

Factores de riesgo que predisponen a contraer dengue, identificados en la comunidad de los municipios de florida - valle del cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen de chucuri y armenia. Durante el primer semestre de 2013.

Angarita Navarro Ana Karina C.C: 1091656774

González Tafur Andrés Felipe C.C: 1.112.101.247

Santos Piñeres Diana Briggith C.C: 1.098.691752

Zabala Campos Esteban Armando C.C: 1.111.199.453

Universidad Nacional Abierta Y A Distancia

Escuela De Ciencias Básicas Tecnologías E Ingenieras

Tecnología En Regencia De Farmacia

Palmira-valle

2014

Factores de riesgo que predisponen a contraer dengue, identificados en la comunidad de los municipios de florida - valle del cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen de chucuri y armenia. Durante el primer semestre de 2013.

Angarita Navarro Ana Karina C.C: 1091656774

González Tafur Andrés Felipe C.C: 1.112.101.247

Santos Piñeres Diana Briggith C.C: 1.098.691752

Zabala Campos Esteban Armando C.C: 1.111.199.453

Curso de profundización en fundamentos de salud publica

Tutor

Ninis Beatriz Yance Restrepo

Universidad Nacional Abierta Y A Distancia

Escuela De Ciencias Básicas Tecnologías E Ingenieras

Tecnología En Regencia De Farmacia

Palmira-valle

2014

NOTA DE ACEPTACIÓN

A large, light blue, stylized letter 'U' graphic that serves as a background for the signature area. It has a thick, rounded shape with a slight shadow effect.

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Palmira – Valle
2014



DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Papa y mama

AGRADECIMIENTO

Al cumplir este trabajo que es dificultoso como el desarrollo de este proyecto le agradecemos a muchas personas por brindarnos apoyo y permitirnos conocer más afondo el trabajo sobre los factores de riesgo que predisponen a contraer dengue, y en especial por brindarnos tanta ayuda; por estas personas es que es un verdadero placer utilizar este espacio para ser justos y consecuentes con ellas, expresándoles nuestra gratitud.

El agradecimiento y de manera especial y sincera va dirigido a nuestra tutora y directora Ninis Beatriz Yance Restrepo por aceptarnos para realizar este proyecto de trabajo de grado bajo su dirección. Su apoyo y confianza en nuestro anteproyecto y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido invaluable gracias por permitirnos colocar cada una de nuestras opiniones y por guiarnos, gracias a este apoyo conseguimos unas excelentes investigaciones y demostramos nuestra capacidad de trabajo sin duda sus enseñanzas tanto en nuestro anteproyecto como en la materia que tuvimos el placer de ver con ella aprendimos mucho de ella y cada conocimiento brindado sin vacilación lo llevaremos en nuestra mente para en cualquier oportunidad colocarlo en práctica mil gracias por enseñarnos y demostrarnos lo bello que es aprender cuando se tiene un interés por superarse y demostrar a tantas personas nuestras capacidades, gracias a todos por su apoyo y enseñanza.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción	15
1. Título Del Proyecto	16
1.1. Nombre de los integrantes	16
2. Planteamiento del problema	17
2.1. Formulación del problema	18
2. Objetivos	19
2.1. Objetivo general	19
2.2. Objetivos específicos	19
3. Justificación	20
4. Marco referencial	21
4.1. Marco teórico	21
4.2. Marco de antecedentes epidemiológicos	35
4.3. Marco de antecedentes legales	37
4.4. Marco geográfico	45
4.4.1. Bucaramanga	45
4.4.2. Carmen Del Chucuri	45
4.4.3. Valle del cauca	46
4.4.4. Florida Valle	47
4.4.5. Armenia	48
4.4.6. Ocaña	49
5. Metodología	50
5.1. Resultados	50
6. Análisis de resultados.	51

7. Conclusiones 63

Bibliografía 64

Anexos 65



LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Municipios	51
Grafica 2. Sexo, edad.	52
Grafica 3. Área de vivienda, nivel de instrucción.	53
Grafica 4. Cuenta con servicio de agua, ha recibido alguna información Sobre el dengue.	54
Grafica 5. Considera usted que puede llegar a padecer de dengue.	55
Grafica 6. Considera Ud. Que su comunidad se encuentra expuesta a contraer el Dengue.	56
Grafica 7. Ud. Sabe qué es el Dengue y quién la causa, Sabe Ud. cómo una persona se puede enfermar del Dengue.	57
Grafica 8. Indique a qué hora cree que hay mayor posibilidad de que el zancudo salga y pique, Cada cuánto tiempo lava y cepilla sus depósitos almacenadores de agua.	59
Grafica 9. Conserva Ud. los Depósitos de agua, qué cuidados debe tener con los recipientes que no se estén utilizando	60
Grafica 10. Qué haría Ud. Si presentara los malestares del Dengue.	61



LISTA DE ANEXOS

Pag

ANEXO 1. INSTRUMENTO

65

ANEXO 2 .Letra creada en EPINFO

66

GLOSARIO

DENGUE: es una enfermedad viral, de carácter endémo-epidémico, transmitida por mosquitos del género Aedes, principalmente por Aedes aegypti, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. (Martínez, 2008).

El agente etiológico es el virus dengue, que es del género Flavivirus y posee cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4), los cuales están circulando simultáneamente en nuestro país.

El dengue es ocasionado por cualquiera de cuatro serotipos de virus que no desencadenan inmunidad cruzada, lo cual significa que una persona puede infectarse y enfermar hasta cuatro veces. Su período de incubación gira alrededor de los 7 días. La infección que causa el virus resulta en un amplio espectro de presentaciones clínicas, que van desde formas asintomáticas y subclínicas hasta cuadros muy graves con compromiso vascular, afección de órganos y sistemas que se asocian a mortalidad.

MOSQUITO AËDES AEGYPTI: el Aëdes aegypti se diferencia del resto de los mosquitos porque su sifón es más corto que el de los demás mosquito, es de color café oscuro o negro, con manchas o rayas blancas en el tórax y en las patas.

Tiene un período de vida de hasta 4 semanas y es el transmisor del dengue y de la fiebre amarilla. Su radio de acción es de hasta 800 metros de su nido. Cuando el mosquito está infectado con el virus del dengue, éste se lo transmite a sus huevos.

Es considerado el vector más importante del hemisferio occidental y sus hábitos son diurnos, ya que suele picar en las primeras horas de la mañana y en el atardecer.

PREVENCION: La prevención implica más acciones de aplicación individual, dejando que la persona sea un ente algo pasivo en el proceso. Se trata básicamente de la aceptación de un tratamiento, la aplicación de una prueba diagnóstica, la adopción de una profilaxis, o en el mejor de los casos buscará evitar la exposición a un determinado factor de riesgo.

VIRUS: Agente infeccioso (microbio) responsable de numerosas enfermedades en todos los seres vivos. Son los causantes de diversas enfermedades, requieren de células vivas para multiplicarse y depender de ellas como parásitos.

VECTOR: organismo que transmite un agente infeccioso desde los individuos afectados a susceptibles. Los mosquitos de la familia culicidae son vectores de diversos virus y protistas patógenos.

HUÉSPED: es la persona o animal vivo que en circunstancias naturales permiten el alojamiento, subsistencia o reproducción de agentes infecciosos.

TRATAMIENTO: es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.

AUTOMEDICACION: la automedicación es el uso irracional y descontrolado de fármacos sin ningún tipo de precaución ni respaldo farmacéutico.

Resumen

El dengue en Colombia representa un problema prioritario en salud pública debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de diferentes serotipos, la reintroducción del serotipo tres, la infestación por *A. aegypti* de más de 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción de *Aedes albopictus* y la urbanización de la población por problemas de violencia.

Los factores de riesgo los cuales predisponen para contraer dengue, deben ser identificados claramente, apoyados de una herramienta de recolección de datos, se caracterice cada factor de riesgo, enriqueciendo nuestro conocimiento y fortaleciendo los mecanismos de educación que nos lleven a la minimización de estos factores en la comunidad. Es de poner atención que las personas acuden a las farmacias cuando tienen algún síntoma, por lo tanto es de gran importancia comunicar a los regentes de farmacia y personal que labora en dichos sitios que en su obligación ética-profesional es de no recomendar ningún tipo de medicamento ante estos signos y síntomas que pueda presentar la persona y que en su defecto realice educación y concientización de la importancia de acudir a un centro de salud para que se dé un manejo adecuado dando a conocer las complicaciones que puede haber en caso de no tener un tratamiento por parte de personal asistencial de salud.

Con la aplicación de este trabajo, se pretende caracterizar los factores de riesgo que predisponen para contraer dengue en la comunidad de los municipios de Florida - Valle Del Cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen De Chucuri Y Armenia durante el primer semestre de 2013.



Abstract

Dengue in Colombia is a priority public health problem due to intense transmission reemergence rising trend, the behavior of epidemic cycles every 2 or 3 years, the increase in the frequency of outbreaks of severe dengue, the simultaneous circulation of different serotypes the reintroduction of serotype three aegypti infestation of more than 90% of the country located below 2000 m, the introduction of *Aedes albopictus* and the urbanization of the population problems of violence.

Risk factors which predispose to contract dengue, should be clearly identified, supported by a tool for data collection, each risk factor is characterized, by enriching our knowledge and strengthening the mechanisms of education that lead to the minimization of these factors in the community.

Is to pay attention when people go to the pharmacy when they have any symptoms, so it is very important to communicate to the regents and pharmacy staff working in these sites in their ethical and professional obligation is not to recommend any type of drug with these signs and symptoms that may present the person and failing to make education and awareness of importance of going to a health center for proper management revealing that there may be complications if they do not have a treatment by health care personnel.

With the application of this work is to characterize the risk factors that predispose to contract dengue in the community of municipalities of Valle del Cauca Florida, Ocaña, Bucaramanga, Carmen Chucurri and Armenian during the first half of 2013.

INTRODUCCION.

El dengue es una enfermedad causada por un virus, transmitida de persona a persona a través de un mosquito, que es el vector de la enfermedad. En la mayoría de los casos, este es el *Aedes aegypti*, mosquito de hábitos domiciliarios, por lo que la enfermedad es predominantemente urbana.

Existen cuatro tipos del virus del dengue (serotipos) 1, 2, 3 y 4.

La primera vez que una persona es contagiada por cualquiera de estos 4 virus, adquiere el dengue. Nunca volverá a padecer dengue por el mismo virus pero si la persona vuelve a ser picada por un mosquito portador de uno de los tres restantes virus, puede sufrir otra vez dengue. Por lo tanto, una persona puede tener hasta cuatro enfermedades por dengue durante su vida.

El dengue es un problema creciente de Salud Pública en el mundo, debido a un aumento de la población de *Aedes aegypti*, y a la falta de una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad. El aumento de la población de mosquitos es una consecuencia de la urbanización rápida y desorganizada, de la insuficiente provisión de agua potable y de recolección de residuos, de la gran producción de recipientes descartables que sirven como criaderos de mosquitos, y de la resistencia del *Aedes aegypti* a los insecticidas.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO BAJO LA MODALIDAD:

1. Título del Proyecto

FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A CONTRAER DENGUE, IDENTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DE LOS MUNICIPIOS DE FLORIDA - VALLE DEL CAUCA, OCAÑA, BUCARAMANGA, CARMEN DE CHUCURI Y ARMENIA. DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2013.

1.1. Nombre de los Investigadores

Ana Karina Angarita

Andrés Felipe González

Diana Briggith Santos

Esteban Armando Zabala Campos

Pedro Antonio López

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que el dengue se conoce como entidad clínica desde hace más de dos siglos y del conocimiento acumulado en el transcurso de los últimos años, esta arbovirosis continúa siendo hoy uno de los principales problemas de salud mundial y constituye uno de los mayores retos de salud pública en el milenio actual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 100 países en los que viven 2500 millones de personas informan de casos de dengue. De ellos, más de 500 000 son de dengue hemorrágico y alrededor de 25000 personas fallecen por esa enfermedad anualmente.

En la Región de las Américas el dengue ha tenido un incremento significativo en los últimos años debido a la incidencia de un grupo de macro factores como los económicos, políticos, sociales y ambientales, éste último trae consigo alteraciones en el ecosistema por los profundos y desestabilizados cambios climáticos que hoy ocurren, y por tanto, en la distribución geográfica de patógenos y vectores, facultando esto a que el dengue esté presente prácticamente en toda la Región de las Américas.

De esta forma, el dengue es una de las patologías infecciosas con mayor impacto en Colombia y constituye un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.

