

Descripción general de la situación

Figuras 1 a 5

Desde la década de 1980, el paludismo en Venezuela ha tenido sus focos principales en los estados de Bolívar, Sucre, Amazonas y Delta Amacuro. Históricamente ha habido paludismo en gran parte del territorio nacional, principalmente en tres grandes focos: oriental, occidental y meridional, que comprendían un poco más de 10 estados con transmisión de la enfermedad. En 2002, el estado de Sucre notificó alrededor de 60% de los casos del país (casi exclusivamente paludismo por *Plasmodium vivax* transmitido por el mosquito *Anopheles aquasalis*). No obstante, en los cinco años más recientes se realizó una intervención de alto impacto en ese estado. En consecuencia, en los últimos cuatro años ha cambiado el panorama y más de 80% de los casos del país se notifican en ocho municipios de los estados de Bolívar y Amazonas.

En 2008 se notificaron 32.037 casos de paludismo, la cifra más baja desde 2004, año en que se registraron casi 47.000 casos. Sin embargo, la proporción de casos de paludismo por *P. falciparum* subió de 9,9% en 2004 a 17,3% en 2008.

Un factor determinante de la endemia en el estado de Bolívar es el desplazamiento de personas en torno a las actividades de minería del oro, especialmente en la zona próxima a la frontera con Guyana. La actividad minera se desarrolla

en lugares donde las condiciones de vida generan gran vulnerabilidad al paludismo; en esta zona el vector principal es el mosquito *An. darlingi*. Este mismo mosquito es el principal vector en el estado de Amazonas, donde la proporción de la carga de paludismo en relación con el total del país no es tan alta, pero se observa incidencia alta entre muchas comunidades indígenas y mestizas dispersas y de difícil acceso para prestarles servicios.

La presencia de transmisión en zonas urbano-marginales de la ciudad de Puerto Ayacucho en el municipio de Atures es otro cambio en el comportamiento de la enfermedad en la última década.

Tendencias de la morbilidad y la mortalidad

Figuras 4 a 9

Durante el período de ocho años a partir de 2000, la transmisión de paludismo ha tenido algunas variaciones, con picos en 2004, 2005 y 2007. En 2008, la morbilidad por paludismo en Venezuela es semejante a la de 2000, con una fórmula parasitaria muy similar a la registrada en dicho año, es decir, con predominio de enfermedad por *P. vivax*. Según ya se mencionó, en los últimos años se ha dado una mayor focalización del paludismo en los estados de Bolívar y Amazonas, después de la reducción del número de casos en el estado de Sucre en 2003. En 2004, aún sin la gran carga de

enfermedad que representaba el foco de Sucre, el paludismo aumentó a casi 42.000 casos en el país, especialmente debido a un incremento del número de casos por *P. vivax* en el estado de Bolívar.

A pesar de la morbilidad por *P. falciparum*, en especial en el estado Bolívar, en los últimos años no se han notificado defunciones ni casos de paludismo grave en Venezuela.

Dispersión y focalización de la transmisión

Figuras 1 y 12 a 19

En el municipio de Domingo Sifontes del estado de Bolívar se notificaron 13.830 casos de paludismo en 2008, 43% del total de casos registrados en ese año en el país. Allí mismo se notificó un total de 3.726 casos de paludismo por *P. falciparum*, 67% del total de los casos por esta forma de la enfermedad. Se definen tres focos en ese municipio; el más importante es el de San Isidro, ya que se encuentra en una zona con muchos criaderos naturales, con poblaciones humanas en varias localidades y zonas de minería deforestadas en medio de la selva.

La carga de enfermedad en Domingo Sifontes fue superior a la del municipio de Cedeño, que le sigue en importancia y donde se registraron 3.727 casos en 2008. En ese mismo año, 80% de los casos de paludismo se concentraron en siete municipios, es decir, la focalización es mucho más marcada que en países vecinos, como Brasil o Colombia. De los 67 municipios que notificaron casos en 2008, solo 25 registraron más de 50 casos en el año. De los 23 municipios que registraron casos por *P. falciparum* en ese mismo año, solamente 11 tuvieron más de 10 casos. La transmisión del paludismo en esta región de Venezuela se relaciona en gran parte con la acti-

vidad de minera y las precarias condiciones de vida de la población que se dedica a tal actividad.

Domingo Sifontes fue el segundo municipio con mayor tasa de incidencia en 2008. El primero fue Manapiare, en el estado de Amazonas, con 286 casos por 1.000 habitantes; los municipios de Cedeño y Sucre, en el estado de Bolívar, y el de Alto Orinoco en Amazonas también presentaron IPA cercanos a 100 por 1.000.

