

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN POBLADORES DE
SALAHONDA - 2018**

**GISET VERÓNICA GUERRERO ITURRI
RUTH ANDREY MUÑOZ NOGUERA**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
AREAS DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS
SAN JUAN DE PASTO
2018**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN POBLADORES DE
SALAHONDA - 2018**

**AUTORES:
GISET VERÓNICA GUERRERO ITURRI
RUTH ANDREY MUÑOZ NOGUERA**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico General

**Asesor metodológico y científico:
Dr. Andrés Salas Zambrano
Mg. Epidemiología**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
AREAS DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS
SAN JUAN DE PASTO
2018**

NOTA DE ACEPTACIÓN

DIRECTOR

JURADO

JURADO

DEDICATORIA

Dedicado a Dios el que me permitió estar aquí en este momento, el que protege mi vida y guía mi camino, sin su presencia sería imposible haber logrado esta meta.

Dedicado a mis padres quienes fueron y serán un apoyo incondicional en cada proyecto tanto en su comienzo hasta llegar al final. Cada palabra, cada acción, cada esfuerzo que hicieron a lo largo de este trabajo está en mi mente porque es lo que ayudo a no desfallecer cuando pensé que ya no tenía fuerza para seguir adelante, estos son los detalles que más valoro ya que si no fuera por ellos este proyecto no sería la realidad que ahora es.

Dedicado a mi hija quien es el motor y la fuerza que le hacía falta a mi vida. Tu sonrisa, tus locuras, tu amor infinito es lo que me permite levantarme cada día a seguir luchado a no rendirme a pesar de los tropiezos que se puedan presentar. Es mucho el tiempo que estamos separadas y es por eso que valoro más los momentos que estamos juntas, todo lo que hago es por nuestro bienestar, nadie dijo que sería fácil pero con tu amor y apoyo todo es más fácil, María José.

Dedicado a mis hermanos y cada una de las personas que por lo menos se tomaron el tiempo de escuchar y darme palabras de aliento para seguir adelante y no rendirme, eso es lo que me permitió hoy estar aquí terminado exitosamente este trabajo.

RUTH ANDREY MUÑOZ NOGUERA

DEDICATORIA

Dedicado primeramente a Dios quien ha guiado mí camino y ha cuidado mis pasos. Me acompaño en cada momento difícil, dándome fuerzas cuando quería rendirme, mostrándome su maravillosa obra cuando perdía la fe.

Dedicado a mis padres que con su esfuerzo y dedicación me han dado la oportunidad de cumplir con mis metas, me han enseñado a que siempre hay que luchar por mis sueños y trabajar duro hasta cumplirlos y durante este camino me acompañaron fielmente y jamás dejaron que por ningún motivo me rindiera, gracias a ellos soy una luchadora inalcanzable.

Dedicado a mis hermanos que me han ayudado a sacar lo mejor de mí y a medida de sus posibilidades me estuvieron apoyando en este largo camino.

Dedicado a mi sobrina bella que llena de alegría mis días con todo su amor y travesuras, sin darse cuenta ella me apoyo en mis momentos difíciles dándome un abrazo gigantes lleno de amor.

GISET VERÓNICA GUERRERO ITURRI

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Doctor Andrés Salas quien nos motivó a realizar esta temática de trabajo y se dedicó a asesorarnos tanto en el ámbito metodológico como científico, sin su labor y dedicación no hubiera sido posible terminar este trabajo.

De igual manera agradezco al pueblo hermoso de Francisco Pizarro Salahonda que siempre estuvo dispuesto a colaborar con la mejor de las energías.

Agradezco a la Universidad San Martín que fue el lugar donde cumplimos una de nuestras más grandes metas, a la coordinación de proyecto de investigación Doctor Luis Eduardo González

GISET VERÓNICA GUERRERO ITURRI

RUTH ANDREY MUÑOZ NOGUERA

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	20
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
1.1 DESCRIPCIÓN del problema.....	22
1.1 Pregunta de investigación	23
2 JUSTIFICACION	24
3 MARCO REFERENCIAL	25
3.1 MARCO CONTEXTUAL.....	25
3.1.1 Departamento de Nariño	25
3.1.2 Francisco Pizarro	26
3.2 marco teorico	27
3.2.1 Aedes aegyptiAe.	27
3.2.2 Dengue.....	27
3.2.3 Zika	31
3.2.4 Malaria	36
3.2.5 Leishmaniasis	40
3.2.6 Chikungunya	50
3.2.7 Prevención de las enfermedades transmitidas por vectores	52
4 objetivos	53
4.1 OBJETIVO GENERAL	53
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	53
5 METODOLOGIA.....	54
5.1 Enfoque.....	54
Cuantitativo.....	54
5.2 Tipo de estudio.....	54
Observacional descriptivo de corte transversal	54
5.3 Poblacion y Muestra.....	54
5.4 recoleccion de informacion.....	54
5.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
5.6 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	55

5.7	Criterios de selección.....	55
5.7.1	Criterios de inclusión.....	55
5.7.2	Criterios de exclusión.....	55
5.8	Sesgos.....	56
5.9	CONSIDERACIONES ETICAS.....	56
6	RESULTADOS.....	57
7	discusión.....	88
8	conclusiones.....	90
9	RECOMENDACIONES.....	91
	Anexos.....	92
	Bibliografía.....	102

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Clasificación modificada de la gravedad del Dengue, OPS/OMS	31
Tabla 2	Países que tuvieron o tienen evidencia actual de transmisión del virus del Zika a partir de octubre de 2015	32
Tabla 3	Diagnóstico diferencial de Leishmaniasis Cutánea	45
Tabla 4	Diagnóstico diferencial de Leishmaniasis Mucocutánea	46
Tabla 5	Diagnóstico diferencial Leishmaniasis Visceral	47
Tabla 6	Definiciones operativas de caso para Leishmaniasis	48
Tabla 7	Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla número de personas en el hogar	58
Tabla 8	Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla edad	58
Tabla 9	Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla escolaridad.	59
Tabla 10	Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla religión.	59
Tabla 11	Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla ocupación.	59

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	Mapa del departamento de Nariño	26
¡Error! Marcador no definido.		
26	Mapa satelital de Francisco Pizarro Salahonda	27
Ilustración 3	Dengue, curso natural de la enfermedad	30
32	Países que tuvieron o tienen evidencia actual de transmisión del virus del Zika (a partir de octubre del 2015)	33
Ilustración 5	Formas de transmisión del virus Zika	34
346	Transmisión vertical del virus Zika	35
35	Virus Zika resumen (propagación, síntomas y prevención)	36
36	Parásito Plasmodium	37
379	Mosquito hembra del género Anopheles	38
38	Ciclo vital de Plasmodium sp	39
3911	Países en riesgo de transmisión de malaria.	40
41	Distribución Geográfica de Leishmaniasis visceral en el mundo	42
Ilustración 13	Distribución Geográfica de casos confirmados de L. visceral	44
Ilustración 14	Prevención de ETV	53

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿ha escuchado hablar de ETV?59	60
Gráfico 2	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿sabe que enfermedades transmiten los mosquitos?	61
Gráfico 3	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿qué es lo que más le preocupa acerca de ETV?61	62
Gráfico 4	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿es posible contraer la ETV?	62
Gráfico 5	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿quiénes pueden contraer ETV?	63
Gráfico 6	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿todo afectado por ETV presenta síntomas?	63
Gráfico 7	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿se puede prevenir las ETV?	64
Gráfico 8	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿se puede prevenir las ETV?	64
Gráfico 9	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿sabe cómo prevenir las ETV?	65
Gráfico 10	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿dónde se producen los mosquitos?	65
Gráfico 11	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿cada cuánto se debe eliminar criaderos de mosquitos?	66
Gráfico 12	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿quiénes deben eliminar criaderos?	66

Gráfico 13	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿qué síntomas produce la ETV	67
Gráfico 14	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿existe tratamiento contra ETV?	67
Gráfico 15	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿cómo se curan las ETV?	68
Gráfico 16	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿ETV son un problema comunitario?	68
Gráfico 17	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿riesgo para contraer ETV en 6 meses?	69
Gráfico 18	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿sabe cómo eliminar mosquitos en casa?	69
Gráfico 19	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según en su comunidad hay grupos comunales?	70
Gráfico 20	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿pertenece a grupo comunal?	71
Gráfico 21	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿le gustaría pertenecer a grupo comunitario?	71
Gráfico 22	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿asiste a actividades preventivas para ETV?	72
Gráfico 23	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿cree importante realizar actividades de prevención para ETV?	72
Gráfico 24	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿se preocupa por conocer más sobre ETV?	73

Gráfico 25	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿tiene posibilidades de realizar actividades de control para ETV?	73
Gráfico 26	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿asiste a reuniones para informarse prevención ETV?	74
Gráfico 27	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿lidera campañas de prevención ETV?	74
Gráfico 28	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿cree tener suficiente información sobre ETV?74	75
Gráfico 29	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿de qué aspectos quisiera tener más información?	75
Gráfico 30	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿dónde acude si tiene síntomas ETV?	76
Gráfico 31	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según se toma todas las pastillas del tratamiento ETV?	76
Gráfico 32	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿está de acuerdo fumigación casa ETV?	77
Gráfico 33	76	77
Gráfico 34	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según multas alcaldía por no cumplir instrucciones?	78
Gráfico 35	78	79
Gráfico 36	78	79

Gráfico 37	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿cómo te cuidas para prevenir las ETV? 79	80
Gráfico 38	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿tuvo problemas para adoptar medidas preventivas?79	80
Gráfico 39	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿fumiga regularmente su casa?	81
Gráfico 40	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿qué hace con la basura producida en casa?	81
Gráfico 41	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿cubre fuentes de agua de almacenamiento?	82
Gráfico 42	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿quema espirales o antimosquitos?	82
Gráfico 43	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿se asegura que cerca su casa no aguas estancadas?	83
Gráfico 44	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿mantiene canales limpios cerca su casa?	83
Gráfico 45	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿rellena charcos alrededor casa?	84
Gráfico 46	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿usa mosquiteros o repelente?	84
Gráfico 47	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿actividades familia prevención ETV?84	85
Gráfico 48	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿qué actividad que más realiza con su familia y comunidad para prevenir ETV?	86

Gráfico 49	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿es fácil seguir las indicaciones del personal salud?	87
Gráfico 50	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿almacena agua por más de tres días?	87
Gráfico 51	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿ultima limpieza fuente de almacenamiento agua?	88
Gráfico 52	Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ¿método que empleo ultima limpieza fuente de agua?	88

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Cronograma	91
Anexo B	Presupuesto	92
Anexo C	Consentimiento informado	93
Anexo D	Encuesta	94
Anexo E	Articulo	107

RESUMEN

Los vectores son animales que transmiten patógenos, entre ellos parásitos, de una persona (o animal) infectada a otra y ocasionan enfermedades graves en el ser humano. Estas enfermedades son más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales y en lugares con problemas de acceso al agua potable y al saneamiento. Las enfermedades vectoriales representan un 17% de la carga mundial estimada de enfermedades infecciosas. Su principal objetivo es evaluar los conocimientos actitudes y práctica frente a la prevención del Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis en la población de Francisco Pizarro Salahonda en el año 2018. Este estudio es de tipo cuantitativo Observacional descriptivo de corte transversal. Los datos se tomaron de 197 encuestas, con padres de familia que por voluntad decidieron participar.

Resultados: se presentó que los conocimientos en la población en general son buenos ya que las diferentes preguntas realizadas la mayoría de las respuestas fueron acertadas, aunque se encontraron falencias en la identificación de las principales enfermedades que se pueden producir por una picadura de mosquito. La actitud en los encuestados muestra que hay diferentes puntos de vista y reacciones a ciertas actividades, que hay muy poca participación en grupos comunitarios a favor de la prevención de las ETVs y Con respecto a las prácticas de la población de Francisco Pizarro Salahonda queda en claro que tiene muchas actividades para prevenir las ETV y minimizar los criaderos de mosquitos.

Conclusiones: la ETVs son enfermedades prevalentes y prevenibles la comunidad de Francisco Pizarro Salahonda en termino generales tiene buenos conocimientos sobre estas, su actitud es a favor de su prevención y tienen muchas practicas favorables para prevenirlas.

Palabras claves

Enfermedades transmitidas por vectores, conocimientos, actitudes, prácticas, medidas preventivas.

INTRODUCCIÓN

Los vectores son animales que transmiten patógenos, entre ellos parásitos, de una persona (o animal) infectada a otra y ocasionan enfermedades graves en el ser humano. Estas enfermedades son más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales y en lugares con problemas de acceso al agua potable y al saneamiento. Las enfermedades vectoriales representan un 17% de la carga mundial estimada de enfermedades infecciosas.

Para conocer esta problemática es necesario determinar qué factores están involucrados en el crecimiento y propagación de los vectores. Este trabajo es de gran interés, debido que nuestra zona pacifica cuenta con un gran número de habitantes que solo por vivir en esta zona ya están en alto riesgo de ser picado por un mosquito y padecer alguna de las ETVs.

Es importante identificar en estas zonas endémicas que tanto conocen, como es la actitud y cuáles son las prácticas más utilizadas para prevenir las enfermedades transmitidas por vectores, esto genera una visión amplia de que tan preparados están los habitantes de esta comunidad para enfrentarse a esta problemática que aunque ellos no quieran siempre está presente.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

Salud familiar y comunitaria.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades transmitidas por vectores son trastornos causados por agentes patógenos, entre ellos los parásitos, en el ser humano. En todo el mundo se registran cada año más de 1000 millones de casos. Las enfermedades transmitidas por vectores representan más del 17% de todas las enfermedades infecciosas. De las cuales las más comunes son: Zika (A92.8), Malaria (B50 a B54), Leishmaniasis (B55), Dengue (A90-A91) Y Chikungunya (A92.0) con CIE-10. Diferentes estudios en el mundo ha reportado que el Zika tiene una prevalencia que oscila entre 11.9 al 35% en países de sur América, 4.3 a 6.9% en países de Centro América y un 1.4% en una isla del Caribe. A nivel nacional se reporta que en la región central la prevalencia es de 46.6% y en región Caribe de 20.7%. Estudios a nivel mundial ha reportado que la prevalencia de Malaria en sur América en de 42 a 12%, estudios nacionales reportan en la costa pacífica la prevalencia es de 65.7 a 30%, Orinoquia y Amazonia 10 a 25%.un estudio mundial reporta que la prevalencia de Leishmaniasis es de un 75% en países de sur América. A nivel nacional Antioquia 20.4%, costa pacífica 10.2 a 0.9%, región andina de 10.4 a 2.8% y Amazonia de 9.3 a 1.8%. Dengue reporta prevalencia a nivel mundial en el pacifico occidental y Asia suroriental es 70%, en Suramérica 64.4%, países andinos 19%, América central y México 12.5%.a nivel nacional se reportan en región Caribe la prevalencia 2.9 a 0.3%, región pacífica 21.4 a 0.3% y costa atlántica 2.4 a 0.3%. Chikungunya a nivel mundial reporta una prevalencia de 72.2% en Ahmedabad India. A nivel nacional reportan prevalencia en costa atlántica 5.9 a 1.7%, en costa pacífica 7.1%, región andina 8.4 a 2.6%. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7).

Las causas de la transmisión de la enfermedad de Zika, Dengue y Chikungunya es el mosquito *Aedes Aegypti*, la infección es dada por los virus: Arbovirus de la familia Flaviviridae, virus del dengue familia Flaviviridae y Alfavirus de familia Togaviridae respectivamente. Paludismo la transmisión se realiza a través de mosquito hembra del genero Anopheles y enfermedad es causada por la especie de protozoarios del genero Plasmodium, en Colombia los más comunes son: p. Vivax y p. Falciparum. En Leishmaniasis el agente etiológico es un protozooario Dimorfico del genero Leishmania que pertenece a la familia Trypanosomatida. En la clínica podemos encontrar elevación de la temperatura corporal 37.2 a 41 °C, mialgias, artralgias cefalea y malestar general. En el Zika además podemos encontrar exantema, conjuntivitis, parálisis facial y linfadenopatias y las complicaciones más frecuentes son: malformaciones congénitas síndrome de guillan barre. Complicaciones dengue: dengue hemorrágico, petequias, sangrado masivo intestinal, leucopenia progresiva, trombopenia y shock. En Chikungunya un 25% de las complicaciones son neurológicas. (8) (9) (10) (11).

Análisis de registros de casos de malaria reportados por SIVIGILA en área urbana del municipio de San Andrés de Tumaco (comuna 5) Nariño 2007-2011. Con el objetivo de identificar criaderos productivos o potenciales de vectores para 2011 y de evaluar padecimiento de la población con respecto a malaria, estudio de corte transversal aplicaron encuestas; conocimientos, las actitudes, practicas, percepciones y prácticas comunitarias (CAP-PP) de la organización panamericana de salud (OPS) mediante la obtención de modelos estadísticos. Se encontró que la base económicas de los habitantes de san Andrés de Tumaco se basa en actividades agrícolas, ganadería, recolección de moluscos, el comercio marítimo y la actividad de puerto lo que aumenta el riesgo de infección de malaria porque la desmovilización favorece a la coexistencia con los vectores y por consiguiente la adquisición de la enfermedad, las condiciones socioeconómicas de la población favorecen a la trasmisión de la malaria puesto que la mayoría de la población no tiene atención en servicios básicos, el alto grado de corrupción administrativa q se ha observado en los últimos años, la aparición de cultivos ilícitos, el recrudecimiento del conflicto armado más el desplazamiento al casco urbano también son factores que favorecen a la trasmisión de la malaria, consecuencia de esto se ha propiciado el traslado cultivos desde el casco urbano creando estanques para cultivo de peces y camarón, y establos para ganado cerca de las viviendas generando una de las principales fuentes de vectores para la trasmisión de la enfermedad que favorece la presencia de criaderos de Anopheles, la construcción de reservorios para el abastecimiento de agua dada las precarias condiciones del acueducto municipal facilitan la procreación y alternancia de los vectores de zonas periurbanas a zonas urbanas especialmente a barrios de mayor vulnerabilidad. Con esto se concluyó que a pesar de que la población manifiesta tener conocimientos, las actitudes, prácticas, percepciones y prácticas comunitarias (CAP-PP) no favorecen de la protección contra la enfermedad (12).

Con los datos ya mencionados, se observa que en la costa pacífica Colombina específicamente en el municipio de Francisco Pizarro Salahonda no se ha realizado ningún estudio en el que se evalué los factores de riesgos y protectores para la transmisión de enfermedades transmitidas por vectores, puntualmente Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta lo anterior se realiza la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de enfermedades transmitidas por vectores en pobladores de Salahonda - 2018?

2 JUSTIFICACION

Se realiza este estudio porque las enfermedades transmitidas por vectores adquieren gran importancia ya que en esta zona son de carácter endémico especialmente Malaria y Dengue teniendo una alta prevalencia, aun en la actualidad. Históricamente su comportamiento ha cambiado respecto a la morbilidad y mortalidad; ya que ha disminuido la mortalidad pero sigue con alta morbilidad.

Generado beneficios en la salud pública a través de la prevención primaria con métodos educativos que se podrían implementar inicialmente en el centro de salud de Francisco Pizarro Salahonda y replicar a todos los habitantes de la comunidad, concientizando el comportamiento de los ciudadanos frente a los factores de riesgos; lo cual llevaría a disminuir el riesgo de contagio y aumentar los factores protectores a través del fortalecimiento del plan de promoción y prevención, que podrían ser ejecutados por el personal de salud y comunidad.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO CONTEXTUAL

3.1.1 Departamento de Nariño

Por medio del cumplimiento a la ley primera de 1904, se crea el departamento de Nariño, para honrar la memoria de Antonio Nariño, uno de los más destacados precursores de la independencia de la región.

El departamento de Nariño está situado al extremo suroeste del país, en la frontera de la república del ecuador, localizado entre 00°31'08" y 02°41'08" de longitud oeste. Limita al norte con el departamento del Cauca, por este con el departamento del Putumayo, por el sur con la república del Ecuador y por el oeste con el Océano Pacífico. El departamento de Nariño está dividido en 64 municipios, 230 corregimientos, numerosos caseríos y sitios poblados.

En el departamento de Nariño se distinguen tres regiones fisiográficas correspondientes a la llanura pacífico, región andina y la vertiente amazónica. La llanura del pacífico se caracteriza por altas temperaturas, abundantes lluvias y exuberantes vegetaciones.