El comportamiento epidemiológico de la enfermedad en las últimas décadas ha sido ascendente; caracterizado por aumento exponencial de las áreas endémicas en las diferentes décadas. Su comportamiento cíclico se ha caracterizado por picos epidémicos cada tres o cuatro años, relacionados con el reingreso de nuevos serotipos al país.

2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen para contraer dengue en la comunidad de los municipios de Florida - Valle Del Cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen De Chucuri Y Armenia durante el primer semestre de 2013?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir los factores de riesgo que predisponen a contraer dengue en la comunidad de los municipios de florida - valle del cauca, ocaña, bucaramanga, carmen de chucuri y armenia. durante el primer semestre de 2013.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar un instrumento que permitan identificar los factores de riesgos que predisponen para contraer dengue.
- Identificar los factores de riesgo que predisponen a contraer dengue.

4. JUSTIFICACIÓN

El dengue en Colombia representa un problema prioritario en salud pública debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de diferentes serotipos, la reintroducción del serotipo tres, la infestación por *A. aegypti* de más de 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción de *Aedes albopictus* y la urbanización de la población por problemas de violencia.

Factores de riesgo los cuales predisponen para contraer dengue, deben ser identificados claramente, apoyados de una herramienta de recolección de datos, se caracterice cada factor de riesgo, enriqueciendo nuestro conocimiento y fortaleciendo los mecanismos de educación que nos lleven a la minimización de estos factores en la comunidad.

5. MARCO REFERENTE

5.1. MARCO TEÓRICO

El dengue es una enfermedad viral, de carácter endémo-epidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. (Martínez, 2008).

El agente etiológico es el virus dengue, que es del género *Flavivirus* y posee cuatro serotipos (*DENV1*, *DENV2*, *DENV3*, *DENV4*), los cuales están circulando simultáneamente en nuestro país.

El dengue es ocasionado por cualquiera de cuatro serotipos de virus que no desencadenan inmunidad cruzada, lo cual significa que una persona puede infectarse y enfermar hasta cuatro veces. Su período de incubación gira alrededor de los 7 días. La infección que causa el virus resulta en un amplio espectro de presentaciones clínicas, que van desde formas asintomáticas y subclínicas hasta cuadros muy graves con compromiso vascular, afección de órganos y sistemas que se asocian a mortalidad. (Guzmán, 1999).

Para que en un lugar haya transmisión de la enfermedad tienen que estar presentes de forma simultánea: el virus, el vector y el huésped susceptible.

Tiene diversas formas clínicas desde cuadros indiferenciados, asintomáticos hasta formas graves que llevan a shock y fallas en órganos vitales pero debe ser enfocada como una sola enfermedad.

El dengue es una enfermedad de amplio espectro clínico incluyendo desde cuadros inaparentes hasta cuadros graves, que pueden evolucionar a muerte, por lo tanto debe ser vista como una sola enfermedad que puede evolucionar de múltiples formas. Entre las formas graves se destacan las que

producen hepatitis, insuficiencia hepática, encefalopatía, miocarditis, hemorragias severas y choque.

El espectro clínico del dengue tan variado explica la diversidad de cuadros clínicos que podemos encontrar en una población durante una epidemia, pero la mayoría de los pacientes estarán con sintomatología leve y posiblemente ni siquiera buscarán atención médica; otros tendrán síntomas inespecíficos (oligosintomáticos) y otros estarán muy afectados, con gran postración y quizás con una evolución desfavorable, deterioro clínico y muerte; a veces en pocas horas.

Cada uno de los cuatro virus del dengue puede producir cualquier cuadro clínico mencionado previamente.

También existen las formas clínicas que por no ser tan frecuentes se les llama “atípicas” que resultan de la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o hepatopatía por dengue, así como la afectación renal con insuficiencia renal aguda y otras que también se asocian a mortalidad (Martínez, 2005).

El dengue es una enfermedad muy dinámica, a pesar de ser de corta duración (no más de una semana en casi el 90% de los casos). Su expresión puede modificarse con el paso de los días y puede también agravarse de manera súbita; por lo cual el enfermo necesita que el médico realice seguimiento, preferentemente en forma diaria si existe algún signo de alarma.

El curso de la enfermedad del dengue tiene tres etapas clínicas:

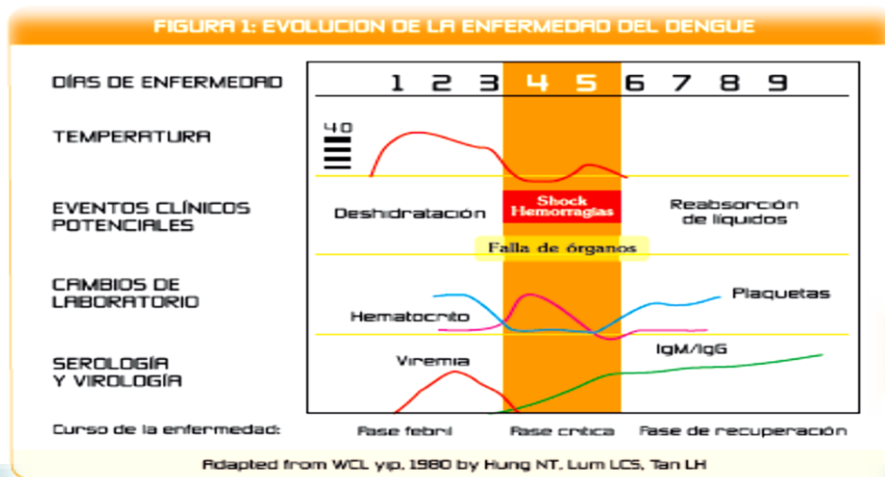
- ✚ Etapa febril; la única para la inmensa mayoría de los enfermos.
- ✚ Etapa crítica.
- ✚ Etapa de recuperación (Figura 1).

La etapa febril: es variable en su duración y se asocia a la presencia del virus en sangre (viremia). Como en otras enfermedades, la evolución hacia la curación pasa por la caída de la fiebre y durante la misma el enfermo va a tener sudoración, astenia o algún decaimiento, toda esta sintomatología es transitoria.

La caída de la fiebre se asocia al momento en que el paciente se agrava, y la defervescencia (transición de la etapa febril a la etapa febril), anuncia el inicio de la etapa crítica de la enfermedad.

La etapa crítica coincide con la extravasación de plasma y su manifestación más grave es el choque, que se evidencia con frialdad de la piel, pulso filiforme, taquicardia e hipotensión.

A veces, con grandes hemorragias digestivas asociadas, así como alteraciones hepáticas y quizás de otros órganos. El hematocrito se eleva en esta etapa y las plaquetas que ya venían descendiendo alcanzan sus valores más bajos. En la etapa de recuperación generalmente se hace evidente la mejoría del paciente, pero en ocasiones existe un estado de sobrecarga líquida, así como alguna coo-infección bacteriana.



En dengue el primer día afebril es el día de mayor riesgo donde pueden presentarse las complicaciones.

Fisiopatogenia

Posterior a la picadura de un mosquito infectado, el virus ingresa al organismo y se replica en el interior de las células fagocíticas mononucleares (macrófagos, monocitos y células B). Después de un período de incubación que oscila entre siete y diez días se presenta una viremia generalizada asociada con fiebre y síntomas de compromiso sistémico, durante la cual se produce la diseminación del virus en el organismo.

La respuesta inmune primaria se basa en la producción de anticuerpos IgG específicos contra las proteínas estructurales y no estructurales del virus. El rol específico de estos anticuerpos no se ha dilucidado por completo, sin embargo, parece estar relacionado con la inducción de la apoptosis de las células endoteliales y con la activación de la cascada del complemento, fenómenos que inciden en el aumento de la permeabilidad vascular y en las alteraciones de la coagulación características de la enfermedad.

La aparición de dengue hemorrágico y de síndrome de shock asociado a dengue hemorrágico, se presenta en la mayor parte de los casos durante un contacto secundario con el agente infeccioso, surgiendo aparentemente como consecuencia de una respuesta inmune exagerada producto de la interacción entre los anticuerpos desarrollados durante la primoinfección y el virus responsable del nuevo contacto.

Otros fenómenos inmunológicos observados en pacientes con estas dos variantes clínicas de la enfermedad incluyen incremento de la concentración de IgE específica, disminución de los linfocitos T CD4+, CD8+ y NK, aumento del porcentaje de linfocitos atípicos, presencia de anticuerpos contra los linfocitos B e incremento en la producción de diversas citoquinas y factores inmunes - IFN gamma, FNT alfa, FNT beta, IL 2, IL 6, IL 4, IL 5 e IL 10 - relacionados con la patogénesis de la infección secundaria.

Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico varía desde un síndrome febril simple hasta un shock hemorrágico. Los casos más leves (síndrome viral o fiebre no diferenciada) están relacionados habitualmente con infección primaria, son indistinguibles de otras enfermedades de origen viral desde el punto de vista clínico y resuelven con tratamiento sintomático o en forma espontánea y sin complicaciones de gravedad en un breve lapso de tiempo.

La infección clásica (dengue no complicado) se presenta como un cuadro febril de aparición súbita, cefalea pulsátil de intensidad moderada a severa con predominio en la región retro orbitaria, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, anorexia, malestar abdominal y en ocasiones rash cutáneo maculo papular. Otras manifestaciones comunes incluyen episodios intermitentes de rubor facial irradiados a cuello y región torácica, coriza, inyección conjuntival,

ardor faríngeo, alteración en la percepción del sabor de alimentos y bebidas, vómito, diarrea y convulsiones.

Las manifestaciones hemorrágicas no son frecuentes en esta variante clínica de la enfermedad, sin embargo, algunos pacientes presentan petequias, epistaxis, sangrado de vías digestivas y hemorragia gingival leve. La prueba del torniquete, consistente en mantener insuflado el manguito del tensiómetro entre la presión sistólica y diastólica durante cinco minutos, puede ser positiva (aparición de veinte o más petequias en un área de dos centímetros y medio) en algunos de estos pacientes como respuesta al aumento en la fragilidad capilar.

La fiebre hemorrágica se presenta habitualmente como una infección secundaria, aunque en algunos casos, especialmente en niños que han adquirido anticuerpos maternos por vía placentaria, puede corresponder al primer contacto con el virus. Aparentemente, la presencia de anticuerpos derivados de una infección anterior, estimula la replicación viral y magnifica las manifestaciones clínicas de la enfermedad en los sistemas inmunológico, cardiovascular y hematológico.

Cualquiera de los cuatro serotipos del virus puede conducir a un cuadro de fiebre hemorrágica, sin embargo el que se asocia con mayor frecuencia a esta variante clínica es el tipo DEN 2, seguido de los serotipos 3, 4 y 1 respectivamente. El cuadro característico del dengue hemorrágico incluye síntomas generales de infección aguda (fiebre elevada intermitente, malestar, anorexia, náuseas, vómito, cefalea severa, mialgias y artralgias), manifestaciones hemorrágicas de localización e intensidad variable (epistaxis, sangrado gingival, hematemesis, melenas, petequias, equimosis, metrorragia y sangrado intermenstrual) y trastornos hemodinámicos

(hipotensión arterial, taquicardia, disminución del tiempo de llenado capilar, falla isquémica múltiple).

Desde el punto de vista clínico, el dengue hemorrágico se divide en tres fases: la primera, conocida como fase febril, se caracteriza por un aumento súbito de la temperatura corporal, presencia de rubor facial intermitente y compromiso del estado general del individuo. A partir del momento en que desaparece la fiebre - dos a siete días después del inicio del cuadro - el paciente entra en la etapa de recuperación o progresa a la segunda etapa.

La aparición de taquicardia e hipotensión arterial marca el inicio de la fase de escape circulatorio, durante la cual se produce un incremento de la permeabilidad vascular. A medida que aumenta la gravedad del cuadro se presentan disminución de la amplitud del pulso, prolongación del tiempo de llenado capilar, desplazamiento de líquido plasmático a los tejidos vecinos y manifestaciones hemorrágicas en diferentes sitios del organismo.

Durante la tercera fase, también conocida como etapa de convalecencia, se logra la estabilización de los parámetros vitales y la recuperación completa del estado general del paciente. Algunas manifestaciones clínicas que se observan con frecuencia durante este lapso de tiempo incluyen aparición de rash cutáneo petequiral, confluyente, asociado a eritema intercalado con áreas de palidez dérmica, presencia de bradicardia sinusal sin otras alteraciones electrocardiográficas concomitantes y desarrollo de prurito en la región palmo plantar.

