

 <p>DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 1 DE 15

**INFORME DEL EVENTO MALARIA VÍVAX, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO
TRECE , CALDAS , 2014**

Carmenza Osorio Gómez
Epidemióloga de Vigilancia en Salud Pública
 Mauricio Andrés Arias Hernández
 Apoyo Vigilancia Epidemiológica
Subdirección de Salud Pública
Dirección Territorial de Salud de Caldas

1 INTRODUCCIÓN

El paludismo es causado por un parásito denominado *Plasmodium* que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados. En el organismo humano, los parásitos se multiplican en el hígado y después infectan los glóbulos rojos, los síntomas del paludismo son: fiebre, cefaleas y vómito, que generalmente aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito; además de otras complicaciones, si no se trata puede llevar a la muerte del paciente, pues altera el aporte de sangre a órganos vitales. En muchas zonas del mundo los parásitos se han vuelto resistentes a varios antipalúdicos; el tratamiento rápido y eficaz para la malaria son combinaciones de medicamentos basadas en la artemisinina; en cuanto a la prevención es necesario el uso de mosquiteros impregnados de insecticida por parte de las personas en riesgo y la fumigación de los espacios cerrados con insecticidas de acción residual, también es necesario eliminar criaderos de los vectores a fin de controlar su proliferación. (1)

1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial

Según las últimas estimaciones de la OMS, en 2012 se produjeron 207 millones de casos de paludismo (con un margen de incertidumbre que oscila entre 135 millones y 287 millones) que ocasionaron la muerte de unas 627000 personas (con un margen de incertidumbre que oscila entre 473000 y 789000). La tasa de mortalidad por malaria se ha reducido en más de un 45% desde el año 2000 a nivel mundial, y en un 49% en la región de África según la OMS; La mayoría de las muertes se producen entre niños que viven en

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 2 DE 15

África, donde cada minuto muere un niño a causa del paludismo. En África, la tasa de mortalidad por paludismo en niños se ha reducido desde 2000 en un porcentaje estimado del 54%. En 2013 el paludismo estaba presente en 97 países y territorios. (2)

La prevalencia promedio de infección por malaria disminuyó en un 48% en niños en edades entre 2 a 10 años -pasó de 26% a 14% en el 2013-. El número de infecciones repentinas por malaria disminuyó un 26% -pasó de 173 millones a 128 millones en el 2013-. Las tasas de mortalidad por malaria han disminuido en un 47% a nivel mundial y en un 54% en la región africana.

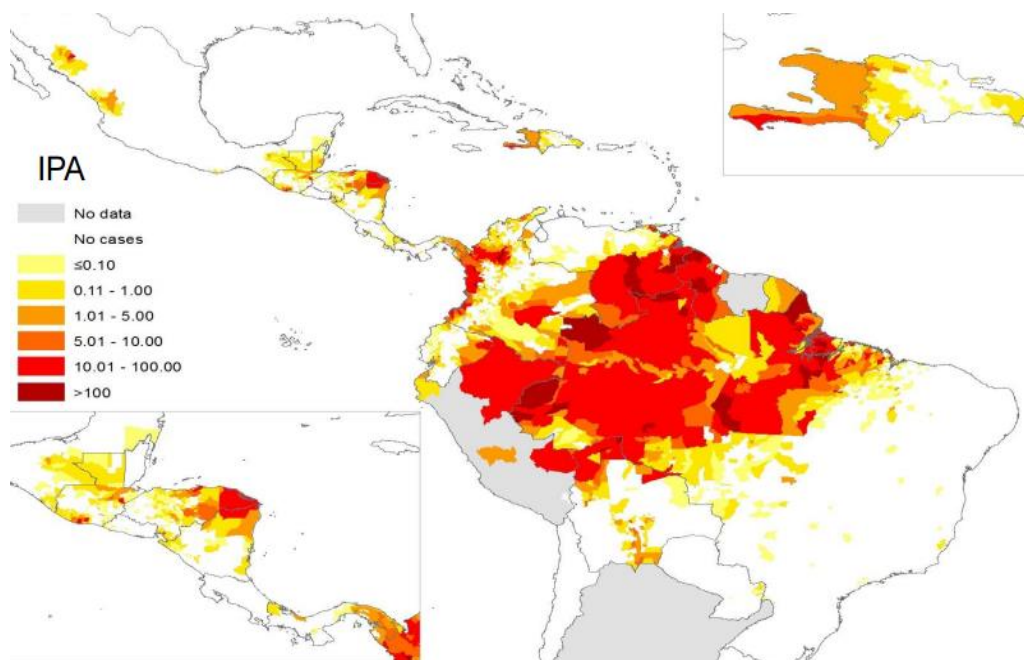
Para el año 2013 la OMS, informa: “Solo US\$2.7 mil millones de los US\$5.1 mil millones que se requieren para alcanzar el control mundial de la malaria y los objetivos de eliminación estuvieron disponibles a través de fondos internacionales y nacionales; 49% de la población en riesgo en la región de África subsahariana tuvo acceso a un mosquitero tratado con insecticida -MTI- en sus viviendas; 44% de la población en riesgo en la región de África subsahariana durmió debajo un MTI, lo que indica que el 90% de las personas utilizó los mosquiteros que estaban disponibles para ellos, 278 millones de los 840 millones de personas en riesgo de contraer malaria en la región de África subsahariana vivieron en hogares sin un solo MTI, el 57% de las mujeres embarazadas recibieron por lo menos una dosis de tratamiento preventivo intermitente contra la malaria -TPIe- y el 17% recibieron tres o más en nueve de los países que presentaron informes. 15 millones de 35 millones de mujeres embarazadas no recibieron ni una sola dosis de TPIe. 197 millones de pacientes alrededor del mundo fueron evaluados para malaria mediante un examen microscópico, al 62% de los casos sospechosos de malaria en la región africana se les realizaron pruebas de diagnóstico en establecimientos de salud pública. El 70% de los pacientes pudo ser tratado con terapias combinadas con artemisinina -TCA- distribuidas a establecimientos de salud pública en África; sin embargo, dado que no se lleva a todos los niños con fiebre para tratamiento, menos del 26% de todos los niños con malaria recibieron una TCA. Ocurrieron 584000 muertes por malaria (rango 367000-755000) alrededor del mundo; 78% de las muertes por malaria ocurrieron en niños menores de 5 años; 528000 muertes por malaria (rango 315000-689000), 90% del total mundial, ocurrieron en África. (3)

