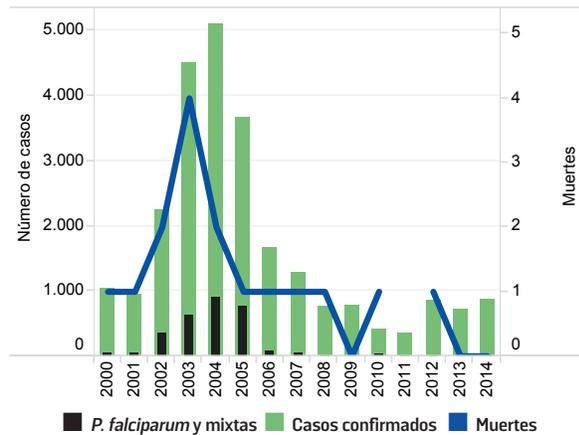


## PANAMÁ

En Panamá se notificaron 874 casos en el 2014, lo cual representa una disminución de solo el 15,6% respecto del 2000 (figuras 1-2). Aunque en el 2014 no se había alcanzado la meta 6C de los ODM de acuerdo con la resolución WHA58.2, se han hecho esfuerzos para combatir epidemias de malaria en el pasado. Hace diez años, la incidencia de la malaria alcanzó un nivel sin precedentes en Panamá y para el 2014 había disminuido un 82,9%. En los últimos dos años no se notificaron muertes debidas a la malaria. El ILP fue de 1,08 en el 2014.

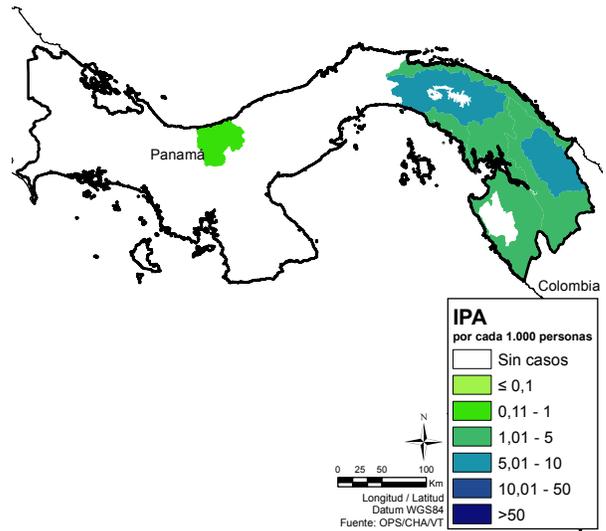
Figura 2. Número de casos y muertes por malaria en Panamá, 2000-2014



Al 2014, la malaria era muy prevalente en la zona oriental del país, especialmente en el municipio de Chepo, donde se notificaron un 49% de los casos de malaria (figuras 1 y 3). La comarca de Guna Yala y la provincia de Darién son otras dos zonas que notifican la mayoría de los casos de malaria.

*Anopheles albimanus* es el vector primario de la malaria, pero su abundancia varía según la zona del país. En un

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



estudio reciente realizado en la comarca de Guna Yala se comprobó que, aunque *An. punctimacula* y *An. aquasalis* abundan, solo *An. albimanus* estaba infectado por *Plasmodium* (1). Alrededor del 99% de los casos en el 2014 consistieron en infecciones por *P. vivax*. *Plasmodium falciparum* solía causar un gran número de casos, pero ha menguado desde el 2005. Todos los casos debidos a esta especie se han importado de otros países desde el 2011. En el 2010 se notificó en Darién un brote causado por infecciones por *P. falciparum* importadas de Colombia y esta zona sigue corriendo el riesgo de tener brotes similares en el futuro.

