

# **PLAN DE ACCIÓN PARA EL CONTROL DE MALARIA EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2018-2021**

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

# **Situación de la malaria en América**

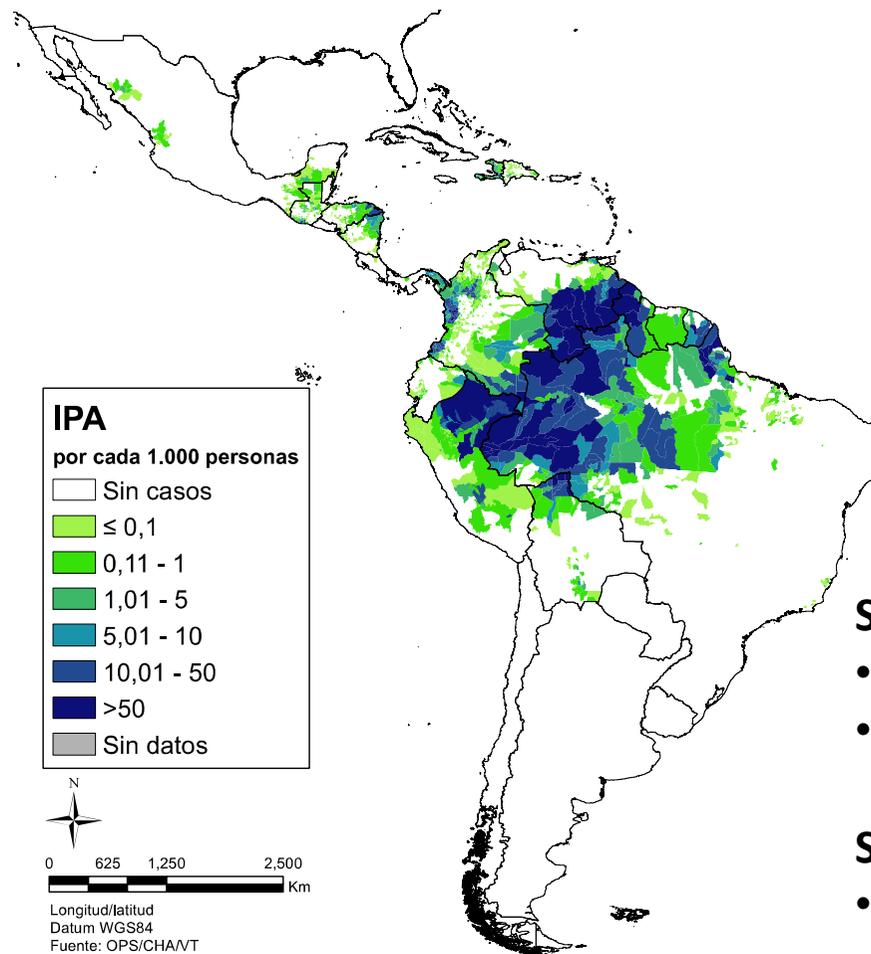
# Actualmente, la malaria es endémica en 21 países de la Región

## Subregión Amazonía:

- Bolivia
- Brasil
- Colombia
- Ecuador
- Guayana Francesa
- Guyana
- Perú
- Suriname
- Venezuela.

## Subregión mesoamérica

- Belice
- Costa Rica
- El Salvador
- Guatemala
- Honduras
- México
- Nicaragua
- Panamá



