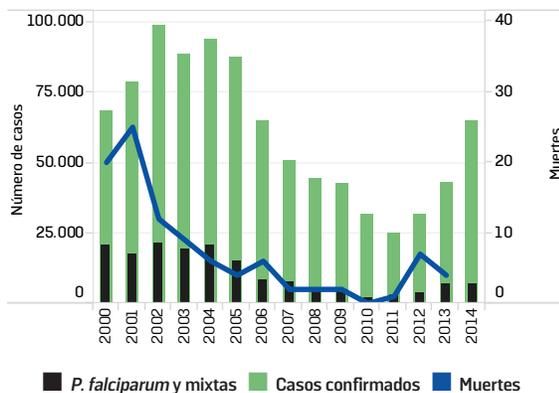


PERÚ

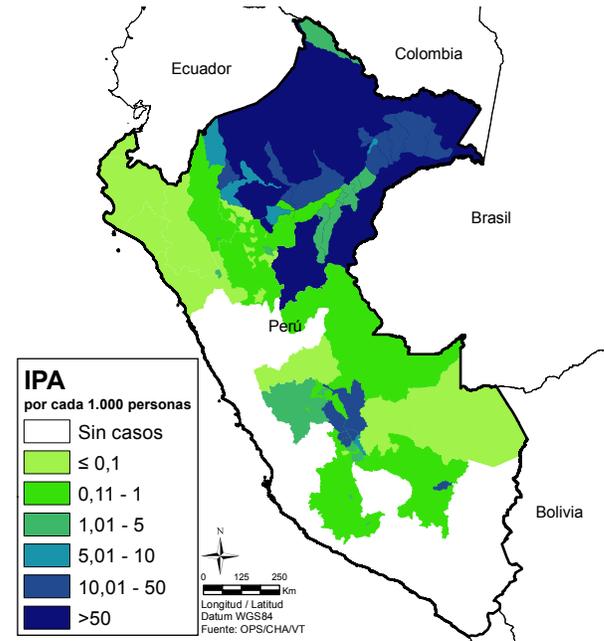
En Perú, la malaria fluctuó durante el período 2000-2014. Perú estaba en buen camino para alcanzar lo establecido en la resolución WHA58.2 con respecto a la meta 6C de los ODM, habiendo disminuido el número de casos en un 63% del 2000 al 2011 (figuras 1 y 2). Sin embargo, la malaria ha aumentado más del doble desde entonces y en el 2014 se notificaron alrededor de 65.000 casos. Los casos aumentaron un 32,7% entre el 2013 y el 2014. Aunque no se notificaron muertes oficialmente, el boletín epidemiológico informa que se notificaron cuatro muertes en el 2014, lo cual representa una disminución del 80% respecto de las 20 muertes notificadas en el 2000.

Figura 2. Número de casos y muertes por malaria en Perú, 2000-2014



La selva amazónica tiene la incidencia más alta del país, especialmente en el departamento de Loreto, donde se notificaron un 93,6% de los casos confirmados en el 2014 (figura 3). El vector más común en la zona ama-

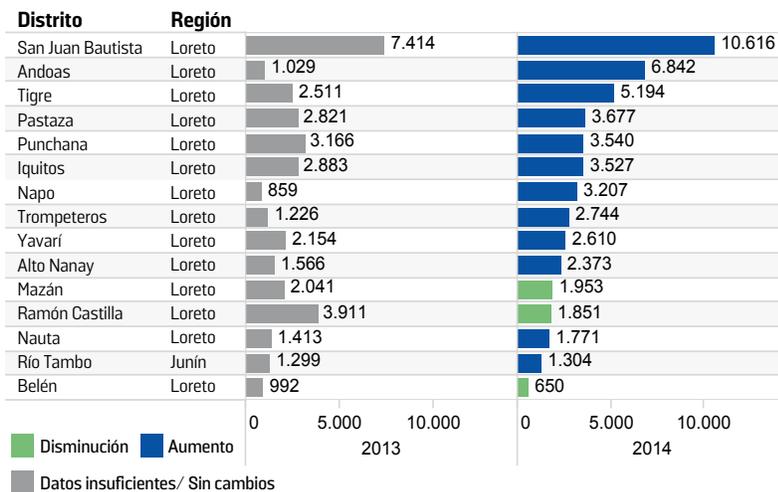
Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de región y distrito (ADM1 y ADM3), Perú, 2014



