



Resolución Ministerial

Lima, 22 de ENERO del 2007

Visto: el Expediente N° 06-002608-001, que contiene el Memorandum N° 2245-07/2006-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 294-94-SA/DM, de fecha 27 de junio de 1994, se aprobó el Instrumento Normativo denominado "Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Malaria en el Perú";

Que, por Resolución Directoral N° 094-2001-DGSP, de fecha 07 de agosto de 2001, se aprobó la Directiva N° 005-2001-DGSP-DEAIS-DPCRD-PCMOEM: "Atención Curativa de la Malaria. Nuevos Esquemas Terapéuticos en el Tratamiento de la Malaria en el Perú", a fin de garantizar la curación de los pacientes afectados por la malaria, reducir el reservorio humano infectado, interrumpir la cadena de transmisión de la malaria y, asegurar la efectividad de los servicios de salud en la administración del tratamiento respectivo;

Que, por Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, de fecha 02 de agosto de 2004, se estableció, entre otras, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores, con la finalidad de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por causa de dichas enfermedades, fortaleciéndose de esta forma el desarrollo integral de la población en riesgo;

Que, dentro de este contexto, se ha elaborado la "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú", la cual define y unifica criterios que deben ser observados por los prestadores de salud en el diagnóstico y atención curativa de la malaria y malaria grave, sobre la base de los esquemas terapéuticos estandarizados de eficacia comprobada que garanticen la curación de los pacientes, la reducción de complicaciones y, faciliten la efectividad de los servicios de salud en la administración del tratamiento respectivo, siendo de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del ámbito nacional, públicos y privados;

Vallejos S.

D. Fernández E.

F. M. CHIUTTI K.

D. Rojas M.

Vélez García S.

Con el visado del Viceministro de Salud, de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° **054** -MINSAL/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú", que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores, se encargará de la difusión, implementación, supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la citada Norma Técnica de Salud.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables del cumplimiento de la mencionada Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones publicará la referida Norma Técnica de Salud en el portal de internet del Ministerio de Salud

Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 294-94-SA/DM, de fecha 27 de junio de 1994, así como la Resolución Directoral N° 094-2001-DGSP, de fecha 07 de agosto de 2001 y demás disposiciones que se opongan a la presente.



D. Fernández E.

Regístrese, comuníquese y publíquese



C.M. CHIOTTI K.

CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud



V. Rojas M.



Yagly García P

NTS N°054 -MINSA/DGSP-V.01

**“NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCION DE LA MALARIA Y
MALARIA GRAVE EN EL PERU”**

I. FINALIDAD:

Aplicar la Política de Medicamentos Antimaláricos en el país, actualizando y consolidando la implementación de los nuevos esquemas de terapia de combinación en el tratamiento de la malaria, garantizando oportunidad, calidad y eficacia en la atención.

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Brindar una adecuada atención curativa y recuperativa de la malaria, preventiva y recuperativa a la población en riesgo y afectada por malaria en el país, reduciendo sostenidamente la morbi-mortalidad en el país, previniendo y controlando la presentación de formas graves.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Gestión

- Desarrollar modelos de organización funcional y operativa acorde con los estratos eco-epidemiológicos identificados, implementando una gerencia eficiente y eficaz según áreas y criterios de riesgo.
- Consolidar el sistema de registro e información gerencial, operacional y epidemiológico para la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores – Malaria, que permita recolectar, sistematizar y evaluar oportuna y eficientemente los indicadores de gestión, operacionales y epidemiológicos para la prevención y control de la malaria.
- Coordinar con la Dirección General de Salud Ambiental los aspectos técnicos de planificación, programación, financiamiento y evaluación de la vigilancia entomológica y control de los vectores transmisores de enfermedades metaxénicas - malaria.
- Coordinar con el Instituto Nacional de Salud la organización, programación, capacitación, el control de calidad y evaluación del diagnóstico parasitológico, serológico y entomológico; la caracterización de vectores; la investigación y evaluación de susceptibilidad y resistencia vectorial, los métodos de control vectorial; el monitoreo de la calidad de insumos de diagnóstico farmacológicos y químicos de la red nacional de laboratorios aplicados en el control de la malaria.
- Efectuar con la Dirección General de Epidemiología de manera coordinada el monitoreo, evaluación y análisis integral del comportamiento, tendencia y factores de riesgo epidemiológicos de la malaria, para prevenir, detectar y contener precozmente epidemias de malaria y efectuar la planificación y programación de recursos y equipos en función al análisis de estos factores.



Atención de las Personas:

- Asegurar y Promover el acceso y prestación de una adecuada localización, diagnóstico y tratamiento gratuito (atención curativa) de la malaria con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables en áreas endémicas de transmisión de malaria.
- Asegurar la efectividad de los servicios de salud en la administración del tratamiento, vigilar y monitorear la eficacia y resistencia a antimaláricos en el país.
- Vigilar, monitorear y controlar la dotación y control de calidad de los medicamentos antimaláricos e insumos de laboratorio destinados a la atención curativa de la malaria con apoyo de las instancias técnicas competentes del sector.
- Monitorear y evaluar las líneas terapéuticas y esquemas alternativos para el tratamiento antimalárico acorde a las necesidades nacionales, regionales y locales.
- Concertar y coadyuvar la implementación del Sistema de Vigilancia de la Eficacia y Resistencia a Medicamentos Antimaláricos, implementación del Sistema de Vigilancia de las Reacciones Adversas a estos fármacos en colaboración con las instancias técnicas competentes.
- Gestionar la ampliación de la Red de diagnóstico con criterios técnicos epidemiológico, optimizando el acceso, cobertura y control de calidad de la red de laboratorio de salud pública para efectuar diagnóstico parasitológico e inmunocromatológico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

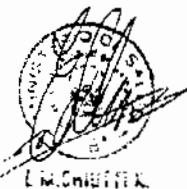
La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria para el tratamiento de la malaria en todos los establecimientos de salud del ámbito nacional, públicos y privados.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por Decreto Supremo N° 007-2006-SA.
- Resolución Ministerial N° 497-99-SA/DM, que aprobó la Política Nacional de Medicamentos Antimaláricos.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA-DM, que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud y sus respectivos órganos responsables.



Vallejos S.



L.M. CHRISTIE



V. Rojas M.



Angy Garcia E.



D. Fernández E.

- Resolución Ministerial N° 721-2005/MINSA, que aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores.

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

V.1 POBLACIÓN OBJETIVO

Población general del país con énfasis en espacios geográficos poblacionales estratificados de muy alto y alto riesgo de transmisión de malaria, incluyendo poblaciones rurales y grupos vulnerables.

V.2 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

La identificación precoz de febriles y el diagnóstico oportuno de casos de malaria, así como el tratamiento de casos, constituye una de las principales medidas de prevención y control de la malaria, reduciendo y controlando los reservorios humanos infectantes.

La administración del tratamiento antimalárico en terapia combinada, completada y supervisada por los servicios de salud y agentes comunitarios, constituye uno de los ejes fundamentales de la atención curativa del enfermo con malaria.

Tiene por objetivo curar al enfermo e interrumpir la cadena de transmisión de malaria, mediante el control adecuado del reservorio humano infectado e impedir la exposición e infección de los vectores transmisores.

El tratamiento antimalárico busca la curación parasitológica y clínica de la malaria. La eficacia de los esquemas administrados en forma completa **retarda la emergencia y diseminación de la fármaco-resistencia.**

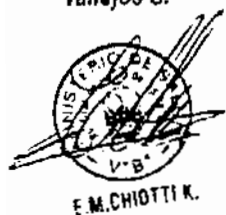
Los esquemas de tratamiento antimalárico, establecidos para la atención curativa de la malaria por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores, corresponden a los contemplados en la **Política Nacional de Medicamentos Antimaláricos** aprobada por Resolución Ministerial N° 497-99-SA/DM.

El tratamiento antimalárico **es gratuito**, suministrado a través de los servicios de salud públicos, no públicos, privados así como por la red de agentes comunitarios de salud. La administración de los medicamentos antimaláricos será sometida a seguimiento y evaluación con criterios de efectividad y calidad; la eficacia de los esquemas terapéuticos y la resistencia farmacológica serán monitoreados y evaluados bajo la metodología de investigación validada y recomendada por la OPS/OMS.

La atención curativa de la malaria y sus indicadores operacionales serán evaluados periódicamente, incluyendo la evaluación y monitoreo de las fallas al tratamiento a través del Estudio de Cohorte de Tratamiento Antimalárico y la Vigilancia de la Resistencia a Medicamentos Antimaláricos.



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI K.



V. G. 1980 M.



A. M. C. B. B.



D. Fernández E.

VI. LOCALIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CASOS

La búsqueda e identificación del **febril** es la actividad primordial, básica e inicial de la atención curativa, ya que permite la identificación precoz del caso.

Se denomina **febril** a toda persona que tiene o ha tenido fiebre (temperatura oral y/o axilar mayor a 37.5 °C) en algún momento durante los últimos 15 días y ha estado o reside en áreas de riesgo, donde existe el zancudo *Anopheles sp.*

La localización de febriles se realiza intramural y extramuralmente. Se denomina **localización intramural**, cuando se realiza dentro de los establecimientos de salud, entre la población consultante a los servicios; la **localización extramural**, es aquella que se realiza fuera de los establecimientos de salud por personal sanitario y por la comunidad a través de colaboradores y/o agentes comunitarios que participan en la identificación y examen de febriles (Ver Anexo N° 01).

En situaciones especiales de incremento en la notificación de casos o durante las estaciones de mayor transmisión, debe intensificarse la localización extramural a través de campañas de búsqueda activa de febriles en la población, aplicando métodos de muestreo o barrido hemático a nivel de localidades para detectar el mayor número de casos presentes o establecer la magnitud del reservorio infectado en la población para tomar medidas inmediatas de control sobre la transmisión.

La actividad de localización de casos debe registrarse en el documento de registro de identificación de febriles, como febriles identificados.

VI.1 DIAGNÓSTICO DE CASOS

El examen de Gota Gruesa es el método fundamental y rutinario para establecer el diagnóstico de malaria. Una gota gruesa con resultado positivo significa hallazgo de *Plasmodium vivax*, o *Plasmodium falciparum*, o *Plasmodium malariae* o *Plasmodium ovale* o formas mixtas y confirma el diagnóstico de malaria.

Otras pruebas diagnósticas de laboratorio como inmunocromatográficas y PCR, constituyen procedimientos que confirman el diagnóstico. Los métodos inmunocromatográficos (tiras reactivas) destinadas a mejorar el acceso a diagnóstico oportuno de casos en zonas de difícil acceso a un diagnóstico parasitológico: gota gruesa; esta prueba identifica infecciones por *P. vivax*, *P. Falciparum* y *P. malariae*.

El laboratorio es responsable de emitir el diagnóstico de toda muestra procesada, la cual se registrará en el Libro de Registro de Muestras para Investigación Diagnóstica de Malaria.

El diagnóstico de la malaria es efectuado por la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública; que concentra a profesionales y técnicos capacitados en procedimientos de diagnóstico e investigación; quienes participan en la planificación, implementación, desarrollo, aplicación y evaluación de las estrategias de prevención, vigilancia y control de la malaria.

El laboratorio efectúa el diagnóstico parasitológico a través del examen de gota gruesa y frotis, pruebas inmunocromatográficas y otros métodos; asimismo participa en la evaluación de la eficacia del tratamiento antimalárico.



Vallejos S.



E. M. G. G. G. G.



V. Rojas R.



Martín C. S.



D. Fernández E.

VI.1.1 EL EXAMEN DE SANGRE POR MÉTODO DIAGNÓSTICO DE GOTA GRUESA

Para el examen de gota gruesa, la toma de muestra se realiza por punción con una lanceta estéril, en la zona lateral de un dedo de la mano izquierda, previa limpieza y desinfección. La primera gota de sangre se descarta, luego se extraen dos gotas, las que se depositan en la superficie de una lámina porta objeto; con una de ellas se prepara la gota gruesa que sirve para detectar la presencia del *Plasmodium* y con la otra gota, se prepara el frotis de sangre para la identificación de la especie de *Plasmodium*.

Si el procedimiento descrito se realiza fuera del laboratorio, las muestras tomadas deben ser registradas, numeradas y enviadas al laboratorio; si el transporte demora más de cuatro días, estas muestras serán transportadas previa coloración con solución Giemsa, envueltas y rotuladas individualmente con sus respectivas solicitudes de investigación diagnóstica, para remitirlas al laboratorio local correspondiente.

VI.1.1.a INTERPRETACIÓN DE LA DENSIDAD PARASITARIA EN UN EXAMEN DE GOTA GRUESA

La determinación de la densidad parasitaria de los *Plasmodios* se efectuará a través del método de conteo por cruces; y el cálculo de parásitos por microlitro de sangre.

Método Cualitativo (Conteo por Cruces)

La lectura de las láminas se efectúa con el objetivo de inmersión del microscopio y los resultados de la densidad parasitaria se determinan luego de examinar 100 campos, debiendo informarse de la siguiente forma:

N° de parásitos: Todo número inferior a 40 parásitos en 100 campos deberá informarse con el número de parásitos encontrados en la lectura.

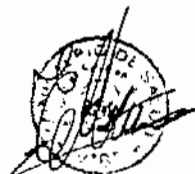
- +/2 : De 40 a 60 parásitos en 100 campos
- + : 1 parásito por campo en 100 campos
- ++ : De 2 a 20 parásitos por campo en 100 campos
- +++ : De 21 a 200 parásitos por campo en 100 campos
- ++++ : Más de 200 parásitos por campo en 100 campos

Método cuantitativo (Conteo de parásitos por microlitro de sangre)

Este método es empleado para el estudio in vivo durante la evaluación de medicamentos utilizados en el tratamiento de la malaria por *P. falciparum* y se efectuará en concordancia con los procedimientos señalados (Ver Anexo N° 02). Cálculo de parásitos por microlitro de sangre y determinación de la



Vallejos S.



E. A. Cruz H. K.



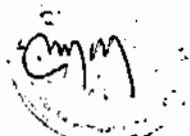
V. Vallejos S.



M. Vallejos S.



D. Fernández E.



densidad parasitaria en la evaluación in vivo de la eficacia de los medicamentos utilizados en el tratamiento de Malaria por *Plasmodium falciparum*.

Registro de Resultados del Examen de Gota Gruesa

Para informar la especie de malaria identificada, se anotará las iniciales siguientes:

- Plasmodium vivax* : (V)
Plasmodium falciparum : (F)
Plasmodium malariae : (M)
Infección mixta : (V/F o V/M) según sea el caso.

En caso de infecciones por *P. falciparum*, se informará las fases de desarrollo y densidad de los parásitos en la siguiente forma:

- F : anillos solamente
Fg : gametos solamente
F y Fg : anillos y gametos.

La persistencia exclusiva de gametocitos aislados de *P. falciparum*, no denota resistencia a fármacos antimaláricos.

VI.1.1.b. CONTROL DE CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE MALARIA

Todo laboratorio que desarrolle acciones de diagnóstico de malaria será controlado y supervisado por el nivel de referencia correspondiente, con periodicidad trimestral.

La supervisión técnica indirecta - control de calidad del diagnóstico de malaria, requiere capacitación previa y debe ser efectuada de conformidad con las especificaciones técnicas señaladas en el documento: Control de Calidad del Diagnóstico Parasitológico de Malaria, emitido por el Instituto Nacional de Salud, con frecuencia trimestral (Ver Anexo N° 03).

VI.1.1.c. REGISTRO DE LA PRODUCCIÓN, CONTROL DE CALIDAD Y SUPERVISIÓN DEL LABORATORIO EN MALARIA

La notificación y registro de actividades del Laboratorio relacionadas a la producción, control de calidad y supervisión se efectuarán en los instrumentos de registro siguientes (Ver Anexos N° 04, 05, 06, 07 y 08).

2a. Informe Trimestral de Producción y Control de Calidad por Especie de *Plasmodium*, Formato CCM - 1.



Vallejos S.



F. Maldonado R.



V. Flores M.



M. García B.



D. Fernández E.

- 2b. Ingreso y Calidad en el Diagnóstico de Gota Gruesa Enviadas por los Laboratorios Locales, Formato CCM - 2.
- 2c. Registro de Control de la Calidad Técnica de Gota Gruesa de los Laboratorios, Formato CCM - 3.
- 2d. Informe Trimestral de Producción y Control de Calidad en el Diagnóstico Parasitológico de Malaria de los Laboratorios Locales, Formato CCM - 4.
- 2e. Resultado de Control de Calidad de Diagnóstico Parasitológico de Malaria, Formato CCM-5

Bioseguridad

En cumplimiento de la normatividad vigente de Bioseguridad, las muestras de sangre obtenidas para el diagnóstico de malaria serán procesadas, considerándoseles como material altamente infeccioso; las láminas y lancetas son descartables, las mismas que luego de su uso deben disponerse en un recipiente adecuado para su correspondiente tratamiento y disposición final.

VI.2 ORGANIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DE FEBRILES

- VI.2.1 En áreas endémicas de malaria, la localización de febriles es una actividad regular y permanente de los servicios de salud, será de tipo intra y extramural concordante con las características y estacionalidad de la malaria en el nivel local.
- VI.2.2 En áreas no endémicas de malaria, la localización de febriles se efectuará en los servicios de salud, orientándose primordialmente por antecedentes epidemiológicos de procedencia, residencia y/o exposición en áreas endémicas de malaria, ocupación (agricultores, comerciantes, militares, turistas, etc.) y sintomatología clínica asociada.
- VI.2.3 La organización y programación de las actividades intra y extramurales para la localización de febriles, es responsabilidad del Jefe del Establecimiento de Salud; la operatividad de esta actividad en el nivel local (servicios de salud), es responsabilidad de enfermería y/o el servicio en el que se delega bajo la supervisión de enfermería.
- VI.2.4 Localizado el febril, inmediatamente se efectuará la toma de una muestra de sangre para realizar el examen de gota gruesa y frotis, o inmunocromatográficas (tira reactiva). La gota gruesa se remitirá al laboratorio para su procesamiento y diagnóstico correspondiente. Las pruebas de inmunocromatográficas serán procesadas y leídas inmediatamente por el operador en campo o en el laboratorio confirmando o descartando la presencia de infección por malaria inmediatamente.
- VI.2.5 Con fines de registro e información, toda persona que localiza un febril, debe llenar un formato de Solicitud para Investigación Diagnóstica de Malaria (Ver Anexo N°09) y registrarlo en el Libro de Registro de Febriles de Malaria (Ver Anexo N° 10).



Vallejos S.

E. M. Cruz T. R.



Vallejos S.



D. Fernández E.

- VI.2.6** En la comunidad, los promotores y colaboradores voluntarios, participan en la localización de febriles, toma de muestras para gota gruesa y frotis, aplicación y lectura de tiras reactivas inmunocromatográficas, preparación de láminas para diagnóstico en el laboratorio más cercano, administración de tratamiento, seguimiento de casos, promoción y difusión de medidas de prevención de malaria.
- VI.2.7** En áreas endémicas y no endémicas de malaria, la localización intramural de febriles se efectuará regularmente por personal técnico y profesional que labora en los servicios de salud, interrogando a toda persona que acude a solicitar una atención en los establecimientos de salud, acerca de la presencia o antecedente clínico de los síntomas: fiebre, escalofríos, cefalea, malestar general y el antecedente de procedencia y/o residencia reciente en áreas endémicas de transmisión de malaria.
- VI.2.8** En áreas con alta transmisión de malaria, la localización extramural de febriles por búsqueda activa en la población, se realizará periódicamente, como parte de las actividades de vigilancia, como campañas de prevención en poblaciones con baja cobertura y acceso a servicios de salud durante épocas estacionales de mayor transmisión vectorial y/o por notificación de brotes o epidemias.
- VI.2.9** En áreas no endémicas de malaria, la localización extramural de febriles se restringirá a la vigilancia de grupos poblacionales especiales como los migrantes procedentes de áreas endémicas de malaria.
- VI.10** La localización de otros febriles con sospecha de malaria, se efectuará entre los colaterales del caso.

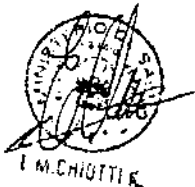
VI.3 CONTROL DE COLATERALES

Se define como **colateral** a toda persona que comparte el mismo riesgo de transmisión de malaria con la persona enferma por malaria (caso); dichas personas pueden pertenecer o no a un núcleo familiar, social u ocupacional.

En el censo, la búsqueda y el examen de los colaterales se considera parte de la estrategia de localización de febriles y búsqueda de casos de malaria.

Se considera operativamente que por cada caso de malaria existen cuatro colaterales. Estos colaterales deben ser censados durante la entrega del resultado y la administración de la primera dosis de tratamiento al caso de malaria para luego ser examinados. Los datos del censo de colaterales se registrarán en la **Tarjeta de Control de Asistencia y Administración de Tratamiento**. El examen clínico de los colaterales puede efectuarse en el mismo establecimiento de salud o durante la visita domiciliar programada.

A todo colateral debe hacerse una anamnesis y examen físico, para establecer si cumple con la condición o definición de **febril**. Las personas que cumplan con la definición de febril serán examinadas de acuerdo a lo establecido por la estrategia. Aquellos que no cumplan con la definición de febril serán vigilados bajo controles a fin de ser captados en forma precoz (Ver Anexo N° 11).



D. Fernández E.

VI.4 DEFINICIONES OPERACIONALES Y EPIDEMIOLÓGICAS

VI.4.1 FEBRIL

Se considera febril a toda persona que presente ó refiera fiebre (temperatura oral y/o axilar mayor de 37.5 °C) en algún momento durante los últimos 15 días, que que resida, proceda o ha estado en áreas con riesgo de transmisión de malaria (presencia de *Anopheles* sp).

VI.4.2 CASO CONFIRMADO DE MALARIA

Es toda persona con hallazgo de *Plasmodium* (*P. vivax*, o *P. falciparum*, o *P. Malariae*, o *P. ovale*), en un examen de Gota Gruesa, frotis o por algún otro método diagnóstico de laboratorio (inmuncromatográfico, PCR).

VI.4.3 CASO PROBABLE

Caso probable: Persona que presenta cuadro clínico de fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general con antecedente de exposición, procedencia o residencia en áreas endémicas de transmisión de malaria en quien se decide iniciar tratamiento, sin confirmación diagnóstica (gota gruesa y/o otro procedimiento con resultado negativo).

VI.4.4 COLATERAL

Se define como colateral a todas las personas que pernoctan en una misma vivienda y comparten el mismo riesgo de transmisión de malaria con la persona enferma (caso de malaria). Dichas personas pueden pertenecer o no a un núcleo familiar, social u ocupacional.

VI.4.5 CASO AUTÓCTONO DE MALARIA

Es todo caso de malaria en el cual se demuestra que la infección ocurrió dentro del espacio geográfico-poblacional correspondiente al establecimiento de salud, distrito y/o localidad que notifica el caso.

Esta categoría de notificación epidemiológica adquiere mayor relevancia en situaciones:

- Cuando se detecta casos autóctonos de malaria en áreas con riesgo de transmisión pero que no reportan casos.
- Cuando se detecta un incremento inusual de casos.

VI.4.6 CASO IMPORTADO DE MALARIA

Es todo caso de malaria que a la investigación epidemiológica, se demuestra que la infección ha ocurrido en un espacio geográfico-poblacional diferente al del establecimiento de salud, distrito y/o localidad que notifica el caso.

Esta categoría de notificación epidemiológica adquiere mayor relevancia en situaciones:



Vallejos S.



L.M. CHIETTI R.



A. Rojas M.



Wendy García F.



D. Fernández E.

- Cuando se detectan casos de malaria en áreas sin infestación anophelinica, sin notificación de casos, por el riesgo de infestación vectorial y diseminación de la enfermedad.
- Cuando se detectan casos de malaria en áreas sin riesgo de transmisión, por el riesgo de notificación de una nueva área de brote.

VI.4.7 CASO DE MALARIA GRAVE (MG)

Malaria Grave: Producida generalmente por *Plasmodium falciparum*. El cuadro clínico se asocia a obnubilación, estupor, debilidad extrema, convulsiones, vomito, ictericia y diarrea.

Caso de Malaria Grave: Todo caso confirmado de malaria que presenta uno o más de los siguientes signos de alarma:

- Deterioro del estado de conciencia.
- Anemia severa.
- Parasitemia elevada.
- Signos de insuficiencia aislada o asociada de tipo:
 - renal: oliguria, anuria.
 - cardiovascular: sangrado, petequias.
 - hepática: ictericia.
 - pulmonar: dificultad respiratoria.

Su manejo requiere de hospitalización y tratamiento especializado.

VI.4.7.1 Caso probable de malaria grave: paciente con antecedente de fiebre, residente o procedente de áreas endémicas de malaria, con por lo menos uno de los criterios de gravedad definidos en el numeral VI.4.7.

VI.4.7.2 Caso confirmado de malaria grave por P falciparum: es todo paciente con por lo menos uno de los criterios que figuran en el numeral VI.4.7. y demostración parasitológica de formas asexuadas de P. falciparum en la lámina de gota gruesa u otro método diagnóstico.



Vallejos S.

VI.4.8 RECIDIVA

Se considera como recidiva a la persistencia o aparición de síntomas clínicos de malaria y/o hallazgos parasitológicos en un paciente, por falla terapéutica al tratamiento, luego de 30 días de haberse administrado tratamiento completo y supervisado. Estos pacientes se registrarán como reingreso al servicio para retratamiento antimalárico, no se notificarán como casos nuevos en la vigilancia epidemiológica y el Informe operacional mensual.

E.M. CHIOTTI K.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

VI.4.9 REINFECCIÓN

Se considera como reinfección a la presencia de síntomas clínicos y/o hallazgos parasitológicos de infección por malaria en un individuo después de los 30 ó más días de haber culminado el tratamiento antimalárico y de haber obtenido categoría de egreso como curado en el estudio de cohorte de tratamiento. Estos pacientes se notificarán como casos nuevos en la vigilancia epidemiológica y en el informe operacional mensual.

VII. LÍNEAS TERAPÉUTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MALARIA NO COMPLICADA

Están indicados esquemas terapéuticos por vía oral, sobre la base de Cloroquina - Primaquina para el tratamiento de la malaria por *P. vivax* y *P. Malariae*.

Para el tratamiento de la malaria por *P. falciparum* No Complicada, los esquemas son electivos según el nivel de respuesta y el área geográfica:

- Sulfadoxina/Primetamina + Artesunato;
- Mefloquina + Artesunato, y
- Quinina + Clindamicina + Primaquina.

VII.1 TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. vivax*

Se administran 2 medicamentos, Cloroquina y Primaquina, por 07 días.

La Cloroquina se presenta en tabletas de 250 mg. de sal que contiene 150 mg. de sustancia base (cloroquina base); la cantidad en miligramos de sustancia base es la que guía la dosis de Cloroquina. La Primaquina se presenta en tabletas de 15, 7.5 y 5 miligramos.

VII.1.1 Tratamiento de malaria por *P. vivax* para ADULTOS: (Ver Cuadro N°01)

La Cloroquina se administra de la siguiente manera:

El primer y segundo día en una sola dosis, a razón de 10 mg/kg/día, 4 tabletas por vez y el tercer día a razón de 5mg/kg/día, 2 tabletas haciendo un total de 10 tabletas de Cloroquina por tratamiento.

La Primaquina se administra a dosis de 0.50 mg/kg/día, dos tabletas de 15 mg. por día durante 7 días. En total 14 tabletas de Primaquina de 15 mg. (o su equivalente en presentación de 7.5 ó 5 mg.)



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI



D. Fernández E.

Cuadro N° 01

TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. Vivax* EN ADULTOS

MEDICAMENTO	N° DIAS	DIAS						
		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
CLOROQUINA Tab. x 250 mg. (150 mg. Base)	3	4 Tab. 10mg/kg/ día	4 Tab. 10mg/k g/día	2 Tab. 5mg/kg /día				
PRIMAQUINA Tab. x 15 mg. ó Tab.x 7.5 mg.	7	2 Tab. 0.50mg/k g/día	2 Tab. 0.50mg /kg/día	2 Tab. 050/mg /kg/d	2 Tab. 0.50mg /kg/d	2 Tab. 0.50mg/k g/d	2 Tab. 0.50mg /kg/d	2 Tab. 0.50mg/ kg/d
		4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.

Nota: NO ADMINISTRAR PRIMAQUINA A MUJERES GESTANTES

VII.1.2 Tratamiento de malaria por *P. vivax* para NIÑOS: (Ver Cuadro N° 02)

La Cloroquina se administra de la siguiente manera:

El primer día una dosis de 10 miligramos de sustancia base por cada kilo de peso del niño (mg/base/kg), el segundo día en una dosis de 10 mg. base/kg de peso y el tercer día en una dosis de 5 mg. base/kg de peso.

La Primaquina se administra a una dosis de 0.50 mg/kg. de peso por kilo por día durante 7 días. *No administrar primaquina a menores de 6 meses.*

Cuadro N° 02

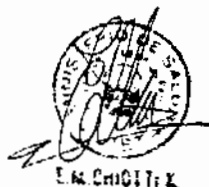
TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. Vivax* EN NIÑOS

MEDICAMENTO	N° DIAS	DIAS						
		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
CLOROQUINA mg base/kg.	3	10 mg base/Kg	10 mg base/Kg	5 mg base/Kg				
PRIMAQUINA mg/kg.	7	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg	0.50 mg/ Kg	0.50 mg/ Kg	0.50 mg/ Kg	0.50 mg/ Kg.

Nota: NO ADMINISTRAR PRIMAQUINA A MENORES DE 6 MESES.

VII.1.3 Tratamiento de malaria por *P. vivax* para gestantes: (Ver Cuadro N°03)

Las gestantes no deben recibir Primaquina, por el riesgo de producir hemólisis y metahemoglobinemia en el feto, sólo se les administrará Cloroquina en la forma descrita para un adulto, a razón de 10 mg/kg de peso/día (10 tabletas en total). Luego se administra semanalmente una dosis de Cloroquina de 2 tabletas ó 5 mg base/kg de peso hasta la semana del parto. Después del parto se les administrará 2 tabletas de Primaquina de 15 mg. diarios, durante 07 días.



D. Fernández E.

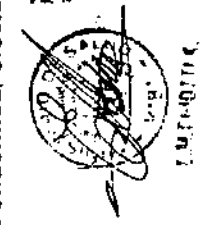
Cuadro N° 03

TRATAMIENTO DE MALARIA por P.vivax EN GESTANTES

MEDICAMENTO	PERIODO DESDE LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD HASTA EL PARTO												PERIODO POST-PARTO														
	MES DE INICIO DEL TRATAMIENTO			X ^{II} MES				X ^{III} MES				9 ^{to} MES					1er. MES POST-PARTO										
	SE M1	SE M2	SE M3	SE M4	SE M1	SE M2	SE M3	SE M4	SE M1	SE M2	SE M3	SE M4	SE M1	SE M2	SE M3	SE M4	SE M1	SE M2	SE M3	SE M4	SE M1	SE M2	SE M3	SE M4			
CLOROQUINA Tabletas x 250 mg. (150 mg. base)	SEMANA 1																										
	DIAS	2	3	4	5	6	7																				
PRIMAQUINA Tabletas X 15 mg.				2				2				2				2					2						
	DIAS	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7		

PARTO

Nota: En el momento del parto, tomar una muestra para Gota Gruesa de la madre, del cordón de la placenta
 En zona endémica, efectuar controles de gota gruesa ó prueba rápida a las mujeres gestantes en los controles prenatales.



D. Fernández E.

Vallejos S.

VII.2 TRATAMIENTO DE MALARIA POR P. Malariae

Se administran 2 medicamentos, Cloroquina y Primaquina en un esquema de 3 días.

VII.2.1 Tratamiento de malaria por P. malariae en ADULTOS: (Ver Cuadro N° 04)

La Cloroquina se administra de la siguiente manera:

El primer día, en una sola dosis 4 tabletas (10mg/kg/día), el segundo día 4 tabletas (10mg/kg/día) y el tercer día 2 tabletas (5mg/kg/día). En total 10 tabletas de Cloroquina.

La Primaquina se administra el tercer día en una sola dosis de 3 tabletas de 15 mg, a razón de 0.75 mg/kg de peso.

Cuadro N° 04

TRATAMIENTO DE MALARIA POR P. malariae EN ADULTOS

MEDICAMENTO	N° DIAS	DIAS		
		1°	2°	3°
COLORQUINA Tab. x 250 mg. (150 mg. base)	3	4 Tab. 10 mg/kg/día	4 Tab. 10 mg/kg/día	2 Tab. 5 mg/kg/día
PRIMAQUINA Tab. x 15 mg.	1			3 Tab. 0.75mg/kg/día

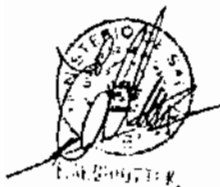
Nota: NO ADMINISTRAR PRIMAQUINA EN GESTANTES.

