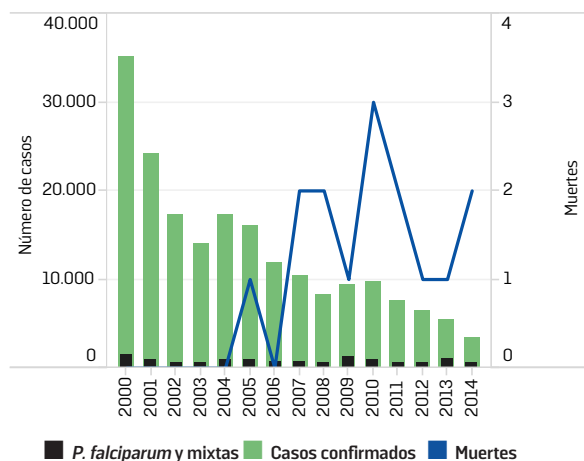


## HONDURAS

Desde el 2010, la malaria ha venido disminuyendo constantemente en Honduras tras los aumentos de años anteriores. Honduras alcanzó lo establecido en la resolución WHA58.2 con respecto a la meta 6C de los ODM y en el 2014 había logrado una disminución del 90% de la morbilidad en comparación con el 2000 (figuras 1 y 2). En el 2014 se notificó una reducción del 37,7% de los casos respecto del año anterior. Alrededor de 31 municipios tuvieron más de 1 caso por 1.000 habitantes en uno o más años (estrato 3), mientras que 90 municipios tuvieron menos de 1 caso por 1.000 habitantes en los tres años del 2012 al 2014 (estrato 2) (figura 3).

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



La Moskitia, bosque tropical húmedo situado en el noroeste, sobre la costa Atlántica, tiene la incidencia de malaria más alta del país y de la subregión de Mesoamérica. Los departamentos de Gracias a Dios y Colón notificaron un 69,1% de los casos en el país en el 2014. El municipio de Puerto Lempira, en Gracias a Dios, tuvo el mayor número de casos en Honduras (figura 4).

Figura 4. Municipios (ADM2) con el mayor número de casos de malaria en Honduras, 2012-2014

| Municipio             | Departamento      | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------|-------------------|------|------|------|
| Puerto Lempira        | Gracias A Dios    | 870  | 1769 | 742  |
| Tocoa                 | Colón             | 513  | 332  | 460  |
| Trujillo              | Colón             | 1376 | 466  | 290  |
| Ramón Villeda Morales | Gracias A Dios    | 274  | 390  | 238  |
| Sonaguera             | Colón             | 560  | 442  | 217  |
| Brus Laguna           | Gracias A Dios    | 167  | 234  | 182  |
| Sabá                  | Colón             | 244  | 126  | 179  |
| Danlí                 | El Paraíso        | 54   | 181  | 155  |
| Olanchito             | Yoro              | 279  | 147  | 86   |
| Roatán                | Islas de la Bahía | 149  | 119  | 80   |

Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de municipio (ADM2), Honduras, 2014

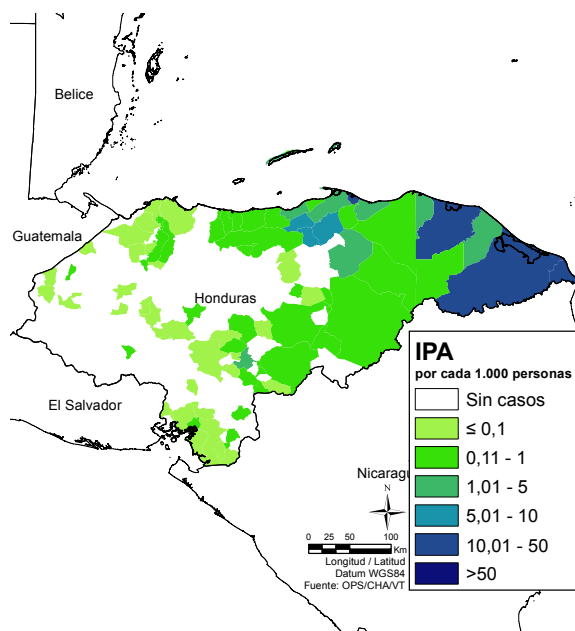
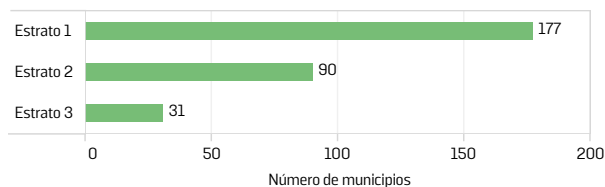
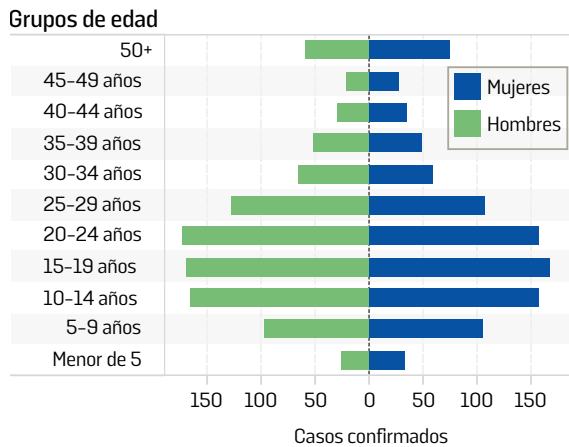