## Subregión La Española:

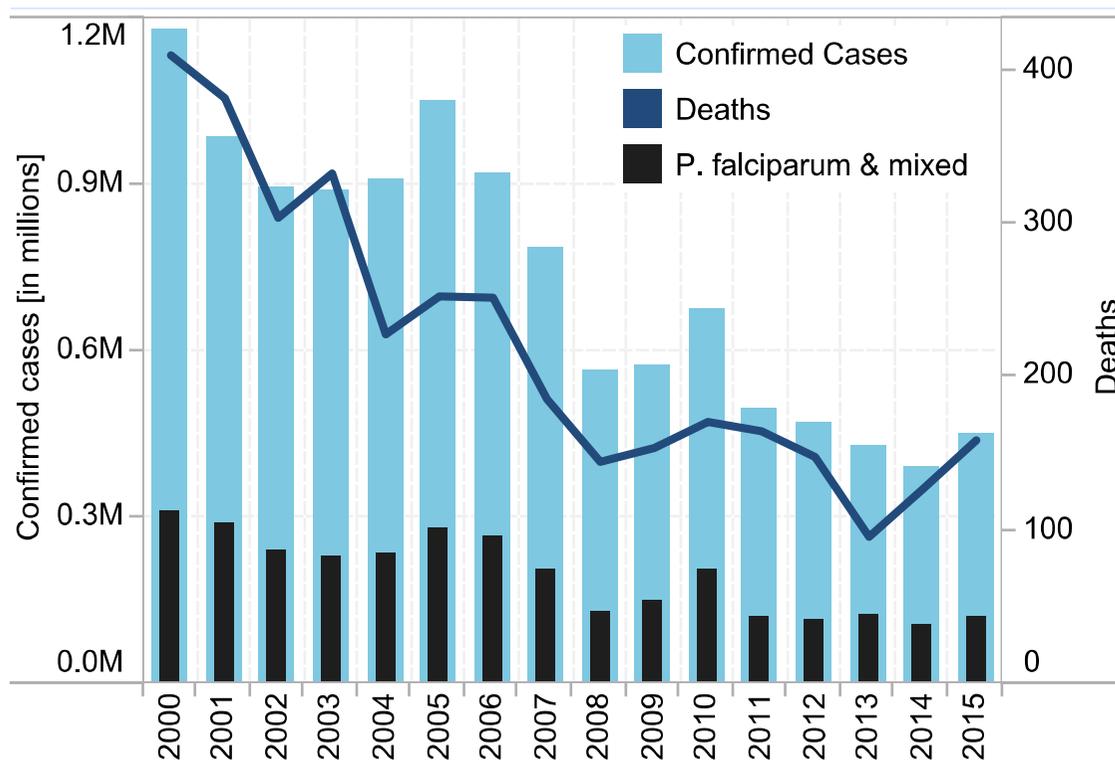
- Haití
- República Dominicana

## Sub región Cono Sur:

- Argentina
- Paraguay

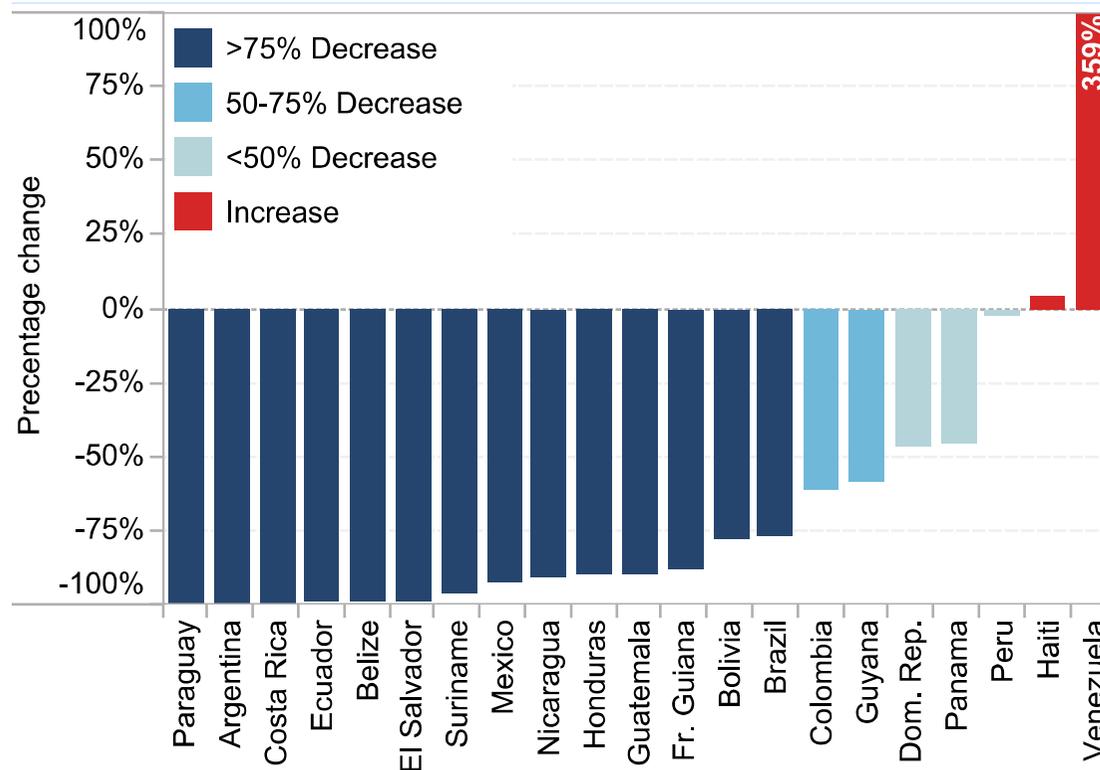
\*Bolivia y Haití notificaron el IPA en el nivel ADM3. Guyana y Suriname notificaron el IPA en el nivel ADM1. Los demás países notificaron en el nivel ADM2, excepto Ecuador, que no presentó datos del 2014 y en su lugar se muestran datos del 2013 del nivel ADM2. Perú presentó datos del nivel ADM3 para Amazonas, Ayacucho, Cusco, Junín, Loreto, y San Martín, mientras que los datos de los demás regiones se notificaron en el nivel ADM1.

## Morbilidad y mortalidad por malaria en América, 2000-2015



- El número de **casos confirmados** notificados desde el 2000 bajó de 1.181.095 a 451.242 en el 2015. **62% de disminución.**
- Las muertes** relacionadas bajaron de 410 en el 2000 a 159 en el 2014. **61% de disminución**
- La subregión de la Amazonia tiene la mayor carga de malaria en la Región de las Américas.** La selva amazónica, que tiene más de 5,5 millones de kilómetros cuadrados, abarca nueve países: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela

## Cambio en la morbilidad por malaria, por país en la Región de las Américas, 2000-2015



\* Fr. Guiana - French Guiana, \*\* Dom. Rep. - Dominican Republic



- A fines del 2014, todos los países endémicos de la Región, excepto Haití y Venezuela, habían reducido la morbilidad por malaria en comparación con el 2000
- Actualmente, 13 países de la Región se encuentran en la fase de control
- Belice, Ecuador, El Salvador, México y la República Dominicana, se encuentran en la fase de preeliminación
- Argentina, Costa Rica y Paraguay se encuentran en la fase de eliminación

## Municipios con la mayor carga de malaria en países de la subregión Amazónica, 2013- 2015

<i>Municipality</i>	<i>State</i>	<i>Country</i>			
Sifontes	Bolivar	Venezuela	46,610	52,509	71,934
Cruzeiro do Sul	Acre	Brazil	20,043	17,210	14,979
Atures	Amazonas	Venezuela	4,377	5,897	9,812
Manaus	Amazonas	Brazil	7,295	7,443	9,748
Gran Sabana	Bolivar	Venezuela	5,195	5,224	8,354
San Juan Bautista	Loreto	Peru	7,414	10,616	8,006
Andoas	Loreto	Peru	1,029	6,842	7,898
Raul Leoni	Bolivar	Venezuela	2,844	5,130	7,777
Quibdo	Choco	Colombia	4,232	5,008	7,120
Cedeno	Bolivar	Venezuela	5,057	5,289	6,898
Ipixuna	Amazonas	Brazil	5,455	2,983	6,731
Eirunepe	Amazonas	Brazil	8,483	5,288	6,240
Tado	Choco	Colombia	1,814	3,472	5,716
Mancio Lima	Acre	Brazil	7,281	6,207	5,552
Labrea	Amazonas	Brazil	4,651	7,412	5,161
Sao Gabriel**	Amazonas	Brazil	5,524	4,533	5,071
Tigre	Loreto	Peru	2,511	5,194	4,764
El Callao	Bolivar	Venezuela	340	574	4,462
Rodrigues Alves	Acre	Brazil	3,524	4,774	4,380
Napo	Loreto	Peru	859	3,207	4,344
Ramon Castilla	Loreto	Peru	3,911	1,851	4,341
Barcelos	Amazonas	Brazil	2,423	3,863	4,207
Atalaia do Norte	Amazonas	Brazil	4,291	3,619	3,991
Sucre	Bolivar	Venezuela	2,691	3,490	3,820
Trompeteros	Loreto	Peru	1,226	2,744	3,761
			0 50,000	0 100,000	0 100,000
			<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>

\* São Gabriel da Cachoeira

District-level data (ADM-3) used for Peru, which were partially available during 2013-2015.

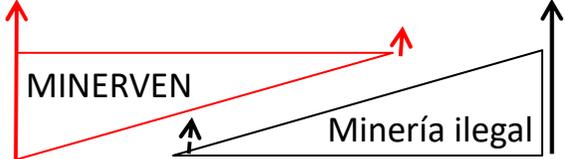
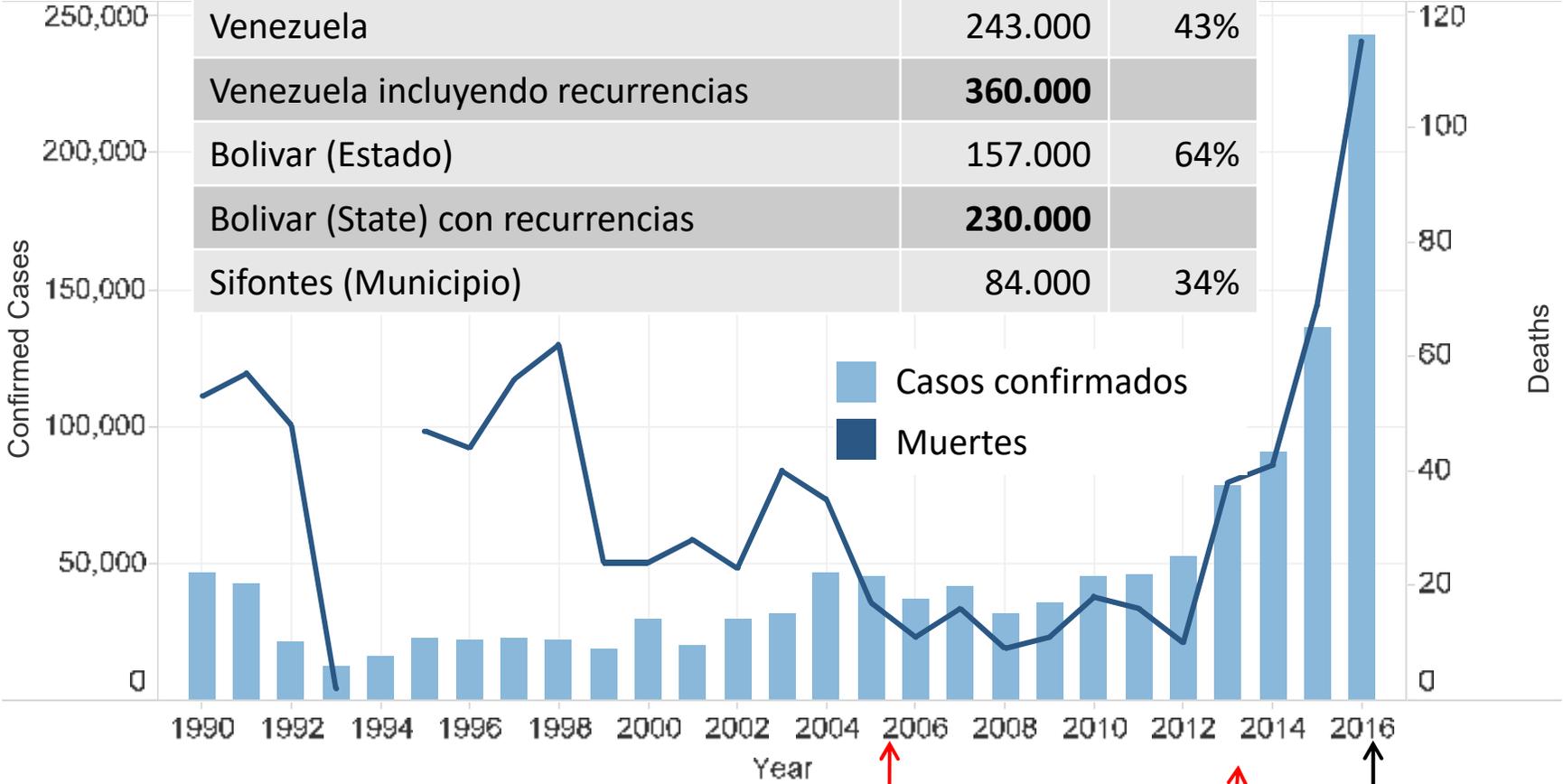
### Change from previous year