Paludismo en poblaciones especiales

Figuras 25 a 28

La proporción de casos de paludismo entre menores de 5 años de edad en 2008 fue 7%, similar a la registrada en otros países de la Región, como Bolivia, Colombia y Ecuador. La proporción de paludismo entre el grupo de edad de 15 a 49 años fue superior a la observada en la mayoría de los países, probablemente en relación con el importante peso que tiene el paludismo ocupacional (minería) en Domingo Sifontes.

Solamente 3,3% de los casos notificados en el 2008 correspondieron a transmisión urbana, mucho menos que en Bolivia, Brasil y Colombia.

Si bien no se informó el número de casos entre población indígena en Venezuela para 2008, es claro que en este país el paludismo afecta de manera importante a esas comunidades, especialmente en los estados de Amazonas y Bolívar. En este último, en los municipios de Cedeño y Sucre en la cuenca del Río Caura, el paludismo afecta a las comunidades indígenas de esta región selvática, donde la transmisión está relacionada con la actividad agrícola de subsistencia y desplazamientos de la población. En el estado de Amazonas, las comunidades Yanomami están también entre los grupos afectados por el palu-

dismo, así como las comunidades Guahibas en zonas urbano-marginales y rurales próximas a la ciudad de Puerto Ayacucho y a la frontera con Colombia.

Diagnóstico y tratamiento

Figuras 20 a 24, 29 y 30

El índice de láminas positivas en 2008 fue semejante al de los tres años anteriores, y representa un descenso con respecto a la primera mitad de la década. La búsqueda de casos, evaluada mediante este indicador, estaría en Venezuela dentro del promedio regional; el índice de positividad está por debajo del de los países vecinos (Brasil y Colombia). Esto se explica porque el estado de Sucre contribuye una proporción significativa del total de láminas examinadas en el país, con una positividad notoriamente baja.

Sobre el uso de pruebas de diagnóstico rápido, hay varios informes de evaluación del desempeño en diversas localidades, pero no hay notificación sobre su utilización por parte del Programa.

Venezuela instauró en 2005 el uso de combinaciones terapéuticas con derivados de artemisinina para el tratamiento del paludismo no complicado por *P. falciparum*. La primera línea de tratamiento de esta forma de paludismo es la combinación de mefloquina y artesunato. A diferencia de lo observado en otros países amazónicos, en Venezuela la introducción del ACT no ha coincidido con una disminución del número y la proporción de casos por *P. falciparum*. La explicación puede tener que ver con aspectos de acceso precoz y uso adecuado de los medicamentos. El municipio de Domingo Sifontes ha sido en los últimos seis años un área esencial para la vigilancia de la resistencia a los antimaláricos en el contexto de la RAVREDA. Las con-

diciones de transmisión en las zonas de minería de oro de los países amazónicos, como Domingo Sifontes, son propicias para el establecimiento de focos potenciales de diseminación de resistencia a los antimaláricos en las Américas, por lo que es sumamente importante el control de la transmisión en este foco.

Prevención y control vectorial

Figuras 31 a 33

El rociado del interior de las viviendas con insecticidas de acción residual se usa ampliamente en Venezuela. En 2008, se notificó que aproximadamente 10 millones de personas habían sido protegidas con esta medida, lo que coloca a Venezuela entre los tres países de la Región con mayor cobertura de rociado en relación con el número de casos. La persistencia de la transmisión en el foco principal, a pesar de la intensidad de esta intervención, surge de las características de las viviendas en las zonas mineras, que por ser estructuras incompletas no son propicias para el éxito del rociado. Los MTILDs, que han mostrado su utilidad en países vecinos (Guyana y Suriname) en circunstancias similares, se comenzaron a utilizar en Venezuela desde hace dos años. El proyecto PAMAFRO apoyó la implementación de este insumo en localidades endémicas de los municipios fronterizos con Colombia.

Financiamiento del control del paludismo

No se contó con información sobre el financiamiento del programa de Venezuela.