De acuerdo con la severidad del cuadro, el dengue se clasifica en cuatro grados:

- ✚ Grado I: cuadro clínico compatible, prueba del torniquete positiva y ausencia de manifestaciones de shock.
- ✚ Grado II: cuadro clínico compatible, prueba de torniquete positiva, sangrado espontáneo en alguna parte del cuerpo y ausencia de signos de shock.
- ✚ Grado III: signos clínicos y paraclínicos de shock.
- ✚ Grado IV: shock severo con hipotensión marcada y disminución subsecuente de la amplitud del pulso.

Complicaciones

El dengue hemorrágico severo puede dar lugar a la aparición de complicaciones graves como insuficiencia hepática, coagulación intravascular diseminada, miocarditis aguda reversible, encefalopatía y alteraciones renales.

El compromiso hepático es frecuente, la gravedad del mismo está relacionada con el serotipo (especialmente DEN3 y DEN4), con la severidad de la infección (grado de intensidad) y con el compromiso del estado general. La presencia de ictericia, alteración del estado de conciencia en ausencia de trastornos del sistema nervioso, hiperreflexia, respuesta plantar extensora y/o convulsiones en un paciente con sospecha clínica de dengue y elevación de las enzimas hepáticas debe hacer pensar en la posibilidad de una falla hepática aguda.

La coagulación intravascular diseminada puede presentarse de manera ocasional en casos de dengue hemorrágico. El mecanismo que desencadena el proceso no se ha aclarado por completo, sin embargo, parece estar relacionado con la formación de complejos inmunes que activan la cascada

de la coagulación y disparan el sistema de quininas plasmáticas, dando lugar a los fenómenos fisiopatológicos que subyacen al proceso.

Algunos pacientes con dengue hemorrágico presentan miocarditis aguda reversible. Entre los hallazgos característicos del cuadro se encuentran cambios electrocardiográficos en la onda T y el segmento ST, disminución de la fracción de eyección e hipoquinesia global. Los trastornos de la función ventricular izquierda podrían explicar la hipotensión arterial y algunos otros fenómenos hemodinámicos observados en los casos de shock.

La encefalopatía se observa en el 0.5% de los pacientes con dengue hemorrágico y alcanza un porcentaje de mortalidad superior al veinte por ciento. Entre los factores asociados con el desarrollo de encefalopatía se cuentan disfunción hepática, desbalance electrolítico, aumento de la permeabilidad vascular y extravasación de fluidos que lleva a edema cerebral y trastornos circulatorios que dan origen a hipoperfusión tisular.

Los trastornos renales (insuficiencia renal aguda, síndrome urémico hemolítico) se asocian con isquemia prolongada del tejido renal, depósito de complejos inmunes de elevado peso molecular en la membrana basal del glomérulo y generación de anticuerpos contra estructuras propias del organismo. Es poco frecuente encontrar alteraciones de la función renal en pacientes con infección primaria por virus del dengue.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad se basa en la historia clínica y en los resultados de las pruebas paraclínicas, sin embargo, la confirmación definitiva sólo puede llevarse a cabo mediante aislamiento del virus (líneas celulares del mosquito, técnica de inoculación al mosquito, cultivo de células vertebrales), utilización de pruebas serológicas específicas (inhibición de

hemaglutinación, fijación del complemento, test de neutralización de anticuerpos) y aplicación de técnicas específicas de diagnóstico molecular.

La historia clínica debe tener en cuenta el área geográfica de procedencia del paciente, el contacto con individuos afectados por la enfermedad y el antecedente de infección previa. Entre los factores de riesgo de dengue hemorrágico se han reportado edad y género del paciente (mayor frecuencia y severidad en niños y ancianos, predominio en el sexo femenino), estado inmunológico y nutricional de base, concomitancia con otras enfermedades crónicas, serotipo y grado de virulencia.

Los hallazgos del examen físico varían de acuerdo con la severidad del cuadro e incluyen fiebre elevada intermitente, deshidratación leve a moderada, dolor abdominal de intensidad variable, evidencia de sangrado activo (petequias, equimosis, hematomas, epistaxis, sangrado gingival) e hipotensión arterial sistémica, taquicardia, disminución de la amplitud de la onda del pulso y reducción del tiempo de llenado capilar en los casos más graves y/o en presencia de shock asociado.

La aceptación del diagnóstico de dengue hemorrágico por parte de la Organización Mundial de la Salud requiere el cumplimiento de los siguientes criterios: fiebre de inicio súbito y duración entre dos y siete días, manifestaciones hemorrágicas (petequias, equimosis, púrpura, sangrado de mucosas, prueba del torniquete positiva), trombocitopenia (< 100.000 plaquetas) y evidencia clínica de aumento de la permeabilidad vascular (elevación del hematocrito mayor del 20% sobre el valor normal, ascitis, efusión pleural, disminución del nivel de proteínas séricas).

Los datos paraclínicos que sugieren el diagnóstico de dengue incluyen disminución del recuento de plaquetas (< 100 x 10⁹), leucopenia, linfocitosis

con predominio de formas atípicas (> 15%), trastornos del sistema de coagulación (prolongación del tiempo parcial de tromboplastina activado, aumento del tiempo de protrombina e incremento de los productos de degradación del fibrinógeno), disminución del nivel de albúmina, trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido base (hiponatremia, acidosis metabólica) y elevación moderada de las enzimas hepáticas (alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa).

El aislamiento del virus puede llevarse a cabo a partir de muestras de suero, plasma o leucocitos, obtenidas durante los episodios febriles de la enfermedad. En la actualidad, el cultivo del agente etiológico se lleva a cabo en líneas celulares del mosquito dada la facilidad de la técnica de cultivo, la efectividad del procedimiento y la potencialidad de mantenimiento de los especímenes durante períodos largos de tiempo.

El diagnóstico serológico puede llevarse a cabo a partir de diversas pruebas: test de inhibición de la hemoaglutinación, test de inmunoabsorción enzimática, test de fijación del complemento y test de neutralización. La detección de IgM e IgG específicas para dengue es utilizada ampliamente en el contexto clínico y de investigación, dada la facilidad técnica de las pruebas empleadas, la rapidez de obtención de resultados, el grado de sensibilidad y la adecuada relación costo beneficio.

El diagnóstico molecular (RT – PCR) es una alternativa confiable, rápida y de excelente sensibilidad y especificidad para la detección del virus en fases tempranas de la infección, en las que no es posible demostrar aún la presencia de anticuerpos. Por las razones planteadas, el diagnóstico molecular es considerado hoy en día como prueba de elección para la confirmación del diagnóstico, la identificación del serotipo específico y la determinación de sensibilidad cruzada con otros flavivirus.

El diagnóstico diferencial del dengue no complicado incluye mononucleosis infecciosa, infección por virus Chickengunya, infección por virus Coxsackie u otros enterovirus similares, rickettsiosis, rubeola y otras enfermedades virales exantemáticas, infección por Parvovirus B 19, leptospirosis e influenza. La enfermedad de Kawasaki, la fiebre amarilla, las infecciones por Hanta virus, la septicemia meningocócica y otras fiebres virales hemorrágicas menos comunes en la práctica clínica deben ser consideradas como diagnóstico alternativo en casos de dengue hemorrágico.

Enfoque terapéutico

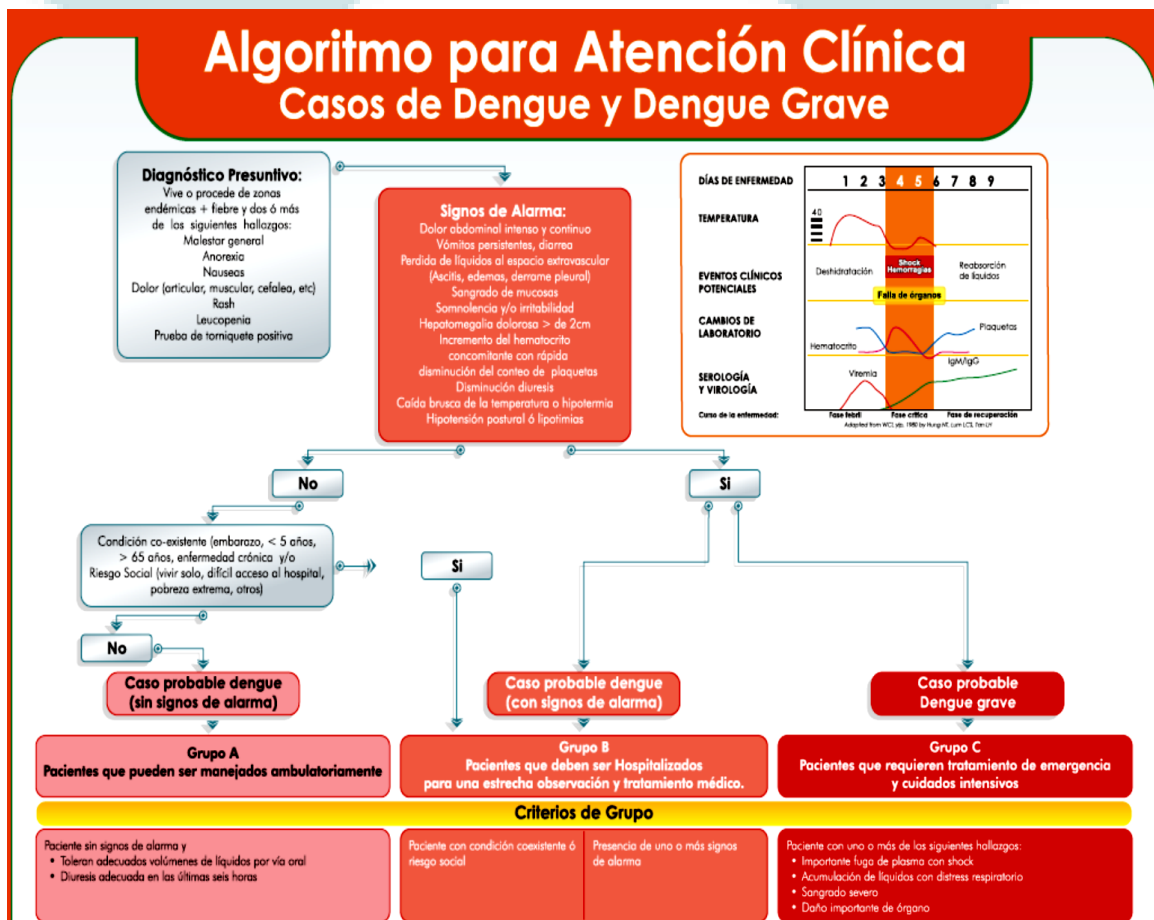
El manejo del paciente con dengue no complicado puede llevarse a cabo a nivel domiciliario, sin embargo, en presencia de deterioro clínico, sangrado de cualquier tipo, alteración del estado de conciencia o evidencia paraclínica de dengue hemorrágico es necesario llevar a cabo la hospitalización del paciente.



El tratamiento del dengue clásico no complicado incluye control de la temperatura, dieta suave con alto contenido de líquidos y monitoreo constante del recuento de plaquetas y del hematocrito. El esquema terapéutico de elección para el manejo de la fiebre es acetaminofén 60 mg/kg/día, no es conveniente exceder la dosis recomendada por que la mayor parte de los pacientes con dengue exhibe algún grado de compromiso de la función hepática.

Los pacientes con dengue hemorrágico grado I y II requieren la reposición de líquidos por vía parenteral (Lactato de Ringer según las necesidades individuales del caso); medición periódica de niveles de electrolitos (especialmente en caso de alteración del estado de conciencia); monitoreo estricto de parámetros vitales y control de diuresis; recuento de plaquetas,

hematocrito, enzimas hepáticas y observación continua en busca de manifestaciones hemorrágicas de cualquier tipo.

En los casos de dengue grado III y IV y en síndrome de shock asociado es necesario reponer el volumen plasmático de forma inmediata mediante el uso de líquidos o coloides de acuerdo con las necesidades específicas del paciente; medición de la saturación de oxígeno y soporte respiratorio; monitoreo continuo de signos vitales, volumen urinario, nivel de conciencia y recuento de plaquetas y hematocrito con una periodicidad de diez a quince minutos entre una toma y otra.