Ilustración 1. Mapa del departamento de Nariño



Fuente <http://hugosalamancaparra.net>

3.1.2 Francisco Pizarro

Es un municipio de Colombia, situado en el suroeste del país, en el departamento de Nariño, a 442 km de la capital de éste, San Juan de Pasto, que tiene 7.075 habitantes. Su cabecera municipal es Salahonda tiene 2,805 habitantes. La población fue fundada por Bartolomé Ruiz en 1526.

Ilustración 2 Mapa satelital de Francisco Pizarro Salahonda



Fuente:<https://www.google.com.co/maps/place/Francisco+Pizarro,+Nari%C3%B1o/@2.0129199,78.6620496,6019m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x8e2da744c75b289d:0x30ecafe758cc4ef6!8m2!3d2.01292!4d-78.64454?hl=es-CO>

3.2 MARCO TEORICO

3.2.1 Aedes AegyptiAe.

Aegypti, es el principal vector de los virus del Dengue, Chikungunya y Zika. Es un insecto estrechamente asociado con los seres humanos; sus viviendas, les proporcionan todas las condiciones necesarias para completar su desarrollo; nutrientes obtenidos desde la sangre, agua para sus ciclos biológicos y refugio. El mosquito reposa preferentemente en zonas más frías y oscuras, tales como armarios. Ae. Aegypti es muy difícil de controlar o eliminar debido a una serie de adaptaciones biológicas y al medio ambiente que los hacen disponer de una alta capacidad de dispersión y colonizar nuevos hábitats, y la capacidad de recuperar rápidamente la población inicial después de alteraciones derivadas por fenómenos naturales (por ej. ausencia de lluvias por extensos períodos) o intervenciones humanas (por ej. medidas de control). Una de las principales adaptaciones de esta especie invasora, es la capacidad de los huevos para soportar la desecación y, mantenerse viables, durante varios meses.

Por ejemplo, si elimináramos de un sitio, todas las larvas, pupas y adultos de Ae. Aegypti a la vez, su población se recuperaría dos semanas más tarde como resultado de la eclosión de los huevos después de una lluvia o adición de agua a contenedores que albergan huevos. Es probable que Ae. Aegypti esté continuamente adaptándose a los cambios ambientales, por lo cual deben incluirse estudios entomológicos antes y durante las operaciones de control de vectores (13). En el ciclo de vida de esta especie se observan cambios en la forma, función y hábitat. La eclosión de las larvas ocurre cuando el agua recubre e hidrata los huevos. En los siguientes días, las larvas se alimentan de microorganismos y materia orgánica articulada, mudando su cutícula tres veces para poder crecer desde el primero al cuarto estado. Cuando la larva ha adquirido suficiente energía y tamaño en el cuarto estado, la metamorfosis activada, transforma la larva en pupa.

Las pupas no se alimentan; pero en el interior de éstas se desarrollan una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y etológicos. Luego, el adulto recién formado emerge del agua después de romper la cutícula pupular. El ciclo de vida completo dura entre 8-10 días a temperatura óptima (20- 30°C) (8), dependiendo de la disponibilidad de alimentos y la densidad larval. Por lo tanto, en el ciclo biológico de Ae. Aegypti, existe una fase acuática (larvas, pupas) y una fase terrestre (huevos, adultos) (14).

3.2.2 DENGUE

3.2.2.1 Definición

El Dengue es una enfermedad viral aguda, endémo-epidémica, transmitida por la picadura de hembras de 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. (15).

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 (16).

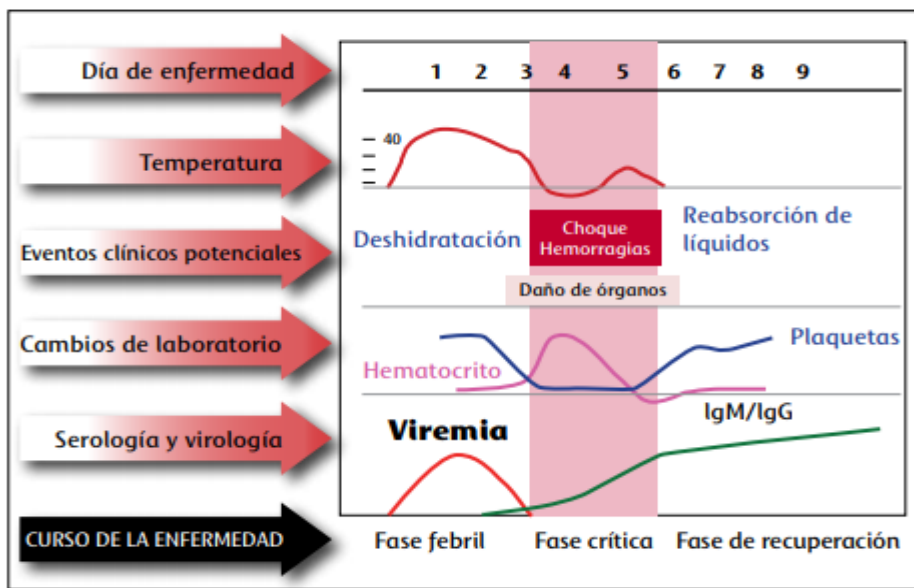
Para que en un lugar haya transmisión de la enfermedad tienen que estar presente de forma simultánea: el virus, el vector y el huésped susceptible.

3.2.2.2 Historia natural de la 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 destaca la hepatitis, la 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, pues algunos pacientes (la mayoría) estarán con sintomatología leve y erróneamente 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 (17). Después del período de incubación (de 4 a 10 días), la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación (Ilustración 1). (18)

Ilustración 3. Dengue, curso natural de la enfermedad

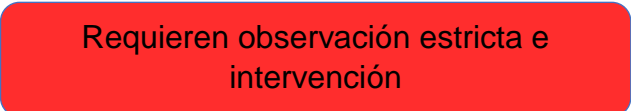


Fuente: Adaptado de Yip WCL, et al 1980 disponible en:
<http://www.hirrc.org/Gu%C3%ADa%20dengue%20OPS%202016.pdf>

El dengue es una sola enfermedad con presentaciones clínicas diferentes y, a menudo, con evolución y resultados impredecibles (18). La clasificación según la gravedad tiene un gran potencial práctico para el médico tratante, para decidir dónde y con qué intensidad se debe observar y tratar al paciente (es decir, el triaje, especialmente útil en los brotes). Así se obtiene una notificación de casos más compatible con el sistema de vigilancia epidemiológica nacional e internacional y como una medida final, para las pruebas de vacunas y medicamentos contra el Dengue.

3.2.2.3 Diagnóstico y Clasificación

Tabla 1. Clasificación modificada de la gravedad del Dengue, OPS/OMS

Dengue sin signos de alarma - DSSA	Dengue con signos de alarma - DCSA	
<ul style="list-style-type: none"> • Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución y 2 o más de las siguientes manifestaciones: <ol style="list-style-type: none"> • 1. Náuseas / vómitos • 2. Exantema 3. Cefalea / dolor retroorbitario • 4. Mialgia / artralgia • 5. Petequias o prueba del torniquete (+) • 6. Leucopenia • También puede considerarse caso todo niño proveniente o residente en zona con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo caso de dengue que cerca de y preferentemente a la caída de la fiebre presenta uno o más de los • siguientes signos: <ol style="list-style-type: none"> • 1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen • 2. Vómitos persistentes • 3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) • 4. Sangrado de mucosas • 5. Letargo / irritabilidad • 6. Hipotensión postural (lipotimia) • 7. Hepatomegalia >2 cm • 8. Aumento progresivo del hematocrito 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones: <ol style="list-style-type: none"> • 1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤20 mmHg: hipotensión en fase tardía. • 2. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central (SNC)) • 3. Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT ≥1000 UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis)
 <p>Requieren observación estricta e intervención</p>		

Fuente: Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas, 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en <http://www.hirrc.org/Gu%C3%ADa%20dengue%20OPS%202016.pdf>

3.2.3 ZIKA

La fiebre del Zika es una enfermedad viral emergente transmitida por mosquitos, causada por el virus del Zika (ZIKAV), un arbovirus RNA de cadena sencilla que pertenece a la familia Flaviviridae y al género Flavivirus. Filogenéticamente se relaciona con los virus del dengue, la fiebre amarilla, la encefalitis japonesa y del Nilo Occidental.

Se transmite principalmente a los humanos a través de la picadura de los mosquitos hembra pertenecientes a la familia Culicidae, género Aedes, infectados con el virus. En Colombia, las especies circulantes son Aedes aegypti y Aedes Albopictus. Un solo vector, más de una enfermedad transmitida: fiebre amarilla, Dengue, Chikungunya y Zika. Se encuentran presentes en áreas urbanas y rurales por debajo de los 2200 msnm. (40)

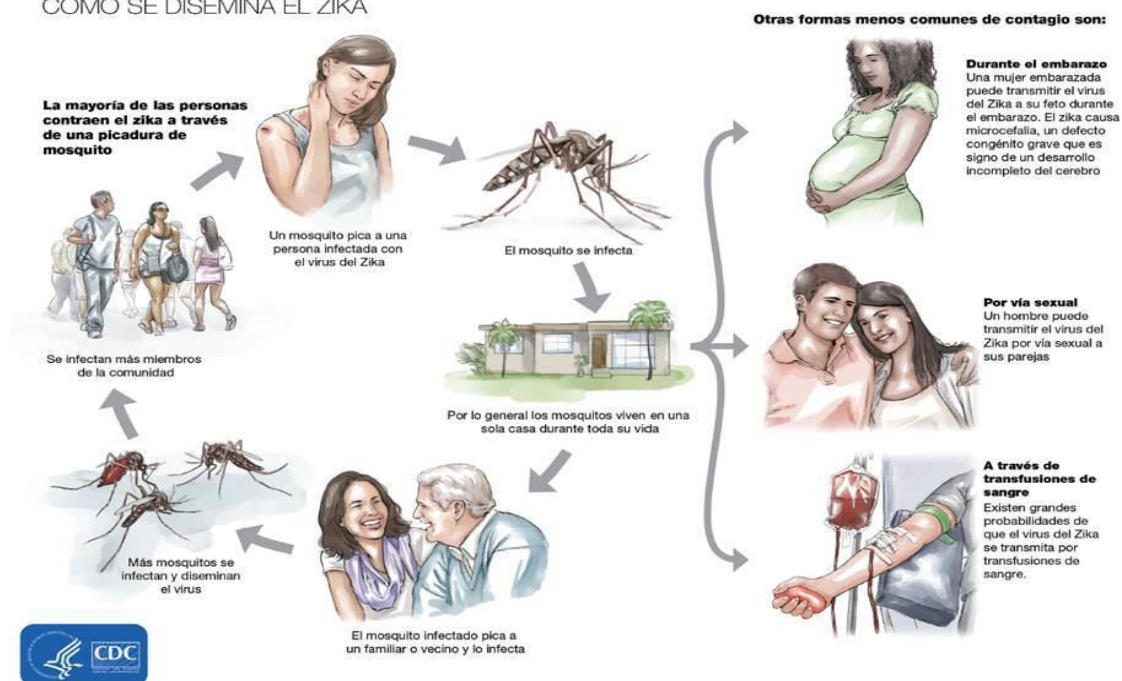
Tabla 2. Países que tuvieron o tienen evidencia actual de transmisión del virus del Zika a partir de octubre de 2015

África	Asia	Oceanía	América
Angola	Camboya	Islas Cook	Brasil
Burkina Faso	India	Isla de Pascua	Colombia
Camerún	Indonesia	Micronesia	
República	Malasia	Polinesia	
Centroafricana	Pakistán	Francesa	
Costa de Marfil	Filipinas	Nueva Caledonia	
Egipto	Tailandia	Islas Salomón	
Etiopía	Vietnam	Vanuatu	
Gabón			
Gambia			
Kenia			
Nigeria			
Senegal			
Sierra Leona			
Somalia			
Tanzania			
Uganda			
Zambia			

Fuente: modificada de: Centers for Disease Control and Prevention. Areas with Zika. Disponible en: <http://www.cdc.gov/zika/geo/index.html>.

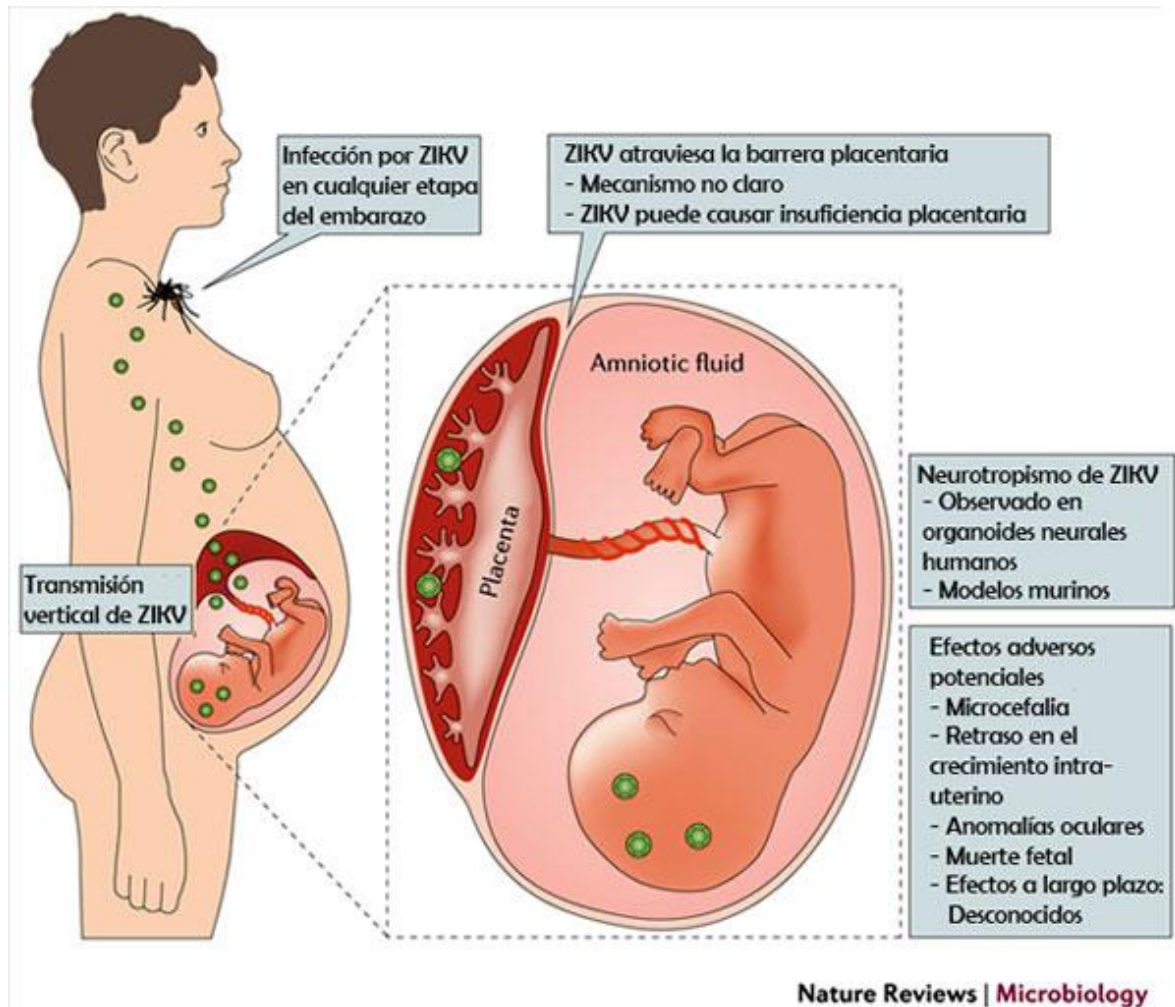
Ilustración 5. Formas de transmisión del virus Zika

PROTEJA A SU FAMILIA Y A SU COMUNIDAD: CÓMO SE DISEMINA EL ZIKA



Fuente: Nat Rev Microbiol. 2016 Aug 30. doi: 10.1038/nrmicro.2016.125), copyright (2016) disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/dengue.html>

Ilustración 6. Transmisión vertical del virus Zika



Fuente: Nat Rev Microbiol. 2016 Aug 30. doi: 10.1038/nrmicro.2016.125), copyright (2016) disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/dengue.html>

3.2.3.2 Período De Incubación

De 3 a 12 días, en promedio 7 días después de la picadura de un mosquito infectado (44).

3.2.3.3 Factores De Riesgo

- Viajes a zonas donde existe circulación de Zika, de personas que no han sido infectadas con anterioridad (45).
- Los mosquitos y sus lugares de cría suponen un importante factor de riesgo de infección (46).

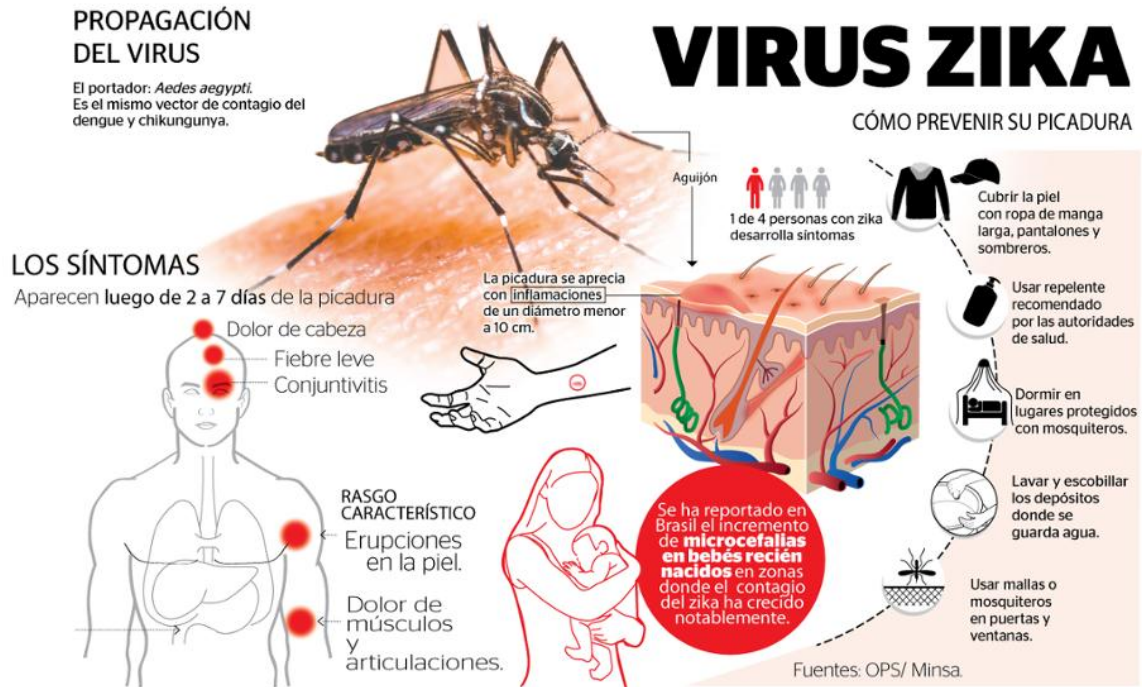
3.2.3.4 Medidas preventivas

Actualmente, no existe vacuna disponible para la infección por Zika (50). La principal medida de prevención es el control del mosquito *Aedes* y evitar su picadura. Por ello, es importante informarse previo a un viaje, si existe la presencia del mosquito.