Figura 1. Número de casos según especies por municipio, 2008

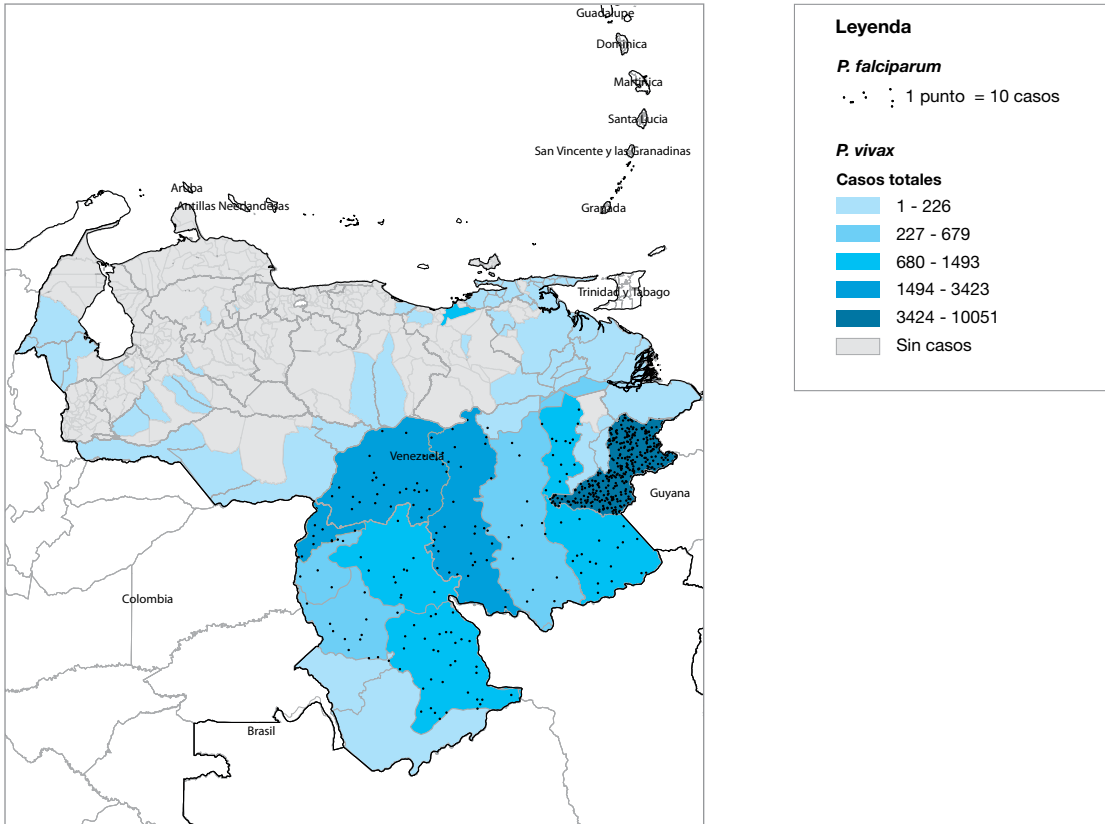
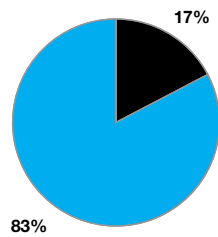


Figura 2. Proporción de casos según especies, 2008



Especie de *Plasmodium*

- *P. vivax*
- *P. falciparum* y mixtas

Figura 3. Número y proporción de casos de paludismo por especie a nivel ADM1 (estado/departamento/provincia/región), 2008

