

**DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE ATENCION PARA EL DENGUE
UTILIZADO EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA, 2005**

**DIANA MILENA DE LA ROSA MAESTRE
KARIM EDELSY DIAZ VESGA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA
2006**

**DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE ATENCION PARA EL DENGUE
UTILIZADO EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA, 2005**

**DIANA MILENA DE LA ROSA MAESTRE
KARIM EDELSY DIAZ VESGA**

Trabajo de grado para optar al titulo de Enfermera

**ASESOR CIENTIFICO
MARTA PAREDES
ENFERMERA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA
CANDIDATA A MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA
2006**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

*Quiero dedicar este trabajo con mucha alegría a Dios, que desde las alturas me ha dado la fuerza, la confianza y el poder para enfrentar los retos que la vida me ofrece; a mis padres **LIDIA** y **JAIME** por su constante preocupación, por saber educarme; me dieron los consejos más valiosos para hacer de mí una persona con valores humanos necesarios para mi vida y mi profesión, me han enseñado que lo más importante es ser humilde y dedicado en el trabajo para ayudar a todos aquellos que necesitan sanar su cuerpo y su mente; y por último a **KARIM**, **LELYS**, **ELISBETH** y **MALKA** quienes me tendieron sus manos para llenarme de vigor y voluntad para culminar juntas esta tan bella y anhelada etapa de mi vida.*

DIANA MILENA DE LA ROSA M.

*Quiero dedicar la satisfacción que me genera el realizar este trabajo a **DIOS**, por brindarme la sabiduría necesaria para emprender y culminar de manera satisfactoria mis metas, a mi familia por su constante apoyo, en especial a mi querida madre **CARMEN VESGA PRADA**, ejemplo de vida, quien con su dedicación y esfuerzo me ha ayudado a salir adelante, a mi primo **EMMANUEL CAYON VESGA** quien me brindo su apoyo incondicional y compartió con migo angustias, tristezas, sueños y alegrías y a mis compañeras de estudio por su compañía y su grandiosa colaboración.*

KARIM DIAZ VESGA

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros sinceros agradecimientos a:

MARÍA BELÉN JAIMES SANABRIA, Enfermera especialista en epidemiología, nuestra anterior Directora de Programa, profesora facilitadora y amiga desde el inicio de nuestra vida universitaria, por su preocupación, apoyo y constante motivación en la realización del proyecto y cuyos consejos y enseñanzas han servido para enriquecernos profesional y personalmente.

MARTHA PAREDES, Enfermera especialista en epidemiología y candidata a magíster en Salud Pública, por su orientación y asesoría.

MARINA CABAS DUICA, docente del programa, por su empeño y deseo de colaborar con el éxito del proyecto.

Nuestras compañeras y amigas incondicionales del semestre, las cuales aportaron su granito de arena para la realización de este trabajo.

La UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA, por habernos dado la oportunidad de formarnos profesionalmente

Nuestros padres por el esmero y el apoyo incondicional que nos brindaron para lograr nuestras metas y objetivos.

Todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la realización del trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	16
1. Planteamiento del problema	17
2. Justificación	19
3. Objetivos	20
3.1 General	20
3.2 Específicos	20
4. Marco teórico	21
4.1 Antecedentes	21
5. Marco referencial	28
5.1 Descripción del evento	28
5.2 Descripción clínica del evento	29
5.3 Criterios de laboratorio para el diagnóstico	30
5.4 Definiciones de caso	31

5.5 Procesos operativos de la vigilancia	32
5.6 Análisis de los datos	35
5.7 Investigación de caso y de campo	39
5.8 Medidas de control sobre casos y contactos	41
5.9 Medidas de control vectorial	42
5.10 Medidas de vigilancia entomológica	43
5.11 Medidas de vigilancia por laboratorio	44
5.12 Medidas de control social	45
5.13 Medidas sobre los servicios de salud	46
5.14 Identificación de anticuerpos IgM para dengue	48
5.15 Indicadores de impacto	48
6. Diseño metodológico	50
6.1 Tipo de estudio	50
6.2 Universo	50
6.3 Población de estudio	50

6.4 Recolección de la información	50
6.5 Tabulación y análisis	51
6.6 Descripción de las variables	52
6.7 Disposiciones vigentes	55
6.8 Recurso humano	55
7. Resultados	57
8. CONCLUSIONES	65
9. RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Tasas de dengue clásico y hemorrágico x 100.000 hab. en Colombia, hasta la semana epidemiológica 52 del año 2002.	25
TABLA 2 Cobertura de la notificación del dengue en el distrito de Santa Marta.	61
TABLA 3 Medios diagnósticos utilizados para la confirmación de los casos de Dengue.	62
TABLA 4 Oportunidad en la elaboración del laboratorio de Títulos Para IgM e IgG para los casos de Dengue reportados.	63
TABLA 5 Medidas de control para el vector distribuidas en las comunas de Santa Marta.	64
TABLA 6 Índices Aédicos para el distrito de Santa Marta, 2005.	65
TABLA 7 Interpretación epidemiológica de los índices Aédicos.	65

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Comparación de la incidencia del dengue 2002 con su comportamiento histórico (1996-2001) Colombia.	23
Figura 2 Total de casos de dengue clásico y hemorrágico. Colombia 1998 - 2002.	24
Figura 3 Índice endemo – epidémico del Dengue clásico en el distrito de Santa Marta 2000 - 2004.	57
Figura 4 Índice endemo - epidémico del Dengue hemorrágico en el Distrito de Santa Marta 2000 - 2004.	58
Figura 5 Casos de Dengue por comunas en el distrito de Santa Marta	59
Figura 6 Casos de Dengue por corregimientos en el distrito de Santa Marta	60

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Instrumento de recolección de datos.	71
Anexo B Esquema para la elaboración del índice endemo- epidémico para los casos de dengue clásico.	74
Anexo C Esquema para la elaboración del índice endemo- epidémico para los casos de dengue hemorrágico.	75
Anexo D Definición de indicadores.	76
Anexo E Listado de barrios por comunas del distrito de Santa Marta.	77
Anexo F Circular externa No.18 del 18 de febrero de 2004.	83
Anexo G Anexo técnico de la circular externa no.18 del 18 de febrero de 2004	94

GLOSARIO

Aedes aegypti: mosquito del género *Aedes*, reconocido como el vector transmisor del dengue.

DENGUE: también llamada fiebre rompehuesos o quebrantahuesos, enfermedad infecciosa tropical causada por un virus y transmitida por un mosquito.

EPIDEMIA: enfermedad infecciosa que afecta a un gran número de personas en un lugar y momento determinado.

HEMOGLOBINA: pigmento especial que predomina en la sangre cuya función es el transporte de oxígeno.

IgM: es el primer anticuerpo elaborado por los recién nacidos y el primero que aparece durante una infección.

IgG: es el anticuerpo que predomina en el suero, y se produce principalmente cuando hay una segunda exposición a un antígeno.

PLAQUETA: también denominada trombocito, fragmento citoplasmático de un megacariocito (la célula de mayor tamaño presente en la médula ósea), que se encuentra en la sangre periférica, donde interviene en el proceso de coagulación de la sangre.

UPGD: Unidades Primarias Generadoras de Datos.

RESUMEN

En Colombia la incidencia del dengue clásico y hemorrágico ha venido aumentando de manera constante llegando a estar actualmente en gran parte de la población del país, en riesgo de desarrollar estas enfermedades debido a los altos índices de infestación por *Aedes Aegypti*. En el distrito de Santa Marta el Dengue se ha convertido en una enfermedad endemo-epidémica, lo que fundamenta que la atención para esta enfermedad se debe hacer de manera rigurosa y exhaustiva, por lo tanto, la ejecución del programa debe estar basado en la guía de atención para el dengue, la cual se encuentra normatizada en la resolución 00412 del 2000 y se establece para disminuir los índices. Describir la atención para esta patología, en la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta, mediante la elaboración de un tipo de estudio descriptivo-retrospectivo, permitió la identificación de debilidades, que de alguna u otra forma pueden conllevar a la aparición de epidemias muy fácilmente, como: el mal diligenciamiento de la ficha epidemiológica para la notificación de los casos, la no implementación de la guía en el momento de realizar la atención de los pacientes y de realizar prevención para esta enfermedad, la falta de compromiso de las IPS en el momento de la notificación de las enfermedades.

Palabras claves: Dengue, incidencia, *Aedes aegypti*, endemia, epidemia, prevención, notificación.

ABSTRACT

The incidence in Colombia about Classic Dengue and Hemorrhages has come increasing of constant way getting to be at the moment to a great extent of the population of the country, in risk of developing these diseases due to the high indices of infestations by *Aedes Aegypti*. Santa Marta district the Dengue has become a endemo-epidémica disease, which bases that the attention for this disease is due to do of rigorous and exhaustive way, therefore, the execution of the program must be cradle in the guide of attention for dengue, which is regaled in resolution 00412 of the 2000 and it settles down to diminish the indices. To describe the attention for this pathology, in Distrital Secretary of Health of Santa Marta, by means of the elaboration of a type of descriptive-retrospective study, allowed the identification of weaknesses, that of some or another form can entail very easily to the appearance of epidemics, like: badly the proceedings of the epidemiologist card by notification of the cases, not implementation of the guide at the moment for making the attention of the patients and to make prevention for this disease, the lack of commitment of IPS at the moment of the notification to diseases.

Key words: Dengue, Incidence, *Aedes aegypti*, endemia, epidemic, prevention, notification

INTRODUCCION

El Dengue clásico y hemorrágico se constituye cada vez más como un grave problema, lo cual se evidencia claramente en nuestro país donde la incidencia del dengue ha venido aumentando de manera constante llegando a estar actualmente gran parte del país en riesgo de desarrollar esta enfermedad debido a los altos índices de infestación por *Aedes aegypti* en casi todo el territorio colombiano.

La tasa de incidencia del Dengue en el distrito de Santa Marta demuestra que esta enfermedad se comporta de manera endémica y epidémica, lo que la fundamenta como un problema que involucra tanto al profesional de salud como a los habitantes de esas comunidades afectadas o en riesgo de estarlo, por tal razón se hace necesario que la atención para esta patología se realice de manera muy rigurosa y exhaustiva teniendo en cuenta que la ejecución del programa debe estar basado en el guía de atención para el Dengue fundamentada en la resolución 00412 del 2000.

1.1 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El compromiso y la responsabilidad ciudadana han sufrido una alteración con el paso del tiempo por parte de cada uno de los gestores sociales que deben cumplir eficientemente un trabajo en cada una de las necesidades básicas del núcleo de la sociedad como lo son; la alimentación, educación, vivienda, salud, entre otras. Siendo esta última nuestro principal interés de estudio, enfocado en la pertinencia y administración de modelos de trabajos en esta área, que brinden al beneficiario una solución práctica a sus cuadros clínicos y la satisfacción del deber cumplido en el marco de una política en salud.

Dentro de las competencias de la nación está la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de interés para la salud nacional además de coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación; gran parte de esta responsabilidad la nación la cumple a través de la formulación de guías de atención normatizadas por la Resolución 00412 de 2000, las cuales se fundamentan en investigaciones basadas en la evidencia científica, que determinan la problemática de la población estudiada. No todas las enfermedades existentes tienen una guía de atención en vigilancia epidemiológica, para esto es necesario que la enfermedad sea de interés para la salud pública como es el caso de las enfermedades de notificación obligatoria siendo el Dengue una de estas.

Se hace necesario que todos los entes territoriales adopten de manera adecuada estos programas con el fin de disminuir los índices de morbimortalidad producidos por el Dengue y controlar la circulación del virus en las zonas de contagio. Esta

continua lucha contra los vectores del Dengue ha tenido un éxito considerable en otras épocas, pero hoy en día la supresión sostenida de las poblaciones de vectores depende en gran medida del compromiso de los gobiernos y de la participación de las comunidades tanto al nivel de planificación de estrategias de intervención como de ejecución de medidas de control para prevenir la reproducción de *Aedes Aegypti*.

En el distrito de Santa Marta, el comportamiento del Dengue ha sido muy fluctuante con el pasar de los años, en el año 2002 se presentaron 2 casos de muertes por Dengue¹; durante el año 2003 se presentaron 27 casos de Dengue hemorrágico en el Distrito y 175 casos de Dengue clásico; en el año 2004 se presentaron 7 casos de Dengue hemorrágico y 77 casos de Dengue clásico. Lo anterior revela la importancia de evaluar si el procedimiento de atención del Dengue en el distrito de Santa Marta se realiza siguiendo las pautas que plantea el programa de atención para este, estipulado en la Resolución 00412 y si contribuye así al alcance del objetivo de este programa de atención. Es por esta razón que surge el siguiente interrogante: ¿Cómo realiza la secretaria de salud del distrito de Santa Marta la atención para el Dengue?

¹ SIVIGILA, Boletín Epidemiológico Semanal, Enero 31 a Febrero 11 de 2005, N° 3, Pág.: 33 - 36.

2. JUSTIFICACIÓN

El Dengue está presente en América desde 1981, cuando se produjo el primer brote en Cuba, los casos iniciales de esta enfermedad se presentaron en nuestro país en diciembre del año 1989, en Puerto Berrio (Antioquia); desde entonces todos los años, en diversas partes del país se reportan enfermos. Esta patología tiene un alto poder epidémico y en los últimos años se ha venido presentando en sus formas clásica y hemorrágica en una gran parte del territorio nacional debido a la alta dispersión del vector en el país, constituyéndose en un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.






Debido al gran interés que tiene la enfermedad del Dengue para la salud pública, esta ha sido objeto de estudio en diferentes zonas del país donde los resultados han permitido el mejorar la implementación de las medidas para la erradicación y el control de la enfermedad; es válido aclarar, que no todas estas investigaciones se han enfocado a evaluar las medidas utilizadas para el control del Dengue según la guía de atención en Colombia, específicamente en el distrito de Santa Marta, por tal razón, es muy pertinente realizar investigaciones operativas sobre el Dengue en Santa Marta, ya que por medio de estas, se establecerán pautas de mejoramiento que contribuirán a fortalecer las medidas de promoción y prevención para esta enfermedad; a su vez, se contribuirá a mejorar las conductas de salud, disminuir la incidencia y controlar la circulación del vector en el distrito y al mismo tiempo en la región.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Describir la atención para el Dengue en la secretaria de salud del distrito de Santa Marta, 2005.

3.2 ESPECÍFICOS

-  Describir el comportamiento del Dengue clásico y hemorrágico durante los últimos cinco (5) años en el Distrito de Santa Marta.
-  Elaborar el mapa epidemiológico para el Dengue en el distrito.
-  Determinar la cobertura de notificación del Dengue en Santa Marta.
-  Determinar la oportunidad en el diagnóstico para los casos de Dengue clásico y hemorrágico.
-  Verificar si en el distrito de Santa Marta se implementan las medidas de control para el vector transmisor del Dengue.

4. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES

Existe una controversia sobre el origen del Dengue y su vector, los [datos](#) históricos reseñan que esta enfermedad es conocida desde 1585, cuando el pirata Francis Drake desembarcó en la costa occidental de África, y perdió más de 200 hombres después de haber sufrido picaduras de una [población](#) de mosquitos.