Si es así, se recomienda tomar las siguientes medidas:

- Usar ropa de color claro que cubra la mayor parte del cuerpo.
- Evitar exponerse al sol en el periodo de mayor actividad del mosquito, que es durante las primeras horas de la mañana y el atardecer.
- Usar repelentes en las zonas expuestas (con 30% de sustancia activa DEET o picaridina), de acuerdo a instrucciones del producto.
- Usar aire acondicionado o malla mosquitera al dormir. En su defecto, ventanas y puertas con mallas que impidan el acceso del mosquito (51)

Ilustración 7. Virus Zika resumen (propagación, síntomas y prevención)



Fuente: Nat Rev Microbiol. 2016 Aug 30. doi: 10.1038/nrmicro.2016.125), copyright (2016)

3.2.4 Malaria

3.2.4.1 Definición

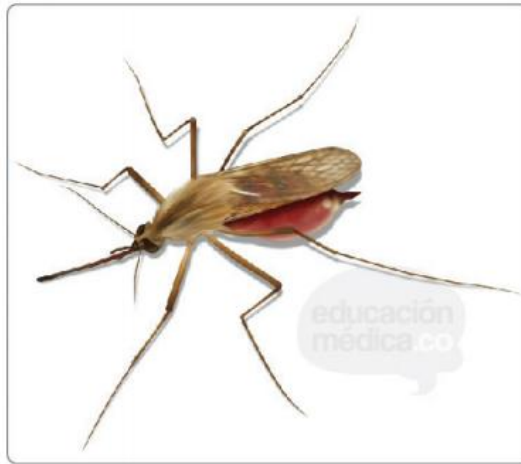
La Malaria es una enfermedad causada por protozoarios del genero Plasmodium. Las especies de Plasmodium clásicamente reconocidas como causantes de malaria humana son P. Falciparum, P. Vivax, P. Malaria y P. ovale, pero en los últimos años en países del Asia se ha incrementado el reporte de casos de malaria por P. Knowlesi. Los Plasmodium son transmitidos al hombre por mosquitos hembras del género Anopheles, que estando infectados, al picar, inoculan los esporozoitos, forma infectante del parásito. La transmisión también puede ocasionalmente ocurrir por inoculación directa de glóbulos rojos infectados por vía transfusional, como transmisión vertical de una madre infectada al feto y en forma casual por pinchazos con jeringas contaminadas. Tres de los parásitos causantes de malaria son encontrados exclusivamente en humanos: P. Falciparum, P. Vivax y P. ovale. El P. Malaria es encontrado también en simios africanos. En Colombia aproximadamente 70% de los casos son por P. Vivax y prácticamente todo el resto de la notificación es por P. Falciparum. El reporte de casos de malaria por P. Malaria en nuestro medio es muy escaso. Malaria por P. ovale ha sido registrada en casos importados de África y, si bien este tipo de malaria ha sido descrita en Colombia (52), se considera que no existe transmisión en el país.

Ilustración 8. Parásito Plasmodium



Fuente: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf

Ilustración 9. Mosquito hembra del género Anopheles



Fuente: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf

3.2.4.2 Transmisión

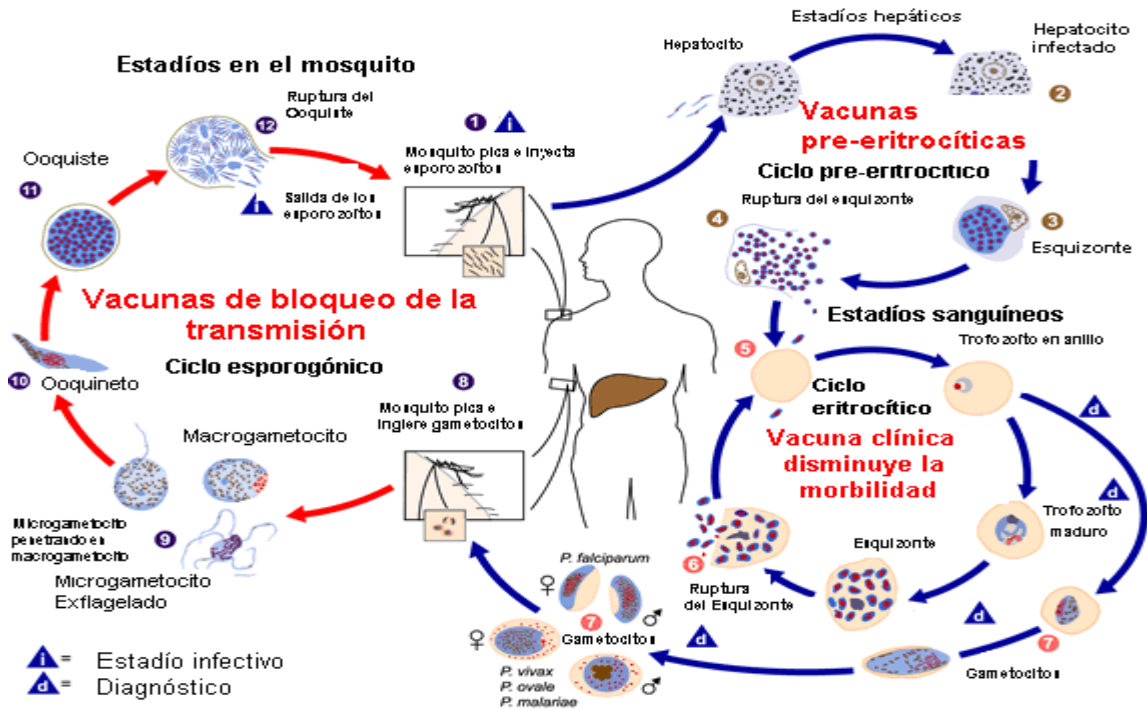
Vectorial: el Anopheles infectado, al picar, inocula los esporozoitos, forma infectante del parásito.

- ◆ Inoculación directa de glóbulos rojos infectados por vía transfusional o casual por pinchazos con jeringas contaminadas.
- ◆ Transmisión vertical: de una madre infectada al feto. Tres de los parásitos causantes de malaria son encontrados exclusivamente en humanos: *P. Falciparum*, *P. Vivax* y *P. ovale*. El *P. Malariae* es encontrado también en simios africanos (53)

3.2.4.3 Períodos de Incubación:

El periodo de incubación abarca en promedio 10 a 14 días, tiempo durante el cual ocurre el ciclo pre-eritrocítico en el hígado y pueden presentarse síntomas generales como cefalea, mialgias, anorexia y vómito. El periodo de incubación de la malaria adquirida a través de transfusión es de 48 a 72 horas. Después del periodo de incubación comienza el ataque agudo. (53)

Ilustración 10. Ciclo vital de Plasmodium spp.



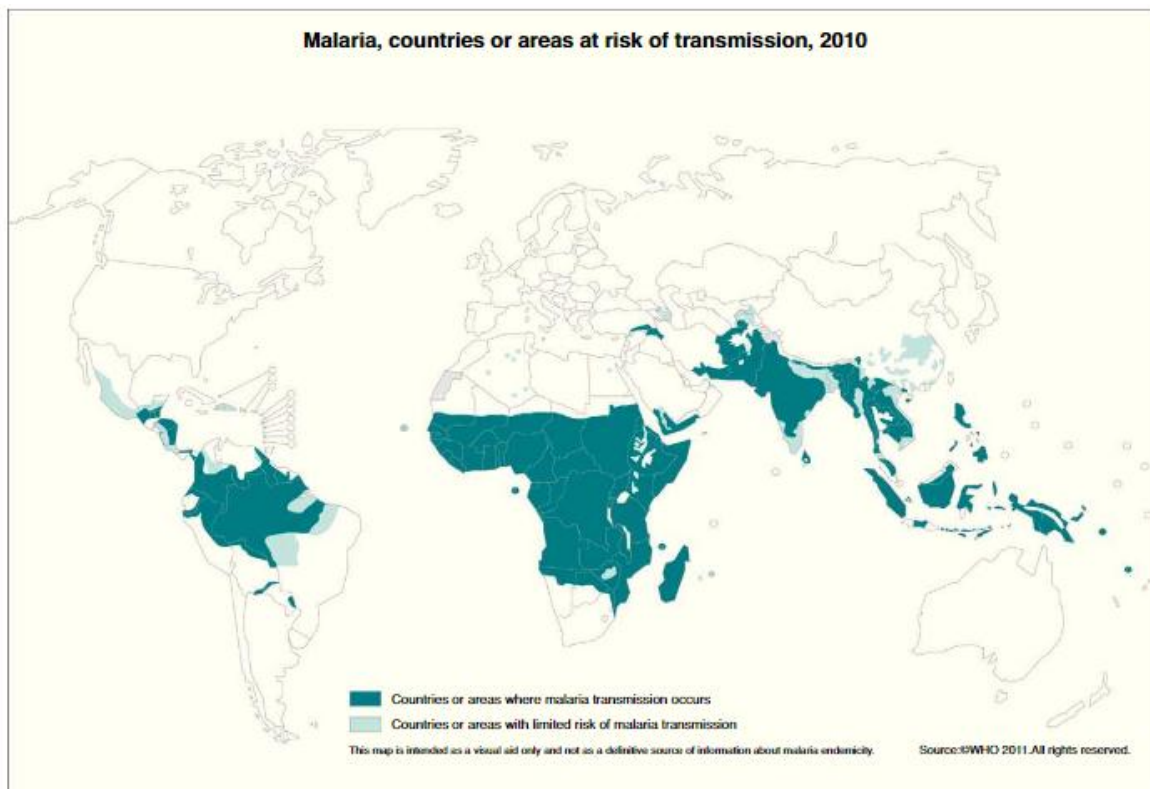
Fuente: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf

3.2.4.4 Epidemiología

Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud, 106 países y alrededor de 3.300 millones de personas están expuestas actualmente a esta infección, registrándose en 2013 cerca de 130 millones de casos. Los habitantes de los países más pobres son los más vulnerables a la enfermedad, siendo cerca del 90% casos registrados en África subsahariana y mayoritariamente en niños menores de 5 años. El paludismo se erradicó en nuestro país hace cerca de 50 años. Aun así, en 2009 se declararon en España 409 casos de paludismo importado. Por este motivo, y por la gravedad que conlleva, debemos tener protocolos de actuación consensuados para el manejo adecuado de estos pacientes. (53; 54)

En Colombia las zonas de malaria están entre 0 y 1600 m.s.n.m. Las regiones de mayor riesgo son: la costa pacífica, valles del río Cauca (bajo) y Sinú (alto), la Amazonía y la Orinoquia. La mortalidad por malaria ha disminuido en Colombia. La morbilidad se mantiene elevada (aproximadamente 150.000 casos anuales). El número de muertes por malaria en la última década (1999-2009): entre 65 - 165 muertes al año. (53)

Ilustración 11. Países en riesgo de transmisión de malaria.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



Fuente: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf

- Asintomática en el periodo inicial, que puede prolongarse en pacientes con inmunidad parcial o con quimioprofilaxis incompleta
- Cefalea, fatiga, febrícula, mialgias
- Paroxismos de fiebre, irregulares a lo largo del día, asociado o no a taquicardia y delirios (las fiebres cíclicas son infrecuentes)
- Palidez cutánea o ictericia
- Hepatomegalia y esplenomegalia
- Vómitos, diarrea, dolor abdominal
- Tos

Se considera malaria grave cuando se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- Acidosis: Ph <7,35, bicarbonato < 15meq/l, exceso de base <-3,3 mmol/L
- Disminución nivel conciencia: Escala Glasgow < 11, o escala de Blantyre < 3 (en lactantes)
- Postración / decaimiento
- Anemia severa: Hb < 5g/dL, Hto < 15%
- Fallo renal: diuresis < 0,5ml/kg/h, creatinina >1,5mg/dL
- Shock y fallo multiorgánico
- Parasitemia asexual > 10 %
- Ictericia visible (bilirrubina sérica > 3mg/dL) con parasitemia > 100.000/mcL
- Glicemia < 40 mg/dL
- Edema pulmonar confirmado radiológicamente o con Sat Hb < 92% , taquipnea (> 30 rpm) y con crepitantes en la mayoría de ocasiones
- Convulsiones de repetición: > 2 episodios al día

3.2.5 Leishmaniasis

La Leishmaniasis es una enfermedad parasitaria, se conocen al menos 20 especies de parásitos del género *Leishmania*, que se transmiten a los mamíferos por la picadura de las hembras de insectos dípteros hematófagos, que corresponden a diferentes especies de Flebotomíneos, de la familia Psychodidae, cuyos reservorios son diferentes animales silvestres y domésticos. La infección al hombre se puede dar a partir de parásitos provenientes de un reservorio animal (ciclo zoonótico), o, a partir de parásitos que el vector ha tomado de otro hospedero humano (ciclo antroponótico). (61)

Las Leishmaniasis son zoonosis que pueden afectar la piel, las mucosas o las vísceras, resultado del parasitismo del protozoo flagelado del género *Leishmania* en los macrófagos, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebótomo. Las presentaciones clínicas de la enfermedad varían de acuerdo con: la especie de *Leishmania*, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la enfermedad. La especie infectante está determinada por el vector que la transmite; y a su vez la presencia del vector está determinada por las condiciones ecológicas de cada región.

Las formas de presentación clínica de Leishmaniasis son: la forma cutánea, mucosa o mucocutánea y visceral. La Leishmaniasis tegumentaria es una enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas. Comienza con una pápula que se agranda y típicamente se transforma en úlcera indolora. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y, ocasionalmente, no ulceradas y difusas. Pueden cicatrizar espontáneamente en término de semanas o meses o persistir durante un año o más.

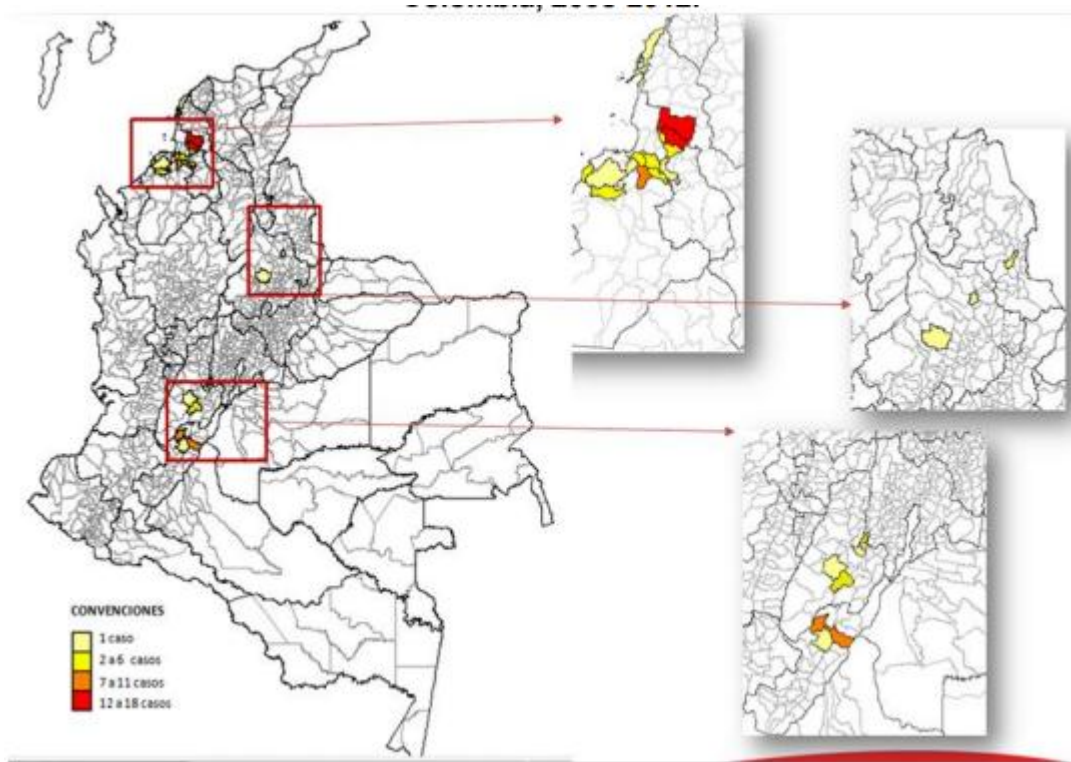
obtienen exclusivamente a partir de la detección pasiva de los casos, el número de personas infectadas, pero asintomáticas, es mucho mayor que el número de casos manifiestos de Leishmaniasis visceral (64)

En América, las Leishmaniasis representan un problema significativo en salud Pública, debido a su alta morbilidad, con distribución en algunas partes de México, América Central y América del Sur, a excepción de Chile y Uruguay. Para Leishmaniasis visceral, su mayor incidencia se presenta en el norte del Brasil (65)

En Colombia, durante la década de los 90 se notificaban en promedio 6.500 casos nuevos de Leishmaniasis por año, cifra que aumentó progresivamente al punto de pasar en los años 2005 y 2006, a cerca de 20.000 casos cada año notificados al sistema, y durante el 2007 un descenso en los casos a cerca de 14.000, después en el 2008 a 8246, aumentando posteriormente en el 2009 y 2010 a 15455 casos y 14843, respectivamente, y luego en el 2011 con 9241 casos (66)

Se presentan las tres formas clínicas de la enfermedad, siendo la más frecuente y la de mayor distribución geográfica, la Leishmaniasis cutánea (entre 95% y 98% de los casos); la Leishmaniasis mucosa, que es el resultado de la diseminación del parásito, y que se puede presentar de semanas a años después de la lesión cutánea (1% a 4%) y Leishmaniasis visceral (entre el 0,1 y 1,5 %). La Leishmaniasis visceral es endémica principalmente en el Valle del Río Magdalena y sus afluentes; existen focos que corresponden con la distribución de *Lutzomyia longipalpis* en Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander (67). Durante los últimos cinco años (2008-2012), se han notificado 106 casos confirmados procedentes de los departamentos de Bolívar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Tolima, Santander y Sucre; con distribución en 25 municipios del territorio nacional. El 58 % de estos casos se concentran en los municipios de Ovejas, El Carmen de Bolívar, Neiva, San Andrés de Sotavento y Tuchín (68)

Ilustración 13. Distribución geográfica de casos confirmados para L. visceral.



<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-leish-informe-epi-americas.pdf>

3.2.5.3 Clínica

Leishmaniasis cutánea

Se presenta una mácula secundaria a la picadura del vector de más o menos medio centímetro de diámetro y está por lo general rodeada de un halo más claro, puede perdurar uno a dos días. El periodo de incubación varía entre 2 semanas y 2 meses; la macula se transforma en un granuloma dérmico que es el primer signo de la LC, que es una pápula que evoluciona a un nódulo indoloro y redondeado, que aumenta progresivamente de tamaño y se ulcera (69) (70) (71)

Manifestaciones clínicas. Inicialmente la úlcera está cubierta por una costra que está bien adherida al fondo de la úlcera y al tratar de retirarla sangra con facilidad; al desprenderse la costra se observa la úlcera típica, de fondo limpio, color rosado, y tejido granuloso, redondeada, de bordes regulares y elevados, indolora y de base indurada. En ocasiones las úlceras se infectan secundariamente con otros agentes microbianos. Cuando la enfermedad compromete el pabellón auricular se puede producir mutilaciones del mismo. Desde los primeros síntomas de la Leishmaniasis cutánea los parásitos invaden los cordones y los ganglios linfáticos, pudiendo ocasionar linfangitis y adenopatías regionales. En algunos casos se hacen evidente antes de la aparición de la lesión cutánea

Definición de caso. Paciente con lesiones cutáneas procedente de áreas endémicas que cumpla con tres o más de los siguientes criterios: sin historia de trauma, evolución mayor de dos semanas, úlceras, lesiones nodulares, lesiones satélites o adenopatía localizada

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de Leishmaniasis Cutánea

Leishmaniasis Cutánea	Diagnóstico diferencial
Localizada	Piodermitis, esporotricosis, cromomicosis, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, tuberculosis cutánea, úlceras varicosas, úlceras traumáticas, psoriasis, infecciones cutáneas por mico bacterias no tuberculosas linfomas cutáneas, lobomicosis, granuloma a cuerpo extraño, úlcera vasculares de la anemia de células falciformes, lupus eritematoso discoideo, queratoacantoma, vasculitis.
Difusa	Lepra lepromatosa, linfomas cutáneos, neurofibromatosis, xantomatosis

Fuente: (Almeida OL, 2011) (M., 2010).

Leishmaniasis Mucocutánea. Se presenta varios meses o muchos años después de haber cicatrizado la forma cutánea. La mayoría de las lesiones mucosas aparecen en los 2 primeros años después de haber cicatrizado la lesión cutánea. En algunos pacientes no hay evidencia de cicatrices previas ni historia de enfermedad. El parásito más frecuentemente involucrado es *L. V. Braziliensis* pero también hay casos por *L. V. Panamensis* y *L. V. Guyanensis*. Puede deberse también a una metástasis por vía hematológica o linfática de una lesión cutánea distante, o más raramente, por la extensión a mucosas de LC en cara. (72) (73).

Manifestaciones clínicas: El sitio inicial y más frecuentemente afectado es la mucosa del tabique nasal. Hay sensación de nariz tapada, prurito o dolor, costras sero-hemáticas, escurrimiento mucosanguinolento o franca hemorragia. El

eritema, el edema y la infiltración producen aumento del volumen de la punta de la nariz y las alas nasales; ocasionalmente puede extenderse más allá del surco nasogeniano hasta las mejillas. La lesión puede progresar hasta perforar el tabique; incluso puede destruir todas las estructuras, causando una grave deformidad, con la punta de la nariz caída y gruesa, simulando la nariz del tapir.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de Leishmaniasis Mucocutánea

Leishmaniasis Mucocutánea	Diagnóstico diferencial
Área Nasal	Traumatismos, Infecciones bacterianas, sífilis, uso de cocaína, intoxicación por cromo, granuloma maligno medio facial, paracoccidioidomicosis, pólipos nasales, rinosporidiosis, lepra, carcinoma espinocelular y basocelular
Paladar y laringe	Carcinomas, paracoccidioidomicosis, tuberculosis

Fuente: (Rotureau B, 2006).