Decrease      Increase      No Data



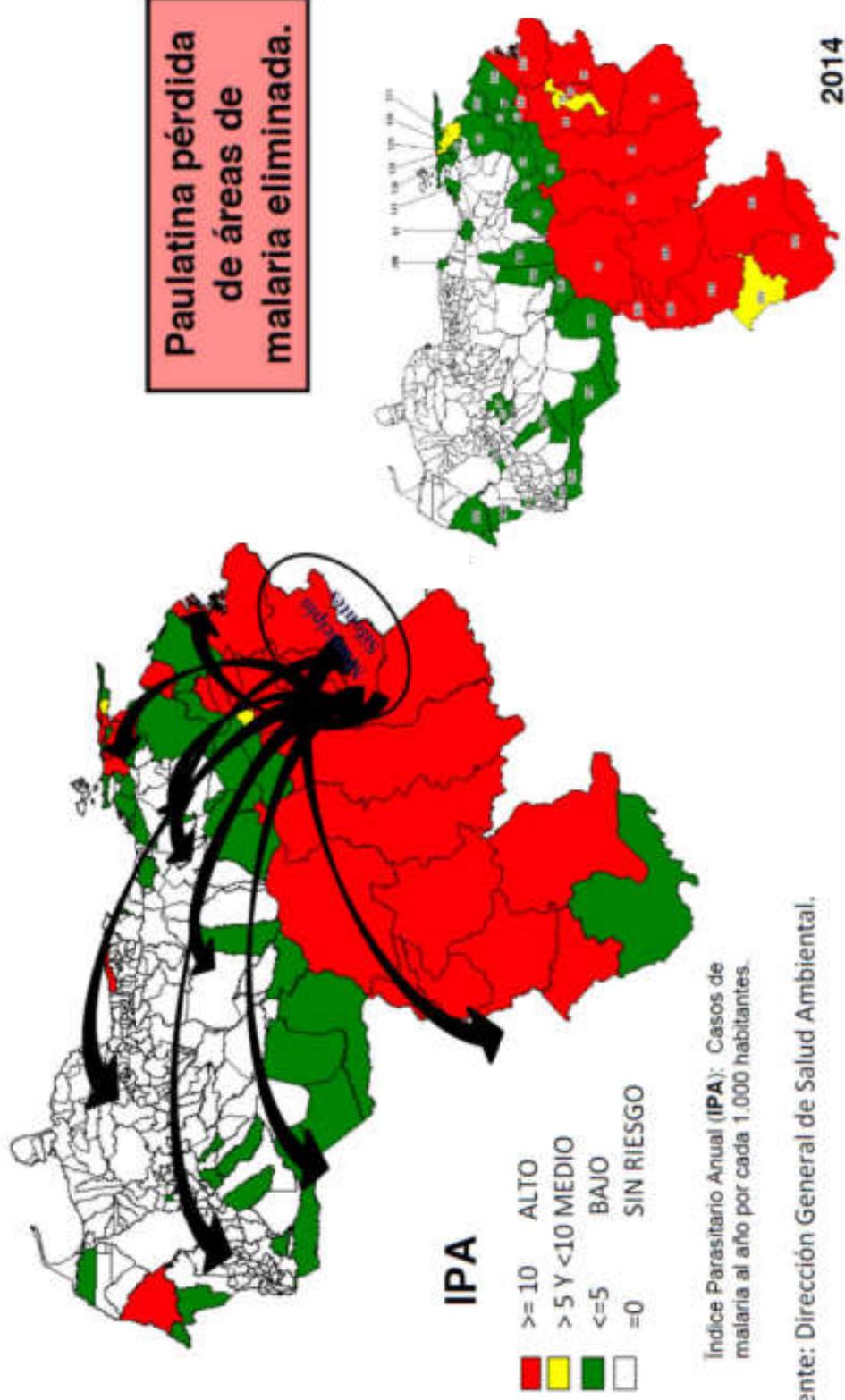
# Casos y muertes por malaria en Venezuela, 1990-2016

Casos (2016)		
Americas	557.000	
Venezuela	243.000	43%
Venezuela incluyendo recurrencias	<b>360.000</b>	
Bolivar (Estado)	157.000	64%
Bolivar (State) con recurrencias	<b>230.000</b>	
Sifontes (Municipio)	84.000	34%



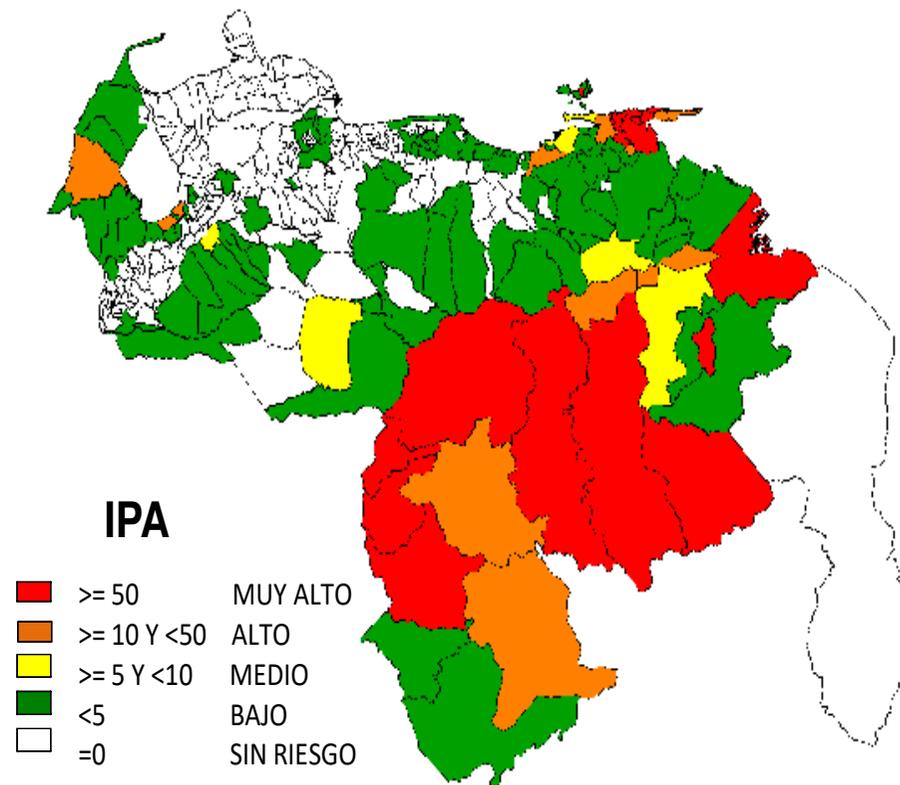
# MALARIA EN VENEZUELA: ÁREAS DE RIESGO, 2016

FIGURA 1. ÁREAS DE RIESGO DE MALARIA – MUNICIPIO SEGÚN IPA, HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 25. VENEZUELA, 2016



Fuente: Dirección General de Salud Ambiental.