Entretanto, Carlos Funlay señala que tanto la enfermedad como su vector, son autóctonos de [América](#) y cuando Lord Cumberland tomó a San Juan de [Puerto Rico](#) en 1581, sufrió tantas bajas a consecuencia del Dengue que tuvo que abandonar la isla.

Las primeras epidemias de Dengue, se extendieron por el Caribe, Centro, Norte y Sur América, registrándose en la década del 80, epidemias en Nicaragua, Aruba, [Puerto Rico](#), [Colombia](#) y [Brasil](#).

En 1954 se detectó en Filipinas una forma más seria de Dengue ordinaria del sureste Asiático denominada Fiebre Hemorrágica del Dengue / Síndrome del Dengue. Esta modalidad de la enfermedad resultó ser, en una elevada porción de casos, mortal, afectando [niños](#) principalmente entre los 12 y 13 años.

Esta forma grave de Dengue se extendió a otros países del sureste entre 1956 y 1981 más de 350.000 casos hospitalarios y aproximadamente 12.000 muertes.

Entre 1977 y 1978, la fiebre hemorrágica del Dengue se propaga al continente americano registrándose en [Puerto Rico](#) los primeros casos. Posteriormente, en

Junio de 1981 ocurre un brote en [Cuba](#) donde se presentaron 344.203 casos de los que se hospitalizaron 116.143, murieron 159 personas.

La aparición de los brotes epidémicos por Dengue en Venezuela, según información registrada desde 1950 hasta 1988, denota un [comportamiento](#) estacional (relación con el comienzo e instalación de los períodos lluviosos) y cíclicos cuatrienal. Dicho [comportamiento](#) es mucho más evidente en los últimos cuatro años) cuando la prevalencia e incidencia de casos determinan el Dengue como una enfermedad endémica, con períodos interbrotes cada vez más cortos (bianuales).

En total, en Venezuela se presentaron 9.392 casos de Dengue clásico 2.634 casos de Dengue hemorrágico, falleciendo 54 personas durante el período noviembre - febrero 1989 y 1990.

En 1989, durante el mes de octubre se reportaron en el país los primeros casos de Dengue (25 de Noviembre, 1989), en su forma hemorrágica, alcanzando niveles de epidemia en los meses de Noviembre - Diciembre y Enero de 1990. Se registraron 9.392 casos de los cuales 2.634 fueron Dengue hemorrágico y 73 defunciones.

El Dengue clásico y Dengue hemorrágico constituyen un problema cada vez más grave para los países de la región que se han visto afectados por numerosas epidemias o pandemias a partir del año 1977. Más alarmante resulta la emergencia del Dengue hemorrágico (DH) a partir de 1981, cuando se produjo la primera gran epidemia que afectó a Cuba. A partir de ese año, se notifican anualmente un alto número de casos, incluso de modo epidémico. En el período de 1981 a 1998, veintiséis países habían notificado 67.372 casos de DH, con 853 defunciones. De ellos, 13.235 casos fueron notificados en el decenio de 1980, lo que significa un incremento de casi cuatro veces en menos de nuevos años.

En Colombia la incidencia del Dengue clásico y el Dengue hemorrágico ha venido aumentando de manera constante llegando a estar actualmente gran parte de la población del país en riesgo de desarrollar estas enfermedades debido a los altos índices de infestación por *Aedes aegypti* en gran parte de los municipios situados por debajo de los 2 msnm, a la circulación de varios serotipos del virus del Dengue y al gran número de personas susceptibles al serotipo 3 que habitan en las zonas de riesgo.

La tasa de incidencia de Dengue clásico, desde 1978 ha sido fluctuante con tendencia al incremento a través del tiempo (17.389 casos en 1990; 57985 casos notificados en 1998 año epidémico y en 1999 se notificaron 20013 casos). De igual forma desde el primer caso de Dengue hemorrágico (DH) en diciembre de 1989, en Puerto Berrio (Antioquia), se ha observado en el país una tendencia al rápido incremento en el número de casos, al presentarse 1,4 casos por 100000 hab. en 1994 a 5.17 casos por cien mil habitantes en 1998 y a contar con una tasa de 334 por 100000 habitantes en 2002. Situación que se observa de igual manera en el comportamiento de la mortalidad, la cual pasó de 0,01 defunciones por 100000 hab en 1995 a 0,07 defunciones por cien mil habitantes en 2002.

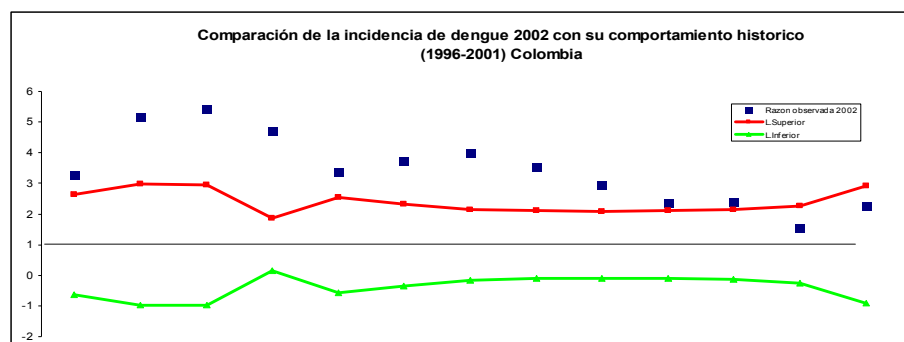


FIGURA 1 (SIVIGILA Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002)

En el año 1999, los departamentos con mayores tasas de incidencia de Dengue por 100.000 habitantes fueron: Arauca (882), San Andrés(334.9), Huila (207.9), Santander (158.3), Norte de Santander (157.4) y Casanare (123.9), en tanto para el 2000 fueron Caquetá (350), Arauca (208.4), Casanare (135.7), Huila (280.55), Norte de Santander (144.3) y Santander (113.42). En el año 2001, el total de casos reportados de Dengue llegó a 61.910 de los cuales el 89.3% corresponden a Dengue clásico y el 10.7 a hemorrágico.

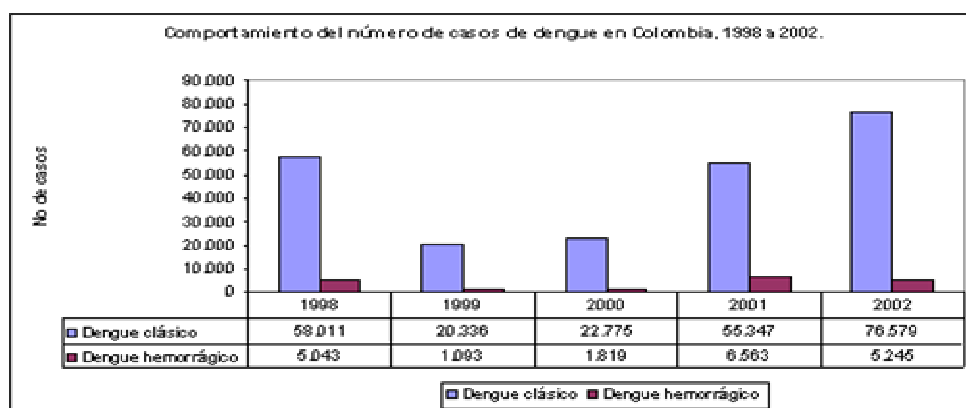


Figura 2 Total de casos de Dengue Clásico y Hemorrágico. Colombia 1998 a 2002 (SIVIGILA 1998 a 2002 y Programa de ETV.)

Hasta la semana epidemiológica 52 del año 2002², se notificaron 81.831 casos de Dengue clásico con un promedio de 2.553 casos y una mediana de 1.422 casos. La tasa promedio nacional llegó a 256.14 x 100.000 hab y la mediana a 178.87 x 100.000 hab. Los departamentos con tasas mayores de la mediana nacional para Dengue clásico fueron: Santander 437.56 x 100.000 hab., Quindío 1.424,78 x 100.000 hab, Santa Marta con 817.35 x 100.000 hab. y Arauca con 831.44 x 100.000 hab.

En cuanto a Dengue hemorrágico se han informado hasta la semana 52 del año 2002, 5.245 casos, con una tasa promedio de 13.11 x 100.000 hab. y la mediana

² SIVIGILA, Boletín Epidemiológico Semanal, Diciembre 22 al 28 de 2002, N° 52, Pag: 4,5 y 6.

de 4.39 x 1000.000 hab. Los departamentos con tasa mayor a la mediana nacional para Dengue hemorrágico han sido: Magdalena (distrito de Santa Marta) con 99.42 x 100.000 hab, Santander con 29.88 x 100.000 hab, Huila con 64.50 x 100.000 hab y Valle con 40.99 x 100.000 hab (Tabla 1).

Nombre Departamento	Dengue Clásico	Dengue Hemorrágico	Población	Tasa Dengue Clásico	Tasa Dengue Hemorrágico	Serotipo circulante
AMAZONAS		0	74.403	0	0	
ANTIOQUIA	2.134	225	5.531.889	38,58	4,07	
ARAUCA	2.134	13	256.664	831,44	5,06	
ATLANTICO	3.271	11	917.895	356,36	1,2	D1
BARRANQUILLA	4.572	7	1.305.334	350,26	0,54	D1
BOLIVAR	479	5	1.137.799	42,1	0,44	
BOYACA	592	115	1.385.182	42,74	8,3	D1
CALDAS	1.539	13	1.133.792	135,74	1,15	D1
CAQUETA	1.248	110	436.859	285,68	25,18	
CARTAGENA	239	1	952.523	25,09	0,1	
CASANARE	794	29	301.387	263,45	9,62	
CAUCA	42	13	1.299.255	3,23	1	
CESAR	1.813	79	997.579	181,74	7,92	
CHOCO	70	1	410.116	17,07	0,24	
CORDOBA	2.664	128	1.352.280	197	9,47	
CUNDINAMARCA	2.487	439	2.226.234	111,71	19,72	
GUAVIARE	584	4	123.560	472,64	3,24	D1, D3, D4
HUILA	3.997	615	953.423	419,23	64,5	
LA GUAJIRA	785	4	500.030	156,99	0,8	D1, D3
MAGDALENA	293	7	922.206	31,77	0,76	
META	1.304	32	729.021	178,87	4,39	
NARIÑO	33	1	1.690.353	1,95	0,06	
NORTE STDER.	DE 4.329	199	1.405.296	308,05	14,16	D4
PUTUMAYO	260	1	350.705	74,14	0,29	D1, D3
QUINDIO	8.306	116	582.966	1.424,78	19,9	D1, D3

RISARALDA	4.161	172	976.967	425,91	17,61	
SANTA MARTA	633	77	77.446	817,35	99,42	
SANTANDER	8.815	602	2.014.591	437,56	29,88	D3
SUCRE	785	174	824671	95,19	21,1	
TOLIMA	5.690	282	1.304.949	436,03	21,61	D1, D3
VALLE	12.526	1.770	4.318.193	290,08	40,99	
VAUPES			31.234	0	0	
VICHADA			88.899	0	0	
Total	76.579	5.245	36.613.700	209,15	14,33	
PROMEDIO NAL	2.553	169		256,14	13,11	
MEDIANA NAL	1.422	32		178,87	4,39	

TABLA 1 Tasas de Dengue clásico y hemorrágico x 100.000 hab en Colombia, hasta la semana epidemiológica 52 del año 2002 (SIVIGILA Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2000-2002.)

El riesgo de Dengue está ampliamente extendido, toda vez que la infestación por *A. aegypti* se ha convertido en un problema que involucra a un gran número de municipios localizados por debajo de los 2. Metros snm. En 125 municipios localizados en 22 departamentos del país se han detectado índices aélicos mayores de 35%. En municipios como Puerto Colombia (Atlántico), Puerto Boyacá (Boyacá), Dorada (Caldas), Girardot (Cundinamarca), Ciénaga (Magdalena), Tumaco (Nariño), Villavicencio (Meta), San Andrés (San Andrés), Arauca (Arauca), Florencia (Caquetá) y Cartagena, los índices de Breteau son mayores de 30.

Se registraron por el SIVIGILA en el país 58.335 casos de Dengue en el transcurso de 2003. Del total de casos registrados, 5026 fueron producidos por Dengue Hemorrágico (DH) y 53.309 por Dengue Clásico (DC). Hubo una disminución del 29%, en el número absoluto de casos con relación a lo observado en el año.

Hasta la semana epidemiológica 12 del año 2003³, se han notificado 13.913 casos de Dengue clásico con un promedio de 435 casos y una mediana de 299 casos. En cuanto a las tasas, la tasa promedio nacional es de 44.94 x 100.000 hab y la mediana de 23.59 x 100.000 hab. Los departamentos con tasas mayores de la mediana nacional para Dengue clásico son: Tolima 161.35 x 100.000 hab, Quindío 413.84 x 100.000 hab, Arauca con 106.84 x 100.000 hab y Guaviare con 103.32 x 100.000 hab.

En cuanto a Dengue hemorrágico se han informado hasta la semana 12, 1.181 casos, con una tasa promedio de 2.28 x 100.000 hab y la mediana de 0.36 x 1000.000 hab. Los departamentos con tasa mayor para Dengue hemorrágico a la mediana nacional son: Huila con 20.56 x 100.000 hab, Santander con 15.89 x 100.000 hab, Tolima 6.80 x 100.000 hab, Cundinamarca con 6.0 x 100.000 hab y Valle con 5.13 x 100.000 hab.

El comportamiento del Dengue en el distrito de Santa Marta ha sido muy fluctuante con el pasar de los años, en el año 2002 se presentaron 2 casos de muertes por Dengue⁴; durante el año 2003 se presentaron 27 casos de Dengue hemorrágico en el Distrito y 175 casos de Dengue clásico; en el año 2004 se presentaron 7 casos de Dengue hemorrágico y 77 casos de Dengue clásico.

³ SIVIGILA, Boletín Epidemiológico Semanal, Febrero 22 al 28 de 2004, N° 08, Pág.: 6 y 7.

⁴ SIVIGILA, Boletín Epidemiológico Semanal, Enero 31 a Febrero 11 de 2005, N° 3, Pág.: 4

5. MARCO REFERENCIAL

GUIA DE ATENCION PARA DENGUE CLASICO Y DENGUE HEMORRAGICO
SEGÚN LA RESOLUCION 00412 DEL 2000.

5.1 DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Agente: Causado por el virus del Dengue, flavivirus perteneciente a los arbovirus (virus transmitidos por artrópodos o insectos). El virus del Dengue tiene 4 serotipos (Dengue 1, Dengue 2, Dengue 3, Dengue 4) los cuales son muy semejantes entre sí, pero la infección de ellos no provoca protección cruzada prolongada para los otros. Los cuatro tipos de virus del Dengue han estado asociados al Dengue clásico y al Dengue hemorrágico.

Forma de transmisión: La enfermedad se transmite por la picadura de la hembra infectada del mosquito *Aedes aegypti* a un huésped susceptible.

Hospedero: El ser humano

Vector: La hembra del mosquito *Aedes aegypti*.

Periodo de incubación: de 3 a 5 días.