Para el año 2015 si se mantiene la tasa anual de disminución de los pasados 13 años, se estima que las tasas de mortalidad por malaria disminuirán en un 55% a nivel mundial y en un 62% en la región africana; Se estima que las tasas de mortalidad por malaria en niños menores de 5 años disminuirán en un 61% a nivel mundial y en un 67% en la región africana. (3)

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 3 DE 15

1.2 Comportamiento del evento en América

MAPA 1. Situación de la Malaria en las Américas, 2011



Fuente: Reporte de los países OPS- 2011

* IPA: Índice Parasitario Anual de Malaria (Número total de casos registrado en un año)

Los 21 países endémicos en la región reportaron 489610 casos de malaria en 2011; que representa un 59% de reducción de casos desde el 2000 (69% P. vivax; 30% P. falciparum; < 1% P. malariae), reportados por Brasil, Colombia, F. Guayana, Guyana, Perú, Suriname, y Venezuela, igualmente los 113 fallecidos reportados en 2011 corresponden al 70% de reducción desde el año 2000. Finalmente hay 27 Estados miembros libres de transmisión de Malaria. (4)

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL		INSTRUMENTO OFICIO
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03		COPIA CONTROLADA PÁGINA 4 DE 15

1.3 Comportamiento del evento en Colombia comparado con Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda

Tabla 1. Tasa de Incidencia de la malaria vívax en Colombia, Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda, por 100,000 habitantes.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Colombia	48,82	101,84	127,00	182,85	103,61	95,07	82,27	42,12
Antioquia	9,07	305,90	442,85	606,23	382,46	374,33	314,28	117,56
Caldas	0,72	0,10	0,51	12,98	7,65	1,53	1,32	0,41
Quindío	10,73	36,24	13,90	15,10	9,95	4,50	1,97	1,78
Risaralda	89,25	50,21	110,80	114,15	49,65	90,50	88,07	52,92

Fuente: Sivigila, INS.

Se observa en el país, como la tasa de incidencia de malaria vívax, ha tenido patrones de ocurrencia fluctuantes, es así como se comporta de forma ascendente desde el año 2007 al año 2009, a partir de este año, se presentó de forma descendente. Esto indica que las acciones adelantadas contra esta ETV, han sido muy satisfactorias en los últimos 4 años en el país, aunque esto es coincidente en los departamentos de Antioquia, Quindío y Risaralda, no ocurre lo mismo en Caldas, esto debido a que en el año 2010 se presentó un brote del evento en el municipio de La Merced, brote que siguió al año siguiente siendo controlado en el año 2011 y eliminado a partir del año 2012.