En términos generales, los hombres corren un riesgo mayor de contraer malaria que las mujeres (incidencia normalizada según la edad de 25,3 casos de malaria por 100.000 hombres en comparación con 14,9 casos en

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

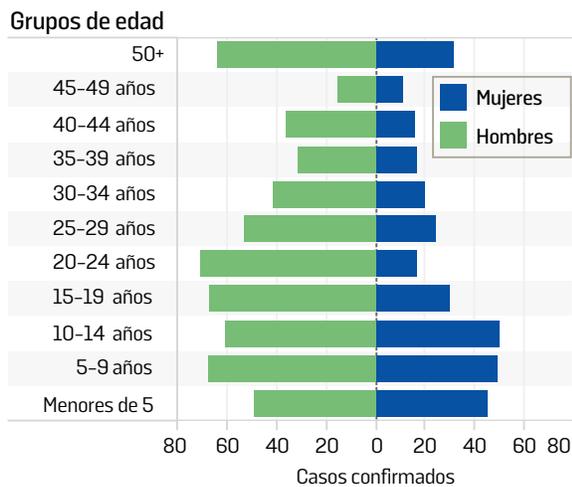
| Distrito        | Provincia      | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------|----------------|------|------|------|
| Chepo           | Panamá         | 160  | 332  | 432  |
| Guna Yala       | Guna Yala      | 55   | 156  | 153  |
| Pinogana        | Darién         | 173  | 92   | 111  |
| Santa Catalina* | Ngäbe-Buglé    | ...  | 23   | 61   |
| Chepigana       | Darién         | 44   | 58   | 50   |
| Cémaco          | Emberá-Wounaan | 46   | ...  | 46   |
| Chimán          | Panamá         | 0    | 0    | 12   |
| Panamá          | Panamá         | 43   | 4    | 5    |
| Santa Fe        | Veraguas       | 6    | 5    | 2    |
| Bugaba          | Chiriquí       | 0    | 0    | 1    |

■ Disminución  
■ Aumento  
■ Datos insuficientes/Sin cambios

"..." indica que no dispone de datos.  
\*Santa Catalina o Calovébora

mujeres durante 2013-2014) (figuras 4 y 5). Sin embargo, la incidencia varía según la edad y es mayor en los hombres de 20 a 24 años (43 casos por 100.000 hombres), lo cual indica una posible relación de la transmisión de la malaria con las actividades ocupacionales. Por otro lado, la transmisión en las mujeres es más alta en las menores de 5 años (24 casos por 100.000 mujeres) debido a una mayor transmisión en el hogar. Estas diferencias en el riesgo pueden atribuirse a la dicotomía de las características epidemiológicas, que varían según las zonas del país donde la malaria es endémica.

**Figura 4. Casos de malaria por edad y sexo en Panamá, 2014**



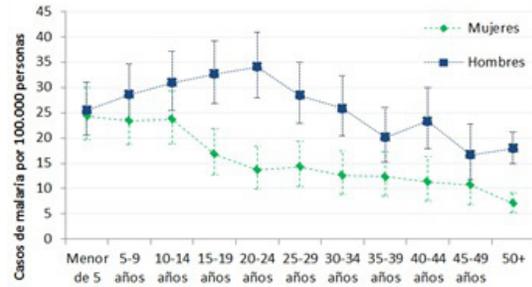
Se estima que hubo ocho casos de malaria por 100.000 embarazadas en el 2014, cifra menor, aunque no mucho, que en las mujeres en edad fértil no embarazadas de 15 a 49 años (14,28 casos de malaria por 100.000 mujeres). Según los datos notificados, las embarazadas no corrían un riesgo mayor de contraer malaria incluso al combinarse los datos del período 2010-2014. Eso contrasta con la mayor incidencia en las menores de 5 años de edad y podría ser indicativo de un subdiagnóstico del embarazo en las mujeres con malaria.

**Figura 6. Número de distritos (ADM2) por estrato en Panamá, 2012-2014**



Estrato 1: Ningún caso autóctono de malaria en 2012-2014;  
 Estrato 2: <1 caso por 1.000 habitantes en 2012-2014;  
 Estrato 3: >1 caso por 1.000 habitantes en 2012-2014.