*Perú proporcionó datos de nivel ADM3 para Amazonas, Ayacucho, Cusco, Junín, Loreto, y San Martín y de nivel ADM1 para las demás regiones.

zónica es *An. darlingi*. *Plasmodium vivax* es la principal especie causante de la malaria y representa un 83,1% de los casos del país. *P. falciparum* causa cerca del 16,9% de los casos de malaria y se limita en su mayor parte a Loreto, donde se notificaron casi todas las infecciones por esta especie (99,6%). Los distritos de Alto Nanay (850,8 casos por 1.000 personas), Tigre (621,6 casos por 1.000 personas) y Pastaza (573,5 casos por 1.000), situados en el departamento de Loreto, tuvieron la mayor incidencia de malaria en todo el país. La malaria ha

Figura 3. Distritos (ADM3) con el mayor número de casos de malaria en Perú, 2013-2014



aumentado de manera alarmante en Loreto. Aunque al principio se creía que las inundaciones y los cambios ambientales asociados estaban relacionados con este aumento, en realidad la falta de intervenciones de control de vectores y la calidad inadecuada de la vigilancia, con poca supervisión, son los motivos del aumento continuo de la malaria en ese departamento. Por otro lado, la malaria ha disminuido en el departamento de Tumbes después de un brote que se produjo en el 2010-2012, notificándose un solo caso en el 2013 y ninguno en el 2014.

Los hombres se ven más afectados por la malaria que las mujeres y representaron un 53,7% de los casos en el 2014, con una incidencia mayor que en las mujeres (176 casos por 100.000 hombres en comparación con 137 casos por 100.000 mujeres) (figura 4). Los niños pequeños de 5 a 9 años presentaron la mayor incidencia de malaria (figura 5). Como los niños probablemente pasen mucho más tiempo en casa, igual que las embarazadas, se presume que ambos grupos tendrían un riesgo similar de contraer malaria. Sin embargo, la inci-

Figura 4. Casos de paludismo por edad y sexo en Perú, 2014

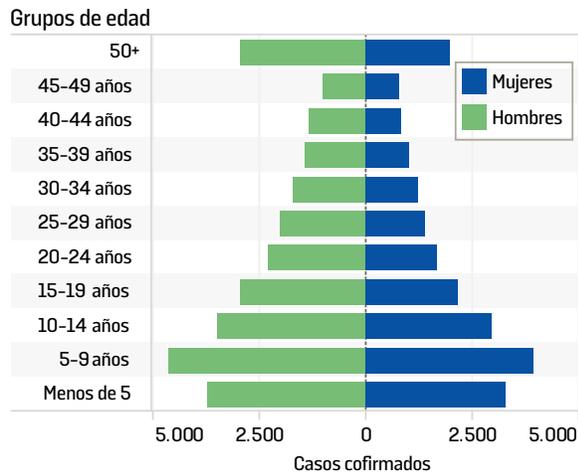


Figura 5. Incidencia de malaria por edad y sexo en Perú, 2014

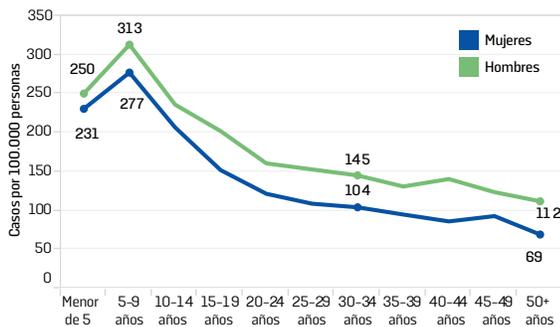
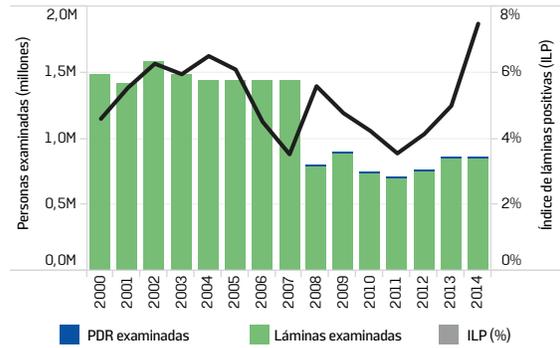


