 casos) y Sarapiquí (3 casos). Esto representa un incremento con respecto a 2016 cuando se notificaron 4 casos autóctonos. La detección de casos en estas localidades evidencia el riesgo del re-establecimiento de la transmisión en áreas donde persisten las condiciones ecológicas que la favorecen.

En **Ecuador**³, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52 de 2017 se notificaron 1.279 casos de malaria, de los cuales 72% correspondieron a *P. vivax* y 28% a *P. falciparum*. El número de casos notificados en 2017 es superior a lo notificado en 2016 (926)⁴. Las cuatro provincias con mayor número de casos durante 2017 fueron Morona Santiago (489), seguida de Orellana (240), Pastaza (223), y Esmeraldas (215).

En **Honduras**, el 30 de agosto de 2017 el Centro Nacional de Enlace para el RSI de **Honduras**, notificó los primeros casos autóctonos de malaria por *P. vivax* en la aldea La Charamusca, municipio de Esquías, departamento de Comayagua. Se notificaron 34 casos confirmados con fecha de inicio de síntomas entre las SE 27 y 37 de 2017. En la investigación del brote se reportó la presencia de *Anopheles pseudopunctipennis* como vector que podría estar involucrado en la transmisión. El bajo número de casos registrados en el departamento de Comayagua en los últimos cinco años y la ausencia de transmisión por varios años en la localidad afectada, destaca la importancia de mantener las capacidades de vigilancia y respuesta en áreas donde se ha interrumpido la transmisión.

En **México**, la Secretaría de Salud⁵ notificó 704 casos de malaria desde la SE 1 a la SE 50 de 2017, lo que representa un incremento con respecto a los 514 casos notificados en el mismo periodo de 2016. El incremento se observó especialmente en los estados de Chiapas, Chihuahua y Tabasco, y se destaca la ocurrencia de casos en territorios sin transmisión reciente (San Luis Potosí).

En **Nicaragua**⁶, entre la SE 1 y la SE 52 de 2017, se notificaron 10.846 casos de malaria, lo que representa un aumento con respecto al mismo periodo de 2016 cuando se notificaron 6.209 casos. La mayoría de los casos se han presentado en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte.⁷

¹ Ministerio de Salud de Costa Rica. Declaración de alerta sanitaria por malaria (14 de septiembre de 2017). Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/alertas/alertas-sanitarias/nacionales>

² Ministerio de Salud de Costa Rica. Boletín Epidemiológico No. 01 de 2018 (15 de enero de 2018). Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/boletines>

³ Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Malaria - SE 52 de 2017. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/vvMalaria-SE-52_2017.pdf

⁴ Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Malaria - SE 52 de 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/MALARIA-SE-52.pdf>

⁵ Secretaría de Salud de México. Boletín Epidemiológico No. 51, Semana 51 (1 de enero de 2018). Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/284466/sem51.pdf>

⁶ Ministerio de Salud de Nicaragua. Boletín Epidemiológico Semana No. 52 de 2017. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-Vigilancia-de-la-Salud-P%C3%ABlica/Boletines/Boletines-2017/Bolet%C3%ADn-Epidemiol%C3%B3gico-Semana-No.-52/>