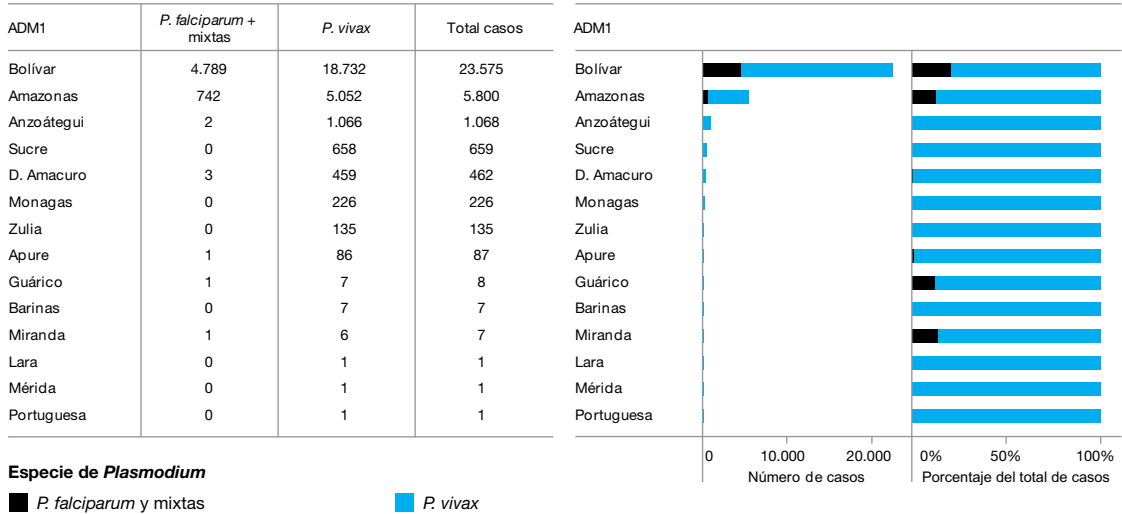


Figura 4. Número de casos por especie, 2000 a 2008

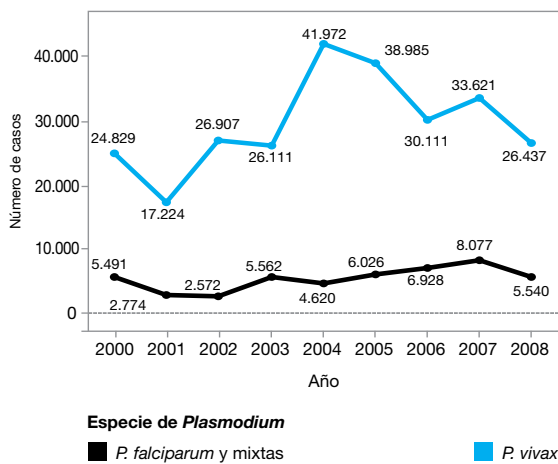


Figura 5. Número de casos de paludismo, 2000 a 2008

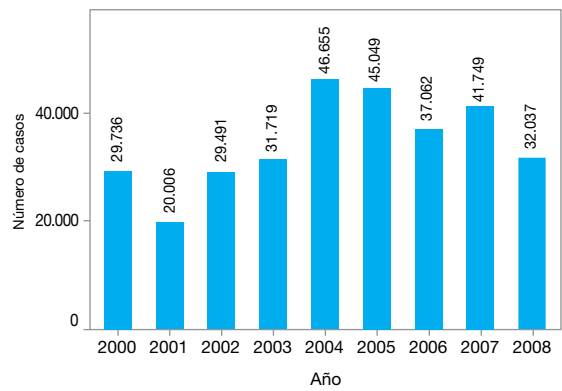
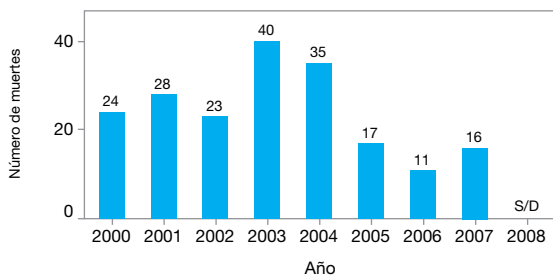