**Figura 5. Incidencia de malaria por edad y sexo en Panamá, 2013-2014**



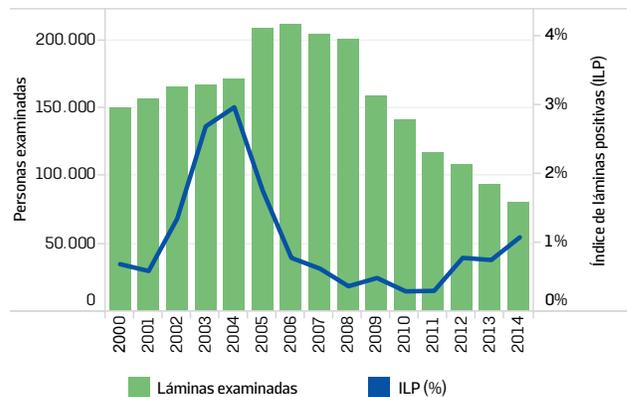
### Grupos prioritarios

En Panamá, muchos grupos étnicos viven en zonas conocidas como comarcas, que son territorios autónomos de estas poblaciones. Guna Yala y Madungandí son comarcas del noreste, en la costa del Atlántico, con grandes poblaciones indígenas. El municipio de Chepo colinda con la comarca de Madungandí y notificó el mayor número de casos de malaria, seguido de la comarca de Guna Yala. Se cree que muchos de los problemas que hay en las comarcas surgen de las barreras culturales e idiomáticas, que dificultan el acceso a la atención de salud.

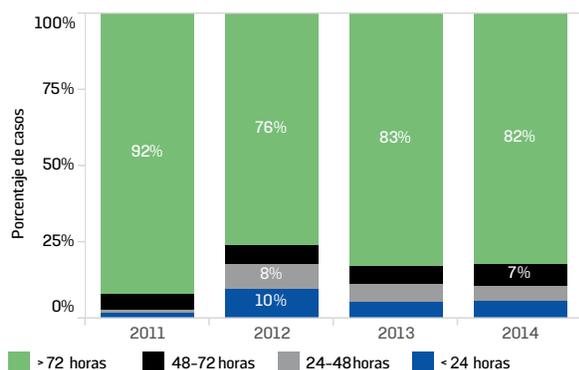
### Diagnóstico y tratamiento

Aunque se han introducido las PDR en el país, todavía se usan solo en los laboratorios. El diagnóstico no es rápido, ya que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el resultado del diagnóstico fue de más de tres días en más del 75% de los casos durante el 2011-2014 (figura 8), a pesar de que más del 90% de los casos sospechosos sometidos a pruebas para la malaria y más del 70% de los casos confirmados durante el 2012-2014 se detectaron mediante la vigilancia activa y los demás se detectaron mediante la vigilancia pasiva en centros de

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



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

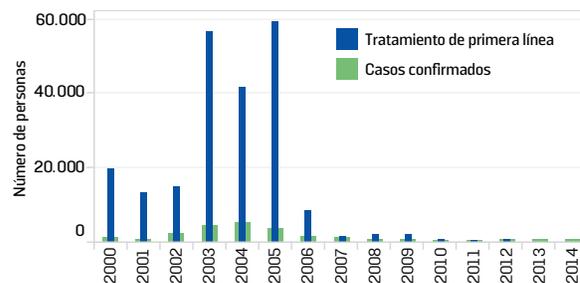


salud. La mayor parte de las zonas maláricas del país son de difícil acceso y la introducción de las PDR reviste suma importancia. Panamá se propone introducir PDR en una escala masiva en el 2016. En el 2012 se notificaron tasas anuales de análisis de sangre del 10% o más de la población en 24 municipios, aunque en 10 de ellos no se notificaron casos confirmados en el 2011 o 2012. Posteriormente, tras una reorientación de las actividades, se redujo el número de láminas examinadas y se comenzó a prestar más atención a la vigilancia activa de casos. En estos 10 municipios, excepto en uno, se notificaron 0 casos en el 2013 y 2014, y las tasas anuales de análisis de sangre bajaron en todos.