**Figura 1.** Estratificación de riesgo para malaria por municipio según IPA.  
República Bolivariana de Venezuela, SE N° 38, 2.018



Fuente. Dirección General de Salud Ambiental

# Situación Epidemiológica Nacional

- Hasta la semana epidemiológica N° 38 de 2.018, se registran en el **país 285.476** casos de malaria, lo que **representa un incremento** de 53.000 casos (**22,8%**), con respecto al número de casos registrados para el período homólogo del año 2.017 ( $\eta=232.426$ ).
- Del total de casos registrados, 283.859 son **autóctonos (99,4%)** y 1.617 importados del exterior (0,6%); estos últimos corresponden a usuarios procedentes de Guayana ( $\eta=1.304$ ), Colombia ( $\eta=2016$ ), Trinidad y Tobago ( $\eta=2$ ), Guayana Francesa ( $\eta=1$ ) y los Testigos ( $\eta=1$ ).
- El mayor número de **casos** autóctonos registrados se **concentra en el estado Bolívar** con 174.197 casos (**61,4%**), seguido de los estados **Sucre** con 47.035 casos (**16,6%**), **Amazonas** con 35.557 casos (**12,5%**) y **Zulia** con 10.073 casos (**3,5%**).
- Las entidades federales que muestran el mayor incremento porcentual de casos son Nueva Esparta (1.135,6%) y Zulia (178,4%).
- La fórmula parasitaria del país indica que 74,9% de las infecciones del año han sido a *Plasmodium vivax*, 18,8% a *Plasmodium falciparum* y 6,3% Infecciones Mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*).

**Comparación de casos de malaria por entidad federal origen de infección.  
República Bolivariana de Venezuela, 2.017-2.018**

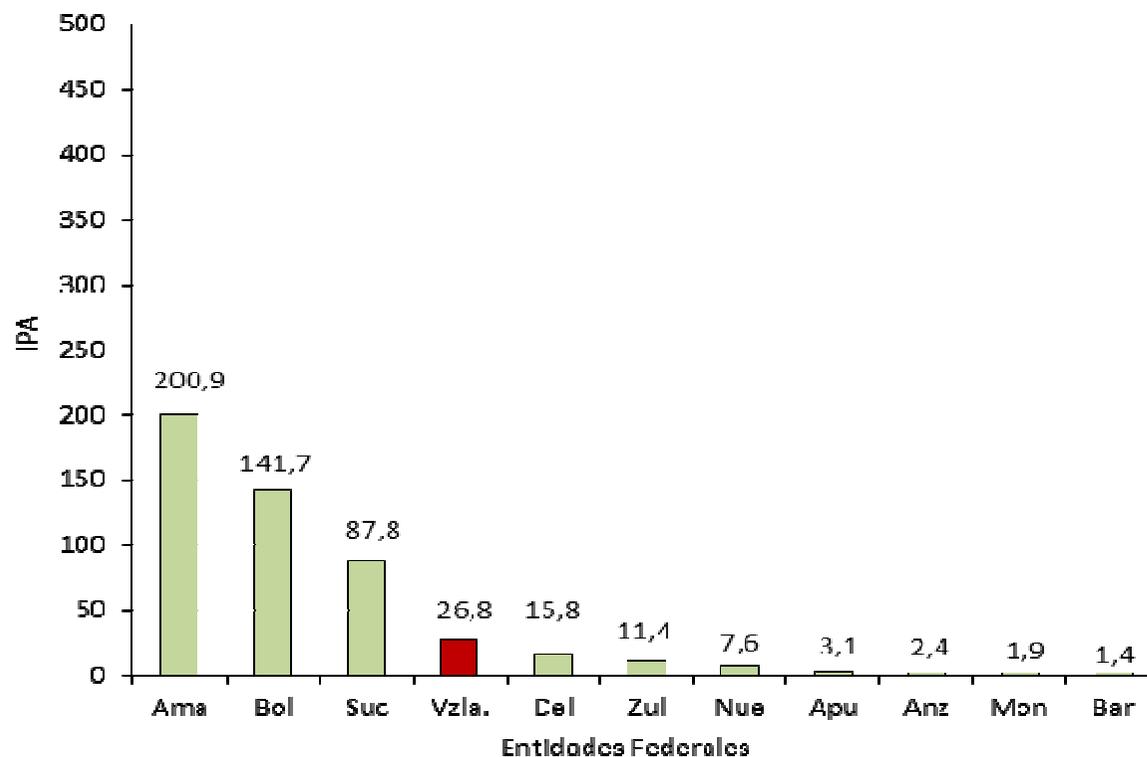
ENTIDAD	MUESTRAS TOMADAS	CASOS ACUMULADOS 2.018				TOTAL 2.018	TOTAL 2.017
		ESPECIE					
		P.v	P.f	P.m	P.v + P.f		
Amazonas*	91.572	27.265	7.076	9	1.207	35.557	49.288
Anzoátegui *	5.306	3.155	150	0	234	3.539	4.236
Apure *	8.882	1.715	35	0	48	1.798	3.253
Aragua*	1.245	0	0	0	0	0	558
Baños*	8.800	1.169	6	0	16	1.191	2.026
Bolívar*	227.707	115.485	44.610	0	14.102	174.197	168.881
Carabobo*	1.251	0	0	0	0	0	1.780
Cojedes	391	0	0	0	0	0	242
D. Amacuro*	4.701	1.920	631	0	439	2.990	4.486
Dtto. Capital	1.875	0	0	0	0	0	1.418
Falcón	95	1	0	0	0	1	83
Guárico*	2.562	154	47	0	7	208	3.536
Lara*	501	0	0	0	0	0	121
Mérida	549	46	0	0	0	46	175
Miranda*	1.113	248	13	0	79	340	960
Monagas *	26.149	1.961	115	0	235	2.311	12.081
N. Esparta	10.215	4.221	17	0	62	4.300	348
Portuguesa	1.957	11	0	0	1	12	511
Sucre *	49.819	45.136	523	0	1.376	47.035	38.437
Táchira	2.279	117	1	0	4	122	340
Trujillo	584	8	0	0	0	8	206
Vargas	326	18	1	0	5	24	197
Yaracuy	1.553	96	9	0	2	107	309
Zulia (NSI)	12.506	10.031	33	0	9	10.073	3.618
<b>VENEZUELA</b>	<b>461.938</b>	<b>212.757</b>	<b>53.267</b>	<b>9</b>	<b>17.826</b>	<b>283.859</b>	<b>231.206</b>
<b>Casos importados*</b>		<b>1.034</b>	<b>420</b>	<b>0</b>	<b>163</b>	<b>1.617</b>	<b>1.220</b>
<b>Total País</b>		<b>213.791</b>	<b>53.687</b>	<b>9</b>	<b>17.989</b>	<b>285.476</b>	<b>232.426</b>

Fuente. Dirección General de Salud Ambiental

Nota:° Láminas Gota Gruesa y Extendido. \*: Se Corrige Acumulativo; P.v = *Plasmodium vivax*; P.f = *Plasmodium falciparum*; P.m. = *Plasmodium malariae*; P.v.f. = Infecciones Mixtas (*P. vivax* + *P. falciparum*). NSI: No Suministró Información