Tabla 2. Casos confirmados de malaria vívax por departamento de procedencia. Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014

	Entidad territorial de procedencia	Total	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	ANTIOQUIA	7498	37,35	37,35
2	CHOCO	5785	28,82	66,17
3	BOLIVAR	1487	7,41	73,58
4	CORDOBA	1425	7,10	80,68
5	AMAZONAS	1009	5,03	85,70
6	GUAVIARE	813	4,05	89,75
7	RISARALDA	501	2,50	92,25
8	VALLE	367	1,83	94,08
9	GUAINIA	276	1,37	95,45
10	EXTERIOR	248	1,24	96,69
11	VICHADA	149	0,74	97,43
12	NARIÑO	75	0,37	97,80
13	NORTE SANTANDER	73	0,36	98,17
14	META	52	0,26	98,43
15	PUTUMAYO	32	0,16	98,59

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
MACROPROCESO	PROCESO		INSTRUMENTO
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL		OFICIO
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03		COPIA CONTROLADA PÁGINA 5 DE 15

	Entidad territorial de procedencia	Total	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
16	SANTANDER	30	0,15	98,73
17	CAUCA	29	0,14	98,88
18	SUCRE	26	0,13	99,01
19	VAUPES	24	0,12	99,13
20	CARTAGENA	23	0,11	99,24
21	CAQUETA	19	0,09	99,34
22	GUAJIRA	17	0,08	99,42
23	CALDAS	15	0,07	99,50
24	STA MARTA D.E.	15	0,07	99,57
25	BOGOTA	13	0,06	99,64
26	QUINDIO	10	0,05	99,69
27	CASANARE	10	0,05	99,74
28	ATLANTICO	8	0,04	99,78
29	CUNDINAMARCA	8	0,04	99,82
30	MAGDALENA	8	0,04	99,86
31	TOLIMA	7	0,03	99,89
32	BARRANQUILLA	5	0,02	99,92
33	BOYACA	5	0,02	99,94
34	CESAR	5	0,02	99,97
35	ARAUCA	4	0,02	99,99
36	HUILA	2	0,01	100
37	SAN ANDRES	1	0,00	100

Fuente: INS tomado BD a 31 de diciembre de 2014

Los casos de malaria vívax, se concentraron en los departamentos de Antioquia, Chocó, Bolívar, Córdoba, Amazonas y Guaviare que concentran el 89,75% de la notificación de casos a semana 53 de 2014, (Tabla 2). Es importante resaltar que el departamento de Caldas está ubicado en el lugar veintitrés en cuanto a comportamiento de la enfermedad en el país.

CARACTERIZACIÓN DEL EVENTO MALARIA VÍVAX AÑO 2014, DEPARTAMENTO DE CALDAS

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de malaria vívax.

Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad por malaria vívax registrada en el departamento de Caldas.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 6 DE 15

3 MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de malaria vívax, hasta el periodo epidemiológico trece del año 2014.

La fuente utilizada para la recolección de los datos corresponde al Sistema de Información en Salud -Sivigila individual-, de los casos notificados de la enfermedad, para el periodo epidemiológico trece del año 2014 (semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014).

Se tomó la base de datos suministrado por el Sivigila, y se llevó a cabo la depuración para eliminar los registros duplicados, organizando los registros ascendentemente por número de identificación y luego por fecha de notificación, tomando en cuenta, fecha de notificación y de ajuste de casos.

Se realizó el análisis a partir de las variables: semana epidemiológica, edad, sexo, departamento, municipio y área de ocurrencia de los casos, tipo de seguridad social en salud, pertenencia étnica y grupo poblacional, que fueron obtenidos de la fichas de datos básicos. El informe se realizó de acuerdo al nivel de medición, los valores y la codificación establecido en las fichas de notificación.


Los datos se procesaron en el programa Excel y SIG, utilizando frecuencias absolutas y relativas para la generación de un análisis descriptivo retrospectivo de la situación del evento, estimando la magnitud en lugar y persona; estableciendo su tendencia y detectando cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación mediante el análisis comparativo en el tiempo.

4 HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación

Respecto a la notificación de casos al Sivigila se tienen solo dos casos autóctonos de Caldas en Anserma para el año 2014.

Los casos de malaria vívax se concentraron en el municipio de Anserma, en total dos casos para un total del 100% en el año 2014, teniendo en cuenta que Pácora y Manizales no son endémicos para el evento, y no se pudo indagar la procedencia de los casos, ver Tabla 3.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 7 DE 15

4.2 MALARIA VÍVAX

4.2.1 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Tabla 3. Distribución de casos de malaria vívax por municipios de procedencia. Caldas años 2007 a 2014.