Periodo de transmisión: Para transmitir la enfermedad es necesario que el mosquito haya picado a una persona con Dengue en los primeros 3-5 días de

evolución de la enfermedad. Durante esta etapa el virus está circulando en la sangre y puede ser transmitido al mosquito.

La hembra del mosquito *Aedes aegypti* se infecta de por vida y es transmisor después de un periodo de 7 a 10 días, tiempo en que el virus se desarrolla y se multiplica dentro de ella. Los mosquitos hembra pueden transmitir la enfermedad por el resto de su vida, que es un promedio de 65 días.

5.2 DESCRIPCION CLINICA DEL EVENTO

En el Dengue se reconoce un espectro de manifestaciones de enfermedad, desde procesos asintomáticos hasta cuadros hemorrágicos con choque, es así como se definen tres formas específicas: Dengue clásico (DC), Dengue hemorrágico (DH) y síndrome de choque Dengue (SCD), con diversos niveles de gravedad. El periodo de incubación es de 4 a 6 días (3 como mínimo y 14 como máximo).

Dengue clásico. Las características clínicas dependen a menudo de la edad del paciente. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o bien la clásica enfermedad incapacitante de inicio abrupto, fiebre alta, cefalea intensa, dolor retroorbital, dolores musculares y articulares y erupción cutánea. Es frecuente la leucopenia y en ocasiones se observa trombocitopenia. Los lactantes y preescolares pueden sufrir una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular. Se pueden presentar hemorragias.

Dengue hemorrágico: Los casos típicos de Dengue hemorrágico se caracterizan: Fiebre alta, fenómenos hemorrágicos, hepatomegalia y a menudo, insuficiencia circulatoria. La trombocitopenia de moderada a intensa con **hemoconcentración simultánea es un hallazgo característico.** Se diferencia del Dengue clásico por el aumento de la permeabilidad vascular y la

extravasación de plasma la cual se puede evidenciar por un incremento del hematocrito y hemoconcentración ascendente. Algunos signos de alarma son: malestar epigástrico, sensibilidad en el reborde costal derecho y dolor abdominal generalizado. La temperatura es típicamente alta durante 2 a 7 días y luego baja a un nivel normal o subnormal.

Síndrome de choque por Dengue: En casos graves, el estado del paciente se deteriora en forma súbita luego de una fiebre de pocos días de duración. Aparecen signos de insuficiencia circulatoria: la piel se torna fría y húmeda, se observa cianosis circunoral y el pulso se debilita y acelera, hipotensión o tensión diferencial disminuida (menor o igual a 20 mmHg). El paciente puede verse aletargado o inquieto y rápidamente entra en etapa crítica de choque con alteraciones del estado mental. Antes de sobrevenir el choque es característico el dolor abdominal agudo. La duración del choque es corta y el paciente puede morir en 12-24 horas o recuperarse con rapidez al recibir la terapia adecuada de reposición de líquidos.

5.3 CRITERIOS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO

La confirmación de infección por Dengue requiere de uno o más de los siguientes criterios:

- 📄 Prueba de IgM positiva en una muestra única de suero obtenida en fase aguda tardía (a partir del quinto día de iniciado el cuadro febril) o en convalecencia.
- 📄 Demostración de seroconversión en muestras de suero pareadas (tomadas en fase aguda y fase convalecientes de la enfermedad) mediante prueba de Inhibición de la Hemoaglutinación.

- ✎ Aislamiento viral en una muestra de suero obtenida antes de 72 horas del inicio del cuadro febril o en muestras de la autopsia.
- ✎ Detección de secuencias genómicas víricas en el tejido de la autopsia, el suero o muestras de líquido cefalorraquídeo mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), obtenidas en los primeros siete días de iniciado el cuadro febril.
- ✎ Detección del antígeno de virus del Dengue en el tejido de la autopsia mediante prueba inmunohistoquímica o inmunofluorescencia, o en muestras séricas por EIA.

En todo caso deberá usarse como mínimo en la confirmación de caso la prueba IgM en muestra de suero obtenida en la fase aguda tardía o en convalecencia.

5.4 DEFINICIONES DE CASO

Caso probable de Dengue clásico: Enfermedad febril aguda en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: dolor de cabeza, dolor retroorbital, mialgias (dolor en músculos), artralgia (dolor en las articulaciones), erupción, puede haber manifestaciones hemorrágicas y plaquetopenia.

Caso probable de Dengue hemorrágico: Enfermedad febril aguda en la que se observan todos los signos siguientes:

- ✎ Manifestaciones hemorrágicas: que incluyan por lo menos una de las siguientes: prueba del torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpura; y hemorragias de las mucosas, tracto gastrointestinal, de los lugares de punción u otras.

- 📌 Trombocitopenia: Recuento de plaquetas igual o menor a 100.000/mm³
- 📌 Extravasación de plasma debida al aumento de la permeabilidad capilar que se manifiesta por al menos uno de los siguientes signos:
- 📌 Hematocrito inicial situado mayor o igual a 20% (por encima del correspondiente a esa edad, sexo y población).
- 📌 Descenso del 20% o más de hematocrito después del tratamiento
- 📌 Signos asociados a extravasación de plasma como: derrame pleural, ascitis e hipoproteinemia.

Caso Confirmado: Caso probable de Dengue clásico, Dengue hemorrágico o de síndrome de choque de Dengue, confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico.



Muerte por Dengue: Es la muerte de un paciente con diagnóstico de Dengue hemorrágico confirmado por laboratorio.

5.5 PROCESOS OPERATIVOS DE LA VIGILANCIA




Flujo de la Información para la vigilancia de Dengue

- 📌 Los prestadores de servicios de salud por ser las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) responsables de la captación de los casos, deben notificar (de acuerdo con los criterios establecidos) de forma semanal los datos del evento a las unidades notificadoras municipales (Direcciones

Locales de Salud, DLS o quien haga sus veces), para que estas adelanten la respectiva configuración de casos en el municipio.




-  Las direcciones locales de salud o quienes hagan sus veces son las Unidades Notificadoras municipales y distritales, las cuales una vez consolidada y analizada la información para el adelanto de las acciones respectivas en su jurisdicción, remitirán la información de sus UPGD de forma semanal a las Unidades Notificadoras Departamentales (de acuerdo con los criterios establecidos) para que estas adelanten a su vez el análisis respectivo y las acciones de complementariedad requeridas.
-  Las Unidades Notificadoras Departamentales deben remitir al Instituto Nacional de Salud de forma semanal a través del SIVIGILA (de acuerdo con los criterios establecidos) el consolidado de sus unidades notificadoras con el fin de realizar el consolidado nacional.

Notificación inmediata y colectiva:


-  ***De la institución prestadora de servicios de salud al municipio:*** Presencia de brote epidémico de Dengue: informando como mínimo el número de casos discriminados por procedencia, grupos de edad y condición final (vivo o muerto).
-  ***Del municipio al departamento, en los siguientes casos:*** Presencia de brote epidémico de Dengue: informando como mínimo el número de casos discriminados por procedencia, grupos de edad y condición final (vivo o muerto). Esta notificación se realizará a través del programa de vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
-  ***Del departamento/distrito al nivel nacional:*** Presencia de brote epidémico de Dengue: informando como mínimo el número de casos discriminados por


procedencia, grupos de edad y condición final (vivo o muerto). Esta notificación se realizará a través del programa de vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores.


Notificación semanal colectiva: A través del SIVIGILA

-  ***De la institución prestadora de servicios de salud al municipio:*** Presencia o ausencia de casos probables y confirmados de Dengue , Dengue hemorrágico y muertes: desagregados por municipio de procedencia, grupos de edad y especificando su condición final (vivo o muerto).
-  ***Del municipio al departamento:*** Consolidado del municipio de la presencia o ausencia de casos probables y confirmados de Dengue, Dengue hemorrágico y muertes: desagregados por grupos de edad y especificando su condición final (vivo o muerto).
-  ***Del departamento/distrito a la nación:*** Consolidado departamental de la presencia o ausencia de casos probables y confirmados de Dengue y Dengue hemorrágico y muertes desagregados por municipio, grupos de edad y especificando su condición final (vivo o muerto).

Notificación mensual

-  ***De la institución prestadora de servicios de salud al municipio:*** Consolidado del numero de casos de Dengue registrados por semanas epidemiológicas y envío de las fichas clínico-epidemiológicas completamente diligenciadas, de casos confirmados de Dengue hemorrágico y de muerte por Dengue , con la clasificación final del caso y con los resultados de laboratorio.

 **Del municipio al departamento:** A través del programa municipal de vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores se enviará al departamento el consolidado SIETV (Sistema de información de enfermedades transmitidas por vectores). La información que se obtenga al final de cada periodo epidemiológico debe ser ajustada con los registros semanales del SIVIGILA, además debe enviar las fichas clínico-epidemiológicas completamente diligenciadas, de casos confirmados de Dengue hemorrágico y muerte por Dengue, con la clasificación final del caso y con los resultados de laboratorio.

 **Del departamento/distrito a la nación:** A través del programa departamental/distrital de vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores se enviará a la nación el consolidado SIETV (Sistema de información de enfermedades transmitidas por vectores). La información debe ser consolidada y enviada por cada municipio. La información que se obtenga al final de cada periodo epidemiológico debe ser ajustada con los registros semanales del SIVIGILA.



5.6 ANALISIS DE LOS DATOS.

En todas las regiones es necesario hacer un diagnóstico de la situación del Dengue, principalmente en aquellos municipios que inician las actividades de vigilancia. El diagnóstico debe conducir a establecer la endemidad del Dengue, y en tal caso, el (los) serotipo(s) que mantiene la endemia, lo que permitirá por un lado contar con una línea de base para análisis futuros y por otro determinar en presencia de qué serotipo pudiese darse un brote o epidemia. Por las características de transmisión de la enfermedad, el diagnóstico debe permitir conocer la situación del vector y establecer las zonas con mayor potencial epidémico, teniendo en cuenta los índices de infestación de *Aedes aegypti*.

Conocer este panorama es importante para las decisiones que se tomen frente a la necesidad o no de realizar pruebas serológicas, investigaciones de campo o para adelantar acciones complementarias de vigilancia, para fortalecer las acciones de diagnóstico y tratamiento de casos, así como para definir las estrategias de control en correspondencia con la situación existente.

La información relacionada con los casos debe analizarse semanalmente utilizando las variables de persona, tiempo y lugar, y estableciendo relaciones con la información construida a través de la vigilancia entomológica (índices aélicos como los de casa, depósito y Breteau, caracterización de los criaderos, entre otros), los resultados de laboratorio (seroprevalencia, serotipo circulante) y la distribución de los factores de riesgo existentes (sistema de abastecimiento de agua, recolección de inservibles, densidad poblacional, patrones de asentamiento, entre otros). Con una línea de base y este análisis permanente se puede establecer claramente la presencia de un brote o epidemia o el mantenimiento de la situación endémica, además se pueden clasificar los lugares de acuerdo a riesgo y así priorizar las actividades de intervención.

La distribución de nuevos casos de Dengue clásico y hemorrágico por edad, lugar de ocurrencia y tiempo, ayuda a precisar el tipo de escenario epidemiológico existente:

-  Situación de endemia: Presencia de casos hemorrágicos principalmente en la población infantil.
-  Situación de hiper – endemia: Aumento en el número de casos de Dengue hemorrágico principalmente en población infantil.

- 📌 Situación de epidemia: Aumento de casos en toda la población, agregados en el tiempo.
- 📌 Situación endemo – epidemia: Incremento rápido en el número de casos en relación con el tiempo, en una región endémica.

El aumento de casos de Dengue en regiones donde se realiza permanente control, exige la revisión de los registros de consulta buscando diagnósticos compatibles como virosis, infección respiratoria aguda, síndromes febriles en estudio e influenza, entre otros. Estos datos pueden hacer evidente un aumento en el número de casos por estas causas, lo cual puede sugerir la presencia de otros cuadros clínicos o facilitar la definición de una condición epidémica.

La distribución de nuevos casos de Dengue y Dengue hemorrágico por lugar (barrio o vereda) e índice de infestación, permite identificar áreas de mayor riesgo de transmisión, así como focalizar las acciones de control de acuerdo con el riesgo. Esta información puede ser registrada en un mapa de la zona y complementada con información geográfica, social o ambiental de interés.

El número de casos hospitalizados en relación con el total de casos notificados es indicador de la severidad del evento y es útil para orientar las medidas de ajuste de los servicios de atención institucional de los enfermos. El análisis de las muertes complementa el análisis anterior y permite explorar las condiciones de diagnóstico y tratamiento así como la oportunidad en el acceso a los servicios de salud. La información relacionada con la severidad de cuadro, deberá estudiarse con los datos de serotipificación para establecer la existencia de un serotipo asociado a casos más severos.

La ubicación de los factores de riesgo para la reproducción vectorial en un mapa del área y su actualización de acuerdo con las acciones de control desarrolladas, permite priorizar las áreas de intervención una vez se logra el control de la enfermedad en el hombre.

Cuando se aprecien reducciones importantes en el número de casos notificados, es necesario analizar los indicadores de notificación para establecer si ha habido deterioro en el cumplimiento de las instituciones en la generación de datos.

En las zonas en donde existe *Aedes aegypti* pero todavía no ha ocurrido ningún caso de Dengue, la población corre el riesgo de sufrir una grave epidemia por esta enfermedad. En estas zonas, los médicos y las clínicas no sospecharán el Dengue hasta fases tardías del brote. En estos casos es necesario implementar la búsqueda e investigación de puntos de acumulación de casos de enfermedad febril inespecífica o síndrome vírico por un sistema de alerta de fiebre. La vigilancia de la enfermedad febril apoyada en la investigación de laboratorio proporciona información sobre la confirmación temprana de infecciones por Dengue y una identificación precoz del nuevo serotipo de virus que circula en la comunidad. Es importante realizar la búsqueda de *Aedes albopictus*.

En las zonas endémicas, entre epidemias y en los meses del año con baja incidencia estacional de la enfermedad, es posible que se identifiquen pocos o ningún caso de Dengue o Dengue hemorrágico. En estos casos llegan pocas muestras al laboratorio por lo cual los criterios para tomar muestras de sangre deben ampliarse para incluir casos de fiebre con historia de viajes recientes y situaciones en las que el Dengue puede estar causando puntos de acumulación de casos febriles con erupción.

La mortalidad por Dengue es un indicador primario de la gravedad del Dengue como problema de salud pública, especialmente en grupos vulnerables. Todas las muertes hospitalarias que tengan como causa de defunción Dengue hemorrágico deben ser investigadas y la información clínico epidemiológica debe ser complementada con encuestas comunitarias sencillas.

Las muertes por Dengue producidas en la comunidad serán investigadas mediante algoritmos validados y encuestas verbales realizadas por los grupos de respuesta inmediata del programa de ETV. Esta información nos permitirá realizar un cálculo aproximado de la mortalidad por Dengue y observar las tendencias de este evento por regiones.

La investigación de las muertes tiene como objeto indagar las causas que llevaron a la defunción, enmarcadas en el ámbito del acceso a los servicios de atención médica y la calidad de los servicios hospitalarios recibidos. De igual forma investigar los factores determinantes, desde el punto de vista epidemiológico, que inciden en la ocurrencia de muertes.

