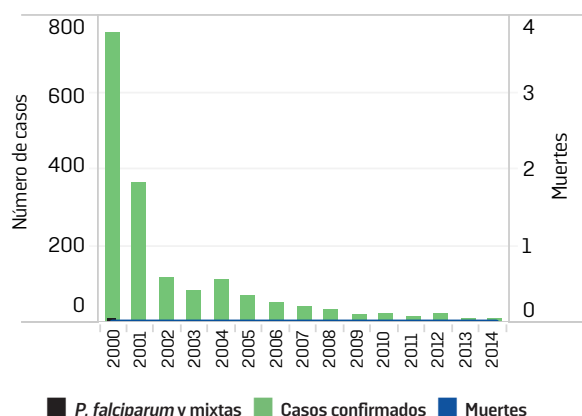


EL SALVADOR

Los casos de malaria en El Salvador se redujeron un 98,9% desde el 2000 y para el 2002 el país había alcanzado lo establecido en la resolución WHA58.2 con respecto a la meta 6C de los ODM 6C, una verdadera hazaña (figuras 1 y 2). El Salvador se encuentra actualmente en la fase de preeliminación y ha notificado pocos casos de malaria en los últimos años, muchos de ellos importados. En el 2014 hubo ocho casos y no se han notificado muertes relacionadas con la malaria desde 1998.

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

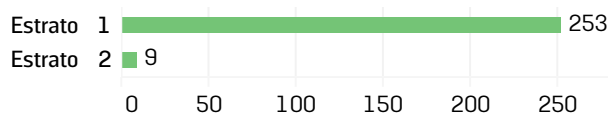


Cuadro 1. Perfil de eliminación en El Salvador, 2012-2014

	2012	2013	2014
Total de casos	21	7	8
Casos autóctonos	14	6	6
Autóctono - P.f.	0	0	0
Autóctono - P.v.	14	6	6
Casos importados	7	1	2
Importado - P.f.	3	0	0
Importado - P.v.	4	1	2
Focos activos	10	2	2

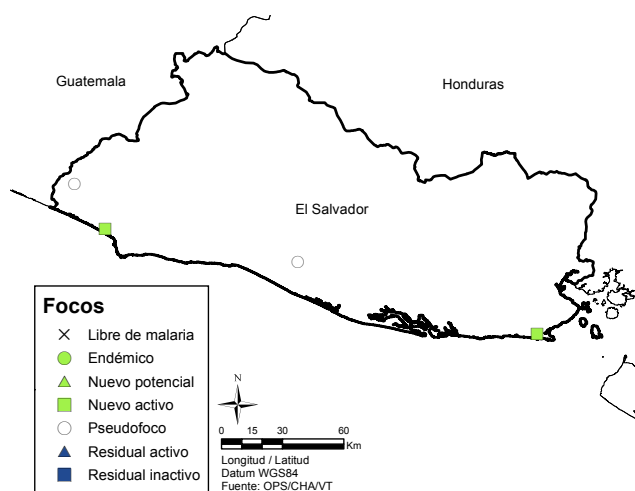
P. f. *Plasmodium falciparum*
P. v. *Plasmodium vivax*

Figura 3. Número de municipios (ADM2) por estrato en El Salvador, 2012-2014



Estrato 1: Ningún caso autóctono de malaria en 2012-2014;
Estrato 2: <1 caso por 1000 habitantes en 2012-2014;
Estrato 3: >1 caso por 1000 habitantes en 2012-2014.

Figura 1. Malaria en El Salvador por focos, 2014



En los dos últimos años, todos los casos autóctonos notificados se atribuyeron a infecciones por *P. vivax* y actualmente solo se transmite esta especie en el país (cuadro 1). El último caso autóctono por *P. falciparum* se notificó en 1995. Según se informa, entre el 2010 y el 2014, uno de cada tres casos era importado (75 casos en total). La mayoría de los casos importados de *P. vivax* han provenido de la vecina Guatemala. Las zonas a lo largo de la frontera, especialmente el departamento de Ahuachapán, son muy vulnerables. Muchos trabajadores regresan con infecciones maláricas contraídas en fincas agropecuarias y plantaciones durante la temporada de la cosecha en zonas de Guatemala donde la malaria es endémica, especialmente el departamento de Escuintla. Se detectó un caso importado de Guatemala en el municipio de Acajutla, departamento de Sonsonate que, posteriormente, provocó un brote con cinco casos autóctonos en el 2013.