Figura 6. Láminas examinadas, PDR examinadas, e ILP en Perú, 2000-2014



dencia de la malaria en el embarazo fue menor que en las mujeres en edad fértil no embarazadas (94 casos en comparación con 115 por 100.000 mujeres). Eso indica un subdiagnóstico del embarazo en los casos de mujeres con malaria y la necesidad de mejorar la calidad de la vigilancia en el país.

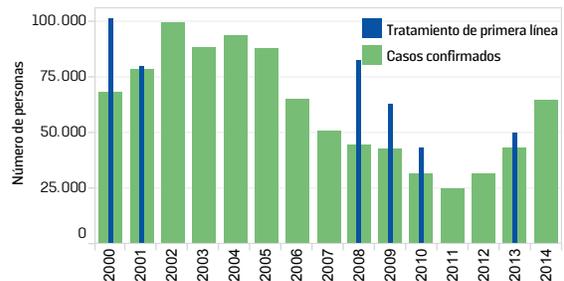
Diagnóstico y tratamiento

La microscopía ha sido el método principal de diagnóstico en Perú, aunque en el 2010 se introdujeron las PDR (figura 6). El ILP fue de 7,5 en el 2014 y ha estado aumentando desde el 2011. El tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. vivax* consiste en cloroquina y primaquina (0,5 mg/kg/día durante siete días). Como tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. falciparum* se administra artesunato y mefloquina junto con primaquina. Aunque no hay datos desde hace varios años, el consumo de antimaláricos siempre ha sido mayor que el número de casos notificados (figura 7).

Control de vectores

La cobertura con los MTI aumentó notablemente en Perú en el 2014, protegiendo a más de 68.000 personas (fi-

Figura 7. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Perú, 2000-2014



*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para los años 2001, 2009, 2010, 2013 y 2014.

gura 8). También se recurre al RRI como intervención de control de vectores que protege a 107.315 personas. En las pruebas realizadas en el 2013 se encontró una gran resistencia de *An. albimanus* a los insecticidas piretroides en Bagua Grande en el departamento de Amazonas, en Bellavista en el departamento de San Martín y también en el departamento de Cajamarca.

Financiamiento

El gobierno ha aportado la mayor parte de los fondos para el control de la malaria, aunque no había datos del 2014 (figura 9). La Iniciativa AMI/RAVREDA, ha proporcionado financiamiento adicional desde el comienzo de la iniciativa en el 2002. Estos fondos han contribuido principalmente a la mejora de la vigilancia y al monitoreo de la sensibilidad a los antimaláricos. El proyecto PAMA-FRO, patrocinado por el Fondo Mundial, también dio apoyo para el control de la malaria durante el 2007-2010.

Figura 9. Financiamiento para la malaria en Perú, 2000-2014

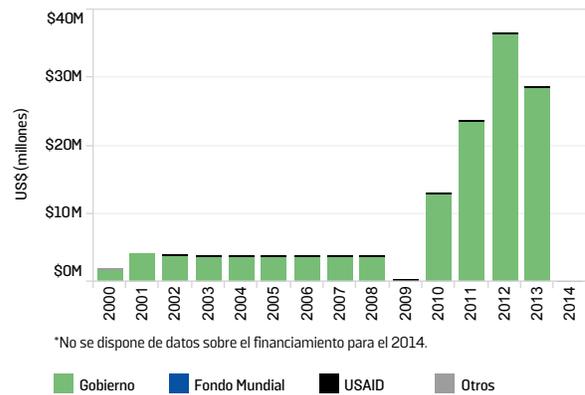


Figura 8. Personas protegidas por RRI y por MTI en Perú, 2000-2014