ENTIDAD	MUESTRAS TOMADAS	CASOS ACUMULADOS 2.018				TOTAL 2.018	TOTAL 2.017	Variación %
		ESPECIE						
		P.v	P.f	P.m	P.v + P.f			
Amazonas*	91.572	27.265	7.076	9	1.207	35.557	49.288	↓ 27,9
Anzoátegui *	5.306	3.155	150	0	234	3.539	4.236	↓ 16,5
Apure *	8.882	1.715	35	0	48	1.798	3.253	↓ 44,7
Aragua*	1.245	0	0	0	0	0	558	↓ 100,0
Barinas*	8.800	1.169	6	0	16	1.191	2.026	↓ 41,2
Bolívar*	227.707	115.485	44.610	0	14.102	174.197	168.881	↑ 3,1
Carabobo*	1.251	0	0	0	0	0	1.780	↓ 100,0
Cojedes	391	0	0	0	0	0	242	↓ 100,0
D. Amacuro*	4.701	1.920	631	0	439	2.990	4.486	↓ 33,3
Dtto. Capital	1.875	0	0	0	0	0	1.418	↑ 100,0
Falcón	95	1	0	0	0	1	83	↓ 98,8
Guárico*	2.562	154	47	0	7	208	3.536	↓ 94,1
Lara*	501	0	0	0	0	0	121	↓ 100,0
Mérida	549	46	0	0	0	46	175	↓ 73,7
Miranda*	1.113	248	13	0	79	340	960	↓ 64,6
Monagas *	26.149	1.961	115	0	235	2.311	12.081	↓ 80,9
N. Esparta	10.215	4.221	17	0	62	4.300	348	↑ 1.135,6
Portuguesa	1.957	11	0	0	1	12	511	↓ 97,7
Sucre *	49.819	45.136	523	0	1.376	47.035	38.437	↑ 22,4
Táchira	2.279	117	1	0	4	122	340	↓ 64,1
Trujillo	584	8	0	0	0	8	206	↓ 96,1
Vargas	326	18	1	0	5	24	197	↓ 87,8
Yaracuy	1.553	96	9	0	2	107	309	↓ 65,4
Zulia (NSI)	12.506	10.031	33	0	9	10.073	3.618	↑ 178,4
<b>VENEZUELA</b>	<b>461.938</b>	<b>212.757</b>	<b>53.267</b>	<b>9</b>	<b>17.826</b>	<b>283.859</b>	<b>231.206</b>	<b>↑ 22,8</b>
Casos importados*		1.034	420	0	163	1.617	1.220	↑ 32,5
<b>Total País</b>		<b>213.791</b>	<b>53.687</b>	<b>9</b>	<b>17.989</b>	<b>285.476</b>	<b>232.426</b>	<b>↑ 22,8</b>

## Incidencia Parasitaria Anual por entidad federal. República Bolivariana de Venezuela, 2.018\*

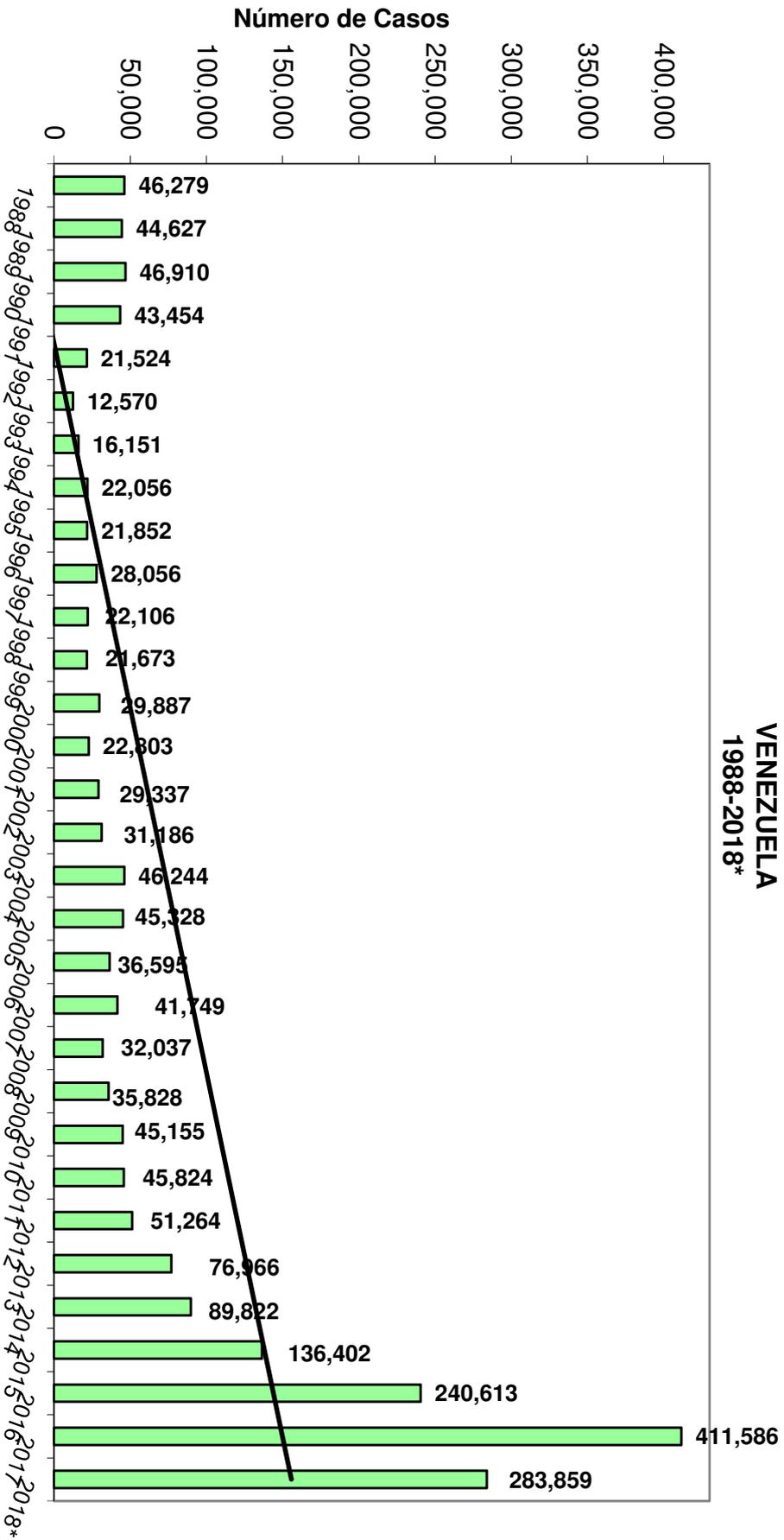


El riesgo de contraer malaria, medido por la Incidencia Parasitaria Anual (IPA), se ubica en 26,8 casos por cada 1.000 habitantes del país; las entidades federales con mayor IPA son Amazonas (200,9 casos por cada 1.000 habitantes), Bolívar (141,7 casos por cada 1.000 habitantes) y Sucre (87,8 casos por cada 1.000 habitantes).