Figura 6. Número de muertes por paludismo, 2000 a 2008



S/D - Sin Datos Disponibles

Figura 7. Número de casos de paludismo hospitalizados, 2000 a 2008



Figura 8. Variaciones anuales en el número de casos por especie

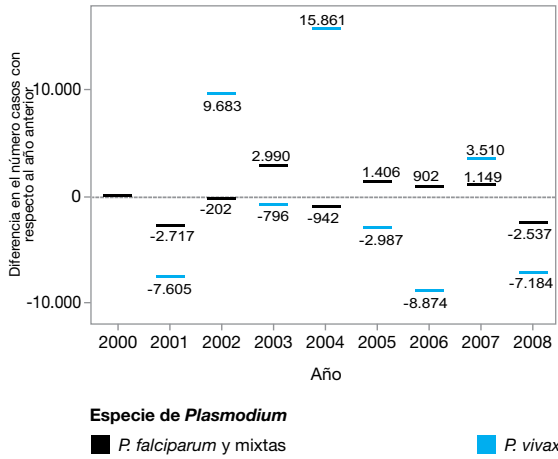


Figura 9. Cambio porcentual del número de casos de paludismo con relación a 2000

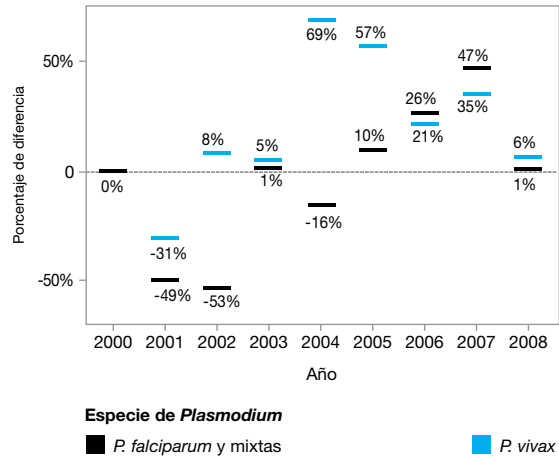


Figura 10. Número de casos y metas de RBMI y MDG para 2010 y 2015

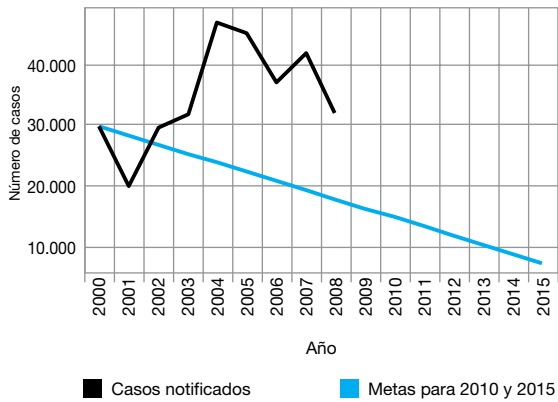
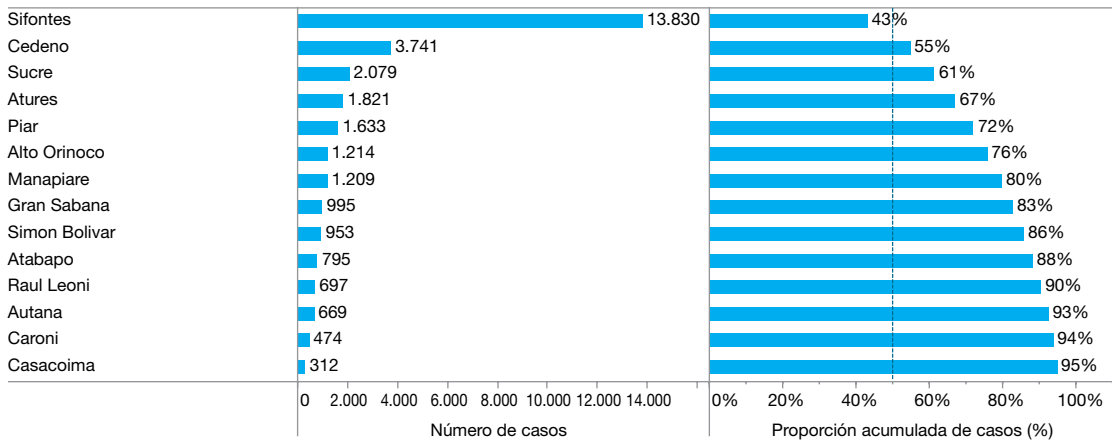


Figura 11. Porcentaje de casos hospitalizados, 2008



Figura 12. Número de casos de paludismo y proporción acumulada por nivel ADM2* (municipio/distrito), 2008



* Ver Anexo A con la lista completa.

Figura 13. Municipios según número de casos de paludismo, 2008

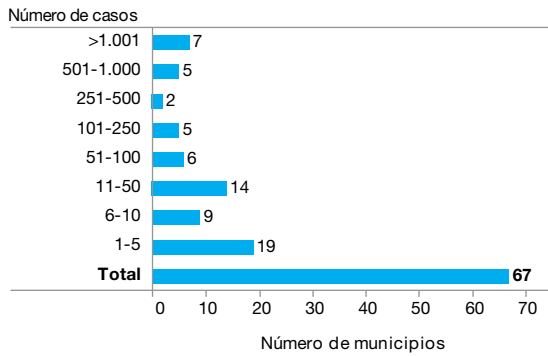


Figura 14. Municipios según número de casos de paludismo por *P. falciparum*, 2008

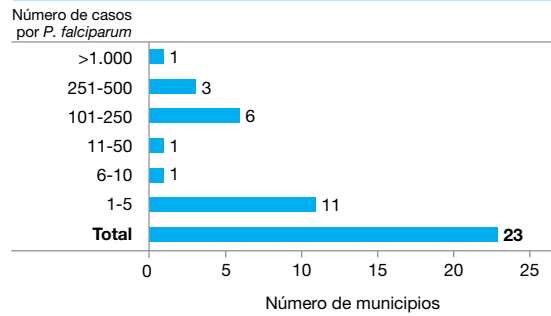


Figura 15. Municipios según número de casos, IPA y porcentaje de paludismo por *P. falciparum*, 2008