3.2.5.4 Leishmaniasis Visceral

La Leishmaniasis Visceral (LV) puede presentarse de manera abrupta, gradual o silenciosa, puede confundirse fácilmente con diferentes procesos infecciosos, es una infección por *Leishmania infantum*, su periodo de incubación puede ser de semana o meses, en promedio de 2 a 6 meses luego de la picadura del vector, puede ser asintomática o manifestarse con un cuadro clínico leve, moderado o grave, la mayoría de los individuos infectados son asintomáticos, es la forma más grave de las Leishmaniasis, una vez que los parásitos y macrófagos infectados invaden órganos y tejidos hematopoyéticos (hígado, bazo, médula ósea, ganglios linfáticos etc.) se multiplican, causando los síntomas y signos de esta forma de Leishmaniasis, la cual puede llegar a ser fatal sin diagnóstico oportuno. (70)

En personas inmunocomprometidas la infección latente puede manifestarse clínicamente años o décadas después de la picadura del vector. Esta forma de Leishmaniasis afecta principalmente a niños, menores de 5 años. Se ha visto asociada a niños desnutridos y personas inmunosuprimidas. (69) (71)

Manifestaciones clínicas: Fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia (principalmente esplenomegalia), pancitopenia (anemia, leucopenia y trombocitopenia), linfadenopatías frecuentemente generalizadas, con nódulos firmes y móviles que no son dolorosos a la palpación. (70)

Tabla 5. Diagnóstico diferencial Leishmaniasis Visceral

Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
Leishmaniasis Visceral	Síndrome febril prolongado con esplenomegalia, Esplenomegalia malárica hiperreactiva, Tuberculosis con compromiso de bazo, sífilis visceral con hepatoesplenomegalia. Enfermedad de Chagas, brucelosis, salmonelosis, septicemia, endocarditis bacteriana, histoplasmosis sistémica, linfomas, leucemias, neoplasias, anemias hemolíticas y sarcoidosis

Fuente: (Rotureau B, 2006).

3.2.5.5 Diagnostico

Realizar un esquema paraclínico de diagnóstico.

- Examen Frotis Directo. En primer nivel si se está en área endémica, si no, se debe remitir al paciente a un nivel superior.
- Biopsia en segundo nivel (incluir descripción micro y macroscópica).
- Cultivo tercer nivel
- PCR de tejido: tercer nivel recordando que requiere disponibilidad de laboratorio de biología molecular y personal entrenado.
- Montenegro: intradermorreacción en tercer nivel. (Esta prueba no es diagnostica, sugiere antecedente de contacto epidemiológico con el parásito y se utiliza para seguimiento)
- Una vez confirmado el caso y definido el tratamiento se debe notificar al SIVIGILA acorde a lo establecido en el protocolo de vigilancia.
- Biopsia de mucosa nasal en segundo nivel (incluir descripción micro y macroscópica).
- Inmunofluorescencia indirecta IFI
- PCR de tejido: tercer nivel recordando que requiere disponibilidad de laboratorio de biología molecular y personal entrenado.
- Reacción de Montenegro: intradermorreacción en tercer nivel. (Esta prueba no es diagnostica, sugiere antecedente de contacto epidemiológico con el parásito y se utiliza para seguimiento).
- Una vez confirmado el caso y definido el tratamiento se debe notificar al SIVIGILA acorde a lo establecido en el protocolo de vigilancia. (71)

Tabla 6. Definiciones operativas de caso para Leishmaniasis.

Tipo de caso	Característica de la clasificación
Caso confirmado de Leishmaniasis cutánea	Paciente con lesiones cutáneas procedente de áreas endémicas que cumpla con 3 o más de los siguientes criterios: sin historia de trauma, evolución mayor de dos semanas, úlcera redonda u ovalada con bordes levantados, lesiones nodulares, lesiones satélites, adenopatía localizada, en quien se demuestra por métodos parasitológicos, histopatológicos o genéticos, parásitos del género <i>Leishmania</i> .
Caso confirmado de Leishmaniasis mucosa	Paciente residente o procedente de área endémica con lesiones en mucosa de nariz u orofaringe y cicatrices o lesiones cutáneas compatibles con Leishmaniasis, signos concordantes con los de la descripción clínica y reacción de Montenegro positiva, histología con resultado positivo o prueba de inmunofluorescencia con títulos mayores o iguales a 1:16.
Caso probable de Leishmaniasis visceral	Paciente residente o procedente de área endémica con cuadro de hepatoesplenomegalia, anemia y pérdida de peso con síntomas como fiebre, malestar general, palidez y hemorragias.
Caso confirmado de Leishmaniasis visceral	Caso probable que se confirma parasitológicamente a partir de aspirado de médula ósea o bazo, o prueba de inmuno-fluorescencia mayor o igual a 1:32.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-leish-informe-epi-americas.pdf>

Tratamiento Leishmaniasis cutánea

Adultos

- Usar antimoniales pentavalentes (antimoniato de meglumina) como primera línea de tratamiento en dosis de 20 mg / kg / día, vía intramuscular o endovenosa, en dosis única diaria. Dosis máxima al día 20 cc (4 ampollas/diarias) para reducir los efectos adversos. Si el paciente amerita una dosis mayor (por ejemplo, paciente de 85 Kg en el cual la dosis debería ser 21 cc/día por 20 por días), se recomienda multiplicar los cc que sobran, en este caso 1 cc, por el número de días de tratamiento, lo que nos daría 20 cc más, equivalente a 1 día adicional. Si sobran 2 cc, entonces tendríamos 2 días adicionales, y así sucesivamente para lograr cumplir con la dosis ideal de manejo de acuerdo al peso y no dar dosis subterapéuticas. Calidad de la evidencia alta, recomendación fuerte a favor.
- En caso de falla terapéutica de los antimoniales pentavalentes, se debe administrar miltefosina vía oral en dosis de 1,5 a 2,5 mg / kg / día, con dosis máxima de 150 mg diarios, durante 28 días (Calidad de la evidencia alta, recomendación fuerte a favor). o isetionato de pentamidina, dosis de 3 a 4 mg / kg / día vía intramuscular o endovenosa, en 4 a 10 dosis en días alternos como segunda línea de tratamiento, la cual varía de acuerdo a respuesta clínica. (Calidad de la evidencia baja recomendación fuerte a débil). Se podría usar anfotericina B liposomal intravenosa 2 a 3 mg / kg / día hasta una dosis acumulada de 40 mg/Kg, máxima diaria de 250 mg, (Calidad de la evidencia muy baja, recomendación débil). (Organización Panamericana de la Salud, 2013)
- En caso de falla terapéutica remitir a un nivel superior en donde descartarán otras posibles comorbilidades. (70)

Leishmaniasis mucosa. Tratamiento supervisado

- Si los esquemas diagnósticos resultan positivos se debe iniciar manejo farmacológico pero antes se deben tomar los siguientes paraclínicos si el tratamiento indicado es con antimoniales pentavalentes: recomendación fuerte a favor calidad de la evidencia alta. (ídem LC)
 - ✓ AST – ALT
 - ✓ Amilasa y lipasa
 - ✓ Cuadro hemático.
 - ✓ Creatinina - BUN
 - ✓ Electrocardiograma (debe solicitarse en pacientes mayores de 45 años o menores de 45 años con antecedente de enfermedad cardiaca)
 - ✓ Electrolitos (solo en caso de iniciar anfotericina B)

- ✓ Glucosa basal (solo en caso de iniciar pentamidina)
- ✓ Además, se deben descartar diagnósticos diferenciales como: (recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia alta).
- ✓ Perforación banal del tabique nasal
- ✓ Úlcera traumática, lesiones secundarias al uso de vasoconstrictores, aspiración crónica de cocaína. (70)

□ Usar antimoniales pentavalentes (antimoniato de meglumine) como primera línea de tratamiento en dosis de 20 mg / kg / día, vía intramuscular o endovenosa, en dosis única diaria. Dosis máxima al día 20cc (4 ampollas/diarias) para reducir los efectos adversos. Si el paciente amerita una dosis diaria mayor, se deben seguir las mismas recomendaciones que se hicieron para LC.

□ En tercer nivel Se recomienda el uso de los antimoniales pentavalentes + pentoxifilina oral la dosis es 20 mg /kg por día por 30 días más + 400 mg pentoxifilina cada /8 h por 28 días (calidad baja) o de la anfotericina B liposomal intravenosa 2 a 3 mg / kg / día hasta una dosis acumulada de 3,5 gramos, máxima diaria de 250 mg (Bes et al, 2012), durante al menos 20 días (calidad muy baja) o de la anfotericina B desoxicolato Intravenosa 0,7 a 1 mg / kg / día hasta 25 a 30 dosis o del isetionato de pentamidina 3 a 4 mg / kg / día en 7 – 10 dosis en días alternos (calidad muy baja) o del Miltefosine 1,5 a 2,5 mg / kg / día durante 28 días con dosis máxima de 150 mg diarios (calidad muy baja) en caso de falla terapéutica. Recomendación fuerte a favor (74)

Leishmaniasis visceral

Tratamiento supervisado

□ Se recomienda el uso de Anfotericina B liposomal como primera línea de elección en el tratamiento de pacientes con diagnóstico confirmado de LV. Siguiendo las recomendaciones de las Guías IDSA por Aronson et al., 2016, sugieren:

- Para paciente inmunocompetente: 3 mg/Kg/día, en días 1 a 5, con 2 dosis adicionales en días 14 y 21, para una dosis total de 21 mg/Kg. Dosis máxima diaria: 250 mg.
- Para paciente inmunosuprimido: 4 mg/Kg/día, en días 1 a 5, con 5 dosis adicionales en días 10, 17, 24, 31 y 38, para una dosis total de 40 mg/Kg. Dosis máxima diaria: 250 mg.

□ Usar de antimoniales pentavalentes, pentamidina o miltefosina como tratamiento de segunda línea. Dosis de 20 mg / kg / día, vía intramuscular o endovenosa, en dosis única diaria durante 28 días con el antimonial. 3-4 mg/Kg/día por 15 dosis con pentamidina y miltefosina a dosis de 2,5 mg/Kg/día por 28 días, sin superar 150 mg diarios. Si el paciente amerita una dosis diaria mayor del antimonial, se deben seguir las mismas recomendaciones que se hicieron para LC (multiplicando los cc sobrantes por el número de días). (69)

3.2.6 Chikungunya

La fiebre causada por el virus Chikungunya (CHIKV) representa un nuevo problema de salud pública en la República Dominicana, desde que fue detectada su circulación en el territorio dominicano en febrero del 2014. Antes, en diciembre 2013, la Organización Panamericana de la Salud, alertó a los países de la región de Las Américas la transmisión autóctona en Saint Martin, situación que incrementaba el riesgo de transmisión en los países del Caribe. Siendo una enfermedad que por primera vez afecta al continente Americano y a la República Dominicana, toda la población es susceptible, y siendo una enfermedad que es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, presente en todo el territorio nacional, pudiera presentarse un gran número de casos con impacto en la calidad de vida de nuestra población. El Chikungunya produce fiebre intensa y dolores artrálgicos múltiples, que suelen aliviarse en pocos días, sin embargo en un porcentaje de casos las artralgias se hacen crónicas, situación que requiere una respuesta adecuada de los servicios de salud. No hay un tratamiento específico para curarla y ni una vacuna eficaz, por lo que los servicios deberán garantizar la atención sintomática de los afectados y el reconocimiento oportuno de las formas atípicas y severas. (75)

3.2.6.1 Epidemiología de la fiebre por Chikungunya

La fiebre Chikungunya es una enfermedad endémica en países del sudeste de Asia, África y Oceanía, emergente para la región de Las Américas, y recientemente introducida en la República Dominicana. El nombre Chikungunya deriva de una palabra en Makonde, grupo étnico que vive en el sudeste de Tanzania y el norte de Mozambique. Significa a grandes rasgos “aquel que se encorva” y describe la apariencia inclinada de las personas que padecen la característica y dolorosa artralgia. (75)

3.2.6.2 Virus

El virus del Chikungunya es conocido como un virus Artrítogénico, pertenece al género *Alfavirus*, familia *Togaviridae* (76) (77). Es un virus con un genoma ARN de polaridad positiva, de aproximadamente 11,5 kb de longitud que codifica para cinco proteínas estructurales que componen la partícula viral madura (78) (79). También codifica para cuatro proteínas no estructurales (nsP1e4) implicadas en la replicación viral. Se han identificado tres linajes del virus del Chikungunya: ECSA

(Este, Central y Sur África), África occidental y Asiático. La anterior subdivisión está basada en las secuencias de genes de la proteína E1 de la envoltura (80).

3.2.6.3 Vectores


Los vectores de virus del Chikungunya pertenecen al género *Aedes* (Diptera: Culicidae). Su distribución ocurre en países tropicales y subtropicales y recientemente se ha encontrado en países templados. *Aedes aegypti* es un mosquito antropofílico, se reproduce en criaderos artificiales, aunque también puede reproducirse en criaderos naturales. Por su parte, *Ae. Albopictus*, es antropofílico y zoofílico, se reproduce en criaderos artificiales y naturales (81). En ambas especies la hembra tiene hábitos de alimentación diurna, con mayor intensidad en las primeras horas de la mañana y las últimas de la tarde. Hay evidencia experimental de transmisión vertical del genotipo ECSA del virus del Chikungunya en *Aedes aegypti* (82), mientras que en *Aedes Alopicias* no hay consenso frente a la transmisión vertical (83) (84). Es necesario estudios que confirmen este hallazgo, como también la importancia epidemiológica de la transmisión vertical del virus en mosquitos.

3.2.7 Prevención de las enfermedades transmitidas por vectores


Ilustración 14. Prevención de ETV

DIGAMOS NO AL DENEGUE Y CHIKUNGUNYA


Acciones para evitar la presencia de los mosquitos transmisores




El dengue y chikungunya son enfermedades prevenibles. Todos podemos evitar que los mosquitos transmisores de estas enfermedades se reproduzcan, si contribuimos a no tener criaderos en la casa, trabajo, escuela y comunidad.




Abre puertas y ventanas cuando el personal de salud pase con las camionetas fumigadoras.


No olvides verificar el techo, garaje, patio y jardín, ya que en todos estos lugares pueden existir recipientes que sirven al mosquito como criadero. 




No tires basura en la calle, ya que en ésta se puede estancar un poco de agua y servir para que el mosquito ponga ahí sus huevos.

Sin criaderos evitamos que la hembra deposite en recipientes con agua, los huevecillos que se convierten en mosquitos transmisores del dengue y chikungunya. 


PARA EVITAR QUE EL MOSQUITO PIQUE




Lava con jabón y cepillo cubetas, piletas, tinacos, cisternas, floreros, bebederos de animales y cualquier recipiente que pueda servir para que se acumule el agua.




Tapa todo recipiente en el que almacenes agua.




Voltea cubetas, tambos, tinas, macetas o cualquier objeto que no estes utilizando, y en el que se pueda acumular agua.




Tira botellas, llantas, latas o trastes que ya no utilizas, pueden servir de criaderos para el mosquito.



- Utiliza repelentes de insectos y pabellones para las camas.



- Coloca mosquiteros en puertas y ventanas.



- Utiliza camisas de manga larga y pantalones largos, procurando que la ropa sea de colores claros. El mosquito pica en cualquier área del cuerpo que esta descubierta, cúbrete.

Comparte estas medidas con tu comunidad, así todos podemos evitar que haya criaderos del mosquito del dengue y chikungunya.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocimientos, Actitudes y Prácticas en prevención de enfermedades transmitidas por vectores en pobladores de Salahonda - 2018

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la población objeto de estudio
- Identificar los conocimientos frente a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores en la población objeto de estudio
- Establecer las actitudes frente a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores en la población objeto de estudio
- Identificar las practicas frente a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores en la población objeto de estudio

5 METODOLOGIA

5.1 ENFOQUE

Cuantitativo

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo de corte transversal

5.3 POBLACION Y MUESTRA

Ante la carencia de información geográfica actualizada en lo referente a la cantidad de viviendas existentes en el casco urbano del municipio de Francisco Pizarro, esta investigación realizó un muestreo no probabilístico consistente en convocar a padres de familia de los estudiantes de la institución educativa municipal señor del mar, en respuesta a la oportunidad de convocar un gran número de habitantes del municipio, desde los estudiantes matriculados en el periodo lectivo 2018. De esta manera se contó con 197 adultos habitantes del casco urbano del municipio de Francisco Pizarro.

5.4 RECOLECCION DE INFORMACION

Para la recolección de la información de esta investigación se contó con la participación de dos estudiantes de noveno semestre de la fundación universitaria san Martín sede Pasto quienes se responsabilizan del manejo de la información de cada uno de los padres de familia. Los estudiantes recibieron calibración de operadores en el diligenciamiento de los instrumentos de recolección de datos. El grupo de estudiantes tuvo la medición de índice kappa para determinar la estabilización de los procesos, la cual se dará por aprobada en un 85%.

Se diseñó una ficha de recolección de datos, las cuales contienen las variables a medir y fueron separadas según el carácter de la información; de única medida o de varias medidas. Se realizó la prueba piloto de las fichas de recolección con datos pertenecientes a un barrio de la ciudad de Tumaco. Tanto en la prueba piloto como en la fase de recolección de datos de la investigación, las variables que se registran mediante encuesta serán dirigidas mediante preguntas a los habitantes de Salahonda y barrio de Tumaco mayores de edad (mayor de 18 años).

Se tomaran datos en un periodo de semana santa del año 2018 en jornada de mañana y tarde de lunes a viernes y sábado solo en la mañana hasta las 21:00 am.

Para dar inicio a la investigación se presentó al rector de la Institución Educativa Señor del Mar un aval otorgado por la fundación universitaria san Martin para la realización de dicho estudio y con esto se dio inicio a la recolección de datos se entregó de forma verbal la información a los padres de familia en una reunión y posteriormente se registró en la ficha, para lograr estos permisos se contó con un consentimiento informado que fue firmado por cada uno de los padres de familia que accedieron a realizar la encuesta.

5.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos que se utilizo fue una encuesta CAP elaborada y diseñada por la OPS/OMS, la cual se ajustó de acuerdo al tema de investigación. La encuesta incluyo datos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas de la población.

5.6 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Este estudio se basó en el diligenciamiento del instrumento posteriormente se realizó una base de datos en una hoja de Excel para después exportar los datos para su análisis al programa de stargraphics versión demo y obteniendo resultados se realizó análisis descriptivo Univariado.

Se realizó el análisis exploratorio de los datos para determinar frecuencias absolutas y relativas. Se graficaron con barras y diagramas de sectores con las frecuencias absolutas y relativas.

5.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.7.1 Criterios de inclusión

- Habitantes del municipio de Francisco Pizarro del departamento de Nariño
- Mayores de edad
- Individuos de ambos sexos
- Individuos que hayan firmado consentimiento informado
- Individuos que decidan participar voluntariamente del estudio

5.7.2 Criterios de exclusión

- Encuestas mal diligenciadas
- Incompletas en más 50%

5.8 SESGOS

Existe posibilidad sesgo de información ante las preguntas de las practicas teniendo en cuenta por que estas no fueron evaluadas directamente por las investigadoras se confió en las repuestas individuos aportaron, en las cuales se pudo haber mentido por el ánimo de demostrar una práctica correcta.

5.9 CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación no es experimental por lo tanto tiene un riesgo menor que el mínimo, ya que la investigación se basó en la aplicación de encuesta, los padres de familia participaran de forma voluntaria en la investigación y en todos los casos se mantendrá el anonimato de la identidad de los mismos.

Esta investigación se adhiere a los principios de la declaración de Helsinki el cual exige reserva de datos que se encuentran registrados en la encuesta, la información que se obtuvo solo se utilizó para fines de la investigación garantizando la mayor confidencialidad y discreción de los datos obtenidos.

El desarrollo de este proyecto se soporta teniendo en cuenta los principios de beneficencia, autonomía y justicia con base en el artículo 11 de la resolución 008430 del 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

6 RESULTADOS

Para el cumplimiento del primer objetivo “Determinar los aspectos sociodemográficos de la población objeto de estudio” se realiza la siguiente tabla.