VII.2.2 Tratamiento de malaria por P. malariae en NIÑOS: (Ver Cuadro N°05)

La Cloroquina se administra de la siguiente manera:

El primer día se administra una dosis de 10 miligramos de sustancia base por kilo de peso del paciente (mg/base/kg), el segundo día una dosis de 10 mg base/kg. de peso y el tercer día en una dosis de 5 mg base/Kg. de peso.

La Primaquina se administra el tercer día en una sola dosis de 0.75 mg/kg. de peso.



Cuadro N° 05

TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. malariae* EN NIÑOS

MEDICAMENTO	N° DIAS	DIAS		
		1°	2°	3°
CLOROQUINA mg/base/kg.	3	10 mg. base/Kg.	10 mg. base/Kg.	5 mg. base/Kg.
PRIMAQUINA mg/kg.	1			0.75 mg/kg.

Nota: NO ADMINISTRAR PRIMAQUINA A NIÑOS MENORES DE 6 MESES.

Para el tratamiento de malaria por *P. malariae*, solo considerar la administración de Cloroquina, no administrar primaquina.

VII.3 TRATAMIENTO DE LA MALARIA NO COMPLICADA POR *Plasmodium falciparum*

En el marco de la Política de Medicamentos Antimaláricos, el Perú ha adoptado la **Terapia de Combinación** para el tratamiento de la malaria por *Plasmodium falciparum*. Los esquemas establecidos consideran el uso combinado a dosis fijas de dos o más drogas antimaláricas.

El uso de terapia de combinación en el tratamiento de la malaria, especialmente malaria *P. falciparum*, ayuda a prevenir y/o retardar la aparición de resistencia a las drogas (esencial en la lucha contra la malaria); asimismo, la terapia de combinación ha demostrado ser segura, con buena tolerancia y efectividad.

Por lo general, este grupo de pacientes presenta buen estado general y, en consecuencia, tolera bien la medicación por vía oral y no manifiesta ni evidencia signos de complicaciones.

VII.3.1 TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. falciparum* (Costa Norte del Perú)


Se administran 2 medicamentos, el primero es una combinación fija de Sulfadoxina-Pirimetamina y el segundo Artesunato (derivado de la Artemisinina). El esquema se administra en tres días; el medicamento combinado se presenta en tabletas de 500 mg. de Sulfadoxina más 25 mg. de Pirimetamina y el Artesunato en tabletas de 250 ó 50 mg.

VII.3.1.1 Tratamiento de malaria por *P. Falciparum* en la Costa Norte para adultos: (Ver Cuadro N° 06)

El primer día de tratamiento se administran tres tabletas del medicamento combinado Sulfadoxina - Pirimetamina, (Sufadoxina a razón de 25mg/kg/día y Pirimetamina a razón de 1.25 mg/kg./día) y una tableta de Artesunato de 250 mgs. ó cinco tabletas de 50 mg. (Artesunato a razón de 04 mg/kg/día), continuar el segundo y tercer día con una tableta de Artesunato por 250 mgs. ó cinco de 50 mgs. (a razón de 4mg/kg/día).



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI R.




V. Rojas M.




D. Fernández E.

Cuadro N° 06

**TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. falciparum*
(Costa Norte)**

ADULTOS:

MEDICAMENTO	N° DIAS	DIA		
		1°	2°	3°
SULFADOXINA 500 mg. + PIRIMETAMINA 25 mg. (Tableta)	1	3 Tab. S(25mg/kg/ día) P(1.25mg/ kg/día)		
ARTESUNATO 250 mg. (Tableta)	3	1 Tab. 4mg/kg/día	1 Tab. 4mg/kg/día	1 Tab. 4mg/kg/día

Nota: Se ha excluido de este esquema de tratamiento la primaquina, considerando que los derivados de la artemisinina (Artesunato) interfieren significativamente sobre el desarrollo de los gametocitos (efecto sobre la gametocitogénesis).

VII.3.1.2 Tratamiento de malaria por *P. falciparum* en la Costa Norte Para niños: (Ver Cuadro N° 07)

El primer día de tratamiento se administra el medicamento combinado en una dosis de 25 mg/kg de peso de Sulfadoxina más 1.25 mg/kg de peso de Pirimetamina, Artesunato a dosis de 4 mg/kg, continuar durante el segundo y tercer día artesunato a razón de 4 mg/kg de peso por día; se administran dosis únicas por día.

Cuadro N° 07

**TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. falciparum*
EN LA COSTA NORTE**

NIÑOS:

MEDICAMENTO	N° DIAS	DIA		
		1°	2°	3°
SULFADOXINA 500 mg. + PIRIMETAMINA 25 mg. (mg. de Sulfadoxina + mg. de Pirimetamina / kg.	1	25 + 1.25 mg/kg.		
ARTESUNATO 50 mg. mg/kg.	3	4 mg/kg./día	4 mg/kg/día	4 mg/kg/día

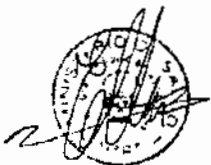
Nota: NO SE ADMINISTRARÁ SULFADOXINA - PIRIMETAMINA EN GESTANTES Y NIÑOS MENORES DE 6 MESES.

VII.3.1.3 Tratamiento para gestantes y niños menores de 6 meses:

Las gestantes, niños menores de 6 meses y personas con alergia a sulfas no deben recibir el medicamento combinado Sulfadoxina más Pirimetamina, ni Artesunato + Mefloquina, deberán recibir tratamiento estrictamente supervisado según especificaciones del Cuadro N° 09 y 10 (*Tratamiento de Malaria falciparum resistente a Mefloquina+Artesunato*)



Vallejos S.



E. Criotti R.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

VII.4 TRATAMIENTO DE MALARIA POR P. Falciparum RESISTENTE A SULFADOXINA - PIRIMETAMINA (Ver Cuadro N° 08)

Esquema indicado ante la falta de respuesta a la sulfadoxina + pirimetamina (Costa Norte) en el que se administran 2 medicamentos: Artesunato y Mefloquina en un esquema de 3 días. El Artesunato se presenta en tabletas de 50 miligramos base y la Mefloquina en tabletas de 250 miligramos base.

Para Adultos y Niños la dosis diaria de Artesunato será de 4 mg/kg de peso/día, durante 3 días. La Mefloquina se administrará a razón de 12.5 mg/kg. de peso/día, en el 2do. y 3er. día de iniciado el tratamiento. Estos dos fármacos se administrarán en una sola toma cada día.

Este esquema de terapia combinada requiere para adultos en total un promedio de 06 tabletas de Mefloquina de 250 mg. y 03 tabletas de Artesunato de 250 mg. (ó su equivalente según presentación).

Cuadro N° 08

TRATAMIENTO DE MALARIA NO COMPLICADA POR P. falciparum En la AMAZONIA y RESISTENTE A SULFADOXINA – PIRIMETAMINA (Costa Norte)

ADULTOS:

MEDICAMENTO	VIA	N° DIAS	DIAS		
			1°	2°	3°
ARTESUNATO Tab. x 250 mg. Base	ORAL	3	1 Tab. 4 mg/kg/día	1 Tab. 4 mg/kg/día	1 Tab. 4 mg/kg/día
MEFLOQUINA Tab. x 250 mg. Base	ORAL	2		3Tab. 12.5mg/kg/día	3 Tab. 12.5mg/kg/día

Nota.- No se ha considerado en este esquema de tratamiento al fármaco primaquina, teniendo en cuenta que los derivados de la artemisinina (Artesunato) interfieren significativamente sobre el desarrollo de los gametocitos (efecto sobre la gametocitogénesis).

TRATAMIENTO DE MALARIA NO COMPLICADA POR P. falciparum EN LA AMAZONIA y RESISTENTE A SULFADOXINA – PIRIMETAMINA (Costa Norte)

NIÑOS:

MEDICAMENTO	VIA	N° DIAS	DIAS		
			1°	2°	3°
ARTESUNATO Mg. base/kg.	ORAL	3	4 mg./Kg./día	4 mg/Kg./día	4 mg/Kg./día
MEFLOQUINA Mg. base/kg.	ORAL	2		12.5 mg/Kg./día	12.5 mg/Kg./día

Nota: NO SE ADMINISTRARÁ ESTE ESQUEMA DE TRATAMIENTO A GESTANTES Y MENORES DE 6 MESES

No se recomienda el uso de Artesunato y Mefloquina en las gestantes (durante el primer trimestre del embarazo) y en niños menores de 06 meses, en estos casos se utilizará electivamente el esquema de Quinina - Clindamicina por vía oral.



Vallejos S.



E. CHIOZZI K.



V. Vallejos M.



Magly Cor...



D. Fernández E.

VII.5 TRATAMIENTO DE MALARIA POR P. Falciparum ÁREA AMAZÓNICA ARTESUNATO – MEFLOQUINA

Esquema establecido para el tratamiento de malaria por *P. falciparum*, resistente a Artesunato + Mefloquina, e indicado para adultos, gestantes y niños en el que se administran 3 medicamentos, Quinina, Clindamicina y Primaquina con una duración de 7 días.

La Quinina se presenta en tabletas de 300 miligramos, la Clindamicina en cápsulas de 300 miligramos y la Primaquina en tabletas de 15 mg, 7.5mg, y 5mg.

VII.5.1 Tratamiento de malaria por P. falciparum resistente a Mefloquina + Artesunato para Adultos (Ver Cuadro N° 09).

La Quinina se administra a razón de 6 tabletas por día (30 mg/kg/día), dividido en 3 dosis de 2 tabletas cada una (10 mg/kg/dosis), durante 7 días; en total se administran 42 tabletas de Quinina. La Clindamicina se administra a razón de 4 cápsulas por día (20 mg/kg/día), dividido en 2 dosis de 2 cápsulas cada una (10 mg/kg/dosis), durante 5 días (a partir del tercer al séptimo día de tratamiento); en total se administran 20 cápsulas de Clindamicina. La Primaquina se administra sólo en el tercer día, 03 tabletas de 15mg (45mg), a razón 0.75 mg/kg en una sola toma.

Cuadro N° 09

TRATAMIENTO DE MALARIA POR P. Falciparum RESISTENTE A ARTESUNATO - MEFLOQUINA

ADULTOS:

HORARIO	MEDICAMENTO	N° DIAS	DIAS						
			1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
MAÑANA	QUININA Tab. x 300 mg.	7	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg
	CLINDAMICINA Tab. x 300 mg.	5			2cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg
	PRIMAQUINA Tab. x 15 mg.	1			3 Tab. 0.75mg /kg				
TARDE	QUININA Tab. x 300 mg.	7	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg
NOCHE	QUININA Tab. x 300 mg.	7	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg	2 Tab. 10mg/ kg
	CLINDAMICINA Tab. x 300 mg.	5			2 cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg	2 cap. 10mg/ kg

Nota: NO SE ADMINISTRARÁ PRIMAQUINA A GESTANTES.

VII.5.2 Tratamiento de malaria por P. falciparum resistente a Mefloquina + Artesunato para niños (Ver Cuadro N° 10).

La Quinina se administra a razón de 30 mg/kg por día, dividido en 3 dosis de 10 mg/kg de peso cada una, durante 7 días. La Clindamicina se administra a razón de 20 mg/kg. de peso por día, dividido en 2 dosis de 10 mg/kg, cada una durante 5 días (del tercer al séptimo día de tratamiento). La primaquina se administra a razón de 0.75 mg/kg en una sola dosis el tercer día del tratamiento.



D. Fernández E.

Cuadro N° 10

**TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. falciparum* ÁREA AMAZÓNICA:
 ARTESUNATO – MEFLOQUINA**

NIÑOS:

HORARIO	MEDICAMENTO	N° DIAS	DIAS						
			1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
MAÑANA	QUININA mg/kg.	7	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
	CLINDAMICINA mg./Kg.	5			10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
	PRIMAQUINA 15 mg./kg.	1			0.75 mg/kg				
TARDE	QUININA mg./Kg.	7	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
NOCHE	QUININA mg./Kg.	7	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
	CLINDAMICINA mg./Kg.	5			10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg

Nota: NO ADMINISTRA PRIMAQUINA A MENORES DE 6 MESES.

VIII. ELECCIÓN DE ESQUEMAS Y LÍNEAS TERAPÉUTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MALARIA NO COMPLICADA POR *P. falciparum* EN ÁREAS DE FÁRMACO RESISTENCIA

El esquema farmacológico para el tratamiento antimalárico individual se decidirá sobre la base de criterios laboratoriales, relacionados a la especie de *Plasmodium* presente en el diagnóstico, parasitemia, criterios clínicos relacionados al estado del paciente (cuadro clínico no complicado o complicado), antecedentes y criterios epidemiológicos de resistencia al tratamiento antimalárico y disponibilidad de fármacos.

En vista del desarrollo y presencia actual de resistencia a los esquemas farmacológicos para el tratamiento de la malaria por *P. falciparum*, se establecen líneas de tratamiento antimalárico según el tipo de fármaco-resistencia identificada.

VIII.1 ÁREAS ENDÉMICAS DE MALARIA POR *P. falciparum* CON RESISTENCIA A CLOROQUINA

Esta área geográfico-poblacional corresponde a la Región de la Costa Norte incluyendo los departamentos de Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad y Ancash. Las líneas de tratamiento a ser utilizadas electiva y secuencialmente en esta área del país son:

- 1ra. Línea: Esquema Sulfadoxina / Pirimetamina + Artesunato.
- 2da. Línea: Esquema Mefloquina + Artesunato.
- 3ra. Línea: Esquema Quinina + Clindamicina + Primaquina.



Vallejos S.



E.M. CHOTTE



V. Rojas M.



M. Rojas M.



D. Fernández E.

VIII.2 ÁREAS ENDÉMICAS DE MALARIA POR *P. falciparum* CON RESISTENCIA A SULFADOXINA-PIRIMETAMINA

Estas áreas geográfico-poblacionales corresponden a la Macro Región Amazónica donde se ha demostrado resistencia a Cloroquina y Sulfadoxina - Pirimetamina; incluye los departamentos de Cajamarca, Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali. Las líneas de tratamiento a ser utilizadas electivamente en la Macro Región Amazónica son:

- 1era. Línea: Mefloquina + Artesunato.
- 2da. Línea: Quinina + Clindamicina + Primaquina.

IX. MALARIA GRAVE

La infección por *P. vivax* y *P. falciparum* puede ocasionar, indistintamente en los individuos afectados, un cuadro clínico muy severo denominado **Malaria Grave (MG)**, caracterizada por un deterioro del nivel de conciencia, anemia severa, parasitemia elevada, signos de insuficiencia aislada o asociada de tipo renal, cardiovascular, hepática y pulmonar. Su manejo obligatoriamente requiere de hospitalización y atención médica especializada.

Este cuadro debe ser reconocido clínicamente en forma precoz y tratado inmediatamente sin esperar confirmación del laboratorio. Esta recomendación será aplicable en situaciones epidemiológicas de áreas receptoras de estos casos y en localidades endémicas donde existe certeza de la existencia de malaria por *P. falciparum* resistente. Todo febril proveniente de estas zonas será evaluado inmediatamente con la finalidad de identificar los **SIGNOS DE GRAVEDAD – ALARMA** (Ver Tabla N° 2 y Anexo N° 12).

IX.1 MALARIA GRAVE POR *Plasmodium falciparum*

DEFINICIONES DE CASO

Caso probable de malaria grave: Paciente con antecedente de fiebre, residente o procedente de áreas endémicas de malaria, con por lo menos uno de los criterios de gravedad definidos en la Tabla N° 1.

Caso confirmado de malaria grave por *P. falciparum*: Es todo paciente con por lo menos uno de los criterios que figuran en la Tabla N° 1 y demostración parasitológica de formas asexuadas de *P. falciparum* a la lámina de gota gruesa u otro método diagnóstico.



Vallejos S.



L.M. CHIOTTI K.



V. Rojas M.



D. Fernández E.



13/01/2014

Tabla N° 1

CRITERIOS DE GRAVEDAD	
CRITERIOS	DEFINICIÓN
Postración	Debilidad marcada.
Compromiso de conciencia	Escala de Glasgow score < de 14
Convulsiones generalizadas	≥ 1 convulsión en 24 horas
Dificultad Respiratoria	Edema agudo pulmonar o Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto.
Insuficiencia renal aguda	Adulto: Diuresis < 0.5cc/Kg/hora, Niño: Diuresis < 12 ml/Kg/24 horas o Creatinina > 3 mg/dl
Hipoglicemia	Glicemia < 60 mg/dl
Anemia Aguda Severa	Hcto: < 21% Hb: < 7.0 gr/dl
Hiperparasitemia	4+ (> 100,000 parásitos /ml) > 5% de GR con formas asexuadas
Hemoglobinuria malarica	Orina pardo oscura, ó rojisa, proteinuria
Ictericia	Bilirubina Total > 3 gr/dl(clínica)
Hipotensión	PA Sistólica < 70 mm Hg
Hiperpirexia	T corporal axilar > 39°C persistente
Trastorno de la coagulación	Recuento plaquetario < 50,000/ml Sangrado espontáneo
Acidosis	PH < 7.25 ó Bicarbonato < 15 mEq/L

Existen algunos criterios de alarma que están relacionados con el incremento del riesgo para desarrollar malaria grave en pacientes con diagnóstico de malaria por *P. falciparum*, los cuales se muestran en la Tabla N° 2:

Tabla N° 2

CRITERIOS DE ALARMA PARA MALARIA GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vómitos frecuentes ▪ Deshidratación ▪ Polipnea ▪ Falta de respuesta al tratamiento luego de 48 horas de iniciado

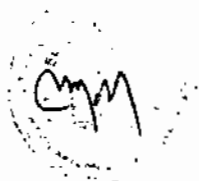
Todos los pacientes que presenten una de las manifestaciones clínicas de alarma deben ser derivados inmediatamente a un establecimiento de mayor complejidad para manejo hospitalario.

Ciertos grupos poblacionales tienen mayor riesgo de desarrollar malaria grave; los grupos que tienen riesgo incrementado son:

- Gestantes
- Niños menores de 5 años
- Adulto mayor (65 a más)



Vallejos S.



D. Fernández E.

IX.2 MANEJO DEL PACIENTE CON MALARIA GRAVE.

El paciente con diagnóstico de malaria grave (probable o confirmado) es UNA EMERGENCIA MÉDICA y debe decidirse de la forma siguiente:

Primera Opción

- **DERIVADOS DE ARTHEMISININA** (Ver Anexo N° 13)

En centros hospitalarios de referencia.

Por vía parenteral – endovenosa.

Artesunato endovenoso; presentación en ampolla de 60 y 80 mgs.

Dosis de Administración:

1era dosis : A razón de 2.4 mg/kg de peso, al ingreso del paciente,

2da dosis : A razón de 2.4 mg/kg de peso a las 12 horas de la primera,

3era dosis : 2.4 mg/kg a las 24 de la segunda dosis.

Valorar tolerancia oral para iniciar la administración por vía oral o de lo contrario, mantener la vía parenteral a dosis de 2.4 mg/kg de peso cada 24 horas.

De recuperar la tolerancia oral, administrar artesunato oral en dosis de 4 mg/kg hasta completar los tres días de tratamiento incluyendo los días de administración parenteral; la dosificación para completar el tratamiento se hará según norma nacional para la atención de casos de malaria por *P. falciparum* con Artesunato Mefloquina.

Nota: La solución del artesunato para la administración endovenosa, debe ser mezclada / diluida con Dextrosa al 5% en volumen de 5 a 10 cc., antes de su administración.

En áreas periféricas y/o rurales ó antes de derivar al paciente con malaria grave, hacer uso de Arremeter,

Uso de Artemeter intramuscular:

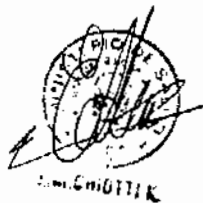
Administrar Artemeter de uso Intramuscular (IM) a dosis de 3,2 mg/kg de peso como dosis de ataque al inicio, inmediatamente derivar al paciente, asegurando una derivación efectiva; de lo contrario y según la valoración clínica, administrar a Artemeter razón de 1.6 mg/kg de peso por día hasta recuperar tolerancia oral, recuperada esta (V.O), de la misma forma completar el tratamiento según norma nacional.

Consideraciones a tener en cuenta para la administración de artemeter vía IM.

La dosis calculada por kilogramo peso es preparada de la forma correcta para ser administrada por vía intramuscular, la zona a elegirse para la administración debe ser la cara anterior del muslo.



Vallejos S.



D. Fernández E.

Nota: El artemeter es un producto lipofílico por lo que no se recomienda su administración en la región glútea.

Presentación: vial de 1 ml de 80 mg de artemeter en solución.

Segunda Opción para el tratamiento de casos de Malaria grave:

QUININA Y CLINDAMICINA por vía endovenosa, luego de tercer día de tratamiento, si se verifica **mejoría clínica** y tolerancia oral, iniciar la administración por esta vía.

▪ **ADMINISTRACION DE QUININA** (Ver Anexo N° 14).

El tratamiento con quinina se realiza administrando una dosis de carga y luego dosis de mantenimiento.

DOSIS DE CARGA:

Administrar 20 mg/kg de quinina diluido en Dextrosa al 5% a razón de 10 ml/kg peso corporal (500 cc en un adulto como volumen total de la dilución) la cual se administra en infusión continua durante 4 horas, (500 cc pasan en cuatro horas a cuarenta gotas por minuto, con su equivalente de 125 cc. por hora).

DOSIS DE MANTENIMIENTO:

Considerar 10 mg/kg de quinina diluido en Dextrosa al 5% a razón de 10 ml/kg peso corporal (500 cc en un adulto como volumen total) la cual se administra en infusión continua durante 4 horas cada 8 horas.

Luego de 48 horas de administración reducir la dosis a 7 mg/kg; a partir de las 72 horas instalar la administración por vía oral, evaluando la tolerancia y si hay mejoría clínica y parasitológica (disminución de la parasitemia).

La administración intramuscular puede ser utilizada en dosis de 10 mg/kg, aplicarla fraccionandola en 2 lugares diferentes, intramuscular profunda; de preferencia en la parte anterior del muslo, repetir cada 8 horas hasta pasar a la vía oral.

Usar esta vía (IM) cuando no es posible el tratamiento endovenoso como ocurre en los centros y puestos de salud con limitaciones en su capacidad resolutive.

▪ **ADMINISTRACION DE CLINDAMICINA:**

La dosis de clindamicina es de 10 mg/kg/dosis diluido en 50 ml de Dextrosa 5% y/o Cloruro de Sodio al 9/000, administrar en infusión durante 20 a 30 minutos cada 12 horas, desde inicio del tratamiento.

NOTA: Para garantizar una adecuada administración, es recomendable hacer uso de bomba de infusión.



Vallejos S.



D. Fernández E.

IX.3 MONITOREO LABORATORIAL DE CASOS DE MALARIA GRAVE:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

1. Gota Gruesa cada 12 horas, hasta su negativización.
2. Glicemia antes de iniciar el tratamiento, al terminar la dosis de carga y luego cada 8 horas hasta que tolere la vía oral, seguidamente cada 24 horas hasta su alta.
3. Microhematocrito de inicio, al término de la dosis de carga, y luego cada 8 horas hasta que tolere la vía oral, seguidamente cada 24 horas hasta su alta.
4. Hemograma y recuento de plaquetas al ingreso y según evolución.
5. Dosaje de Creatinina al ingreso; en caso oliguria cada 24 horas.
6. Bilirrubina total y fraccionada, al ingreso y según evolución clínica.
7. Radiografía de tórax ante manifestaciones de dificultad respiratoria.
8. Gases arteriales y electrolitos al ingreso y según evolución.

IX.4 MANEJO DE COMPLICACIONES:

MALARIA CEREBRAL

Estado de coma, no atribuible a ninguna otra causa en un paciente portador de malaria por *P. falciparum*; es la forma más frecuente de malaria grave, aparece de forma gradual o repentina, debe sospecharse frente a manifestaciones de: cefalea intensa, compromiso del sensorio, desorientación, confusión, convulsión, coma profundo, sin que exista otra causa que lo explique.

En el examen físico se puede encontrar rigidez de nuca, espasticidad, hiperreflexia, signos de descerebración o decorticación, anomalías de la motilidad ocular como trastornos de los movimientos conjugados, oclusión mandibular permanente y bruxismo.

CONSIDERACIONES PARA EL MANEJO (Ver Anexo N° 15)

INSTAURAR TRATAMIENTO ANTIMALÁRICO INMEDIATO, garantizando:

1. Hospitalización y monitoreo.
2. Cuidados de enfermería.
3. Vigilancia neurológica (Escala de Glasgow).
4. Control de funciones vitales.
5. Balance Hídrico Estricto.
6. Monitoreo De volumen de orina: Sonda vesical.
 - Considerar retiro precoz de la sonda vesical



Vallejos S.



E. C. CHICOTI K.



V. Rojas M.



Magly García B.



D. Fernández E.

Si presenta CONVULSIÓN, administrar:

Diazepán: en dosis:

* Adulto : 10 mg (EV)

* Niño : 0.15 mg/kg (EV)

Fenitoína: en dosis:

Adulto : 15 – 20 mg/Kg/, no más de un gramo por día, la infusión no debe ser mayor de 50 mg/minuto, como dosis de ataque, diluido en solución salina, Cloruro de Sodio al 9/000 IV., con dosis de mantenimiento de 100 mg cada 8 horas.

Niño : 15 mg/kg, a razón de no más de 1 mg/kg/minuto

7. Punción lumbar, si es pertinente como diagnóstico diferencial ante la sospecha de meningocefalitis.

EDEMA PULMONAR (EAP)

Complicación grave de alta letalidad, suele aparecer a los pocos días de iniciado el tratamiento, cuando el estado general tiende a mejorar y la parasitemia a disminuir, debe diferenciarse del EAP iatrogénico a consecuencia de sobrecarga de líquidos. El signo de alarma inminente de EAP es el aumento de la frecuencia respiratoria, por lo que debe considerarse:

Taquipnea, > de 40 respiraciones por minuto, (respiración rápida).

Dificultad respiratoria, disnea.

Franca diaforesis.

Crepitantes en ambos campos pulmonares.

Sibilancia, tiraje costal.

Espujo espumoso y hemoptico.

Obnubilación.

Radiografía tórax compatible con Edema Agudo Pulmonar (EAP).



Vallejos S.



D. Fernández E.



Magly García B

TRATAMIENTO del EDEMA AGUDO PULMONAR

- Posición Semisentado
- O₂ húmedo
- Administración de Diuréticos: Furosemida 40-200 mg (EV)
- Medir presión venosa central (Catéter venoso central)
- Manejo en Unidad de Cuidados Intensivos, luego de evaluar respuesta, analizar la posibilidad de:
 - Ventilación mecánica
 - Drogas inotrópicas: (dopamina, dobutamina)

EVITAR: SOBRESHIDRATACIÓN

- Suspender fluidos
- Furosemida 1 mg/kg
- Hemofiltración

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Asociada a la hiperparasitemia, ictericia e hipovolemia, se manifiesta por una disminución en el volumen urinario menor de 400 ml/ 24 horas para adultos y en niños menor de 12ml/kg/día, en general se valora las siguientes razones:

Flujo urinario < 0.5 ml x kg/peso/hora

Creatinina > 3.0 mg/dl

TRATAMIENTO de INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

- Descartar Hipovolemia
- Hidratación con Solución Salina.
- Furosemida (1 mg/kg) y/o Dopamina (< 5 ugr/kg/minuto)
- Dieta renal
- Evaluar como una posibilidad a la falta de respuesta la factibilidad y riesgo beneficio de Diálisis peritoneal o Hemodiálisis.

HIPOGLICEMIA

Se presenta en pacientes gravemente enfermos y sometidos a la terapia con quinina y en embarazadas se manifiesta por:

Glucosa < 60 mg/dl, que se manifiesta por:

Signos de ansiedad,

Sudoración,

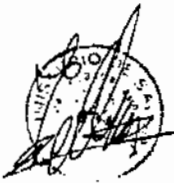
Disnea, respiración ruidosa,

Oliguria,

Mareos, puede llegar a gran deterioro de conciencia, convulsiones y coma.



Vallejos S.



CEL. GARCÍA R.



Mery García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

TRATAMIENTO

- Dextrosa 4 ampollas al 33 % en bote STAT (0.3 gr. Dextrosa x Kg/peso)
- Dextrosa 10 % AD en infusión de mantenimiento.
- Control de glicemia cada 8 horas hasta normalizar la glicemia y luego cada 24 horas hasta el alta.

HIPERPARASITEMIA

La relación entre la parasitemia y la severidad de la malaria es variable dependiendo de los grupos de población y la edad, por lo general el aumento de la densidad parasitaria esta asociado al alto riesgo de enfermedad muy grave, son signos de hiperparasitemia los siguiente:

5 % de eritrocitos parasitados (Glóbulos rojos)

- Alta densidad parasitaria: > 50,000 parasitos por μ l de sangre (++++ F)

Presencia de esquizontes de *P falciparum* en sangre periférica.

TRATAMIENTO

- Tratamiento antimalárico por vía intravenosa.
- Exanguíneo transfusión si la parasitemia es > 10 %

ANEMIA AGUDA SEVERA

La anemia producida por infecciones de *P. falciparum* es severa, puede ser microcítica o normocítica en pacientes con malaria aguda, puede contribuir a la aparición de signos cerebelosos como confusión, coma y cardiopulmonares como ritmo de galope y edema pulmonar, los parámetros laboratoriales a tenerse en cuenta son:

Hematocrito < 21 %

Hb < 7.0 gr/dl

TRATAMIENTO:

Transfusión sanguínea, hasta llegar a > 7.0 gr/dl, idealmente paquete globular. Cada unidad de 500 ml sangre total o unidad de paquete globular eleva la hemoglobina en promedio de 1.0 a 1.5 gr/dl.



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI E.



D. Fernández E.



V. Rojas M.



Magly García B.

CONSIDERACIONES PARA EL MANEJO DE MALARIA GRAVE, MALARIA CEREBRAL

MANEJO DE ENFERMERÍA

- Considerar peso diario, por lo menos al inicio
- Permeabilizar vía aérea:
 - Decúbito lateral
 - Aspirar secreciones
 - Fisioterapia respiratoria
 - Semisentado post nutrición
 - Nebulizaciones
 - O₂ húmedo
 - Manejo y cuidados de Tubo de Mayo / T.O.T.
- Control de funciones vitales/ hemodinamia
- Controlar diuresis
- Balance hídrico estricto
- Control de endovenosos "gota a gota".
Bomba de infusión y/o equipo de microgotero.
- Vigilancia neurológica :
(Escala de GLASGOW, convulsión, comportamiento).
- Control de temperatura y manejo de la fiebre (Medios físicos, Paracetamol).
- Cuidado de catéteres (Venoso, urinario, SNG).
 - Evitar úlceras de presión.

X. ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA MALARIA NO COMPLICADA Y COMPLICADA POR NIVELES DE ATENCIÓN (CAPACIDAD RESOLUTIVA)

Los servicios de salud se organizarán para la atención de los pacientes con malaria en tres niveles de atención, según la capacidad resolutiva - categoría del servicio para brindar tratamiento antimalárico, atención clínica - terapéutica y elementos de soporte al diagnóstico y tratamiento.

X.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Tiene capacidad para el manejo de casos de malaria no complicada y atención inicial de la malaria grave (complicada). Administra tratamiento antimalárico por vía enteral e intramuscular. Está dotado con Cloroquina, Sulfadoxina-Pirimetamina, Mefloquina, Artesunato, Quinina, Clindamicina y Primaquina.

Los procedimientos de administración de antimaláricos en este nivel son de administración enteral (vía oral y/o sonda nasogástrica) y parenteral (intramuscular). Asimismo, tiene capacidad de efectuar diagnóstico clínico, toma de muestras y pruebas de laboratorio de campo para diagnosticar malaria.

Hará referencia del paciente al segundo nivel de atención por sospecha clínica de malaria grave, limitación para la administración de los medicamentos por intolerancia, vómitos y/o evolución clínica desfavorable del paciente (Ver Anexo N° 16).



Vallejos S.



Miguel García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

X.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Tiene capacidad para el manejo de casos de malaria no complicada y grave. Administra tratamiento antimalárico por vía enteral (oral y sonda nasogástrica) y parenteral (intramuscular y endovenosa) dispone de Cloroquina, Sulfadoxina-Pirimetamina, Mefloquina, Artesunato, Quinina, Clindamicina y Primaquina.

Los procedimientos de administración de antimaláricos en este nivel incluyen colocación de sonda nasogástrica, administración intramuscular, canalización de vía endovenosa periférica para la administración endovenosa. Debe efectuar monitoreo clínico y de laboratorio en casos de malaria con signos de gravedad.

Se hará referencia del paciente al tercer nivel de atención cuando exista falta de respuesta clínica al tratamiento con compromiso general, necesidad de soporte intermedio y monitoreo en Unidad de Terapia Intensiva (Ver Anexo N° 17).