Se usa cloroquina y primaquina como tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. vivax*. La primaquina se administra durante siete días en la mayor parte del país, aunque en las pautas nacionales también se recomienda un tratamiento de 14 días. También se usó en el país una combinación medicamentosa de dosis fija de cloroquina y primaquina en el 2014. Panamá es el único país de Centroamérica donde se usa arteméter-lumefantrina como tratamiento de primera línea para *P. falciparum*; todas las infecciones por esta especie en los últimos años se han importado de otros países de América del Sur y África, principalmente Colombia, donde la resistencia a la cloroquina está bien documentada. Todavía se usa la administración masiva de medicamentos en el país. Se administra tratamiento masivo supervisado con cloroquina y primaquina durante siete días en localidades consideradas de alto riesgo o donde hay brotes.

En muchos lugares de difícil acceso, se administra tratamiento en el momento en que se toma un frotis sanguíneo, mientras se aguardan los resultados. Sin embargo, a la mayoría de los casos se les administra la dosis completa de tratamiento radical aun cuando se los esté tratando como casos sospechosos. Por lo tanto, la información acerca de número de tratamientos de primera

**Figura 9. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Panamá, 2000–2014**



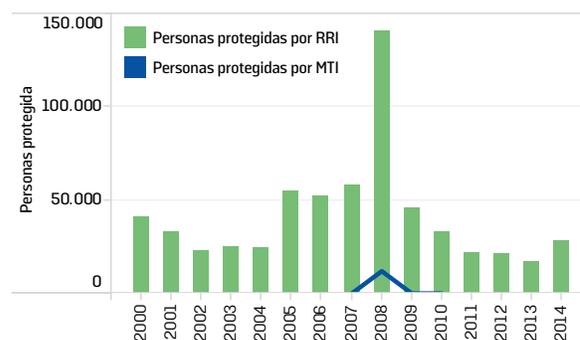
\*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para los años 2013 y 2014.

línea administrados es inexacta y extremadamente subestimada.

### Control de vectores

Actualmente se usa el RRI para el control de vectores y de esta forma se protegieron casi 28.000 personas en el 2014 (figura 10). Sin embargo, la cobertura a nivel de municipio es baja y a menudo inadecuada (menos del 80% de los hogares). Las barreras culturales son en gran medida el motivo por el cual la cobertura del RRI no ha sido alta en las zonas maláricas donde predominan las poblaciones étnicas. En el 2008 se introdujeron los MTI, pero no se han distribuido nuevamente después de ese año. Debido a la resistencia cultural al uso de los MTI, no tuvieron impacto alguno en los lugares donde se distribuyeron. Cuando se distribuyeron mosquiteros, no se tuvo en cuenta el hecho de que la mayoría de la gente de estas zonas duerme en hamacas, para las cuales los mosquiteros comunes tratados con insecticida no sirven. Habría que considerar el uso de mosquiteros diseñados especialmente para hamacas como otra herramienta para la prevención.

**Figura 10. Personas protegidas por RRI y por MTI en Panamá, 2000–2014**



Por otro lado, en estudios de la resistencia a los insecticidas realizados en localidades de la comarca de Madungandi donde la malaria es endémica se observó que el principal vector de la malaria, *An. albimanus*, era sumamente resistente a los piretroides (deltametrina, lambda-cialontrina, ciflutrina y cipermetrina) pero era sensible a los organofosforados y a los carbamatos. Se necesitan estudios para evaluar el mecanismo de la resistencia en Madungandi y definir el curso a seguir en esa zona. Es necesario hacer un esfuerzo para establecer un programa de vigilancia regular de la sensibilidad a los insecticidas en el país.

### Financiamiento

El gobierno ha aportado la mayor parte de los fondos para el control de la malaria. La Iniciativa AMI/RAVREDA, financiada por la USAID, y la OPS/OMS también han proporcionado apoyo. Según se informa, en el 2014 el gobierno asignó casi \$11 millones para el control de la malaria (figura 11). En el 2014, el Fondo Mundial aportó \$200.000 en calidad de financiamiento inicial como parte de la iniciativa EMMIE, aunque no todos estos fondos se usaron en el 2014. La USAID proporcionó más de \$75.000 con apoyo técnico de la OPS/OMS y de otras entidades asociadas de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonia (los CDC, Management Sciences for Health, la Farmacopea Estadounidense y Links Media).

Figura 11. Financiamiento para la malaria en Panamá, 2000-2014