MUNICIPIO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Manizales	0	0	0	1	0	0	0	0
Aguadas	0	0	0	0	0	2	0	0
Anserma	0	0	0	0	1	2	10	2
Aránzazu	0	0	0	1	0	0	0	0
Belalcazar	0	0	0	0	1	0	0	0
Chinchiná	0	0	0	0	0	0	0	0
Filadelfia	0	0	0	0	0	0	0	0
La Dorada	0	0	0	0	4	0	1	0
La Merced	0	0	0	107	56	0	0	0
Manzanares	0	0	0	0	0	1	0	1
Marmato	1	0	0	0	0	0	0	0
Marquetalia	0	0	0	0	0	0	0	0
Marulanda	0	0	0	0	0	0	0	0
Neira	0	0	0	1	6	0	0	0
Norcasia	0	0	1	2	2	1	0	0
Pacora	0	0	0	0	0	0	0	1
Palestina	0	0	1	0	0	2	1	0
Pensilvania	0	0	1	0	1	0	0	0
Riosucio	0	1	0	0	0	3	0	0
Risaralda	3	0	0	0	0	2	1	0
Salamina	0	0	0	1	0	1	0	0
Samaná	0	0	0	1	0	0	0	0
San José	0	0	1	0	0	0	0	0
Supia	3	0	1	12	3	0	0	0
Victoria	0	0	0	0	0	0	0	0
Villamaría	0	0	0	1	0	1	0	0
Viterbo	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	7	1	5	127	75	15	13	4
Total procedencia Caldas	3	0	1	119	59	2	0	0

Fuente: Sivigila Caldas 2014, con los ajustes correspondientes a 2 de marzo de 2015

Los municipios en azul son aquellos que tienen el vector, los demás municipios reportan casos, sin embargo estos no tienen el vector, por lo que es posible que los pacientes no informaran, la real procedencia del evento o no respondieran correctamente a la pregunta ¿dónde estuvieron quince días antes del inicio de síntomas?, por esta razón se requiere que en los municipios se indague con mayor insistencia la procedencia de los casos.

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>					
MACROPROCESO		PROCESO		INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA		GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL		OFICIO	
CÓDIGO		VERSION		COPIA	PÁGINA
FO-GA-TD-01-001		03		CONTROLADA	8 DE 15

Tabla 4. Tasa de incidencia de malaria vívax 100.000 habitantes, por municipios de procedencia. Caldas 2007 a 2014

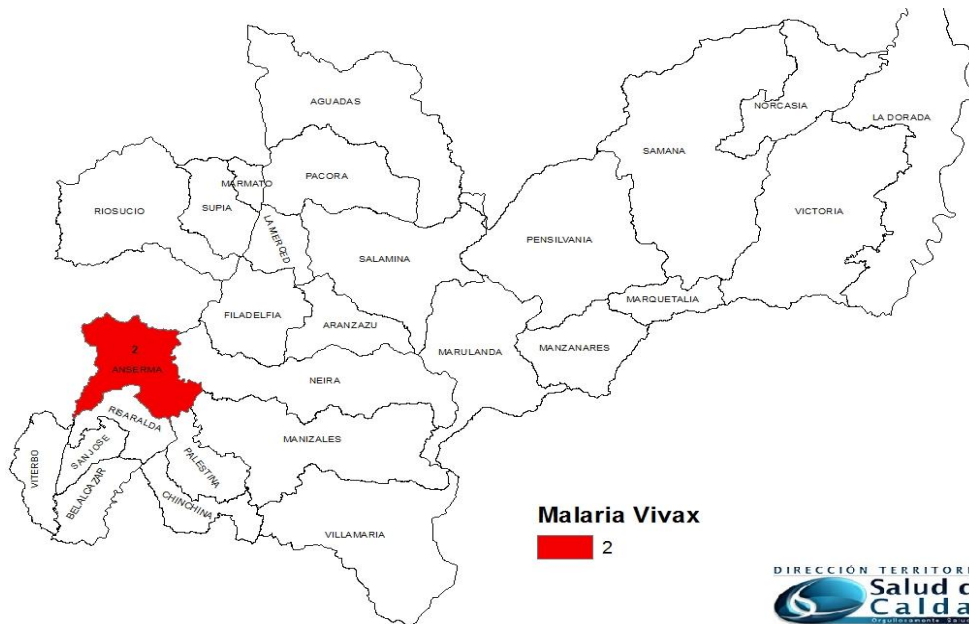
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Manizales	0	0	0	0,26	0	0	0	0
Aguadas	0	0	0	0	0	8,8	0	0
Anserma	0	0	0	0	2,91	5,85	29,37	5,9
Aránzazu	0	0	0	8,26	0	0	0	0
Belalcázar	0	0	0	0	8,88	0	0	0
Chinchiná	0	0	0	0	0	0	0	0
Filadelfia	0	0	0	0	0	0	0	0
La Dorada	0	0	0	0	5,3	0	1,31	0
La Merced	0	0	0	1752,09	937,08	0	0	0
Manzanares	0	0	0	0	0	4,2	0	4,26
Marmato	11,63	0	0	0	0	0	0	0
Marquetalia	0	0	0	0	0	0	0	0
Marulanda	0	0	0	0	0	0	0	0
Neira	0	0	0	3,41	20,28	0	0	0
Norcasia	0	0	14,93	30,12	30,35	15,31	0	0
Pacora	0	0	0	0	0	0	0	8,17
Palestina	0	0	5,57	0	0	11,2	5,61	0
Pensilvania	0	0	3,79	0	3,79	0	0	0
Riosucio	0	1,77	0	0	0	5,06	0	0
Risaralda	28,69	0	0	0	0	20,17	10,2	0
Salamina	0	0	0	5,45	0	5,67	0	0
Samaná	0	0	0	3,89	0	0	0	0
San José	0	0	13,19	0	0	0	0	0
Supia	11,89	0	3,91	46,53	11,55	0	0	0
Victoria	0	0	0	0	0	0	0	0
Villamaria	0	0	0	1,96	0	1,88	0	0
Viterbo	0	0	0	0	7,8	0	0	0
CALDAS	0,72	0,1	0,51	12,98	7,65	1,53	1,32	0,41

