



Bol et ín Epi demi ol ógi co

Situación epidemiológica de la Malaria en Nicaragua.

Cont eni do:

Situación epidemiológica de la Malaria en Nicaragua.	1
Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica Semana No. 06.	5
Muertes Sujetas a Vigilancia Epidemiológica Semana No. 06.	6
EDA, Muerte por EDA, Cólera. Distribución por SILAIS.	7
Muerte por Cólera, IRA, Muerte por IRA. Distribución por SILAIS.	8
Malaria, Dengue. Distribución por SILAIS.	9
M. Neonatal, M. Materna, Intoxicaciones por Plaguicidas. Distribución por SILAIS	10
Meningitis. Distribución por SILAIS	11
Malaria por Agente causal. Distribución por SILAIS	12

INTRODUCCIÓN

En 1999, la población de la Región de las Américas ascendía a 818 millones de habitantes, de los cuales 299 millones (36,5%) vivían en zonas de condiciones ecológicas propicias para la transmisión de la malaria. De los 35 países y territorios que son miembros de la OPS/OMS, 21 informan tener zonas con transmisión activa de malaria. Todos ellos (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela) han reorientando sus programas de control de acuerdo con los lineamientos de la Estrategia Mundial para el Control de la Malaria (EMCM) adoptada en Amsterdam en 1992.

La Estrategia Global representó un cambio de énfasis, abandonando el enfoque tradicional o de lucha antivectorial para centrarse en el manejo de la ocurrencia de la enfermedad. La EMCM se basa en cuatro principios técnicos: 1) diagnóstico temprano y tratamiento inmediato; 2) aplicación de medidas de protección y prevención para el individuo, la familia y la comunidad, incluida la lucha antivectorial; 3) desarrollo de la capacidad para predecir y contener epidemias desde un principio; 4) fortalecimiento de la capacidad local en investigación básica y aplicada para permitir y promover la evaluación regular de la situación de la malaria de un país, teniendo en cuenta los factores ecológicos, sociales y económicos determinantes de la enfermedad.

Como primer paso en la adopción de la EMCM, los países de las Américas han redefinido sus zonas maláricas sobre la base de distintos niveles de exposición al riesgo de transmisión. El riesgo de exposición, dentro de una zona ecológicamente propicia, está relacionada con factores como los desplazamientos humanos, la estabilidad social, las actitudes y comportamientos individuales y colectivos que previenen la malaria y protegen frente al contacto con vectores. La intensidad de transmisión de la malaria, producto de la interrelación de estos factores, se refleja aproximadamente en el índice parasitario anual (IPA), y puede ser modificada por el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados. Este índice es la variable básica usada para la estratificación epidemiológica de las zonas de malaria endémica.

Boletines Epidemiológicos en Internet:

<http://www.minsa.gob.ni>

Correo:

d-vigepi@minsa.gob.ni

Teléfonos:

(505) 2894312

Telefax:

(505) 2897997

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MALARIA EN NICARAGUA

Hasta la semana No. 6 se han registrado un total de 529 casos de malaria en el país, para un IPA de 1 x 1,000 hab. La reducción observada es del 40% (358 casos menos). Para el año 2004 se registraron un total de 887 casos para un IPA (1.6) mayor al registrado en este periodo.

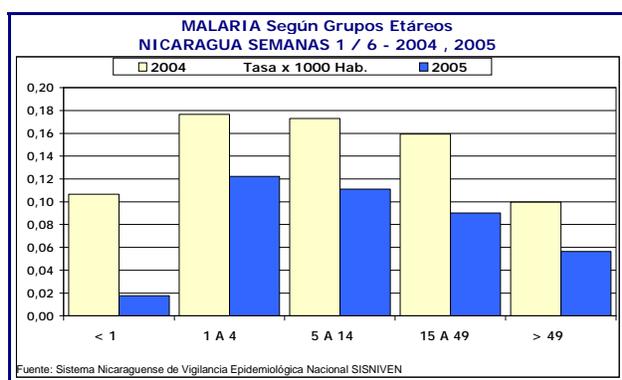
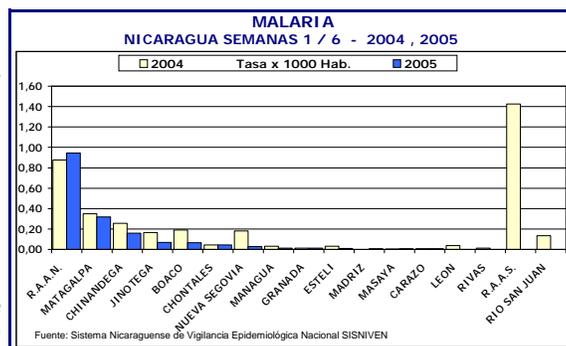
Según distribución de los casos por Plasmodium, el 17% (669) corresponden a Malaria por P. falciparum.

Distribución por SILAIS

Los 3 (18%) SILAIS que registran los IPA más altos en relación al nacional (1 x 1,000 hab.) han sido:

RAAN	(9.4)
Matagalpa	(3.2)
Chinandega	(1.6)

Los SILAIS que han registrado incremento en el número de casos en relación al año 2004, han sido: RAAN (9), Madriz (1) y Masaya (1).



Distribución por grupos de edades

En relación a la distribución de los casos por grupos de edades, observamos que los que registran los IPA más altos son 1 a 4, 5-14 y 15 a 49 años y los menos afectados han sido el menor de un año y los mayores de 49 años.