X.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Tiene capacidad para el manejo de casos de malaria no complicada y grave en Unidad de Terapia Intermedia e Intensiva.

Este nivel designará un Equipo Médico de Consultores para la asistencia sobre la actividad en la red de servicios de salud, como consultores, para la capacitación, investigación y solución de problemas clínicos y terapéuticos relacionados a la atención, diagnóstico y tratamiento de malaria grave (Ver Anexo N° 18).

XI. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS EN LA ATENCIÓN CURATIVA DEL ENFERMO CON MALARIA

XI.1 ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO:

- Todo paciente que inicia tratamiento antimalárico será registrado en el Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Malaria, registro que estará disponible en el horario de atención de todos los establecimientos de salud.
- La administración del tratamiento antimalárico es supervisado, registrándose las dosis de los antimaláricos administrados en la Tarjeta de Control de Asistencia y Administración de Tratamiento Antimalárico en forma diaria (Ver Anexo N° 19).
- La administración del tratamiento es responsabilidad del personal de enfermería o del personal de salud que se le asigne esta actividad, bajo supervisión.
- En las áreas donde se cuente con apoyo de promotores de salud, éstos administrarán la medicación bajo supervisión del personal de salud.

XI.2 CONSULTA MÉDICA:

- Es responsabilidad del médico, efectuar y verificar el diagnóstico del caso de malaria, calificar la gravedad inicial, decidir el esquema de tratamiento correspondiente, vigilar la evolución del paciente y determinar la condición de egreso.



Vallejos S.

...GOTTIK.



Maglyva J. B.



Vallejos M.



D. Fernández E.

- Se efectuará una consulta médica al inicio del tratamiento y otra al finalizarlo. De acuerdo a la gravedad del caso y ante la identificación de signos de complicaciones se efectuará la derivación y/o hospitalización del caso, realizándose las consultas adicionales que la situación y evolución clínica del paciente así lo requiera.
- Debe establecerse una armoniosa relación médico - paciente con la finalidad de asegurar adecuada adherencia y el cumplimiento del tratamiento.

XI.3 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

La atención del profesional de enfermería, se efectuará al inicio del tratamiento, con el objetivo de planificar con el paciente el cumplimiento del esquema terapéutico, facilitar el censo de colaterales, identificar área de probable infección, localización y control de sus colaterales, brindar educación sanitaria para lograr una efectiva adherencia del paciente al tratamiento y al seguimiento, así como la adopción de hábitos y prácticas saludables de prevención de la enfermedad.

Al finalizar el tratamiento se efectuará una entrevista de enfermería, incidiendo en la educación del paciente y su familia, valorar la adopción de recomendaciones con relación a las medidas de prevención, frente a futuras exposiciones personales, familiares y de la comunidad.

Otras atenciones de enfermería, se programarán y realizarán al observarse incumplimiento del tratamiento o complicaciones durante el mismo.

En el caso de malaria grave, la administración del tratamiento y monitoreo es de su responsabilidad.

Para el caso de la administración de quimioprofilaxis, en grupos especiales (gestantes, grupos militares, que ingresan a áreas de muy alto riesgo, considerarlos en el registro (Ver Anexo N° 20).

XI.4 ENTREVISTA DE SERVICIO SOCIAL:

Al inicio del tratamiento el personal de servicio social realizará una entrevista al enfermo, con el objetivo de evaluar el riesgo social, riesgos de interrupción y/o abandono del tratamiento, así como orientar las acciones de promoción y atención que se requieran, reforzando la educación sanitaria del enfermo y la familia.

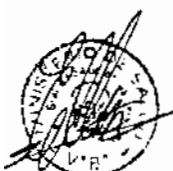


Vallejos S.

XI.5 VISITA DOMICILIARIA:

- Se efectuará al inicio del tratamiento con el objetivo de reforzar la alianza terapéutica entre el servicio y el paciente, efectuar la localización de febriles sospechosos de malaria entre los colaterales, evaluar los factores que condicionaron la enfermedad y tomar medidas de prevención de la extensión del problema en la localidad.

- Si se identifica incumplimiento y/o complicaciones durante el tratamiento, se procederá a efectuar las visitas domiciliarias que sean necesarias. La responsabilidad de la visita domiciliaria recae en enfermería, así como en el equipo técnico y asistencial del establecimiento de salud.



E.A. CHIOTTI, K.



Margely Garcia I.



V. Vallejos S.



D. Fernández E.

XI.6 CONTROL DE COLATERALES:

- Los colaterales de los pacientes con malaria serán entrevistados y examinados clínicamente en búsqueda de síntomas compatibles con un febril; los que manifiesten sintomatología y/o cumplan con la definición operativa de febril serán sometidos al examen de diagnóstico correspondiente. Las muestras de sangre para el diagnóstico, serán tomadas por el personal de salud o promotores de salud capacitados, durante la visita domiciliaria o en el establecimiento de salud.
- Los resultados de la investigación diagnóstica, definirán la condición del diagnóstico final y la decisión de iniciar o no el tratamiento farmacológico.
- Es responsabilidad del personal de enfermería o del personal de salud que asuma sus funciones, realizar el registro de la actividad de censo y control de colaterales en el reverso de la Tarjeta de Control de la Administración de Tratamiento Antimalárico. El personal que asuma esta actividad firmará y registrará su nombre, como evidencia de haber efectuado la actividad.
- De identificarse febriles entre los colaterales, se procederá según fluxograma del febril; si el resultado del examen es positivo, será sometido al procedimiento regular de la atención de un caso de malaria.

XI.7 REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (FARMACOVIGILANCIA):

Las reacciones adversas a medicamentos antimaláricos pueden ser frecuentes. Es responsabilidad del personal de salud de los servicios y los responsables de la administración del tratamiento prevenir, diagnosticar y brindar una adecuada atención a los pacientes que las presenten. Las reacciones adversas a los medicamentos antimaláricos serán notificadas al Centro Nacional de Farmacovigilancia e Información de Medicamentos (CENAFIM) – Comité Técnico Nacional de Farmacovigilancia de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas a través del formato: Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos (Ver Anexo N° 21).

XI.8 SEGUIMIENTO PARASITOLÓGICO:

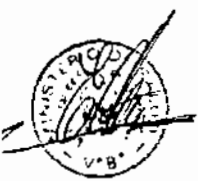
Todo paciente que ha recibido tratamiento antimalárico será evaluado clínicamente y controlado mediante exámenes de laboratorio con la finalidad de detectar precozmente falla al tratamiento antimalárico. Para los casos de malaria por *P. vivax*, el seguimiento parasitológico se efectuará el día 07 de iniciado el tratamiento, para los casos de malaria por *P. falciparum* los días 03, 07 y 14, de iniciado el tratamiento.

XI.9 EFICACIA DEL TRATAMIENTO:

La investigación clínica y parasitológica de la eficacia de los esquemas antimaláricos utilizados en el país se efectuará aplicando el Protocolo de Evaluación de Eficacia de Antimaláricos en el Tratamiento de la Malaria por *P. falciparum* No Complicado de la OPS/OMS, se realizará de forma colaborativa con las DIRESAs, INS y DGSP – Estrategia Sanitaria.



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI K.



D. Fernández E.

XI.10 FALLA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO

Se denomina falla terapéutica al tratamiento a cualquiera de las condiciones siguientes:

- Persistencia o reaparición de formas asexuadas de parásitos después del tercer día de iniciado el tratamiento con o sin sintomatología clínica.
- Persistencia o reaparición de formas asexuadas durante el control parasitológico del séptimo día.
- Presencia y persistencia de signos clínicos de malaria y formas grave, luego de tener la seguridad de una adecuada y estricta supervisión de la administración (enteral y/o parenteral) y tolerancia de los medicamentos del esquema instalado.

Una vez determinada la presencia de falla terapéutica se procederá inmediatamente al cambio de esquema de tratamiento para lograr la curación del paciente.

El hallazgo aislado de gametocitos de P. falciparum no indica falla terapéutica.

XII. INFORMACIÓN GERENCIAL, EPIDEMIOLÓGICA, OPERACIONAL Y LOGÍSTICA

XII.1 DEFINICIÓN

El sistema de información, se constituye en un elemento fundamental para toda gestión, para el caso de la conducción de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras transmitidas por Vectores (ESN), ocupa relevancia diferente en cada uno de los niveles de generación y consolidación. La necesidad de construir indicadores que demuestren la realidad del problema, acciones y capacidad de los actores sociales para con su control, hace indispensable la organización e implementación de un sistema estandarizado de información que contenga los reportes informáticos más importantes para la toma de decisiones.



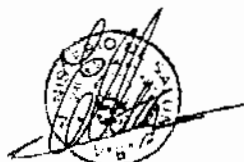
Vallejos S.

XII.2 OBJETIVOS DEL SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACIÓN

- Unificar y estandarizar la información base, que permita a los diferentes niveles de atención, analizar la tendencia así como obtener en visión de proyección, la situación del daño; identificar, seleccionar y priorizar estrategias y solicitar y/o asignar recursos.
- Identificar los espacios geográficos poblacionales más vulnerables dentro de las áreas de riesgo para priorizar las acciones correspondientes.

El sistema facilitará:

- Registrar eventos y acciones a medida que se desarrollan.
- Compartir y difundir información oportuna, confiable, de fácil interpretación en los diferentes niveles de atención.



E. Chioffi K.



V. R. M.



Magly García B.



D. Fernández E.

- Monitorizar día a día el comportamiento del daño e identificar los factores de riesgo que se hayan modificado, para orientar el control en el ámbito local.

Elementos ha considerarse para la gestión en el sistema de registro e información:

XII.3 PROGRAMACIÓN

Los elementos fundamentales para elaborar una programación son:

El conocimiento real de la magnitud del problema, espacio, población expuesta y en riesgo, recursos a los que se tiene acceso en el nivel que corresponde actuar, conocimiento y compromiso de la población afectada en el control del problema y los factores condicionantes que puedan modificar los patrones epidemiológicos conocidos.

Haciendo uso del módulo de programación para la prevención y control de la malaria en el Perú, deberá formularse desde el nivel local; en el tercer mes del año anterior (marzo) previa revisión y análisis de los indicadores, patrones epidemiológicos y los factores de riesgos actuales y los mostrados en los dos últimos años (Ver Anexos N° 22 y 23).

Es responsabilidad del nivel Regional y las Redes de Salud, impartir criterios e información que facilite el desarrollo de la actividad; en reuniones de trabajo es esencial considerar acciones de prevención y control del daño, tomando como unidad de programación el nivel local – operativo. Luego de este proceso, el equipo conductor del nivel intermedio, asume la responsabilidad del análisis y consolidación del Plan Regional, el mismo que deberá ser elevado al nivel nacional en la primera quincena de Abril.

Para la formulación de la programación, se establecerán metas operacionales de cumplimiento local que deben ser monitoreadas mensual y trimestralmente. A continuación se presentan las siguientes metas nacionales a ser cumplidas, de acuerdo a los componentes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores - Malaria:

XII.3.1 Localización de Casos

Identificar al 100% de febriles residentes en zonas endémicas y/o procedentes de las mismas, como actividad intra mural.

Efectuar barridos hemáticos al 100% de la población en alto riesgo (focalizada), previa delimitación geográfica del área problema en situación de brote o incremento de casos y presencia de factores condicionantes.

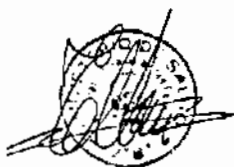
Identificar al 100% de febriles de entre los colaterales del caso de malaria.

Las metas de nivel de exploración según estratos de riesgo son:

- **Muy alto riesgo y Alto riesgo (IPA > 10 x 1000)** 30% de exploración de su población.



Vallejos S.



E. CHIOFALO



Miguel García R.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

- **Mediano Riesgo** (IPA 1 a < 10 x 1000) 15% de exploración de su población.
- **Bajo Riesgo** (IPA < 1 x 1000), 5% de su población en riesgo y demanda.

XII.3.2 Diagnóstico de Casos

Examinar al 100% de febriles identificados a través de métodos estandarizados e implementados.

Examinar al 100% de febriles identificados de entre los colaterales.

XII.3.3 De la Administración del Tratamiento

Administración supervisada del esquema tratamiento farmacológico al 100% de casos diagnosticados con malaria, según tipo de *Plasmodium* y línea terapéutica.

Seguimiento y Control de gota gruesa al 100% de pacientes con malaria que iniciaron tratamiento, según el tipo de plasmodium.

Consulta médica al 100% de pacientes en tratamiento.

Atención de Enfermería al 100% de pacientes diagnosticados que inician tratamiento, mientras dura la terapia y el seguimiento.

Atención Social al 100% de casos.

Visita domiciliaria al 100% de pacientes diagnosticados y aquellos que dejan de asistir al tratamiento.

XII.4 INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Los instrumentos utilizados para el registro continuo de la información básica de las acciones de prevención y control de la malaria son:

Libro de Registro de Febriles, Libro de Registro de Muestras para Investigación Diagnóstica de Malaria, Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Malaria, Tarjetas de Control de Asistencia y Administración de Tratamiento Antimalárico (Ver Anexos N° 10, 19, 24, 25 y 26). Estos instrumentos se interrelacionan entre si y brindan la información necesaria para la elaboración de los informes e indicadores para la toma de decisiones.

XII.4.1 Libro de Registro de Febriles

Documento que deberá ser instalado en todos los establecimientos de salud de las áreas con riesgo de transmisión y receptoras de casos. Es obligación del personal de salud registrar a todo febril identificado, bajo la supervisión y responsabilidad de enfermería.



Vallejos S.



M. García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

La información consignada en este documento, constituye el trazador del nivel local en el comportamiento de las enfermedades febriles en la zona; así mismo es la base para la obtención de datos de localización y búsqueda del informe operacional mensual.

XII.4.2 Libro de Registro de muestras para investigación diagnóstica de Malaria

Todo establecimiento de salud que desarrolle acciones de diagnóstico laboratorial, deberá contar con este instrumento de registro, debiendo para tal fin hacer uso de la entrevista al febril y a la solicitud de investigación de malaria.

En este documento se debe registrar en la forma más precisa posible, información relevante con el procedimiento de diagnóstico utilizado y su resultado; el buen uso del instrumento, permitirá, conocer la producción de la unidad de diagnóstico con relación a la malaria, mediante:

- Número de exámenes de diagnóstico efectuados (Láminas para gota gruesa de diagnóstico y serología de diagnóstico).
- Número de exámenes de diagnóstico positivo, por método.
- Número de exámenes procesados para control.
- Así como analizar la información relacionada con el control de calidad de gota gruesa.

XII.4.3 Libro de Registro y Seguimiento de pacientes con Malaria

Este registro estará instalado en todos los establecimientos de salud de las áreas con riesgo de transmisión y receptoras de casos. Es obligación del personal de enfermería registrar la información correspondiente a la administración del tratamiento y al seguimiento de los pacientes diagnosticados con malaria.

Este documento es la fuente base para la elaboración del informe operacional mensual y estudios de cohorte de tratamiento, permite identificar problemas e inconsistencias operacionales del manejo y seguimiento de casos, evaluar la eficiencia de los servicios en la atención curativa del paciente, eficacia de los esquemas terapéuticos utilizados, conocer los grupos poblacionales y ocupacionales más afectados y predominancia plasmodial, identificación de los tipos de resistencia a los antimaláricos utilizados en los esquemas.

La tarjeta de control de asistencia y administración de tratamiento, la solicitud de investigación diagnóstica de malaria, la hoja de transferencia y la historia clínica ó ficha familiar constituyen las fuentes de información para este instrumento.

La información contenida en el presente registro, deberá ser coincidente en forma individual con los registros de febriles y muestras, solicitud de investigación de malaria y tarjeta de control de asistencia para la administración del tratamiento antimalárico.



Vallejos S.



L.M. CROTTI R.



Marilyn García S.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

Para facilitar el uso de la información registrada y el instrumento de información correspondiente, es necesario tomar en cuenta algunas consideraciones relacionadas a la identificación por meses y que la numeración de los casos registrados, se inicie con el N° 001 el primer día del año, hasta el último día del año en forma correlativa.

XII.4.4 Libro de Registro de Febriles y casos de Malaria del Promotor de Salud(Anexo N° 24).

Este registro está destinado para que los promotores de salud registren las actividades inherentes a la localización de febriles y a la administración de tratamiento y seguimiento de los casos de malaria que son delegados y/o asignados a ellos por limitaciones de acceso al servicio de salud. La capacitación y el monitoreo permanente del adecuado asentamiento de datos en este registro son de responsabilidad del establecimiento de salud del área geográfica a donde se encuentran registrados los promotores de salud.

Este registro se constituye en la base para elaborar el Informe Operacional Mensual del Promotor de Salud / Colaborador Voluntario.

XII.5 INSTRUMENTOS DE INFORMACIÓN

Son los instrumentos comunicadores de la situación operacional y epidemiológica de la malaria, con variables diferenciadas. Los instrumentos de información empleados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores - Malaria son:

El Informe Operacional Mensual de la Malaria, Evaluación de Estudio de Cohorte de Tratamiento, Informe Trimestral de la Vigilancia de la Falla del Tratamiento Antimalárico por *Plasmodium falciparum*, Informe Trimestral de la Supervisión Técnica Indirecta del Control de Calidad del Diagnóstico de Malaria, Formato Individual de Investigación por fallecimiento atribuido a malaria (Ver Anexos N° 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 36).

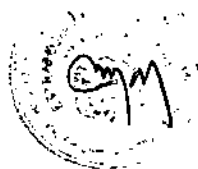
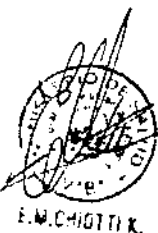
XII.5.1 Informe Operacional Mensual

Este formato nos permite obtener la mayor parte de la información operacional necesaria para elaborar los indicadores de proceso del Programa (localización y diagnóstico de casos, incidencia por grupo etareo, mortalidad, control de colaterales, etc).

Cada responsable de la ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores – Malaria, según corresponda, elaborará este informe sobre la base de los datos existentes en los libros de registro antes mencionados. Esta información se evaluará en el ámbito local, microredes y redes de servicios de salud en reuniones técnicas de trabajo.

a) Informe Operacional Mensual del nivel ejecutor Local – nivel Regional

La responsabilidad de la consolidación de la información operacional mensual, corresponde al nivel de descentralización establecido al



interior de las DIRESAs y DISAs, deben analizarse y consolidarse en el nivel regional - intermedio, para luego con la formulación de indicadores de resultado y gestión, se remita al nivel normativo nacional, durante los 20 días del mes siguiente al ejercicio.

Para facilitar el análisis y evitar duplicidad, es recomendable que la información generada por otras instituciones del sector (EsSalud, PNP, FF.AA. y otros prestadores del ámbito) una vez analizada y consolidada se remita al nivel central; de haberse consolidado en el informe operacional mensual la información generada por todos los prestadores colocar una nota al pie de página que está consolidado, esto no exime a las DIRESAs y DISAs del envío adicional de lo generado por las instituciones del sub sector salud y no públicos.

Es responsabilidad del nivel regional, remitir al nivel nacional la información operacional en los tiempos establecidos.

b) Informe Operacional Mensual del Nivel Comunal (Promotores de Salud/Colaboradores Voluntarios)

La labor de los Colaboradores Voluntarios o Promotores de Salud se sistematizará y monitoreará con este informe, el mismo que se ha incluido dentro del Informe Operacional Mensual del nivel ejecutor local – nivel regional para su información mensual.

Este informe incluye la información de la localización de casos, control de colaterales, informe de casos, fallecidos, tratamientos administrados y el saldo de medicamentos.

Cada promotor de salud colaborador voluntario o promotor de salud adscrito a los establecimientos de salud, informará sus actividades en forma mensual; a través del presente instrumento, este proceso permitirá efectuar un monitoreo efectivo de la participación de la comunidad a través de sus agentes/promotores.

XII.5.2 Informe del Estudio de Cohorte de Tratamiento

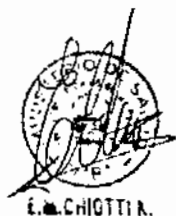
Este informe permite conocer la capacidad de los servicios para la administración del tratamiento y seguimiento, así como la respuesta terapéutica frente a los esquemas establecidos, construyendo indicadores de eficiencia y eficacia de los esquemas de tratamiento establecidos en la Norma Técnica de Salud para la Atención de Malaria y Malaria grave en el Perú.

Este método de evaluación estandarizado en el país, facilita la vigilancia operacional de la sensibilidad y resistencia de las drogas antimaláricas in vivo, debiendo ser correlacionados estos resultados con los pilotos de evaluación de la resistencia in vitro. Para que esta comparación pueda ser captada, es necesario que los responsables de la operatividad de la administración del tratamiento en el nivel local, hagan uso de las definiciones que corresponden a una administración de tratamiento 100% supervisado y controlado.

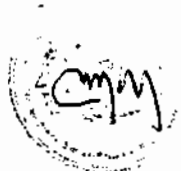
Se evaluará los esquemas antimaláricos utilizados en el tratamiento de malaria por *P. vivax*, *P. falciparum* sensible a Sulfadoxina/Primetamina (Sulfadoxina/Primetamina + Artesunato (SP+AS); *P. falciparum* resistente a Sulfadoxina/Primetamina: Artesunato + Mefloquina



Vallejos S.



E. CHIOTTI R.



Mary Garcia B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

(AS+MQ); P.falciparum resistente a (AS+MQ); Quinina + Clindamicina + Primaquina (Q+Cl+Pq).

- El total de pacientes ingresados al estudio de Cohorte, deberá corresponder al total de pacientes de malaria con confirmación diagnóstica de malaria que inician un esquema de tratamiento específico.
- A la cohorte se ingresa y egresa una sola vez, no se puede evaluar la cohorte hasta que el último paciente que haya ingresado, egrese.
- Los resultados de la cohorte permitirán a los niveles ejecutores locales y equipos intermedios (regionales o redes) tomar las medidas y acciones más convenientes en el lugar que se origine la deficiencia y/o identificar las fortalezas y estrategias para compartirlas con otras unidades operativas.
- De acuerdo a la estratificación de la resistencia del parásito, el grupo de pacientes que ingresen por cada una de las cohortes, deberán corresponder al número que egresan como falla terapéutica del esquema anterior al que fueron sometidos.
- Asimismo, por cada una de las cohortes, la suma de los pacientes con condición de egreso, deberá corresponder al número de pacientes ingresados.
- Es responsabilidad del equipo multidisciplinario de salud de los establecimientos de salud la elaboración, análisis y toma de decisiones a partir del Estudio de Cohorte Local.

La base de información para la elaboración del estudio de cohorte es:

- Libro de Registro y Seguimiento de pacientes con Malaria.
- Tarjeta de control de asistencia y administración de tratamiento antimalárico.
- Informe Operacional Mensual.

XII.5.2.1 Condiciones de Egreso del Tratamiento – Estudio de Cohorte

Se han establecido cuatro categorías de egreso para los pacientes que ingresaron a una determinada cohorte (esquema de tratamiento):

- ♦ **CURADO:** Cuando el paciente ha cumplido con el esquema completo de tratamiento y el último control de laboratorio es negativo.
- ♦ **FALLA TERAPÉUTICA:** Cuando se ha cumplido con el esquema completo de tratamiento y no se muestra mejoría clínica ni de laboratorio, persistiendo o reapareciendo la parasitemia.
- ♦ **ABANDONO:** Cuando el paciente no completa el tratamiento medicamentoso y/o abandona el seguimiento o



Vallejos S.



F. CHIQUITA



D. Fernández E.

control (falla del servicio y/o falla de adherencia del paciente).

- ♦ **FALLECIDO:** Cuando el paciente fallece durante el tratamiento y/o seguimiento y la investigación epidemiológica demuestra que la causa básica de muerte es malaria.

XII.5.2.2 Motivos de Exclusión al Estudio de Cohorte

A. Estudio de Cohorte Malaria por *P. vivax*, son excluidos:

- Mujeres gestantes.
- Niños menores de 1 año.
- Personas alérgicas y/o que presenten Reacciones Adversas Medicamentosas Mayores (RAMM), que obliguen a interrumpir y/o modificar el esquema de tratamiento
- Personas con problemas mayores, inmunodeprimidos, y/o enfermedades concomitantes, que obliguen a modificar y/o interrumpir el esquema terapéutico.

B. Estudio de Cohorte Malaria por *P. falciparum* sensible a Sulfadoxina/Pirimetamina – Artesunato, son excluidos:

- Personas alérgicas y /o que presenten Reacciones Adversas Medicamentosas mayores, que obliguen a interrumpir y/o modificar el tratamiento.
- Personas con problemas mayores, inmunodeprimidos, y/o enfermedades concomitantes, que obliguen a modificar y/o interrumpir el esquema terapéutico.

Tener presente que este esquema terapéutico no está indicado en gestantes ni en niños menores de 1 año.

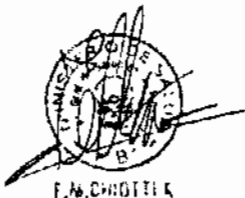
C. Estudio de Cohorte Malaria por *P. falciparum* resistente a Sulfadoxina/Pirimetamina – Artesunato, son excluidos:

- Personas alérgicas a las sulfas, y/o que presenten Reacciones Adversas Medicamentosas Mayores, que obliguen a y/o modificar el tratamiento.
- Personas con problemas mayores, inmunodeprimidos, y/o enfermedades concomitantes, que obliguen a modificar y/o interrumpir el esquema terapéutico.

Tener presente que este esquema terapéutico no está indicado en gestantes ni en niños menores de 1 año.



Vallejos S.



F. A. CRISTINA



H. Rojas M.



D. Fernández E.

D. Estudio de Cohorte Malaria P. falciparum resistente a Mefloquina – Artesunato, son excluidos:

- Personas con Reacciones Adversas Medicamentosas Mayores, que obliguen a interrumpir y/o modificar el tratamiento.
- Personas con problemas mayores, inmunodeprimidos, y/o enfermedades concomitantes, que obliguen a modificar y/o interrumpir el esquema terapéutico.
- Malaria Grave y Complicada.

XII.5.2.3 Periodicidad de la presentación del Estudio de Cohorte

La periodicidad del Estudio de Cohorte corresponderá a la evaluación mensual para el nivel local y regional; trimestral para el nivel nacional, del grupo de pacientes que reciben tratamiento con cada una de las líneas terapéuticas establecidas.

El Estudio de Cohorte de Malaria se elaborará en los servicios generales de salud (establecimientos de salud) y se discutirá en reuniones de trabajo a nivel de microredes y redes de salud, para lograr que los niveles operativos compartan experiencias y consoliden su información referida al movimiento de pacientes en el interior de la Dirección de Salud.

El equipo de coordinación del Nivel Regional asume la responsabilidad de consolidar, analizar y remitir el Estudio de Cohorte de su ámbito jurisdiccional, según cronograma adjunto:

TRIMESTRE A INFORMAR	ÚLTIMO DÍA DE ENTREGA DEL INFORME DE ESTUDIO DE COHORTE DEL NIVEL REGIONAL AL NIVEL NACIONAL
Primer Trimestre	20 de Abril
Segundo Trimestre	20 de Julio
Tercer Trimestre	20 de Octubre
Cuarto Trimestre	20 de Enero de año siguiente.



Vallejos S.

XII.5.2.4 Informe Trimestral de Vigilancia de Falla al Tratamiento Antimalárico por P. falciparum

Este documento permitirá evidenciar hasta el nivel de establecimiento de salud y distrito, la situación de la eficacia y resistencia a los esquemas terapéuticos utilizados, orientando la rotación y/o reorientación de los mismos.

El informe será obtenido como resultante de la evaluación y análisis del estudio de cohortes, debiendo elaborarse y

E. M. CHIDTERRA.

E. M. Chidterra

Vallejos M.

D. Fernández E.

remitirse anexo al Informe Trimestral de Estudio de Cohorte (Ver Anexo N° 33).

XII.5.2.5 Informe Trimestral de la Supervisión Técnica Indirecta de Control de Calidad del Diagnóstico de Malaria

La elaboración de este informe recae en el responsable del área de diagnóstico parasitológico de Malaria de la Red de Laboratorios (nivel regional). Este se refiere a la información contenida en el Informe Mensual de Producción del Laboratorio y en el Control de Calidad Mensual que remiten los laboratorios locales e intermedios a sus unidades diagnósticas de referencia, teniendo como fuentes de información y control el registro de muestras para investigación diagnóstica de malaria.

Este documento permitirá a los niveles locales ampliar su cobertura de supervisión sin reemplazar la supervisión técnica directa en las áreas críticas; asimismo, permitirá tomar las medidas correctivas frente a las situaciones no deseadas identificadas (Ver Anexo N° 34).

XII.5.2.6 Informe Mensual de Exámenes de Diagnóstico y Seguimiento para Malaria

Este informe consolida los datos referentes a los exámenes de diagnóstico y control del tratamiento realizado en los laboratorios de los establecimientos de salud; la base para su elaboración es el Libro de Registro de Muestras para Investigación diagnóstica de Malaria, ubicado en todos los laboratorios de los establecimientos de salud.

Los responsables de la elaboración del presente informe son los encargados de laboratorio. La consolidación de la información se hará en el laboratorio de referencia regional, el mismo que será remitido a la coordinación regional de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las enfermedades Metaxénicas - Malaria, para su envío junto con el Informe Operacional Mensual.

XII.6 INSTRUMENTOS DE INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN

La gestión de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores, será monitoreada mediante los siguientes informes:

- Informe Anual de Cobertura de Atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores, desde los Servicios de Salud (Ver Anexo 35).
- Informe Trimestral de Avance de Metas Físicas y Financieras de la Estrategia Sanitaria Nacional.



Vallejos S.

[Handwritten signature]
L.W. CHIOTTI



[Handwritten signature]
María García

[Handwritten signature]
V. Rojas M.



D. Fernández E.

- Informe Analítico de la Gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores..

XII.7 EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES

Uno de los objetivos del Sistema de Registro e Información es el obtener, analizar información e interpretar indicadores, elementos fundamentales que deben direccionar la toma de decisiones en la conducción de la prevención y control de la malaria.

Deben diferenciarse los indicadores según el nivel de gestión y oportunidad para la toma de decisiones:

- El nivel local efector monitoriza y analiza diariamente el avance de las acciones.
- Para el nivel intermedio, del mismo modo requiere de indicadores sensibles que le permitan con agilidad racionalizar recursos y/o brindar el apoyo técnico oportuno para revertir la situación y/o sostener la ya encontrada.
- En el nivel conductor normativo nacional, se requiere de indicadores que demuestren procesos, impacto de las acciones implementadas y la gerencia de los conductores en el nivel correspondiente.

Tomando como base los Instrumentos de registro e información ya mencionados, con información confiable, se obtendrán los indicadores con diferente grado de importancia y utilidad, según el nivel de gestión.

Consideramos:

- Indicadores de Estructura
- Indicadores de Proceso
- Indicadores de Resultado e Impacto.

XII.7.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA

ACCESIBILIDAD:

➤ EXTENSIÓN DE USO DEL SERVICIO DE SALUD

Número de personas atendidas en el establecimiento de salud / población total asignada x 100

➤ PORCENTAJE DE FEBRILES IDENTIFICADOS DE LAS POBLACIONES EN AREAS DE RIESGO DE TRANSMISIÓN DE MALARIA (RTM)

Número de febriles identificados / total de población en riesgo de transmisión x 100



Vallejos S.

[Handwritten signature]
E. M. CHOTILLA



V. Rojas M.



D. Fernández E.

DISPONIBILIDAD:

➤ **ÍNDICE TRATAMIENTOS POR CASO**

Número de tratamientos recibidos en un periodo determinado / total de casos diagnosticados en el mismo periodo.

➤ **COBERTURA DE ATENCIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD**

Número de establecimientos de salud que desarrollan acciones de prevención y/o control de malaria / total de establecimientos del sector x 100

➤ **PORCENTAJE DE LABORATORIOS DEL MINSA QUE PROCESAN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO DE MALARIA**

Número de unidades diagnósticas que procesan exámenes de diagnóstico de malaria / número total de unidades diagnósticas existentes en el ámbito x 100

➤ **PROPORCIÓN DE RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS QUE DESARROLLAN ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE MALARIA**

Número de personal capacitado en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Metaxénicas que desarrollan acciones afines / número total de personal capacitado x 100

XII.7.2 INDICADORES DE PROCESO

LOCALIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CASOS:

➤ **ÍNDICE DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PROCESADOS POR LABORATORIO (MALARIA)**

Número total de exámenes procesados / número total de unidades de diagnóstico existentes.

➤ **PORCENTAJE DE FEBRILES IDENTIFICADOS ENTRE FEBRILES ESPERADOS**

Número total de febriles identificados / número total de febriles esperados x 100

➤ **ÍNDICE DE POBLACION EXPLORADA**

Número de febriles examinados / total de la población residente en áreas de riesgo de transmisión (ART, ART, MRT y SRT) x 100

➤ **PORCENTAJE DE FEBRILES EXAMINADOS ENTRE FEBRILES IDENTIFICADOS**

Número total de febriles examinados / total de febriles identificados x 100



Vallejos S.