Figura 3. Número de municipios (ADM2) por estrato en Honduras, 2012-2014



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 5. Casos de malaria por edad y sexo en Honduras, 2014**



\*Un 58% de casos fueron clasificados en los grupos de edad presentados en el gráfico.

En particular, los municipios de Wampusirpi en Gracias a Dios y José Santos Guardiola en las Islas de la Bahía han mostrado una disminución notable de los casos de malaria: de 702 en el 2009 a 2 en el 2014 y de 184 casos a 11, respectivamente. Eso se logró con la distribución masiva de MTILD sumada a la mejora de la vigilancia y la participación comunitaria en ambos municipios. El conflicto agrario del valle del Bajo Aguán y el malestar social subsiguiente llevaron a un brote de malaria en el 2012 en los departamentos de Colón y Yoro.

*Anopheles albimanus* es el vector principal de la malaria. Predomina la malaria por *P. vivax*, aunque Honduras tiene el mayor número de casos por *P. falciparum* en la subregión de Mesoamérica. No obstante, el número de casos por *P. falciparum* disminuyó un 52,4% durante 2013-2014. Últimamente, la transmisión de *P. falciparum* se ha extendido y arraigado en el municipio de Tocoa, en el departamento de Colón.

El número de casos en los hombres fue solo un poco mayor que en las mujeres en el 2014. En ambos sexos, la tasa de incidencia fue de casi 22 casos por 100.000 personas (figura 5). Los más jóvenes corren un riesgo mayor de contraer malaria, en particular los de 10 a 24 años de edad.

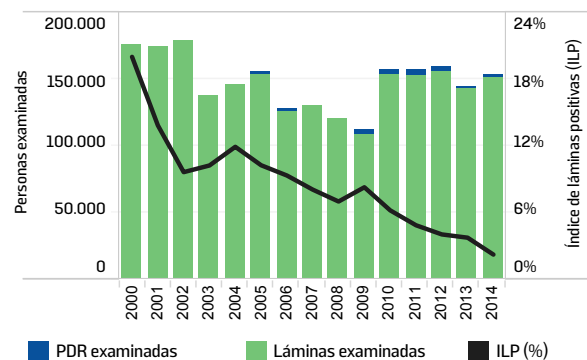
La tasa de malaria en el embarazo en el 2014 fue de 34 casos por 100.000 embarazadas, menor que en las mujeres en edad fértil no embarazadas (50 casos por 100.000 mujeres). De acuerdo con las directrices del país, todas las embarazadas deben ser examinadas para detectar la malaria en cada consulta prenatal en todas las zonas endémicas. Esta política se cumple en gran medida en algunos departamentos, pero no en todo el país. Por lo tanto, la menor incidencia en las embarazadas parece deberse a la calidad inadecuada de los datos

de vigilancia, como lo corrobora el hecho de que, entre el 2010 y el 2013, el número de casos de malaria en las embarazadas aumentó de 22 a 92 a pesar de que el total de casos disminuyó, lo cual implica que la vigilancia ha mejorado en los últimos años.

### Grupos prioritarios

Las poblaciones más afectadas en Honduras son los grupos indígenas, especialmente los miskitos que viven en Gracias a Dios. Otros grupos étnicos afectados son los tawakas de Wampusirpi y los pech de Olancho. Las poblaciones migratorias, especialmente a lo largo de la frontera con Nicaragua, presentan un gran número de casos, principalmente los miskitos que tienen familiares en ambos países.