5.7 INVESTIGACIÓN DE CASO Y DE CAMPO

Los casos probables de Dengue clásico, en una localidad con historia de Dengue y buena capacitación del recurso humano para el diagnóstico, no exigen la realización de investigaciones de caso y campo. Con el fin de hacer control de calidad del proceso de vigilancia, se revisarán algunos casos periódicamente para verificar el cuadro clínico asociado. En estas zonas, en el momento en que detecte un aumento inusual de casos de acuerdo a lo esperado, debe realizarse

una investigación de campo, en la cual se haga la caracterización de focos de transmisión activa.

En regiones o zonas sin historia de Dengue , es preciso verificar el cuadro clínico y explorar los antecedentes de desplazamiento del paciente por alguna zona con transmisión activa de la enfermedad, de tal forma que sea posible establecer si se trata de un caso importado o de un caso autóctono para proceder a las investigaciones entomológicas respectivas en el área.

Ante casos probables de Dengue hemorrágico, la caracterización del caso implica en primer lugar, la revisión de la historia clínica para verificar la aplicación de todos los criterios que constituyen la definición operativa para esta enfermedad. Esta información debe complementarse con la verificación de la obtención de muestras de suero para pruebas de laboratorio y el seguimiento a los resultados de las mismas.

En segundo lugar, cuando el caso reside en una zona sin historia reciente de Dengue, es procedente indagar por antecedentes de importancia epidemiológica como desplazamientos a zonas endémicas o epidémicas para esta enfermedad, contacto con personas con cuadros febriles o con Dengue confirmado por laboratorio.

Ante la ocurrencia de casos de Dengue clásico o Dengue hemorrágico en un área silenciosa o sin historia reciente de Dengue, será necesario realizar investigación de campo, para establecer las condiciones que han permitido la transmisión de la enfermedad. Es preciso identificar la presencia de criaderos potenciales del vector, caracterizarlos, capturar larvas y adultos en lo posible, para su posterior identificación en el laboratorio de entomología, establecer el grado de conocimiento de la enfermedad que tiene la población del área, caracterizar las prácticas de la población para el manejo del agua de consumo y los sitios de

almacenamiento de la misma y la utilización o no de medidas de protección. Es necesario que la investigación de campo no se suscriba al ámbito domiciliario, sino que tenga en cuenta áreas de recreación frecuentadas por los casos, sitios de trabajo y lugares de estudio de la población.

Estos datos en áreas sin historia de Dengue, permiten además de caracterizar el caso, configurar el escenario epidemiológico de la región para orientar tanto las acciones de control a desarrollar como las de vigilancia virológica y entomológica que sean necesarias.

En todo caso de Dengue hemorrágico y de mortalidad por Dengue es necesario investigar los antecedentes personales en los cuales se establezca la demanda de atención médica previa, el tipo de medicación y recomendaciones dadas al paciente sobre la identificación de signos de alarma y en qué momento buscar nuevamente atención médica, el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la consulta médica y en general la aplicación de los criterios recomendados para el manejo en la Guía de atención integral del Dengue (Resolución 00412 de 2000).

5.8 MEDIDAS DE CONTROL SOBRE CASOS Y CONTACTOS

Todo caso de Dengue clásico y Dengue hemorrágico que sea hospitalizado debe permanecer bajo toldillo durante los primeros ocho días de la fiebre, período en el cual el hombre es infectante para el mosquito. Esta medida inmediata permite cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

Todo caso que consulte tempranamente a los servicios de salud y no requiera hospitalización, deberá recibir instrucción sobre la importancia del uso del toldillo

en los primeros 8 días de la enfermedad y el uso de medidas de protección individual para evitar la infección de nuevos mosquitos.

Además deberá recibir información sobre los principales signos y síntomas de alarma de la enfermedad (manifestaciones hemorrágicas, dolor abdominal generalizado, vómito, entre otros) y la importancia de la consulta oportuna en caso de que se presente una complicación u otro enfermo entre la familia o los vecinos.

Para el manejo de los casos de Dengue clásico, hemorrágico o síndrome de choque Dengue, es preciso consultar Guía de Atención del Dengue, anexa a la resolución 00412 de 2000.

5.9 MEDIDAS DE CONTROL VECTORIAL

En zonas endémicas la vigilancia del Dengue debe ser un insumo permanente para realizar las acciones de control vectorial que se llevan a cabo regularmente y permitir la focalización de las mismas. En estas zonas el aumento del número de casos, deberá conducir a la evaluación de las medidas de control implementadas y a la definición de nuevas estrategias que permitan el control del vector y en consecuencia de la enfermedad.

Es importante tener presente que en regiones endémicas las acciones de control vectorial deben realizarse permanentemente y estas deben ser específicas de acuerdo a las condiciones que favorecen la reproducción del vector en cada criadero. En el control del vector la aplicación de sólo una estrategia no garantiza la eliminación permanente del problema vectorial, esto implica combinar adecuadamente diferentes mecanismos de tal forma que se garantice la permanencia de las acciones de control. Para lo anterior, es indispensable vincular efectivamente a la comunidad en la implementación de medidas de control, de tal

forma que logre el control del vector en el ámbito domiciliario y se logre la realización de acciones de ordenamiento del ambiente cada vez que la población identifique factores de riesgo.

Durante los periodos de poca o ninguna actividad de la enfermedad, las medidas rutinarias de reducción de fuentes pueden integrarse con la aplicación de larvicidas **en los recipientes que no se pueden eliminar**, cubrir, rellenar o tratar de algún otro modo. Para el control de emergencias, el empleo de insecticidas está destinado a erradicar una epidemia de Dengue en curso o a impedir que ocurra una inminente; el objetivo en este caso es la destrucción rápida y masiva de *Aedes aegypti*.

La realización de estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas en todas las áreas donde se presentan casos de Dengue clásico y Dengue hemorrágico permite establecer las necesidades de educación de la población y son útiles para tomar decisiones en torno a las medidas de control a implementar. Dichos estudios deben realizarse antes y después de implementar estrategias conducentes a inducir cambios culturales en la población y su información deberá utilizarse para evaluar el impacto de las acciones desarrolladas.

Por lo anterior es necesario que los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, sean realizados con una metodología de estudios epidemiológicos rápidos y haciendo uso de una muestra adecuadamente seleccionada o diseñada para lograr la comparación de los datos de la primera o segunda revisión.

5.10 MEDIDAS DE VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA

Tanto en zonas endémicas como en aquellas que presentan brotes epidémicos, las estrategias de vigilancia entomológica permiten conocer la dinámica de los vectores en el área.

En zonas con transmisión de Dengue, es necesario implementar estrategias permanentes y especiales de vigilancia entomológica, las cuales no son reemplazables por intervenciones esporádicas producto de un caso en áreas silenciosas.

Cada departamento deberá contar con un grupo básico para desarrollar acciones de vigilancia entomológica, dicho grupo ofrecerá información permanente sobre la situación vectorial y establecerá los lineamientos para el control selectivo de vectores. La información producto de la vigilancia entomológica y de casos constituye la principal fuente de evaluación de las acciones de control.

El levantamiento de índices aélicos en zonas endémicas (índice de casa, índice de recipiente, índice de Breteau) se debe realizar como mínimo cada tres meses utilizando los métodos de muestreo recomendados por la red nacional de entomología. Con ésta información y con la caracterización de los tipos de criaderos, se debe mapear y estratificar el riesgo para la priorización de acciones de control y la evaluación de las mismas.

5.11 MEDIDAS DE VIGILANCIA POR LABORATORIO

La vigilancia virológica es indispensable para proveer información sobre los serotipos de los virus circulantes y detectar oportunamente la introducción de nuevos serotipos en un área. Esta vigilancia se realizará únicamente en caso de brotes a pacientes con menos de cinco días de evolución y se obtendrán cuatro muestras de suero semanales para ser remitidas al Instituto Nacional de Salud según las indicaciones de transporte de muestras para aislamiento viral, establecidas por el Instituto Nacional de Salud.

Adicionalmente se podrán realizar estudios de seroprevalencia en áreas que requieran documentar la situación serológica de su población o estudios con base en vigilancias centinelas para detectar oportunamente la introducción de serotipos. Las encuestas serológicas de la comunidad basadas en la población, llevadas a cabo en las zonas poco después de que la epidemia haya alcanzado su punto máximo, proporciona una estimación de la incidencia verdadera de la enfermedad. Para la vigilancia serológica rutinaria por el Laboratorio de Salud Pública se obtendrán al azar y por semana 20 muestras de suero de pacientes con un diagnóstico probable de Dengue clásico. Si de estas 20 muestras se obtienen mínimo dos con IgM positiva se puede inferir que existe una seroprevalencia del 20%. El cálculo de éste número de muestras semanales se realizó con base en las tablas de muestreo para controlar la calidad del lote (Lwanga S. and Lemeshow S., determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios, OMS, 1991). Con este método se determinó el número mínimo de muestras necesarias de una población para que, si cierta característica se encuentra solo en un número limitado de sujetos de la muestra, pueda admitirse que la prevalencia de esa característica en la población no excede de cierto valor.

Así según el número de muestras de suero positivas para IgM se puede tener la siguiente seroprevalencia:

NÚMERO DE MUESTRAS CON IgM POSITIVA	SEROPREVALENCIA ESTIMADA
2	20%
3	30%
4 y más	Mayor a 40%

5.12 MEDIDAS DE CONTROL SOCIAL

Buscan vincular a la comunidad en las acciones de prevención, control y vigilancia en salud pública. Busca controlar la infestación por *Aedes aegypti* combinando diferentes acciones y métodos de prevención y control mediante la ejecución de acciones tales como:

Eliminación de criaderos de mosquitos, mediante la protección de depósitos de agua de consumo y destrucción o relleno de recipientes que puedan acumular agua lluvia.

Prevención de picaduras de mosquitos, mediante el uso de toldillos para aislamiento de los enfermos o como medida de protección de todas las personas. Uso de repelentes, protección de puertas y ventanas para evitar la introducción del mosquito en el domicilio.

Control efectivo de epidemias, mediante la adopción de medidas de control químico y la atención oportuna de casos febriles.

Participación social / Educación: Pretende comprometer a las autoridades locales para que desarrollen la gestión intersectorial necesaria a fin de optimizar recursos y aglutinar todos los esfuerzos posibles en el control del Dengue. Igualmente para el desarrollo de acciones estratégicas mediante movilización social y comunitaria que promuevan conductas cívicas, solidarias y responsables; acciones concretas de control de vectores tales como: eliminación de criaderos en los domicilios y predios adyacentes a las viviendas, protección de depósitos de agua, recolección de inservibles, relleno de materas, floreros y otros recipientes donde se pueda acumular agua lluvia.

Comunicación social: Los medios de comunicación influyen en las actitudes, comportamientos y prácticas de los seres humanos. La posibilidad de transmitir un mensaje a un gran grupo de la población al mismo tiempo, es una característica que permite maximizar el objetivo del mensaje, al mismo tiempo que una información oportuna, adecuada y eficazmente transmitida les permite a las personas tomar decisiones sobre cambios de actitudes o adopción de prácticas saludables frente a su propia vida, realidad y entorno. El componente de comunicación social pretende cubrir amplios sectores de la población en el menor tiempo posible, busca informar, motivar y movilizar a la población para que participe en las diferentes acciones.

5.13 MEDIDAS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuando se esté enfrentando una situación epidémica, es necesario implementar un mecanismo que garantice el mejoramiento de la calidad del recurso humano para detectar y tratar los casos de Dengue. Será necesario reforzar y/o actualizar al personal en las definiciones de caso y los mecanismos para el diagnóstico definitivo. Es útil realizar una reunión con las entidades administradoras de planes de salud del régimen contributivo y subsidiado que hacen presencia en el territorio, con el objetivo de garantizar la adecuada atención de los casos en términos de calidad y oportunidad, así como orientar a las personas para que asistan oportunamente a los servicios de salud en los casos en que se realiza búsqueda activa de casos.

Cuando el análisis de la información demuestre incremento en la letalidad, en la hospitalización de casos o en la complicación de casos que evolucionan a choque, se deberá evaluar la calidad del proceso de atención. Para tal fin es preciso escoger algunos casos y verificar todo el proceso de atención, con el objeto de

detectar fallas relacionadas con el acceso a los servicios, la oportunidad del diagnóstico y el esquema de manejo utilizado, referidas al prestador o determinadas por la entidad aseguradora. Ante la presencia de fallas es preciso concertar un plan de mejoramiento de tal forma que se evite la existencia de otros hechos similares en el futuro.

Cuando se presente un aumento en el número de casos de Dengue hemorrágico, es preciso revisar los criterios de definición de caso utilizados por el personal de salud para la definición de la impresión diagnóstica y descartar un incremento de casos debido a mala clasificación. Es útil revisar periódicamente el cumplimiento de los criterios de clasificación de caso para establecer la presencia sistemática de mala clasificación y proceder a implementar acciones de mejoramiento.

5.14 IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IgM PARA DENGUE

Los anticuerpos IgM para Dengue aparecen en el suero aproximadamente el quinto día del cuadro febril y persisten por dos o tres meses. Su presencia indica infección actual o reciente.

Procedimiento para la toma de muestra: La muestra debe obtenerse en los casos con cuadro febril agudo de más de 5 días de evolución.

5.15 INDICADORES DE IMPACTO

- 📍 Mapa de puntos de casos de Dengue por periodo epidemiológico
- 📍 Tasas de morbilidad por Dengue /Dengue hemorrágico
- 📍 Tasas de mortalidad por Dengue hemorrágico
- 📍 Canal endémico para Dengue actualizado
- 📍 Índice larvario: Se calcula por el porcentaje de casas examinadas que tengan larvas de *Aedes aegypti*. $(\text{Casas positivas}/\text{Casas inspeccionadas}) \times 100$
- 📍 Índice de depósito: Es el porcentaje de depósitos con agua, positivos en larvas y/o pupas. $(\text{Depósitos positivos}/\text{Depósitos inspeccionados}) \times 100$
- 📍 Índice de Breteau: Se calcula partiendo del número total de depósitos con larvas de *Aedes aegypti* por cada 100 casas, es un número absoluto, no es un porcentaje. $(\text{Depósitos positivos} \times 100) / \text{Casas inspeccionadas}$.

6. DISEÑO - METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

La descripción del programa de atención del Dengue utilizado en el Distrito de Santa Marta, 2005, se realizará a través de un estudio de tipo descriptivo retrospectivo.

6.2 UNIVERSO

Las unidades prestadoras de servicios de salud del Distrito de Santa Marta.

6.3 POBLACION DE ESTUDIO

Todas aquellas Unidades Primarias Generadoras de datos (UPGD) que notifican y participan en el programa de control del Dengue.