Emmanuel T. R.



Miguel Cruz



Rojas M.



D. Fernández E.

➤ **PORCENTAJE DE POSITIVIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE MALARIA**

Número total de muestras de diagnóstico positivas para malaria / número total de muestras procesadas para investigación diagnóstica de malaria x 100

➤ **PORCENTAJE DE CASOS DE MALARIA CONFIRMADOS ENTRE FEBRILES EXAMINADOS**

Número de febriles examinados / número de casos positivos x 100

CONTROL DE COLATERALES

➤ **PORCENTAJE DE COLATERALES EXAMINADOS ENTRE COLATERALES CENSADOS**

Número de colaterales febriles examinados / total de colaterales censados x 100

XII.7.3 INDICADORES DE RESULTADO

EPIDEMIOLÓGICOS: Permiten medir la magnitud, intensidad y gravedad del problema.

ÍNDICE PARASITARIO ANUAL:

$$IPA = \frac{\text{Nº Total de Casos Confirmados de Malaria}}{\text{Población Total}} \times 1000$$

$$IFA = \frac{\text{Nº de Casos Confirmados de Malaria por Plasmodium falciparum}}{\text{Población Total}} \times 1000$$

$$IVA = \frac{\text{Nº de Casos Confirmados de Malaria por Plasmodium vivax}}{\text{Población Total}} \times 1000$$

TASA DE INCIDENCIA DE MALARIA

Número total de casos confirmados nuevos de malaria / población total de la jurisdicción x 100,000

TASA DE INCIDENCIA DE MALARIA EN < DE 05 AÑOS

Número de casos nuevos confirmados de malaria en < de 5 años / población < de 5 años en la jurisdicción x 100,000

TASA DE INCIDENCIA DE MALARIA EN GESTANTES

Número de casos de malaria en gestantes / gestantes esperadas en el ámbito x 100,000



Vallejos S.

[Handwritten signature]
E. M. CRISTINA K.



Miguel García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

TASA DE MORBILIDAD TOTAL POR MALARIA

Número total de casos de malaria / población total de la jurisdicción x 100,000

TASA DE MORTALIDAD POR MALARIA

Número total de fallecidos por malaria / población total de la jurisdicción x 100,000

TASA DE LETALIDAD POR MALARIA

Número de fallecidos por malaria / total de casos de malaria x 100

TASA DE LETALIDAD ESPECÍFICA DE MALARIA *P. falciparum*

Número de fallecidos por malaria *falciparum* / número total de casos de malaria por *P. Falciparum* x 100

XII.7.4 INDICADORES OPERACIONALES

Permiten medir la capacidad de respuesta, niveles de cobertura, eficiencia y eficacia de las actividades desarrolladas.

DISCORDANCIA DEL DIAGNOSTICO DE MALARIA:

Número de GG (+) y (-) discordantes / número de GG (+) y (-) examinadas en control de calidad x 100

COBERTURA DE CONTROL LABORATORIAL DEL TRATAMIENTO DE CASOS CONFIRMADOS DE MALARIA

Número de exámenes de control - seguimiento al tratamiento de los casos confirmados de malaria / número total de casos de malaria con diagnóstico confirmado x 100

COBERTURA DE TRATAMIENTO DE MALARIA

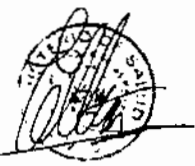
Número total de casos de malaria que reciben tratamiento adecuado / número total de casos diagnosticados x 100

PROPORCIÓN DE COLATERALES CON DIAGNÓSTICO DE MALARIA ENTRE COLATERALES EXAMINADOS

Número de colaterales con diagnóstico de malaria / número de colaterales Examinados x 100



Vallejos S.



E. M. CRISTÓBAL K.



D. Fernández E.



V. J. J. M.



Magaly García B.

PROPORCIÓN DE DISTRITOS CON RTM QUE NOTIFICARON CASOS DE MALARIA, ENTRE EL N° DE DISTRITOS CON RTM

Número de distritos con riesgo que notifican transmisión de malaria / número de distritos con riesgo de transmisión de malaria x 100

PORCENTAJE DE DISTRITOS NOTIFICANTES DE MALARIA

Número de distritos con notificación de casos / número total de distritos x 100

XII.7.5 INDICADORES ESTUDIO DE COHORTE

Permiten evaluar la organización y eficiencia de los servicios en la administración y seguimiento del tratamiento, así como la eficacia de los esquemas terapéuticos utilizados.

COBERTURA DE INGRESO A LA COHORTE

Número total de casos de que ingresan al estudio de cohorte (según especie plasmodial) / número total de casos confirmados (según especie plasmodial) que cumplen con las condiciones de ingreso a la cohorte en el período x 100

EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO: *P. vivax*

Número total de casos de malaria *P. vivax* curados / número total de casos de malaria por *P. vivax* ingresados a la cohorte x 100

EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO: *P. falciparum*

Número Total de Casos de malaria *P. falciparum* curados / número total de casos de malaria por *P. vivax* ingresados a la cohorte x 100

EFICACIA DEL TRATAMIENTO: *P. vivax*

Número total de casos curados de malaria por *P. vivax* / número total de casos curados + casos con falla terapéutica de malaria por *P. Vivax* x 100

EFICACIA DEL TRATAMIENTO: *P. falciparum* (considerar por línea terapéutica)

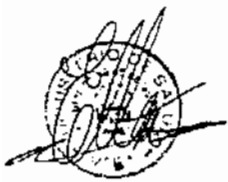
Número total de casos curados de malaria por *P.falciparum* / número total de casos curados + casos con falla terapéutica de malaria por *P. falciparum* x 100

TASA DE ABANDONO AL TRATAMIENTO: (considerar por especie y línea terapéutica)

Número de casos que abandonan el tratamiento antimalárico / número total de casos que ingresan al estudio de cohorte x 100



Vallejos S.



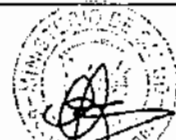
E. CHIOFFI K.



D. Fernández E.



V. Rojas M.



Megly García E.

TASA DE FALLAS TERAPÉUTICAS: (considerar por especie y línea terapéutica)

Número de casos con falla terapéutica / número total de casos que ingresan al estudio de cohorte x 100

XIII. INVESTIGACIÓN EN MALARIA

Es la aplicación del método científico en la búsqueda de respuestas a diferentes interrogantes y limitaciones que interfieren en forma importante en la toma de decisiones en el proceso de prevención y control de la malaria; basados en la generación de conocimientos y experiencias en los diferentes niveles de gestión.

Los resultados de las investigaciones proporcionan a los equipos de gestión herramientas para la adecuada toma de decisiones en pro de renovar, readaptar, reorientar e incorporar nuevas estrategias, tecnologías y metodologías en la prevención y control de la enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la efectividad de las estrategias para la prevención y control de la malaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- > Desarrollar e incorporar metodologías, tecnologías y estrategias de intervención acordes a la realidad local.
- > Profundizar los conocimientos sobre la realidad social, económica y ecológica de las áreas endémicas.
- > Evaluar el impacto de la aplicación de estrategias e intervenciones de promoción, prevención y control desarrolladas en el ámbito local y que impactan en la gestión del nivel local, regional y nacional.
- > Elevar la capacidad de gestión de la Estrategia Sanitaria.

AREAS DE INVESTIGACIÓN:

Se debe priorizar el desarrollo de investigaciones básicas y aplicadas que contribuyan a identificar y solucionar problemas concretos en los diferentes componentes de intervención acordes a las necesidades y realidad local, regional y nacional.

Estas investigaciones deben orientarse a la búsqueda de estrategias factibles de implementación, considerando los criterios costo-beneficio y costo-efectividad en su aplicación.

Las prioridades en investigación se deben orientar a las siguientes áreas:

- Prevención de la Malaria.
- Localización y diagnóstico.
- Tratamiento de casos, estrategias-resistencia, adherencia, etc.



Vallejos S.



D. Fernández E.



V. Rojas M.



S. y García B.

- Vigilancia entomológica.
- Control vectorial y protección del medio ambiente.
- Vigilancia epidemiológica.
- Promoción social y participación comunitaria.
- Sistema de registro e información.
- Otras investigaciones, relacionadas con la gestión técnico administrativas.

PREVENCIÓN DE LA MALARIA

En el componente de prevención de la malaria es necesario priorizar:

- Evaluar la efectividad de las intervenciones de Información, Educación y Comunicación que los servicios de salud desarrollan.
- Estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la protección individual y colectiva que la población adopta para prevenir la malaria.
- Desarrollar nuevas estrategias de intervención de mayor impacto factibles y aceptables por la población.
- Evaluar la efectividad de algunas medidas de protección como el uso de mosquiteros en la comunidad (con y sin impregnación de insecticidas), repelentes, cortinas impregnadas, mallas, repelentes u otros métodos.
- Evaluar la efectividad de la quimiopprofilaxis.
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.

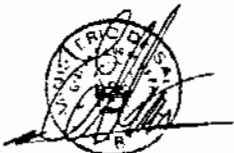
LOCALIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la localización y diagnóstico de casos es necesario priorizar:

- Desarrollo y evaluación de estrategias para la localización de casos.
- Evaluar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, estrategias alternativas.
- Evaluar las definiciones operacionales utilizadas para la localización y diagnóstico de casos según áreas endémicas por niveles de riesgo.
- Desarrollar y evaluar el uso de pruebas rápidas de diagnóstico para su utilización racional, en diferentes estratos.
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades.



Vallejos S.



E.M. CHIDI K.

TRATAMIENTO DE CASOS y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

En el tratamiento de casos priorizar:



D. Fernández E.



V. Rojas M.



M. Chiribis B.

- Desarrollar estrategias para garantizar la administración supervisada de los esquemas de tratamiento.
- Estudiar los factores relacionados con las reacciones adversas a los medicamentos antimaláricos.
- Evaluar sistemáticamente la eficacia de las drogas antimaláricas utilizadas en el país para definir la continuidad de su uso en condiciones de Campo – Vigilancia de la resistencia.
- Evaluar la eficacia de esquemas terapéuticos alternativos para el tratamiento de la malaria.
- Evaluar esquemas terapéuticos acortados, eficacia, adherencia, prescripción.
- Calidad del suministro y prescripción de la terapia de combinación.
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.
- Evaluar el impacto de la malaria por *Plasmodium falciparum* en grupos vulnerables: gestantes, niños, recién nacidos y ancianos
- Estudios de morbilidad severa y mortalidad de malaria por *P. falciparum* y la capacidad de respuesta de los servicios de salud para enfrentar brotes epidémicos.
- Evaluar las condiciones de riesgo para la emergencia de la resistencia a los medicamentos antimaláricos.

VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA

- Actualización del mapa entomológico.
- Evaluar los indicadores utilizados para la vigilancia entomológica, según escenarios epidemiológicos.
- Estudiar las características, distribución, dispersión, incriminación y capacidad de transmisión de los vectores, según estratos epidemiológicos. Evaluar la susceptibilidad de los vectores a los insecticidas utilizados para el control vectorial – métodos de vigilancia de la resistencia.
- Evaluar la influencia de los cambios ambientales y ecológicos sobre los vectores transmisores de la malaria y los efectos sobre las medidas de control químico.
- Estudios del comportamiento de los principales vectores, según escenarios epidemiológicos, para orientar las estrategias de prevención y control.
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.

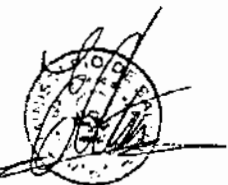
CONTROL VECTORIAL Y PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

Priorizar las investigaciones en:

- Evaluar la efectividad de las estrategias utilizadas para el control vectorial.



Vallejos S.



E. M. Chiriqui K.



Medy García P.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

- Desarrollar y evaluar nuevas estrategias para el control vectorial, considerando la protección del medio ambiente.
- Estudios de costo-eficacia y costo-beneficio de las intervenciones de control vectorial.
- Evaluar la utilización sistemática de los insecticidas para evitar su uso indiscriminado.
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.
- Evaluar las condiciones de riesgo para la emergencia de la resistencia a los plaguicidas de uso en Salud Pública – Control de Anophelinos.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Como parte de este componente, priorizar:

- Evaluar la eficiencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica utilizados actualmente.
- Estudiar la influencia de los factores ambientales, ecológicos, demográficos, culturales y económicos en el comportamiento de la malaria en la población.
- Evaluar el impacto de las migraciones poblacionales.
- Evaluar los factores de riesgo de la enfermedad en áreas sin transmisión.
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.

PROMOCION SOCIAL Y PARTICIPACION COMUNITARIA

Se requiere estudios de:

- Evaluación del impacto de la participación de los diferentes actores sociales y de la comunidad organizada en el control de la enfermedad.
- Evaluación de la efectividad de la Red comunal de vigilancia de la malaria y la intervención de los promotores de salud en las actividades de lucha contra la Malaria.
- Desarrollo de nuevas estrategias que promuevan la participación de los recursos de la comunidad.
- Respuesta de los gobiernos locales y sus organizaciones frente a un problema de salud pública.
- Percepción de la población y sus autoridades sobre la prevención y control de la malaria
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.

SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACIÓN

Son prioritarios los estudios en:

- Evaluación de los sistemas actuales de información.



Vallejos S.



L.M. CHIOTTI K.



Magly García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

- Diseño de software de base de datos que agilicen el procesamiento y análisis de la información para una adecuada toma de decisiones por niveles.
- Estrategias para fortalecer la calidad de la información que se genera en los niveles locales - operativos.
- Estrategias que garanticen un sistema de referencia y contrarreferencia ágil y oportuno.
- Metodologías alternas en el sistema de registro e información por niveles, que permitan simplificar el trabajo administrativo.
- Desarrollo de estrategias que permitan un análisis sistemático y por niveles de la información generada.
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.

OTRAS INVESTIGACIONES

- Estudios etnográficos de la malaria en población y personal de salud utilizando metodologías cualitativas.
- Determinar el perfil socio antropológico de la población, objetivo en las áreas endémicas de malaria.
- La malaria en la Agenda Política del Estado
- Otras de acuerdo a las necesidades y realidades según niveles.

Los resultados de las investigaciones proporcionarán las herramientas necesarias para la toma de decisiones, reorientar estrategias - procesos y efectuar los ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos en la prevención y control del problema.

RESPONSABILIDAD

El desarrollo de investigaciones es función y responsabilidad de todo el personal de salud, según niveles de atención, bajo el amparo legal de la Ley General de Salud.

La coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores y sus Equipos Multidisciplinarios de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud, deben desarrollar actividades y estrategias que fomenten en el personal de salud una cultura y actitud investigadora.

El nivel nacional debe de estimular y fomentar el desarrollo de investigaciones según las necesidades nacionales, regionales y locales; así mismo, asume la responsabilidad de brindar soporte técnico, canalizará el asesoramiento metodológico y la búsqueda de financiamiento para el desarrollo de las investigaciones

XIV. RESPONSABILIDADES

Al nivel nacional le compete funciones de rectoría, normatividad, y de gestionar el financiamiento de la implementación y aplicación de la presente Norma Técnica. El cumplimiento es de competencia del Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas.



Vallejos S.



C.M. CHIOTTI K.



Madiv Garcia P



V. Rojas M.



D. Fernández E.

Es responsabilidad el nivel Regional la implementación, difusión, supervisión y seguimiento de su cumplimiento en el ámbito de su jurisdicción.

Al nivel local, prestador del servicio, le compete bajo responsabilidad la aplicación de la presente norma según corresponda.

XV. DISPOSICIONES FINALES

La presente Norma Técnica de Salud deja sin efecto lo establecido en el Instrumento Normativo: "Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Malaria en el Perú" aprobado con R.M. N° 249-94-SA/DM y en la RD N° 094-2001-DGSP que aprueba la Directiva N° 005-2001-DGSP-DEAIS-DPCRD-PCMOEM "Atención Curativa de la Malaria, Nuevos Esquemas Terapéuticos en el Tratamiento de la Malaria.

XVI. ANEXOS

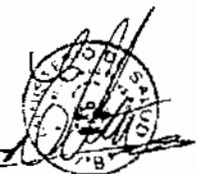
- Anexo N° 01 – Fluxograma de Localización y Atención de Febriles en Servicios Generales de Salud.
- Anexo N° 02 – Procedimiento para la obtención de la muestra para la Gota Gruesa.
- Anexo N° 03 – Formatos de Supervisión del Diagnóstico Parasitológico de Malaria del Nivel Local y Supervisión del Diagnóstico y Control de Calidad de Malaria del Nivel Regional.
- Anexo N° 04 – Informe Trimestral de Producción y Control de Calidad por Especie de Plasmodium.
- Anexo N° 05 – Registro de Ingreso y Calidad en el Diagnóstico de Gota Gruesa enviadas por los Laboratorios Locales
- Anexo N° 06 – Registro de Control de Calidad de Gota Gruesa de los Laboratorios.
- Anexo N° 07 – Informe Trimestral de Producción y Control de Calidad en el Diagnóstico Parasitológico de Malaria de los Laboratorios Locales.
- Anexo N° 08 – Resultados de Control de Calidad del Diagnóstico Parasitológico de Malaria.
- Anexo N° 09 – Solicitud para Investigación Diagnóstica de Malaria.
- Anexo N° 10 – Libro de Registro de Febriles.
- Anexo N° 11 – Fluxograma de atención al Colateral.
- Anexo N° 12 – Fluxograma de Atención y Tratamiento de casos de Malaria Grave en los Establecimientos de Salud.
- Anexo N° 13 – Administración de Derivados de Artemisinina de uso Parenteral.
- Anexo N° 14 – Administración de Biclorhidrato de Quinina.
- Anexo N° 15 – Escala de Glasgow (Adultos y Niños).



- Anexo N° 16 – Fluxograma de Manejo de Malaria Grave en el Primer Nivel de Atención.
- Anexo N° 17 – Fluxograma de Manejo de Malaria Grave.
- Anexo N° 18 – Fluxograma de Atención y Tratamiento de Casos de Malaria Grave por P.Falciparum en los Establecimientos de Salud - Primer nivel de Atención (Sin Posibilidad de Diagnóstico).
- Anexo N° 19 – Tarjeta de Control de la Administración de Tratamiento.
- Anexo N° 20 – Tarjeta de Control de Administración de Quimioprofilaxis.
- Anexo N° 21- Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos Confidencial.
- Anexo N° 22 – Módulo de Programación – Atención de las Personas (Localización, Diagnóstico y Tratamiento).
- Anexo N° 23 – Módulo de Programación – Actividades de Control Vectorial Integrado.
- Anexo N° 24 – Libro de Registro de Febriles y casos de Malaria del Colaborador Voluntario de la Comunidad.
- Anexo N° 25 – Libro de Registro de Muestras para Investigación Diagnóstica de Malaria.
- Anexo N° 26 – Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Malaria.
- Anexo N° 27 – Informe Operacional Mensual de Malaria.
- Anexo N° 28 – Informe Operacional Mensual de Malaria Nivel Comunal – Colaboradores Voluntarios.
- Anexo N° 29 – Estudio de Cohorte de Tratamiento de Malaria por *Plasmodium vivax*.
- Anexo N° 30 – Estudio de Cohorte de Tratamiento de Malaria por *Plasmodium falciparum* – Esquema en base a Sulfadoxina/Primetamina + Artesunato.
- Anexo N° 31 – Estudio de Cohorte de Tratamiento de Malaria por *Plasmodium falciparum* Resistente a Sulfadoxina – Primetamina, Esquema en base a Mefloquina + Artesunato.
- Anexo N° 32 – Estudio de Cohorte de Tratamiento de Malaria por *Plasmodium falciparum* Resistente a Mefloquina – Artesunato, Esquema en base a Quinina + Clindamicina.
- Anexo N° 33 – Informe Trimestral de Vigilancia de la Falla al Tratamiento Antimalárico por *Plasmodium falciparum*.
- Anexo N° 34 – Informe Trimestral de Supervisión Técnica Indirecta de Control de Calidad de Diagnóstico de Malaria.



Vallejos S.



E.M. CRIBITTI E.



Magly García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

- Anexo N° 35 – Informe Anual de Cobertura de Atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores en los Servicios de Salud.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

1. Cook GC. Prevention and treatment of malaria. *Lancet*. 1988; i:32-37.
2. Danis M, Mouchet J. Paludisme. 1991. Diffusion ELLIPSES.
3. Gilles HM. Tratamiento del paludismo grave y complicado: guía práctica. *Organización Mundial de la Salud*. 1993.
4. Greenwood BM et al. Comparison of two strategies for control of malaria within a primary health care programme in the Gambia. *Lancet* 1988; i:1121-1127.
5. Harries AD. Malaria: keeping the mosquitoes at bay. *Lancet*. 1993; ii:506-507.
6. Hoffman SL. Diagnóstico, tratamiento y prevención del paludismo. *Clinicas Médicas de Norteamérica*. 1992; 6: 1377-1407.
7. Kroeger A, Alarcón J. Malaria en Ecuador y Perú y estrategias alternativas de control. 1993.
8. Kroeger A, Luna R. *Atención Primaria de la Salud, Principios y Métodos*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No 10. Segunda edición; enero 1992.
9. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Atención a las Personas. Dirección de Enfermedades Transmisibles. *Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para ejecutar las actividades antimaláricas en los Niveles de Atención I y II*. 1983.
10. Molyneux ME, Fox R. Diagnosis and treatment of malaria in Britain. *British Medical Journal*. 1994; 1175-1180.
11. Nájera JA, Liese BH, Hammer J. Malaria New Patterns and Perspectives. *World Bank Technical Paper Number 183*. 1992.
12. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Paludismo 18º Informe. *Serie de Informes Técnicos N° 735*. 1986.
13. Organización Mundial de la Salud. Criterios de Salud Ambiental N° 9: DDT y sus derivados. *Publicación Científica N° 425*. 1982.
14. Organización Mundial de la Salud. Empleo inocuo de plaguicidas. *Serie de Reportes Técnicos N° 813*. Comité de Expertos OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial. 1991.
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de la Lucha Contra el Paludismo. *Conferencia Ministerial sobre el Paludismo*. Amsterdam - Países Bajos. 26-27 octubre 1992.
16. Organización Mundial de la Salud. Paludismo. *Salud Mundial*. Septiembre - Octubre 1991.



Vallajos S.



[M. CHIOTTI K.



V. Rojas M.

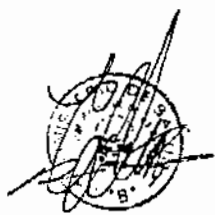


D. Fernández E.

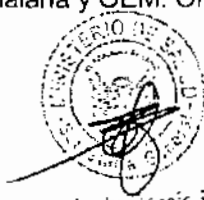
17. Organización Mundial de la Salud. Quimioterapia práctica del paludismo: Informe de un Grupo Científico de la OMS. *Serie de Informes Técnicos N° 805*. 1990.
18. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la Malaria No Complicada y Uso de Medicamentos Antimaláricos para la Protección de los Viajeros: Informe de una reunión de Consulta Oficiosa. Ginebra, 18 al 21 de septiembre de 1995.
19. Organización Panamericana de la Salud. Estratificación Epidemiológica de la Malaria en la Región de las Américas. *Boletín Epidemiológico de la OPS*. 1991; 12 (4): 1-7.
20. Organización Panamericana de la Salud. Malaria en las Américas. *Boletín Epidemiológico de la OPS*. 1992; 13 (4): 1-6.
21. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación de los programas de malaria en las Américas: XLI Informe. *Documento OPS/OMS CD37/INF/2*. Septiembre 1993.
22. Organización Panamericana de la Salud. Vacuna antimalárica: del laboratorio al campo. *Boletín Epidemiológico de la OPS*. 1994; 15 (1): 1-8.
23. Pan American Health Organization. Diagnosis of Malaria. *Scientific Publication N° 512*. 1990.
24. Panisko DM, Keystone JS. Treatment of Malaria. *Drugs*. 1990; 39(2): 160-189.
25. Ruebush II TK, Godoy-Bonilla HA, Klein RE. Mejora de la localización de casos de paludismo por trabajadores voluntarios. *Foro Mundial de la Salud*. OMS. 1985; 6: 314-318.
26. Slutsker L. Strategies for control of malaria in Africa. *Lancet* 1988; ii:283.
27. World Health Organization. Antimalarial Drug Policies: Data requirements, treatment of uncomplicated malaria and management of malaria in pregnancy. Report of an Informal Consultation. Geneva, 14 - 18 March 1994. WHO Division of Tropical Diseases.
28. World Health Organization. Implementation of the global malaria control strategy. Report of a WHO Study Group on the Implementation of the Global Plan of Action for Malaria Control 1993-2000. *WHO Technical Report Series N° 839*. 1993
29. World Health Organization. Malaria chemoprophylaxis regimens for travellers. *Weekly Epidemiological Record*. 1993; 68 (51): 377-383.
30. World Health Organization. World Malaria Situation 1990. Division of Control of Tropical Diseases. *World Health Statistics Quarterly*. 1992; 45(2): 257-.
31. World Health Organization. Safety, Efficacy and Determinants of Effectiveness of Antimalarial Drugs in Prevention Programs for Malaria in Pregnancy. Informal Consultation on the Use of Antimalarial Drugs. WHO Headquarters, Geneva 13 - 17 November 2000. Working Paper 17.
32. Proyecto VIGIA. USAID-MINSA. Impacto Económico de la Malaria en el Perú. Serie VIGIA N° 01 -1999.
33. Procedimientos Entomológicos Aplicados a la Investigación Epidemiológica de Malaria y OEM. Oficina General de Epidemiología-MINSA 1999.



Vallejos S.



I. M. CHIOTTI R.



Magly García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

34. DIGEMID - MINSA. Reporte de Sospecha de reacciones adversas a medicamentos. Centro Nacional de Farmacovigilancia e Información de Medicamentos, Comité Técnico de Farmacovigilancia, 1999 Lima - Perú.
35. Tratamiento de la Malaria No Complicada y Uso de Medicamentos Antimaláricos para la Protección de los Viajeros. Informe de una Reunión de Consulta Oficiosa ginebra, 18-21 de Septiembre 1995. OMS. CTD.
36. Política Nacional de Medicamentos Antimaláricos Para el Control de la Malaria en el Perú. Documento Técnico. Equipo Técnico - MINSA. DGSP - INS - Proyecto VIGIA. Agosto 1999.
37. Lucha Antivectorial Aplicada al Paludismo y a Otras Enfermedades Transmitidas por Mosquitos. OMS. Serie de Informes Técnicos N° 857. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. 1995.
38. WHO. The Use of Artemisinin & its Derivatives as Anti-Malarial Drugs. Report of a Joint CTD/DMP/TDR Informal Consultation 10 - 12 June 1998. Malaria Unit. Division of Control of Tropical Diseases WHO.
39. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Atención a las Personas. Dirección de Enfermedades Transmisibles. Programa Nacional de Control de Malaria y OEM Informe de Gestión de la Evaluación del Programa Nacional de Control de Malaria y OEM Año 1999. Julio del 2000.
40. von Seidlein L, Milligan P, Pinder M, Bojang K, Anyalebechi C, Gosling R, Coleman R, Ude JI, Sadiq A, Duraisingh M, Warhurst D, Allouche A, Targett G, McAdam K, Greenwood B, Walraven G, Olliaro P, Doherty T, Efficacy of artesunate plus pyrimethamine-sulphadoxine for uncomplicated malaria in Gambian children: a double-blind, randomised, controlled trial. Lancet 2000 Jan 29; 355 (9201) : 352-7
41. McIntosh HM, Olliaro P. Artemisinin derivatives for treating uncomplicated malaria (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 199. Oxford: Update Software.
42. Gilles H, Warrelli D. Bruce-Chwatt's Essential Malariology. 3th. Edition. Edwar Arnold A division of Holdder & Stoughton. Boston 1993.
43. Instituto Nacional de Salud, Manual de Procedimientos de Laboratorio para el Diagnostico de Malaria; Serie de Normas Técnicas N° 39; Lima, 2003.
44. Ministerio de Salud del Perú. Módulo de Supervisión, Monitoreo y Evaluación. PFSS, Área de Capacitación y Apoyo a la Gestión. Lima, Noviembre 1998. 380 pp.



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI K.



Magly García B.



V. Rojas M.

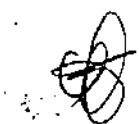
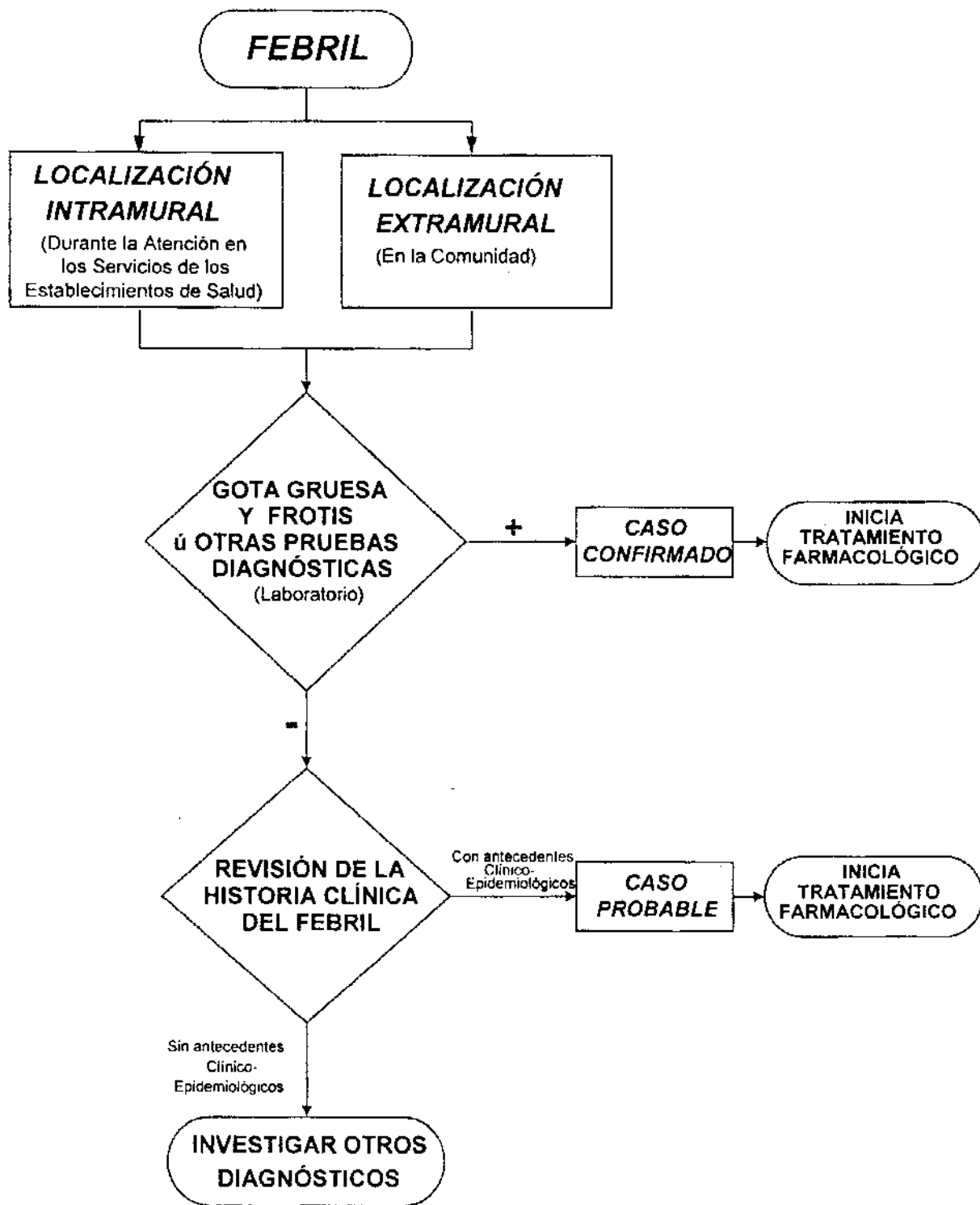


D. Fernández E.



ANEXO N° 01

FLUXOGRAMA DE LOCALIZACIÓN Y ATENCIÓN DE FEBRILES EN
SERVICIOS GENERALES DE SALUD



ANEXO N° 02

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA PARA LA GOTA GRUESA

1. En malaria, la muestra de sangre periférica se obtiene para preparar dos clases de películas, una gruesa y una delgada (gota gruesa y frotis, respectivamente), para su examen por microscopía directa.
2. La gota gruesa está conformada por numerosas capas de células sanguíneas, en su mayoría glóbulos rojos, los que son deshemoglobinizados durante la coloración con giemsa. Esta concentración de glóbulos rojos facilita la detección de los parásitos que pudieran estar presentes en el interior de alguno de ellos cuando la densidad es baja (Figura No 2).