**Fuente.** Dirección General de Salud Ambiental

\*Datos hasta la semana epidemiológica N° 38

**TENDENCIA DE MALARIA  
VENEZUELA  
1988-2018\***



\* HASTA SEMANA EPIDEMIOLOGICA 38

# **Estrategia para el control y eliminación de la malaria**

**El diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno de la malaria tanto en establecimientos de salud públicos y privados como centros comunitarios, así como la adopción de estrategias complementarias de prevención basadas en el control integrado de los vectores, son fundamentales para reducir la carga de malaria, reducir las tasas de transmisión e impedir la reintroducción de la enfermedad.**

Plan para la Eliminación de la Malaria  
2016-2020

*Aprobado en la 68ª. Sesión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud*

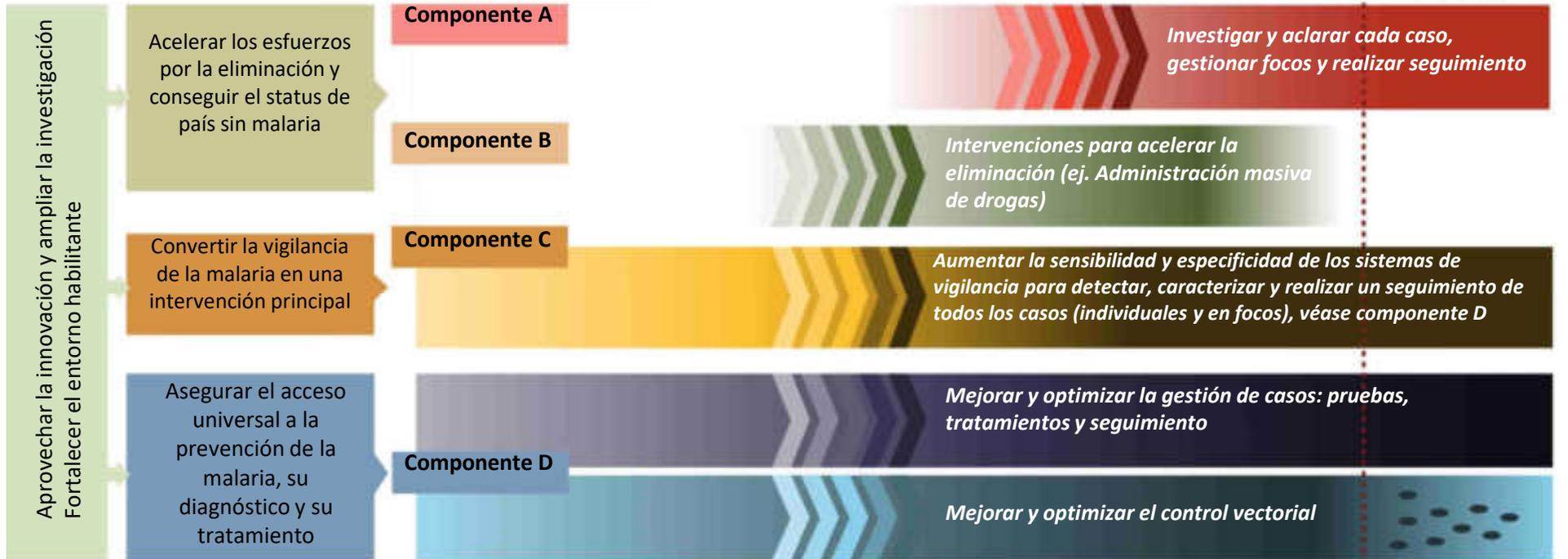
Septiembre 2016

## Ilustración del conjunto de intervenciones

### Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030

Elementos de apoyo

Pilares



# ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE LA SITUACIÓN DE MALARIA EN VENEZUELA

## COMPONENTE 1

Plan de acción para el control de la malaria, 2018-2021

Dirigido a mejorar y ampliar la capacidad instalada



Incide en lo estructural



Corto, mediano y largo plazo

## COMPONENTE 2

Tratamiento masivo

Dirigido a disminuir la carga de enfermedad en áreas focalizadas de alta transmisión



Coyuntural, respuesta a brote



Inmediato

**PLAN DE ACCIÓN PARA EL CONTROL DE MALARIA  
EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA,  
2018-2021**

**COMPONENTE 1**

## Meta

Reducir para el año 2021 la morbilidad por malaria al menos 50% y la mortalidad por malaria 100% con respecto al año 2018, a través de la ejecución de acciones dirigidas al control del agente causal (*Plasmodium*) y dirigidas al control del vector en el marco del manejo integrado de vectores en los 24 estados, según estratificación de la endemividad a nivel de focos de transmisión.

# Objetivos estratégicos

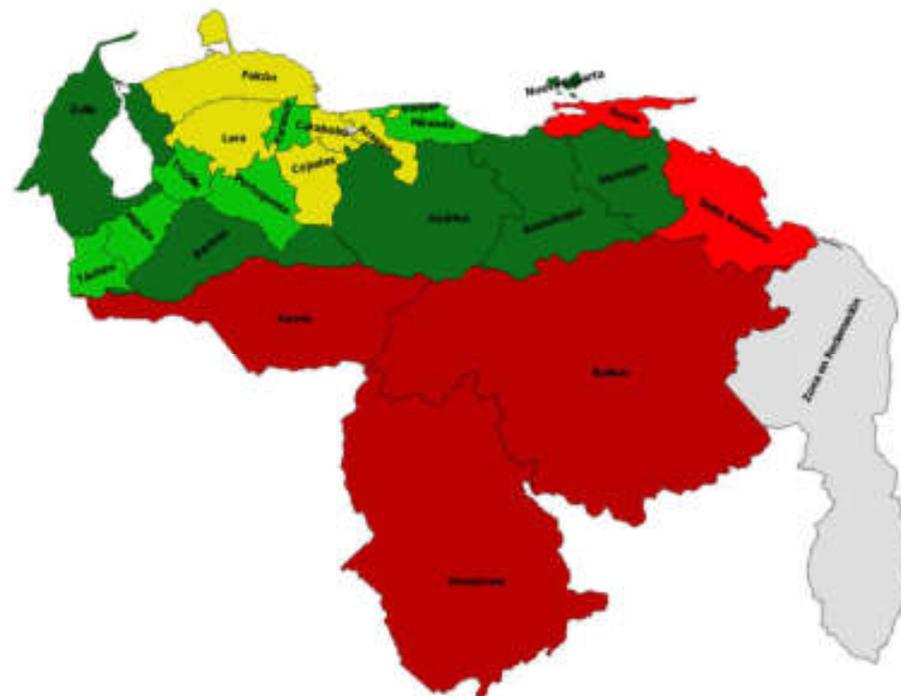
- **Objetivo estratégico 1:** Garantizar el tratamiento inmediato basado en diagnóstico temprano, como la principal intervención en malaria (para reducir el reservorio de la malaria, evitar complicaciones y muerte).
- **Objetivo Estratégico 2:** Garantizar la atención médica de calidad y oportuna al paciente malárico.
- **Objetivo Estratégico 3:** Aplicar las medidas de manejo integrado de vectores, según evaluación entomológica rápida.
- **Objetivo Estratégico 4:** Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.
- **Objetivo Estratégico 5:** Desarrollar campaña comunicacional continua para la promoción de la salud y la prevención de la malaria en todo el país.
- **Objetivo Estratégico 6:** Formar y actualizar a los trabajadores de salud y habitantes de la comunidad, en temas prioritarios para el control de malaria.
- **Objetivo estratégico 7:** Garantizar el acompañamiento y supervisión al personal involucrado en la lucha contra la malaria
- **Objetivo estratégico 8:** Desarrollar un marco político, estratégico y operativo para abordar los problemas urgentes de salud pública relacionados con la explotación minera.
- **Objetivo Estratégico 9:** Gestionar los suministros suficientes para la ejecución de este plan.