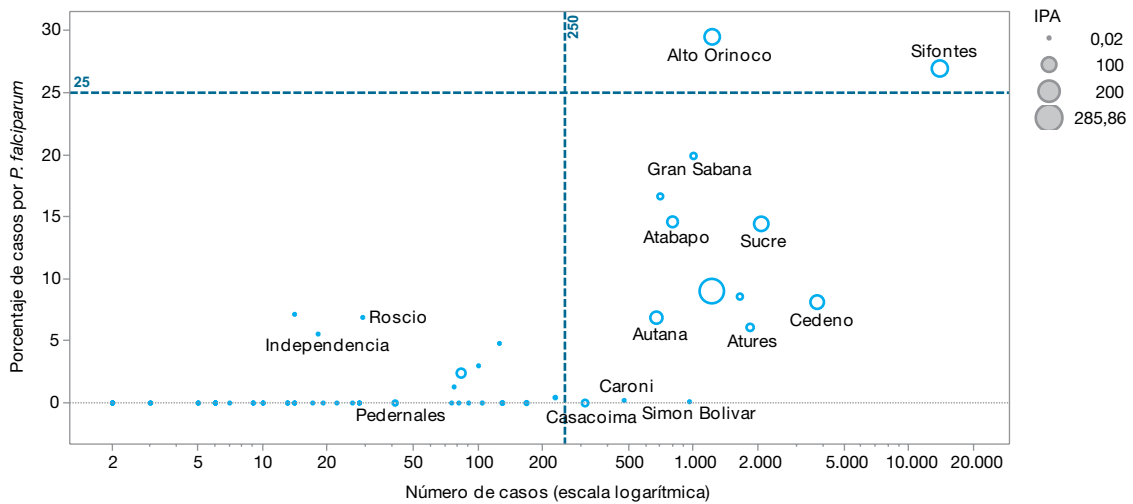


Figura 16. Índice Parasitario Anual (IPA) por municipio, 2008

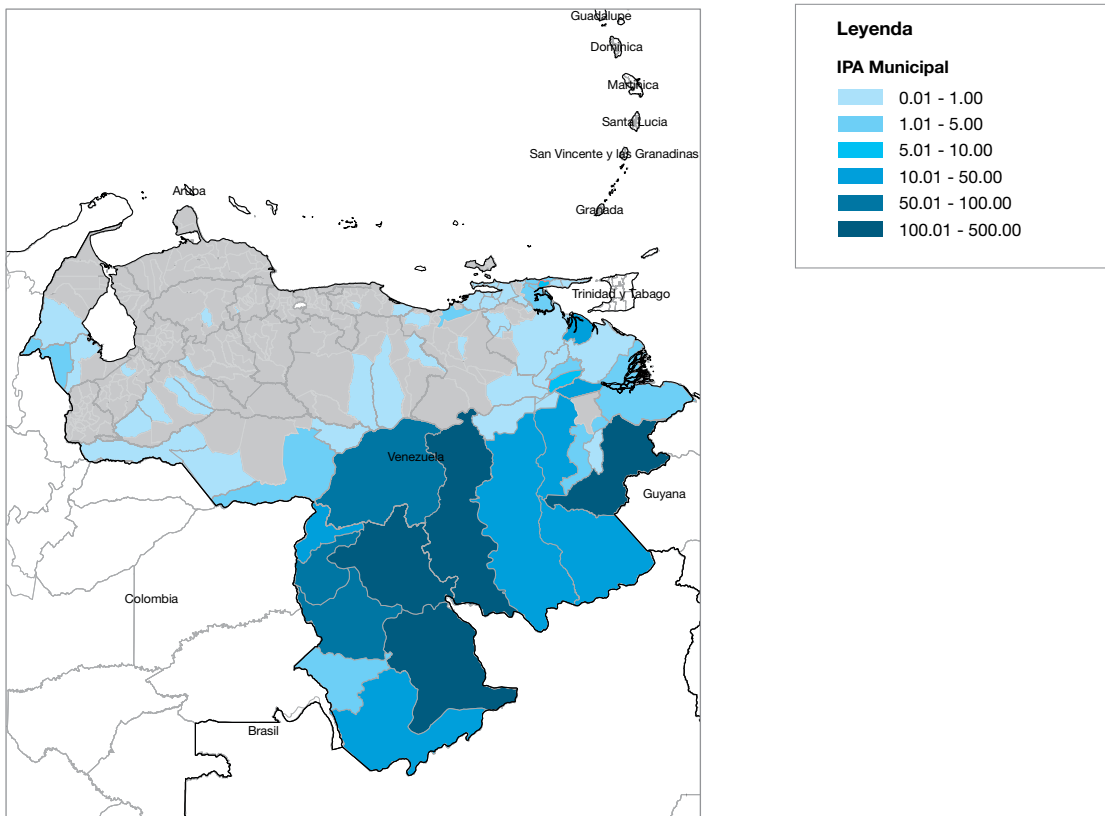
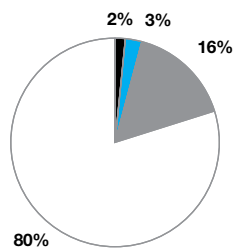


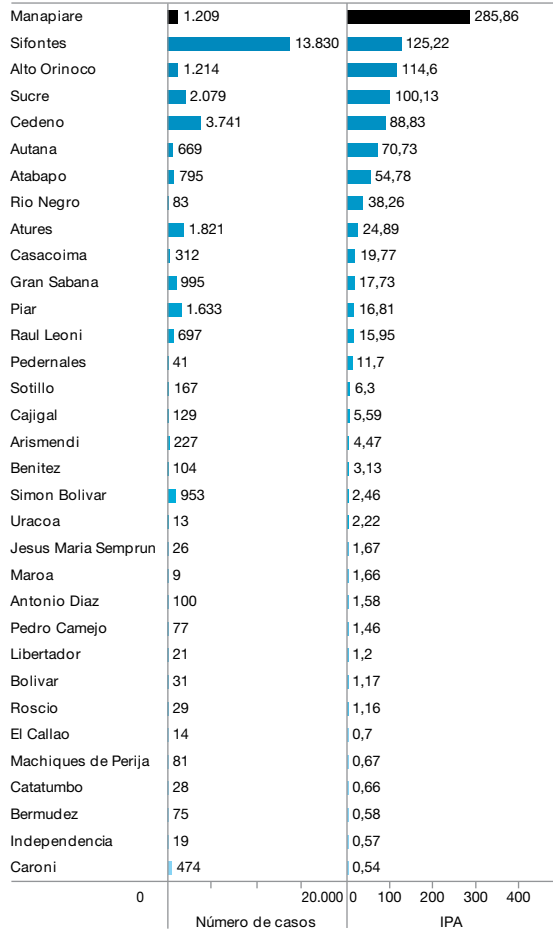
Figura 17. Población según área de riesgo de transmisión, 2008