Tabla 7. Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla número de personas en el hogar

personas hogar	#	%
6 a 8	95	48
2 a 5	76	39
10 a 16	19	10
sin dato	7	3
Total	197	100

En la población de Francisco Pizarro, se observó que 48% del total de encuestados respondió que el número de personas que vive en su casa va de 6 a 9 habitantes.

Tabla 8. Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla edad

Edad (Años)	#	%
18 - 30	67	34
31 a 40	63	32
41 a 50	47	24
51 a 60	5	3
Sin dato	15	7
Total	197	100

En la población de Francisco Pizarro, se observó que el rango de edad de las personas que contestó la encuesta fue de 18 a 30 años con un porcentaje de 34%.

Tabla 9. Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla escolaridad.

Escolaridad	#	%
Bachillerato	105	53
primaria	44	22
profesional	12	6
Técnico	7	4
sin dato	29	15
Total	197	100

En la población de Francisco Pizarro, se observó que un 53% del total de encuestados manifestó que curso bachillerato, 22% primaria, profesional 6% y técnico un 4%.

Tabla 10. Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla religión.

Religión	#	%
Católica	113	57
cristiana	35	18
Ateo	11	6
Evangélica	9	4
sin dato	29	15
Total	197	100

En la población de Francisco Pizarro, se observó que en cuestión religiosa se reportó un 57% pertenece a la religión católica.

Tabla 11. Características sociodemográficas en población Francisco Pizarro Salahonda según la tabla ocupación.

Ocupación	#	%
Ama de casa	79	40
Pescador	26	13
Estudiante	25	12
Independiente	21	11
Docente	18	9
Desempleado	6	3
Militar	1	1
sin dato	21	11
Total	197	100

En la población de Francisco Pizarro, se observó que la ocupación de la mayoría de encuestados fueron amas de casa con un porcentaje de 40%.

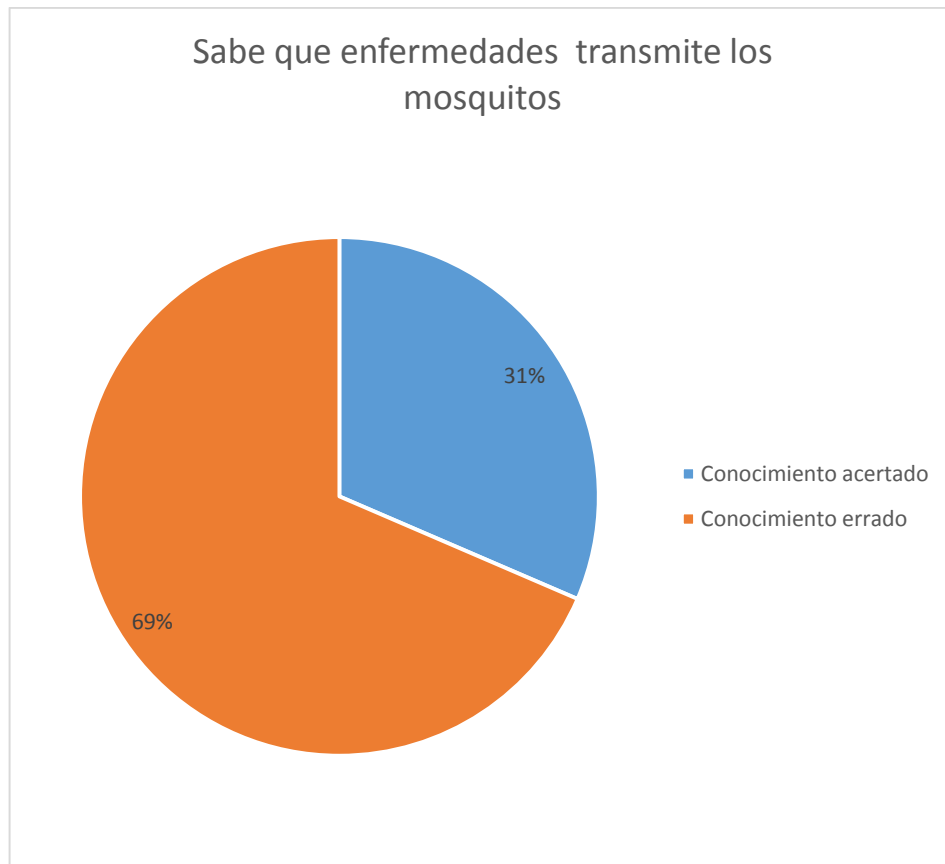
Para el cumplimiento del segundo objetivo “identificar los conocimientos frente a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores en la población objeto de estudio” se realiza los siguientes gráficos

Gráfico 1. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ha escuchado hablar de ETV?



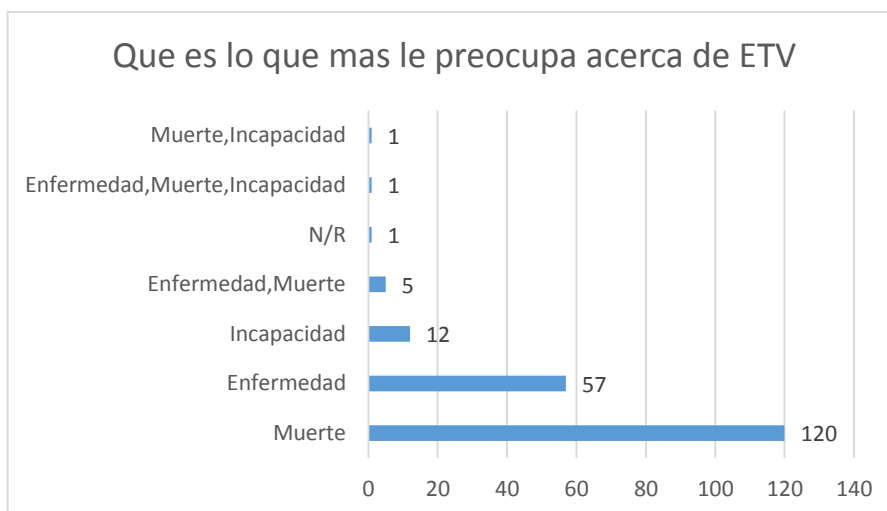
En la población de Francisco Pizarro, se observó que el 98% de los encuestados si han escuchado hablar sobre las ETV, lo anterior en posible respuesta a las diferentes campañas de Información Educción y Comunicación locales, teniendo en cuenta que se trata de una zona endémica para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis.

Gráfico 2. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según sabe que enfermedades transmiten los mosquitos?



En la población de Francisco Pizarro, se observó que el 69% de los encuestados tienen un conocimiento errado acerca de las enfermedades que transmiten los mosquitos frente a un 31% que tiene un conocimiento acertado.

Gráfico 3. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según qué es lo que más le preocupa acerca de ETV?



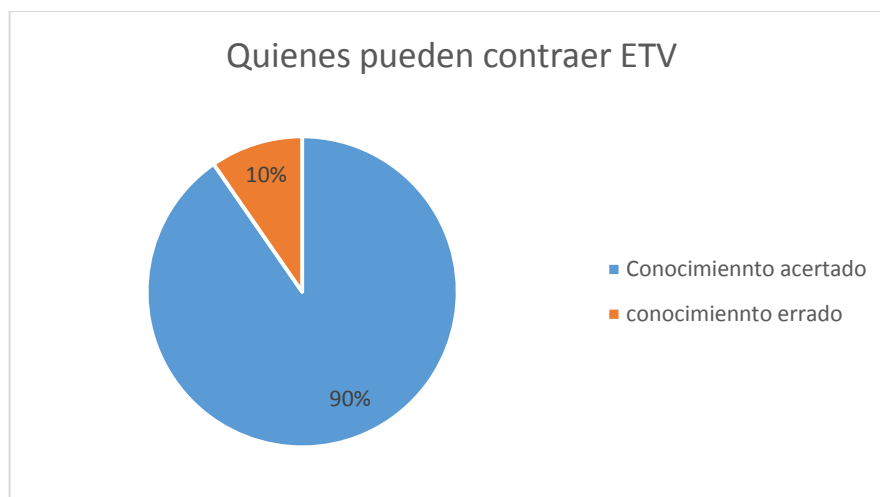
En la población de Francisco Pizarro, se observó que 120 persona del total de los encuestados lo que más les preocupa acerca de las ETV es la muerte seguido de enfermedad con 57 personas y 12 personas les preocupa la incapacidad que puedan presentar si sufren una picadura de mosquito y sufren alguna de las enfermedades producidas por Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis.

Gráfico 4. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según es posible contraer la ETV?



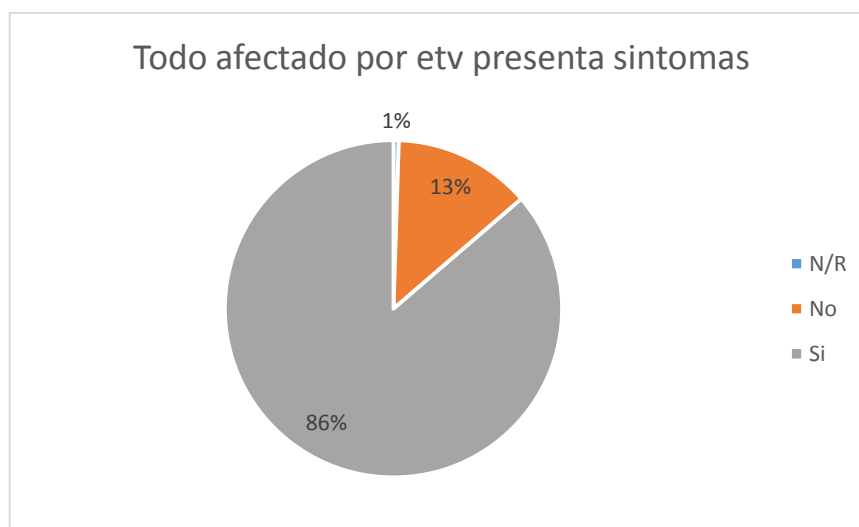
En la población de Francisco Pizarro, se observó 94% de los encuestados creen que es posible contraer la ETV, la comunidad sabe que vivir en una zona endémica para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis les genera mayor riesgo de contraer en algún momento alguna de las ETV.

Gráfico 5. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según quienes pueden contraer ETV?



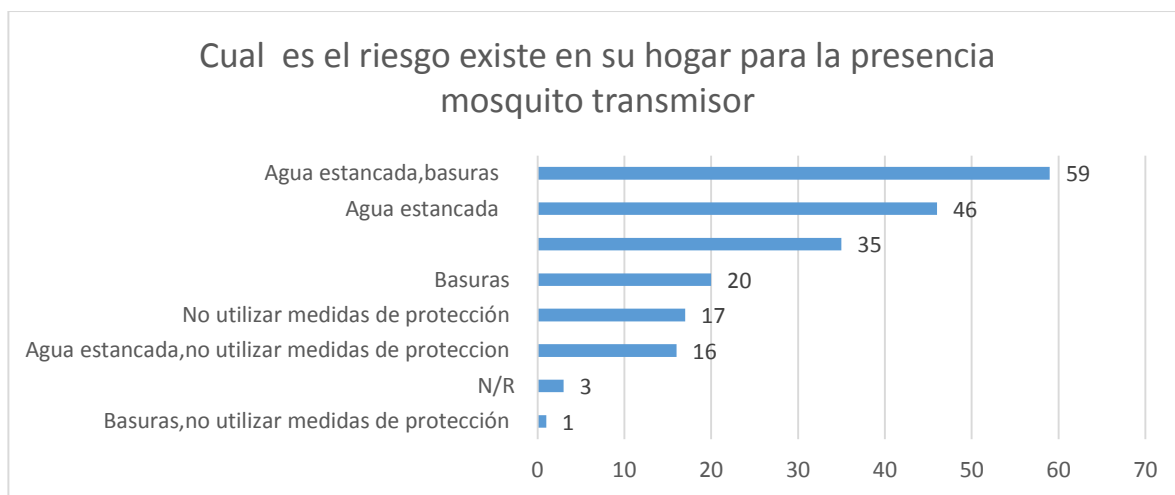
En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 90% de la población encuestada tiene un conocimiento acertado acerca de quiénes pueden contraer la enfermedad transmitida por vectores y solo un 10% tiene un conocimiento errado.

Gráfico 6. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según todo afectado por ETV presenta síntomas?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 86% de la población encuestada piensa que todos los afectados por ETV presentan síntomas, este es un pensamiento erróneo ya que no todo infectado por ETV presenta síntomas debido a que el sistema inmunológico del huésped responde de manera diferente a la infección.

Gráfico 7. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según se puede prevenir las ETV?



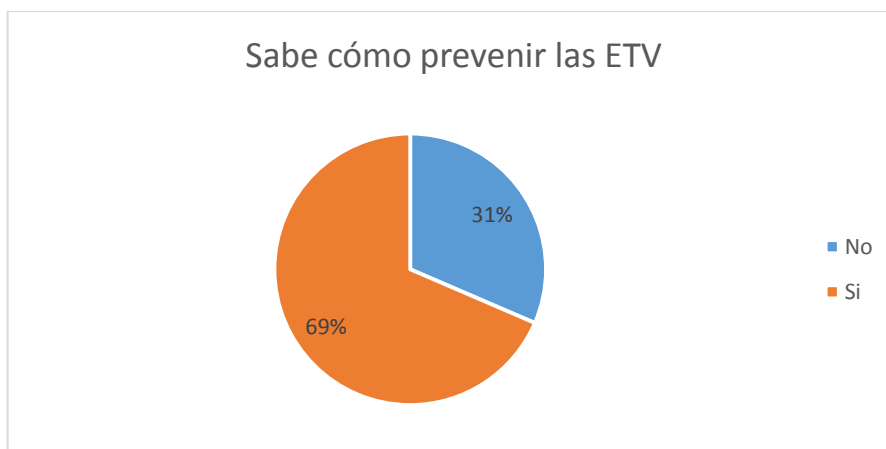
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 59 personas del total de la población encuestada piensa que el riesgo que existe en su hogar para la presencia del mosquito es el agua estancada y el acumulo de la basura esto se debe a que en esta población no existe acueducto, alcantarillado y un manejo adecuado de basura.

Gráfico 8. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según se puede prevenir las ETV?



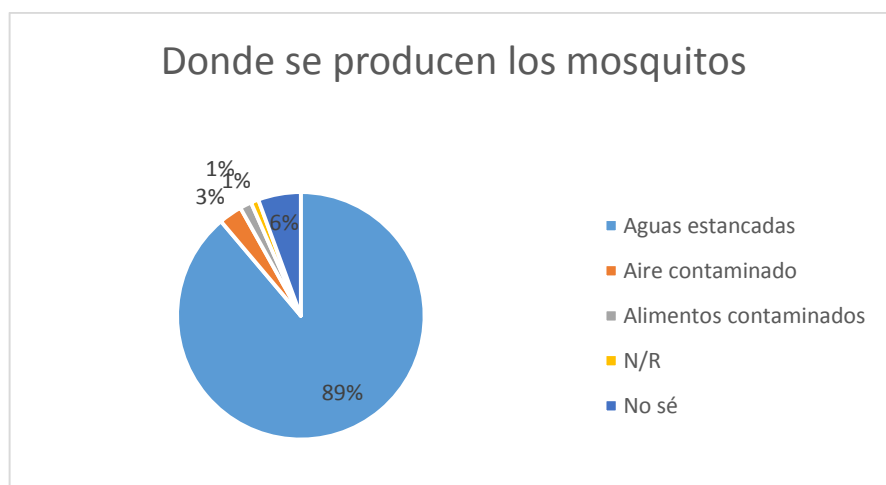
En la población de Francisco Pizarro se observó, respecto al total de los encuestados un 96% considera que, si se puede prevenir las ETV, lo que es correcto porque la utilización de medidas preventivas como por ejemplo repelente y toldillo son factores protectores para la disminución del riesgo de contagio por picaduras.

Gráfico 9. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según sabe cómo prevenir las ETV?



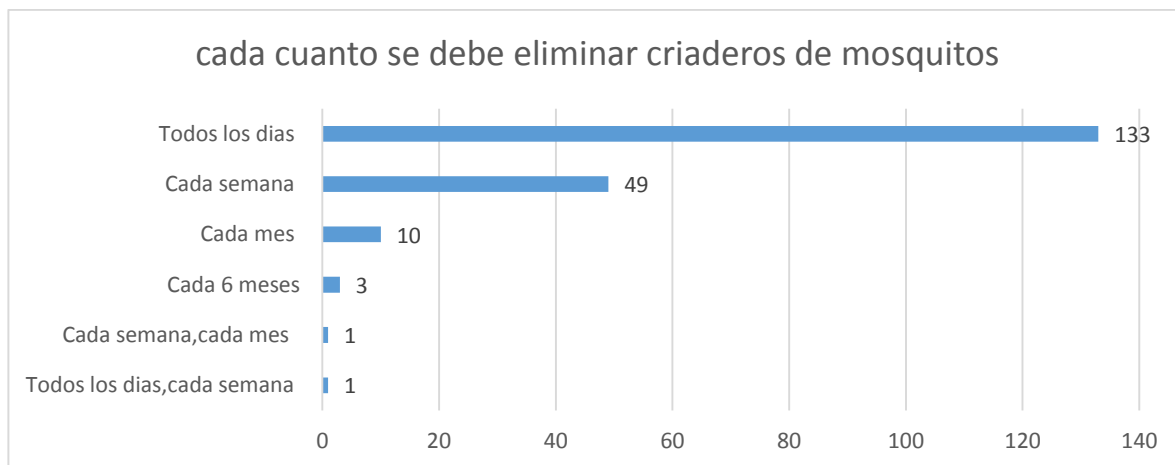
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 69% del total de la población encuestada posee el conocimiento necesario para prevenir las ETV ya que se estableció como zona endémica y por esto se ejecutan constantes campaña de promoción y prevención para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis.

Gráfico 10. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según donde se producen los mosquitos?



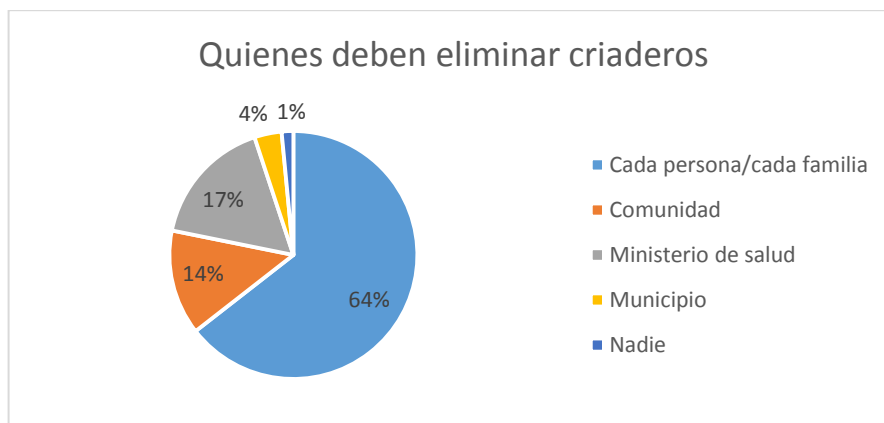
En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 89% de la población encuestada sabe que los mosquitos se reproducen en aguas estancadas que pueden estar en botellas, florero, llantas o baldes que estén dentro o fuera de la casa.

Gráfico 11. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según cada cuanto se debe eliminar criaderos de mosquitos?



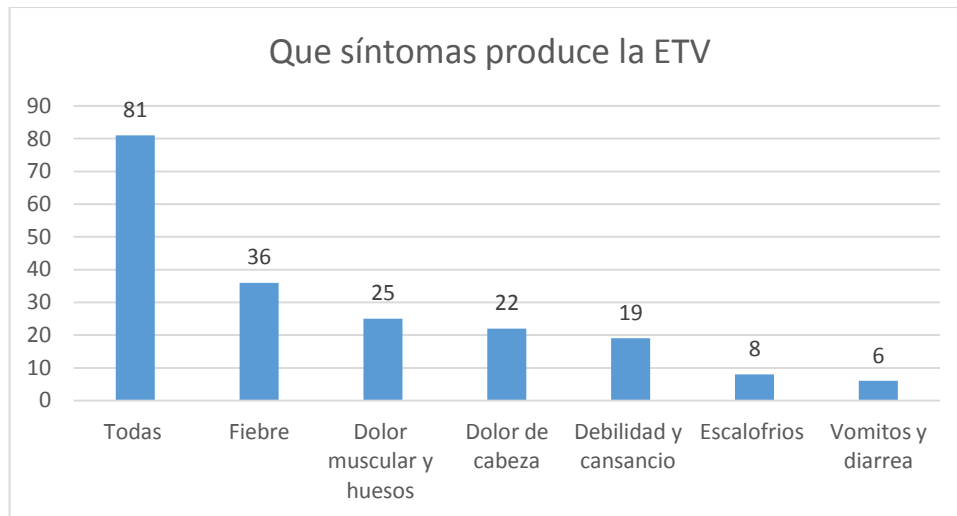
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 133 personas de la población encuestada piensa que todos los días de debe eliminar los criaderos de mosquitos para evitar la propagación de los vectores en esta población.