Fuente: Sivigila Caldas 2014, con los ajustes correspondientes a 2 de marzo de 2015

La tasa de incidencia más alta de malaria vívax, se presentó en La Merced en los años 2010 y 2011, pero el brote fue controlado en el año 2011 y eliminado en el año 2012, con el esfuerzo de las autoridades municipales y departamentales y acciones correspondientes.

 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 9 DE 15

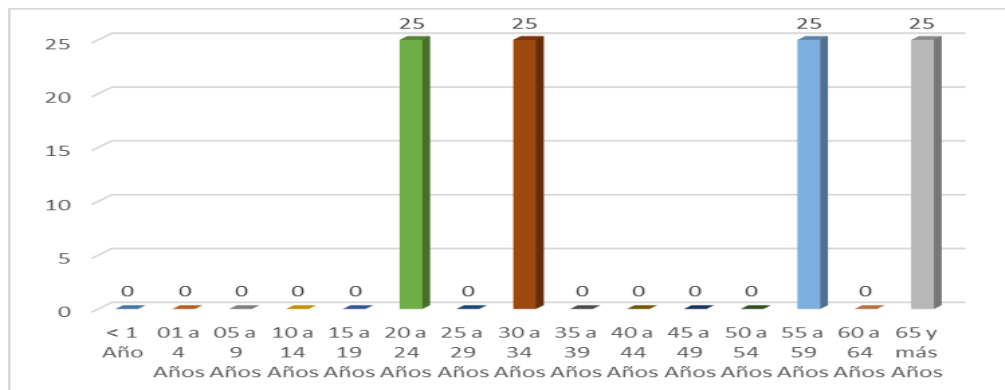
Mapa 2. Distribución de casos de malaria vívax por municipio de procedencia. Caldas, a semana epidemiológica 53 de 2014.



Fuente: Sivigila.

En el mapa se hace visible los dos casos autóctonos reportados en el año 2014.

Figura 1. Distribución de casos de malaria vívax por grupo de edad y municipio de procedencia Caldas, a semana epidemiológica 53 de 2014.

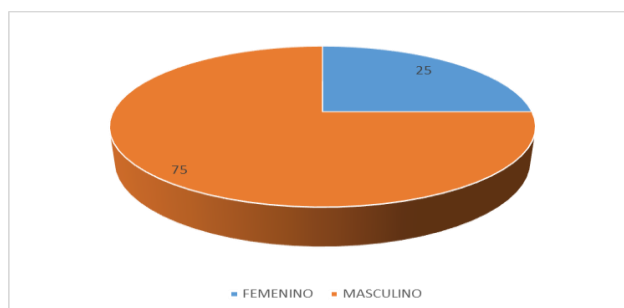


Fuente: Sivigila Caldas

En cuanto a la distribución por edad solo se presentan 4 casos, dos son autóctonos de personas adultas jóvenes.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 10 DE 15

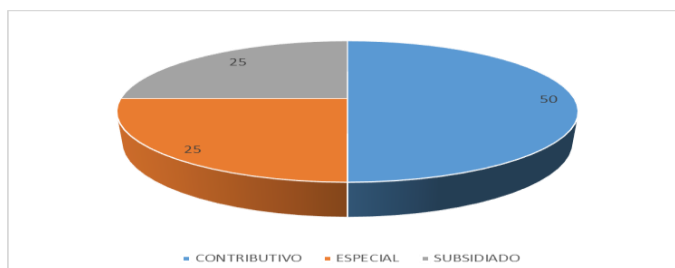
Figura 2. Distribución de casos de malaria vívax por sexo. Caldas, a semana epidemiológica 53 de 2014.