Población

- Alto riesgo (IPA > 10/1000)
- Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)
- Bajo riesgo (IPA < 1/1000)
- Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)

Figura 18. IPA de paludismo y número de casos por municipio, 2008



* Ver Anexo A con la lista completa.

Figura 19. Población según área de riesgo de transmisión de paludismo por año, 2000 a 2008

Año	Alto riesgo (IPA > 10/1000)	Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)	Bajo riesgo (IPA < 1/1000)	Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)
2000	650.000	80.000	8.017.000	15.423.000
2001	451.000	232.000	6.563.000	17.396.000
2002	460.000	236.000	6.783.000	17.644.000
2003	512.000	198.000	4.482.000	20.816.226
2004	512.000	198.000	4.482.000	20.815.961
2005	513.000	352.000	7.176.000	18.426.940
2006	480.000	45.000	6.858.000	19.544.368
2007	469.206	1.519.646	5.904.057	19.708.334
2008	429.337	701.398	4.365.060	21.813.597

Figura 20. Índice de láminas positivas, 2000 a 2008

Año	Número de láminas examinadas	Número de láminas positivas	Porcentaje de láminas positivas
2000	261.866	29.736	11,36
2001	198.000	20.006	10,1
2002	278.205	29.491	10,6
2003	344.236	31.719	9,21
2004	420.165	46.655	11,1
2005	420.165	45.049	10,72
2006	479.708	37.062	7,73
2007	479.708	41.749	8,7
2008	414.137	32.037	7,74

Figura 21. Casos examinados según método de diagnóstico, 2000 a 2008

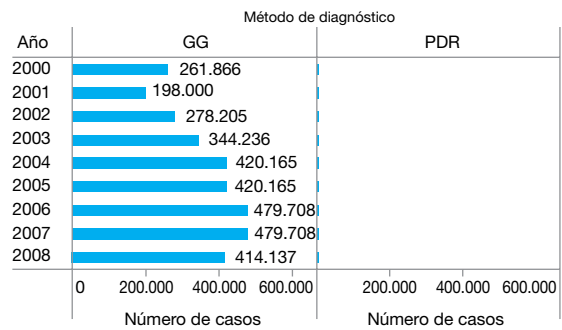
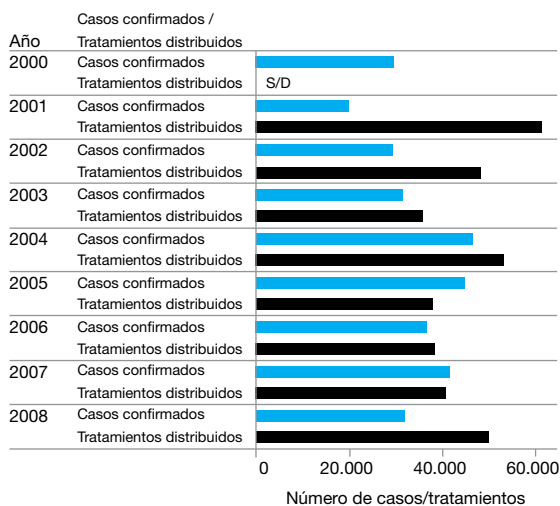


Figura 22. Número de casos confirmados y de tratamientos distribuidos por año, 2000 a 2008



S/D- Sin Datos Disponibles

Figura 23. Índice de láminas positivas (ILP) por ADM1, 2008

Nombre ADM1	Examinadas	Total casos	ILP (%)
Bolívar	185.834	23.575	12,69
Amazonas	63.242	5.800	9,17
Anzoátegui	8.762	1.068	12,19
Sucre	119.978	659	0,55
D. Amacuro	8.106	462	5,7
Monagas	4.586	226	4,93
Zulia	5.744	135	2,35
Apure	1.159	87	7,51
Guárico	3.039	8	0,26
Barinas	3.930	7	0,18
Miranda	22	7	31,82
Lara	1.244	1	0,08
Mérida	40	1	2,5
Portuguesa	1.189	1	0,08
Aragua	124	0	0
Carabobo	365	0	0
Cojedes	37	0	0
Dtto. Capital	150	0	0
Falcón	7	0	0
N. Esparta	189	0	0
Táchira	5.888	0	0
Trujillo	404	0	0
Vargas	43	0	0
Yaracuy	55	0	0