# ESTRATIFICACIÓN POR ESTADO

- **GRUPO 1: Estados con alta transmisión de malaria**
  - **SUBGRUPO 1.1: Amazonas, Bolívar y Apure**
  - **SUBGRUPO 1.2: Sucre y Delta Amacuro**
- **GRUPO 2: Estados con casos autóctonos e introducidos, reciente introducción y/o focalizada**
  - **SUBGRUPO 2.1: Anzoátegui, Barinas, Guárico, Nueva Esparta, Monagas, Zulia**
  - **SUBGRUPO 2.2: menos de 300 casos acumulados durante el año 2018: Portuguesa, Táchira, Trujillo, Vargas, Miranda, Mérida, Yaracuy**
- **GRUPO 3: Estados sin casos autóctonos y/o en investigación: Aragua, Carabobo, Cojedes, Distrito Capital, Falcón y Lara**

# ESTRATIFICACIÓN POR ESTADO

- **GRUPO 1: Estados con alta transmisión de malaria**
  - **SUBGRUPO 1.1: Amazonas, Bolívar y Apure.**
  - **SUBGRUPO 1.2: Sucre y Delta Amacuro**
- **GRUPO 2: Estados con casos autóctonos e introducidos, reciente introducción y/o focalizada**
  - **SUBGRUPO 2.1: Anzoátegui, Barinas, Guárico, Nueva Esparta, Monagas, Zulia**
  - **SUBGRUPO 2.2: menos de 300 casos acumulados durante el año 2018: Portuguesa, Táchira, Trujillo, Vargas, Miranda, Mérida, Yaracuy**
- **GRUPO 3: Estados sin casos autóctonos y/o en investigación: Aragua, Carabobo, Cojedes, Distrito Capital, Falcón y Lara**



# GRUPO 1: Estados con alta transmisión de malaria

## SUBGRUPO 1.1: Amazonas, Bolívar y Apure



**GRUPO 1: Estados con alta transmisión de malaria**  
**SUBGRUPO 1.1: Amazonas, Bolívar y Apure**

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

- Diagnosticar y tratar de forma completa e inmediata los pacientes positivo según especie parasitaria
- Administrar tratamiento inmediato para malaria mixta en caso clínico sin diagnóstico parasitario, con nexo epidemiológico en áreas con índice de positividad  $\geq 80\%$ , para eliminar demoras en el inicio del tratamiento
- Incrementar la búsqueda activa de casos.
- Administrar tratamiento masivo focalizado: únicamente en comunidades de difícil acceso, con alta transmisión de malaria y visitas trimestrales, previa discusión y autorización de la DGSA.
- Organizar la red de atención al paciente malárico con base en la estructura de las ASIC. Designar en cada ASIC, un centro de salud de 24 horas con diagnóstico y tratamiento de malaria.
- Organizar la red de Barrio Adentro (CDI) y hospitalaria (MPPS, IVSS, DIGESALUD-FANB) para la atención de malaria severa.
- Capacitar al personal de salud (diagnóstico, tratamiento y en atención de paciente malárico).
- Realizar en toda consulta prenatal la pesquisa de malaria por diagnóstico parasitológico (gota gruesa y extendido).
- Entregar Mosquiteros Impregnado con Insecticida (MTILD) a toda embarazada durante la primera consulta de atención prenatal.
- Análisis, planificación y manejo de los focos a nivel de microáreas.
- Analizar la casuística de muertes por malaria, levantar las rutas de atención e identificar y corregir fallas en el proceso de atención.

**CONTROL DE VECTORES**

- Distribuir Mosquiteros Impregnado con Insecticida de Larga Duración (MTILD) de cama o hamaca o dual según hábitos de la población y del vector.
- Aplicar como medida temporal, la nebulización espacial en **centros poblados** de alta transmisión por tres noches consecutivas, seguido de ciclo semanal por ocho semanas, luego mantener vigilancia epidemiológica para replantear acciones.
- Aplicar rociamiento intradomiciliario en viviendas con superficie rociable, según el comportamiento endofágico del vector (cuando se disponga de los equipos de aplicación pulverizadores: bombas Hudson).
- Realizar evaluaciones entomológicas rápidas para determinar medidas de control vectorial (Abundancia, horario de picadura y tasa de paridad). Una vez que se implementen las medidas, medir el impacto de las mismas y realizar evaluaciones cada tres-cuatro meses en puestos centinelas.

# GRUPO 1: Estados con alta transmisión de malaria

## SUBGRUPO 1.2: Sucre y Delta Amacuro



**GRUPO 1: Estados con alta transmisión de malaria**  
**SUBGRUPO 1.2: Sucre y Delta Amacuro**

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

- Diagnosticar y tratar completa e inmediata los pacientes positivo según especie parasitaria.
- Administrar tratamiento inmediato para malaria mixta en caso clínico sin diagnóstico parasitario, con nexo epidemiológico en áreas con índice de positividad  $\geq 80\%$ , para eliminar demoras en el inicio del tratamiento.
- Administrar tratamiento masivo focalizado: únicamente en comunidades de difícil acceso, con alta transmisión de malaria y visitas trimestrales, previa discusión y autorización de la DGSA.
- Organizar la red de atención al paciente malárico con base en la estructura de las ASIC. Designar en cada ASIC, un centro de salud de 24 horas con diagnóstico y tratamiento de malaria.
- Organizar la red de Barrio Adentro (CDI) y hospitalaria (MPPS, IVSS, DIGESALUD-FANB) para la atención de malaria severa.
- Capacitar al personal de salud (diagnóstico, tratamiento y en atención de paciente malárico).
- Realizar en toda consulta prenatal la pesquisa de malaria por diagnóstico parasitológico (gota gruesa y extendido).
- Entregar Mosquiteros Impregnado con Insecticida (MTILD) a toda embarazada durante la primera consulta de atención prenatal.
- Análisis, planificación y manejo de los focos a nivel de microáreas.
- Analizar la casuística de muertes por malaria, levantar las rutas de atención e identificar y corregir fallas en el proceso de atención.

**CONTROL DE VECTORES**

- Distribuir Mosquiteros Impregnado con Insecticida de Larga Duración (MTILD) de cama o hamaca o dual según hábitos de la población y del vector (Delta Amacuro).
- Aplicar como medida temporal, la nebulización espacial en **centros poblados** de alta transmisión por tres noches consecutivas, seguido de ciclo semanal por ocho semanas, luego mantener vigilancia epidemiológica para replantear acciones.
- Aplicar rociamiento intradomiciliario en viviendas con superficie rociable, según el comportamiento endofágico del vector (cuando se disponga de los equipos de aplicación pulverizadores: bombas Hudson).
- Realizar evaluaciones entomológicas rápidas para determinar medidas de control vectorial (Abundancia, horario de picadura y tasa de paridad). Una vez que se implementen las medidas, medir el impacto de las mismas y realizar evaluaciones cada tres-cuatro meses en puestos centinelas.

**GRUPO 2: Estados con casos autóctonos e introducidos, reciente introducción y/o focalizada**  
**SUBGRUPO 2.2: menos de 300 casos acumulados durante el año 2018:**  
**Portuguesa, Táchira, Trujillo, Vargas, Miranda, Mérida, Yaracuy**



**GRUPO 2: Estados con casos autóctonos e introducidos, reciente introducción y/o focalizada**  
**SUBGRUPO 2.1: Anzoátegui, Barinas, Guárico, Nueva Esparta, Monagas, Zulia**

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

- Diagnosticar y tratar completa e inmediata a los pacientes positivo según especie parasitaria.
- Identificar focos de transmisión (microestratificación): a. Incrementar búsqueda activa de casos; b. Instalar punto de diagnóstico y tratamiento cerca del foco ó c. tratamiento de caso y colaterales.
- Ejecutar respuesta reactiva a casos introducidos.
- Incrementar la búsqueda activa de casos.
- Organizar la red de atención al paciente malárico con base en la estructura de las ASIC. Designar en cada ASIC, un centro de salud de 24 horas con diagnóstico y tratamiento de malaria.
- Organizar la red de Barrio Adentro (CDI) y hospitalaria (MPPS, IVSS, DIGESALUD-FANB) para la atención de malaria severa.
- Capacitar al personal de salud (diagnóstico, tratamiento y en atención de paciente malárico).
- Realizar en toda consulta prenatal la pesquisa de malaria por diagnóstico parasitológico (gota gruesa y extendido).
- Entregar Mosquiteros Impregnado con Insecticida (MTILD) a toda embarazada durante la primera consulta de atención prenatal.