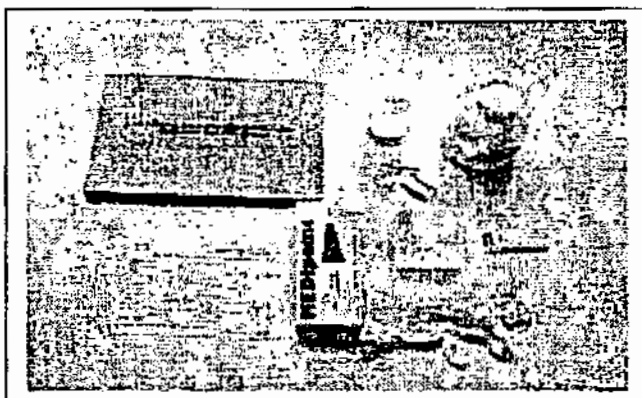


Figura No 2. Materiales necesarios para diagnóstico de gota gruesa.

3. El frotis consiste en una capa delgada, única de células sanguíneas. Esto facilita la observación de las características morfológicas de los parásitos presentes en los glóbulos rojos, sobre todo para la identificación de la especie del parásito, cuando este no ha podido ser identificado por gota gruesa.

Además, el frotis debe ser utilizado siempre para rotular e identificar al paciente.

4. Después que los datos del paciente han sido registrados en forma apropiada, las muestras de sangre se procesan de la siguiente manera:

- 4.1. Sostener la mano izquierda del paciente, con la palma hacia abajo seleccionar el tercer dedo a partir del pulgar o el dedo índice (El dedo gordo del pie puede ser utilizado en niños).
- 4.2. Limpiar el dedo con una pieza o torunda de algodón ligeramente humedecido en alcohol, utilizando golpes firmes para retirar suciedad y grasa de la yema del dedo.
- 4.3. Secar el dedo con un algodón limpio y seco, utilizando golpes firmes para estimular la circulación de la sangre.
- 4.4. Sostener el dedo del paciente con la mano izquierda, tomándolo por sus lados y manteniendo una suave presión sobre ellos para favorecer la salida de sangre (Figura No 3).



Vallejos S.



E. N. CHIOTTI



Magaly García



V. Rojas M.



D. Fernández E.



Figura No 3. Presionar el dedo antes de la punción.

- 4.5. Punzar el borde de la yema del dedo con una lanceta estéril y un movimiento rápido, presionar suavemente el dedo para extraer la primera gota de sangre y limpiar con una torunda de algodón seco. Asegúrese que ninguna hilacha de algodón, que pueda mezclarse posteriormente con la sangre, permanezca en el dedo (Figuras No 4 y No 5).



Fig. 4 Puncion Digital



Fig. 5 Limpieza de la Primera gota

- 4.6. Trabajando rápidamente y manipulando láminas completamente limpias, colectar la sangre de la siguiente forma:

- Aplique suave presión al dedo para extraer una gota de sangre y colocarla inmediatamente en contacto con el primer tercio externo de la superficie de la lámina. El tamaño de esta gota se aproxima al tamaño de una cabeza de fósforo.
- Presionar nuevamente el dedo y colectar una segunda gota de sangre más pequeña que la primera, en el centro de la lámina, para realizar el frotis.
- Limpiar la sangre restante del dedo con una torunda de algodón humedecido en alcohol e indicar al paciente que presione esta torunda contra el lugar de la punción por 5 minutos.



Vallejos S.



E. R. CHOTTI



Machico



V. Rojas M.



D. Fernández E.

DESCRIPCIÓN DE GOTA GRUESA Y FROTIS

1. GOTA GRUESA:

Una vez obtenida la muestra, realizar la gota gruesa de la siguiente manera: utilizando uno de los ángulos de una segunda lámina (lámina auxiliar) esparcir rápidamente la gota de sangre y extenderla uniformemente hasta formar una gota gruesa de 1 cm de lado o de diámetro. La sangre no debe ser excesivamente revuelta, es suficiente con 3 a 6 movimientos. De preferencia, realizar el homogeneizado de la muestra en una sola dirección, en forma concéntrica (de adentro hacia fuera o viceversa).

2. FROTIS:

2.1 Utilizando la misma lámina auxiliar, ponerla en contacto con la superficie de la lámina que contiene la gota central y hacerla correr firmemente a lo largo de su borde en un ángulo de 45°. Asegúrese de que ocurra un contacto parejo con la superficie de la lámina todo el tiempo que la sangre esté siendo esparcida, de tal manera que el frotis sea homogéneo y fino. Siempre manipular las láminas por los bordes o por una esquina para realizar el frotis, como se muestra en la Figura N°06.

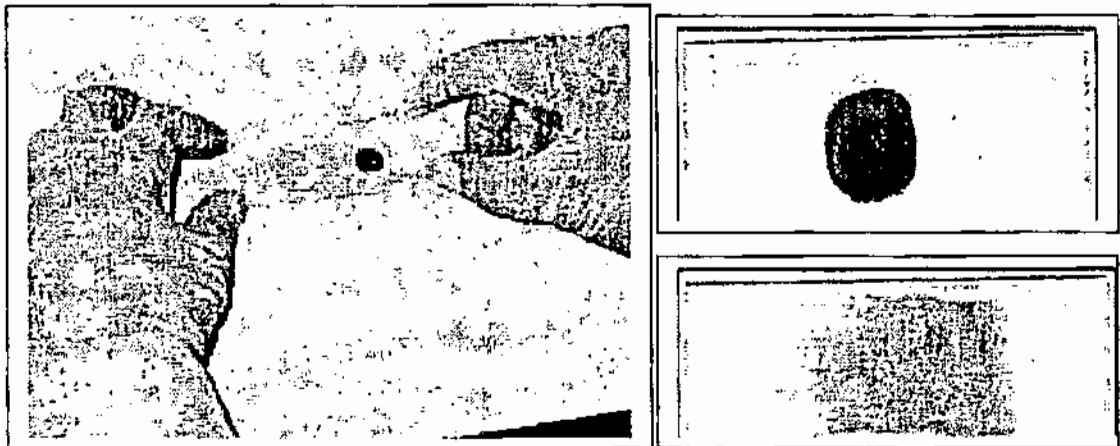


Figura No 6. Ejecución del frotis en ángulo de 45°C

2.2 Luego de haber secado el frotis, rotular con lápiz de carbón suave, escribiendo en la parte más gruesa el código, número y fecha de la muestra. No utilizar bolígrafo para etiquetar la lámina. Dejar secar la lámina con la gota gruesa en una superficie plana y protegida de polvo, calor e insectos.

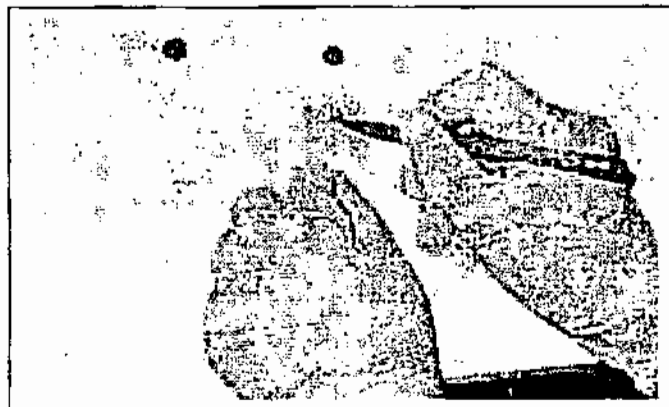


Figura No 7. Rotular las muestras con lápiz



Vallejos S.



E. M. CHOTTE



Mogily Garcia B



V. P. 120 Rf.



D. Fernández E.

- 2.3 Si no existiera centro de diagnóstico, envuelva la lámina seca en el formato de registro del paciente y enviar al Laboratorio de Referencia tan pronto como sea posible.
- 2.4 La segunda lámina utilizada para esparcir la sangre puede ahora ser utilizado para el siguiente paciente y una segunda lámina limpia del paquete será usado como lámina extensora.
- 2.5 El frotis se usa como herramienta auxiliar para discriminar entre las diferentes especies.

3. SECADO DE LAS MUESTRAS HEMÁTICAS:

Las láminas con las muestras de sangre deben permanecer horizontalmente, lo que va a permitir que la gota gruesa esté en un mismo nivel y seque uniformemente.

Proteger las muestras con la ayuda de pequeños mosquiteros para alejarlas de dípteros y otros insectos, así como del polvo.

En climas húmedos y cálidos, la autofijación de las muestras ocurre muy rápidamente, por lo tanto deben ser coloreadas cuanto antes, a más tardar en un plazo no mayor de tres días luego de su colección.

Cuando un largo almacenamiento es inevitable, deben ser precoloreadas dentro de las siguientes 24 horas por el método de Walker (Anexo C) para evitar la fijación y contaminación por hongos.

4. ERRORES COMUNES EN LA PREPARACIÓN DE MUESTRAS HEMÁTICAS

La preparación incorrecta de la muestra hemática puede afectar el etiquetado, la coloración o el examen y, a veces, más de uno de estos. Las fallas más comunes que deben evitar cometerse son:

Malá posición de las muestras de sangre

Las películas de sangre deberán estar situadas correctamente en la lámina. Si no es así, puede dificultar el examen de gota gruesa; incluso porciones de la muestra pueden ser lavadas durante el proceso de coloración.

Mucha sangre

Si se obtiene demasiada sangre al coleccionar la gota gruesa, entonces la coloración puede quedar muy básica (azul), significando que se observarán muchas células blancas por campo pudiendo estas oscurecer o cubrir algunos parásitos de malaria que pueden estar presentes. Si el extendido es demasiado grueso, los glóbulos rojos pueden estar unos encima de otros imposibilitando el examen adecuado después de la fijación.

Poca sangre

Si se emplea poca sangre en la preparación de las muestras, no habrán suficientes células blancas por campo y no se examinará suficiente cantidad de sangre como lo establece la norma.

Lámina con grasa

En una lámina sin desengrasar, la sangre se esparcirá irregularmente, lo que hará difícil el examen; por otro lado, parte de la gota gruesa en algunos casos puede desprenderse durante el proceso de coloración.



Vallejos S.



E. A. CHIDITIF.



D. Fernández E.



Si el borde de la lámina extensora es irregular

Cuando el borde de la lámina empleada como extensora está astillada, el frotis es esparcido irregularmente, afectándose la calidad del frotis.

El frotis demasiado grande y la gota gruesa mal ubicada

Si el frotis es demasiado grande, la gota gruesa estará fuera de lugar, cerca al borde de la lámina, entonces no podrá ser visto fácilmente a través del microscopio. Durante el proceso de coloración o secado porciones de la gota gruesa probablemente pueden ser desprendidas.

Otros errores comunes

Dejar las láminas expuestas a moscas, cucarachas, hormigas y otros insectos que se alimentan de sangre seca y dañan las muestras de sangre.

Realizar gotas y frotices en muestras de sangre en láminas mal seleccionadas o rayadas.

Secado irregular de la gota gruesa.

Permitir la auto fijación de la gota gruesa que ocurre con el transcurrir del tiempo o a través de la exposición al calor, por lo que la coloración se hace difícil e insatisfactoria.

MÉTODOS DE DETERMINACIÓN DE LA DENSIDAD PARASITARIA

Los métodos más usados para establecer la densidad parasitaria son dos:

Método 1:

Sistema de cruces (+) o método simple (semicuantitativo)

Sistema indirecto, simple, usado rutinariamente que permite determinar el número de parásitos presentes por microlitro de sangre mediante la suma del total de parásitos observados en 100 campos.

El resultado se deberá informar de la siguiente manera:

Cualquier número inferior a 40 parásitos en 100 campos debe escribirse el número de parásitos encontrados en la lectura.

Si observó más de 40 parásitos, use la siguiente escala:

- | | |
|------|---|
| +/2 | De 40 a 60 parásitos en 100 campos |
| + | Un parásito por campo en 100 campos |
| ++ | De 2 a 20 parásitos por campo en 100 campos |
| +++ | De 21 a 200 parásitos por campo en 100 campos |
| ++++ | Más de 200 parásitos por campo en 100 campos |



Vallejos S.



M. CHIOTTI K.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

Con un aumento de 750X, 100 campos microscópicos de inmersión, una muestra de gota gruesa bien preparada corresponde aproximadamente a 0,2 mL de sangre.

Método 2: Cálculo del número de parásitos por microlitro de sangre

El número de parásitos por microlitro de sangre se mide comparando el número de parásitos asexuados con el número de leucocitos en la gota gruesa en base a un recuento medio estimado en cerca de 6000 leucocitos por microlitro de sangre.

Aunque existen variaciones este número nos permite comparaciones razonables, particularmente cuando se comparan densidades de muestras obtenidas sucesivamente del mismo paciente.

Para poner en práctica este método se necesitan dos contadores: uno para contar los parásitos y otro para los leucocitos.

Aplicar los siguientes criterios, según se presente el caso:

- a) Si después de contar 200 leucocitos, 10 ó más parásitos han sido identificados y contados, anotar los resultados en los formatos de registro en términos de número de parásitos por 200 leucocitos.
- b) Si después de contar 200 leucocitos, menos de 10 parásitos han sido identificados y contados, continuar el recuento de leucocitos hasta llegar a 500 leucocitos, para luego anotar los resultados en los formatos de registro en términos de número de parásitos por 500 leucocitos.
- c) En caso de parasitemia alta, realizar el recuento en función del número de parásitos, registrando su recuento hasta 500 y reemplazar su valor en la fórmula con la cantidad de leucocitos encontrados.

En cada caso, el número relativo de parásitos al número de leucocitos contados puede ser convertido a parásitos por microlitro de sangre usando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de parásitos} \times 6000}{\text{N}^\circ \text{ de leucocitos}} = \text{Parasitos} / \mu\text{L}$$

Donde:

N° de parásitos = Número de parásitos contados.

N° de leucocitos = Número de leucocitos contados.

μL = microlitro

Ejemplos:

- Si se cuentan 205 leucocitos y 50 parásitos, al aplicar la fórmula se tendrá:

$$\text{Parásitos} / \mu\text{L} = \frac{50 \times 6000}{205} = 1463$$

- Si se cuentan 508 leucocitos y 7 parásitos, al aplicar la fórmula se tendrá:

$$\text{Parásitos} / \mu\text{L} = \frac{7 \times 6000}{508} = 83$$



Vallejos S.



E. M. CHIOTTI R.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

NTS N° 057 -MINSAL/DGSP-V.01
Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

- Si se cuentan 501 parásitos y sólo 95 leucocitos, al aplicar la formula se tendrá:

$$\text{Parásitos/ } \mu\text{L} = \frac{501 \times 6000}{95} = 31\ 642$$

- Como podemos observar las cantidades de 200 y 500 no siempre son exactas en la práctica del conteo.

Si al finalizar los cálculos, se obtienen cifras decimales redondear a números enteros.
Ejemplo:

$$\text{Parásitos/ } \mu\text{L} = \frac{68 \times 6000}{205} = 1990,24, \text{ esto sería igual a } 1990 \text{ p/}\mu\text{L}$$

En el caso de *Plasmodium falciparum*, el recuento se realiza de manera independiente para los estadios de trofozoito y gametocito. Para el recuento de *P. vivax*, todos los estadios ingresan al recuento.



Vallejos S.



E.M. CHISTTE.



Magaly García B.



V. Rojas M.



D. González E.

ANEXO N° 03

FORMATO DE SUPERVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO PARASITOLÓGICO DE
 MALARIA DEL NIVEL LOCAL

I. DE LA IDENTIFICACIÓN:

Nombre del Establecimiento de Salud:
 Región de Salud..... Localidad.....
 Jefe del establecimiento de salud:.....
 Responsable de diagnóstico parasitológico de malaria:.....
 N° de Supervisión:

II. DE LOS ASPECTOS TÉCNICOS:

Del personal responsable de diagnóstico:
 Capacitado: SI () NO () Fecha:

Sobre medidas de bioseguridad

Infraestructura

INFRAESTRUCTURA	OBSERVACIONES
Área construida : m ² Área del terreno : m ² Iluminación y ventilación: Adecuada [] Inadecuada []	
Abastecimiento de agua : Adecuada [] Inadecuada []	
Desagüe: Regular [] Irregular []	
Luz eléctrica: Regular [] Irregular []	
Material del techo: Noble [] Otro []	
Material de paredes: Noble [] Otro []	
Material de piso: Noble [] Otro []	
Instalaciones de gas: Adecuada [] Inadecuada [] Usa balones de gas []	
Ubicación de laboratorio: Extrahospitalario [] Intrahospitalario []	
Mobiliario de laboratorio: Adecuada [] Inadecuada [] En implementación []	

En la lista de supervisión los números tiene el siguiente significado:
 0 = No observado o ausente.
 1 = Inadecuado.
 2 = Adecuado.

Actividades que se ejecutan en el aspecto asignado:

.....

OBSERVACIONES:

.....



D. Fernández E.

I. DEL MANEJO DE MUESTRAS:

CRITERIO	EVALUACIÓN		
▪ Cuenta con ambiente apropiado para la obtención de muestras.	2	1	0
▪ Se utilizan métodos de punción digital recomendadas.	2	1	0
▪ Se observan medidas de bioseguridad en la obtención y manipulación de las muestras.	2	1	0
▪ Los técnicos tienen actitudes adecuadas para atender a los pacientes.	2	1	0
▪ Las láminas son rotuladas correctamente.	2	1	0
▪ Las láminas de gota gruesa son almacenadas bajo condiciones recomendadas para su posterior envío a control de calidad.	2	1	0
▪ Maneja los cuadernos de registro de muestra otorgado por el programa.	2	1	0
▪ Utiliza numeración correlativa.	2	1	0

Ha brindado capacitación en cuanto a obtención de muestras a los promotores o colaboradores voluntarios de salud..... SI () NO ()

Persona (s) capacitada (s) del establecimiento en obtención de muestras..... SI () NO () Cuántas.....

Criterios de bioseguridad

▪ Se toman medidas de bioseguridad en el caso que el personal tenga heridas en la piel.	2	1	0
▪ El personal de laboratorio utiliza técnicas apropiadas de lavado de manos.	2	1	0
▪ Se observa que el personal use mandil de laboratorio en el área de trabajo.	2	1	0
▪ Se observará que no se ingiera alimentos, no se fume, ni se beba dentro del laboratorio.	2	1	0
▪ Se observará que se utilicen campos descartables sobre la superficie de trabajo.	2	1	0
▪ Existen afiches de bioseguridad en el laboratorio.	2	1	0
▪ Se restringe la entrada al laboratorio sólo al personal autorizado.	2	1	0
▪ Los desechos y el material empleado en los ensayos se eliminan correctamente.	2	1	0
▪ Cuenta con vacuna para hepatitis B.	2	1	0
▪ Cuenta con vacuna para fiebre amarilla.	2	1	0
▪ Existen espacios administrativos.	2	1	0

Del control del funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones:

INSTALACIONES			
▪ Las instalaciones eléctricas funcionan correctamente.	2	1	0
▪ Cuenta con estabilizador.	2	1	0
▪ El nivel de iluminación dentro del laboratorio es satisfactorio.	2	1	0
▪ Hay adecuada ventilación en el laboratorio.	2	1	0
▪ La temperatura dentro del laboratorio es ≤ 30° C.	2	1	0
▪ Los lavaderos y desagües funcionan.	2	1	0
▪ Los grifos funcionan correctamente.	2	1	0
▪ Hay abastecimiento adecuado de agua	2	1	0

II. DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS:

Tiene SI () NO () Cuál (es)?

Lo utiliza SI () NO ()

Lo utiliza SI () NO ()



De los formatos que utiliza:

Tiene SI () NO () Lo utiliza SI () NO () Tipos de formatos.....

III. DEL ABASTECIMIENTO DE INSUMOS:

INSUMOS	ABASTECIMIENTOS DE INSUMOS		
	Malaria (DISA o MINSA)	Laboratorio intermedio o regional	otros
Giemsa			
Aceite de inmersión			
Láminas			
Papel lente			
Agua para dilución de Giemsa			
Formatos de diagnóstico			
Formatos CCM-1			
Otros			

Observaciones:.....

De las soluciones y colorantes:

Conserva adecuadamente la solución stock del colorante Giemsa Si () NO ()
 Prepara soluciones o colorantes Si () NO ()
 Cuales..... Utilizan Buffers o agua para dilución?
 Utiliza las varillas de coloración Si () NO ()
 Utiliza probeta de dilución SI () NO ()

REGISTRO DE LAS MUESTRAS DEL LABORATORIO LOCAL POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

Semana	P.f.	P.v.	P.m.	Neg.	Ctr.	Total	Semana	P.f.	P.v.	P.m.	Neg.	Ctr.	Total
01							28						
02							29						
03							30						
04							31						
05							32						
06							33						
07							34						
08							35						
09							36						
10							37						
11							38						
12							39						
13							40						
14							41						
15							42						
16							43						
17							44						
18							45						
19							46						
20							47						
21							48						
22							49						
23							50						
24							51						
25							52						
26							53						
27													



NTS N° 054 - MINSA/DGSP-V.01
Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

CONSOLIDADO					
Especies	P.f.	P.v	P.m.	Neg.	Total
Total hasta la fecha					

Del informe de resultados:

Remite láminas de gota gruesa para el control de calidad al nivel de referencia nacional SI () NO () Frecuencia.....
 Existe documentación al respecto SI () NO ()
 Envía al nivel de referencia regional o intermedio la relación de láminas con sus resultados en su respectivo formato SI () NO ()

Otros formatos que se utilizan
 Supervisa periódicamente a los puestos de salud de su microred SI () NO ()
 Cuáles?
 Frecuencia

Referente a equipo

Microscopio operativo: SI () NO ()
 Marca SI () NO ()
 Código.....
 Condiciones de:
 Oculares:
 Objetivos:
 Carril:
 Micrométrico:
 Macrométrico:
 Fuente de Luz:
 Mantenimiento, conservación y protección.....
 Cuenta con programación para su mantenimiento
 SI () NO () Frecuencia.....
 Fecha última de mantenimiento.....

Referente a equipo

Microscopio operativo: SI () NO ()
 Marca SI () NO ()
 Código.....
 Condiciones de:
 Oculares:
 Objetivos:
 Carril:
 Micrométrico:
 Macrométrico:
 Mantenimiento, conservación y protección.....
 Cuenta con programación para su mantenimiento
 SI () NO () Frecuencia.....
 Fecha última de mantenimiento.....
 Viscosidad

Tipo de aceite de inmersión que utiliza.....

OTROS EQUIPOS:

.....

CONTROL DE CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DEL LABORATORIO LOCAL

Muestras de diagnóstico supervisadas.....

DEL DIAGNÓSTICO:

LÁMINAS REVISADAS						RESULTADO			
N	P.v	P.f	P.m	M.x.	TOTAL	ERROR			
						N/P	P/N	Especie	% Error

Calificación:

Pv: Plasmodium vivax N: Negativo
 Pf: Plasmodium falciparum INS: Instituto Nacional de Salud
 Pm: Plasmodium malariae Mx.: Mixta



V. Rojas W.

D. Fernández E.

DE LA CALIDAD TÉCNICA:

A) De la Obtención de muestra

Tamaño:
 Ubicación:
 Calidad:

B) De la Coloración:

Deshemoglobinización:
 Tonalidad:
 Precipitado:

C) Del Frotis:

Tamaño:
 Ubicación:
 Extendido:

Escala de Calificación

De la Reproducibilidad Diagnóstica

Bueno: 100 – 98% concordancia
 Regular: 97 – 95% concordancia
 Deficiente: < 95% concordancia

De la Calidad Técnica

Bueno: 100 – 80%
 Regular: 79 – 70%
 Deficiente: < 70%

DE LOS PROBLEMAS:

.....

RECOMENDACIONES:

Readiestramiento en el diagnóstico parasitológico de malaria.

- Obtención de muestras ()
- Coloración ()
- Diagnóstico del Plasmodium ()
- Diferenciación de especies ()
- Utilización de formatos ()
- Canalización de información ()

Sobre microscopio.

- Mantenimiento ()
- Limpieza ()
- Reparación ()

Fecha:

Hora:

.....
 Firma del supervisor
 Nombre

.....
 Firma del Supervisado
 Nombre



Vallejos S.



E.M. CHIODTI



V. Rojas M.



D. Fernández E.

FORMATO DE SUPERVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE CALIDAD DE MALARIA DEL NIVEL REGIONAL

I. DE LA IDENTIFICACIÓN:

Nombre del Establecimiento de Salud:
 Región de Salud Localidad
 Jefe del Laboratorio regional:.....
 Responsable de diagnóstico parasitológico de malaria:.....
 N° de Supervisión:

II. DE LOS ASPECTOS TÉCNICOS:

Del personal responsable de diagnóstico:
 Capacitado: SI () NO () Fecha:

Sobre medidas de bioseguridad

Infraestructura

INFRAESTRUCTURA	OBSERVACIONES
Área construida : m ² Área del terreno : m ² Iluminación y ventilación: Adecuada [] Inadecuada []	
Abastecimiento de agua: Adecuada [] Inadecuada []	
Desagüe: Regular [] Irregular []	
Luz eléctrica: Regular [] Irregular []	
Material del techo: Noble [] Otro []	
Material de paredes: Noble [] Otro []	
Material de piso: Noble [] Otro []	
Instalaciones de gas: Adecuada [] Inadecuada [] Usa balones de gas []	
Ubicación de laboratorio: Extrahospitalario [] Intrahospitalario []	
Mobiliario de laboratorio: Adecuada [] Inadecuada [] En implementación []	

En la lista de supervisión los números tiene el siguiente significado:
 0 = No observado o ausente.
 1 = Inadecuado.
 2 = Adecuado.

Actividades que se ejecutan en el aspecto asignado:

.....

OBSERVACIONES:

.....



III. DEL MANEJO DE MUESTRAS:

CRITERIO	EVALUACIÓN		
▪ Cuenta con ambiente para la obtención de muestras.	2	1	0
▪ Se utilizan métodos de punción digital recomendadas.	2	1	0
▪ Se observan medidas de bioseguridad en la obtención y manipulación de las muestras.	2	1	0
▪ Los técnicos tienen actitudes adecuadas para atender a los pacientes.	2	1	0
▪ Las láminas son rotuladas correctamente.	2	1	0
▪ Las láminas de gota gruesa son almacenadas bajo condiciones a recomendadas para su posterior envío a control de calidad.	2	1	0
▪ Maneja los cuadernos de registro de muestra otorgado por el programa.	2	1	0
▪ Utiliza numeración correlativa.	2	1	0

Ha brindado capacitación en cuanto a obtención de muestras a los promotores o colaboradores voluntarios de salud..... SI () NO ()

Persona (s) capacitada (s) del lab. Regional en obtención de muestras..... SI () NO () Cuántas.....

Criterios de bioseguridad

▪ Se toman medidas de bioseguridad en el caso que el personal tenga heridas en la piel.	2	1	0
▪ El personal de laboratorio utiliza técnicas apropiadas de lavado de manos.	2	1	0
▪ Se observa que el personal use mandil de laboratorio en el área de trabajo.	2	1	0
▪ Se observará que no se ingiera alimentos, no se fume, ni se beba dentro del laboratorio.	2	1	0
▪ Se observará que se utilicen campos descartables sobre la superficie de trabajo.	2	1	0
▪ Existen afiches de bioseguridad en el laboratorio.	2	1	0
▪ Se restringe la entrada al laboratorio sólo al personal autorizado.	2	1	0
▪ Los desechos y el material empleado en los ensayos se eliminan correctamente.	2	1	0
▪ Cuenta con vacuna para hepatitis B.	2	1	0
▪ Cuenta con vacuna para fiebre amarilla.	2	1	0
▪ Existen espacios administrativos.	2	1	0

Del control del funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones:

INSTALACIONES			
▪ Las instalaciones eléctricas funcionan correctamente.	2	1	0
▪ Cuenta con estabilización.	2	1	0
▪ El nivel de iluminación dentro del laboratorio es satisfactorio.	2	1	0
▪ Hay adecuada ventilación en el laboratorio.	2	1	0
▪ La temperatura dentro del laboratorio es $\leq 30^{\circ} C$.	2	1	0
▪ Los lavaderos y desagües funcionan.	2	1	0
▪ Los grifos funcionan correctamente.	2	1	0
▪ Hay abastecimiento adecuado de agua	2	1	0

IV. DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO TÉCNICOS:

Tiene SI () NO () Cuál? Lo utiliza SI () NO ()



Vallejos S.



S. M. CHIOTI R.



Magly García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

De los formatos que utiliza:

Tiene SI () NO () Lo utiliza SI () NO () Tipos de formatos.....

V. DEL ABASTECIMIENTO DE INSUMOS:

INSUMOS	ABASTECIMIENTOS DE INSUMOS		
	Malaria (DISA o MINSA)	Laboratorio intermedio o regional	otros
Giemsa			
Acelte de inmersión			
Láminas			
Papel lente			
Papel higiénico			
Agua para dilución de Giemsa			
Formatos de diagnóstico			
Formatos CCM-1			
Otros			

Observaciones:

De las soluciones y colorantes:

Conserva adecuadamente la solución stock del colorante Giemsa Si () NO ()
 Prepara soluciones o colorantes Si () NO ()
 Cuales..... Utilizan Buffers o agua para dilución?
 Utiliza las varillas de coloración SI () NO ()
 Utiliza probeta para dilución del colorante SI () NO ()

N° DE MUESTRAS TOMADAS EN EL LABORATORIO REGIONAL PARA DIAGNÓSTICO.

MUESTRAS	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Positivas													
Negativas													
Total													

VI. SOBRE EL CONTROL DE CALIDAD

N° de personas que ejecutan el control de calidad:

LAM. EVALUADAS POR EL LAB. REGIONAL	I TRIMESTRE 2002	II TRIMESTRE 2002	III TRIMESTRE 2002	IV TRIMESTRE 2002
Láminas positivas				
Láminas negativas				
Láminas discordantes				
Total				

De las normas técnicas para el control de calidad de malaria.

Tiene SI () NO () Cual? Lo utiliza SI () NO ()



NTS N° 054 -Minsa/DGSP-V.01
Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

N° DE MUESTRAS EVALUADAS EN LA SUPERVISIÓN:

LAMINAS REVISADAS POR LAB. REGIONAL						LÁMINAS REVISADAS POR INS						RESULTADO			
N	P.v	P.f	P.m	M.x.	TOTAL	N	P.v	P.f	P.m	M.x.	TOTAL	ERROR			% Error
												N/P	P/N	Especie	

Pv: Plasmodium vivax Mx: Mixta
 Pf: Plasmodium falciparum LRR Cusco: Laboratorio de Referencia Regional de Cusco
 Pm: Plasmodium malariae INS: Instituto Nacional de Salud

CALIDAD TECNICA DE LA MUESTRA

ESCALA DE CALIFICACIÓN

A) DE LA OBTENCION DE MUESTRA (Gota gruesa)

A) DE LA REPRODUCIBILIDAD DIAGNÓSTICA

Tamaño:
 Ubicación:
 Calidad:

Bueno: 100 – 98% concordancia
 Regular: 97 – 95% concordancia
 Deficiente: < 95% concordancia

B) DE LA COLORACION:

B) DE LA CALIDAD TÉCNICA

Deshemoglobinización:
 Tonalidad:
 Precipitado:

Bueno: 100 – 80%
 Regular: 79 – 70%
 Deficiente: < 70%

C) DEL FROTIS:

Tamaño:
 Ubicación:
 Extendido:

Del Informe de resultados:

Remite láminas de gota gruesa para el control de calidad al nivel de referencia nacional SI () NO () Frecuencia.....
 Existe documentación al respecto SI () NO ()
 Envía relación de láminas con resultados de control de calidad a sus niveles inferiores en su respectivo formato SI () NO ()
 Frecuencia de entrega de resultados a su nivel inmediato inferior (intermedios o locales):.....
 Otros formatos que se utilizan
 Supervisa periódicamente a los establecimiento de salud de su jurisdicción SI () NO ()
 Cuáles?
 Frecuencia

Referente a equipo

Referente a equipo

Microscopio operativo: SI () NO ()
 Marca SI () NO ()
 Código.....
 Condiciones de:
 Oculares:
 Objetivos:
 Carril:
 Micrométrico:
 Macrométrico:
 Fuente de Luz:
 Mantenimiento, conservación y protección.....
 Cuenta con programación para su mantenimiento
 SI () NO () Frecuencia.....
 Fecha última de mantenimiento.....
 Tipo de aceite de inmersión que utiliza.....

Microscopio operativo: SI () NO ()
 Marca SI () NO ()
 Código.....
 Condiciones de:
 Oculares:
 Objetivos:
 Carril:
 Micrométrico:
 Macrométrico:
 Mantenimiento, conservación y protección.....
 Cuenta con programación para su mantenimiento
 SI () NO () Frecuencia.....
 Fecha última de mantenimiento.....
 Viscosidad



Vañejos S.