Gráfico 12. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según quienes deben eliminar criaderos?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 64% de los encuestados piensa que cada persona, cada familia es la que se debe encargar de la eliminación de criaderos de mosquitos, seguido de la comunidad con un 14%. Conocimiento favorable para la población que sabe que cada individuo es el responsable de cuidar de su bienestar.

Gráfico 13. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según que síntomas produce la ETV?



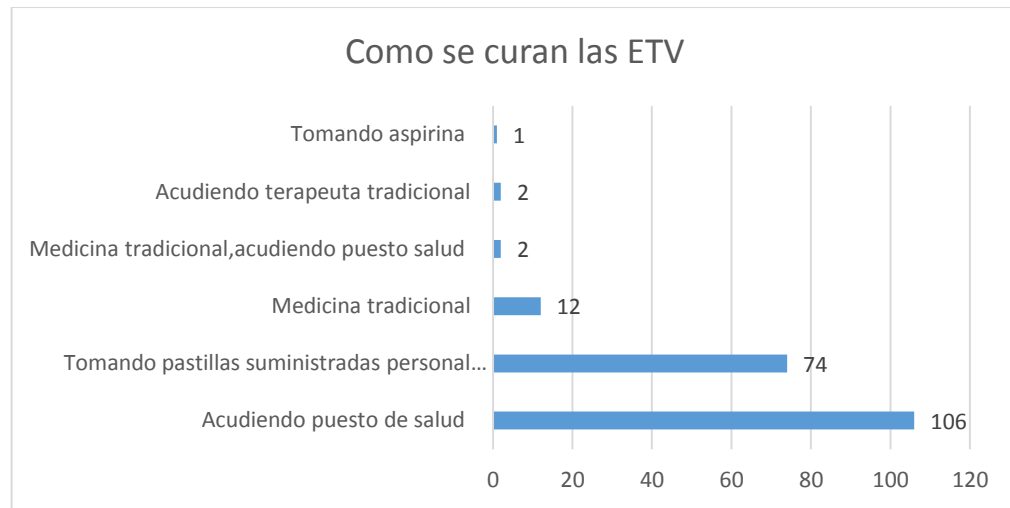
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 81 personas del total de encuestados piensa que la fiebre, dolor muscular, de huesos, dolor de cabeza, escalofríos, vómitos y diarrea hacen parte de la sintomatología de las personas que presentan la enfermedad transmitida por vectores.

Grafico 14. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según existe tratamiento contra ETV?



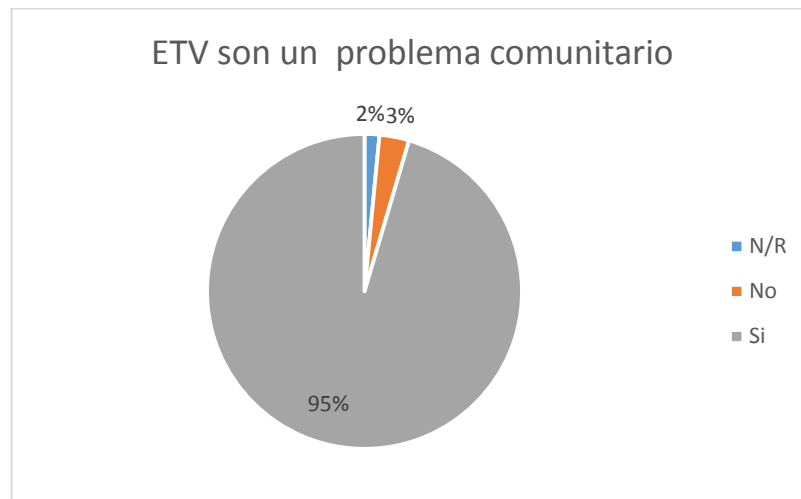
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 95% del total de la población encuestada piensa que existe tratamiento contra ETV. En base a nuestro conocimiento no hay tratamiento específico para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis, si no que se le da tratamiento para mitigar los síntomas relacionados y tratar las complicaciones para proporcionar algún alivio a las ETV.

Gráfico 15. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según como se curan las ETV?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 106 persona de la población encuestada piensa que acudiendo al puesto de salud se curan de las ETV, este es un conocimiento errado, ya que acudiendo a un puesto o centro de salud lo que van a conseguir es controlar los síntomas producidos por las ETV, pero no conseguirán curarse de dicha enfermedad.

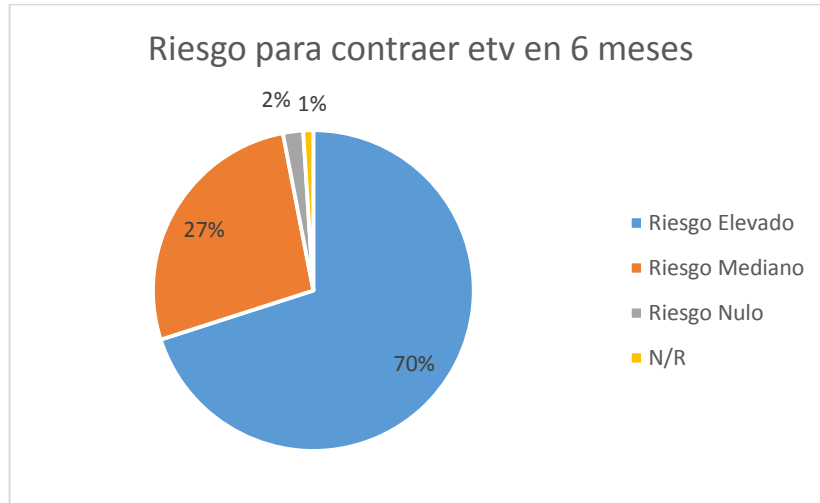
Gráfico 16. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ETV son un problema comunitario?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 95% de los encuestados piensan que las ETV son un problema de la comunidad, la adopción de medidas de protección y evitar los criaderos de los vectores genera un ambiente de

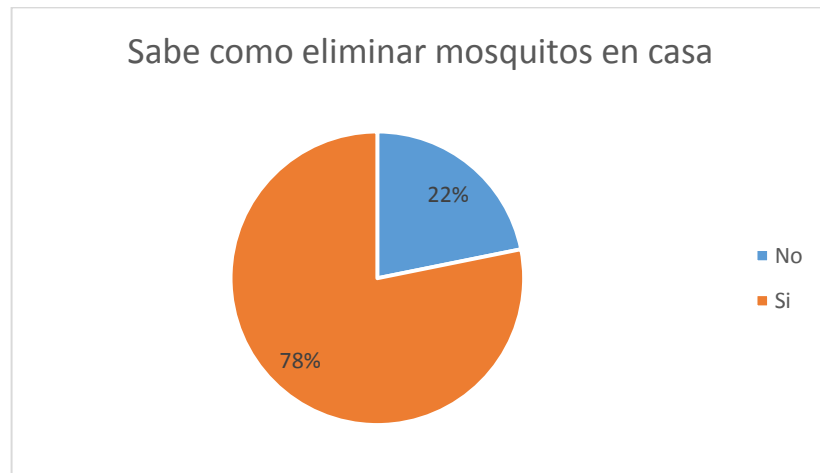
compromiso de toda la población con el fin de evitar la propagación del Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis.

Gráfico 17. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según riesgo para contraer ETV en 6 meses?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 70% de los encuestados están de acuerdo que el riesgo de presentar la ETV es muy elevado ya que se encuentra en una zona endémica para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis.

Gráfico 18. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según sabe cómo eliminar mosquitos en casa?



En la población de Francisco Pizarro se observó, un 78% del total de los encuestados sabe cómo eliminar los mosquitos en su casa, las medidas específicas

que cada individuo dentro de su casa debe utilizar para evitar la propagación de los mosquitos son básicas como: no dejar aguas por más de 3 días, tapar sus depósitos de agua y eliminar cualquier agua estancada cerca su casa.

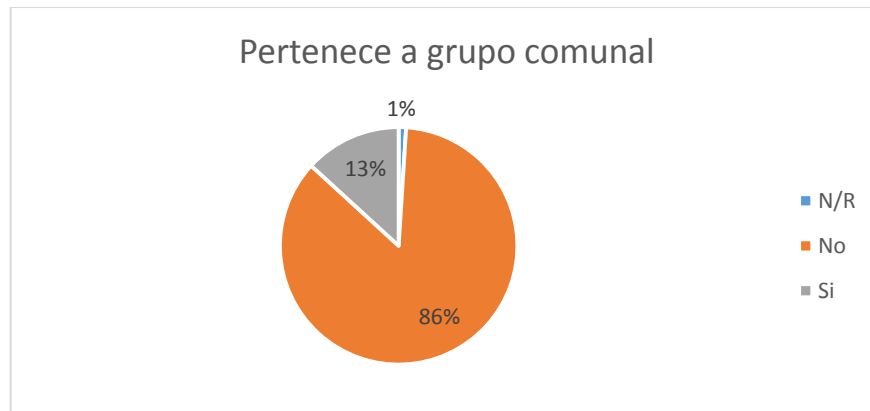
Para el cumplimiento del tercer objetivo “establecer las actitudes frente a la prevención de la enfermedades transmitidas por vectores en la población objeto de estudio” se realiza la siguiente tabla

Gráfico 19. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según en su comunidad hay grupos comunales?



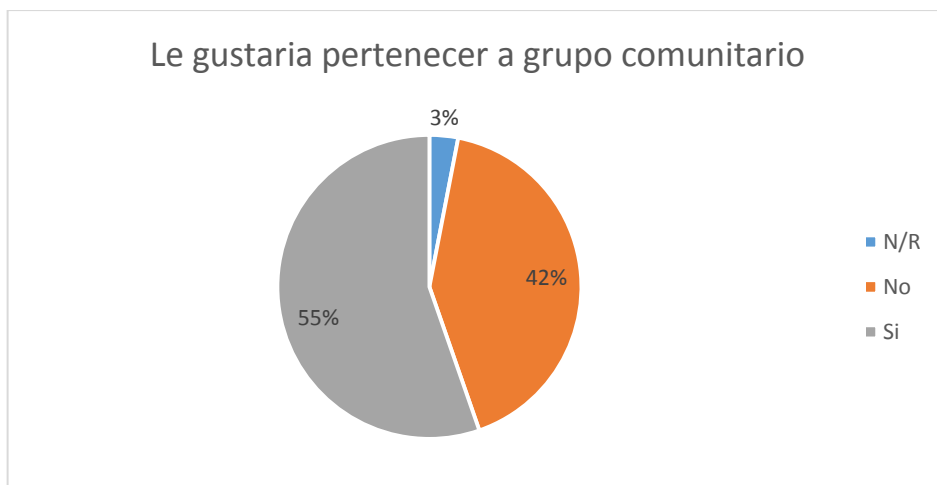
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 50% de los encuestados no sabe si en su comunidad hay grupos comunales los cuales pueden ayudar con las actividades que benefician a toda la población evitando el riesgo de sufrir una ETV.

Gráfico 20. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según pertenece a grupo comunal?



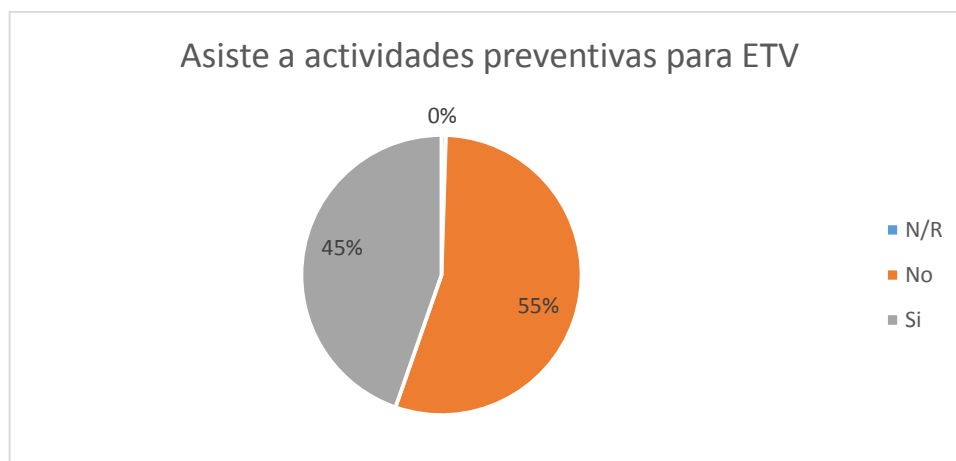
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 86% de los encuestados no pertenecen a un grupo comunal, frente a un 13% que si pertenece.

Gráfico 21. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según le gustaría pertenecer a grupo comunitario?



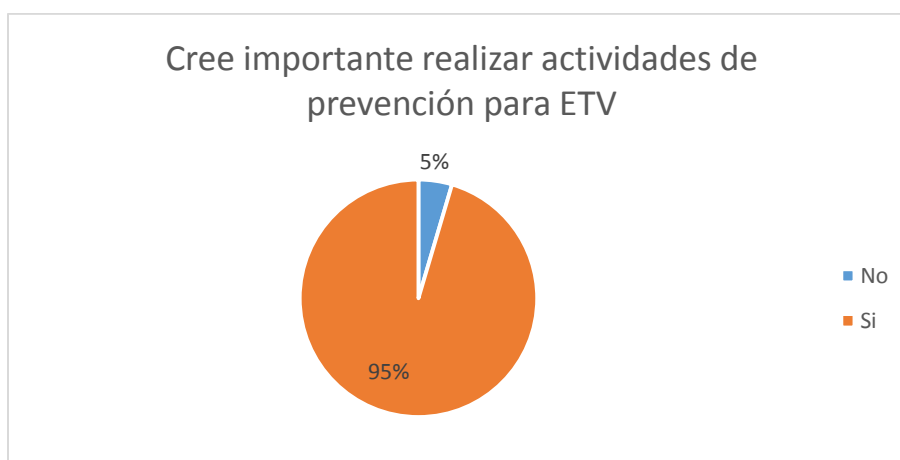
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 55% de los encuestados si les gustaría pertenecer a un grupo comunitario. Estos grupos se hacen con el fin de ayudar a la comunidad realizando actividades que favorezcan la convivencia, la solución de problema como son los relacionados la salud, servicios y otros de interés comunitario.

Gráfico 22. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según asiste a actividades preventivas para ETV?



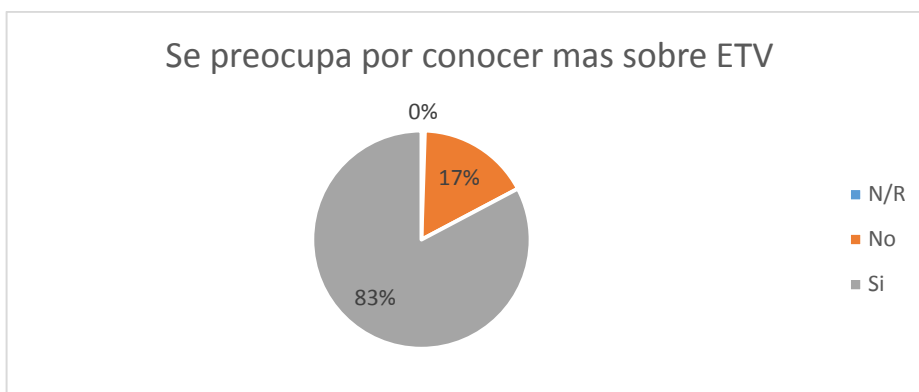
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 45% de los encuestados si asiste a las actividades que previenen las enfermedades transmitidas por mosquitos. Estas actividades son importantes porque mantienen a la población informada ante los riesgos que se presentan frecuentemente ya que habitan una zona endémica para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis.

Gráfico 23. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según cree importante realizar actividades de prevención para ETV?



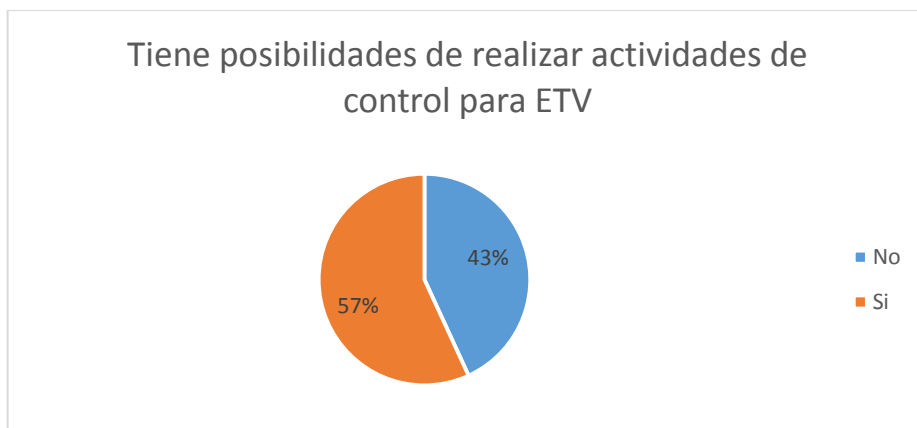
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 95% de los encuestados piensa que si es importante realizar actividades que prevengan las ETV en su comunidad. Las actividades preventivas para evitar las ETV adquieren gran importancia en la población puesto que es lo único que les garantiza mantener una salud adecuada frente a una zona endémica.

Gráfico 24. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según se preocupa por conocer más sobre ETV?



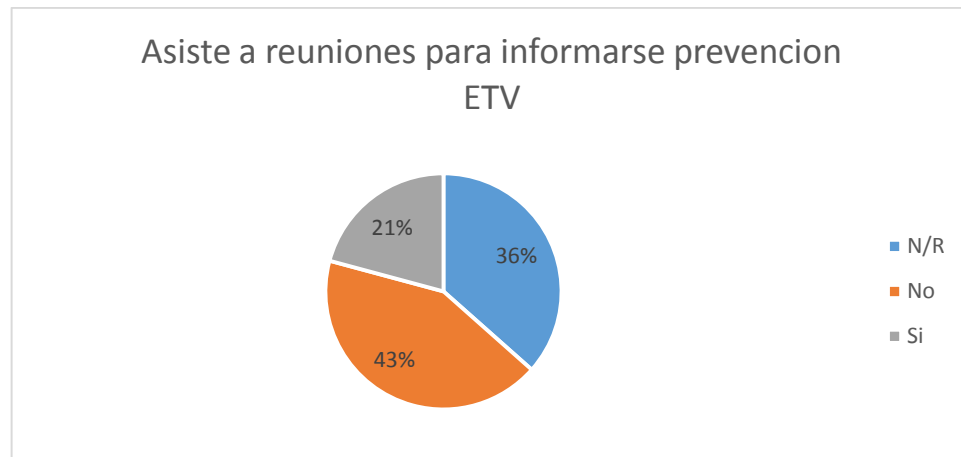
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 83% de los encuestados si se preocupa por conocer más sobre las ETV, la comunidad se inquieta por saber todo lo relacionado con las enfermedades trasmitidas por vectores porque saber que viven en una zona de alto riesgo y en cualquier momento la picadura de un vector le produce síntomas desencadenado la enfermedad.

Gráfico 25. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según tiene posibilidades de realizar actividades de control para ETV?



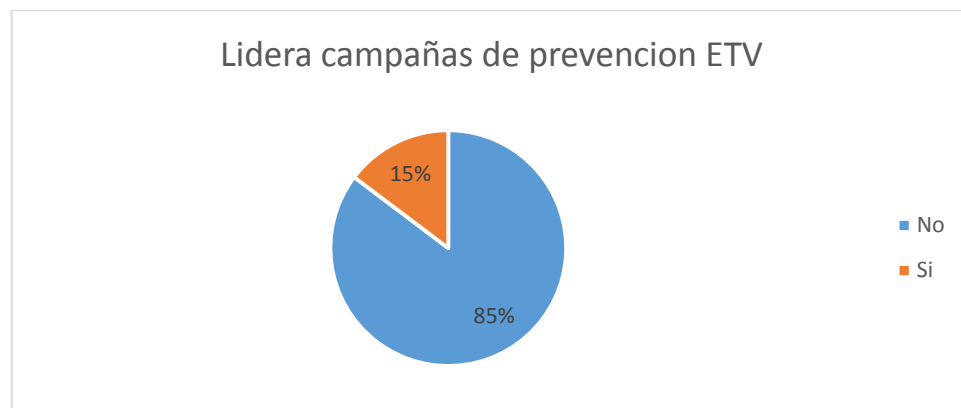
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 57% de las personas encuestadas si tiene la posibilidad de realizar actividades para el control de las ETV, estas actividades son para el beneficio de toda la comunidad ya que si hay control de las ETV el riesgo de sufrirla es menor.