Fuente: Sivigila Caldas

En los casos presentados el 75% de los 4 casos reportados son hombres, además eran agricultores.

Figura 3. Distribución de casos de malaria vívax por sistema general de seguridad social en Salud. Caldas, a semana epidemiológica 53 de 2014.



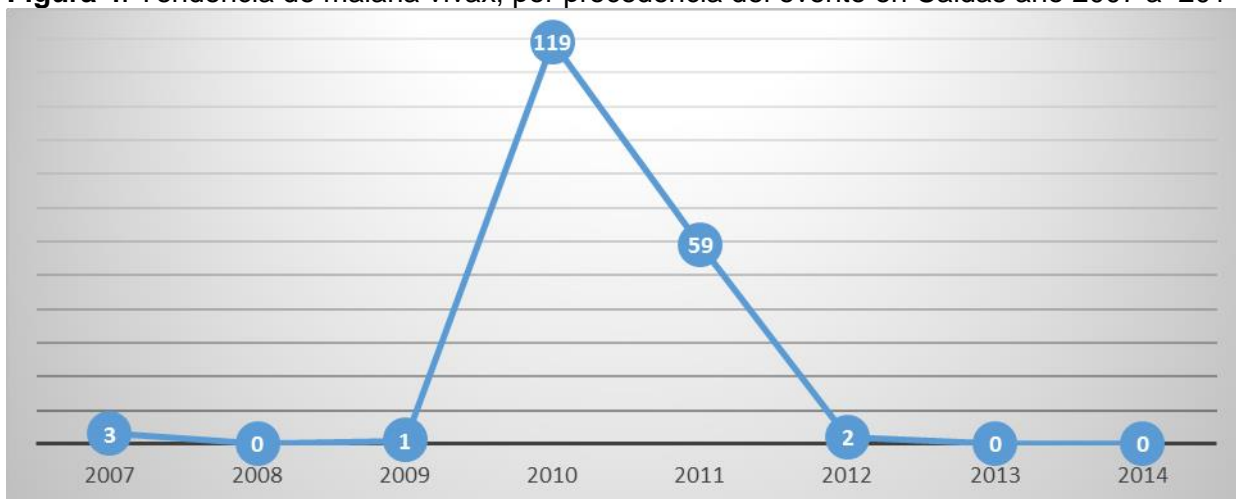
Fuente: Sivigila Caldas

En el análisis de los datos de la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, la mayor proporción corresponde al régimen subsidiado con 50 %, el otros 25% corresponde a casos de régimen contributivo y el 25% restante es de régimen especial, evidenciándose como en otros eventos transmisibles el riesgo de las poblaciones vulnerables a sufrir de enfermedades transmisibles.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 11 DE 15

4.2.2 Tendencia del evento

Figura 4. Tendencia de malaria vívax, por procedencia del evento en Caldas año 2007 a 2014



Fuente: Sivigila Caldas.

Para el año 2010 y 2011 se presentó un brote de malaria vívax en el municipio de La Merced, se iniciaron acciones una vez se identificó el brote, se controló en el año 2011 y se eliminó para el año 2012 a partir de este año La Merced no ha reportado casos autóctonos.

5. DISCUSIÓN

El patrón de ocurrencia de la malaria vívax en Caldas es descendente, con presencia de un número pequeño de casos en algunos años en los municipios de Anserma y Aguadas, casos que se controlaron de forma oportuna con las actividades correspondientes de reordenamiento del medio y de tratamiento oportuno del paciente.

Tal como ocurre con la leishmaniasis, los casos son de procedencia rural y un 50% de los pacientes en el año 2014 pertenecen al régimen subsidiado. Un 75% son hombres dedicados a la agricultura, lo que evidencia que es una enfermedad que afecta a población pobre del área rural, es de resaltar que los dos casos de Manzanares fueron procedentes de Antioquia, hombres que se encontraban haciendo erradicación manual de cultivos ilícitos.