6.4 RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para que sea posible la implementación del proceso de vigilancia epidemiológica del Dengue en el distrito de Santa Marta, es fundamental la participación de diferentes instituciones como la Secretaria de Salud Distrital, en la oficina de Vigilancia Epidemiológica y el Laboratorio de Salud Publica del Departamento; las cuales realizan, las actividades de manera independiente y de esta misma forma llevan a cabo el proceso de recolección de la información; es por ello que para el desarrollo de esta investigación se hace necesario obtener la información de dichas fuentes, a través de un instrumento (*ver anexo: Instrumento de Recolección*

de Datos) para así, poder evaluar el programa de atención para el Dengue que utiliza el Distrito.

A través de la oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud Distrital, será posible conseguir información sobre el comportamiento del Dengue en el distrito de Santa Marta y lo relacionado con las medidas utilizadas para la erradicación de los factores de riesgo de esta enfermedad. En el Laboratorio de Salud Pública se recogerán datos con respecto a los medios de diagnóstico, utilizados para confirmar los casos de Dengue clásico y Dengue hemorrágico en el distrito; luego de recopilar toda la información, se procederá a analizar de manera individual y colectiva para confrontar los datos y determinar la calidad y veracidad de estos datos.

6.5 TABULACION Y ANALISIS

Se procesará la información utilizando la metodología cuantitativa y se realizarán los análisis estadísticos pertinentes a través del programa EXCEL, donde se procederá a analizar cada factor asociado por separados a través de las medidas de tendencia central como la media la moda y la mediana.


6.6 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES


OBJETIVO ESPECIFICO	Nº	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	RELACIÓN DE LA VARIABLE	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	GRAFICA PARA ANALISIS
Describir el comportamiento del Dengue clásico y Dengue hemorrágico durante los últimos cinco años en el Distrito de Santa Marta	1	Nº de casos confirmados de Dengue clásico	Es la cantidad de casos reportados de Dengue clásico notificados desde enero del 2000 hasta diciembre del 2004 en el Distrito de Santa Marta	Cuantitativa	Dependiente	Mediana Cuartiles	Canal endémico
	2	Nº de casos confirmados de Dengue hemorrágico	Es la cantidad de casos reportados de Dengue hemorrágico notificados desde enero del 2000 hasta diciembre del 2004 en el Distrito de Santa Marta	Cuantitativa	Dependiente	Mediana Cuartiles	Canal endémico
Elaborar el mapa epidemiológico para el Dengue en el Distrito.	3	Nº de casos de Dengue comuna	Es el espacio o lugar de procedencia de los casos presentados de Dengue en el Distrito.	Cuantitativa	Independiente	Frecuencia relativa, Frecuencia absoluta	Gráficos de sectores y mapa de riesgo


Determinar la cobertura en la notificación del Dengue	4	Cantidad de Unidades Prestadoras de Servicios	Es el número de instituciones encargadas de brindar los servicios de salud en el Distrito.	cualitativo	Independiente	Frecuencia relativa, Frecuencia absoluta	Tabla
	5	Cantidad de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)	Es el número de instituciones que brindan servicios de salud y se encargan de la notificación del Dengue en el Distrito de Santa Marta.	cualitativo	Independiente	Frecuencia relativa, Frecuencia absoluta	Tabla
Determinar la oportunidad en el diagnóstico para los casos probables y confirmados de Dengue clásico y hemorrágico.	6	Medios diagnósticos utilizados	Son las diferentes técnicas implementadas para realizar el diagnóstico del Dengue.	cuantitativa	Independiente	Frecuencia relativa, Frecuencia absoluta	Tabla
	7	Oportunidad para el diagnóstico	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación del diagnóstico	Cualitativa	Independiente	Frecuencia relativa, Frecuencia absoluta	Tabla
Verificar si en Distrito de Santa Marta se implementan las medidas de control	8	Controles químicos	Es la técnica utilizada para erradicar al Aedes aegypti en la comunidad.	cualitativa	Independiente	Media proporcional	Tabla

para el vector.	9	Levantamiento de índices aegypticos	Es el procedimiento utilizado para conocer la dinámica de los vectores en el área.	cualitativa	Independiente	Frecuencia relativa, Frecuencia absoluta	Tabla
	10	Recolección de inservibles	Son las diferentes acciones encaminadas a la eliminación de los criaderos del Aedes aegypti.	cualitativa	Independiente	Media proporcional	Tabla

6.7 DISPOSICIONES VIGENTES

-  **RESOLUCION NÚMERO 00412 de 2000 (25 de febrero de 2000):** Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

-  **RESOLUCIÓN NO. 008430 DEL 4 DE OCTUBRE DE 1993** de la republica de Colombia del ministerio de salud: “por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”

-  **CIRCULAR 0018 DEL 2004:** por la cual se establecen los “lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004 – 2007 y de los recursos asignados para salud pública”.

6.8 RECURSOS HUMANOS

Se contó con el apoyo de:

MARIA BELÉN JAIME SANABRIA – Enfermera, Magíster en epidemiología y Especialista en gerencia de servicios de salud.

MARTA PAREDES – Enfermera, especialista en epidemiología candidata a magíster en salud pública.

MARINA CABAS DUICA – Enfermera, docente de la Universidad del Magdalena.

JUAN CARLOS DIB DIAZGRANADOS – Medico, Magíster en salud publica y Medicina tropical.

MAYERLIS DEL PRADO – Odontóloga, coordinadora del plan de atención básica (PAB) en el Distrito de Santa Marta.

JUAN DE DIOS DOMINGUEZ -- Técnico de saneamiento ambiental del Distrito de Santa Marta.

7. RESULTADOS

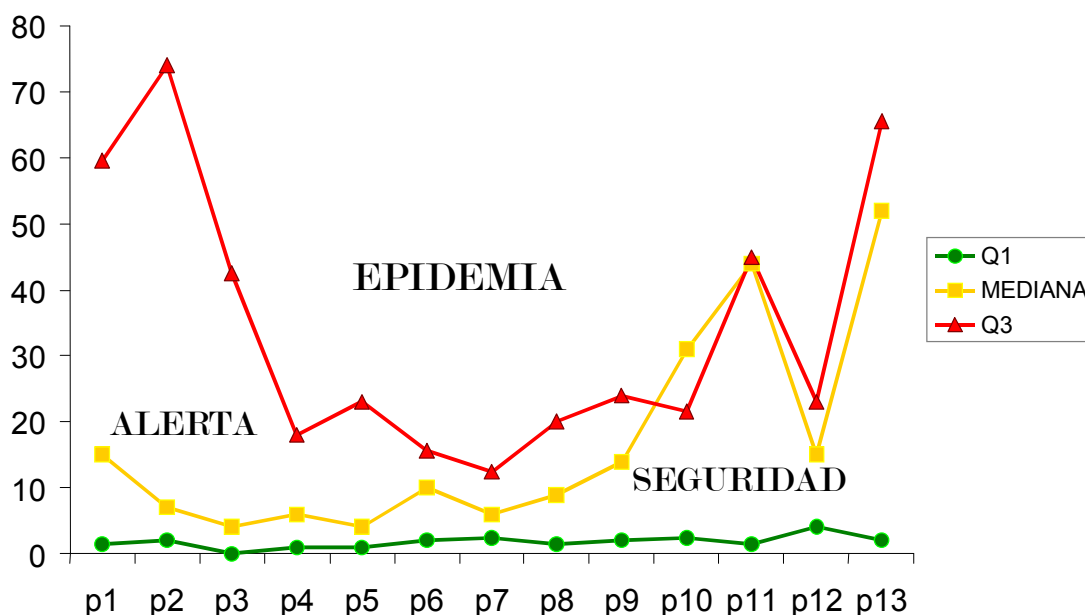


FIGURA 3 (INS-informes quincenales del IQUEN, 2000-2004)

Luego de apreciar el comportamiento del Dengue clásico en el distrito de Santa Marta, se puede observar que los periodos comprendidos entre el primero (1) al cuatro (4) y del décimo (10) al trece (13), el rango alcanzado entre la zona de éxito y de alerta es más amplio, lo cual indica que se necesita de un mayor número de casos para que se pueda desarrollar una epidemia; a diferencia de los periodos comprendidos entre el periodo cuarto (4) al noveno (9), en donde el rango alcanzado es más corto, lo que demuestra que la presencia de pocos casos pueden desarrollar una epidemia. Lo anterior permite inferir que se hace necesario la implementación de medidas preventivas para el control del Dengue clásico en el distrito durante los periodos en donde el rango alcanzado entre la zona de éxito y de alerta es más amplio, para así disminuir la presencia de casos de esta enfermedad y evitar que se desarrollen epidemias.

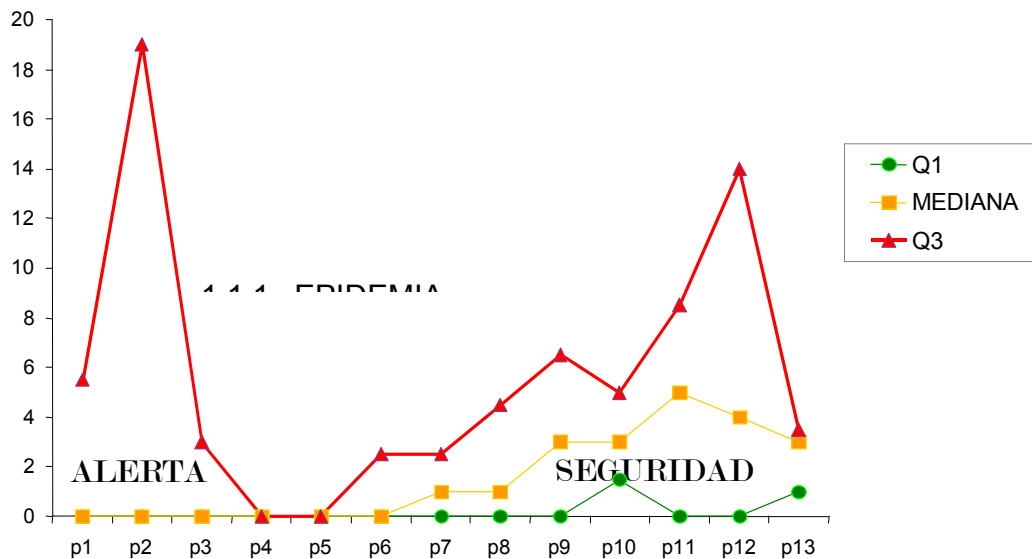


FIGURA 4 (INS-informes quincenales del IQUEN, 2000-2004)

Luego de apreciar del comportamiento del Dengue hemorrágico en el distrito de Santa Marta se puede observar, que en los periodos comprendidos entre el primero (1) al tercero (3) y del once (11) al trece (13), el rango alcanzado entre la zona de éxito y de alerta es más amplio, a diferencia de los periodos comprendidos entre el trece (3) al décimo (10), en donde el rango alcanzado es más corto, lo que indica que la presencia de pocos casos pueden desarrollar epidemias; además se logra observar que durante el cuarto (4) al quinto (5) periodo no existe zona de éxito, de seguridad, ni de alarma, lo que permite inferir que cualquier caso que se presente indicaría la presencia y el desarrollo de una epidemia. Lo anterior permite demostrar, que el control del Dengue hemorrágico debe hacerse de la manera más rigurosa y exhaustiva permitiendo visionar la presencia de cero (0) casos en el distrito lo que indicaría la ausencia de epidemias para esta enfermedad.

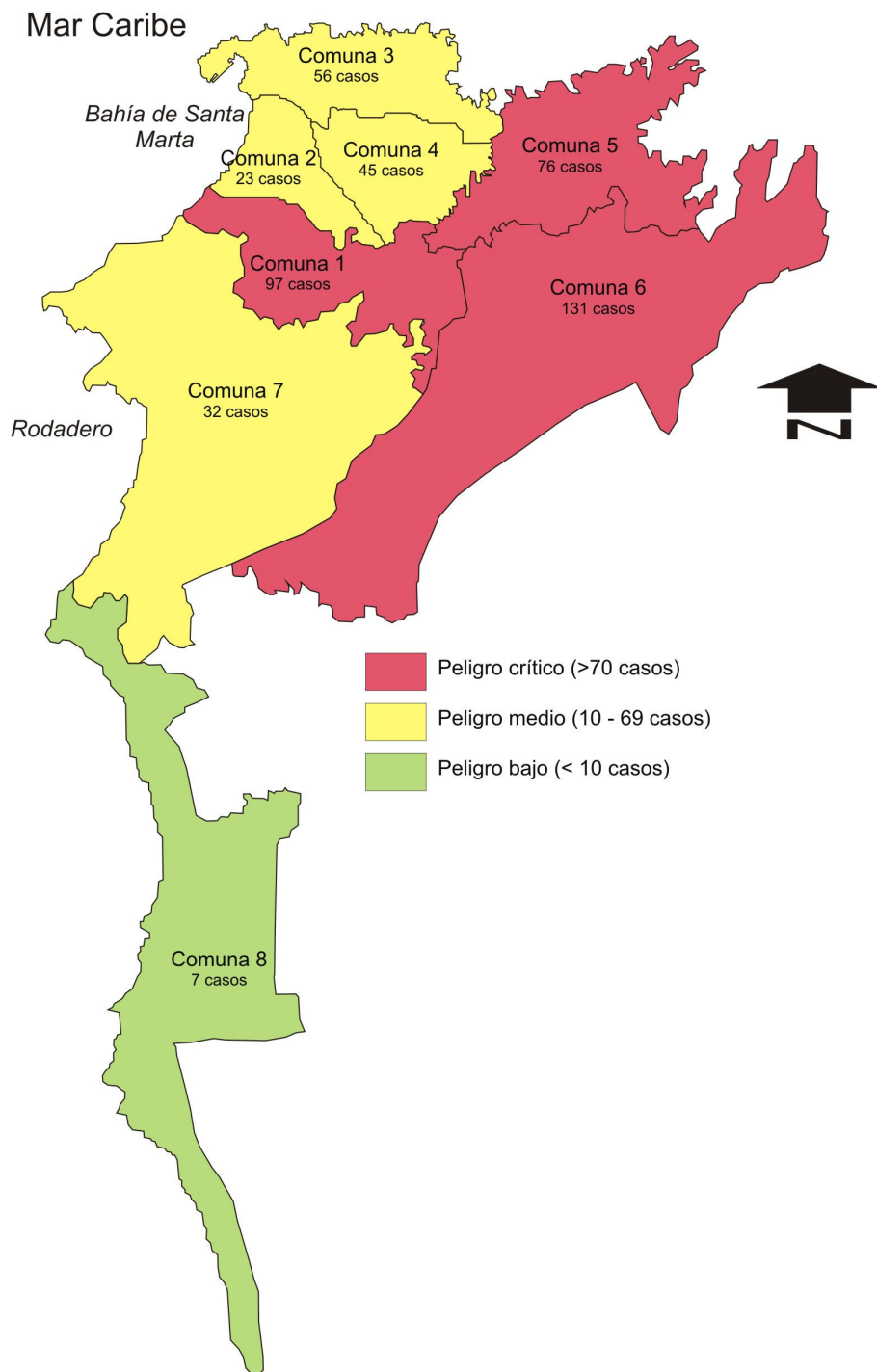


Figura 5 Casos de Dengue por comunas del distrito de Santa Marta (Reporte de las fichas epidemiológicas para Dengue, 2005)

Para poder agrupar los casos reportados según la población, se tuvo en cuenta la distribución geográfica del distrito de Santa Marta a través de sus ocho comunas (ver anexo E) demostrando, que del total de los casos reportados con Dengue (766) en el año 2005, solo 467 casos se pudieron agrupar dentro de estas comunas. Se puede observar que los casos de esta patología se distribuyeron en las ocho (8) comunas que conforman el distrito, lo que demuestra el alto riesgo que tienen estas para el desarrollo de la patología y la necesidad inminente de realizar medidas preventivas y correctivas, cabe destacar que las comunas 1, 5 y 6 presentaron un alto índice de los casos (>70) y la comuna 8 con un bajo índice (<10) de igual forma todas los comunas se encuentran agrupadas como zona de peligro por presentar casos de la enfermedad.

