

## NICARAGUA

La malaria es endémica en La Moskitia, zona situada a lo largo de la costa Atlántica, en el noroeste del país, que comparte una frontera con Honduras (figura 1). En el 2014, Nicaragua notificó 1.163 casos de malaria pero ninguna muerte (figura 2). La Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) tiene el mayor número de casos y abarca algunos de los municipios más afectados del país, como Waspán (26,2% de los casos de malaria del 2014), Rosita (22,6%), Puerto Cabezas (15,4%) y Prinzapolka (9,8%) (figura 3). Sin embargo, también hay malaria en otras partes del país, incluso a lo largo de la costa norte del Pacífico, en el departamento de Chinandega, donde las plantaciones de caña de azúcar son zonas en las que proliferan los mosquitos. En la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur (RACCS), los casos han aumentado en los últimos años. En el municipio de Desembocadura de la Cruz de Río Grande, los casos casi se

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

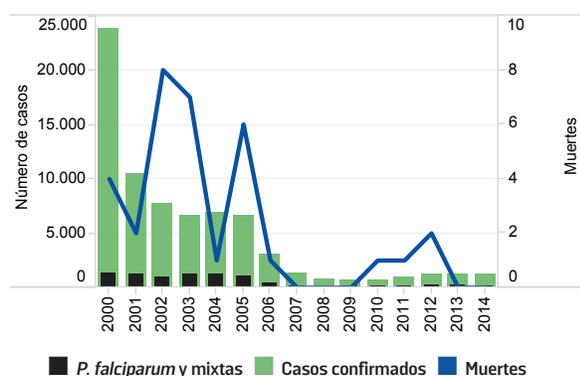
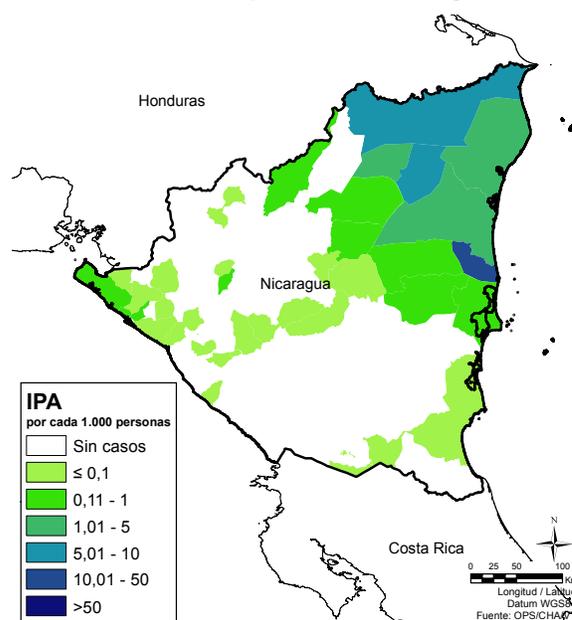


Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de municipio (ADM2), Nicaragua, 2014



triplicaron en el 2014 respecto del año anterior. Ambas regiones autónomas representan un 90% de los casos de malaria en Nicaragua. En el 2012-2014, siete municipios notificaron más de 1 caso por 1.000 habitantes en uno o más años (estrato 3) (figura 4). Los principales factores que contribuyen a la malaria en Nicaragua son la migración, los desastres naturales (inundaciones) y el narcotráfico. La mejora de la vigilancia también ha llevado a la detección de más casos. Alrededor del 2% de los casos del 2014 fueron importados. En cambio, Costa Rica ha notificado cinco casos importados de Nicaragua desde el 2011.