6 CONCLUSIONES

El control que se tiene actualmente de la malaria vívax en Caldas, hace que no se presenten brotes y que en el momento de la presencia de un caso se actúe de una forma oportuna y efectiva para evitar la propagación de la enfermedad.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 12 DE 15

Igual que con las demás enfermedades transmitidas por vectores, la malaria es una enfermedad que afecta a las poblaciones pobres y vulnerables, es una enfermedad del área rural que afecta en su mayoría a hombres agricultores, es necesario mantener su control como hasta ahora, tanto con actividades de reordenamiento a nivel ambiental como el tratamiento oportuno de los pacientes.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica y la notificación de casos se requiere mayor cuidado para notificar la procedencia del caso, se evidencia en la información deficiencias en la entrevista de los casos, por lo que algunos quedaron cargados al departamento siendo autóctonos de otros lugares, se requiere entonces mejorar las entrevistas con los pacientes en las UPGD y garantizar una información fidedigna respecto a la procedencia en el momento de registrarlo en el Sivigila.

7 RECOMENDACIONES

Para el año 2014, se encontró una concordancia mayor al 95% en lo encontrado en Rips y lo notificado, aunque es un buen dato, se requiere seguir trabajando en el sistema de vigilancia de la malaria tanto en la notificación obligatoria y la calidad del dato como en las acciones correspondiente a los casos y sobre todo en los registros de procedencia del caso; a continuación se hacen unas recomendaciones específicas para la prevención de la malaria y otros relacionados:

Tratamiento: Tal como lo recomienda la OMS, el diagnóstico y el tratamiento temprano del paludismo atenúan la enfermedad, evitan la muerte y contribuyen a reducir la transmisión. (WHO – 2012). (2)

Es necesario que para los diferentes tipos de malaria, el personal de salud cumpla con los criterios establecidos por las guías de tratamiento establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia.

La OMS recomienda que antes de administrar el tratamiento se confirme el diagnóstico con métodos parasitológicos (ya sean pruebas de microscopía o de diagnóstico rápido), cuyos resultados pueden obtenerse en escasos minutos. El tratamiento basado únicamente en la sintomatología debe reservarse para aquellos casos en los que no sea posible el diagnóstico parasitológico. Se pueden ver recomendaciones más detallada en *Guidelines for the Treatment of Malaria*. (WHO – 2012). (2)

Es necesario tener en cuenta que la resistencia a los antipalúdicos es un problema recurrente. La aparición de resistencia del Plasmodium falciparum a generaciones anteriores de medicamentos como la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina, se generalizó durante los decenios de 1970 y 1980, socavando los esfuerzos por controlar el paludismo y revirtiendo la tendencia progresiva de la supervivencia infantil, que aunque esta resistencia es frecuente en

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>				
MACROPROCESO	PROCESO		INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL		OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03		COPIA CONTROLADA	PÁGINA 13 DE 15

Europa, es necesario tenerla presente en el momento de tratar a pacientes que no evolucionan en su estado clínico; para la resistencia a la artemisinina, hay un plan mundial de contención (Global Plan for Artemisinin Resistance Containment), puesto en marcha en 2011, en el cual figuran recomendaciones más amplias. (WHO – 2012). (2)

Prevención: La OMS menciona que la lucha antivectorial es el medio principal de reducir la transmisión del paludismo en la comunidad. Se trata de la única intervención que puede reducir la transmisión de niveles muy elevados a niveles cercanos a cero. A nivel individual, la protección personal contra las picaduras de los mosquitos es la primera línea de defensa en la prevención del paludismo; se sugieren formas de control de los vectores que son eficaces en circunstancias muy diversas:

Los mosquiteros tratados con insecticidas: Los mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada son los preferidos en los programas de distribución de salud pública. La OMS recomienda la cobertura de todas las personas en riesgo; y en la mayoría de los lugares, la forma más rentable de conseguirla consiste en suministrar mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada, de modo que todos los residentes en zonas con gran transmisión duerman cada noche bajo esos mosquiteros. (WHO – 2012). (2)

Quimioprofilaxis: En los viajeros, el paludismo se puede prevenir mediante quimioprofilaxis, que suprime la fase hemática de la infección, previniendo así la enfermedad. Además, en embarazadas residentes en zonas donde la transmisión es elevada, la OMS recomienda el tratamiento profiláctico intermitente con sulfadoxina-pirimetamina en cada consulta prenatal programada a partir del primer trimestre. Asimismo, en lactantes residentes en zonas de África donde la transmisión es elevada, se recomienda administrar tres dosis de tratamiento profiláctico intermitente con sulfadoxina-pirimetamina junto con las vacunaciones sistemáticas. En 2012 la OMS recomendó la quimioprofilaxis estacional del paludismo como estrategia preventiva adicional en zonas del Sahel -zona eco climática y biogeográfica de transición entre el desierto del Sáhara en el norte y la sabana sudanesa en el sur-. Esta estrategia consiste en la administración de ciclos mensuales de amodiaquina más sulfadoxina-pirimetamina a todos los menores de 5 años durante la estación con transmisión alta. (WHO – 2012). (2)