E.M. CHIOTTE



Magaly García R.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

ANEXO N° 04

Forma CCM - 1

INFORME TRIMESTRAL DE PRODUCCIÓN Y CONTROL DE CALIDAD POR ESPECIE DE Plasmodium

Microscopista: Clave: Sede: Trimestre:

MES	FECHA DE RECEPCIÓN EN LABORATORIO INTERMEDIO	MUESTRAS DE SANGRE						REPETIBILIDAD				ERRORES					
		INFORMADAS			RECIBIDAS			NEG.	TOTAL	POSITIVAS			TOTAL	P x N	N x P	E	
		NEG.	POSITIVAS	TOTAL	NEG.	POSITIVAS	TOTAL			v	m	r					



D. Fernández E.

ANEXO N° 05

Forma CCM - 2

REGISTRO DE INGRESO Y CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE GOTA GRUESA ENVIADAS POR LOS LABORATORIOS LOCALES

DIRESA / DISA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

De: Revisor: Clave: Trimestre N°:

MES	FECHA DE RECEPCIÓN	MUESTRA HEMÁTICA						RESULTADO DE EVALUACIÓN											
		INFORMADAS			RECIBIDAS			REVISADAS			LAM. CONC.			LAM. DISC.					
		NEG.	POSIT.	TOTAL	NEG.	POSIT.	TOTAL	NEG.	POSIT.	TOTAL	N°	%	N°	%	N°	%	E		
1																			
2																			
3																			
Vallejos S.																			
9																			
10																			
11																			
12																			

AL CHOTI OBSERVACIONES:



D. Fernández E.

REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD DE GOTA GRUESA DE LOS LABORATORIOS

LABORATORIO REVISOR:

NOMBRE DEL REVISOR:

CÓDIGO DEL LABORATORIO EVALUADO	FECHA DE EVALUACIÓN	N° DE LÁMINAS REVISADAS	MUESTRA			COLORACION			LAB. LOCAL RESULTADO			LABORATORIO INTERMEDIO							
			Tam	Ubic	Cali	Desh	Ton	Pp	Neg	Pos	T	P	N	E	P	N	E		

* = Promedio de Láminas Revisadas
P = Positivo
N = Negativo
E = Especie

Tam = Tamaño
Ubic = Ubicación
Cali = Calidad

Desh = Deshemogloblinización
Ton = Tonalidad
Pp = Precipitado



Vallejos S.



D. Fernández E.

M. García B.

ANEXO N° 07

Forma CCM - 4

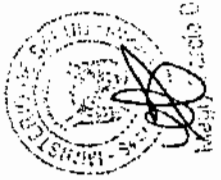
INFORME TRIMESTRAL DE PRODUCCIÓN Y CONTROL DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO PARASITOLÓGICO DE MALARIA DE LOS LABORATORIOS LOCALES

LAB. INTERM.: DPTO.: REVISOR: CLAVE: Trimestre: AÑO:

LAB.	INFORMADAS						RECIBIDAS						REVISADAS						RESULTADO DE EVALUACION					
	N	P			Total	N	P			Total	N	P			Total	CONC.	DISC.			ERRORES				
		v	m	f			v	m	f			v	m	f			Nº	%	+ -		v	m	f	

v = Plasmodium vivax
 m = Plasmodium malariae
 f = Plasmodium falciparum

N = Láminas Negativas
 P = Láminas Positivas



D. Fernández E.

ANEXO N° 08

RESULTADOS DE CONTROL DE CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO
 PARASITOLÓGICO DE MALARIA

DOC. REFERENCIA:

CCM-5

LAMINAS RECIBIDAS					
N°	POSITIVAS				TOTAL
	P.v.	P.f.	P.m.	Mx.	

LAMINAS RECIBIDAS						
N°	POSITIVAS				TOTAL	% REV
	P.v.	P.f.	P.m.	Mx.		

RESULTADO			
ERRORES			
N/P	P/N	Sp.	% Error

Pv: Plasmodium vivax
 Pf: Plasmodium falciparum
 Pm: Plasmodium malariae
 Mx: Mixta

P: Positivo
 N: Negativo
 N/P: Negativo por positivo (Falso positivo)
 P/N: Positivo por negativo (Falso negativo)

% REV: Porcentaje de revisadas
 Sp: Especie
 Porcentaje aceptable de discordancia: 2%

CALIDAD TÉCNICA DE LA MUESTRA

ESCALA DE CALIFICACIÓN

A) DE LA OBTENCION DE MUESTRA (Gota gruesa)

Tamaño:
 Ubicación:
 Calidad:

B) DE LA COLORACION:

Deshemoglobinización:
 Tonalidad:
 Precipitado:

C) DEL FROTIS:

Tamaño:
 Ubicación:
 Extendido:

A) DE LA REPRODUCIBILIDAD DIAGNÓSTICA

Bueno: 100 – 98% concordancia
 Regular: 97 – 95% concordancia
 Deficiente: < 95% concordancia

B) DE LA CALIDAD TÉCNICA

Bueno: 100 – 80%
 Regular: 79 – 70%
 Deficiente: < 70%

Revisor:
 Fecha:



Vallejos S.



M. CHIDTTEZ

V. Rojas M.



Mariela García B.



E. Escobar E.

ANEXO N° 09

SOLICITUD PARA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA DE MALARIA

1. DIRESA/DISA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

2. APELLIDOS Y NOMBRES

Edad Sexo H cl FF.

A. Paterno A. Materno Nombres

3. Procedencia: Dirección actual:
 (Lugar de infección)

GOTA GRUESA

4. Solicitud para:

Diagnóstico Control Especie V F Día de tratamiento

5. Fecha 6. N° de Caso 7. N° de Registro Febril

TIRA REACTIVA (inmuno serológica)

Para Diagnóstico Especie V F Día de tratamiento

N° de registro febril N° de Caso Firma del solicitante

RESULTADO:

Gota gruesa: Positiva *Plasmodium* N° de registro de la muestra

Densidad Parasitaria Fecha en que se procesa

Negativa

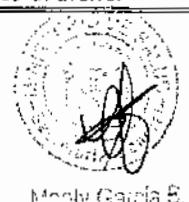
Tira Reactiva: Positiva *Plasmodium* N° de registro de la muestra

Negativa Fecha en que se procesa

OBSERVACIONES:

Nombres y Apellidos del Laboratorista

El Examen de Diagnóstico es Gratuito



ANEXO N° 10

LIBRO DE REGISTRO DE FEBRILES
 AÑO 200.....

DIRESA / DISA: Establecimiento de Salud:
 Distrito: Responsable:

N°	Fecha de Identif.	Nombres y Apellidos	Edad		H.C.I. o F.F.	Dirección	Lugar Probable de Infección	Fecha de Inicio de Enfermedad	Registrar Fecha y Resultado			Febriles Diagnosticados		Observaciones		
			M	F					Fecha de Resultado	Resultado	Tira Gruesa	Reactiva	Laboratorio		Clinicamente	

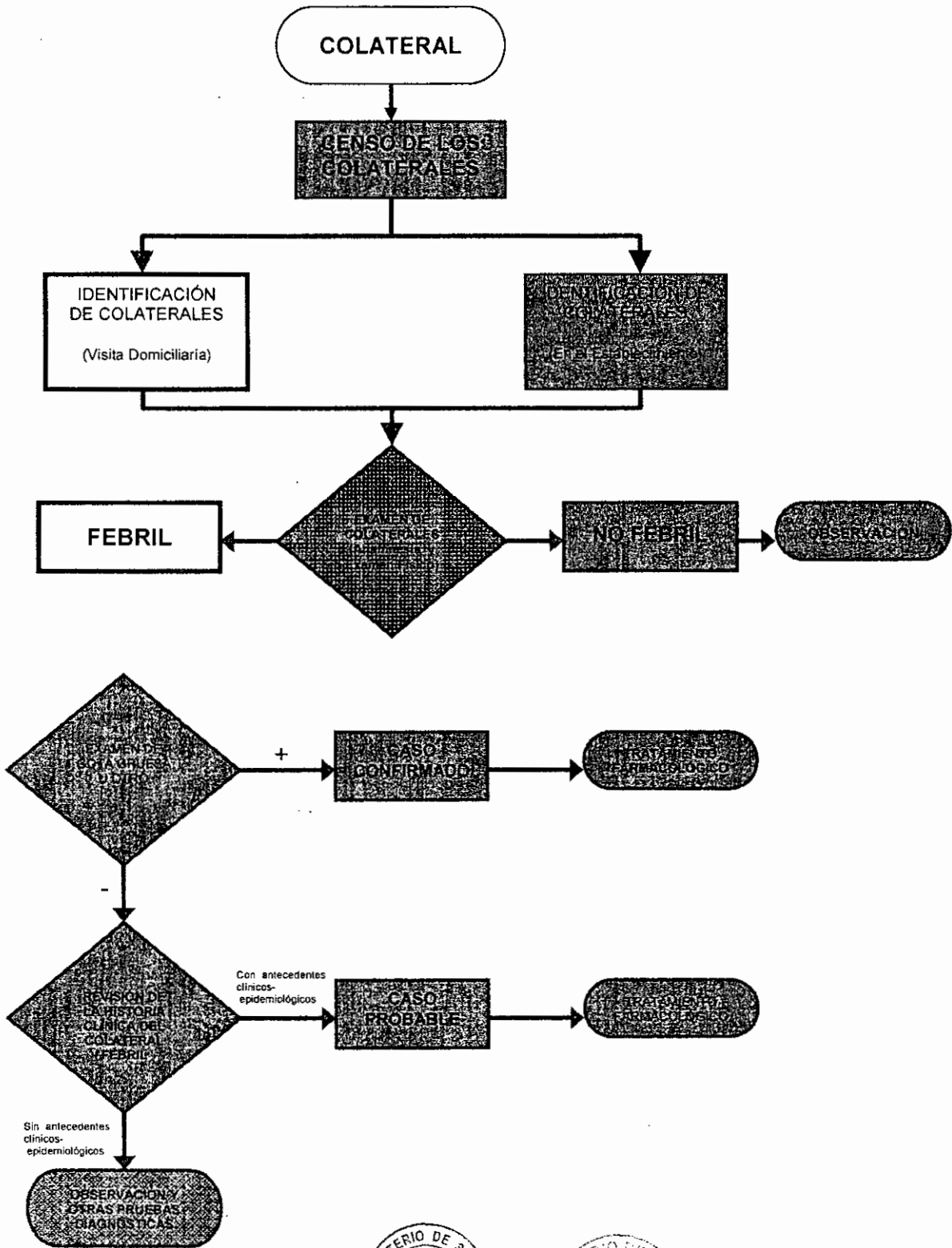
Vallejos S.

EM CHICILK

D. Fernández E.
 V. Rojas M.
 Magdy García B.

ANEXO N° 11

FLUXOGRAMA DE ATENCION AL COLATERAL



MINISTERIO DE SALUD
 REPÚBLICA DEL PERÚ
 VALLEJOS S.

MINISTERIO DE SALUD
 REPÚBLICA DEL PERÚ
 E.M. CHIOTTI K.

MINISTERIO DE SALUD
 REPÚBLICA DEL PERÚ
 D. Fernández E.

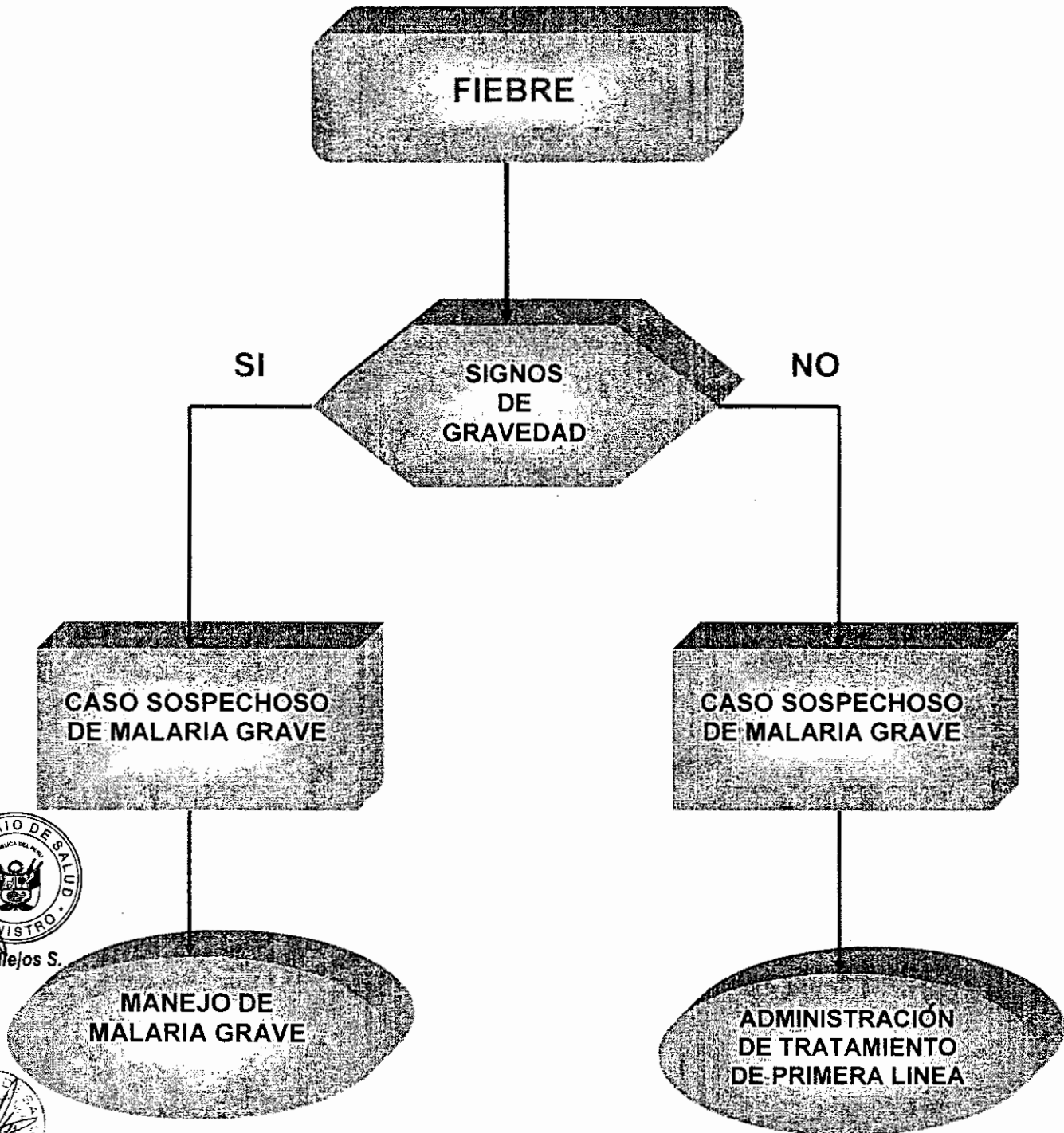
MINISTERIO DE SALUD
 REPÚBLICA DEL PERÚ
 V. ROSAS M.

MINISTERIO DE SALUD
 REPÚBLICA DEL PERÚ
 Magaly García B.

ANEXO N° 12

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CASOS DE MALARIA GRAVE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CASO SOSPECHOSO DE MALARIA GRAVE



MINISTERIO DE SALUD
VALLEJOS S.

MINISTERIO DE SALUD
MACHOTI K.

MINISTERIO DE SALUD
D. Fernández E.

MINISTERIO DE SALUD
V. Flores M.

MINISTERIO DE SALUD
Mach. García B.

ANEXO N° 13
ADMINISTRACIÓN DE DERIVADOS DE ARTHEMISININA DE USO
PARENTERAL

Artesunato endovenoso:

Presentación: Vial de 60 mg de anhydrous artesunic acid (polvo) + disolvente: 1 ml de bicarbonato de sodio al 5%.

La dosis total de artesunato (endovenoso + oral) debe alcanzar la dosis total de 17-18 mg/kg peso.

Administración: 1 vial de artesunato endovenoso se disuelve en el bicarbonato (su disolvente) con 5 ml de solución Dextrosa 5% y se recomienda administrar en bolo endovenoso.

Artemeter de uso intramuscular:

Presentación: vial de 1 ml de 80 mg de artemeter en solución aceitosa.

Administración: La dosis calculada por kilo peso, se administra en la cara anterior del muslo.

Nota: Artemeter es un fármaco lipofílico por lo que no se recomienda su uso en región glútea.



Vallejos S.



Magly García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

ANEXO N° 14
ADMINISTRACIÓN DE BICLORHIDRATO DE QUININA

Recomendaciones a tenerse en cuenta para la administración de Quinina:

- Ampula (2 ml) = 300 mg / ml (Total : 600 mg).
- Usar en infusión continua
- Riesgo de arritmias con infusión rápida y/o sobredosis.
- No utilizar dosis de carga cuando se administró Cloroquina en las 12 - 24 horas previas.
- Tener cuidado con el riesgo de Hipoglicemia en gestantes y niños
- En Insuficiencia renal disminuir dosis a la mitad y en niños a un cuarto de la dosis recomendada.
- Uso de Quinina por vía IM: fraccionar la dosis en dos partes
- Duración del tratamiento: 7 días (VO y/o Parenteral)
- Concentración sérica: 10 - 15 mg/L



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI R.



Mary García B.



V. Rojas M.



D. Fernández E.

ANEXO N° 15

ESCALA DE GLASGOW (Adultos)

		Puntaje
Apertura ocular	Espontánea	4
	Al sonido	3
	Al dolor	2
	Ausente	1
Respuesta Verbal	Se entiende	5
	Confusa	4
	Inadecuada	3
	Incomprensible	2
	Ninguna	1
Respuesta Motora	Obedece ordenes	6
	Localiza dolor	5
	Respuesta flexora	4
	Alejamiento anormal	3
	Respuesta Extensión	2
	Ninguna	1
	<hr/>	
Total		3 – 15
Normal		15 – 13
Obnubilación		12 – 8
Coma		7 – 3

ESCALA DE GLASGOW (Niños)

Movimientos oculares	Orientados	1
	No orientados	0
Respuesta verbal	Adecuada	2
	Gemido	1
	Ninguna	0
Respuesta motora	Localiza dolor	2
	Retiro al dolor	1
	Nula o inespecífica	0
	<hr/>	
Total		0 - 5
Normal		5
Obnubilación		4
coma		3 - 0



Vallejos S.



Magdy García B.



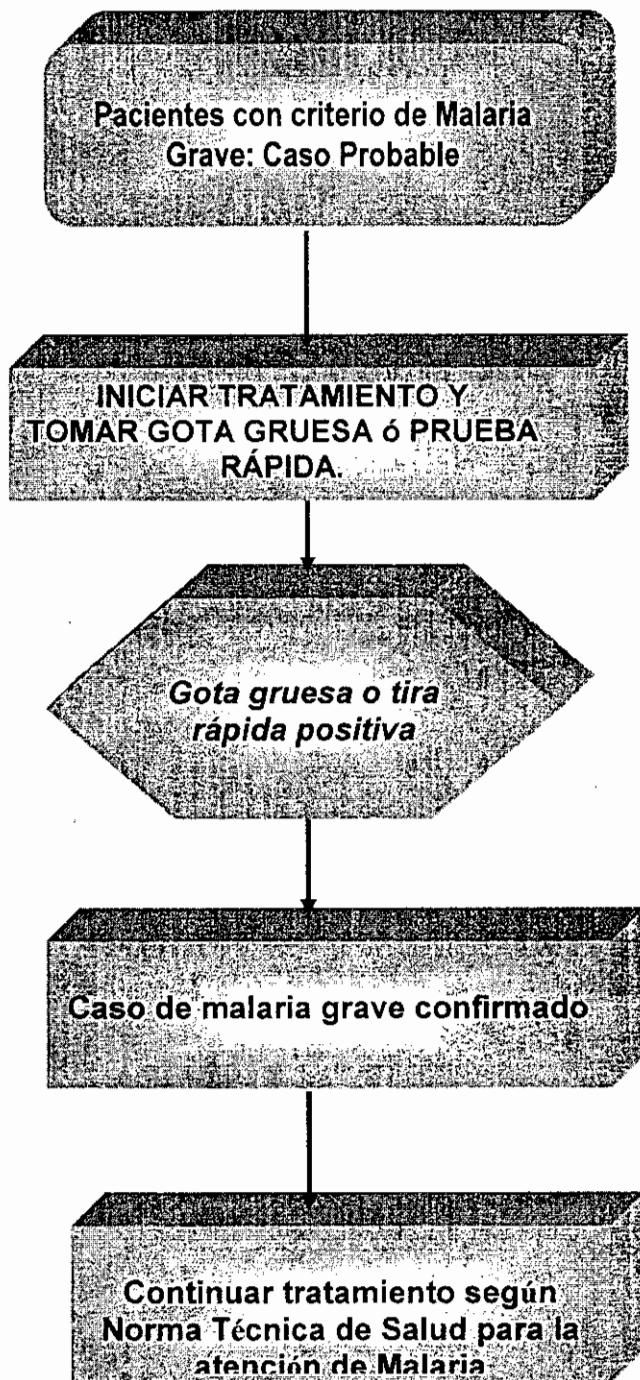
V. Vallejos M.



D. Fernández E.

ANEXO N° 16

FUXOGRAMA DE MANEJO DE MALARIA GRAVE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



[Signature]
E. M. CHOTTA



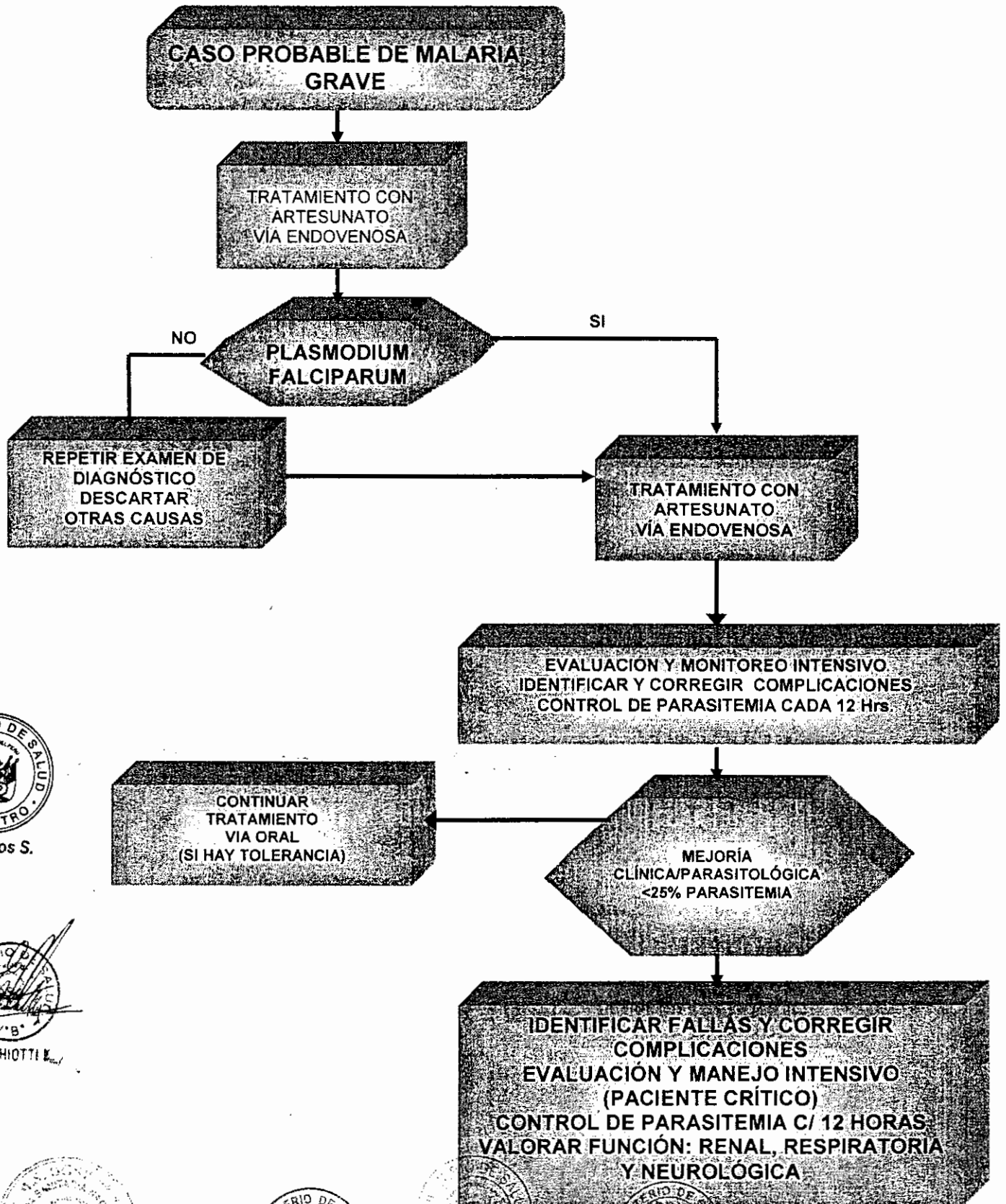
[Signature]
M. P. ...

[Signature]
V. Rojas M.

[Signature]
D. Fernández E.

ANEXO N° 17

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE MALARIA GRAVE



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI



V. Rojas M.



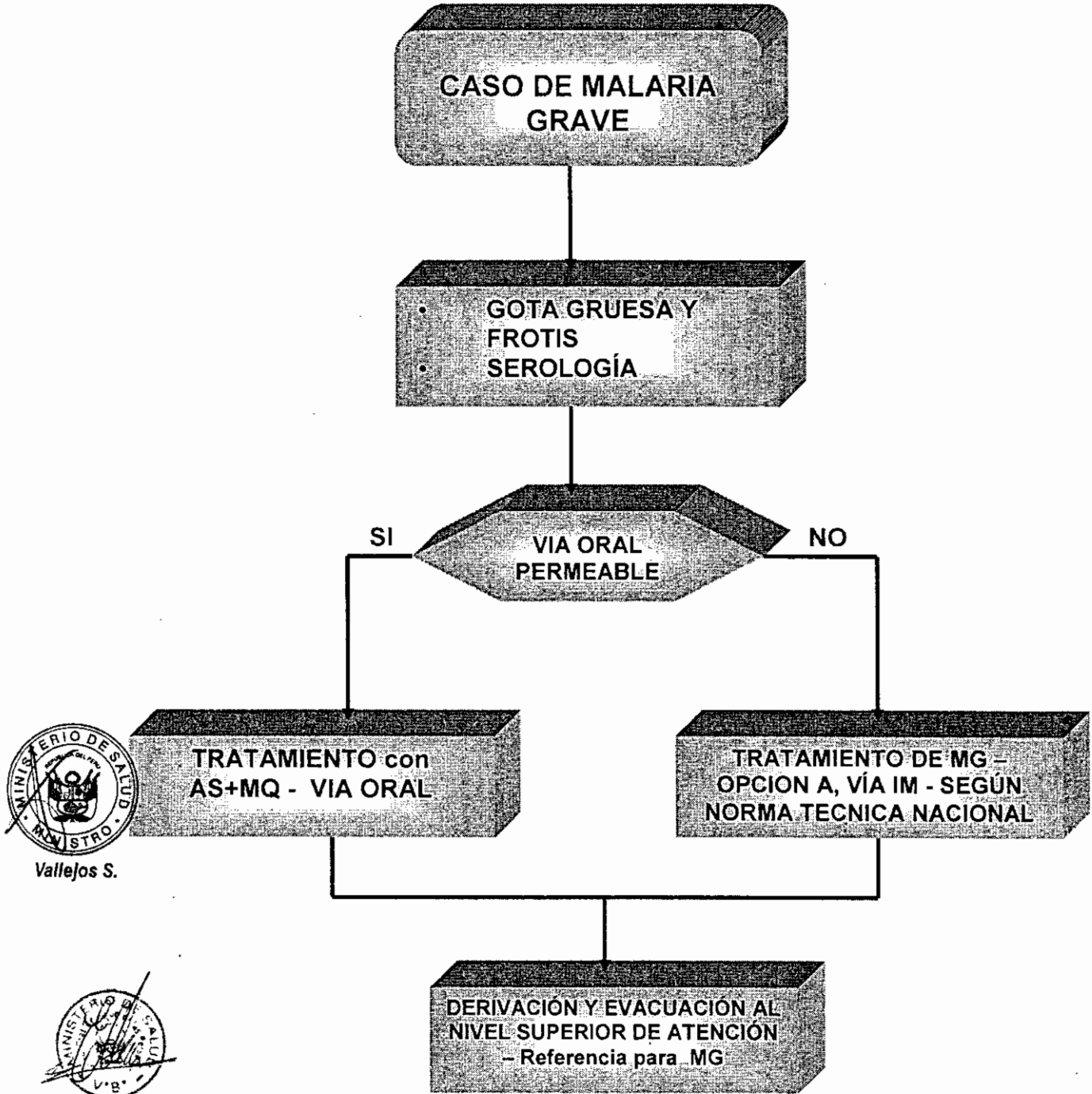
Magly



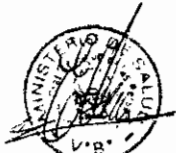
D. Fernández E.

ANEXO N° 18

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CASOS DE MALARIA GRAVE POR P. FALCIPARUM EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (SIN POSIBILIDAD DE DIAGNÓSTICO)




Vallejos S.


E.M. CHIOTTI E.




Magly García E.


V. Rojas M.


D. Fernández E.

ANEXO N° 19

TARJETA DE CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO
 AÑO 200

DIRESA / DISA: N° ORDEN MES:

Dpto: Provincia: Estab. de Salud:

Nombres y Apellidos: H. Cl.: Sexo: Gestante: Peso: Fecha Inicio Enfermedad:

Procedencia: Ocupación: Dirección Actual:

Diagnóstico: P. vivax P. falciparum P. malariae mixto Fecha: Gota Gruesa: Autóctono Importado Nuevo Reingreso

Malaria Grave-Complicada: Otro diagnóstico: T. Reactiva:

Antecedentes: Fecha Inicio Tratamiento:

MEDICAMENTOS Y DOSIS

DIA DE TRATAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL DOSIS
FECHA																													
MED. DOSIS																													
Control de Tratamiento																													
N° Registro de Muestra																													

Condición de Egreso: Curado Abandono Falla Terapéutica Fallecido Fecha:

RAM:

Ingresó a Estudio de Cohorte: Si No

Observaciones:

Vallejos S.

F.M. CHOTTI K.

V. Rojas M.

D. Fernández E.

Firma y Sello del Responsable

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO
 (REVERSO)

CONTROL DE COLATERALES

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		FECHA	EXAMEN CLINICO	CONTROL DEL COLATERAL		EXAMEN DE LABORATORIO Y RESULTADO	OBSERVACIONES	
		M	F			CUMPLIO CON DEF. FEBRIL	GG			Tira Reactiva

VISITA DOMICILIARIA:

1. ¿Se realizó Visita Domiciliaria?

2. ¿El paciente está cumpliendo el Tratamiento?

3. ¿Se realizó el Control de Colaterales?

4. ¿Existe Vector en la Localidad?

5. ¿Existen Criadero del Vector en la Localidad?

6. ¿Existen Otras Fuentes de Tratamiento Locales?

7. ¿Utiliza Promotor Comunal en la Localidad?

8. ¿Utiliza Mosquiteros o Métodos de Protección?

8. Participa en:

8.1 Educación Sanitaria

8.2 Eliminación de Criaderos de vectores

8.3 Otros:

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

SÍ () NO ()

.....
 Firma de Personal de Salud que
 Realizó la Visita Domiciliaria

Observaciones:



V. Rojas M.

Maggi García B.

D. Fernández E.

ANEXO N° 20

TARJETA DE CONTROL DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS
 AÑO 200.....

DIRESA/DISA **Dpto.** **Provincia** **Estab. de Salud**
Nombres y Apellidos **H.C.I.** **Edad** **Sexo:** M F **Gestante:** SI No **Peso:**
Procedencia: **Ocupación:** **Dirección Actual:**
Localidad a la que ingresará **Distrito:** **Provincia:**
Fecha de inicio de la Quimioprofilaxis: **Quimioprofilaxis contra P. vivax** **P. Falciparum** **Causa por la que se indica Quimioprofilaxis**
Administración Supervisada: SI NO


MEDICAMENTOS Y DOSIS:

Dosis x Kg. De Peso	Medicamentos	Tab.	SEMANAS PRE-EXPOSICIÓN		SEMANAS DURANTE LA EXPOSICIÓN										SEMANAS POST - EXPOSICIÓN																																
			1°	2°	1°	2°	1° DIAS		2° DIAS		3°		4°		5°		6°																														
							1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7																											

Observaciones:

Valleps S. 