Pruebas de Laboratorio			
<ul style="list-style-type: none"> Hemograma completo (Hematócrito, plaquetas y leucocitos), IgM dengue Luego del 5 día al 20% de los pacientes y pruebas para confirmación de serotipo viral al 5% de los pacientes con <math>\leq 3</math> días de síntomas. 	<p>Hemograma completo</p> <p>Evaluar: hematócrito antes de iniciar LV, IgM dengue y pruebas para confirmación de serotipo viral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma completo Otros pruebas de acuerdo al órgano afectado. 	<ul style="list-style-type: none"> IgM dengue y pruebas para confirmación de serotipo viral a todos los pacientes.
Tratamiento			
<ul style="list-style-type: none"> Reposo relativo en cama Uso de hidratación Adecuada ingesta de líquidos Suero Oral Acetaminofén: Adultos: 500 mg/dosis (DMD- 4g) Niños: 10-15 mg/kg/día c/6h <p>Pacientes con hematócrito normal pueden continuar manejo en el hogar, con seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Uso de hidratación Si no hay tolerancia de vía oral iniciar terapia IV con cristaloides: SSH 0.9%, ó Lactato de Ringer, a dosis de mantenimiento. Si el paciente no mejora pasar al tratamiento de la columna siguiente 	<ul style="list-style-type: none"> Administrar lactato de Ringer: iniciar a 5-7 ml/kg/h por 1-2 horas, luego reducir a 3-5 ml/kg/h por 2-4 h, y luego reducir a 2-3 ml/kg/h, a monto de acuerdo a la respuesta clínica. Reevalúe el estado clínico del paciente y repita el hematócrito. Si hay deterioro de signos vitales o incremento rápido del hematócrito, aumente la velocidad a 5-10 ml/kg/h por 1-2 horas. Reevalúe estado clínico, repita hematócrito y revise la velocidad de infusión de líquidos. Estos indicaciones sirven por objetivos: Mantener gasto urinario adecuado Identificar disminución del hematócrito por abajo del valor de base en un paciente estable. Si el paciente no mejora, pasar al manejo como grupo C. 	<p>Manejo de Shock</p> <ul style="list-style-type: none"> Iniciar con una solución isotónica de cristaloides IV a 5-10 ml/kg/h, infundir en 1 hora, reevaluar condición de paciente. Si el paciente mejora: Disminuir gradualmente de acuerdo al estado hemodinámico. Los líquidos IV pueden ser requeridos por 24 a 48 horas Si el paciente continúa inestable y el hematócrito aumenta / permanece alto (>20%), repita un segundo bolo de cristaloides a 10-20 ml/kg/h por 1 h. Si mejora después del segundo bolo reducir la infusión a 7-10 ml/kg/h por 1-2 h, continue reduciendo como se señaló anteriormente. Si el hematócrito disminuye esto indica sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir sangre fresca lo antes posible. Si no mejora debe iniciar inotrópicos por posible defunción miocárdica.
Monitoreo del Estado Clínico			
<p>Control diario para evaluar progresión de enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución de leucocitos Defervescencia Signos de alarma (hasta que este fuera del período crítico) Instaurar a los pacientes y responsables a regresar urgentemente al hospital si uno o más de los signos de alarma se presentan 	<ul style="list-style-type: none"> Temperatura Ingresos y pérdidas de líquidos Gasto urinario Signos de alarma Reevaluación hematócrito, plaquetas y leucocitos 	<ul style="list-style-type: none"> Signos vitales y perfusión periférica (1-4 horas después de finalizado la fase crítica) Gasto urinario (4-6 horas) Hematócrito (Antes y después de la reanimación, luego cada 6-12 horas) Claemía Otros: en función de daño de órganos (renal, hepático, coagulación intravascular diseminada). 	<ul style="list-style-type: none"> Signos vitales y perfusión periférica (1-4 horas después de finalizado la fase crítica) Gasto urinario (4-6 horas) Hematócrito (Antes y después de la reanimación, luego cada 6-12 horas) Claemía Otros: en función de daño de órganos (renal, hepático, coagulación intravascular diseminada).
Criterio de alta todos los siguientes deben estar presentes			
• Ausencia de fiebre por 48 h	• Incremento del conteo de plaquetas	• Hematócrito estable sin líquidos intravenosos	• Mejoría del estado clínico
<p>PARA RECORDAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Es obligatorio llenar la ficha de notificación individual de casos y hacer notificación inmediata de todo caso probable de dengue grave o de muerte por dengue al SMVIGILA. En la fase febril no es posible reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es apenas el comienzo de un dengue grave, con choque o grandes hemorragias. El 100% de los casos probables de dengue grave y probables de mortalidad por dengue deben ser confirmados serológicamente y/o virológicamente por laboratorio. A todo caso probable de muerte por dengue se le debe tomar además de suero, muestra de tejidos Los antiinflamatorios no esteroides (AINES) y los Salicilatos (Aspirina) están contraindicados en pacientes con dengue. No se debe utilizar ningún medicamento por vía intramuscular. Dipirona debe ser considerada para manejo de segundo y tercer nivel, no se debe utilizar intramuscular, ni en niños, y se debe informar riesgos al paciente o al familiar. Los pacientes con dengue grave deben ser atendidos en un lugar donde reciban cuidados intensivos, pero el manejo inicial debe hacerse desde el nivel en el que consulta. Los pacientes con choque por dengue deben ser monitoreados frecuentemente hasta que el período de peligro haya pasado. Debe mantenerse un cuidadoso balance de todos los líquidos que recibe y pierde. 			
			

5.2. MARCO DE ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS.

En Colombia el dengue representa un problema prioritario en salud pública debido múltiples factores entre ellos la reemergencia e intensa transmisión viral con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada vez más cortos, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave de la enfermedad, la circulación simultánea de los cuatro serotipos, la infestación por *Aedes Aegypti* del más del 90% de las poblaciones del territorio nacional situadas por debajo de los 2.200 m.s.n.m., y la urbanización de la población por problemas de violencia en el país, pone en riesgo a aproximadamente 25 millones de personas que habitan en zonas urbanas o periurbanas con transmisión de esta enfermedad.

De esta forma, el dengue es una de las patologías infecciosas con mayor impacto en Colombia y constituye un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.

El comportamiento epidemiológico de la enfermedad en las últimas décadas ha sido ascendente; caracterizado por aumento exponencial de las áreas endémicas en las diferentes décadas. Su comportamiento cíclico se ha caracterizado por picos epidémicos cada tres o cuatro años, relacionados con el reingreso de nuevos serotipos al país.

En el lapso comprendido entre 1978 a 2008, se han registrado oficialmente en el país un total de 803.157 casos de dengue, estimándose que ocurren anualmente un promedio de 25.177 casos, lo que corresponde a 119.8 casos por 100.000 habitantes en riesgo.

Desde el primer caso de dengue hemorrágico 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 pasar de 5.2 casos por 100.000 habitantes en la década de los 90 a 18.1 casos por 100.00 habitantes en los últimos 5 años.

La mortalidad por dengue es evitable en el 98% de los casos y está estrechamente relacionada con la calidad en la atención del paciente; la identificación precoz de los casos con signos de alarma busca principalmente evitar mortalidad. En los últimos 10 años se presentaron en promedio 29 muertes por año, con una letalidad promedio de 1,17%, esta no sobrepasa lo tolerable (2%) pero puede ser por un sobre-registro en el sistema de casos de dengue grave.

Los departamentos que históricamente han tenido mayor transmisión de dengue en el país son: Atlántico, Santander, Norte de Santander, Valle del Cauca, Antioquia, Tolima, Huila, Casanare y Cundinamarca, entre ellos se distribuye más del 60% de los casos notificados anualmente en lo que ha transcurrido del presente siglo.

5.3. MARCO DE ANTECEDENTES LEGALES

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NÚMERO 00412 DE 2000

(Febrero 25) 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.

El Ministro de Salud, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y CONSIDERANDO:

Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud;

Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención;

Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública;

Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la

salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país,

CAPITULO III

Guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública

Artículo 10. Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Adóptanse las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

- a) Bajo peso al nacer;
- b) Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad);
- c) Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía;
- d) Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera;
- e) Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar;
- f) Meningitis Meningocóccica;
- g) Asma bronquial;
- h) Síndrome convulsivo;
- i) Fiebre reumática;
- j) Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas;
- k) Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica. Sífilis, VIF;
- l) Hipertensión arterial;
- m) Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo;
- n) Menor y Mujer Maltratados;
- o) Diabetes Juvenil y del Adulto;

- p) Lesiones preneoplásicas de cuello uterino;
- q) Lepra;
- r) Malaria;
- s) Dengue;
- t) Leishmaniasis cutánea y visceral;
- u) Fiebre Amarilla.

Parágrafo. Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Santa Fe de Bogotá, D. C. a 25 de febrero de 2000.

El Ministro de Salud,

Virgilio Galvis Ramírez.

DECRETO 3039 DE 2007

(Agosto 10)

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 154 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001 y 33 de la Ley 1122 de 2007,

DECRETA:

Artículo 1°. *Plan Nacional de Salud Pública.* Adoptase el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, contenido en el documento que forma parte integral del presente decreto.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de

la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

Artículo 2°. Implementación. El Ministerio de la Protección Social deberá desarrollar, adoptar o ajustar los documentos técnicos y expedir los actos administrativos que se requieran para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 atendiendo las diferencias regionales, étnicas y culturales.

Artículo 3°. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Enfermedades transmisibles

Frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, el dengue, la malaria, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública dada su alta carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida cabe destacar que las crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3% (Dane).

De las entidades promotoras de salud

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y a las entidades que ejercen funciones de Entidades Promotoras de Salud, EPS, del régimen contributivo y subsidiado asumir, frente al Plan Nacional de Salud Pública, las siguientes responsabilidades:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan de Salud Territorial, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.
3. Formular el plan operativo de acción anual discriminado territorialmente, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.
4. Participar en la elaboración del Plan de Salud Territorial en los municipios de su influencia.
5. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado.
6. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, que hacen parte de su red que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan de Salud Territorial.
7. Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y

organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.

8. Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.

9. Realizar seguimiento y análisis por cohortes, de pacientes con tuberculosis, infección por VIH, insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes e hipertensión y cualquier otra condición priorizada, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.

10. Adoptar el sistema de evaluación por resultados y rendición de cuentas.

11. Participar en la operación de la vigilancia en salud, en sus componentes de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

12. Cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS, que le corresponden.

De las administradoras de riesgos profesionales

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, frente al Plan Nacional de Salud Pública asumir las siguientes responsabilidades:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.

2. Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos ocupacionales en el Plan de Salud Territorial, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

3. Definir y desarrollar el plan anual de acción de prevención de riesgos profesionales frente a sus empresas afiliadas, con base en riesgos

prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados en función de la actividad económica, el tamaño de empresa y la accidentalidad, de acuerdo con las instrucciones que en tal sentido imparta el Ministerio de la Protección Social.

4. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública y de vigilancia en salud en el entorno laboral.
5. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.
6. Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.

De las instituciones prestadoras de servicios de salud

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, frente al Plan Nacional de Salud Pública, asumir las siguientes responsabilidades:

1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridos para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud Pública.
2. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS.
3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
4. Generación de la información requerida por el sistema de información de salud.
5. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

OBJETIVO: DISMINUIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LAS DISCAPACIDADES

Metas nacionales en enfermedades no transmisibles y discapacidades

1. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).
2. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).
3. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).
4. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica - ERC (Línea de base: por definir).
5. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005).

5.4. MARCO GEOGRÁFICO

5.4.1. BUCARAMANGA

Capital del departamento de Santander limita por el Norte con el municipio de Río negro; por el Oriente con los municipios de Matanza, Charta y Toná; por el Sur con el municipio de Floridablanca y; por el Occidente con el municipio de Girón. Bucaramanga se encuentra en una terraza inclinada de la Cordillera Oriental a los 7 08' de latitud norte con respecto al Meridiano de Bogotá y 73° 08' de longitud al Oeste de Greenwich. El área metropolitana formada por Bucaramanga, Piedecuesta, Florida y Girón está ubicada sobre el Valle del Río de Oro. Se distingue en ella dos sectores de diferente conformación física: uno formado por la meseta y otro por el valle. Sus suelos, desde el punto de vista agrológico, se pueden dividir en dos grupos: los primeros, al no tener peligro de erosión, son propicios para el cultivo de gran variedad de productos y el uso para la ganadería. La otra clase de suelos tiene una alta potencialidad erosiva; por esta razón, presenta baja fertilidad y una capa de fertilidad superficial, en algunas situaciones casi nulas.

5.4.2. CARMEN DEL CHUCURI

Es un municipio de Colombia, situado en el departamento de Santander (provincia de Mares). Está a 178 km de la capital departamental, Bucaramanga. Su término municipal limita al norte con San Vicente, por el sur con Simacota, al este con Galán y Hato, y por el oeste con Simacota

Temperatura media: Presenta una variación de la temperatura media desde 27.0 °C a 300 m.s.n.m. y 11.9°C a 3.000 m.s.n.m., con un promedio de 23.9

°C a 815 m.s.n.m., altitud a la cual se halla el casco urbano del municipio Centígrados Distancia de referencia: El número de habitantes de El Carmen De Chucuri es de 19.501 personas.