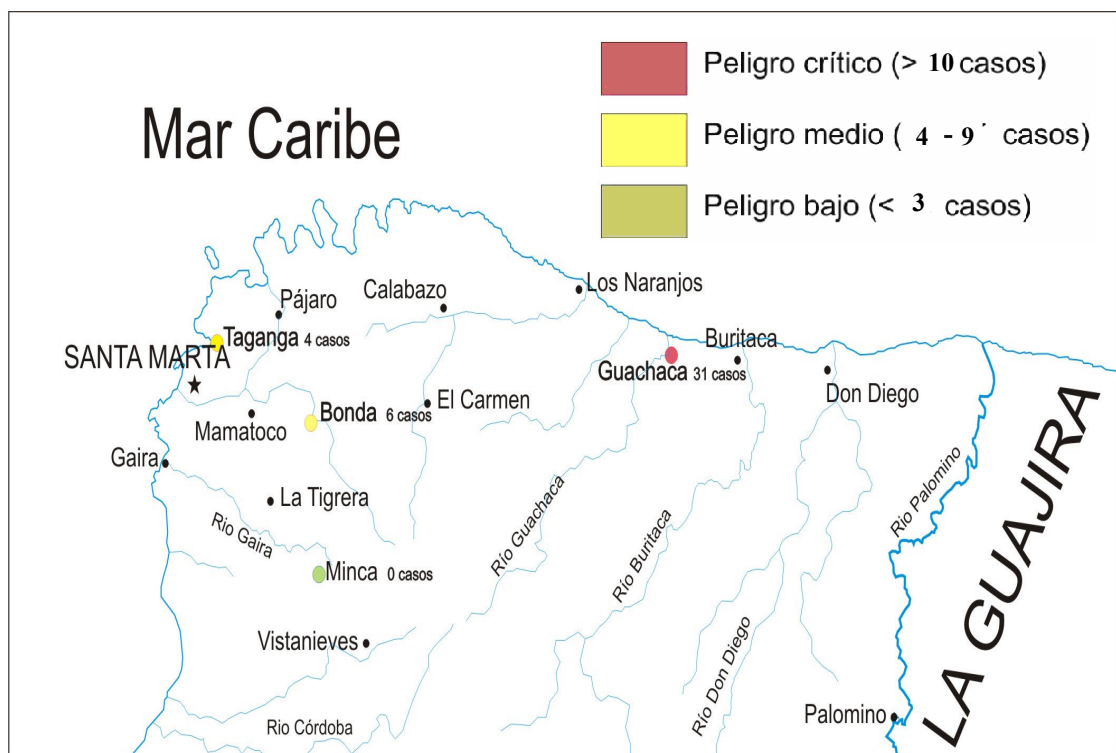


Figura 6 casos de Dengue por corregimientos del distrito de Santa Marta (Reporte de las fichas epidemiológicas para Dengue, 2005)

De igual forma se tuvo en cuenta para poder agrupar los casos reportados según la población, la distribución geográfica del Distrito de Santa Marta a través de sus cuatro corregimientos (ver anexo E) demostrando, que del total de los casos reportados con Dengue (766) en el año 2005, solo 41 casos se pudieron agrupar dentro de estos corregimientos. Se puede observar que los casos de esta patología se distribuyeron en tres (3) de los cuatro (4) corregimientos que conforman el Distrito, destacándose el corregimiento de Guachaca con la mayor incidencia de los casos (>15) y el corregimiento de Minca en el que no se presentó ningún caso de dicha patología.

Se hace necesario aclarar que del total de los casos reportados (766) solo se pudieron agrupar 467 en las comunas y 41 en los corregimientos generando un total de 508, el resto de los casos (258) no se pudieron agrupar dentro del área geográfica del distrito ya que en las fichas epidemiológicas no reportaron el lugar de procedencia del evento.

Con los datos anteriores se puede inferir, que la enfermedad no discrimina ningún territorio del distrito, por esta razón es necesario que las medidas de prevención y control se realicen de igual forma en toda la zona de la ciudad de Santa Marta.

UNIDADES PRIMARIAS		w	Wu
Generadoras de datos	97	0,40	39,92
No generadoras de datos	146	0,60	60,08
IPSS total	243	1,00	100,00

TABLA 2 Cobertura de la notificación del Dengue en el distrito de Santa Marta (Reporte de las fichas epidemiológicas para Dengue, 2005).

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) por ser unidades primarias generadoras de datos (UPGD) responsables de la captación de los casos, deben notificar de manera semanal los datos del evento a las unidades notificadoras, para que estas adelanten la respectiva configuración de los casos en el municipio.

La tabla 2 muestra, que del total de las IPS que hacen parte del Distrito de Santa Marta (243), sólo el 39.92% que corresponden a 97 de estas, notifican los casos de Dengue, el resto y en mayor proporción, correspondiente al 60.08% (146) no realizan el proceso de notificación. Lo anterior permite inferir el bajo compromiso de la mayoría de las instituciones, encargadas de prestar servicios de salud a la comunidad samaria, con el proceso de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de interés pública.

La enfermedad del Dengue tiene un gran número de manifestaciones clínicas que deben ser identificadas por laboratorios como: recuento de plaquetas, hemoglobina, hematocrito; de la misma manera, para realizar el diagnóstico diferencial de esta enfermedad es necesario realizar laboratorios específicos como títulos de anticuerpos para IgM e IgG.

MEDIOS DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS
Hemoglobina	263 / 766 (34.3%)
Hematocrito	257 / 766 (33.5 %)
Recuento plaquetas	427 / 766 (55.7%)
Títulos de anticuerpo para IgM e IgG	350 /766 (45.6%)

TABLA 3 Medios diagnósticos utilizados para la confirmación de los casos de Dengue (Reporte de las fichas epidemiológicas para Dengue, 2005)

La titulación de los anticuerpos para IgM e IgG es el laboratorio que permite realizar el diagnóstico diferencial para los casos de Dengue, lo que refiere la importancia de realizar este laboratorio para todos los casos sospechosos con esta enfermedad.

Del total de los casos reportados con Dengue en el año 2005 (766 casos), a 427 casos se le realizó el laboratorio de recuento de plaquetas, destacándose este en mayor proporción y sólo a 350 casos que representa el 45.6% del total se le realizó el laboratorio título para IgM e IgG, a pesar que esta prueba es la que recomienda el Ministerio de Protección Social a través de la resolución 00412 del 2000 para la confirmación de estos casos. Si es esta la prueba que permite hacer el diagnóstico de esta enfermedad, ¿Porqué se obtienen casos de Dengue sin realizar o reportar el resultado de este laboratorio?

	IgM / IgG	W	W%
1 – 5 días	186	0.66	66.19
> 5 días	95	0.34	33.81
TOTAL	281 / 350	1,00	100

TABLA 4: Oportunidad en la elaboración del laboratorio de Títulos para IgM e IgG para los casos de Dengue reportados (Reporte de las fichas epidemiológicas para Dengue, 2005)

La utilización del laboratorio de titulación para anticuerpos de IgM e IgG se realizó en 350 casos, observándose que el 66.19% se realizó dentro el rango de fecha establecido para predecir el tipo de Dengue. Esto indica, que la oportunidad en el diagnóstico no ha sido la apropiada, ya que esta prueba debe ser obtenida en la fase aguda tardía (a partir del quinto día de iniciado el cuadro febril).

Cabe destacar que sólo 281 de estos casos se pudieron agrupar dentro de los rangos de tiempo indicados en la tabla, ya que el resto de las fichas (69) no contemplaban las fechas en que fue realizado el laboratorio; esto demuestra que el diligenciamiento de las fichas epidemiológicas para la notificación de los casos de Dengue no se realiza de manera apropiada ya que se omiten algunos ítems que contempla la ficha.

COMUNAS Y CORREGIMIENTOS	CONTROL QUIMICO		REC DE INSERV		ABATIZACION	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	*			*	*	
2	*			*	*	
3	*			*	*	
4	*		*		*	
5	*		*		*	
6	*		*		*	
7	*			*	*	
8	*			*	*	
Corr. Bonda	*			*	*	
Corr. Taganga	*			*	*	
Corr. Bonda	*			*	*	
Corr. Guachaca	*			*	*	

TABLA 5 Medidas de control para el vector distribuidas en las comunas de Santa Marta

La tabla muestra, que en el distrito de Santa Marta se implementan diferentes métodos para el control de la circulación del vector transmisor del Dengue , dentro de los cuales se encuentran: control químico, control de inservibles y abatización; además se puede inferir que estas tres acciones se implementaron en conjunto durante el año 2005 en las comunas 4,5 y 6, mientras en el resto de estas y en los corregimientos sólo se implementaron dos medidas de control; es válido

aclarar que en el Distrito de Santa Marta para julio del 2005, se produjo la liquidación del Departamento Administrativo de Salud Distrital, no realizándose controles vectoriales a partir de esta fecha, lo que produjo un incremento de los índices Aédicos mostrados en las tablas siguientes:

AÑO	IV. (%)	ID. (%)	IB
2005	24	11	38

TABLA 6: Índices Aédicos Para Del Distrito De Santa Marta, 2005

	Índice de Vivienda	Índice de Deposito	Índice Breteau
ALTO	> 4%	>3%	>5
BAJO	≤ 4%	≤ 3%	≤ 5

TABLA 7: Interpretación Epidemiológica De Los Índices Aédicos.

Según lo anterior, el aumento significativo de los índices aédicos en el distrito de Santa Marta, conlleva a que estos se encuentren en un alto riesgo por la producción de epidemias de esta enfermedad en dicha ciudad.

Es importante que en las zonas en donde se presenta con mucha incidencia la enfermedad del Dengue, se implementen y se ejecuten acciones de control vectorial de manera permanente y específica, esto implica combinar adecuadamente diferentes mecanismos de tal forma que se garantice la permanencia de las acciones de control.







8. CONCLUSIONES





Al analizar la incidencia del Dengue en el Distrito de Santa Marta, se obtiene que este territorio es considerado como una zona endémica, demostrándose a través de un alto número de los índices aédicos, que señalan que Santa Marta se encuentra en alto riesgo para el desarrollo de epidemias; esto se evidencia, al presentarse esta enfermedad en las ocho comunas y en los cuatro corregimientos que conforman el distrito, con un porcentaje del 91.6% de casos reportados.

Los resultados obtenidos indican que no a todos los casos notificados se les realiza las pruebas de laboratorios necesarias para confirmar el diagnostico del Dengue, aún así, a los 186 casos que representan el 66.19% del total de las personas que se les realizó el laboratorio, no se les elaboró en el momento oportuno como lo establece la resolución 00412 del 2000.

El análisis de las fichas epidemiológicas para la notificación de los casos del Dengue demostró, que una gran proporción no fueron diligenciadas de manera completa, lo que dificultó realizar un análisis exhaustivo de las mismas.

9. RECOMENDACIONES

-  Se considera que se debe realizar una capacitación a todo el personal encargado de diligenciamiento de la ficha epidemiológica para la notificación del Dengue , para que se pueda realizar el correcto y oportuno trámite de las mismas y de esta forma obtener una buena información estadística de morbi-mortalidad en el Distrito.
-  Ajustar la atención para el Dengue en el Distrito de Santa Marta según lo estipulado en la resolución 00412 del 2000.
-  Las IPS deben comprometerse con el diligenciamiento correcto de la ficha epidemiológica para el Dengue como en la notificación oportuna (de manera semanal) a través del nuevo software que creó el SIVIGILA para las enfermedades de notificación obligatoria.
-  Monitoreo y seguimiento a las actividades de diagnóstico y tratamiento de las ARS, IPS y ESE en el municipio o Distrito.
-  Al momento de la recepción de las fichas diligenciadas para la notificación de los casos de Dengue en el Distrito, se recomienda colocar en cada una de estas la fecha en que fue recibido, ya que esto permite identificar la oportunidad en la identificación de los casos.
-  El diagnóstico de Dengue debe ser confirmado para todos los casos, con la identificación de los títulos de anticuerpos para IgM, la cual debe ser tomada en la fase aguda tardía (después del quinto día de iniciado los síntomas).

-  Se debe hacer un compromiso por parte del laboratorio y de la IPS para realizar seguimiento a cada uno o por lo menos a una muestra de los casos probables y confirmados de Dengue.
-  Brindar capacitaciones a la comunidad sobre la patología, medios de prevención y factores de riesgo, para comprometerlos en contribuir con la labor ejecutada por el Distrito y la Nación.
-  Las medidas de control deben implementarse de acuerdo a la interpretación arrojada en los canales endemo - epidémicos que permiten la estimación del comportamiento futuro de dicha enfermedad, con participación social e intersectorial según focalización y estratificación del riesgo de la localidad.
-  Recolección, consolidación, análisis y reporte al nivel superior de información epidemiológica requerida por el programa.

BIBLIOGRAFIA

ESPINO, Carlos. Conocer donde han hecho vida los usuarios con serología positiva de Dengue, que viven en el Municipio Mario Briceño Iragorry-Costa de Oro, durante las semanas epidemiológicas 31 a la 40. Estado Aragua–Octubre 2001. <http://www.monografias.com/trabajos15/Dengue/Dengue.shtml>.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Resolución 00412 del 2000, Guía de atención para el Dengue clásico y hemorrágico, Colombia.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, CIRCULAR EXTERNA No.18 de 18 de febrero de 2004.

SIVIGILA, Boletín epidemiológico semanas, Diciembre 22 al 28 de 2002, N° 52, Pág., 4,5y6.