Firma y N° de DNI de la Persona que recibe la Quimioprofilaxis

V. Rojas M. 

Firma del Responsable de Administrar la Quimioprofilaxis 

D. Fernández E.

ANEXO N° 21

REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
 CONFIDENCIAL

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD:..... SEXO: M F PESO: HISTORIA CLÍNICA:
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

PERSONA QUE NOTIFICA

MÉDICO ODONTOLÓGO OBSTETRIZ FARMACEUTICO ENFERMERA OTRO
 NOMBRE:
 DIRECCION:
 TELEFONO: FECHA:

MEDICAMENTO (S) SOSPECHOSO (S)

NOMBRE COMERCIAL O GENÉRICO	LABORATORIO	LOTE	DOSIS DIARIA	VIA DE ADMINIST.	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL

MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN:

REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

REACCIÓN ADVERSA	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	EVOLUCIÓN (fatal, se recuperó, continúa)

OTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, INCLUYENDO AUTOMEDICACIÓN

NOMBRE COMERCIAL O GENÉRICO	DOSIS DIARIA	VIA DE ADMINIST.	FECHA INICIO	FECHA FINAL	INDICACIÓN TERAPÉUTICA

Vallejos S.
 OBSERVACIONES ADICIONALES RELEVANTES:

INSTRUCTIVO:

1. La información de este reporte es absolutamente confidencial
2. Se considera una reacción adversa a medicamento (RAM), la respuesta nociva y no intencional que ocurre a dosis normalmente utilizadas del medicamento con fines profilácticos, de diagnóstico, tratamiento o modificación de una función fisiológica.
El abuso
3. Notifique todas las RAM, principalmente las ocasiones por medicamentos de reciente introducción en el mercado de las reacciones graves o raras.
4. Reporte como medicamento sospechoso el que considera que ha producido la RAM.
5. Si el medicamento en sospecha es genérico, no deje de mencionar el laboratorio del fabricante.
6. Para casos de malformaciones congénitas notifique los fármacos tomados durante la gestación.
7. No deje de notificar por desconocer una de la información que se solicita.
8. No deje de indicar su teléfono y dirección, para contactarnos con Ud. Si es necesario

D. Fernández E.

V. Rojas M.

ANEXO N° 22

MODULO DE PROGRAMACIÓN ATENCIÓN DE LAS PERSONAS (LOCALIZACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO)									
DIRESA / DISA <input style="width: 300px;" type="text"/>					DEPARTAMENTO <input style="width: 150px;" type="text"/>				
PROVINCIA <input style="width: 300px;" type="text"/>					DISTRITO <input style="width: 150px;" type="text"/>				
ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input style="width: 500px;" type="text"/>									
INSTITUCIÓN: MINSAL <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> FF.AA. <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>									
POBLACIÓN TOTAL <input style="width: 80px;" type="text"/>			POBLACIÓN EN RIESGO <input style="width: 120px;" type="text"/>				PR REDONDEADA <input style="width: 80px;" type="text"/>		
ATENDIDOS:									
N° DE ENFERMOS CON MALARIA ESPERADOS E = Morbilidad x Población Total del Año aProg./1,000			FEBRILES F * MAR: E x 25; AR: E x 22; MR: E x 20; BR: E x 10 y SR: E x 5				COLATERALES E x 4		
ATENCIÓNES:									
CONSULTA MEDICA E x 2	VISITA DOMICILIARIA E x 1	ATENCIÓN DE ENFERMERIA E x 2	ATENCIÓN SOCIAL E x 1	EXAMEN DE LABORATORIO				ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
				EXAM. DE DIAGNOSTICO		EXAM. DE CONTROL		P. vivax	P. falciparum
				Gota Gruesa Dx E x 1	Tira Reactiva E x 0.04	P. vivax E x 1	P. falciparum E x 3	P. vivax E x 14	P. falciparum E x 3, 3 ó 7
INSTRUMENTOS:									
HORAS MÉDICO E x 0.4	HORA VISITADOR E x 3	HORAS ENFERMERA E x 0.2	HORAS SOCIALES E x 0.5	HORAS LABORATORISTA E x 2 (Promedio)	ADMINIST. TRATAMIENTO HORAS TEC. ENFERMERIA				
					P. vivax E x 1.4	P. falciparum x 0.3(SP); 0.3(M) ó 0.7(0)			
NECESIDADES DE MEDICAMENTOS, para enfermos de malaria por:									
<i>Plasmodium vivax</i>				<i>P. malariae</i>			<i>P. falciparum</i> RESISTENTE SOLAMENTE A CLOROQUINA		
PRIMAQUINA x 15 mg. E x 14	CLOROQUINA x 250 mg. E x 10	PRIMAQUINA x 15 mg. E x 3	CLOROQUINA x 250 mg. E x 10	SULFADOXINA/PIRIMETAMINA x 500/25 mg. E x 3	ARTEMETER x 50 mg. E x 15	PRIMAQUINA x 15 mg. E x 3			
<i>P. falciparum</i> RESISTENTE A SULFADOXINA-PIRIMETAMINA						<i>P. falciparum</i> RESISTENTE A MEFLOQUINA			
MEFLOQUINA x 250 mg. E x 6	ARTEMETER x 50 mg. E x 15	PRIMAQUINA x 15 mg. E x 3	QUININA x 300 mg. E x 42	CLINDAMICINA x 300 mg. E x 20	PRIMAQUINA x 15 mg. E x 3				
NECESIDADES DE LABORATORIO									
ALGODÓN (gramos)		LANCETAS (Unidades)		LAMINAS PORTAOBJETOS (Unidades)		ACEITE DE INMERSION (centímetros cúbicos)		TIRAS REACTIVAS (Unidades)	
MAR: E x 6.75 AR: E x 6 MR: E x 5.5	BR: E x 3 SR: E x 1.75	MAR: E x 27 AR: E x 24 MR: E x 22	BR: E x 12 SR: E x 7	MAR: E x 27 AR: E x 24 MR: E x 22	BR: E x 12 SR: E x 7	MAR: E x 1.35 AR: E x 1.2 MR: E x 1.1	BR: E x 0.6 SR: E x 0.35	MAR: E x 1 AR: E x 0.88 MR: E x 0.8	BR: E x 0.4 SR: E x 0.2
GIEMSA (gramos)		ALCOHOL 96° (centímetros cúbicos)		METANOL (centímetros cúbicos)		GLICERINA (centímetros cúbicos)			
MAR: E x 0.054 AR: E x 0.048 MR: E x 0.044	BR: E x 0.024 SR: E x 0.014	MAR: E x 6.75 AR: E x 6 MR: E x 5.5	BR: E x 3 SR: E x 1.75	MAR: E x 4.05 AR: E x 3.6 MR: E x 3.3	BR: E x 1.8 SR: E x 1.05	MAR: E x 2.025 AR: E x 1.8 MR: E x 1.65	BR: E x 0.9 SR: E x 0.525		
Fecha: _____					Firma y sello del responsable _____				



[Handwritten signature]



D. Fernández E.

[Handwritten signature]



V. Rojas M.

ANEXO N° 23

**MODULO DE PROGRAMACIÓN
 ACTIVIDADES DE CONTROL VECTORIAL INTEGRADO
 AÑO**

INFORMACIÓN GENERAL

DIRESA / DISA	<input type="text"/>	DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
N° DE PROVINCIAS	<input type="text"/>	N° DE DISTRITOS	<input type="text"/>
N° DE PROV. DE MUY ALTO RIESGO DE TRANSMISIÓN	<input type="text"/>	N° DE DISTRITOS EN MUY ALTO RIESGO DE TRANS.	<input type="text"/>
N° DE PROV. DE ALTO RIESGO DE TRANSMISIÓN	<input type="text"/>	N° DE DISTRITOS EN ALTO RIESGO DE TRANSMIS.	<input type="text"/>
N° DE PROV. DE MEDIANO RIESGO DE TRANSMISIÓN	<input type="text"/>	N° DE DISTRITOS EN MEDIANO RIESGO DE TRANS.	<input type="text"/>
N° DE PROV. DE BAJO RIESGO DE TRANSMISIÓN	<input type="text"/>	N° DE DISTRITOS EN MUY BAJO RIESGO DE TRANS.	<input type="text"/>
N° DE PROVINCIAS SIN RIESGO DE TRANSMISIÓN	<input type="text"/>	N° DE DISTRITOS SIN RIESGO DE TRANSMISIÓN	<input type="text"/>
POBLACIÓN TOTAL EN AREAS EN RTM	<input type="text"/>	ESTRATO OPERATIVO	<input type="text"/>
SUPERFICIE DE AREAS EN RIESGO DE TRANS. (Km²)	<input type="text"/>		

PROGRAMACIÓN

I. CONTROL VECTORIAL INTEGRADO

A. CONTROL VECTORIAL EN EL ESTADIO LARVAR:

A.1. N° DE CRIADEROS CENSADOS	<input type="text"/>	A.5. N° DE CRIADEROS TEMPORALES	<input type="text"/>
A.2. N° DE CRIADEROS PERMANENTES	<input type="text"/>	A.6. N° DE CRIADEROS TEMPORALES (+)	<input type="text"/>
A.3. N° DE CRIADEROS PERMANENTES (+)	<input type="text"/>	A.7. SUPERFICIE A TRATAR (Km²) (DE CRIADEROS TEMPORALES)	<input type="text"/>
A.4. SUPERFICIE A TRATAR (Km²) (DE CRIADEROS PERMANENTES)	<input type="text"/>		

B. MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE CRIADEROS:

CRIADEROS PERMANENTES

MÉTODO DE TRATAMIENTO	N° DE CRIADEROS A SER TRATADOS	REQUERIMIENTOS
1. FÍSICO		LARVICIDA g. x Ha
2. QUÍMICO		ULV ml. x Ha
		OTROS
3. BIOLÓGICO		LARVICIDA ml. x Ha
4. OTROS		

CRIADEROS TEMPORALES

MÉTODO DE TRATAMIENTO	N° DE CRIADEROS A SER TRATADOS	REQUERIMIENTOS
1. FÍSICO		LARVICIDA g. x Ha
2. QUÍMICO		ULV ml. x Ha
		OTROS
3. BIOLÓGICO		LARVICIDA ml. x Ha
4. OTROS		

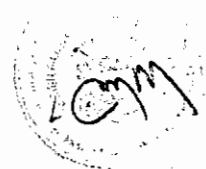
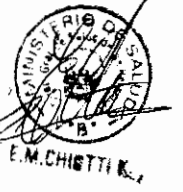
II. CONTROL VECTORIAL EN EL ESTADIO ADULTO:

A. PROGRAMACIÓN DE VIVIENDAS A SER ROCIADAS CON INSECTICIDAS DE ACCIÓN RESIDUAL

ÁREAS DE RIESGO	N° DE VIVIENDAS SEGÚN TIPO								TOTAL DE VIVIENDAS	
	TIPO A		TIPO B		TIPO C		TIPO D		EXISTENTES	PROG. A ROCIAR
	EXISTENTES	PROG. A ROCIAR	EXISTENTES	PROG. A ROCIAR	EXISTENTES	PROG. A ROCIAR	EXISTENTES	PROG. A ROCIAR		
Muy Alto										
Riesgo Alto										
Medio Riesgo										
Bajo Riesgo										
TOTAL										

B. PROGRAMACIÓN DE INSECTICIDAS DE ACCIÓN RESIDUAL A SER UTILIZADOS

A	B	C	D	E	F	H
N° DE VIVIENDAS A ROCIAR	CICLOS x AÑO	TOTAL DE VIVIENDAS PROGRAMADAS A ROCIAR EN EL AÑO (A x B)	INSECTICIDA A UTILIZAR	PRESENTAC.	g. x VIVIENDA POR CICLO	TOTAL DE INSECTICIDA A USAR EN EL AÑO (B x F)
				% P.M.		
				% P.M.		
				% P.M.		
				% P.M.		
			TOTAL			



NTS N° 054 -MINS/DGSP-V.01
Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

C. PROGRAMACIÓN DE INSECTICIDAS PARA NEBULIZACIÓN ESPACIAL

N° DE VIVIENDAS A NEBULIZAR	CICLOS x VIVIENDA AÑO	TOTAL DE VIVIENDAS PROGRAMADAS A NEBULIZAR EN EL AÑO	INSECTICIDA A UTILIZAR	PRESENTAC.	ml. x VIVIENDA POR CICLO	TOTAL DE INSECTICIDAS A UTILIZAR EN EL AÑO
			Lambdacialotrina	% E.C.		
			Ciflutrina	% E.C.		
			Otro:			

D. PROGRAMACIÓN DEL MEJORAMIENTO DE VIVIENDA

N° DE VIVIENDAS A MEJORAR	CORTE DE MALEZA ALREDEDOR DE LAS VIVIENDAS	COLOCACIÓN DE MALLAS EN PUERTAS, VENTANAS Y ESPACIOS ABIERTOS	LIMPIEZA PERIFÉRICA Y ELIMINACIÓN DE BASURAS E INSERVIBLES

E. PROGRAMACIÓN DE LA PROTECCIÓN PERSONAL CON MOSQUITEROS:

MOSQUITEROS	NÚMERO	INSECTICIDA PARA IMPREGNAR MOSQUITEROS	PRESENTAC.	N° DE ml. DE INSECTICIDA USADOS EN LA REIMPREGNACIÓN	N° DE REIMPREGNAC. AL AÑO	TOTAL DE INSECTICIDA A USAR EN ml.
MOSQ. MULTIFAMILIARES 1 para 5 Habitantes						
MOSQ. PERSONALES 1 para 1 Habitante						

F. PROGRAMACIÓN DE VESTUARIO Y EQUIPOS DE VIGILANCIA Y CONTROL VECTORIAL:

F.1 VESTUARIO DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN PERSONAL:

N° DE BRIGADAS	N° DE HOMBRES BRIGADA	N° TOTAL DE HOMBRES EN	COMANDOS COMPLETOS	CASCOS	LENTES PROTECTORES	PROTECTOR ES NAALES	GUANTES	BOTAS O ZAPATOS
		CV	CV x 2	CV x 1	CV x 2	CV x 1	CV x 1	CV x 1

F.2 EQUIPOS PARA APLICACIÓN DE INSECTICIDAS EN CONTROL VECTORIAL

BOMBAS DE PRESIÓN MANUAL	MOTOMOCILA DE NEBULIZACIÓN EN FRÍO	MOTONEBULIZADOR EN CALIENTE	EQUIPO PESADO DE NEBULIZACIÓN LONDON AIR	OTROS

F.3 INSUMOS PARA LA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA:

FUENTES	GOTEROS	CUCHARONES	LINTERNAS	PILAS GRANDES	CUCHARAS	CINTAS METRIC	JARRAS	COLADOR	ESPEJOS	OTRO



Vallejos S.



LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE



D. Fernández E.



V. Rojas M.

ANEXO N° 24

LIBRO DE REGISTRO DE FEBRILES Y CASOS DE MALARIA DEL PROMOTOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD

NOMBRE DEL PROMOTOR DE SALUD: LOCALIDAD DE RESIDENCIA:
 DISTRITO: PROVINCIA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD:
 FECHA DE ENTREGA DE ESTE LIBRO DE REGISTRO: FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES COMO PROMOTOR DE SALUD:

N°	FECHA DE IDENT.	EDAD		DIRECCIÓN	PROCEDENCIA	FEBRILES		CASO PROB.	TTO.	CONTROLES DEL TTO.				CONDICION DE EGRESO			OBSERVACIONES		
		M	F			IDENT.	EXAMINADOS			D(3)	D(7)	D(14)	D(21)	CUR	ABAN	FALL TERA		FALL	RAM
							GG	TR		1°	2°	3°	4°						



Vallejos S.



F.M. CRUTIK

M = Sexo Masculino
 F = Sexo Femenino
 G = Gestante

IDENT. = Identificados
 GG = Gota Griüesa
 TR = Tira Reactiva



V. Rojas M.



D. Fernández E.

CUR. = Curado
 ABAN = Abandono
 FALL TERA = Falla Terapéutica
 FALL = Fallecido

PROB. = Probable
 TTO. = Tratamiento
 D = Día
 RAM = Reacción Adversa Medicamentos

ANEXO N° 25

LIBRO DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA DE MALARIA
AÑO 200.....

DIRESA/DISA:

Distrito: Establecimiento de Salud:

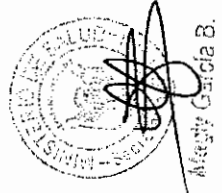
Provincia:

Responsable:

N° Orden	Fecha	Nombres y Apellidos	Edad		H. Clínica. F. Familiar	Código de Lámina o Tira Reactiva	Domicilio Actual	Resultado del Método Diagnóstico		Control de Tratamiento				Observaciones
			M	F				Parasitoscópico	T. Reactiva	D(3)	D(7)	D(14)	D(21)	
										1°	2°	3°	4°	



V. Rojas M.



Magaly García B.



D. Fernández E.

ANEXO N° 27



Dirección General de Salud de las Personas
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
 ENFERMEDADES METAXENICAS Y OTV's

INFORME OPERACIONAL MENSUAL DE MALARIA

DEPARTAMENTO: _____ DIRESA/DISA _____
 PROVINCIA: _____ DISTRITO: _____
 ESTAB. DE SALUD: _____
 INSTITUCIONES DEL SECTOR: MINSAD ESSALUD SANIDAD PNP - FFAA OTRA INSTITUCIÓN Especificar: _____

POBLACIÓN TOTAL DE LA JURISDICCIÓN:	< 1a	1 - 9a	10 - 14a	15 - 19a	20 - 59a	60a +	TOTAL	%
1. POBLACIÓN RESIDENTE EN ÁREAS EN RTM:								100%
1.1. Muy Alto Riesgo								
1.2. Alto Riesgo								
1.3. Mediano riesgo								
1.4. Bajo Riesgo								
2. POBLACIÓN RESIDENTE EN ÁREAS SIN RTM:								
3. N° DE MEF PROGRAMADAS PARA EL AÑO								
4. N° DE GESTANTES PROGRAMADAS PARA EL AÑO								

PROGRAMACIÓN ANUAL: _____ TERRITORIO Km²: _____
 CONSULTANTES: _____ TERRITORIO Km² EN RIESGO: _____

I. LOCALIZACIÓN DE CASOS.

1. FEBRILES ESPERADOS (E x 30, 25, 15, 10 ó 5)		100%
2. FEBRILES IDENTIFICADOS		
3. FEBRILES EXAMINADOS		
3.1. Febriles Exam. con GG		
3.2. Febriles Exam. Con Tira Reactiva		
4. FEBRILES EXAMINADOS (+)		
4.1. Feb. Exam. Con GG (+)		
4.2. Feb. Exam. Con Tira Reactiva (+)		

III. DIAGNÓSTICO DE CASOS

1. EXAMEN DE Dx. ESPERADOS (E x 30, 25, 15, 10 ó 5)	100%
2. TOTAL DE EXAMENES DE Dx.	
2.1. Láminas GG de Dx.	
2.2. Tiras Reactivas de Dx.	
3. TOTAL DE EXAMENES DE Dx. (+)	
3.1. Láminas GG de Dx. (+)	
3.2. Tiras Reactivas de Dx. (+)	
4. TOTAL DE GG DE CONTROL	
4.1. GG de Control a Casos Conf.	
4.2. GG de Control a Casos Prob.	
5. TOTAL DE GG DE CONTROL (+)	
5.1. GG de Control a Casos Conf. (+)	
5.2. GG de Control a Casos Prob. (+)	
6. TOTAL DE MUESTRAS REALIZADAS	

II. CONTROL DE COLATERALES

1. COLATERALES ESPERADOS (Ex5)		100%
2. COLATERALES CENSADOS		
3. COLATERALES CON ANAMNESIS Y EX. FISICO		
4. COLATERALES CATALOGADOS COMO FEBRILES		
5. COLATERALES FEBRILES EXAMINADOS		
5.1. Col. Febriles Examinados con GG		
5.2. Col. Febriles Examinados con TR		
6. COLATER. FEBRILES EXAMINADOS (+)		
6.1. Col. Febriles Examinados con GG (+)		
6.2. Col. Febriles Examinados con TR (+)		

IV. INFORME DE CASOS

	< 1a	1 - 9a	10 - 14a	15 - 19a	20 - 59a	60a +	TOTAL	%
1. TOTAL DE CASOS DE MALARIA								
1.1. TOTAL CASOS CONFIRMADOS								
a) <i>Plasmodium vivax</i>								
b) <i>Plasmodium falciparum</i>								
c) <i>Plasmodium malariae</i>								
d) Mixto								
1.2. CASOS PROBABLES								
1.3. TOTAL DE CASOS CONF. EN GESTANTES								
a) <i>Plasmodium Vivax</i>								
b) <i>Plasmodium Falciparum</i>								
1.4. CASOS DE MALARIA GRAVE - COMPLICADA								
a) <i>Plasmodium Vivax</i>								
b) <i>Plasmodium Falciparum</i>								

V. TOTAL DE FALLECIDOS

1. FALLECIDOS POR MGC A <i>P. vivax</i>								
2. FALLECIDOS POR MGC A <i>P. falciparum</i>								

VI. RAM

--	--	--	--	--	--	--	--	--



VII. TRATAMIENTOS: 1. TOTAL DE TRATAMIENTOS 2. TTOs. PARA CASOS CONFIRMADOS 2.1. Ttos. malaria <i>P. vivax</i> 2.2. Ttos. malaria <i>P. falciparum</i> a) Cloroquina-Primaquina b) Sulfadoxina-Pirimetamina c) Mefloquina-Arteméter d) Quina - Clindamicina 3. TTOs. PARA CASOS PROBABLES IX. SALDO DE MEDICAMENTOS: 1. CLOROQUINA x 250 mg 2. PRIMAQUINA x 15 mg 3. PRIMAQUINA x 7.5 mg 4. PRIMAQUINA x 5 mg 5. SULFADOXINA/PIRIMETAMINA x 500/25 mg	TRATAMIENTOS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">ADMINISTRADOS</th> <th style="width:50%;">RECIBIDOS</th> </tr> <tr> <td align="center">100%</td> <td></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	ADMINISTRADOS	RECIBIDOS	100%																				VIII. QUIMIOPROFILÁXIS: 1. TOTAL QUIMIOPROFILÁXIS INICIADAS 2. QUIMIOPROFILÁXIS DE MALARIA <i>P. vivax</i> 3. QUIMIOPROFILÁXIS DE MALARIA <i>P. falciparum</i> 3.1. Cloroquina/Pr Cloroquina/Primaquina 3.2. Mefloquina/Pr Mefloquina/Primaquina 3.3. Cloroquina-Pr Cloroquina-Proguanil/Primaquina 6. CLINDAMICINA x 300 mg. 7. QUININA x 300 mg 8. MEFLUQUINA x 250 mg. 9. ARTEMETER x 50 mg.
ADMINISTRADOS	RECIBIDOS																							
100%																								

NIVEL COMUNAL - COLABORADORES VOLUNTARIOS

X. COLABORADORES VOLUNTARIOS O PROMOTORES DE SALUD: 1. N° DE COLABORADORES VOLUNTARIOS DE LA RED 2. N° DE COLABORADORES VOLUNTARIOS DE LA RED ACTIVOS 3. N° DE COLABORADORES VOLUNTARIOS DE LA RED ACTIVOS QUE INFORMAN AL PCM DEL ESTABLECIMIENTO INSTITUCIONES DEL SECTOR: MINGA <input type="checkbox"/> IGLESIA <input type="checkbox"/> ONG: <input type="checkbox"/> MUNICIPIO: <input type="checkbox"/> OTROS:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td>100%</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		100%					XII. CONTROL DE COLATERALES 1. COLATERALES ESPERADOS (Ex5) 2. COLATERALES CENSADOS 3. COLATERALES CON ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO 4. COLATERALES CATALOGADOS COMO FEBRILES 4.1 Col. Febriles Examinados con GG 4.2 Col. Febriles Examinados con TR 5. COLATER. FEBRILES EXAMINADOS (+) 5.1 Col. Febriles Examinados con GG (+) 5.2 Col. Febriles Examinados con TR (+)
	100%							

XIII. INFORME DE CASOS								
1. TOTAL DE CASOS DE MALARIA	< 1a	1 - 9a	10 - 14a	15 - 19a	20 - 59a	60a +	TOTAL	%
1.1. TOTAL CASOS CONFIRMADOS								
a) <i>Plasmodium Vivax</i>								
b) <i>Plasmodium Falciparum</i>								
c) <i>Plasmodium Malariae</i>								
d) Mixto								
1.2. CASOS PROBABLES								
1.3. TOTAL DE CASOS CONFIRM. EN GESTANTES								
a) <i>Plasmodium Vivax</i>								
b) <i>Plasmodium Falciparum</i>								
1.4. CASOS DE MALARIA GRAVE - COMPLICADA								
a) <i>Plasmodium Vivax</i>								
b) <i>Plasmodium Falciparum</i>								
TOTAL DE FALLECIDOS								
FALLECIDOS POR MGA A <i>P. vivax</i>								
FALLECIDOS POR MGA A <i>P. falciparum</i>								

TRATAMIENTOS: 1. TOTAL DE TRATAMIENTOS 2. TTOs. PARA CASOS CONFIRMADOS 3. TTOs. PARA CASOS PROBABLES XVIII. SALDO DE MEDICAMENTOS: 1. CLOROQUINA x 250 mg 2. PRIMAQUINA x 15 mg. 3. PRIMAQUINA x 7.5 mg 4. PRIMAQUINA x 5 mg 5. SULFADOXINA/PIRIMETAMINA x 500/25 mg	ADMINISTRADOS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">ADMINISTRADOS</th> <th style="width:50%;">RECIBIDOS</th> </tr> <tr> <td align="center">100%</td> <td></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	ADMINISTRADOS	RECIBIDOS	100%																				XVII. QUIMIOPROFILÁXIS: 1. TOTAL QUIMIOPROFILÁXIS INICIADAS 2. MALARIA <i>P. vivax</i> 3. MALARIA <i>P. falciparum</i> 6. CLINDAMICINA x 300 mg. 7. QUININA x 300 mg 8. MEFLUQUINA x 250 mg 9. ARTEMETER x 50 mg
ADMINISTRADOS	RECIBIDOS																							
100%																								




Lugar y Fecha

Firma y Sello del Coordinador de PCM/OEM

E.M. CHIOTTI R.



ANEXO N° 28



Ministerio de Salud
PERUANO QUE ALIMENTA PERSONAS

Dirección General de Salud de las Personas
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES METABÓLICAS y OTAS

INFORME OPERACIONAL MENSUAL DE MALARIA
NIVEL COMUNAL - COLABORADORES VOLUNTARIOS

MES AÑO

DIRESADISA DISTRITO:

ESTABLEC. DE SALUD: COLABORADOR VOLUNTARIO:

INSTITUCIONES DEL SECTOR: MNSA IGLESIA ONG MUNICIPIO OTROS

N° DE LOCALIDADES ASIGNADAS: RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL AREA ASIGNADA: MA: A: M: B: S:

	< 1a	1 - 9a	10 - 14a	15 - 19a	20 - 29a	30a +	TOTAL	%
POBLACION ASIGNADA:								
N° DE MEF PROGRAMADAS PARA EL AÑO								
N° DE GESTANTES PROGRAMADAS PARA EL AÑO								

I. LOCALIZACION DE CASOS.

		100%
1. FEBRILES ESPERADOS (E x 20, 10 ó 5)		
2. FEBRILES IDENTIFICADOS		
3. FEBRILES EXAMINADOS		
3.1. Febriles Exam. con GG		
3.2. Febriles Exam. Con Tira Reactiva		
4. FEBRILES EXAMINADOS (+)		
4.1. Feb. Exam. Con GG (+)		
4.2. Feb. Exam. Con Tira Reactiva (+)		

II. CONTROL DE COLATERALES

		100%
1. COLATERALES ESPERADOS (Ex5)		
2. COLATERALES CENSADOS		
3. COLATERALES CON ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO		
4. COLATERALES CATALOGADOS COMO FEBRILES		
4. COLATERALES FEBRILES EXAMINADOS		
4.1. Col. Febriles Examinados con GG		
4.2. Col. Febriles Examinados con TR		
5. COLATER. FEBRILES EXAMINADOS (+)		
5.1. Col. Febriles Examinados con GG (+)		
5.2. Col. Febriles Examinados con TR (+)		

III. INFORME DE CASOS

	< 1a	1 - 9a	10 - 14a	15 - 19a	20 - 29a	30a +	TOTAL	%
1. TOTAL DE CASOS DE MALARIA								
1.1. TOTAL CASOS CONFIRMADOS								
a) Plasmodium Vivax								
b) Plasmodium Falciparum								
c) Plasmodium Malariae								
d) Misto								
1.2. CASOS PROBABLES								
1.3. TOTAL DE CASOS CONFIRM. EN GESTANTES								
a) Plasmodium Vivax								
b) Plasmodium Falciparum								
1.4. CASOS DE MALARIA GRAVE - COMPLICADA								
a) Plasmodium Vivax								
b) Plasmodium Falciparum								
IV. TOTAL DE FALLECIDOS								
1. FALLECIDOS POR MGC A P. vivax								
2. FALLECIDOS POR MGC A P. falciparum								
V. RAM								

VI. TRATAMIENTOS:

	ADMINISTRADOS	100%
1. TOTAL DE TRATAMIENTOS		
2. TIOs PARA CASOS CONFIRMADOS		
3. TIOs PARA CASOS PROBABLES		

VIII SALDO DE MEDICAMENTOS:

1. CLOROQUINA x 250 mg	
2. PRIMAQUINA x 15 mg	
3. PRIMAQUINA x 7.5 mg	
4. PRIMAQUINA x 5 mg	
5. SULFADOXINA/PIRIMETAMINA x 500/25 mg	

VII QUIMIOPROFILAXIS:

		100%
1. TOTAL QUIMIOPROFILAXIS INICIADAS		
2. MALARIA P. vivax		
3. MALARIA P. falciparum		

6. CLINDAMICINA x 300 mg	
7. QUININA x 300 mg	
8. MEFLOQUINA x 250 mg	
9. ARTEMETER x 50 mg	

Lugar y Fecha: _____ Firma y Sello del Colaborador Voluntario: _____



D. Fernández E.



V. RIVERA



M. ...

ANEXO N° 29



Dirección General de Salud de las Personas
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y
 CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS Y OTAS

**ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO DE
 MALARIA POR *Plasmodium vivax***

AÑO 200

DIRESA / DISA:

Establecimiento de Salud:

Instituciones : MINSA ESSALUD FF.AA. PNP OTROS

La Cohorte considerará al grupo de personas enfermas con Malaria a *Plasmodium vivax* con diagnóstico confirmado por examen de laboratorio (Gota Gruesa positiva u otro) que ingresaron al Programa de Control de Malaria en el periodo comprendido del al del 200.... para recibir tratamiento farmacológico supervisado con el esquema para malaria a *P. vivax* en base a Cloroquina y Primaquina y que obtuvieron condición de egreso.

Total de enfermos, con diagnóstico confirmado de malaria a <i>P. vivax</i> y que iniciaron tratamiento.	N° (a)
del 1° de al de del 200....	.....

INGRESADOS AL ESTUDIO DE COHORTE

Las condiciones que deben cumplir los pacientes para ingresar a esta cohorte son:

1° Tener diagnóstico confirmado de malaria a *P. vivax*, y

2° Haber recibido esquema de tratamiento farmacológico supervisado en base a Cloroquina y Primaquina.

	N°	%
	(b)	(b/a) x 100

Total de Pacientes que cumplieron con las condiciones para ingresar a la Cohorte:

CONDICIÓN DE EGRESO DE COHORTE

	N°	%
1. CURADO	.....	.....
2. ABANDONO	.....	.....
3. FALLA TERAPÉUTICA	.....	.....
4. FALLECIDO	.....	.....

Total de casos confirmados de malaria a <i>P. vivax</i> excluidos de la Cohorte.	N° (c)	% (c/a) x 100

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN DE LA COHORTE

	N°	%
1. Gestante.	.....	.....
2. Niños menores de 6 meses.	.....	.....
3. RAM	.....	.....
4. Enfermedad inmunoasociada.	.....	.....
5. Otros (Especificar) .....	.....	.....

Vallejos S.

F. M. CHOTY

Mery Garcia B.

V. Rojas M.

D. Fernández E.

ANEXO N° 30



Dirección General de Salud de las Personas
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN
 Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS Y
 OTV's

**ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO DE
 MALARIA POR *Plasmodium falciparum*
 ESQUEMA EN BASE A SULFADOXINA/PIRIMETAMINA + ARTESUNATO**

AÑO 200

DIRESA / DISA:

Establecimiento de Salud:

Instituciones : MINSA ESSALUD FF.AA. PNP OTROS

La Cohorte considerará al grupo de personas enfermas con Malaria a *Plasmodium falciparum* con diagnóstico confirmado por examen de laboratorio (Gota Gruesa positiva u otro) que ingresaron al Programa de Control de Malaria en el periodo comprendido del al del 200... para recibir tratamiento farmacológico supervisado con el esquema para malaria a *P. falciparum* en base a Sulfadoxina/Pirimetamina más Artesunato y que obtuvieron condición de egreso.

Total de enfermos con diagnóstico confirmado de malaria a *P. falciparum* y que iniciaron algún tratamiento del 1° de al del 200....