Figura 3. Municipios (ADM2) con el mayor número de casos de malaria en Nicaragua, 2012-2014

Municipio	Departamento	2012	2013	2014
Waspán	RACCN**	336	398	305
Rosita	RACCN**	115	238	263
Puerto Cabezas	RACCN**	253	171	179
Prinzapolka	RACCN**	86	35	114
Bonanza	RACCN**	135	127	51
Desembocadura*	RACCS‡	32	17	50
Wiwilí de Jinotega	Jinotega	2	6	40
El Viejo	Chinandega	93	78	32
Siuna	RACCN**	37	23	28
Laguna de Perlas	RACCS‡	9	1	15

\*Desembocadura de la Cruz de Río Grande  
 \*\*Región Autónoma de la Costa Caribe Norte  
 ‡Región Autónoma de la Costa Caribe Sur

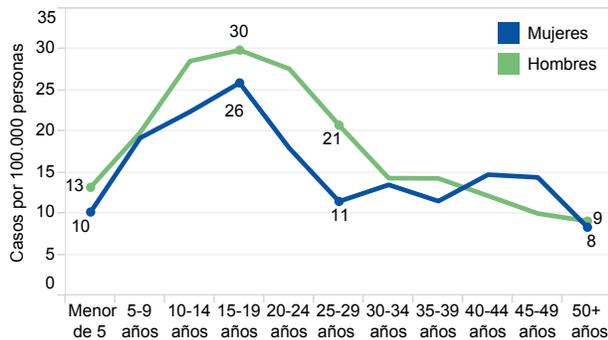
**Figura 4. Número de municipios (ADM2) por estrato en Nicaragua, 2012-2014**



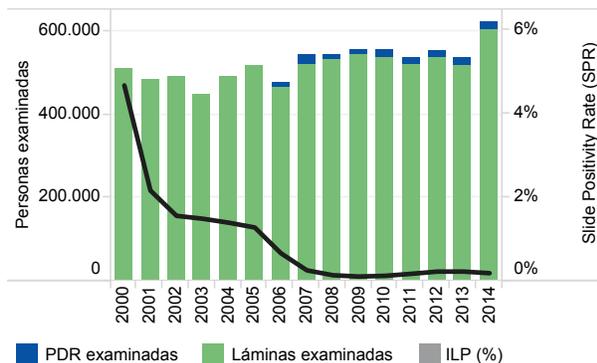
Estrato 1: Ningún caso autóctono de malaria en 2012-2014;  
 Estrato 2: <1 caso por 1000 habitantes en 2012-2014;  
 Estrato 3: >1 caso por 1000 habitantes en 2012-2014.

Los hombres fueron más afectados que las mujeres en el 2014 (figura 5), con tasas de incidencia de 17,7 y 14,9 casos por 100.000 personas, respectivamente. El análisis por grupos etarios muestra que los hombres presentan una incidencia mayor en la mayoría de las edades (figura 6). Los niños (de 10 a 14 años) y los adolescentes (de 15 a 19 años) presentaban la mayor incidencia de malaria. Se estima que hubo 17 casos de malaria por 100.000 embarazos en el 2014, cifra similar a la incidencia en las mujeres en edad fértil no embarazadas, lo cual implica que las embarazadas no corrían un riesgo mayor de contraer malaria.

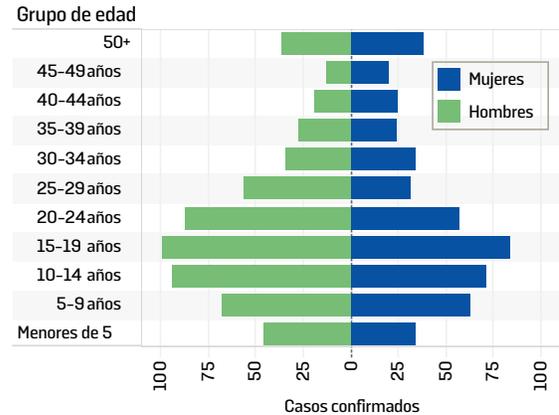
**Figura 6. Incidencia de malaria por edad y sexo en Nicaragua, 2014**