Gráfico 26. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según asiste a reuniones para informarse prevención ETV?



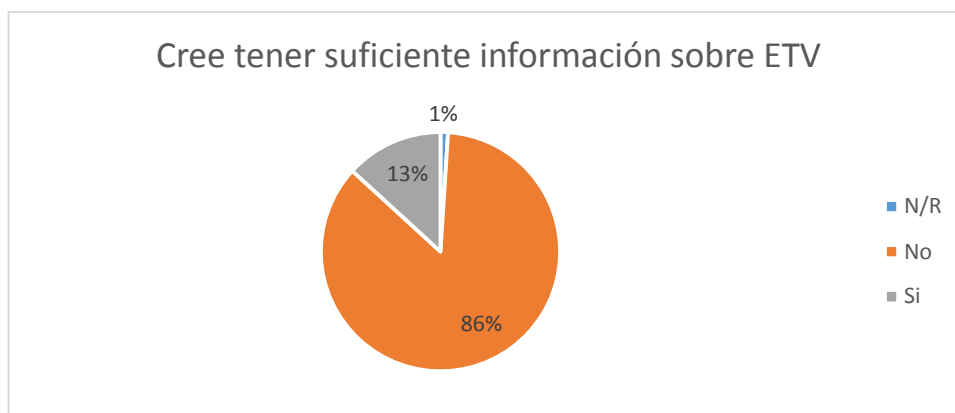
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 43% de las personas encuestadas no asisten a reuniones para informarse acerca de la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, la inasistencia de estas personas provoca que aumente el riesgo de contraer las ETV en estas mismas porque no saben qué medidas pueden poner en práctica.

Gráfico 27. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según lidera campañas de prevención ETV?



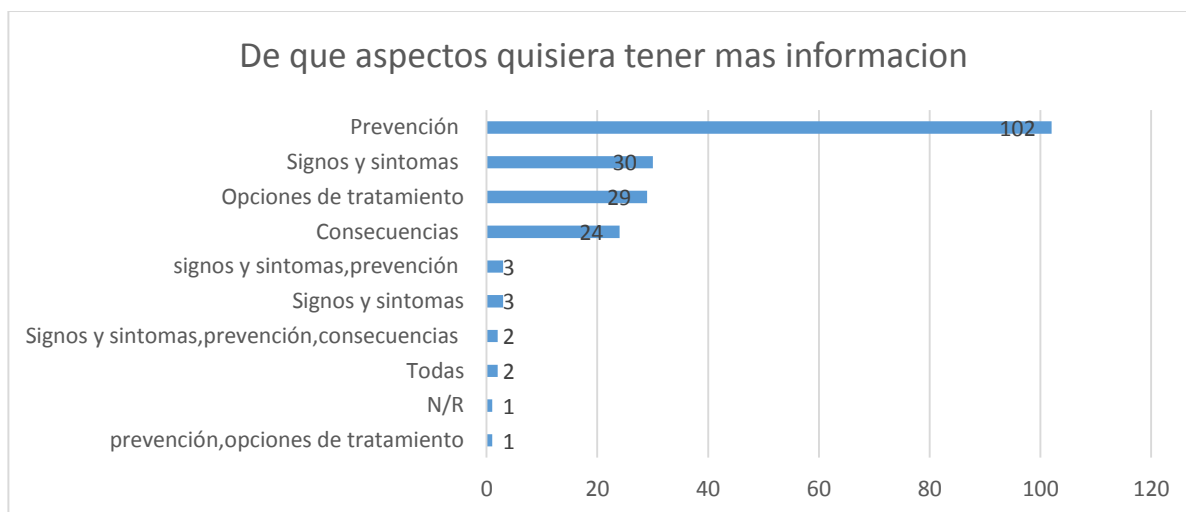
En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 85% de las personas encuestadas no lideran campañas de prevención de las ETV frente a un 15% que, si lo hacen, esta práctica debe involucrar a toda la comunidad ya que todos habitan una zona endémica y el compromiso debe ser de todos los habitantes.

Gráfico 28. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según cree tener suficiente información sobre ETV?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que un 86% de las personas encuestadas piensan que no tienen la suficiente información sobre las ETV. A pesar de que es una zona endémica para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis la información es muy reducida, esto se puede deber al difícil acceso a esta población y a la limitación de medios informativos.

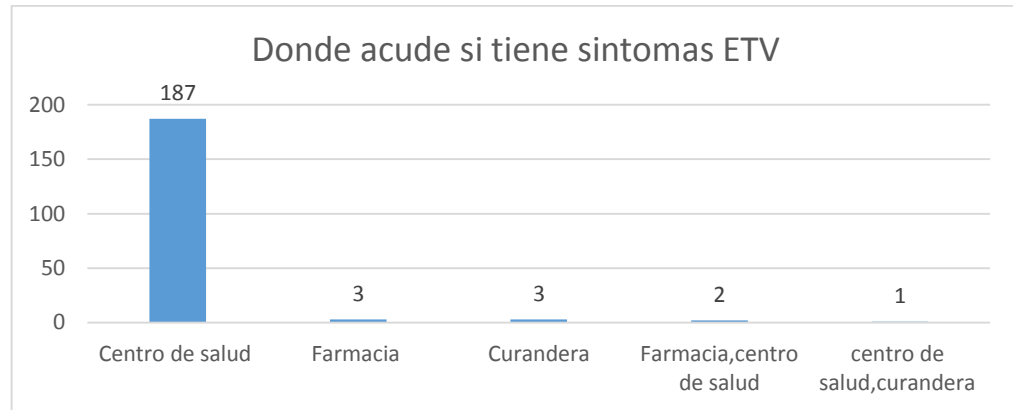
Gráfico 29. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según de que aspectos quisiera tener más información?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 102 personas del total de encuestados la prevención es el aspecto del cual quisieran tener más información seguido de los signo y síntomas, esto nos da a entender la preocupación que tiene

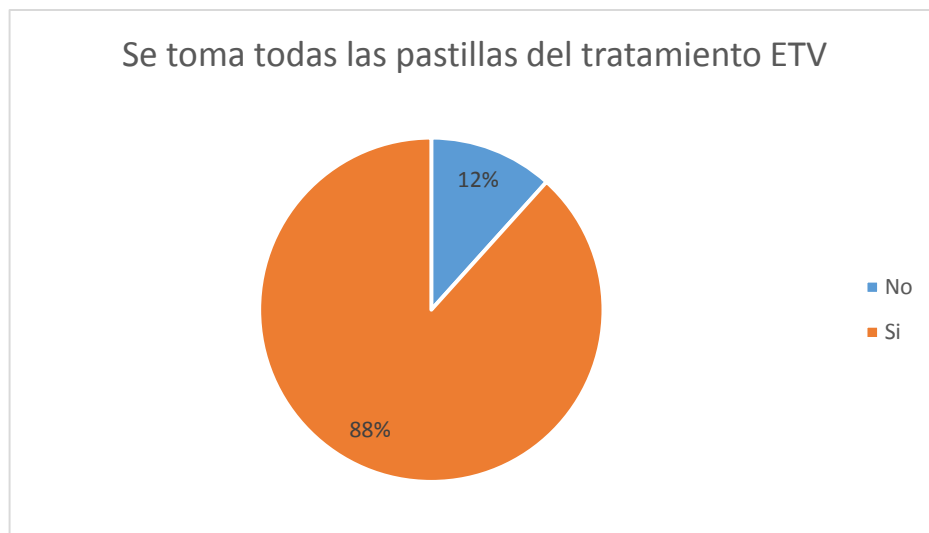
la población para saber más acerca de las acciones que pueden hacer para prevenir las ETV.

Gráfico 30. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según donde acude si tiene síntomas ETV?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 187 (95%) personas del total de encuestados deciden asistir al centro de salud si presentan síntomas relacionados con enfermedades transmitidas por vectores, lo que también muestra esta grafica es que la otra opción es tan muy por debajo y las personas buscan siempre el personal de salud para solucionar sus problemas de salud.

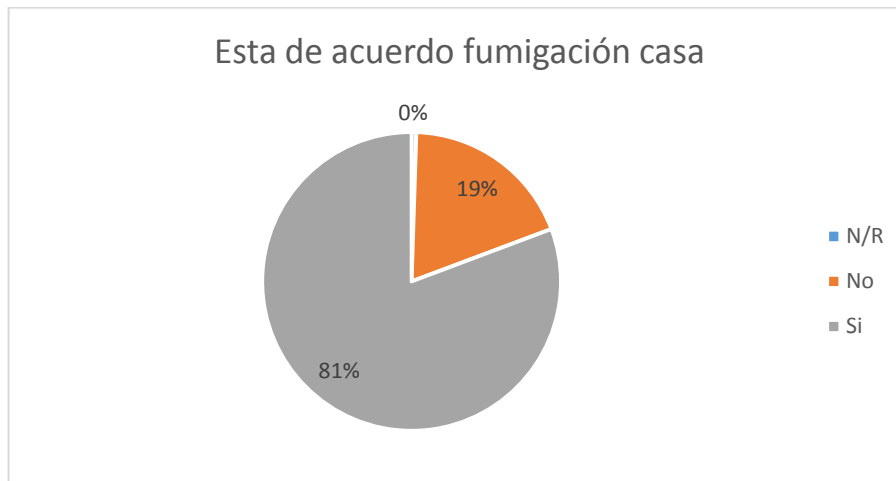
Gráfico 31. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según se toma todas las pastillas del tratamiento ETV?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 88% personas encuestadas si toman todas las pastillas suministradas por el personal de salud para el

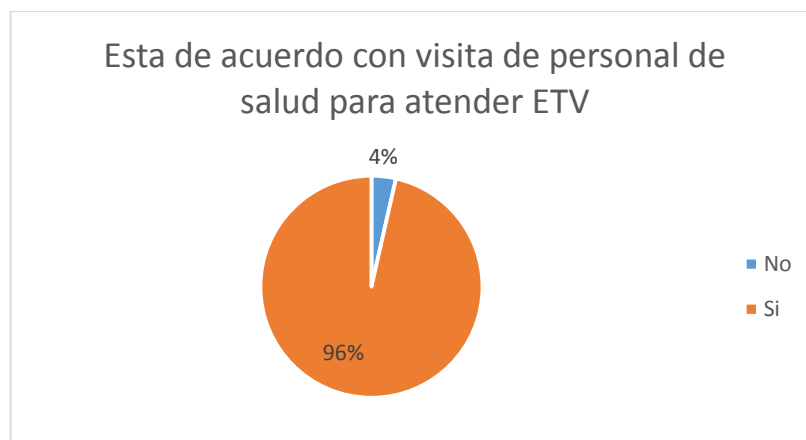
tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores contra un 12% que no lo hace.

Gráfico 32. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según está de acuerdo fumigación casa ETV?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 81% del total de encuestados si está de acuerdo con fumigar su casa para la prevención de las ETV, siendo esta una medida de protección para su hogar porque evita la propagación de vectores al interior de su vivienda.

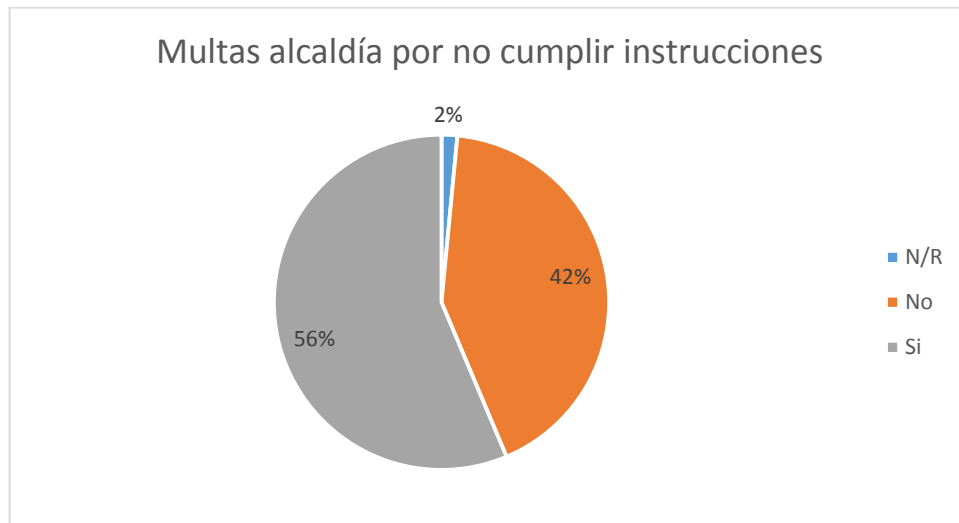
Gráfico 33. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según está de acuerdo con visita de personal de salud para atender ETV?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 96% de los encuestados están de acuerdo con la visita del personal de salud para atender las enfermedades transmitidas por vectores, la confianza que depositan los habitantes

en el personal de salud es muy grande por lo tanto están obligados a prestar el servicio de la mejor manera y lo más oportuno posible.

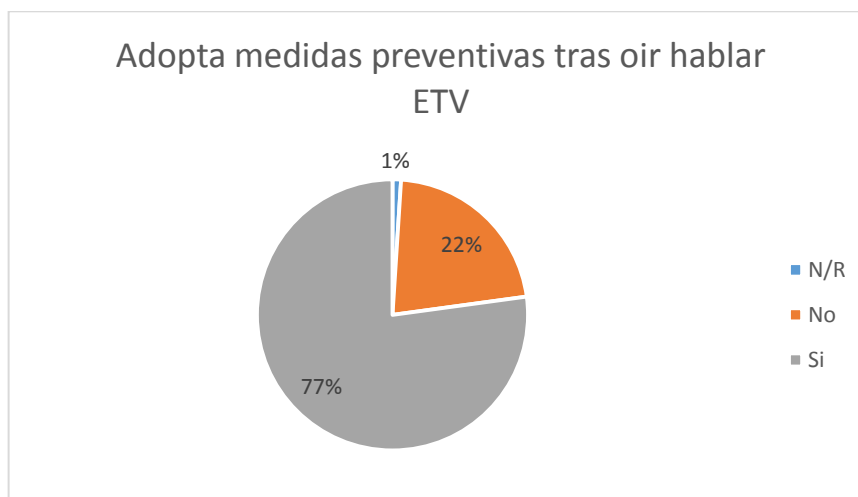
Gráfico 34. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según multas alcaldía por no cumplir instrucciones?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 56% de los encuestados si están de acuerdo en que la alcaldía imponga multas a quienes no cumplen con las instrucciones dadas por el personal de salud para prevenir las ETV.

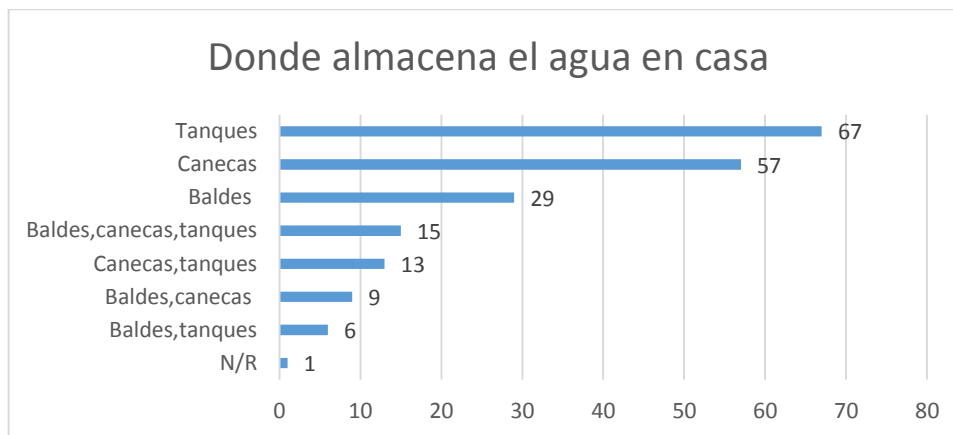
Para el cumplimiento del cuarto objetivo “Caracterizar las prácticas frente a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores en la población objeto de estudio” se realiza la siguiente tabla

Gráfico 35. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según adopta medidas preventivas tras oír hablar ETV?



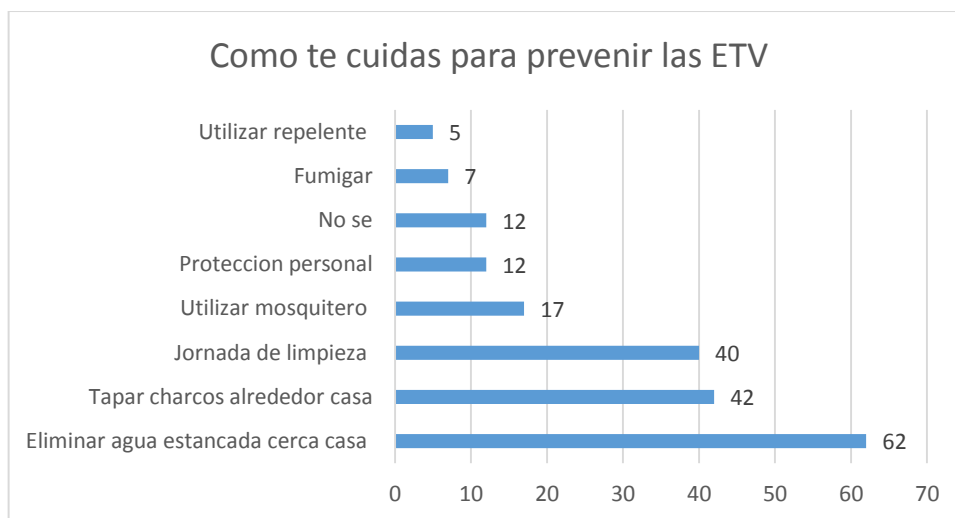
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 77% de los encuestados si adoptan medidas preventivas tras oír hablar de las enfermedades transmitidas por vectores frente a un 22% que no lo hace.

Gráfico 36. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según donde almacena el agua su casa?



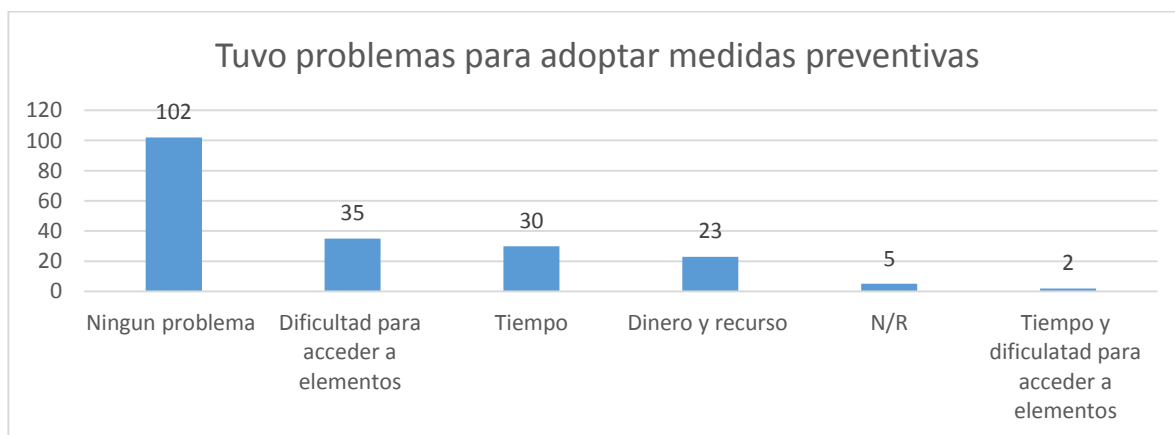
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 86 persona del total de los encuestados almacena el agua en tanques y botellas dentro de su casa seguido de canecas y baldes.

Gráfico 37. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según cómo te cuidas para prevenir las ETV?