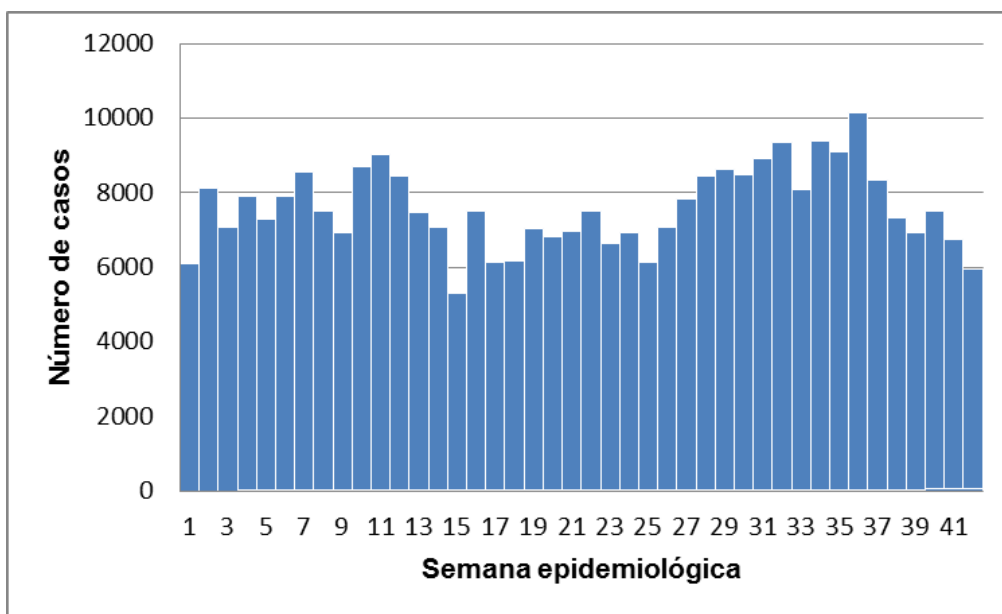
⁷ Ministerio de Salud de Nicaragua. Noticias 2017: Declaran estado de emergencia por malaria en el Caribe Norte (19 de mayo de 2017). Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/component/content/article/106-noticias-2017/3497-declaran-estado-de-emergencia-por-malaria-en-el-caribe-norte>

En **Venezuela**, el 27 de noviembre de 2017 el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (CNE) notificó a la OPS/OMS que entre las SE 1 y 42 de 2017 se notificaron 319.765 casos de malaria (**Figura 1**), lo que representó un aumento con respecto al número de casos acumulados notificados en 2016 (240.613 casos)⁸.

El 77% del total de casos notificados en 2017 fueron debido a *P. vivax*, el 17% debido a *P. falciparum*, 6% por infecciones mixtas y <1% por *P. malariae*.

El número de casos notificados durante 2017 fue muy superior a la media anual registrada en los últimos 29 años (1988-2016)⁹.

Figura 1. Número de casos notificados de malaria según semana epidemiológica. Venezuela. SE 1 – SE 42 de 2017.



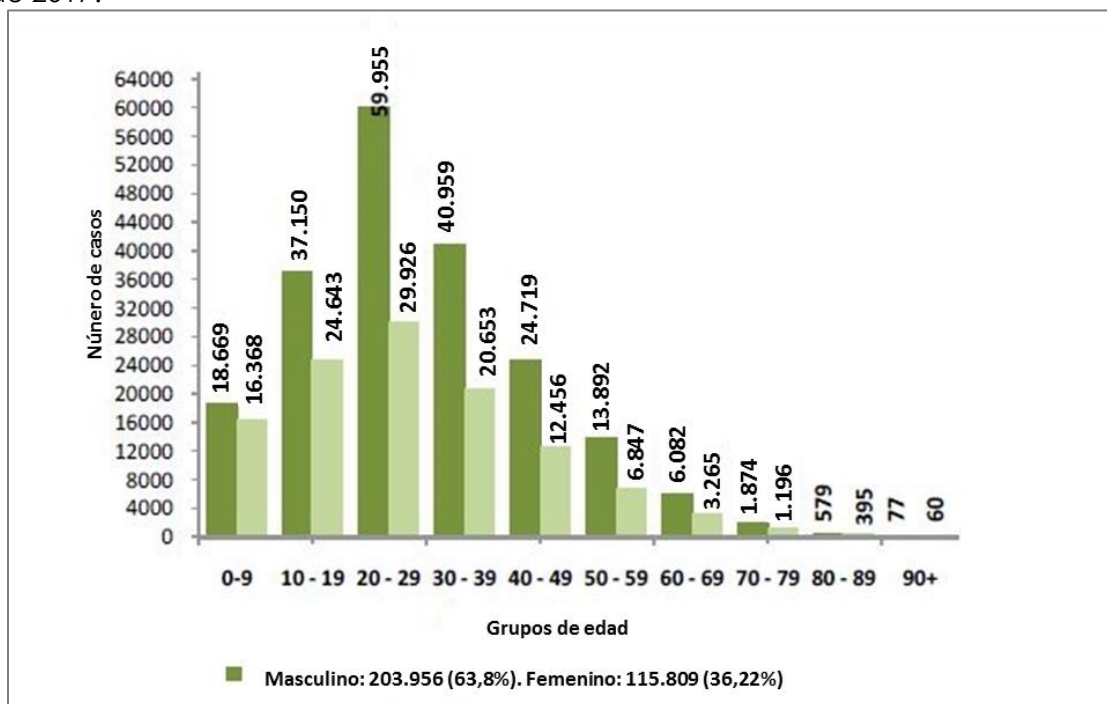
Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Venezuela y reproducidos por la OPS/OMS.