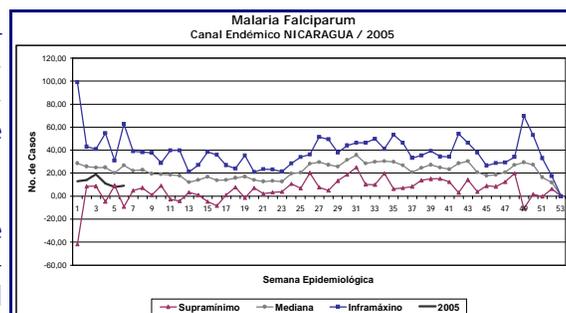
Distribución por Sexo

En relación a la distribución de los casos de malaria por sexo, observamos que el 55% (293 casos) corresponden al sexo masculino.

MALARIA FALCIPARUM

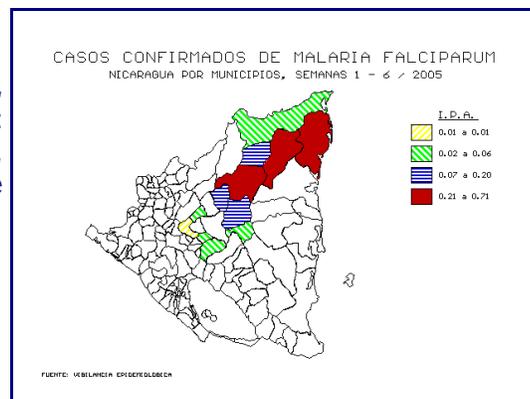
Hasta la semana No. 6 se han registrado un total de 74 casos para un IPA de 0.01 x 1,000 hab. La reducción observada es del 47.5% (67 casos menos). Para el año 2004 se registraron 141 casos para una tasa de 0.03 en el presente periodo.

En el canal endémico la enfermedad se ubica en la zona de seguridad, sin embargo, es importante que el programa continúe realizando acciones de prevención y control tanto del vector como del huésped.



Distribución por Municipios

En relación a los casos de malaria falciparum por municipios, se observa su distribución según IPA de la siguiente manera: Rosita, Siuna, Puerto Cabezas, Río Blanco, Bonanza, Waslala, Muy Muy, Waspan Río Coco, Boaco, Tuma La Dalia, Bocana de Paiwas y Matagalpa.



Malaria Falciparum NICARAGUA SEMANAS 1 / 6 Distribución por Grupos de Edades				
Grupos	Casos		Tasa x 1000 Hab.	
	2004	2005	2004	2005
< 1	1	0	0.01	0.00
1 A 4	11	11	0.02	0.02
5 A 14	44	21	0.03	0.01
15 A 49	75	33	0.03	0.01
> 49	10	9	0.02	0.02
DESC	0	0	-	-
TOTAL	141	74	0.03	0.01

Fuente: Sistema Nicaraguense de Vigilancia Epidemiológica Nacional SISNIVEN

Distribución de la malaria falciparum por SILAIS

El 23.5% (4) de los SILAIS registra casos de Malaria falciparum, siendo éstos: RAAN, Matagalpa, Boaco y Managua.

Distribución por Edades

Los grupos de edades en los que se registran casos de malaria falciparum son: 1 a 4 años, 5-14, 15-49 y mayores de 49 años, todos con IPA igual o menores al registrado a nivel nacional.

MORTALIDAD POR MALARIA

Durante los años 2004 y 2005 hasta este periodo no se registraron defunciones por esta causa.

RECOMENDACIONES

- Garantizar el diagnóstico oportuno y tratamiento completo a los casos positivos de malaria como lo orienta el proyecto "Hacer retroceder la malaria" (Roll Back Malaria) con miras a reducir la morbi-mortalidad por ésta.
- Detección temprana y prevención de brotes.
- Fortalecer y reactivar las visitas y abastecimiento a la red de notificación.
- Realizar estudios antropológicos para el abordaje de la malaria en los grupos étnicos de la Costa Atlántica, para lo cual se deberá coordinar con las universidades locales y otros grupos que atienden o estudian a estas etnias.
- Mapeo de los casos de malaria y relacionar estos con los criaderos de *Anopheles* cercanos que son un factor de riesgo a la población y tomar las medidas correspondientes.
- Tipificación de los criaderos para una correcta utilización y aplicación de los larvicidas biológicos.
- Identificación de las casas maláricas (repetición de casos en una misma casa).

¡Estamos en el
Web,
www.minsa.gob.ni!



Ministerio de Salud
Nicaragua

- Capacitar constantemente al personal de ETV de los SILAIS en los aspectos técnicos y operativos que rigen al programa.
- Fortalecer y/o crear en los SILAIS los recursos técnicos en entomología, así como dotarlos del equipamiento básico.
- Distribución de mosquiteros impregnados en las localidades de alta incidencia de *P. falciparum*.
- Realizar plan de acciones integrales contra el *P. falciparum* en las localidades de alta incidencia de los SILAIS de la RAAN, RAAS, Chontales, Matagalpa, Jinotega y Nueva Segovia. En Chinandega y Río San Juan, consolidar los avances logrados en la reducción de la malaria en estos últimos años, esto con el apoyo del Fondo Mundial.
- Garantizar en tiempo y forma los requerimientos de insecticidas, larvicidas, medicamentos y otros materiales a los SILAIS.
- Incrementar a nivel de SILAIS las supervisiones locales de apoyo y monitoría para garantizar la calidad de las acciones de control que se realizan.
- Continuar las supervisiones por el equipo nacional de ETV para apoyo y monitoría a los SILAIS y municipios, con el fin de fortalecer todos los aspectos técnicos y operacionales del control de los vectores.

Colaboración del equipo de ETV Nacional.

Introducción: Boletín Epidemiológico, OPS/OMS, Vol. 22, No. 1, marzo 2001.