Por otro lado, según se informa, todas las infecciones por *P. falciparum* durante 2010-2014 fueron importadas de países africanos (n=4), Honduras (n=3) y Haití (n=1).

En el 2014 se notificaron solo cuatro focos: dos focos activos nuevos y dos pseudofocos. Los dos focos activos nuevos fueron el cantón de Metalio, en el municipio de Acajutla, departamento de Sonsonate, y el cantón Llano Los Platos, en el municipio de Conchagua, departamento de La Unión, en la costa sureste (figura 1). En Llano Los Platos se detectó un caso autóctono, pero no se encontró ningún caso importado o de transmisión local en el cantón ni en los alrededores con el cual pudiera estar relacionado. No se encontraron casos en un estudio de prevalencia realizado en el 2012 con PCR en escolares de 8 a 10 años (n=152) de cinco municipios de Ahuachapán (que siempre había sido una zona endémica) (30).

Anopheles albimanus es la principal especie de vector de la malaria. En nueve municipios hubo menos de un caso por 1.000 habitantes en todos los años del período 2012-2014 (figura 3). Se han notificado más casos en hombres que en mujeres en los últimos tres años, en particular en los grupos etarios económicamente productivos (figura 4).

Diagnóstico y tratamiento

La microscopía ha sido el método primario de diagnóstico en El Salvador (figura 5). El país se propone usar las PDR especialmente en los puntos de entrada de inmigrantes, como aeropuertos, pasos fronterizos internacionales y puertos. Se informó que, en el 2014, los 173 laboratorios del país habían participado en un programa de aseguramiento de la garantía de la calidad. Sin embargo, esa cifra es menor a los 211 laboratorios notificados el año anterior.

Las infecciones tanto por *P. falciparum* como por *P. vivax* se tratan con cloroquina y primaquina como tratamiento de primera línea. Antes del 2013 se administraba tratamiento a los casos sospechosos y confirmados con clorprimaquina (combinación de cloroquina y primaquina en un solo comprimido), pero después el régimen terapéutico cambió (figura 6) y desde entonces se administra tratamiento solamente a los casos positivos, con comprimidos separados de cloroquina y primaquina en vez de ambos medicamentos combinados en un solo comprimido. En consecuencia, el tratamiento con primaquina dura 14 días en vez de cinco. Sin embargo, todavía había problemas de implementación en el 2014 y se administraba tratamiento a algunos casos sospechosos en el momento de la obtención de la lámina.

Como los casos son muy pocos, el acceso al diagnóstico y el tratamiento ha disminuido en el último año y en el

Figura 5. Láminas examinadas e ILP en El Salvador, 2000-2014

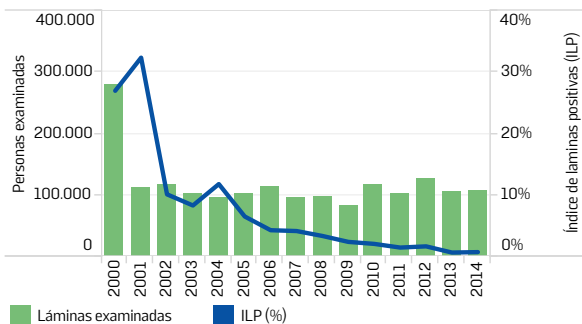
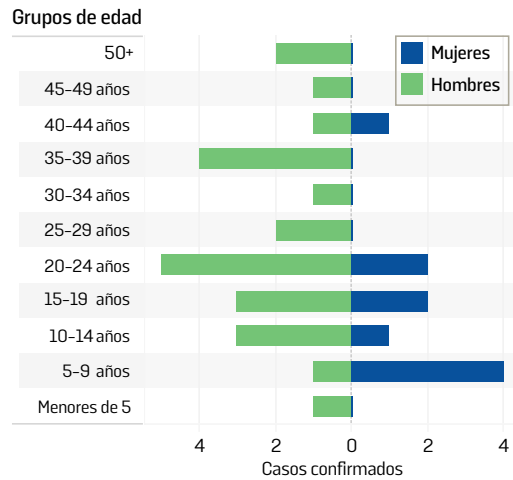