Los tres estados con mayor número de casos confirmados durante 2017 fueron Bolívar (205.215), seguido de Amazonas (52.471) y Sucre (45.622). La mayoría de municipios de estos tres estados están caracterizados como de riesgo muy alto y alto de transmisión de malaria, según el índice parasitario anual (IPA). El riesgo de malaria es muy alto en personas de entre 20 a 39 años en quienes se concentra casi la mitad de todos los casos (47%), lo cual muestra el riesgo de transmisión relacionado con actividades económicas en donde se ha detectado la transmisión. El 64% (203.956) de los casos confirmados pertenece al sexo masculino. En todos los grupos de edad, la notificación fue mayor en el sexo masculino que en el femenino (**Figura 2**).

⁸ World malaria report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259492/1/9789241565523-eng.pdf?ua=1>

⁹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Aumento de casos de malaria, 15 de febrero de 2017, Washington, D.C. OPS/OMS. 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2Kj30p>

Figura 2. Casos de malaria según grupo de edad y sexo. República Bolivariana de Venezuela. SE 1 – 42 de 2017.



Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Venezuela y reproducido por la OPS/OMS

Recomendaciones

Al inicio de 2017 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) había alertado a los Estados Miembros sobre el riesgo de ocurrencia de brotes, aumento de casos y defunciones en áreas endémicas, así como la posible re establecimiento de la enfermedad en áreas en las que se había interrumpido la transmisión. Se enfatizó que los logros alcanzados hacia la eliminación de la enfermedad en la Región podrían verse comprometidos si no se mantenían o fortalecían las acciones de vigilancia y control de la enfermedad.

Si bien los Estados Miembros realizaron esfuerzos en respuesta a dicha alerta, el incremento de casos durante 2017 denota la persistencia de los condicionantes y brechas en la respuesta. Por ello, la OPS/OMS insta a fortalecer las acciones de vigilancia y control de la enfermedad, en especial las medidas relacionadas con la detección temprana de casos, el diagnóstico oportuno y el inicio inmediato del tratamiento. La acción principal para controlar la transmisión de la malaria es reducir las demoras entre el inicio de los síntomas y el tratamiento del caso, así como emprender acciones oportunas de investigación-respuesta¹⁰.

La OPS/OMS recomienda que en las áreas conocidas de transmisión, los servicios de salud intensifiquen la vigilancia y mejoren la cobertura del diagnóstico de casos en las unidades de

¹⁰ La Iniciativa T3 contra el paludismo. Disponible en: http://www.who.int/malaria/areas/test_treat_track/es/

atención. También sugiere que se coloque el diagnóstico y el tratamiento completo con antimaláricos más cerca a las comunidades en riesgo. En áreas endémicas con transmisión activa, el análisis periódico de los datos debe permitir identificar conglomerados de casos y poblaciones en riesgo para dirigir esfuerzos de búsqueda activa y mejorar la oferta de diagnóstico y tratamiento.