5.4.3. VALLE DEL CAUCA

Situado en el suroccidente del país, entre la Región Andina y la Región Pacífica. Gran parte del departamento está en el valle geográfico del río Cauca, entre las cordilleras occidental y central donde alcanza límites con el departamento del Tolima. Y de donde proviene su nombre. Su capital es Santiago de Cali. Se subdivide en dos regiones: el litoral y la llanura selvática. La parte del litoral comprende toda la zona de manglares a lo largo de la costa y puede penetrar 5 o 25 km dentro del territorio. En el sur se encuentra el Río Naya (límite con el Cauca); hacia el norte la Bahía de Buenaventura se forma en las bocas del Río Anchicayá y la Bahía de Málaga o Magdalena. La isla de Malpelo se encuentra a 400 km de Buenaventura. La llanura selvática va desde donde termina el litoral hasta las estribaciones de la cordillera occidental. En esta subregión abundan los ríos que se forman en las laderas de la cordillera. Hace parte de esta subregión el Valle del Calima. También hace parte de esta subregión la parte denominada de transición andina que se forma por los ramales de la cordillera occidental hacia la costa pacífica. Estos ramales forman cuencas como las que bajan de los Farallones de Cali y separan los ríos Yarumanguí, Cajambres, Anchicaya y Agua.

La temperatura promedio de la región fluctúa entre los 23 y 24 °C, que corresponde al piso térmico cálido. La humedad relativa fluctúa en el rango 65%-75%. Es una región *intertropical* con dos épocas lluviosas y dos secas al año. La primera época seca entre diciembre y febrero, la primera época

lluviosa va de marzo a mayo, la segunda época seca de junio a septiembre y la segunda época lluviosa de octubre a noviembre. Los índices de precipitación anual son: 1.589 mm en el norte (133 días de lluvias), 1882 mm al sur (109 días de lluvias) y 938 mm en el centro (100 días de lluvias). Con una población de 2.319.684 *habitantes*.

5.4.4. FLORIDA VALLE

El Municipio de Florida se localiza al sur oriente del Departamento del Valle del Cauca, Región Andina, Colombia, en el Valle Geográfico del río Cauca cerca del piedemonte de la Cordillera Central a una distancia de 42 km de la Capital del Departamento (Santiago de Cali). De Candelaria, Pradera y Florida Valle, sigue por el citado callejón en dirección sudoeste hasta encontrar la carretera principal Cali – Florida, se atraviesa esta y se sigue por la entrada a la hacienda la Generala, donde hay como referencia unas ruedas de tractor metálicas; siguiendo en línea recta por esta carretera de entrada y a su costado occidental de entrada de un trayecto de 1100 m hasta encontrar callejón o lindero que separa la hacienda el Trébol y la Generala, por este lindero en dirección noroeste hasta encontrar la carretera central de la Hacienda el Trébol, por esta carretera en dirección general Sur (S) por su costado occidental la cual atraviesa el río Frayle, continua hacia el oriente en un pequeño tramo a partir del río para luego seguir en línea recta en dirección sur hasta su terminación faltando 200 m aproximadamente para llegar completamente al zanjón del Granadillo; siguiendo su prolongación que pasa por el costado oriental de la última suerte de la Hacienda Berruecos, hasta llegar al zanjón el Granadillo, donde se encuentra unos árboles grandes a la orilla del riachuelo. Por el citado zanjón aguas abajo hasta encontrar la carretera Panamericana en el trayecto Cabuyal – Puerto Tejada, por esta y a su costado Oriental en dirección general sudoeste hasta

encontrar la carretera que conduce al Ortigal, por ésta siguiendo el mismo costado anterior hasta encontrar el puente con el Río Desbaratado, junto a la Inspección de Policía del Ortigal la cual ya es jurisdicción del Departamento del Cauca, lugar de concurso de los municipios de Candelaria, Florida en límites del Departamento del Cauca coordenadas planas aproximadas Florida tiene 15 Corregimientos tiene una población de 56.008 habitantes según datos del censo

5.4.5. ARMENIA

Armenia, se sitúa en las coordenadas 4,3270 ° de latitud norte, 75,4120 ° de oeste; ubicada a 290 kilómetros al oeste de Bogotá, posee una extensión de 121 Km², a una Altura de 1.483 msnm y una temperatura entre los 16 y 28 grados Celsius La ciudad se conecta con el Centro del país por medio de carretera nacional y un paso específico conocido como "la línea". Dada su estratégica ubicación la posiciona en el corazón del eje cafetero, teniendo a su disposición diversas vías que la conectan con los demás municipios del departamento así como con los departamentos circundantes. Para 2011, el Municipio presentó las siguientes características demográficas: Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipio de Armenia, 2011 Para el año 2012 se reportaron 288.908 habitantes en el municipio según DANE, donde 281.013 se ubican en la cabecera municipal, equivaliendo al 97,27% de los habitantes del municipio y 7.895 en el sector rural lo cual corresponde al 2,73% de la población del municipio. Para el año 2011 se proyectó un crecimiento en la población de Armenia del 0,54%, proyectando una población esperada de 290.480 habitantes. Con respecto a la distribución por edades, se presenta la siguiente estimación del DANE para el año 2013

5.4.6. OCAÑA

Ocaña se encuentra sobre la cordillera oriental en un territorio en el cual la región toma su nombre debido a su extensa área de influencia. Es la segunda ciudad del Departamento de Norte de Santander con 90.037 habitantes (Censo 2005) y está situada a 8° 14' 15" Latitud Norte y 73° 2' 26" Longitud Oeste. Su altura sobre el nivel del mar es de 1.202 m; la superficie del municipio es 463Km², los cuales representan el 2,2% del departamento. La región en donde se encuentra Ocaña, se denomina "Provincia de Ocaña" la cual tiene un área de 8.602 km². Posee una altura máxima de 2.065 metros sobre el nivel del mar y una mínima de 761 metros sobre el nivel del mar. La temperatura promedio de Ocaña es de 22° C. Además de considerarse una zona de gran importancia geoestratégica debido a su condición de frontera con Venezuela y por la existencia de yacimientos minerales que hacen que grandes proyectos de capital nacional y extranjero pongan sus ojos sobre esta región, el Norte de Santander es un departamento heterogéneo en todos los aspectos, desde su geografía hasta su configuración social y política. El departamento está conformado por 40 municipios, los cuales ocupan una extensión de 22.637 kilómetros cuadrados del total del territorio nacional. Tiene una población de 90037 *habitantes*

6. METODOLOGÍA

Tipo De Estudio: Cuantitativo, descriptivo.

Área de estudio: Municipios de: Florida - Valle Del Cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen De Chucuri Y Armenia Quindío.

Universo: comunidad de: Florida - Valle Del Cauca, Ocaña (barrio el Carmen), Bucaramanga (urbanización flamenco), Carmen De Chucuri (barrio el bosque) Y Armenia Quindío (Barrio las Acacias).

Población: 50 personas de Florida - Valle Del Cauca, 50 personas del barrio el Carmen en Ocaña, 50 personas de la urbanización el flamenco en Bucaramanga, 50 personas del barrio el bosque en Carmen De Chucuri Y 50 personas habitantes del barrio las acacias en Armenia Quindío.

Muestreo: Aleatorio Simple

Muestra: Probabilístico con un error al 5%, una confianza del 95% y una tasa de no respuesta del 10% el tamaño muestra para cada población es: 44 personas de Florida - Valle Del Cauca, 44 personas del barrio el Carmen en Ocaña, 44 personas de la urbanización el flamenco en Bucaramanga, 44 personas del barrio el bosque en Carmen De Chucuri Y 30 personas del barrio acacias en Armenia.

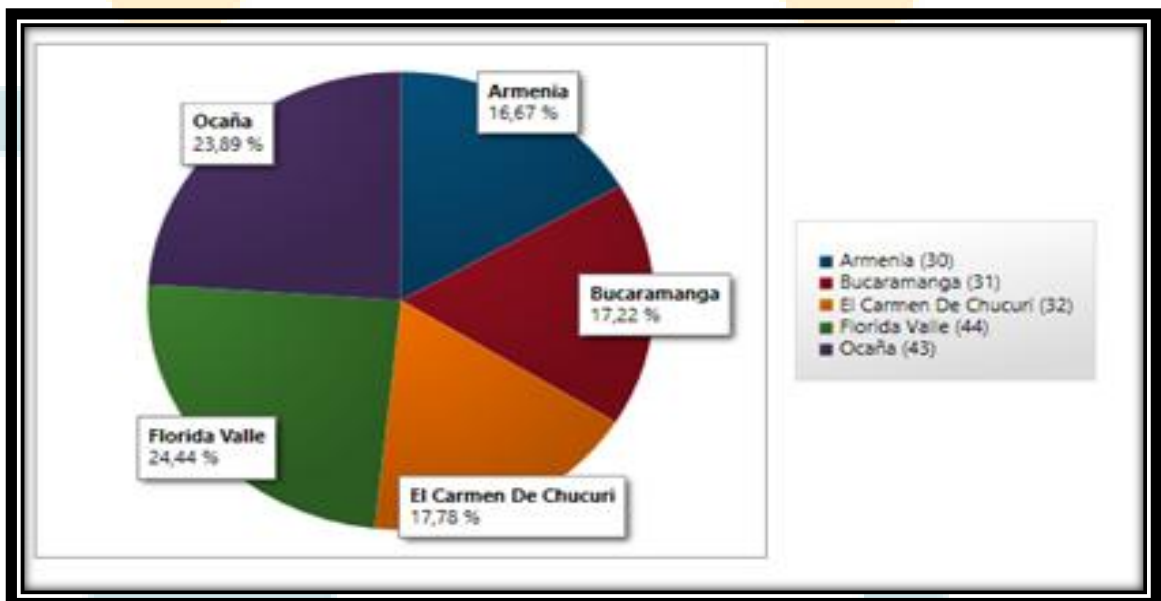
6.1. RESULTADOS ESPERADOS DIRECTOS E INDIRECTOS

Con la aplicación de este trabajo, se pretende caracterizar los factores de riesgo que predisponen para contraer dengue en la comunidad de los municipios de Florida - Valle Del Cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen De Chucuri Y Armenia durante el primer semestre de 2013.

7. ANÁLISIS DE DATOS.

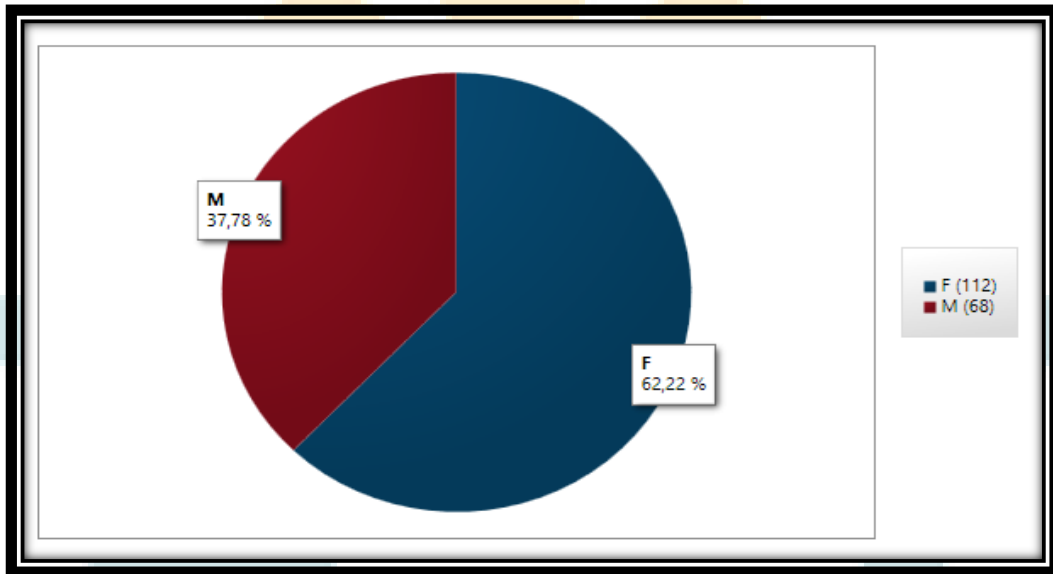
El análisis de la información se realiza vaciando los datos en EpInfo_7 en el cual se crea un formulario para este procedimiento y posteriormente con este mismo software realizar gráficas y análisis de la información.

MUNICIPIOS.