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



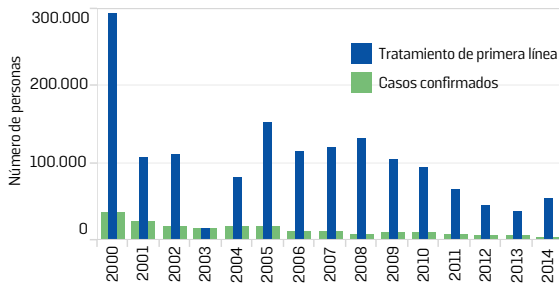
### Diagnóstico y tratamiento

La microscopía es el método primario de diagnóstico (figura 6). En el 2013, el país comenzó a establecer puestos de salud comunitarios con colaboradores voluntarios que usan las PDR en Puerto Lempira. Esta campaña está extendiéndose a otras zonas del departamento de Gracias a Dios. En el 2014, el número de personas examinadas mediante la detección activa de casos fue más del doble del año anterior. El ILP ha seguido disminuyendo en los últimos años (compatible con la notificación de casos) y fue de 2,23 en el 2014.

Se usa cloroquina con primaquina como tratamiento de primera línea para las infecciones tanto por *P. falciparum* como por *P. vivax*. En un estudio realizado en el 2009 se observó que la cloroquina era eficaz para *P. falciparum* en Honduras (14). Desde entonces, la vigilancia de la resistencia a los antimaláricos por medio de marcadores moleculares ha demostrado que el parásito *P. falciparum* sigue siendo sensible a la cloroquina. Las muertes ocurridas en los últimos años han sido de personas que regresaron de África con malaria resistente a la cloroquina.

El porcentaje de casos tratados oportunamente parece haber disminuido desde el 2012 (figura 8). Sin embargo,

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

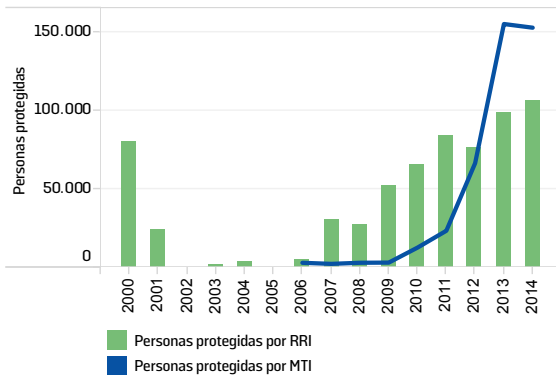


las mediciones del tiempo utilizadas cambiaron a lo largo de estos años, sesgando los datos. Por consiguiente, los datos de años anteriores no pueden compararse con exactitud.

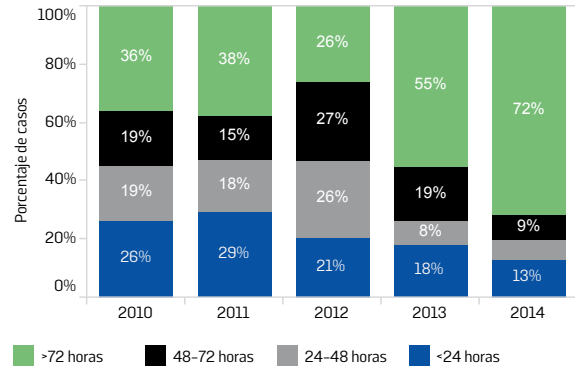
### Control de vectores

En el 2013 se llevó a cabo una campaña para distribuir MTI en los departamentos de Gracias a Dios y Colón, que muy probablemente haya contribuido a la disminución de la incidencia en estos departamentos (figura 9). El RRI también ha aumentado en los últimos años y actualmente protege a más de 100.000 personas. Se encontró una gran resistencia de *An. albimanus* a los insecticidas piretroides en Catacamas, municipio del departamento de Olancho, y en el departamento de Comayagua en el 2013 y 2014. No se encontró resistencia a los piretroides en ningún otro lugar del país.

**Figura 9. Personas protegidas por RRI y por MTI en Honduras, 2000-2014**



**Figura 8. Tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento en Honduras, 2010-2014**



### Financiamiento

El gobierno ha asignado fondos para el control de la malaria. El Fondo Mundial ha sido el principal contribuyente de financiamiento externo desde el 2003 (figura 10). La USAID ha proporcionado financiamiento adicional por medio de la Iniciativa AMI/RAVREDA desde el 2008. La OPS/OMS ha proporcionado apoyo técnico y recursos financieros continuamente para actividades específicas.

**Figura 10. Financiamiento para la malaria en Honduras, 2000-2014**