En las áreas con baja transmisión, la ocurrencia de nuevos casos debe desencadenar la investigación epidemiológica de cada caso, con el fin de caracterizar su condición de importado, introducido o autóctono. Es indispensable que la investigación se realice a pocos días del diagnóstico de cada caso detectado para orientar una respuesta dirigida a interrumpir o evitar el re-establecimiento de la transmisión. En este contexto, la búsqueda "reactiva", que se refiere a la toma de muestras de sangre en personas relacionadas con el caso diagnosticado, o con el conglomerado de casos, resulta una medida esencial en la respuesta.

La OPS/OMS insta a los Estados Miembros a garantizar la calidad del diagnóstico parasitológico y evitar el desabastecimiento de medicamentos. La gestión de antimaláricos y las políticas de manejo de casos deben contemplar la disponibilidad permanente de medicamentos y entrenamiento del personal para el tratamiento de la malaria (incluyendo los casos graves).

Los países de Centroamérica, la Hispaniola o territorios libres de malaria del Caribe deben considerar el riesgo de importación de casos de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina procedentes de las áreas endémicas en Sudamérica y otros continentes.

Las intervenciones de control vectorial deben complementar a las acciones de detección y tratamiento de casos. El rociado residual intradomiciliar (RRI) y el uso masivo de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MTILD), constituyen las intervenciones claves en el control de vectores de malaria. Se considera que las medidas que afectan principalmente la sobrevivencia de los mosquitos (RRI y MTILD) tienen un mayor impacto en la interrupción de la transmisión que aquellas acciones que buscan reducir la densidad vectorial¹¹, como el control larvario y la aplicación espacial de insecticidas. El control larvario en malaria es eficaz en situaciones donde los criaderos de mosquitos son pocos, permanentes o semipermanentes, son de fácil acceso geográfico y donde la densidad de la población humana es suficiente como para justificar los recursos que son necesarios para esta intervención¹². Las aplicaciones espaciales de insecticidas no son recomendadas actualmente debido a su limitado efecto en el control de la malaria¹³.

El control de la malaria en focos activos y la prevención de la diseminación de la enfermedad, requieren una vigilancia epidemiológica proactiva sobre los factores determinantes y fenómenos sociales que están condicionando la transmisión (movimientos de poblaciones por actividades económicas, emprendimientos agrícolas o áreas de minería). También se requiere la movilización de otros actores en intervenciones adaptadas al contexto de las poblaciones afectadas.

¹¹ WHO Decision making criteria and procedures for judicious use of insecticides. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67365/1/WHO_CDS_WHOPES_2002.5_Rev.1.pdf

¹² WHO 2013. Larval source management: a supplementary measure for malaria vector control: an operational manual. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85379/1/9789241505604_eng.pdf

¹³ WHO 2012. Global Plan for Insecticides resistance management in malaria vectors. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44846/1/9789241564472_eng.pdf

La OPS/OMS urge a los programas nacionales de malaria y a las instancias que en los Ministerios de Salud coordinan la vigilancia, la atención en salud a las comunidades en riesgo y el abordaje de las barreras que a nivel local pueden estar determinando las demoras en la detección, el tratamiento y el seguimiento de casos. La reducción de la carga de la enfermedad y del riesgo de transmisión a nivel nacional dependen del control de la malaria en los focos principales.

La OPS/OMS enfatiza sobre la necesidad de que los Estados Miembros continúen los esfuerzos para lograr las metas del *Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria 2016—2020* relacionadas a la interrupción de la transmisión local, reducción de la incidencia de casos y mortalidad asociada.

Referencias

1. Control de Enfermedades Transmisibles. David L Heymann, MD, Editor. Manual. 20ava edition. Washington, D.C.: 2015, pagina 729.
2. Informe de la situación del paludismo en las Américas, 2014, 2016. Washington, D.C. OPS. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=8110&Itemid=40757&lang=es
3. Informe Mundial de malaria, 2016. Organización Mundial de la Salud 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en ingles únicamente en:
<http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en/>