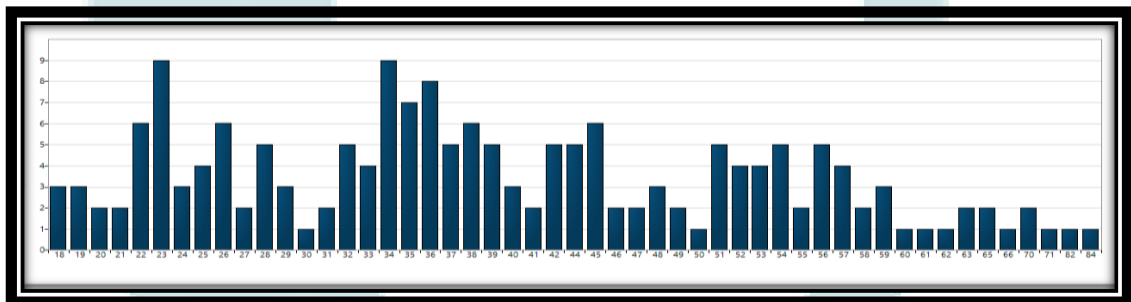
De armenia de las 44 personas previstas para encuestar solo se logra encuestar a 30 personas, en Bucaramanga de 44 solo a 31 personas, en el municipio de el carmen de chucurri de 44 solo a 32 personas, en florida valle se logran encuestar 44 personas, y en Ocaña a 43 personas, es de aclarar que se eliminó información de 2 encuestas que por equivocación o error se le aplico a 2 menores de edad el cual hacen parte de nuestro patrón de exclusión.

SEXO



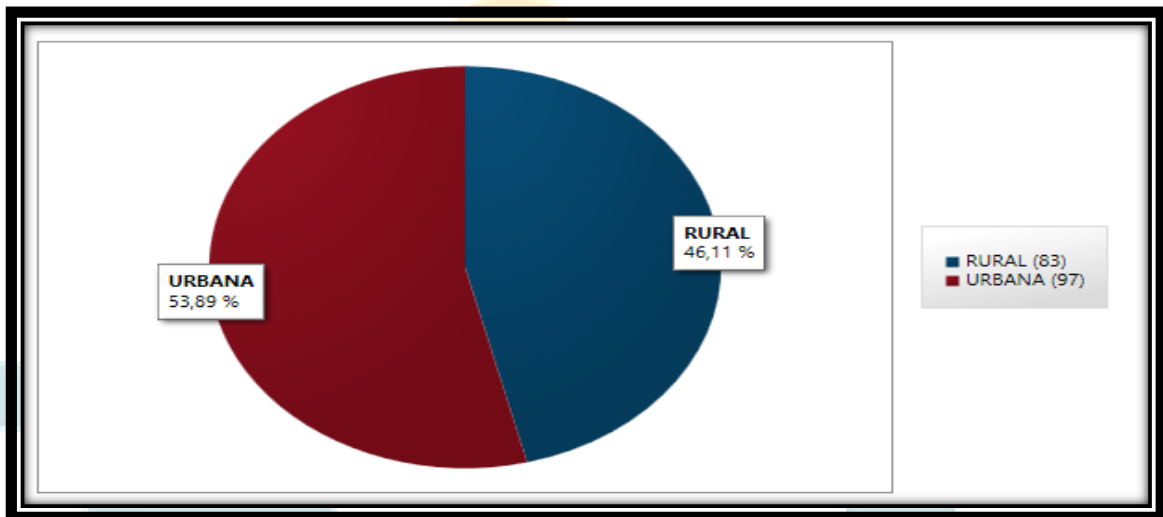
El 62,22% de los participantes es decir 112 personas son de sexo femenino y el 37,78% (68 de los participantes) son de sexo masculino.

EDAD



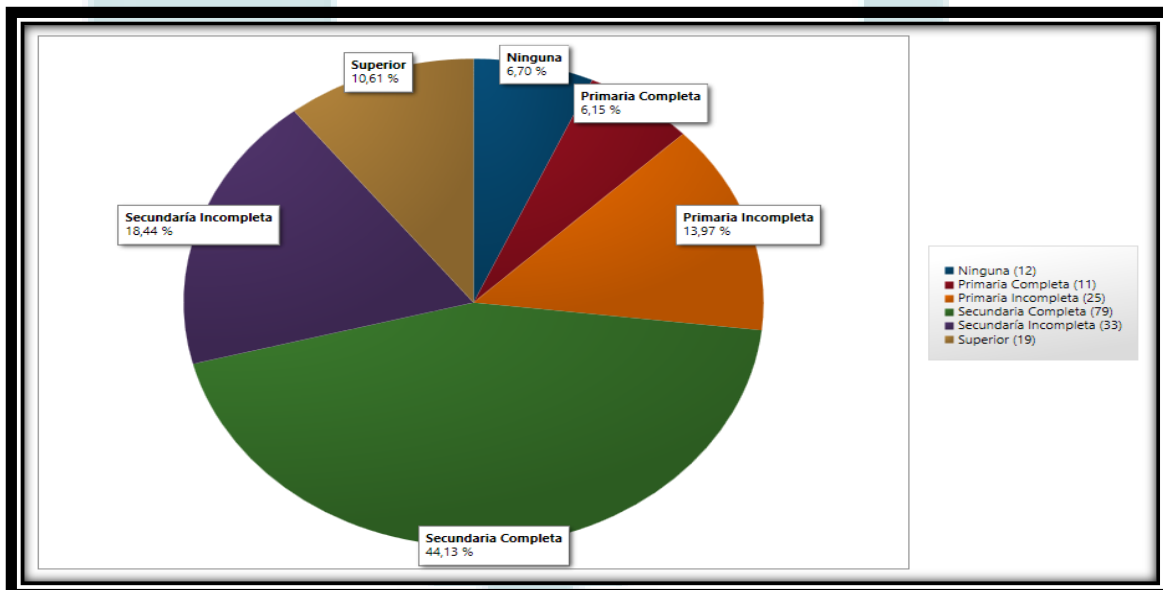
Se tuvo una participación de personas con edad mínima de 18 años de edad, de edad máxima 84 años de edad, teniendo una participación mayor de personas que están en los 23 años de edad.

ÁREA DE VIVIENDA



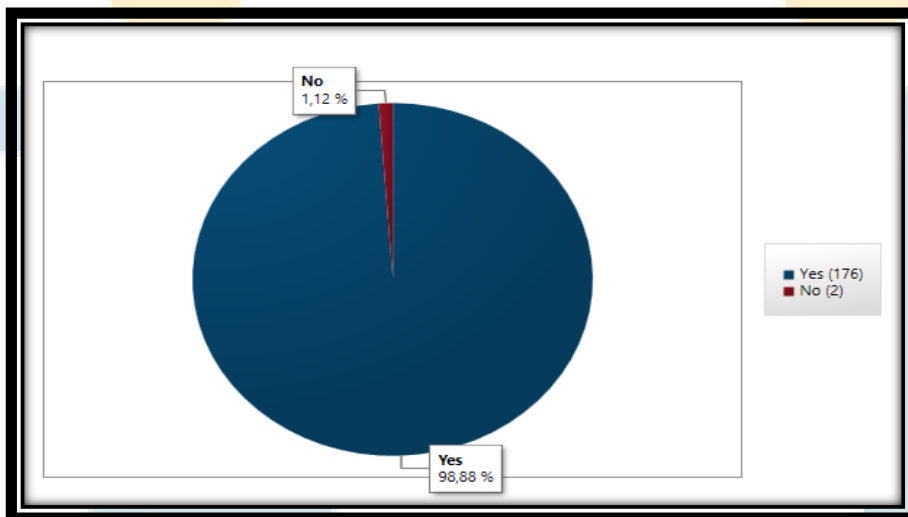
EL 53,89% de las personas encuestadas viven en el área urbana, seguido de un 46,11% de las personas encuestadas que indican que viven en el área rural.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN



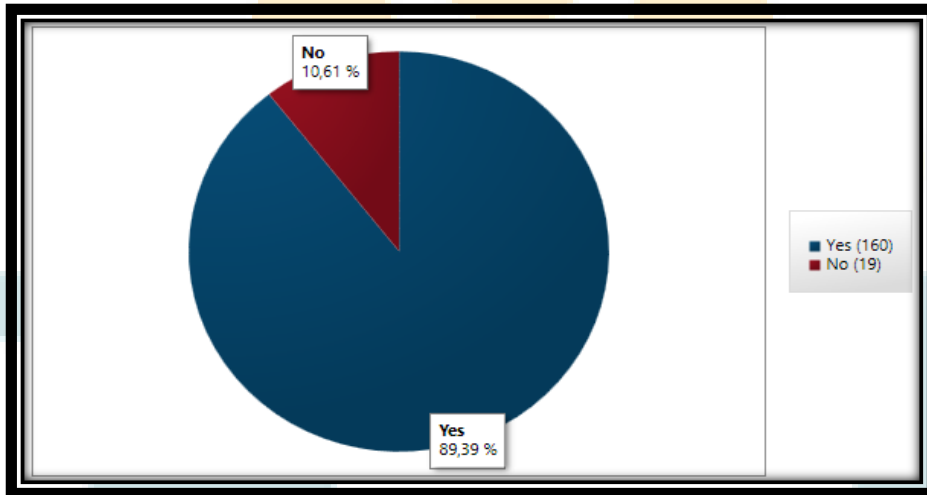
El 44,13 % de las personas encuestadas indicaron solo tener la secundaria completa, el 18,44% que tienen la secundaria incompleta, el 13,97% de las personas indican tener solo la primaria incompleta, el 10,61% indican tener educación superior, el 6,15% indican tener solo la primaria completa, el 6,70% indican no tener ningún nivel de instrucción educativa.

¿CUENTA CON SERVICIO DE AGUA?



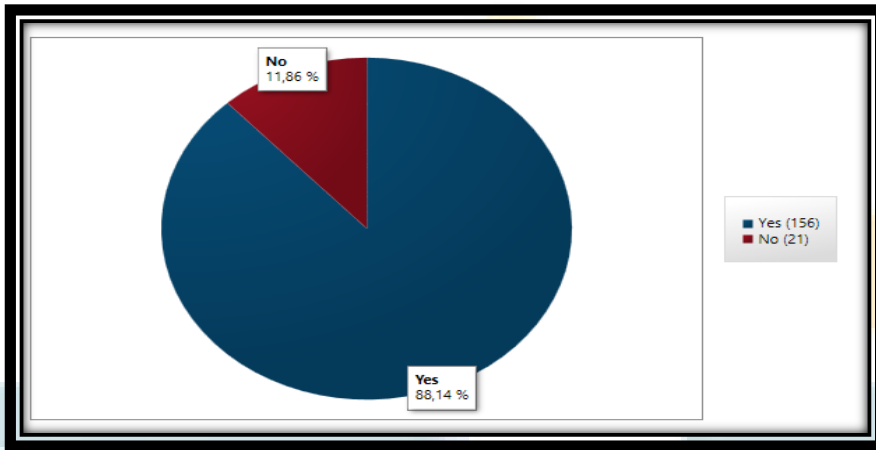
EL 98,88% indican que **SI** cuentan con servicio de agua, siendo el 1,12% que indica que **NO** cuenta con este servicio.

¿HA RECIBIDO ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE EL DENGUE?

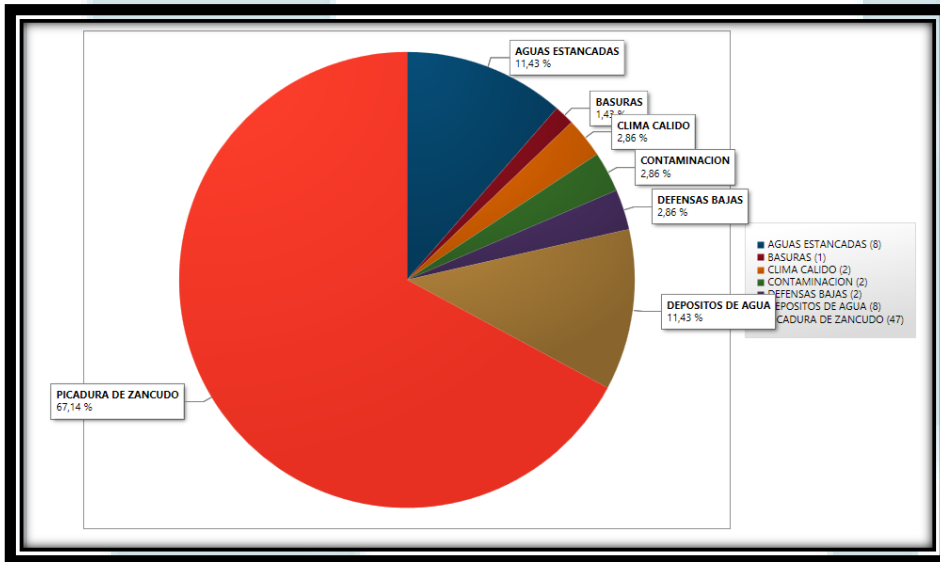


El 89,39% de las personas indican que **SI** han recibido algún tipo de información sobre el dengue solo el 10,61% indican que **NO** han recibido ningún tipo de información relacionada con el dengue.