Figura 4. Casos de malaria por edad y sexo en El Salvador, 2012-2014

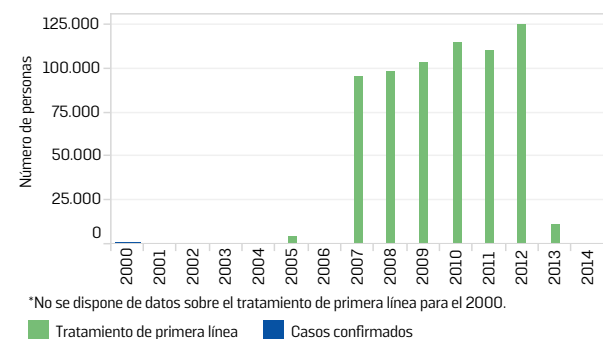


2014 todos los casos recibieron tratamiento más de 72 horas después del inicio de los síntomas (figura 7). El año anterior, todos los casos habían recibido tratamiento en menos de 72 horas y la mayoría dentro de las 24 a 48 horas siguientes al inicio de los síntomas.

Control de vectores

El RRI ha disminuido desde el 2007 y actualmente protege a cerca de 6.400 personas (figura 8). Se realizan dos o tres ciclos de RRI al año en las comunidades o zonas que es necesario proteger con insecticidas piretroides, asegurando la protección a lo largo de todo el año. Según se informa, en el 2013 se distribuyeron 10.000 MTI en el país. Sin embargo, en realidad se distribuyeron alrededor de 5.000 en el 2014. No hay información del país sobre la vigilancia de la resistencia del *Anopheles* a los insecticidas.

Figura 6. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en El Salvador, 2000-2014



*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para el 2000.

Financiamiento

Aunque los casos autóctonos han disminuido notablemente, el gobierno sigue aportando un promedio de \$3 millones para la prevención y la eliminación de la malaria (figura 9). Sin embargo, esto es una estimación, ya que el programa de control de vectores está integrado y por lo tanto contribuye al control de otras enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue, la enfermedad de Chagas y el chikunguña. La OPS/OMS proporcionó apoyo técnico y recursos financieros continuamente para actividades específicas a lo largo de 2000-2014. En el 2014 el país también se sumó a la iniciativa EMMIE financiada por el Fondo Mundial, para la cual había un capital inicial de \$200.000. Sin embargo, estos fondos no pudieron usarse debido a dificultades administrativas y se usarán en años subsiguientes.

Figura 7. Tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento en El Salvador, 2010-2014

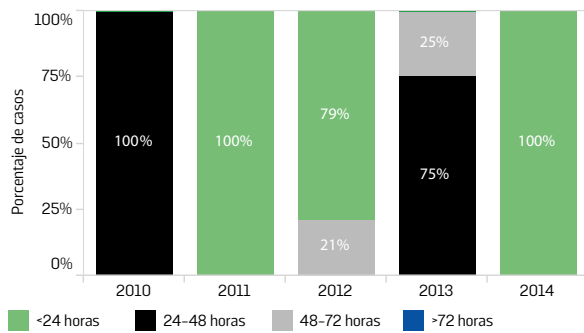


Figura 8. Personas protegidas por RRI y por MTI en El Salvador, 2000-2014

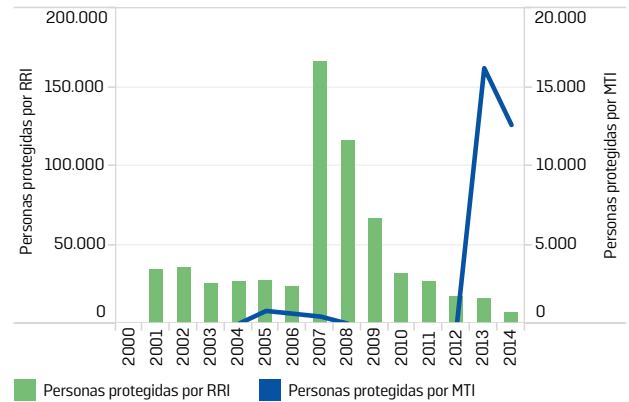


Figura 9. Financiamiento para la malaria en El Salvador, 2000-2014