N°
(a)

CUMPLIERÓN LAS CONDICIONES DE INGRESO A LA COHORTE

Las condiciones que deben cumplir los pacientes para ingresar a esta cohorte son:

1° Tener diagnóstico confirmado de malaria a *P. falciparum* . y

2° Haber recibido esquema de tratamiento farmacológico supervisado en base a Sulfadoxina/Pirimetamina + Artesunato.

N° %
(b) (b/a) x 100

Total de Pacientes que cumplieron con las condiciones para ingresar a la Cohorte: ----- -----

CONDICIÓN DE EGRESO DE COHORTE

	N°	%
1. CURADO	-----	-----
2. ABANDONO	-----	-----
3. FALLA TERAPÉUTICA	-----	-----
4. FALLECIDO	-----	-----

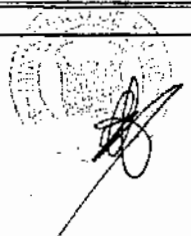
Total de casos confirmados de malaria a *P. falciparum* excluidos de la Cohorte.

N° %
(c) (c/a) x 100

----- -----

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN DE LA COHORTE

	N°	%
1. Gestante.	-----	-----
2. Niños menores de 1 año.	-----	-----
3. RAM	-----	-----
4. Otra enfermedad inmunosociada.	-----	-----
5. Otros (Especificar)	-----	-----



ANEXO N° 31



Dirección General de Salud de las Personas
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS Y OTV

**ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO DE
 MALARIA POR *Plasmodium falciparum* RESISTENTE A SULFADOXINA - PIRIMETAMINA
 ESQUEMA EN BASE A MEFLOQUINA + ARTESUNATO
 AÑO 200**

DIRESA / DISA:

Establecimiento de Salud:

Instituciones : MINSA ESSALUD FF.AA PNP OTROS

La Cohorte considerará al grupo de personas enfermas con Malaria a *Plasmodium falciparum* resistente a Sulfadoxina - Pirimetamina con diagnóstico confirmado por examen de laboratorio (Gota Gruesa positiva u otro) que ingresaron al Programa de Control de Malaria en el periodo comprendido del al del 200.... para recibir tratamiento farmacológico supervisado con el esquema para malaria a *P. falciparum* resistente a Sulfadoxina - Pirimetamina en base a Mefloquina - Artesunato y que obtuvieron condición de egreso.

Total de enfermos, con diagnóstico confirmado de malaria a <i>P. falciparum</i> resistente a Sulfadoxina - Pirimetamina y que iniciaron tratamiento del 1° de al del 200....	N° (a)
--	-----------

CUMPLIERÓN LAS CONDICIONES DE INGRESO A LA COHORTE

Las condiciones que deben cumplir los pacientes para ingresar a esta cohorte son:

1° Tener diagnóstico confirmado de malaria a <i>P. falciparum</i> resistente a Sulfadoxina - Pirimetamina, y	N°	%
2° Haber recibido esquema de tratamiento farmacológico supervisado en base a Mefloquina más Artesunato.	(b)	(b/a) x 100

Total de Pacientes que cumplieron con las condiciones para ingresar a la Cohorte:

CONDICIÓN DE EGRESO DE COHORTE

	N°	%
1. CURADO
2. ABANDONO
3. FALLA TERAPÉUTICA
4. FALLECIDO

Total de casos confirmados de malaria a <i>P. Falciparum</i> resistente a Sulfadoxina - Pirimetamina excluidos de la Cohorte.	N° (c)	% (c/a) x 100
---	-----------	------------------

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN DE LA COHORTE

	N°	%
1. Gestante.
2. Niños menores de un año.
3. RAM
4. Otra Enfermedad Inmunoasociada
5. Malaria Grave - Complicada



Valejos S



M. CHIOTTI R.



D. Fernández E.



V. Rojas M.

ANEXO N° 32



Dirección General de Salud de las Personas
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS Y OTV

**ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO DE
 MALARIA POR *Plasmodium falciparum* RESISTENTE A MEFLOQUINA - ARTESUNATO
 ESQUEMA EN BASE A QUININA + CLINDAMICINA
 AÑO 200**

DIRESA / DISA:

Establecimiento de Salud:

Instituciones : MINSA ESSALUD FF.AA. PNP OTROS

La Cohorte considerará al grupo de personas enfermas con Malaria a *Plasmodium falciparum* resistente a Mefloquina - Artesunato con diagnóstico confirmado por examen de laboratorio (Gota Gruesa positiva u otro) que ingresaron al Programa de Control de Malaria en el período comprendido del al del 200.... para recibir tratamiento farmacológico supervisado con el esquema para malaria a *P. falciparum* resistente a Mefloquina - Artesunato en base a Quinina mas Clindamicina y que obtuvieron condición de egreso.

Total de enfermos, con diagnóstico confirmado de malaria a <i>P. falciparum</i> resistente a Mefloquina - Artesunato y que iniciaron tratamiento del 1° de al del 200....	N° (a)
---	---------------------------

CUMPLIERÓN LAS CONDICIONES DE INGRESO A LA COHORTE

Las condiciones que deben cumplir los pacientes para ingresar a esta cohorte son:

1° Tener diagnóstico confirmado de malaria a <i>P. falciparum</i> resistente a Mefloquina - Artesunato, y	N°	%
2° Haber recibido esquema de tratamiento farmacológico supervisado en base a Quinina más Clindamicina.	(b)	(b/a) x 100

Total de Pacientes que cumplieron con las condiciones para ingresar a la Cohorte:

CONDICIÓN DE EGRESO DE COHORTE

	N°	%
1. CURADO	.....	.....
2. ABANDONO	.....	.....
3. FALLA TERAPÉUTICA	.....	.....
4. FALLECIDO	.....	.....

Total de casos confirmados de malaria a <i>P. Falciparum</i> resistente a Mefloquina - Artesunato excluidos de la Cohorte.	N° (c)	% (c/a) x 100
--	------------------	-------------------------

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN DE LA COHORTE

	N°	%
1. RAM moderados a severos	.....	.....
2. Enfermedad concomitante que modifique o prolongue el Tratamiento	.....	.....
3. Malaria Grave y Complicada	.....	.....
4. Otros (Especificar) .....	.....	.....



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI



Marty García B



D. Fernández E.



V. Vallejos S.

ANEXO N° 33

**INFORME TRIMESTRAL
 VIGILANCIA DE LA FALLA DEL TRATAMIENTO ANTIMALÁRICO POR *Plasmodium falciparum*
 RESISTENCIA A:**

DIRESA/DISA
 Responsable:
 Nro. Total Provincias:

Año:
 Trimestre:
 Nro. Total Distritos:

Nro. de Orden	(1) Provincia		(2) Distrito		(3) Superficie Distrital		(4) Población		(5) Nro. de Casos de Malaria por <i>P. falciparum</i> Notificados en el Trimestre		Del Estudio de Cohorte			Observaciones
	Nro. Total	Nombre de la Provincia	Nro. Total	Nombre del Distrito	Km ²	%	Nro. de Habitantes	Nro.	% (Total)	Nro. de Ingresados a la Cohorte	Nº de Fallas Terapéuticas	% de Fallas Terapéuticas		

1. Provincias con Reporte de Malaria con *P. Falciparum*.
2. Distritos con Notificación de Malaria con *P. Falciparum*.
3. Superficie del Nro. 2
4. Población del Nro. 2
5. Número de Casos Notificados por el Distrito.



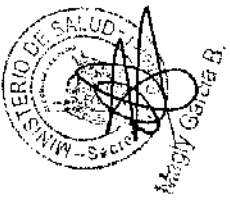
Vallejos S.



F.M. CHICOTTI K.



D. Fernández E.



Mary Garcia B.



A. Rojas M.



ANEXO N° 34



Dirección General de Salud de las Personas
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y
 CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS Y OTAS

**INFORME TRIMESTRAL
 SUPERVISIÓN TÉCNICA INDIRECTA DE CONTROL DE CALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE MALARIA**

DIRESA/DISA:

AÑO:

TRIMESTRES:

A. RED DE LABORATORIOS	N°	%
1. LABORATORIOS EXISTENTES	-----	-----
2. LABORATORIOS QUE REALIZAN DIAGNÓSTICO DE MALARIA (TOTAL)	-----	-----
3. LABS. A LOS QUE SE LES SOLICITA LÁMINAS PARA CONTROL DE CALIDAD (1RA VEZ EN EL AÑO)	-----	-----
4. LABs. A LOS QUE SE LES SOLICITA LÁMINAS PARA CONTROL DE CALIDAD (2DA A MAS EN EL AÑO)	-----	-----
5. LABORATORIOS QUE ENMAN LÁMINAS PARA CONTROL DE CALIDAD	-----	-----

B. DEL CONTROL DE CALIDAD		
GOTAS GRUESAS POSITIVAS	N°	%
6 G.G. (+) EXAMINADAS	-----	-----
7 G.G. (+) CONCORDANTES	-----	-----
8 G.G. (+) DISCORDANTES	-----	----- (% falsos positivos)
GOTAS GRUESAS NEGATIVAS	N°	%
9 G.G. (-) EXAMINADAS	-----	-----
10 G.G. (-) CONCORDANTES	-----	-----
11 G.G. (-) DISCORDANTES	-----	----- (% falsos negativos)
LABORATORIOS CON DISCORDANCIA	N°	%
12 LABORATORIOS CON DISCORDANCIA	-----	-----
ERRORES POR ESPECIE		
13 VVAX POR : FALCIPARUM NEGATIVO	-----	-----
14 FALCIPARUM POR : VVAX NEGATIVO	-----	-----
15 NEGATIVA POR : FALCIPARUM VVAX	-----	-----

C. RESULTADOS		
LABORATORIOS DISCORDANTES EN ALTO RIESGO DE TRANSMISIÓN	N°	NIVEL DE DISCORDANCIA
	-----	-----

D. ACCIONES DESARROLLADAS		



ANEXO N° 35

INFORME ANUAL DE COBERTURA DE ATENCIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD AÑO 2.000..

A. DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:

1. Establecimientos de Salud del Sub-Sector MINSA

ÁREAS DE RIESGO	A) H O S P I T A L E S										Colaboradores Voluntarios o Promotores de Salud									
	NÚMERO		Población Asignada	N° de Localidades en su Jurisdicción	Diagnóstico Parasitológico			Vigilancia Entomológica			N° de Atendidas por CV	Acciones que Ejecutan								
	Con Sin PCM/PCM	Con Sin PCM/PCM			N° de Labos. que hacen Dx. Parasitológico de Malaria	N° de Unit. de Dx. Entomológico	N° de Unit. de Vigilancia Entomológica	2000..	2000..	Formados (2)		Total de Activos (1+2)	Loc. y Toma de Muestra	Adm. de Tratamiento	Seguimiento de Paciente	Prevención de Malaria	Vigilancia Entomológ.	Control Vectorial		
MA.R.																				
A.R.																				
M.R.																				
B.R.																				
S.R.																				
TOTAL																				

ÁREAS DE RIESGO	B) C E N T R O S D E S A L U D										Colaboradores Voluntarios o Promotores de Salud									
	NÚMERO		Población Asignada	N° de Localidades en su Jurisdicción	Diagnóstico Parasitológico			Vigilancia Entomológica			N° de Atendidas por CV	Acciones que Ejecutan								
	Con Sin PCM/PCM	Con Sin PCM/PCM			N° de Labos. que hacen Dx. Parasitológico de Malaria	N° de Unit. de Dx. Entomológico	N° de Unit. de Vigilancia Entomológica	1999	2000..	Formados (2)		Total de Activos (1+2)	Loc. y Toma de Muestra	Adm. de Tratamiento	Seguimiento de Paciente	Prevención de Malaria	Vigilancia Entomológ.	Control Vectorial		
MA.R.																				
A.R.																				
M.R.																				
B.R.																				
S.R.																				
TOTAL																				



E.M. CHIOTTI.



V. Rojas M.



Mag. García B.



D. Fernández E.

Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

ÁREAS DE RIESGO	NUMERO AÑO 2000		Vigilancia Entomológica				Diagnóstico Parasitológico				Vigilancia Entomológica		1999		Año 2,000		Acciones que Ejecutan									
	Con PCM	Sin PCM	Nº de Localidades en su Jurisdicción	Nº de Laboratorios	Nº de Microscopios	Nº de Labs. que hacen Dx Parasitológico	Nº de Unid. de Dx. Entomológico	Nº de Unid. de Vigilancia Entomológica	Activos a Dic. (1)	Formados (2)	Total Activos (1+2)	Activos que remiten IOM	Nº de Localidades atendidas por CV	Loc. y Toma de Muestra		Adm. de Tratamiento de Paciente		Seguimiento de Paciente		Prevención de Malaria		Vigilancia Entomológ		Control Vectorial		
														Nº (b)	% (b/a)	Nº (c)	% (c/a)	Nº (d)	% (d/a)	Nº (e)	% (e/a)	Nº (f)	% (f/a)	Nº (g)	% (g/a)	
M.A.R.																										
A.R.																										
M.R.																										
B.R.																										
S.R.																										
TOTAL																										

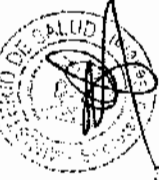
ÁREAS DE RIESGO	NUMERO AÑO 2000		Vigilancia Entomológica				Diagnóstico Parasitológico				Vigilancia Entomológica		1999		Año 2,000		Acciones que Ejecutan									
	Con PCM	Sin PCM	Nº de Localidades en su Jurisdicción	Nº de Laboratorios	Nº de Microscopios	Nº de Labs. que hacen Dx Parasitológico	Nº de Unid. de Dx. Entomológico	Nº de Unid. de Vigilancia Entomológica	Activos a Dic. (1)	Formados (2)	Total Activos (1+2)	Activos que remiten IOM	Nº de Localidades atendidas por CV	Loc. y Toma de Muestra		Adm. de Tratamiento de Paciente		Seguimiento de Paciente		Prevención de Malaria		Vigilancia Entomológ		Control Vectorial		
														Nº (b)	% (b/a)	Nº (c)	% (c/a)	Nº (d)	% (d/a)	Nº (e)	% (e/a)	Nº (f)	% (f/a)	Nº (g)	% (g/a)	
M.A.R.																										
A.R.																										
M.R.																										
B.R.																										
S.R.																										
TOTAL																										

Total: Anote el Nº de Establecimiento de Salud (ES) según el área de riesgo de transmisión de malaria en que se encuentre.
 Con PCM: Anote el Nº de ES que tienen implementado la ESN Pyc E.MyoTV y y desarmos en acciones de prevención y control.
 Sin PCM: Anote el Nº de ES que no desarrollan acciones de prevención y control.

M.A.R.: Área de Muy Alto Riesgo de Transmisión de Malaria
 A.R.: Área de Alto Riesgo de Transmisión de Malaria
 M.R.: Área de Mediano Riesgo de Transmisión de Malaria
 B.R.: Área de Bajo Riesgo de Transmisión de Malaria
 S.R.: Área Sin Riesgo de Transmisión de Malaria

Población Asignada: Anote solo la Población asignada al ES de acuerdo a jurisdicción geográfica donde realiza actividad de Prevención.
 Nº de Localidades en su jurisdicción: Anote el Nº de localidades que se encuentran dentro de su jurisdicción geográfica asignada.
 Nº de Laboratorios: Anote el Nº de laboratorios según ES, de acuerdo al área de riesgo de transmisión de malaria en que se encuentre.
 Nº de Microscopios: Anote el Nº de microscopios, según ES, de acuerdo al área de riesgo de transmisión de malaria en que se encuentre.
 Nº de Laboratorios que hacen Dx. parasitológico de Malaria: Anote el Nº de Laboratorios que realizan la lectura de Gota Gruesa para el diagnóstico de malaria.

Nº de Esteroscopios: Anote el Nº de Esteroscopios según ES y Área de riesgo de transmisión de malaria (ARTM).
 Nº de Unidades de Diagnóstico Entomológico: Anote el Nº de Unidades o laboratorios que realizan diagnóstico (definición) taxonómica de especie, según ES y ARTM.
 Nº de Unidades de Vigilancia Entomológica: Anote el Nº de Unidades que realizan regularmente actividades de Vigilancia entomológica.
 Activos a Diciembre del año 1999 (1): Anote el Nº de CV activos (que ejecutan acciones de prevención y control) a diciembre del año 1999.
 Colaboradores Voluntarios (CV) Formados(2): Anote el Nº de CV formados o capacitados durante el año 2000.
 Total de CV Activos(1 + 2): Anote el Nº de CV que se encuentran activos durante el año 2,000. Incluye la suma de 1 más 2.
 CV Activos que Remiten IOM: Anote el Nº de CV activos que remiten al Establecimiento de Salud al que pertenecen su Informe Operacional Mensual de actividades (Se informará a partir del 2,001).
 Nº de Localidades Atendidas por CV: Anote el Nº de localidades atendidas por los CV. Recuerde que un CV puede atender una o más localidades por la cercanía de éstas a su lugar de residencia.
 Acciones que Ejecutan: Anote el Nº de CV que realizan individualmente cada una de las acciones que deben ejecutar.



V. Rojas M.

W. García B.

D. Fernández E.

2. Establecimientos de otros Sub-Sectores de Salud: ESSALUD, FFAA, FPPP, IGLESIA, Otros.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	AREAS DE RIESGO	A) ESSALUD				B) FUERZAS ARMADAS				C) FUERZAS POLICIALES				D) IGLESIA				E) OTROS				TOTAL (A + B + C + D + E)					
		N° Total (1+2)	Con PCM (1)	Sin PCM (2)	N° de Lab. a- torios	N° de Lab. que realiz an GG	N° Total (1+2)	Con PCM (1)	Sin PCM (2)	N° de Lab. a- torios	N° de Lab. que realiz an GG	N° Total (1+2)	Con PCM (1)	Sin PCM (2)	N° de Lab. a- torios	N° de Lab. que realiz an GG	N° Total (1+2)	Con PCM (1)	Sin PCM (2)	N° de Lab. a- torios	N° de Lab. que realiz an GG	N° Total (1+2)	Con PCM (1)	Sin PCM (2)	N° de Lab. a- torios	N° de Lab. que realiz an GG	
Hospitales	MAR																										
	AR																										
	M.R																										
	BR																										
	S.R																										
Otros Servicios de Salud	MAR																										
	AR																										
	M.R																										
	BR																										
	S.R																										
TOTAL	MAR																										
	AR																										
	M.R																										
	BR																										
	S.R																										

MINISTERIO DE SALUD
 YAFIJELOS S.

MINISTERIO DE SALUD
 E. M. CHIOTTI K.

MAR: Área de Muy Alto Riesgo de Transmisión de Malaria
 AR: Área de Alto Riesgo de Transmisión de Malaria
 M.R: Área de Mediano Riesgo de Transmisión de Malaria
 BR: Área de Bajo Riesgo de Transmisión de Malaria
 S.R: Área Sin Riesgo de Transmisión de Malaria
 N° Total (1 + 2): Ante el N° de Estab. de Salud (ES) según el área de riesgo de transmisión de malaria en que se encuentre y la institución a la que pertenecen. Está dado por la suma de 1 más 2.
 Con PCM (1): Ante el N° de ES que tienen implementado la ESN PYC EIMyOTV y desarrollan acciones de prevención y control.
 Sin PCM (2): Ante el N° de ES que no desarrollan acciones de prevención y control.
 N° de Laboratorios: Ante el N° de laboratorios, según ES, área de riesgo de transmisión de malaria en que se encuentre e institución a la que pertenecen.
 N° de Laboratorios que realizan Gota Guesa: Ante el N° de Laboratorios que realizan el diagnóstico de malaria a través del examen de Gota Guesa y frías.

MINISTERIO DE SALUD
 Y. ROJAS M.

MINISTERIO DE SALUD
 Y. ROJAS M.

MINISTERIO DE SALUD
 AGOY GARCIA B.

MINISTERIO DE SALUD
 D. FERNÁNDEZ E.

B. DE LA CAPACITACIÓN:

1. De las Reuniones de Capacitación Efectuadas en el año 2,000 para el Personal de Salud:

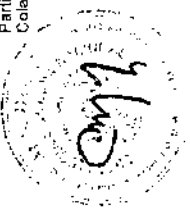
N° de Eventos	TOPICOS QUE SE INCLUYÓ EN LA CAPACITACIÓN										MONTO INVERTIDO.		PARTICIPANTES					
	Preven- ción	Localiza- ción y Diagnósti- co	Tratamien- to	Vigilancia Entomológi- ca	Control Vectorial	Sistema de Informaci- ón	Malaria Grave Complicada	Dengue y/o Hemorra- je	Otros Tópicos (Especifi- que)	HORAS DE CAPACI- TACIÓN	MINSAs	Otros	Médicos	Enferme- ras	Obstetrí- ces	Biólogos	Técnicos de Enferme- ría	Técnicos de Laboratorio
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
TOTAL																		

2. De las Reuniones de Capacitación Efectuadas en el año 2,000 para los Colaboradores Voluntarios:

N°	TOPICOS QUE SE INCLUYÓ EN LA CAPACITACIÓN										MONTO INVERTIDO		COLABORADORES VOLUNTARIOS PARTICIPANT.	
	Preven- ción	Localiza- ción de Casos y Toma de Muestra	Adminis- tración del Tratamien- to	Seguimien- to de Pacientes	Actividades de Vigilancia Entomológi- ca	Actividad es de Control Vectorial	Registro e Informe de Actividades	Preven- ción y Control del Dengue	Otros Tópicos (Especifi- que)	HORAS DE CAPACI- TACIÓN	MINSAs	Otros	QUE TRABAJAN DIRECTAMENTE CON OTRAS INSTITUCIONES PERO COORDINAN CON EL MINSAs: IGLESIA, ONGs, ETC.	QUE TRABAJAN DIRECTAMENTE CON SERVICIOS DE SALUD DEL MINSAs
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
TOTAL														

Explicativos de la Página Anterior (Capacitación):

N°: Número de Orden correspondiente a cada Capacitación realizada dentro de la DIRESA ó DISA
 Tópicos que se incluyó en la Capacitación: Marque el casillero correspondiente con una X si es que en la Capacitación realizada se incluyó alguno de los tópicos señalados. Solo debe marcarse los tópicos en los que se capacitó.
 Horas de Capacitación: Anote el número de horas académicas que abarcó cada una de las capacitaciones.
 Monto Invertido: Registre el monto en Nuevos Soles (S/.) que se gastó en cada capacitación según fuente de financiamiento MINSAs u Otro
 Participantes: Registre el número de médicos, enfermeras, obstetras, biólogos, técnicos y otros que participaron en cada una de las capacitaciones.
 Colaboradores Voluntarios: Anote el número de Colaboradores Voluntarios que participaron en cada capacitación, según éstos trabajen directa o indirectamente con el MINSAs.



D. Fernández E.

C. CONTROL VECTORIAL:

1. Equipos del Parque de Control Vectorial:

Nº	EQUIPOS	OPERATIVO	NO OPERATIVO	TOTAL
1.1.	Bomba de Presión Manual			
1.2.	Motopulverizadora Portátil para Nebulización Especial generadora de ULV			
1.3.	Motopulverizadora Portátil para Nebulización Especial No generadora de ULV			
1.4.	Termonebulizadora Portátil			
1.5.	Equipo Pesado de Nebulización Especial generadora de ULV			
Total				



Vallejos S.

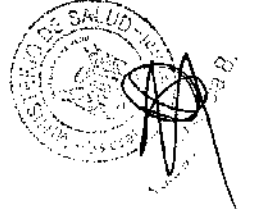
Operativo: Registre el número de equipos que se encuentran en buen estado de funcionamiento u operatividad para realizar las actividades de control vectorial según tipo indicado.
 No Operativo: Registre el número de equipos que no se encuentran funcionando o están inoperativos para realizar las actividades de control vectorial según tipo indicado.
 Total: Registre la suma de los equipos operativos y no operativos para cada tipo de equipo.



E.M. CHIOTTI K.

Lugar y Fecha

Firma del Responsable



D. Fernández E.

V. Rojas M.

NTS N° 054 - MINSAL/DGSP-V.01
Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

ANEXO N° 36

FICHA DE INVESTIGACION DE MUERTE POR MALARIA		DIRECCION DE SALUD:	
EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE			
N° Ha Clínic			
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			
Institución de Proveniencia:	Conocimiento del Caso:	Ubicación del Establecimiento:	
1) MISMA <input type="checkbox"/> 4) PMP <input type="checkbox"/>	1) Hosp. Establecimiento <input type="checkbox"/>	Red de Salud <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="checkbox"/>
2) ESALUD <input type="checkbox"/> 5) PRIVADO <input type="checkbox"/>	2) Hosp. Comunal <input type="checkbox"/>	Miño Red de Salud <input type="checkbox"/>	Provincia <input type="checkbox"/>
3) FFAA <input type="checkbox"/> 6) OTRO <input type="checkbox"/>	3) Búsqueda Activa <input type="checkbox"/>	Establecimiento <input type="checkbox"/>	Distrito <input type="checkbox"/>
DATOS DEL FALLECIDO			
Identificación de la Fallecido:		Trabajo y ocupación Laboral	Grado de Instrucción
Apellido Paterno <input type="text"/>	<input type="text"/>	1) Agricultor <input type="checkbox"/>	1) Sin estudios <input type="checkbox"/>
Apellido Materno <input type="text"/>	<input type="text"/>	2) Mediano <input type="checkbox"/>	2) Primaria <input type="checkbox"/>
Nombres <input type="text"/>	<input type="text"/>	3) Pezador <input type="checkbox"/>	3) Secundaria <input type="checkbox"/>
Educ <input type="text"/>	<input type="text"/>	4) Desocupado <input type="checkbox"/>	4) Superior <input type="checkbox"/>
Dia: Identificar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) Inactivo <input type="checkbox"/>	5) Ignorado <input type="checkbox"/>
Región <input type="text"/>	<input type="text"/>	6) Otros <input type="checkbox"/>	
		Sexo: 1) Castreño <input type="checkbox"/> 2) Biológico <input type="checkbox"/> 3) Otro que no sea <input type="checkbox"/>	
		Salud Labor y Escolar: 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> 3) Si <input type="checkbox"/> 4) No <input type="checkbox"/> Atado al SMI: 1) Si <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	
Domicio Habitual (últimos 2 meses): J. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.			
Provincia <input type="text"/> Distrito <input type="text"/> Comunidad Localidad <input type="text"/>			
VI ANTECEDENTES			
Últimos 6 meses (últimos 2 meses):		Otros antecedentes patológicos y relacionados:	
Episodio previo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Episodio Patológico de episodio previo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	DM <input type="checkbox"/>
Episodio previo con tratamiento incompleto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorio <input type="checkbox"/>	Neolista <input type="checkbox"/>
		Ins. Renal <input type="checkbox"/> Ins. Hepática <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
V DATOS DEL EPISODIO ACTUAL			
Detección desde el inicio de síntomas:	Lugar de Acontecimiento - Ds.	Diagnóstico y Tratamiento:	Tratamiento:
1) 1 a 3 días <input type="checkbox"/>	1) P. de Salud <input type="checkbox"/>	Tiempo de espera del diagnóstico:	No Supervisado <input type="checkbox"/>
2) 3 a 7 días <input type="checkbox"/>	2) C. de Salud <input type="checkbox"/>	Gota Gruesa <input type="checkbox"/>	No no supervisado <input type="checkbox"/>
3) Mas de 7 días <input type="checkbox"/>	3) Hospital <input type="checkbox"/>	Prueba Rapida <input type="checkbox"/>	Controles de Seguimiento:
4) Ignorado <input type="checkbox"/>	4) Promotor <input type="checkbox"/>	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del Tratamiento	5) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Especifique: <input type="text"/>		1) Menos de una hora <input type="checkbox"/>	Seguimiento Completo <input type="checkbox"/>
		2) 1 a 7 horas <input type="checkbox"/>	3) Mas de 08 horas <input type="checkbox"/>
		4) Mas de un día <input type="checkbox"/>	
VI DE LA EVOLUCION CLINICA:			
Lee primeras 08 horas: Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable <input type="checkbox"/> Estado de Conciencia <input type="checkbox"/> Tolerancia Oral <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
VII DE LA DECISION TERAPEUTICA			
1) Inicio de Tratamiento - Paquetado <input type="checkbox"/>			
2) Numero de Días: <input type="text"/> Via de Administración: <input type="text"/>			
3) Retardo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre del Establecimiento que Refiere: <input type="text"/>			
Motivo de Referencia: <input type="text"/>			
Diagnóstico y pronóstico del caso para la referencia: <input type="text"/>			
EPC: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
VIII DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR:			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: <input type="text"/> FECHA: <input type="text"/> HORA DE RECEPCION DEL CASO: <input type="text"/>			
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE RECEPCIONA EL CASO: <input type="text"/>			
Diagnóstico de Admisión del Caso: <input type="text"/>			
Describe en el Estado Actual: <input type="text"/>			
PRONOSTICO: <input type="text"/>			
OTROS PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS: <input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			



NTS N° 054 - MINSA/DGSP-V.01
Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

IX EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO: (Incluir Procedimientos realizados y tratamiento farmacológico específico y de soporte)

X DATOS DEL FALLECIMIENTO

Fecha:	Hora:	Punto del diagnóstico definitivo:	Momento del Fallecimiento:	Lugar de Fallecimiento:
		1) SI <input type="checkbox"/>	Con diagnóstico Definitivo:	1) Trabajo <input type="checkbox"/>
		2) NO <input type="checkbox"/>	3) SI <input type="checkbox"/>	2) Domicilio <input type="checkbox"/>
		3) No se precisa <input type="checkbox"/>	4) NO <input type="checkbox"/>	3) P.S. <input type="checkbox"/>
			5) Otra Etiqueta <input type="checkbox"/>	4) C.S. <input type="checkbox"/>
			6) Prueba rápida <input type="checkbox"/>	5) Hosp. <input type="checkbox"/>
				6) Otro <input type="checkbox"/>
				Respectivamente <input type="checkbox"/>
Departamento	Provincia	Distrito	Localidad	

Causas de Muerte (Llenar por el profesional al final de la investigación):

Definición de la causa de muerte:	Causa Inicial:	Codigo CIE X	OBSERVACIONES:
	Causa Intermedia:		
	Causa Intermedia:		
	CAUSA BASE:		
	CAUSA COMORBIDA:		

XI AUTOPEA VERBAL FACTORES RPI ASOCIADOS CON LA MUERTE MATERNA:

Tiempo de Desplazamiento de Paciente al S.S. de Salud:	¿Quién Responsabilizó Seguridad de la Enferm.?	Destino DATA Acudir a la Atención:	Tiempo de Demora desde el inicio de la molestra hasta que desatende salud atención:
1) < 1 hora <input type="checkbox"/>	1) Personal médico <input type="checkbox"/>	1) Prope <input type="checkbox"/>	
2) 1 a menos de 2 h <input type="checkbox"/>	2) Familiar <input type="checkbox"/>	2) Familiar <input type="checkbox"/>	
3) 2 a menos de 4 h <input type="checkbox"/>	3) Promotor de Salud <input type="checkbox"/>	3) Promotor <input type="checkbox"/>	
4) 4 a menos de 10 h <input type="checkbox"/>	4) Personal de Salud <input type="checkbox"/>	4) Personal de Salud <input type="checkbox"/>	
5) > 10 h <input type="checkbox"/>	5) Personal <input type="checkbox"/>	5) Autoridad Local <input type="checkbox"/>	
6) No Establecer <input type="checkbox"/>	6) Ignorado <input type="checkbox"/>	6) Ignorado <input type="checkbox"/>	
			Días: <input type="checkbox"/>
			Horas: <input type="checkbox"/>
			No descrito: <input type="checkbox"/>
			Buscar Atención: <input type="checkbox"/>

XII DATOS SOBRE LA DEMORA EN LA ATENCIÓN

Limitaciones para la Atención en la Emergencia en el SESS:			
1) Faltancia negativa <input type="checkbox"/>	4 Falta de Apoyo familiar o Comunitario <input type="checkbox"/>	7) Otros <input type="checkbox"/>	
2) Transporte <input type="checkbox"/>	5 Escasez de recursos <input type="checkbox"/>	Espero Muere <input type="checkbox"/>	
3) Cultura <input type="checkbox"/>	6 No Llego al Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/>		

XIII CONSIDERA USTED QUE HUBO DEMORA EN PRESENTAR AL FAMILIAR?

Reconocimiento del Problema por la Familia:	1) SI <input type="checkbox"/>	2) NO <input type="checkbox"/>	¿Por qué? <input type="text"/>
Tiempo de la Paciente al SESS:	1) SI <input type="checkbox"/>	2) NO <input type="checkbox"/>	¿Por qué? <input type="text"/>
La Atención en el SESS:	1) SI <input type="checkbox"/>	2) NO <input type="checkbox"/>	¿Por qué? <input type="text"/>

XIV OTROS DATOS DE IMPORTANCIA REFERENTE A LAS DEMORAS

XV DATOS DEL INFORMANTE E INVESTIGADOR

Nombre del Informante: <input type="text"/>	Asesorado o Relación: <input type="text"/>
Nombre del Investigador: <input type="text"/>	Fecha de Entrevista: <input type="text"/>