¿CONSIDERA USTED QUE PUEDE LLEGAR A PADECER DENGUE?

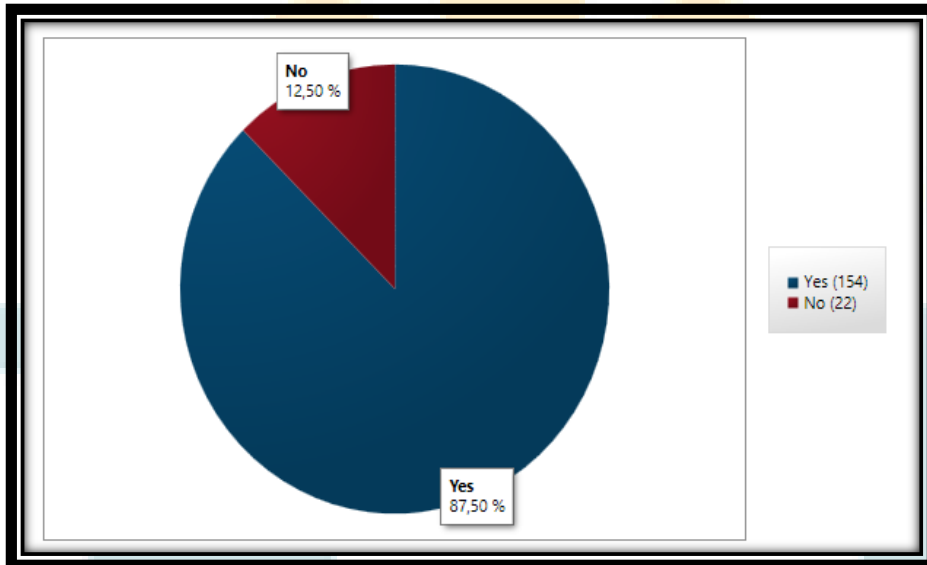


El 88,14% (156 de los encuestados) cree que **SI** puede llegar a padecer dengue.

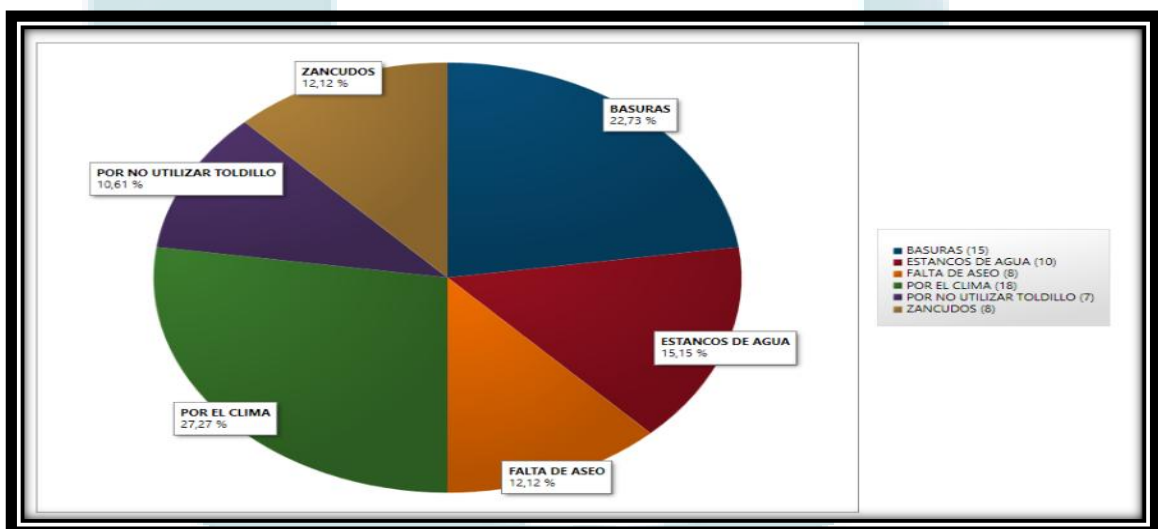


El motivo por el que **SI** creen poder padecer dengue es la **picadura de zancudo** teniendo dentro de este grupo de personas un 67,14% (47 personas de las que señalaron SI), seguida de los depósitos de agua, aguas estancadas, basuras, clima y defensas bajas.

¿CONSIDERA USTED QUE SU COMUNIDAD SE ENCUENTRA EXPUESTA A CONTRAER DENGUE?



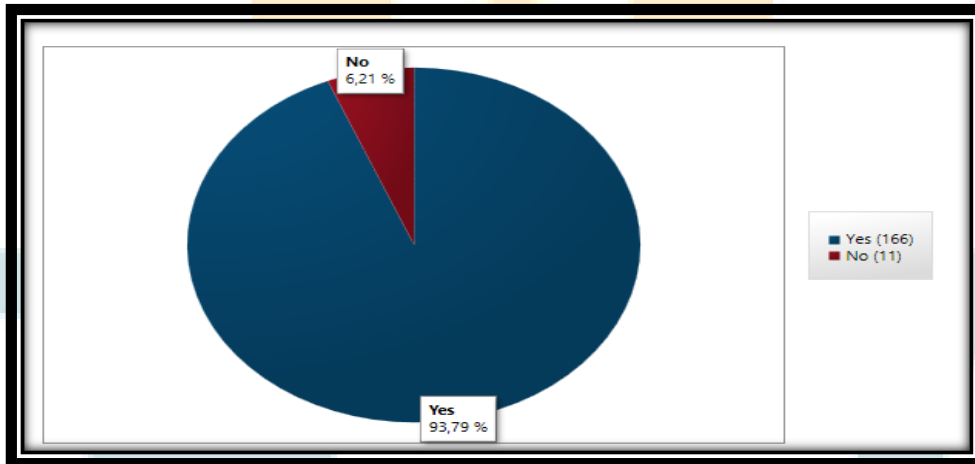
El 87,50% (154 personas de las encuestadas) indican que **SI** consideran que su comunidad se encuentra expuesta a contraer dengue.



Dentro de los motivos que las personas creen que en su comunidad se encuentra expuesta al dengue esta que el 27,27% indica que por el clima

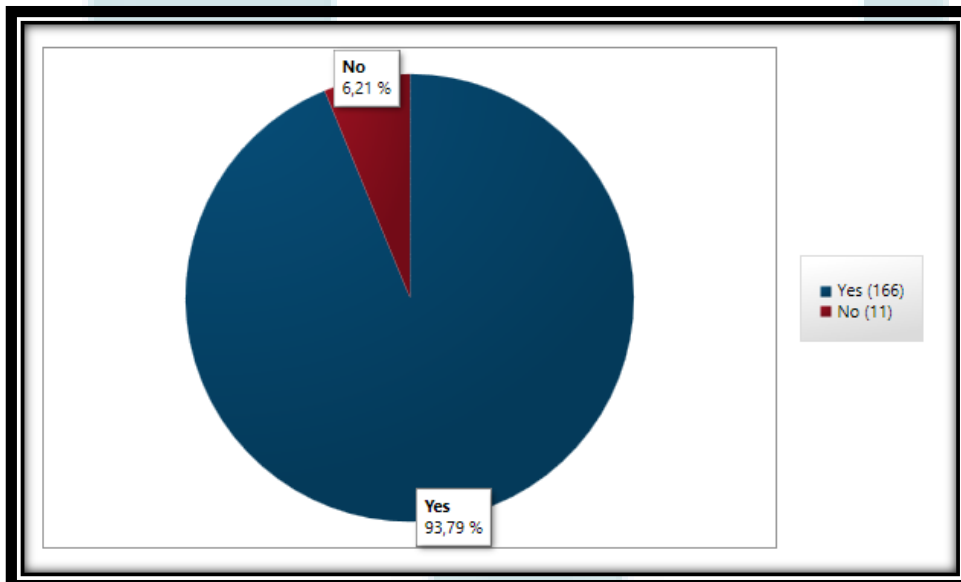
seguido por las basuras, estancos de agua, falta de aseo, zancudos y no utilizar el toldillo.

¿USTED SABE QUE ES EL DENGUE Y QUE LA CAUSA?



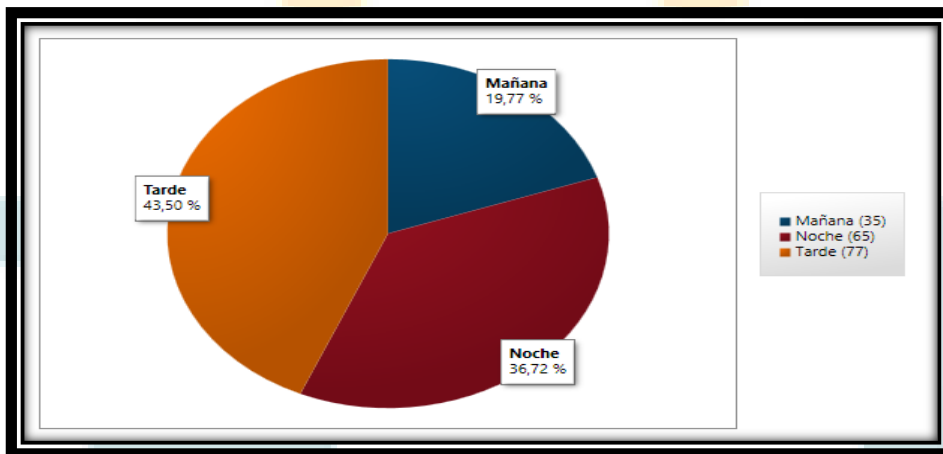
EL 93,79% (166 de las personas encuestadas) de las personas indica que **SI** sabe que es el dengue y que la causa.

SABE USTED COMO UNA PERSONA SE PUEDE ENFERMAR DE DENGUE



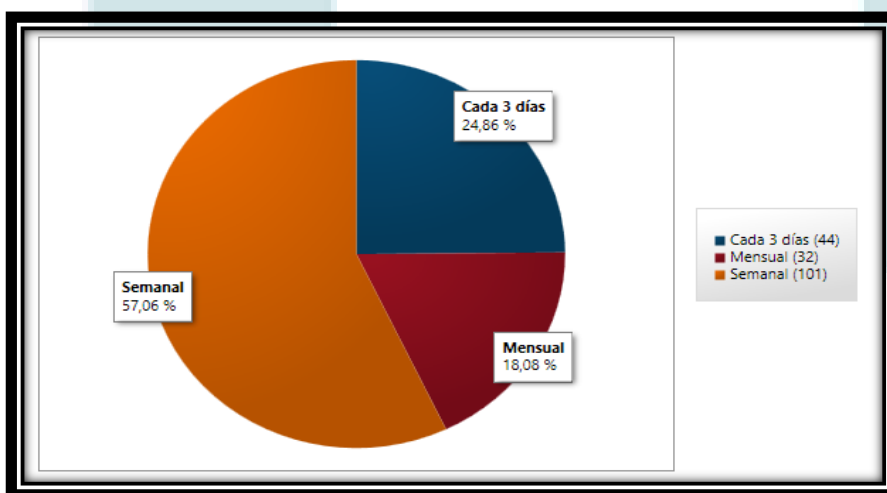
El 93,79% (166 personas de las encuestadas) indican que **SI** saben cómo una personas se puede llegar a enfermar de dengue.

INDIQUE A QUE HORA CREE QUE HAY MAYOR POSIBILIDAD DE QUE SALGA EL ZANCUDO Y LA PIQUE.