**CONTROL DE VECTORES**

- Aplicar como medida temporal, la nebulización espacial en centros poblados de alta transmisión por tres noches consecutivas, seguido de ciclo semanal por ocho semanas, luego mantener vigilancia epidemiológica para replantear acciones.
- Distribuir Mosquiteros Impregnado con Insecticida de Larga Duración (MTILD) de cama o hamaca o dual según hábitos de la población y del vector .
- Realizar evaluaciones entomológicas rápidas para determinar medidas de control vectorial (Abundancia, horario de picadura y tasa de paridad). Una vez que se implementen las medidas, medir el impacto de las mismas y realizar evaluaciones cada tres-cuatro meses en puestos centinelas.

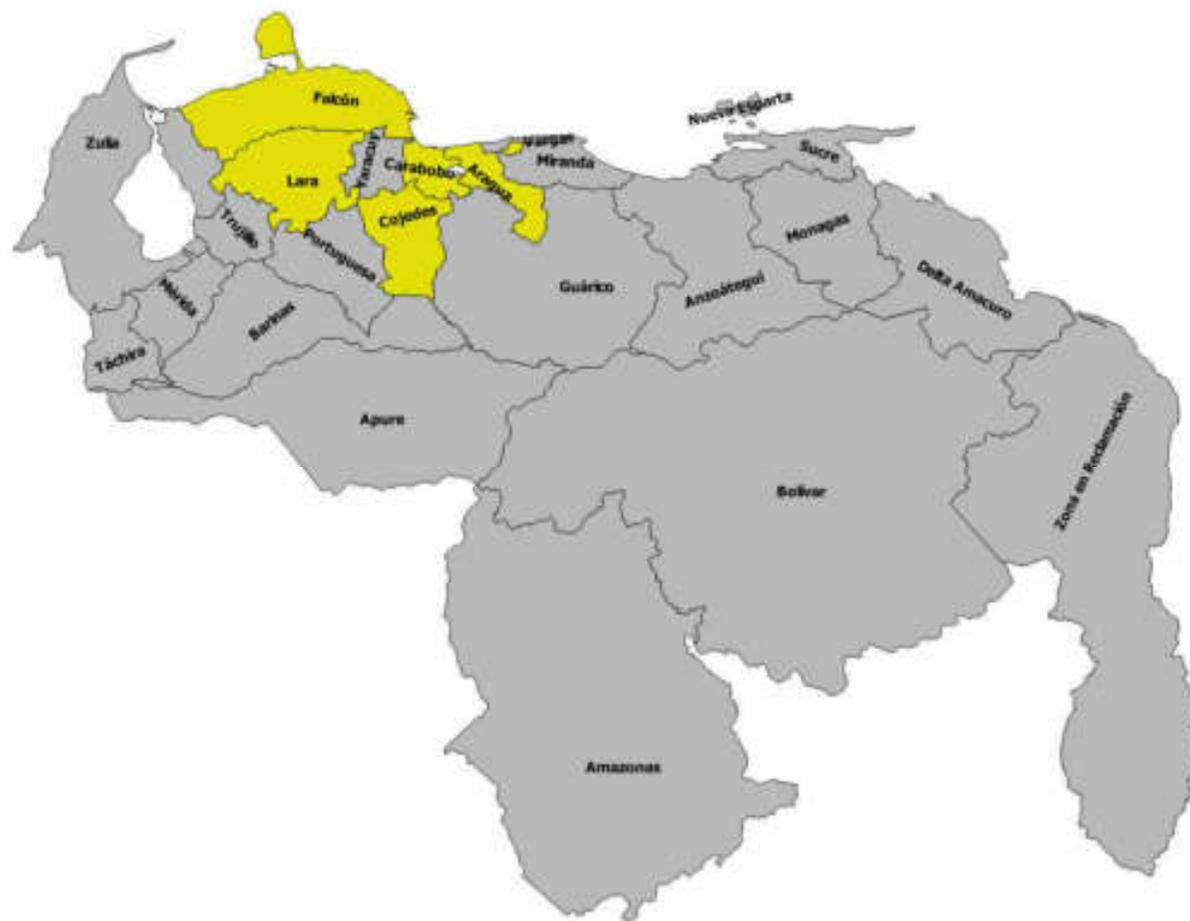
**GRUPO 2: Estados con casos autóctonos e introducidos, reciente introducción y/o focalizada**  
**SUBGRUPO 2.2: menos de 300 casos acumulados durante el año 2018: Portuguesa, Táchira, Trujillo, Vargas, Miranda, Mérida, Yaracuy**



**GRUPO 2: Estados con casos autóctonos e introducidos, reciente introducción y/o focalizada**  
**SUBGRUPO 2.2: menos de 300 casos acumulados durante el año 2018: Portuguesa, Táchira, Trujillo, Vargas, Miranda, Mérida, Yaracuy**

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	CONTROL DE VECTORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutar respuesta reactiva a casos introducidos.</li> <li>• Diagnosticar y tratar completa e inmediata a los pacientes positivo según especie parasitaria.</li> <li>• Identificar focos de transmisión (microestratificación): a. Incrementar búsqueda activa de casos; b. Instalar punto de diagnóstico y tratamiento cerca del foco ó c. tratamiento de caso y colaterales.</li> <li>• Organizar la red de atención al paciente malárico con base en la estructura de las ASIC. Designar en cada ASIC, un centro de salud de 24 horas con diagnóstico y tratamiento de malaria.</li> <li>• Organizar la red de Barrio Adentro (CDI) y hospitalaria (MPPS, IVSS, DIGESALUD-FANB) para la atención de malaria severa.</li> <li>• Capacitar al personal de salud (diagnóstico, tratamiento y en atención de paciente malárico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar como medida temporal, la nebulización espacial en centros poblados de alta transmisión por tres noches consecutivas, seguido de ciclo semanal por ocho semanas, luego mantener vigilancia epidemiológica para replantear acciones.</li> <li>• Realizar evaluaciones entomológicas rápidas para determinar medidas de control vectorial (Abundancia, horario de picadura y tasa de paridad). Una vez que se implementen las medidas, medir el impacto de las mismas y realizar evaluaciones cada tres-cuatro meses en puestos centinelas.</li> </ul>

**GRUPO 3: Estados sin casos autóctonos y/o en investigación: Aragua, Carabobo, Cojedes, Distrito Capital, Falcón y Lara**



**GRUPO 3: Estados sin casos autóctonos y/o en investigación: Aragua, Carabobo, Cojedes, Distrito Capital, Falcón y Lara**

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

- Diagnosticar y tratar completa e inmediata a los pacientes positivo según especie parasitaria.
- Organizar la red de atención al paciente malárico con base en la estructura de las ASIC. Designar en cada ASIC, un centro de salud de 24 horas con diagnóstico y tratamiento de malaria.
- Organizar la red de Barrio Adentro (CDI) y hospitalaria (MPPS, IVSS, DIGESALUD-FANB) para la atención de malaria severa.
- Capacitar al personal de salud (diagnóstico, tratamiento y en atención de paciente malárico).

**CONTROL DE VECTORES**

- En caso de identificar transmisión: Realizar evaluaciones entomológicas rápidas (abundancia, horario de picadura y tasa de paridad) y evaluar factibilidad de aplicar medida de control vectorial como aplicación como medida temporal la nebulización espacial tres noches consecutivas, seguido de ciclo semanal por ocho semanas, luego mantener vigilancia epidemiológica para replantear acciones.

**VENEZUELA LIBRE DE MALARIA**

GRACIAS!.....