Figura 24. Número de casos diagnosticados en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, 2008



Figura 25. Número y porcentaje de casos por grupos de edad, 2008

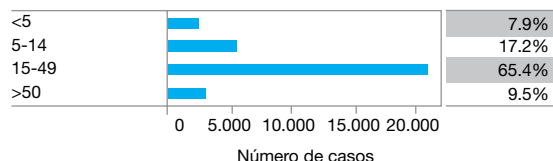


Figura 26. Número y porcentaje de casos por tipo de localidad, 2008

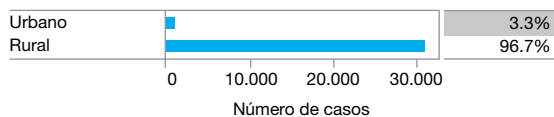


Figura 27. Número y porcentaje de casos en mujeres embarazadas, 2008



Figura 28. Número y porcentaje de casos en población indígena, 2008



Figure 29. Proportion of *P. falciparum* cases, 2000-2008

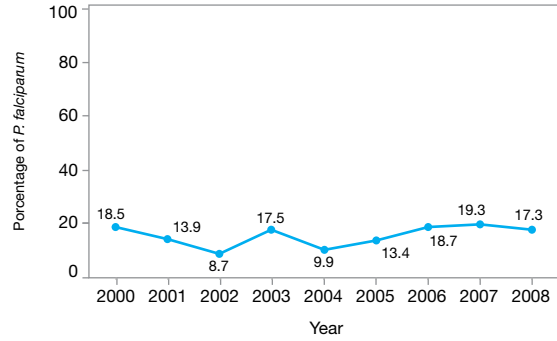


Figura 30. Número de tratamientos de ACT distribuidos por año, 2000 a 2008

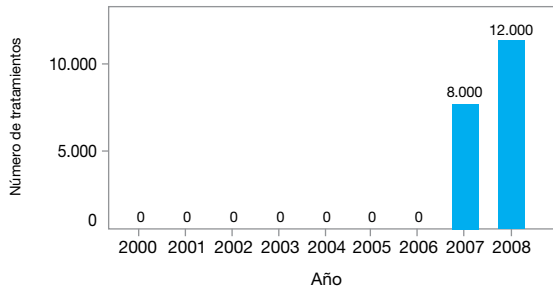


Figura 31. Cobertura de rociado residual intradomiciliario, 2000 a 2008

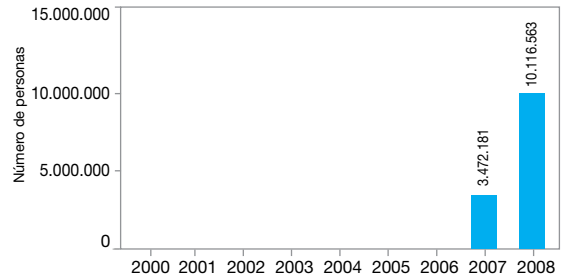


Figura 32. Número de MTILDs distribuidos por año, 2000 a 2008

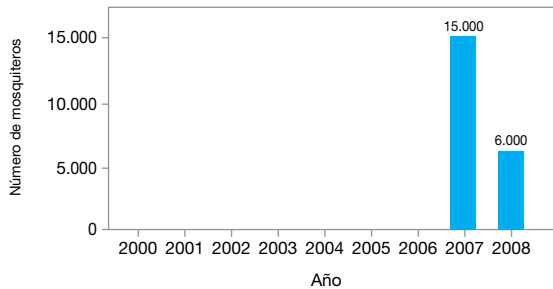


Figura 33. Número de MTIs distribuidos por año, 2000 a 2008

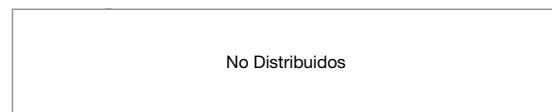
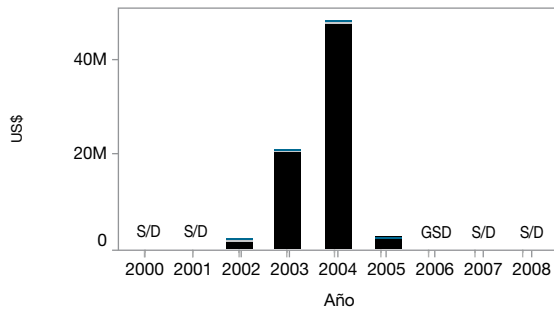


Figura 34. Fuentes de financiamiento por año, 2000 a 2008



Fuente de financiamiento

- USAID
- Otros bilaterales
- Gobierno
- Agencias UN
- Fondo Mundial

S/D - Sin Datos Disponibles

GSD - Datos para la financiación del gobierno no está disponible