**Figura 7. Láminas examinadas, PDR examinadas, e ILP en Nicaragua, 2000-2014**



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



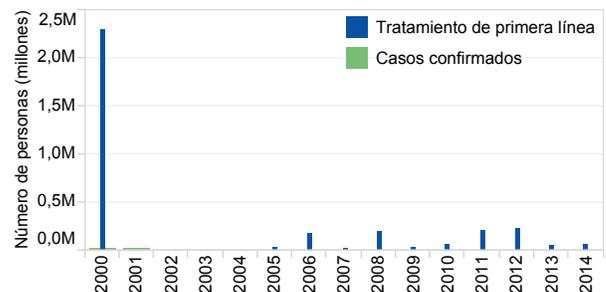
**Grupos prioritarios**

El pueblo miskita de Nicaragua se ve afectado desproporcionadamente por la malaria debido a la pobreza, el subdesarrollo y el acceso limitado a la atención de salud en comparación con el resto del país. La zona donde vive este pueblo se extiende del otro lado de la frontera con Honduras, lo cual plantea un problema para el seguimiento de enfermedades.

**Diagnóstico y tratamiento**

La microscopía es el método primario de diagnóstico en el país, aunque en el 2006 se introdujeron las PDR para ser usadas en los lugares de difícil acceso (figura 7). En Nicaragua, el tratamiento de primera línea consiste en cloroquina y primaquina para las infecciones tanto por *P. falciparum* como por *P. vivax*. En Nicaragua se administra una dosis observada de cloroquina y primaquina (30 mg/kg/día) durante siete días para las infecciones por *P. vivax*, mientras que en Honduras se administra una dosis de 15 mg/kg/día durante 14 días. La diferencia en la dosificación podría causar confusión a lo largo de la fron-

**Figura 8. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Nicaragua, 2000-2014**



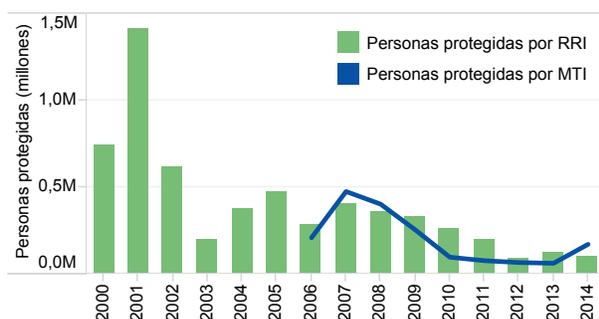
\*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para el periodo 2001-2004.

tera para las personas con infección por *P. vivax* debido a las diferencias en el régimen de tratamiento.

### Control de vectores

Se calcula que casi 95.000 personas están protegidas por el RRI en Nicaragua, que ha disminuido constantemente desde el 2007 (figura 9). En las pruebas realizadas en el 2012-2014 se determinó que tanto *An. albimanus* como *An. pseudopunctipennis* eran sensibles a los piretroides. Se calcula que, en el 2014, había más personas protegidas por MTI (173.000 personas) que por el RRI.

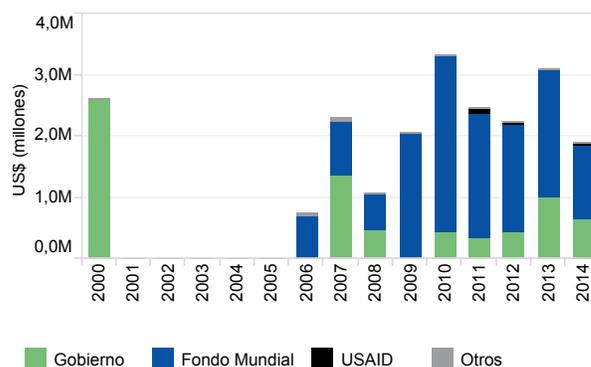
**Figura 9. Personas protegidas por RRI y por MTI en Nicaragua, 2000-2014**



### Financiamiento

El financiamiento gubernamental para la malaria a nivel nacional ha variado de un año a otro. En el 2014 fue menor que en el 2013, pero mayor que cualquier año del 2010 al 2012. El Fondo Mundial ha sido el principal contribuyente de recursos externos desde el 2006, por medio de subvenciones nacionales y recursos proporcionados por medio de la iniciativa EMMIE (figura 10). Otras fuentes externas de fondos han sido la USAID, por medio de la Iniciativa AMI/RAVREDA, y la OPS/OMS.

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



\*No se dispone de datos para el 2001-2005.