Resistencia a los insecticidas: aunque es un tema importante, es un problema que afecta hasta el momento solo a los países de África subsahariana y en la India, donde se combina un alto nivel de transmisión del paludismo con una generalización de la resistencia a los insecticidas; por lo que el desarrollo de nuevos insecticidas alternativos es muy prioritario, sobre todo para utilizarlos en los mosquiteros, y hay varios productos prometedores en fase de desarrollo. Ante la necesidad de detección de resistencia a insecticidas en el país, se emplean estrategias para el manejo de insecticidas en zonas endémicas, además de la vigilancia entomológica. (WHO – 2012). (2)

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 14 DE 15

Vigilancia: En el sistema de vigilancia del paludismo en Caldas se detectan alrededor del 99% del número de casos, esto por la búsqueda activa del evento en rips y en laboratorios clínicos que hacen los profesionales de vigilancia en salud pública en los 27 municipios del departamento. Para el departamento de Caldas se logra un tratamiento del 100% de los pacientes detectados, sin embargo se requiere mayor vigilancia de los casos y la terminación del tratamiento por parte de las EPS y UPGD.

Eliminación: La eliminación del paludismo se define como la interrupción de la transmisión local de la enfermedad por mosquitos en una determinada zona geográfica; es decir, una incidencia nula de casos contraídos localmente. A su vez, la erradicación se define como una incidencia nula en todo el mundo de la infección palúdica por una determinada especie de plasmodio. (WHO- 2014). (2)


De acuerdo con los casos notificados en 2012, 52 países están en camino de reducir sus tasas de incidencia de casos de paludismo en un 75%, de conformidad con las metas fijadas por la Asamblea de la Salud para 2015. La utilización a gran escala de las estrategias recomendadas por la OMS y los instrumentos disponibles, el compromiso firme de los países y los esfuerzos coordinados de todos los asociados permitirá incrementar el número de países que avancen hacia la eliminación del paludismo, especialmente aquellos en los que la transmisión es baja e inestable. (WHO- 2014). (2).

En los últimos años, la directora general de la OMS ha certificado la eliminación del paludismo en cuatro países: Emiratos Árabes Unidos (2007), Marruecos (2010), Turkmenistán (2010) y Armenia (2011). (WHO- 2014). (2).

En Caldas se ha logrado la eliminación del paludismo en La Merced en el año 2012 y en Aguadas en el año 2013, lo que da una voz de tranquilidad frente al tema y un compromiso de los municipios para mantener esa eliminación.

Vacunas contra el paludismo: Actualmente, no hay ninguna vacuna autorizada contra el paludismo u otro parásito humano alguno. La investigación sobre una vacuna contra el paludismo por *P. falciparum*, conocida como RTS,S/AS01, está muy avanzada. En este momento, la vacuna es objeto de evaluación mediante un gran ensayo clínico que se lleva a cabo en siete países africanos. La OMS recomendará su uso en función de los resultados finales obtenidos en los ensayos clínicos. Puede encontrarse más información acerca de otros ensayos clínicos sobre vacunas antipalúdicas en: who.int/vaccine_research/links/Rainbow/en/index.html (WHO – 2012). (2)

Para mayor información de la Malaria en el mundo (OMS), se pueden comunicar al E-mail: mediainquiries@who.int o enlace <http://www.who.int/malaria/publications/es/>

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 15 DE 15

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, Malaria, [actualizada 2014], [consultada el 13 de marzo de 2015], on line: <http://www.who.int/topics/malaria/es/>
2. Organización Mundial de la Salud, Malaria, Nota descriptiva, No 94, [actualizada en marzo del 2013], [consultada el 13 de marzo de 2015], on line: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>
3. Organización Mundial de la Salud, Informe Malaria 2014, No 94, [actualizada en 2015], [consultada el 13 de marzo de 2015], on line: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/wmr-2014-key-points-eng-fr-es.pdf?ua=1
4. Organización Panamericana de la Salud, Malaria en Américas, [actualizada en marzo 19 de 2012], [consultada el 13 de marzo de 2015], on line: <http://www.paho.org> o <http://www.proyectomalariacolombia.co>