ANEXOS

2. CASOS DE DENGUE POR COMUNAS Y CORREGIMIENTOS:

COMUNAS Y CORREGIMIENTOS	DC		DH	
	2004	2005	2004	2005
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Corr. Minca				
Corr. Taganga				
Corr. Bonda				
Corr. Guachaca				

3. COBERTURA DE LA NOTIFICACION:

Número de unidades primarias generadoras de datos (UPGD): _____

Número de unidades prestadoras de servicios de salud: _____

Número de notificaciones en el año 2005: _____

4. OPORTUNIDAD EN EL DIAGNOSTICO:

MEDIOS DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS	TIEMPO		
		1 – 5 días	5 – 10 días	> 10 días
Hemoglobina				
Hematocrito				
Recuento plaquetas				
Títulos de IgM				
anticuerpo IgG				

5. MEDIDAS DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO

Control Químico (Fumigación)

1. ¿Se realizaron fumigaciones durante el año 2005? Si____ No____

En cuales comunas: _____

Con qué frecuencia: _____

Recolección de inservibles:

1. ¿Se recolectaron inservibles durante el año 2005? Si____ No____

En cuales comunas: _____

Con qué frecuencia: _____

Abatización

2. ¿Se realizaron abatizaciones durante el año 2005? Si____ No____

En cuales comunas: _____

Con qué frecuencia: _____

LEVANTAMIENTO DE ÍNDICES

Índice larvario:

Numero de casas inspeccionadas / Numero de casas positivas:

Índice de Breteau

Numero de casas inspeccionadas / Numero de depósitos positivos:

Índice de Depósito

Numero de depósitos inspeccionados / Numero de depósitos positivos:

ANEXO B

Esquema para la elaboración del índice endemo- epidémico para los casos de dengue Clásico

SERIE CRONOLÓGICA DE CASOS DENGUE CLÁSICO POR PERIODOS EPIDEMIOLÓGICOS														
AÑOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	AC
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	3	4	4	2	8	10	9	3	10	31	44	12	79	219
2002	85	123	67	29	38	21	16	31	34	42	46	31	52	585
2003	34	25	18	7	2	10	6	3	14	9	13	15	12	186
2004	15	7	0	6	4	4	5	9	4	5	3	8	4	74
SERIE CRONOLÓGICA DE CASOS DE DENGUE CLÁSICO ORDENADOS														
AÑOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	AC
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	3	4	0	2	2	4	5	3	4	5	3	8	4	47
2002	15	7	4	6	4	10	6	3	10	9	13	12	12	111
2003	34	25	18	7	8	10	9	9	14	12	44	15	52	257
2004	85	123	67	29	38	21	16	31	34	31	46	31	79	631
CÁLCULO DE MEDIANAS Y CUARTILES														
PERIODOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	
Q1	1.5	2	0	1	1	2	2.5	1.5	2	2.5	1.5	4	2	
MEDIANA	15	7	4	6	4	10	6	9	14	31	44	15	52	
Q2	59.5	74	42.5	18	23	15.5	12.5	20	24	21.5	45	23	65.5	

ANEXO C

Esquema para la elaboración del índice endemo- epidémico para los casos de dengue Hemorrágico.

SERIE CRONOLOGICA DE CASOS DENGUE HEMORRAGICO POR PERIODOS EPIDEMIOLOGICOS														
AÑOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	AC
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	6
2001	0	0	0	0	0	0	1	1	4	5	12	24	4	51
2002	0	38	6	0	0	3	1	7	9	5	2	1	3	75
2003	8	0	0	0	0	2	4	2	3	3	5	4	3	34
2004	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
SERIE CRONOLOGICA DE CASOS DE DENGUE HEMORRAGICO ORDENADOS														
AÑOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	AC
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	4
2002	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5	2	1	3	16
2003	3	0	0	0	0	2	1	2	4	5	5	4	3	29
2004	8	38	6	0	0	3	4	7	9	5	12	24	4	120
CALCULO DE MEDIANA Y CUARTILES														
PERIODOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	
Q1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.5	0	0	1	
MEDIANA	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	5	4	3	
Q2	5.5	19	3	0	0	2.5	2.5	4.5	6.5	5	8.5	14	3.5	

ANEXO D
DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADOR	FORMULA PARA EL ANALISIS
COBERTURA EN LA NOTIFICACIÓN	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de UPGD}}{\text{N}^\circ \text{ de IPS}} \quad \times 100$
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de notificaciones}}{\text{N}^\circ \text{ de UPGD}} \quad \times 100$
ÍNDICE LARVARIO	$\frac{\text{Casas positivas}}{\text{Casas inspeccionadas}} \quad \times 100$
ÍNDICE DE DEPÓSITO	$\frac{\text{Depósitos positivos}}{\text{Depósitos inspeccionados}} \quad \times 100$
ÍNDICE DE BRETEAU	$\frac{\text{Depósitos positivos} \times 100}{\text{Casas inspeccionadas}}$

ANEXO E

LISTADO DE BARRIOS POR COMUNAS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

COMUNA 01	
MARIA EUGENIA	ALTO SIMON BOLIVAR
MANZANARES	LOMA FRESCA
PANDO PRIMERA ETAPA	BARRIO MISAEL PASTRANA
PANDO SEGUNDA ETAPA	BARRIO LA CONCEPCIÓN
CIUD.29 DE JULIO	BARRIO LAS COLINAS
PANDO III Y IV ETAPA	SAN JOSE DEL SUR
19 DE ABRIL (LA LUCHA)	VILLA DEL CARMEN
SAN PABLO	LAS AMÉRICAS
COREA MARTINETE	BARRIO LAS ACACIAS
PRIMERO DE MAYO	BARRIO MURALLAS DEL PANDO
COMUNA 02	
BARRIO LA TENERIA	BARRIO MINUTO DE DIOS
BARRIO TAMINACA	BARRIO LA ESPERANZA
BARRIO BAVARIA Y BOSTON	CENTRO PARROQUIAL CATEDRAL
COMUNA 03	
BARRIO SAN JORGE	BARRIO 20 DE JULIO
BARRIO SAN MARTÍN	BARRIO MIRAFLOREZ
BARRIO NORTE	BARRIO OBRERO
BARRIO ALFONSO LOPEZ	BARRIO LOS ALMENDROS
BARRIO ENSENADA OLAYA HERRERA	BARRIO NACHO VIVES
BARRIO PESCADITO	BARRIO OLAYA HERRERA
BARRIO PRADITO	BARRIO SAN FERNANDO
COMUNA 04	
BARRIO LOS MANGOS	BARRIO EL MAYOR
ASENT S. VILLA DEL RIO II ETAPA	BARRIO JUAN XXIII
BARRIO 7 DE AGOSTO	BARRIO PEREHUETANO
BARRIO LOS NARANJOS	BARRIO PORVENIR POSTOBON
BARRIO OLIVO	BARRIO EL CUNDI
COMUNA 05	
BARRIO SANTA LUCIA	BARRIO SIMON BOLÍVAR
URBANIZACIÓN LAS VEGAS	BARRIO MIGUEL PINEDO VIDAL
BARRIO ALTO LAS DELICIAS	BARRIO SANTA FE
URBAN 17 DE DICIEMBRE	BARRIO LOS FUNDADORES

BARRIO LA ESMERALDA	BARRIO VILLA DEL RIO
BARRIO DIVINO NIÑO	BARRIO CERRO FRESCO
BARRIO RODRIGO DE BASTIDAS	BARRIO EL OASIS
URB. SAN PEDRO ALEJANDRINO	ALTO AVENIDA DEL RIO
BARRIO 8 DE DICIEMBRE	URB. CHIMILA II
BARRIO ONDAS DEL CARIBE	LOS CARDONALES
URBANIZACION SANTA CLARA	LUIS R. CALVO
BARRIO SANTA MONICA	TAYRONA PARTE ALTA
TAYRONA PARTE BAJA	URBANIZACIÓN GALICIA
BARRIO VILLA DEL RIO III ETAPA	BARRIO LA ESTRELLA
URBANIZACION EL RIO	ASENT. SOCIAL VILLA AURORA
BARRIO LUIS CARLOS GALAN	BARRIO MARIA CRISTINA
BARRIO EL SALVADOR	URBANIZACIÓN CHIMILA I
BARRIO ALTO CHIMILA	ASENT. SOCIAL SALAMANCA
BARRIO NUEVA GRANADA	PARAÍSO SECTOR PANTANO
COMUNA 06	
URBANIZACIÓN EL PARQUE	URB VILLA DANIA 1ª ETA
MAMATOCO	YUCAL SECTOR SUR
20 DE OCTUBRE	URB. SANTA CRUZ DE CURINCA
ONCE DE NOVIEMBRE	URBANIZACION ACODIS
NUEVA COLOMBIA	URBANIZACION ASOCON
URBANIZACION BOLIVARIANA	URBAN LA CONCEPCIÓN I
BARRIO 8 DE FEBRERO	URBAN LA CONCEPCIÓN II
BARRIO LA UNIVERSIDAD	URBANIZACION ALEJANDRINA
BOULEVARD DEL RIO	BARRIO VILLA ELI-EL REFUGIO
BARRIO LAS MALVINAS	URBANIZACION NUEVO MILENIO
ASENT. SOCIAL MONTERREY	URBANIZACION TIMAYUI I
LOS LAURELES	BARRIO TIMAYUI II 1ª ETAPA
VILLA BETHEL	BARRIO TIMAYUI II 2ª ETAPA
URBANIZACION VILLA DEL MAR	URBANIZACION EL BOSQUE
ASENT. SOCIAL NUEVA MANSIÓN	ASENT. SOCIAL LUZ DEL MUNDO
BARRIO EL YUCAL	ASENT. SOCIAL ALTO EL YUCAL
URBANIZACION.MARIA CECILIA	BARRIO VILLA CANTILITO
URBANIZACIÓN LÍBANO 2000	BARRIO CANTILITO
BARRIO SANTA ANA	BARRIO SANTA CRUZ
URB. VILLA DANIA 2ª ETA	ASEN. SOC. VILLA MERCEDES
	BARRIO SANTA LUCIA

COMUNA 07	
BARRIO NUEVA BETHEL	BARRIO CENTRO DE GAIRA
BARRIO LA MAGDALENA DE GAIRA	BARRIO CERRO DE LA VIRGEN
BARRIO PLAYA SALGUERO	BARRIO ROSARIO DE GAIRA
BARRIO 12 DE OCTUBRE DE GAIRA	ASENT. SOCIAL LA QUININA
BARRIO VILLA BERLIN DE GAIRA	B. EL PARAÍSO RODADERO SUR
BARRIO VISTA AL MAR DE GAIRA	BARRIO MODELO DE GAIRA
BARRIO VUELTA DEL CAUCA	BARRIO VALLE DE GAIRA
BARRIO LA QUININA II	BARRIO LA QUEMADA DE GAIRA
BARRIO LA COQUERA	BARRIO EL SOCORRO DE GAIRA
BARRIO EL CARMEN DE GAIRA	BARRIO ZARABANDA DE GAIRA
COMUNA 08	
BELLAVISTA LA PAZ	URBANIZACIÓN LA MANGUITA
CORREGIMIENTO LA PAZ	DON JACA PARTE ALTA
BELLO SOL CORREG. DE GAIRA	BARRIO AEROMAR
BARRIO CRISTO REY	BARRIO DON JACA COR. LA PAZ.
BARRIO SIRCACIA	ASENT. SOCIAL LOS LIRIOS
VEREDA EL LIMON	BARRIO VISTA HERMOSA SUR
CORREGIMIENTO DE BONDA	
CARTAGENA DE BONDA	VEREDA TRANSJORDANIA
BARRIO SANTANA DE BONDA	CORREGIMIENTO DE BONDA
VEREDA GIROCASACA	VEREDA EL PASO DEL MANGO
VEREDA EL BOQUERON	VRDA SAN ISIDRO DE LA SIERRA
VEREDA MEJICO	VRDA LOS ALPES CORR. BONDA
VEREDA EL CURVALITO	VDA DIVINO NIÑO- REG QUEB
BARRIO LOS LAURELES DE BONDA	VEREDA MATOGIRO
VDA EL PARAMO DE S. ISIDRO BONDA	OJEDA CORREGIMIENTO DE BONDA
VEREDA TIERRA LINDA	
CORREGIMIENTO DE GUACHACA	
VEREDA PERICO AGUAO	VEREDA GUACOCHÉ
VEREDA EL TROMPITO	VEREDA AGUACATERA
VEREDA COLINAS DE CALABAZO	VEREDA PALOMINITO
VEREDA LA ESTRELLA	VEREDA QUEBRADA VALENCIA
VEREDA LA REVUELTA	VEREDA QUEBRADA MARIA
VEREDA DON DIEGO	VEREDA LA DANTA
VEREDA EL PLATANO	VEREDA LAS AREPAS
VEREDA LA UNION	VEREDA CABAÑA DE BURITACA

VEREDA MENDIGUACA	VEREDA ALTO DON DIEGUITO
VEREDA VATICANO GUACHACA	VEREDA QUEBRADA EL SOL
VEREDA ORINOCO	VEREDA BUENOS AIRES
VEREDA LA ESMERALDA	VEREDA AGUA LINDA
VEREDA QUEBRADA LA LINEA	VEREDA SAN MARTÍN
VEREDA CALABAZO	VEREDA LAS TINAJAS
VEREDA LOS NARANJOS	VEREDA HONDURAS
VEREDA LOS ACHIOTES	VEREDA ALTO DON DIEGO
VEREDA ALTO EL TROMPITO	VEREDA CACAHUALITO
VEREDA PAZ DEL CARIBE	VEREDA AGUAS FRIAS
VEREDA GUACHACA	VEREDA MIRAMAR
VEREDA EL MAMEY	VEREDA CASA DE TABLA
CORREGIMIENTO DE MINCA	
VEREDA TIGRERA	VEREDA VISTA NIEVES
VEREDA EL CAMPANO	VEREDA CENTRAL CORDOBA
VEREDA LA TAGUA	VEREDA TRES PUENTES
VEREDA LOS MOROS	VEREDA MARINCA
VEREDA LAS CABAÑAS	VEREDA BELLA VISTA
	CORREGIMIENTO MINCA
CORREGIMIENTO DE TAGANGA	
TAGANGA	DUMARUCA

ANEXO F

CIRCULAR EXTERNA No.18 de 18 de febrero de 2004

PARA:

GOBERNADORES, ALCALDES, DIRECTORES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

DE:

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

ASUNTO:

LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS DEL PAB 2004 – 2007 Y DE LOS RECURSOS ASIGNADOS PARA SALUD PÚBLICA.

En desarrollo de las competencias consagradas en las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001 y de las facultades contenidas en el Decreto 205 de 2003, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sector Salud, en función de proteger la salud de la población, garantizar el logro de las metas nacionales de salud pública y focalizar la inversión de los recursos en las prioridades en salud pública, imparte las siguientes instrucciones de obligatorio cumplimiento para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004 – 2007 y de los recursos asignados para salud pública, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que corresponde a la Nación definir las prioridades en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Que es responsabilidad de los departamentos, distritos y municipios adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación, establecer su situación de salud y propender por su mejoramiento y formular y ejecutar los Planes de Atención Básica en su jurisdicción.
3. Que el Plan de Atención Básica debe ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y articularse a los Planes Sectoriales de Salud y a los Planes de Desarrollo correspondientes.

De conformidad con las anteriores consideraciones, este Despacho se permite impartir las siguientes instrucciones:

ACCIONES DE SALUD PUBLICA PRIORITARIAS PARA EL PAIS.- De conformidad con lo establecido en el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 se definen las siguientes prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública:

- a) Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- b) Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
- c) Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
- d) Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- e) Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- f) Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

ACCIONES DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE ATENCION BÁSICA.- Para el logro de los objetivos propuestos en las prioridades de salud pública definidas para el país, es de estricto cumplimiento incorporar en los Planes de Atención Básica departamentales, distritales y municipales las acciones, metas e indicadores descritas en el anexo técnico que forma parte integral de la presente circular.

ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS DE SALUD PÚBLICA. Los recursos asignados para salud pública, se deben manejar en una subcuenta presupuestal de los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, denominada “Subcuenta de Salud Pública”. Estos incluyen:

- a) Los recursos asignados para el componente de salud pública del Sistema General de Participaciones.
- b) Las transferencias de la Nación para los programas de control de vectores, lepra y tuberculosis.
- c) Los recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía que eventualmente se asignen a la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de las acciones de salud pública.
- d) En el caso de los departamentos y del Distrito Capital de Bogotá, los recursos que se generen por la venta de los servicios de los Laboratorios de Salud Pública y demás recursos que se asignen por la entidad territorial para la prestación de dichos servicios.
- e) Los recursos propios de las entidades territoriales que se destinen a la financiación o cofinanciación de las acciones de salud pública.
- f) Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de acciones de salud pública.
- g) Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

Los recursos que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, el Acuerdo 229 del CNSSS y la Resolución 968 de 2002, se descuenten del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para financiar las acciones de promoción y prevención del POS a cargo de las entidades territoriales, se administrarán en la Subcuenta de Subsidios a la Demanda del Fondo de Salud de la entidad territorial que haya acreditado los requisitos establecidos para el efecto.

RECURSOS DE SALUD PÚBLICA NO EJECUTADOS A 31 DE DICIEMBRE.

Los saldos presupuestales no comprometidos de las vigencias anteriores, los recursos que se liberen por la liquidación de los convenios o contratos, y los rendimientos financieros que se hayan generado durante estas vigencias, deberán incorporarse al presupuesto de la vigencia siguiente en la subcuenta de salud pública del Fondo de Salud de la entidad territorial y programarse y ejecutarse de conformidad con lo previsto en la presente circular.

DESTINACION DE LOS RECURSOS DE SALUD PÚBLICA DEL SGP Y LAS TRANSFERENCIAS NACIONALES.

Las transferencias nacionales para el control de las enfermedades transmitidas por vectores y el control de la tuberculosis y la lepra, son de destinación específica para el desarrollo de las actividades de prevención y control de dichas enfermedades. De igual manera, los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones deberán aplicarse exclusivamente para la financiación de las acciones de estricto cumplimiento definidas para las prioridades de la Nación en salud pública en la presente circular y en el cumplimiento de las competencias asignadas en el numeral 3 de los artículos 43 y 44 y lo pertinente del artículo 45 de la Ley 715 de 2001.

CONCEPTOS DE GASTO DE LOS RECURSOS DE SALUD PUBLICA DEL SGP Y LAS TRANSFERENCIAS NACIONALES.

Con los recursos de que trata el numeral anterior, se podrán financiar los gastos necesarios para el cumplimiento de las funciones técnicas y operativas exclusivas de salud pública, que entre otros conceptos de gasto, incluye: contratación de talento humano, contratación de servicios, adquisición de equipos, adquisición de software, adquisición de insumos

críticos y de reactivos para el laboratorio de salud pública, viáticos y gastos de viaje, capacitación y desarrollo del talento humano de planta, combustibles y lubricantes, mantenimiento, adquisición de papelería y útiles de escritorio, fletes y gastos de transporte.

El talento humano de las Direcciones Territoriales de Salud dedicado exclusivamente al desarrollo de las acciones de salud pública definidas en la presente circular, independientemente de su forma de vinculación, se podrá financiar con recursos de salud pública del Sistema General de Participaciones y las transferencias nacionales según corresponda.

El talento humano que desarrolla funciones de carácter directivo o administrativo, incluyendo los coordinadores territoriales del PAB o de salud pública, deberán financiarse con los recursos de funcionamiento de la respectiva entidad territorial, incluidos los que se destinen en aplicación de los artículos 59 y 60 de la Ley 715 de 2001 y los recursos de libre destinación del componente de propósito general del Sistema General de Participaciones previstos en el Artículo 78 de la citada Ley.

En todo caso, es responsabilidad del ente de dirección de salud territorial garantizar la capacidad técnica e idoneidad del talento humano que prestará servicios de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación y nivel de formación.

Bajo ninguna circunstancia serán objeto de financiación con cargo a estos recursos, los siguientes conceptos de gasto:

- a) El pasivo prestacional e indemnizaciones por liquidación o supresión de cargos.

- b) El talento humano que desarrolla actividades de promoción y prevención del POS de los regímenes subsidiado y contributivo.
- c) Actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, referencia y contrarreferencia de la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, regímenes especiales y población vinculada, salvo las excepciones previstas en el anexo técnico de la presente circular y eventualmente los biológicos del PAI y medicamentos para el tratamiento de la lepra, tuberculosis, leishmaniasis y enfermedad de chagas, cuando estos no puedan ser suministrados por la Nación y los que en caso de emergencia sanitaria autorice el Ministerio de la Protección Social.
- d) Adquisición de dispositivos y equipos biomédicos para población discapacitada tales como prótesis, órtesis, aparatos y ayudas ortopédicas.
- e) Elaboración e impresión de objetos promocionales o de carácter suntuoso, que no generan impacto en salud pública, tales como: Calendarios, Petos, Camisetas, Gorras, Botones, Prendedores, Lapiceros, entre otros.

CONTRATACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, las acciones de salud pública previstas en la presente circular que no puedan ser realizadas directamente por la Dirección de Salud Territorial, se contratarán prioritariamente con las IPS públicas, vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa, siempre y cuando éstas cumplan las condiciones del Sistema Único de Garantía de Calidad. Para los efectos aquí previstos, el término prioritariamente debe entenderse en el sentido de que, en igualdad de condiciones de calidad, se preferirá contratar a las IPS públicas respecto de las privadas. En todo caso se deberán celebrar contratos que se regirán por la normatividad vigente en materia de contratación de entidades públicas.

ORGANIZACION INSTITUCIONAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley 715 de 2001, los Alcaldes y Gobernadores deberán adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, con el propósito de garantizar el óptimo cumplimiento de sus competencias en salud pública y mejorar la eficiencia de su gestión en función de los recursos asignados, infraestructura y talento humano disponible.

En el caso de los departamentos y distritos, en este proceso se deberá definir con claridad la(s) repartición(es) que adelantará(n) las competencias que les correspondan en materia de gestión de la salud pública (asesoría, asistencia técnica, monitoreo y evaluación de las acciones de salud pública del PAB y del POS), vigilancia en salud pública, laboratorio de salud pública, inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente, medicamentos y sustancias químicas potencialmente tóxicas, control de vectores y zoonosis y acciones complementarias de promoción y prevención.

Mientras las entidades territoriales realizan los ajustes requeridos en su estructura orgánica para el desarrollo de las competencias de vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente, de conformidad con lo dispuesto en el numeral cuarto del capítulo VI de la Sentencia de la Honorable Corte Constitucional N° C-617 de 2002, los departamentos podrán celebrar contratos para el desarrollo de dichas funciones, siempre y cuando estos se realicen con otras entidades del Estado, se fijen los derechos y obligaciones de las entidades delegante y delegataria y la delegación sea de carácter temporal.

FORMULACION DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL PAB 2004 – 2007 Y DE LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES DEL PAB. Es responsabilidad de los alcaldes de los municipios y distritos y de los gobernadores formular el Plan Estratégico del PAB para las vigencias 2004 – 2007, en el que se definan los objetivos para el periodo y los resultados esperados para cada año en el logro de las metas en salud pública definidas por la Nación y el cumplimiento de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

Para el desarrollo del Plan Estratégico, anualmente se deberá formular un Plan Operativo que discrimine las actividades que se desarrollarán para el logro de los resultados esperados en el año, en función de los recursos disponibles en cada vigencia en el respectivo nivel territorial.

La formulación de estos Planes deberá sujetarse a las actividades de estricto cumplimiento definidas para cada nivel territorial en el Anexo Técnico de la presente Circular y presentarse en los formatos establecidos para el efecto en el mismo.

APROBACIÓN DE LOS PLANES ESTRATÉGICO Y OPERATIVOS DEL PAB. En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, corresponde a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, dirigir la elaboración del Plan de Atención Básica en su jurisdicción. En consecuencia, el Plan estratégico del PAB de los departamentos, distritos y municipios deberá presentarse al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud respectivo, para la revisión y aval correspondiente, a más tardar el 30 de marzo de 2004, para su incorporación al Plan de Desarrollo Territorial. Igual trámite se adelantará cada

año con el Plan Operativo Anual antes de finalizar el primer trimestre de la vigencia correspondiente.

Para el cumplimiento de lo anterior, las direcciones departamentales de salud deberán brindar asistencia técnica y realizar monitoreo sobre la conformación y operación de los Consejos Municipales de Seguridad Social en Salud, así como para la concertación, formulación y presentación de los Planes estratégico y operativos del PAB a este cuerpo colegiado.

Para su ejecución, los Planes de Atención Básica municipales no requieren concepto previo de viabilización por parte del departamento, ni los departamentales y distritales aprobación previa por parte de la Nación.

CONCERTACION DEL PLAN DE ATENCION BASICA CON GRUPOS ETNICOS: Cuando en la entidad territorial existan grupos étnicos legalmente reconocidos, la formulación del PAB debe incluir los procesos de consulta y concertación que establece la normatividad vigente, orientada a la adecuación etnocultural de las acciones a realizar.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA. Para efectos de realizar el seguimiento y control, los departamentos y distritos deberán presentar a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, antes del 30 de abril de la vigencia correspondiente los siguientes documentos:

- a) Plan estratégico del PAB 2004 – 2007 (Sólo en la vigencia 2004)
- b) Plan Anual Operativo del PAB de la vigencia correspondiente.
- c) Certificados de aprobación de cada uno de los Planes emitidos por el CTSSS.

d) En el caso de los departamentos, relación de municipios de su jurisdicción que cuentan con PAB aprobado por el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud e informe de evaluación de los Planes de Atención Básica municipales de la vigencia anterior.

e) Informe de evaluación del PAB Departamental o Distrital de la vigencia anterior.

EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DEL POS-S A CARGO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. Cada año, antes del 30 de octubre los departamentos deberán presentar ante el Ministerio de la Protección Social la relación actualizada de municipios que con corte a 30 de septiembre cumplen con los requisitos establecidos en la Resolución 968 de 2002, así como aquellos cuya evaluación ha sido insatisfactoria, para efectos de la asignación y giro de los recursos de la UPC-S de la vigencia siguiente.

La programación de actividades y el Plan de Acción correspondiente para estas actividades se incorporará al POA del PAB de cada vigencia, conforme a lo dispuesto en la Resolución 968 de 2002.

ANEXO G

ANEXO TECNICO DE LA CIRCULAR EXTERNA No.18 del 18 de febrero de 2004

METAS, ACTIVIDADES E INDICADORES DE LAS ACCIONES DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ATENCION BASICA

Para el logro de las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo respecto a las prioridades de salud pública definidas por la Nación en la presente circular, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, deberán desarrollar las siguientes intervenciones e indicadores en los Planes de Atención Básica durante las vigencias 2004-2007.

METAS NACIONALES EN EL PLAN ESTRATEGICO PARA EL PERIODO 2002 2006 EN EL COMPONENTE DE SALUD PUBLICA:

Las siguientes son las metas que la Nación se ha propuesto para el periodo 2002 2006 en el Plan Estratégico para las prioridades de Salud Pública:

PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (Fiebre Amarilla, Dengue, Malaria, Leishmaniasis, Chagas.)

Para la prevención y control de vectores la Nación se ha propuesto fortalecer la gestión territorial para mejorar la capacidad de los servicios de salud en diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión vectorial. Para el logro de lo anterior los departamentos deberán incorporar al Plan de Atención Básica las siguientes actividades, metas e indicadores de

cumplimiento, a desarrollar en los municipios de categorías 4, 5 y 6 de su jurisdicción.

ACTIVIDADES:

1. Censo y caracterización de la población y viviendas para focalización y estratificación del riesgo en la localidad y levantamiento de índices vectoriales.
2. Desarrollo de actividades de información, educación y comunicación para orientar a la población hacia los servicios de diagnóstico y tratamiento del POS y promoción de las medidas de control selectivo e integral.
3. Desarrollo de las actividades de control selectivo e integral con participación social e intersectorial según focalización y estratificación del riesgo de la localidad.
4. Adquisición de equipos, insumos críticos y suministros para la aplicación de las medidas de control selectivo e integral del vector, según recomendación del nivel nacional.
5. Conformación de la red de microscopía para el diagnóstico de Malaria.
6. Difusión de las guías de atención de la malaria, el dengue, la Leishmaniasis y la Enfermedad de Chagas y de las normas del programa para diagnóstico por laboratorio, protocolos de vigilancia y operación de la red de diagnóstico.
7. Programación y distribución de medicamentos para el tratamiento de Malaria, Leishmaniasis y Enfermedad de Chagas.
8. Monitoreo y seguimiento a las actividades de diagnóstico y tratamiento de las ARS, IPS y ESE en el municipio o distrito.

9. Toma y remisión de muestras al Laboratorio departamental de salud pública para la vigilancia entomológica y virológica e investigación operativa de campo.
10. Recolección, consolidación, análisis y reporte al nivel superior de información epidemiológica requerida por el programa.
11. Adicionalmente, asesorar, monitorear y evaluar las acciones de prevención y control de vectores que desarrollen los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial de su jurisdicción.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Levantamiento de índices aélicos	El 100% de los municipios de categorías a riesgo han realizado medición de índices aélicos en la localidad 4 veces al año.
Mantenimiento de índice de infestación de viviendas con Aedes Aegypti en niveles de bajo riesgo	El 100% de los municipios y distritos de alto riesgo tienen índice de infestación de viviendas menor de 5%.
No y % de departamentos con sitio centinela para virus dengue implementado	El 100% de los departamentos y distritos con riesgo de dengue
Identificación, mapeo y tratamiento de criaderos de Anopheles	El 90% de los municipios y distritos de categorías 1, 2, 3
Nº y Porcentaje de Instituciones de salud de municipios a riesgo que han implementado las guías de atención de	El 100% de las Instituciones de salud de municipios a riesgo han implementado las guías de atención

la malaria, dengue, leishmaniasis y enfermedad de Chagas	de la malaria, dengue, chagas leishmaniasis y fiebre amarilla.
No y porcentaje de unidades notificadoras notificando malaria complicadas	80% de las unidades notificando malaria complicada
No y porcentaje de sitios centinelas implementados para la resistencia de drogas antimaláricas	De acuerdo a lineamientos nacionales
Nº y porcentaje de municipios que adelantan estrategias de control social de las ETV	100% de los municipios de alto riesgo
Nº y Porcentaje de estrategias de IEC sobre control de ETV implementadas.	100% de los municipios de alto riesgo han implementado estrategias de IEC sobre control de ETV.
No y porcentaje de departamentos con unidades de entomología	100% de los departamentos con unidades de entomología conformados
Red de diagnostico de malaria fortalecida	En el 90% de los municipios y distritos de categorías 1, 2, 3 y especial a riesgo, se ha conformado la red de diagnóstico de malaria
No y porcentaje de municipios de riesgo con estudio de foco de leishmaniasis realizados	90% de los municipios de riesgo con información enviada al nivel departamental y nacional sobre el resultado del estudio de foco