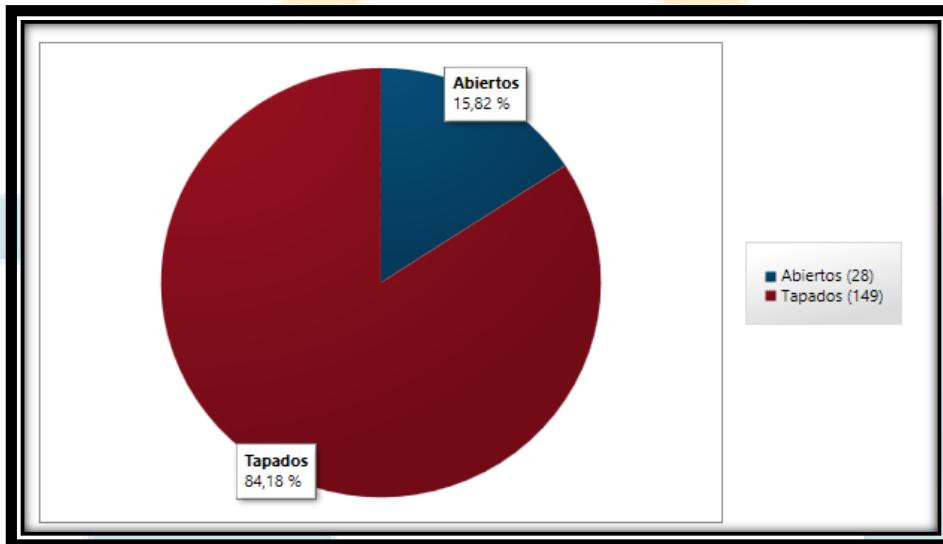
EL 43,50% (77 personas de las encuestadas) indican que salen en horas de la **TARDE**, el 36,72% (65 personas de las encuestadas) indican que salen en horas de la **NOCHE**, el 19,77% (35 personas de las encuestadas) indican que salen en horas de la **MAÑANA**.

¿CADA CUANTO TIEMPO LAVA Y CEPILLA SUS DEPÓSITOS ALMACENADORES DE AGUA?



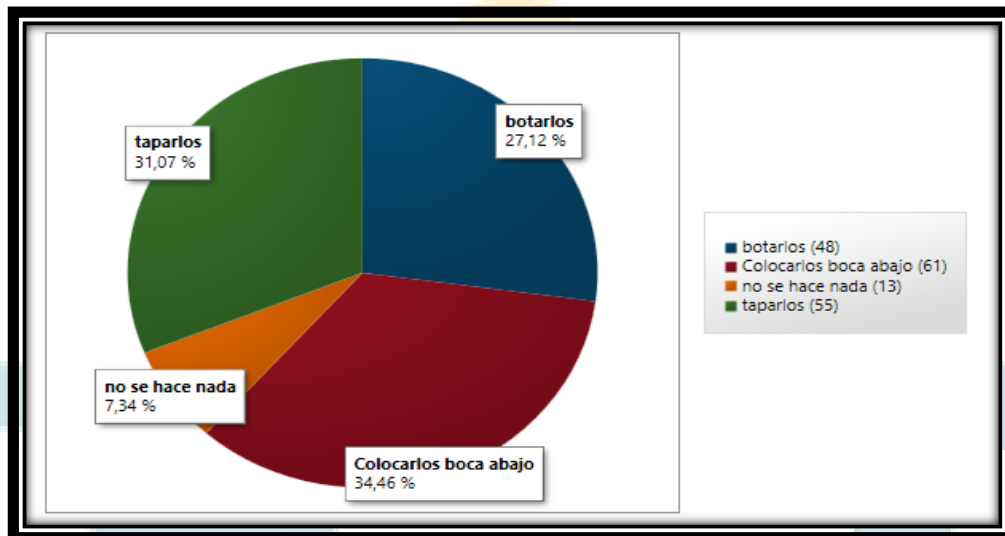
57,06% indican que semanalmente lava y cepilla sus depósitos de agua, seguido de un 24,86% que indica que lo hace cada 3 días y un 18,085 que indica que lo realiza mensualmente.

CONSERVA USTED LOS DEPÓSITOS DE AGUA:



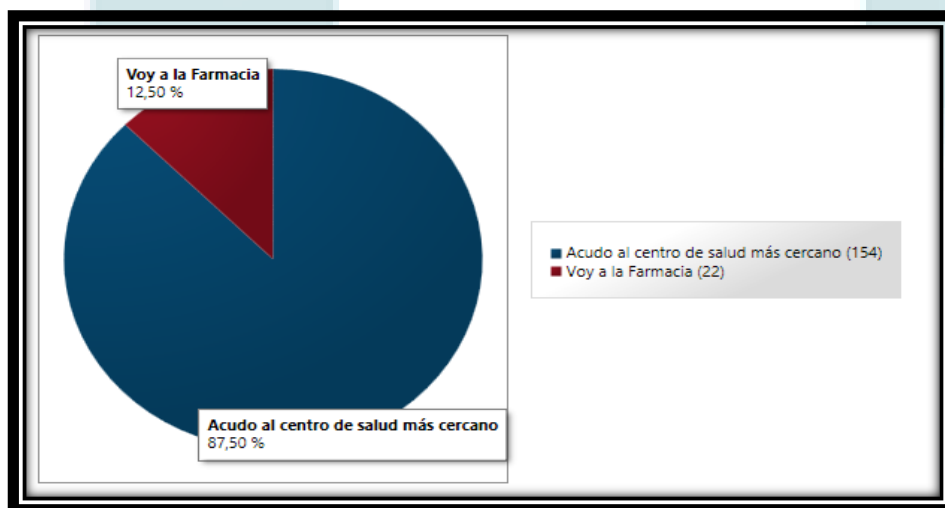
El 84,18% (149 de las personas encuestadas) indico que los conserva tapados mientras el 15,82% (28 de las personas encuestadas) indica que los conserva abiertos.

¿QUÉ CUIDADOS DEBE TENER CON LOS RECIPIENTES QUE NO ESTÉN UTILIZANDO?



El 34,46% indica que se deben colocar boca abajo, seguido de un 31,07% que indica que hay que taparlos, con un 27,12% que indica que hay que botarlos y un 7,34% que indica que no hay que hacer nada.

¿QUÉ HARÍA USTED SI PRESENTARA LOS MALESTARES DEL DENGUE?



El 87,50% indica que acudirían al centro de salud más cercano mientras que un 12,5% indican que van a la farmacia.



8. CONCLUSIONES SEGÚN DATOS RECAUDADOS Y ANALIZADOS.

- ❖ Se encuestó a 180 personas de 200 que se tenían previstas para el ejercicio de recolección de datos es decir que tenemos información de un 90% de la muestra, quiere decir que la información es confiable.
- ❖ Seguir la educación sobre: que es el dengue, quien lo transmite, como protegerse para evitar ser víctima de esta enfermedad y la importancia del autocuidado y de no auto medicarse.
- ❖ En la pregunta **¿Qué Haría Usted Si Presentara Los Malestares Del Dengue?** Es de poner atención que las personas acuden a las farmacias cuando tienen algún síntoma, por lo tanto es de gran importancia comunicar a los regentes de farmacia y personal que labora en dichos sitios que en su obligación ética-profesional es de no recomendar ningún tipo de medicamento ante estos signos y síntomas que pueda presentar la persona y que en su defecto realice educación y concientización de la importancia de acudir a un centro de salud para que se dé un manejo adecuado dando a conocer las complicaciones que puede haber en caso de no tener un tratamiento por parte de personal asistencial de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Malavige GN, Fernando S, Fernando DJ, Seneviratne SL. Dengue viral infections. *Postgrad Méd J* 2004; 80: 588 – 601.

Deen J, Harris E, Wills B, Balmaseda A, Hammond S, Rocha C, Minh Dung N, Thanh HUNG N, Tihn Hien T, Farrar J. The WHO dengue classification and case definitions: time for a reassessment. *Lancet* 2006; 368: 170 – 73.

Kroeger A, Nathan M. Dengue: Setting the global research agenda. *Lancet* 2006; 368: 2193 – 95.

Corachán M. Dengue. *JANO*. 2003; LXIV (1463): 33 – 35.

Engue Fever and Dengue Haemorrhagic fever prevention and control. Fifty Fifth World Health Assembly. 2002. Agenda item 13.14.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO.

ENCUESTA

ESTIMADO Sr. (a): Soy estudiante de tecnología en regencia de farmacia de último semestre y en coordinación con la universidad nacional abierta y a distancia en el curso profundización en fundamentos de salud pública estamos realizando un estudio acerca de los Factores De Riesgo Que A Contraer Dengue, En La Comunidad De Los Municipios De Florida - Valle Del Cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen De Chucurí Y Armenia. Durante El Primer Semestre De 2013, con la finalidad de contribuir a la prevención de esta enfermedad. Esta información permitirá a los estudiantes y a ustedes como comunidad, planificar y ejecutar acciones preventivo – promocionales que favorezcan una vida saludable para su comunidad, controlando la presencia de esta enfermedad.

Pido su autorización para entrevistarla, las respuestas quedarán en el anonimato y sólo se utilizarán con fines del estudio.

Agradezco de antemano su voluntaria colaboración, esperando así que responda con total sinceridad.

I. INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario consta de dos partes; en la primera se le solicitará información sobre sus datos generales y en la segunda parte se abordará preguntas acerca del Dengue.

II. DATOS SOCIODENOMOGRAFICOS.

1. Sexo: F M 2. Edad: ___ años. 3. Area De Residencia: Urbana ___ Rural ___
4. Grado de Instrucción: Primaria Incompleta Primaria Completa
Secundaria Incompleta Secundaria Completa
Superior Ninguna
5. ¿Cuenta con servicio de agua? Si No
6. Ha Recibido alguna información sobre el Dengue: Si No

III. PREGUNTAS ACERCA DEL DENGUE

7. Considera que Ud. puede llegar a padecer Dengue: Si No Por qué: _____
8. Considera Ud. Que su comunidad se encuentra expuesta a contraer el Dengue. Si No
Por qué: _____
9. ¿Ud. Sabe qué es el Dengue y quién la causa? Si No
10. ¿Sabe Ud. cómo una persona se puede enfermar del Dengue? Si No
11. Indique a qué hora cree que hay mayor posibilidad de que el zancudo saiga y pique.
Mañana Tarde Noche
12. ¿Cada cuánto tiempo lava y cepilla sus depósitos almacenadores de agua?
Cada 3 días Semanal Mensual
13. Conserva Ud. los Depósitos de agua: Tapados Abiertos
14. ¿Qué cuidados debe tener con los recipientes que no se estén utilizando?
Colocarlos boca abajo taparlos botarlos no se hace nada
15. ¿Qué haría Ud. Si presentara los malestares del Dengue?
+ Acudo al centro de salud más cercano
+ Duermo separado de mis familiares (en otra habitación)
+ Consumo Hierbas medicinales ¿Cuáles? _____
+ Voy a la Farmacia
+ Otros: _____

Gracias por su Colaboración

ANEXO 2: PLANTILLA CREADA EN EPINFO_7

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA ESCUELA DE CIENCIAS
BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y DE INGENIERÍAS TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE
FARMACIA.

ENCUESTA

ESTIMADO Sr. (a): Soy estudiante de tecnología en regencia de farmacia de último semestre y en coordinación con la universidad nacional abierta y a distancia en el curso profundización en fundamentos de salud pública estamos realizando un estudio acerca de los Factores De Riesgo Que A Contraer Dengue, En La Comunidad De Los Municipios De Florida - Valle Del Cauca, Ocaña, Bucaramanga, Carmen De Chucuri Y Armenia. Durante El Primer Semestre De 2013, con la finalidad de contribuir a la prevención de esta enfermedad. Esta información permitirá a los estudiantes y a ustedes como comunidad, planificar y ejecutar acciones preventivo - promocionales que favorezcan una vida saludable para su comunidad, controlando la presencia de esta enfermedad.

Pido su autorización para entrevistarla, las respuestas quedarán en el anonimato y sólo se utilizarán con fines del estudio. Agradezco de antemano su voluntaria colaboración, esperando así que responda con total sinceridad.

I. INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario consta de dos partes; en la primera se le solicitará información sobre sus datos generales y en la segunda parte se abordará preguntas acerca del Dengue.

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Municipio

1. Sexo: 2. Edad 3. Área De Residencia
4. Grado de Instrucción 5. ¿Cuenta con servicio de agua?
6. Ha Recibido alguna información sobre el Dengue

III. PREGUNTAS ACERCA DEL DENGUE

7. Considera que Ud. puede llegar a padecer Dengue
- Por qué
8. Considera Ud. Que su comunidad se encuentra expuesta a contraer el Dengue
- Por qué(2)
9. ¿Ud. Sabe qué es el Dengue y quién la causa?
10. ¿Sabe Ud. cómo una persona se puede enfermar del Dengue?
11. Indique a qué hora cree que hay mayor posibilidad de que el zancudo salga y pique
12. ¿Cada cuánto tiempo lava y cepilla sus depósitos almacenadores de agua?
13. Conserva Ud. los Depósitos de agua
14. ¿Qué cuidados debe tener con los recipientes que no se estén utilizando?
15. ¿Qué haría Ud. Si presentara los malestares del Dengue?

Otras medidas:

hierbas como