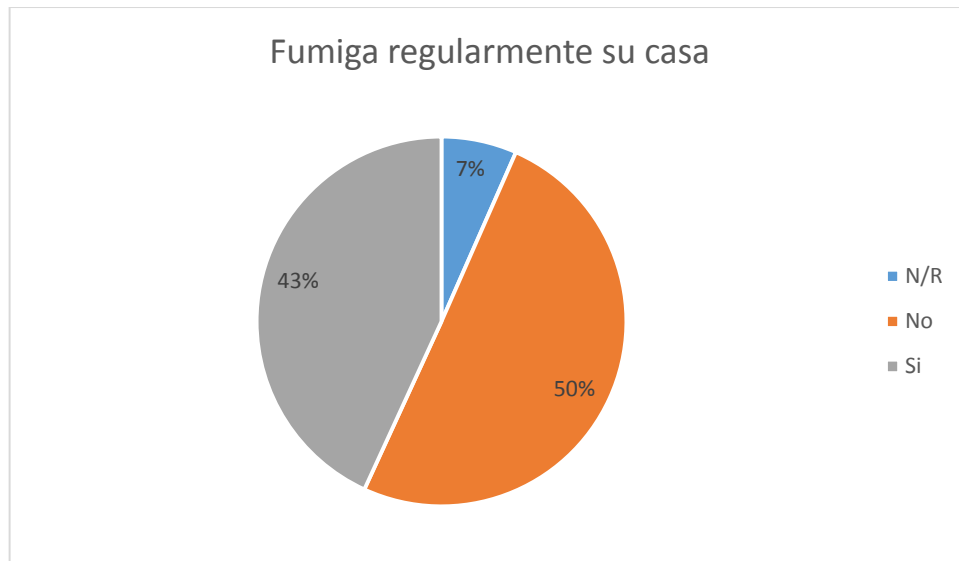
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 62 personas del total de encuestados las medidas que utiliza para prevenir las ETV es eliminar aguas estancada que se encuentran cerca su casa y le siguen 42 personas que tapan charcos.

Gráfico 38. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según tuvo problemas para adoptar medidas preventivas?



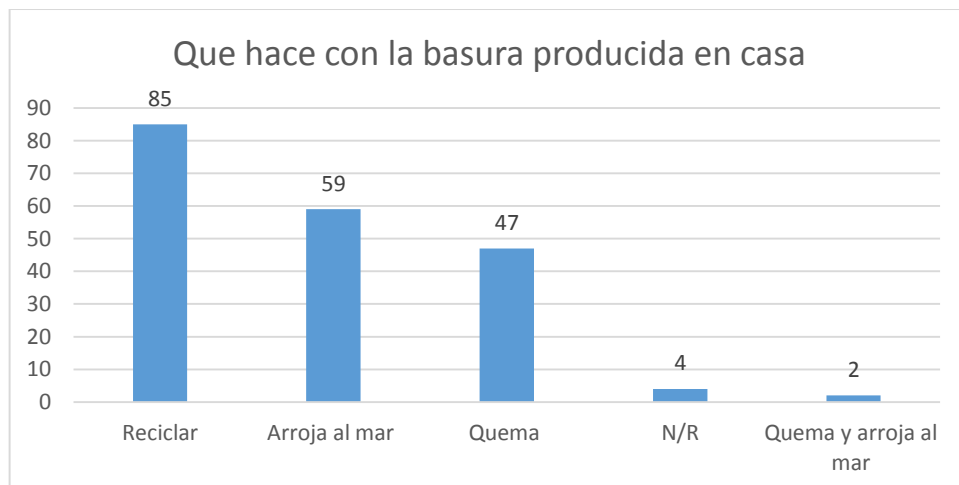
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 102 persona del total de los encuestados no tuvo ningún problema para adoptar medidas preventivas en contra de las enfermedades transmitidas por vectores aunque algunas si refirieron dificultad en acceder a los elementos de protección o ya sea por el tiempo o el dinero.

Gráfico 39. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según fumiga regularmente su casa?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 50% de los encuestados no fumiga regularmente su casa, esta como medida de prevención para las ETV frente a un 43% que si lo hace.

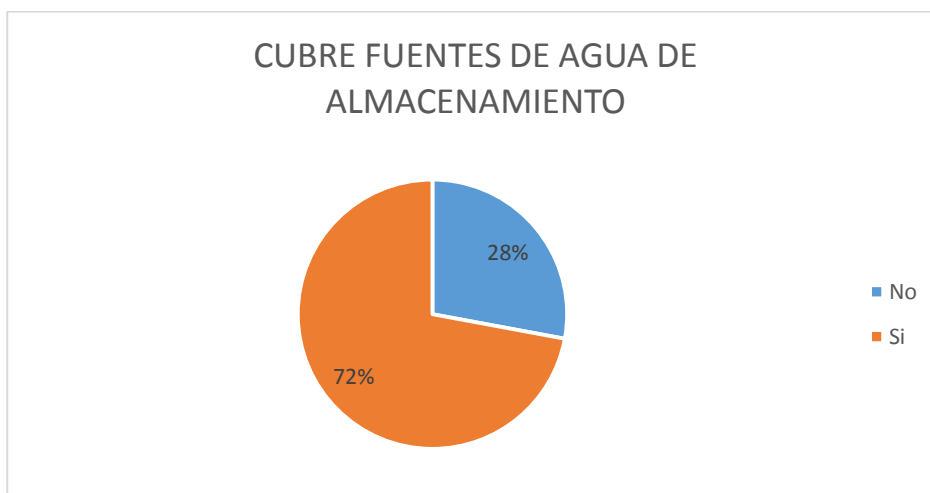
Gráfico 40. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según que hace con la basura producida en casa?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 85 personas del total de los encuestados reciclan la basura, pero lo más preocupante es que 59 y 47 personas de las encuestadas lo que hacen con la basura producida en su casa la arroja en

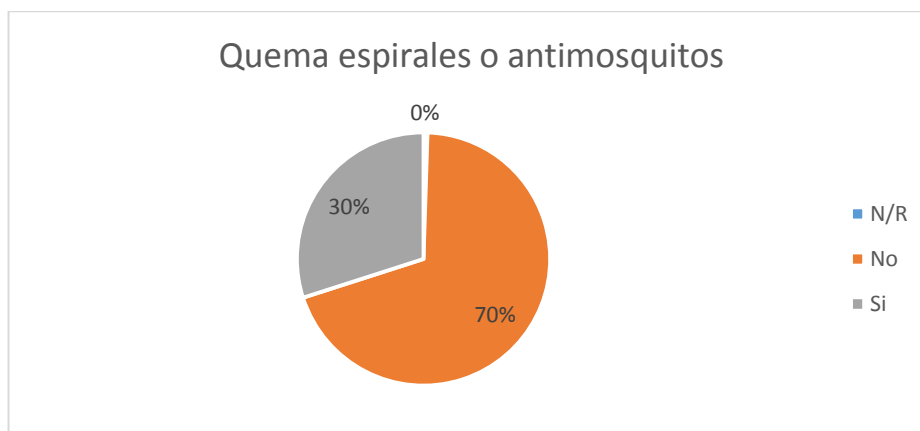
el mar y quemarla respectivamente esto provoca un daño ambiental e induce una propagación de los vectores en la comunidad.

Gráfico 41. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según cubre fuentes de agua de almacenamiento?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 72% de los encuestados cubre las fuentes de agua de almacenamiento esto con el fin de prevenir un foco habitual de criadero de vectores. Este es un buen método ya que no genera ningún costo económico para los habitantes de esta vivienda.

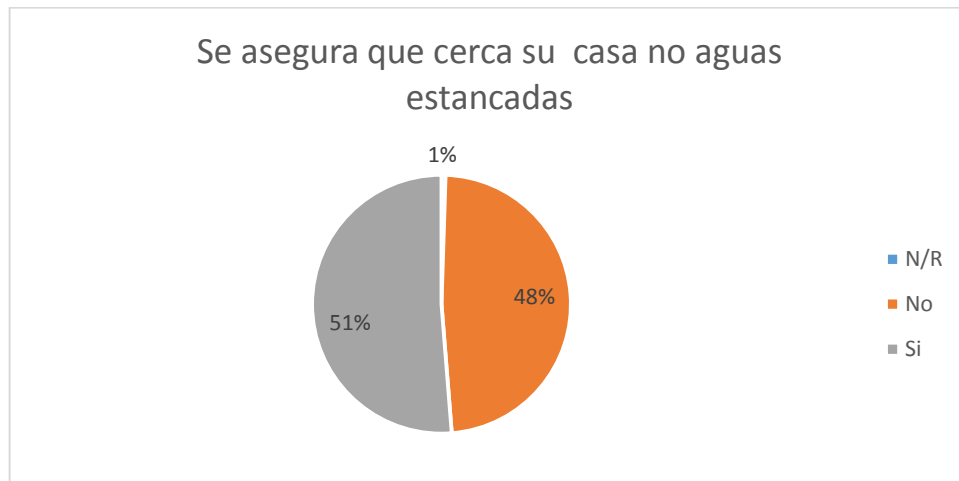
Gráfico 42. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según quema espirales o antimosquitos?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 79% de la población encuestada no quema espirales como principal método de protección contra la picadura de mosquitos, siendo esta es una prácticas para la prevención de ETV,

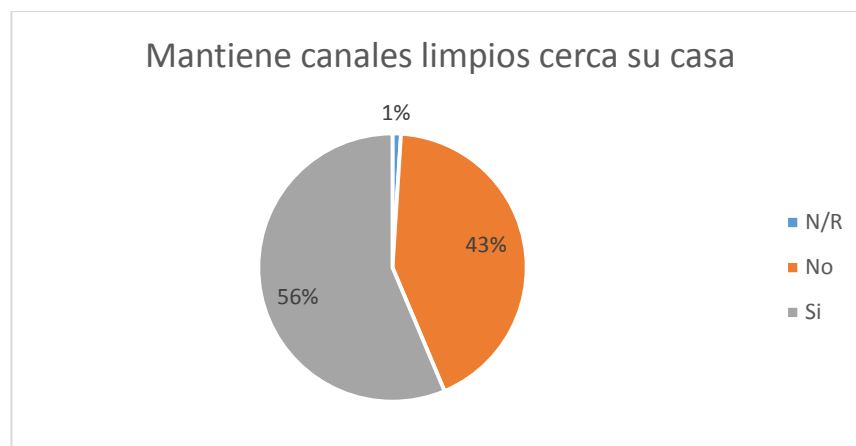
pero no es muy relevantes si la persona utiliza repelentes o mosquiteros como protección.

Gráfico 43. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según se asegura que cerca su casa no aguas estancadas?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 51% de la población encuestada se asegura de que no halla aguas estancadas cerca de la casa lo que resulta ser una práctica muy beneficiosas para prevenir las ETV ya que esto impide la reproducción de los mosquitos.

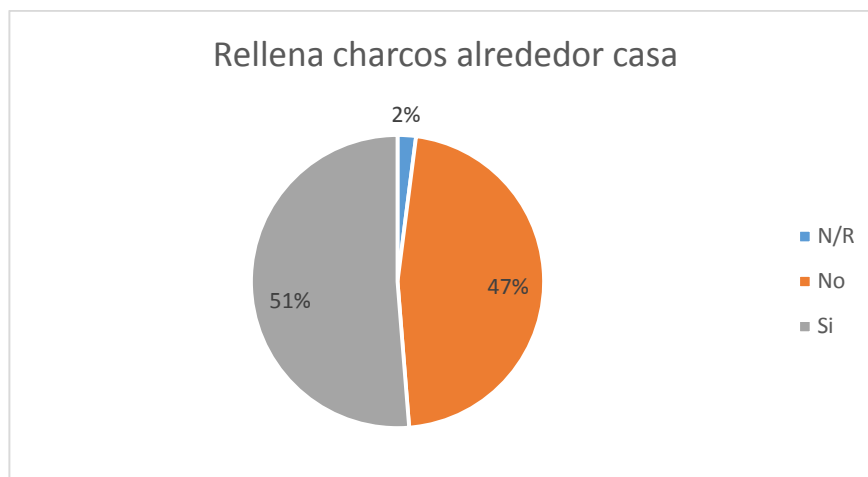
Gráfico 44. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según mantiene canales limpios cerca su casa?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 56% de la población encuestada mantienen canales limpios cerca de la casa lo que resulta ser una

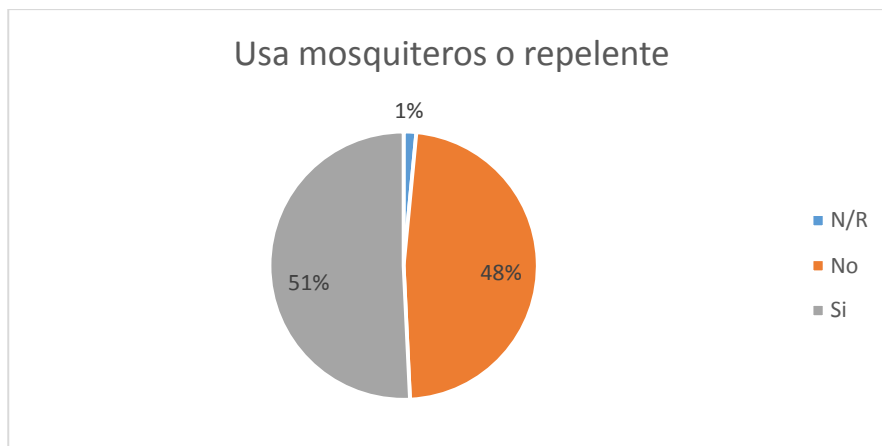
práctica muy beneficiosa para prevenir las ETV ya que esto impide la reproducción de los mosquitos.

Gráfico 45. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según rellena charcos alrededor casa?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 51% de la población si rellena los charcos alrededor de la casa lo que resulta ser una práctica muy beneficiosa para prevenir las ETV ya que esto impide la reproducción de los mosquitos.

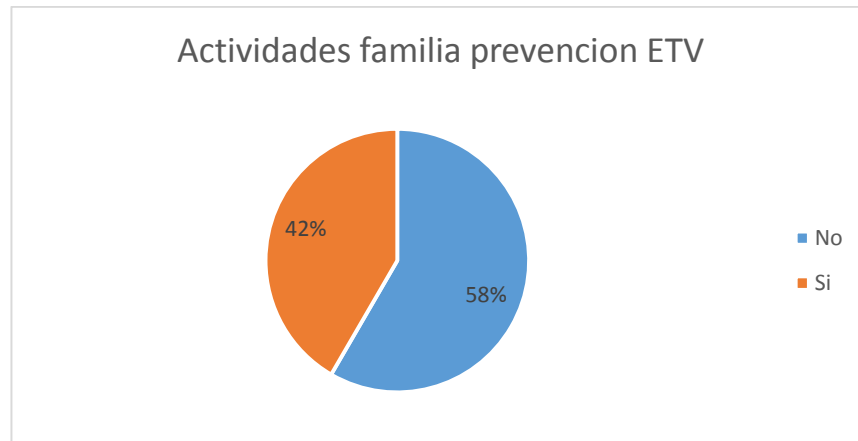
Gráfico 45 Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según usa mosquiteros o repelente?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 50% de la población encuestada si utiliza mosquiteros y repelentes como principal método de

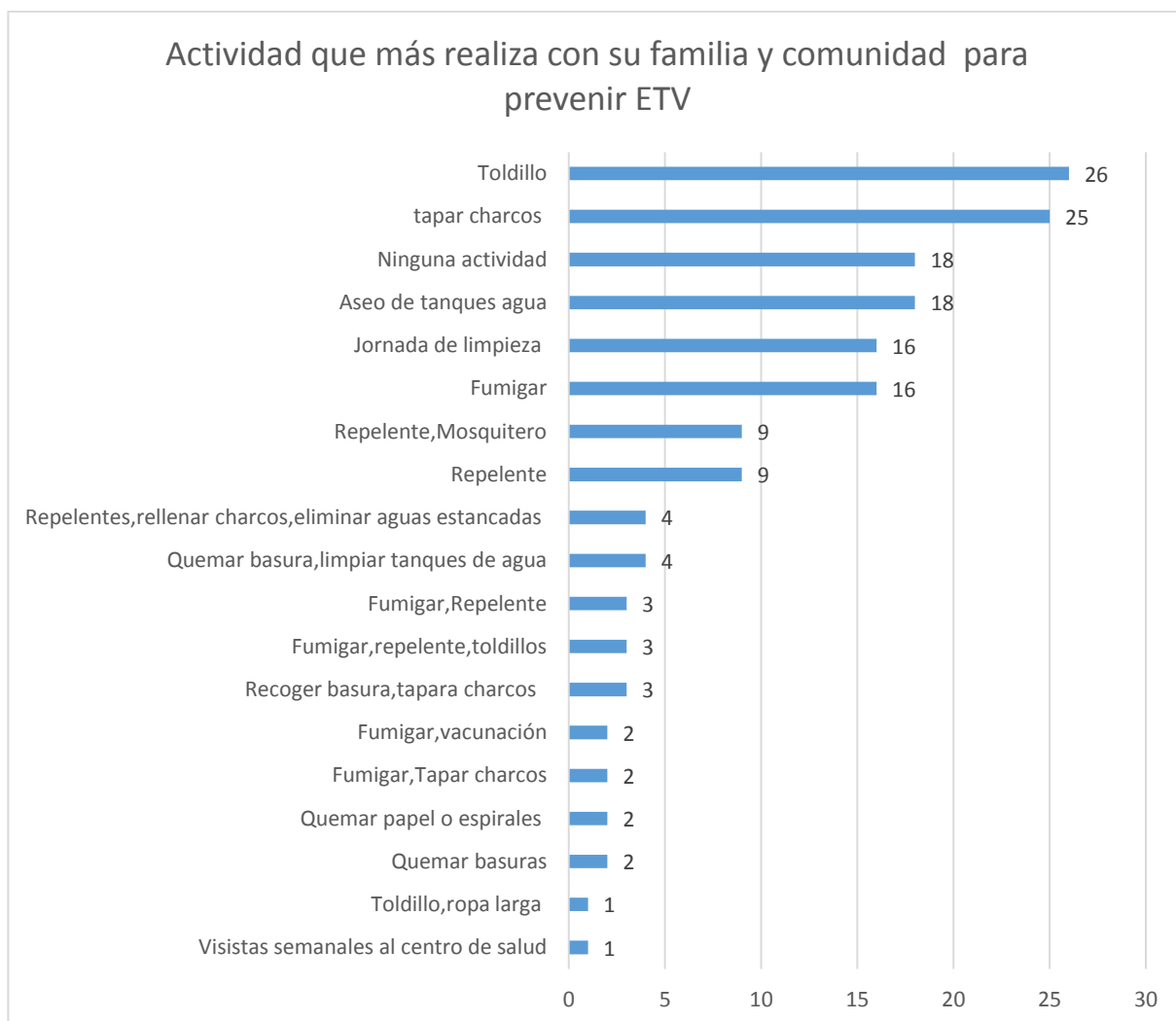
protección contra la picadura de mosquitos, siendo esta una de las mejores prácticas individuales para la prevención de ETV.

Gráfico 46. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según actividades familia prevención ETV?



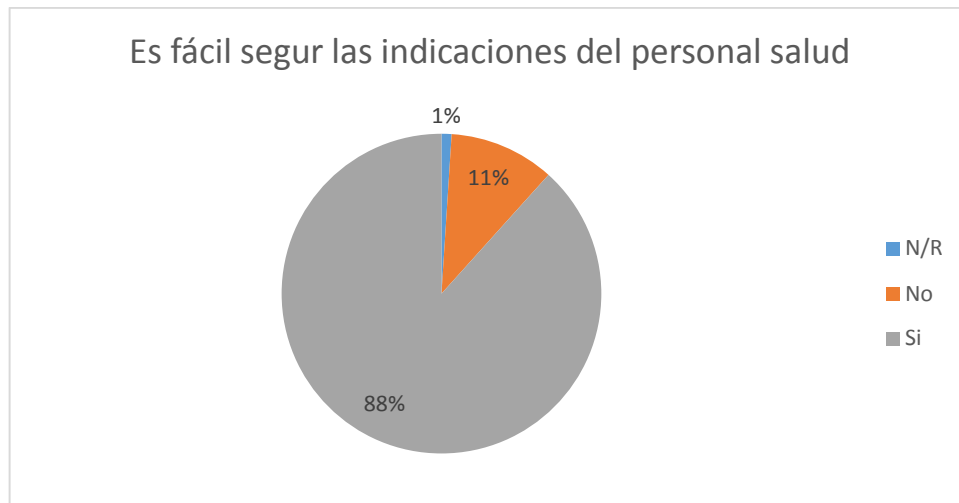
En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 58% de la población encuestada no realiza actividades en familia para prevenir las enfermedades transmitidas por vectores lo que genera mayor preocupación porque cada individuo y su familia son responsables de cuidar su salud.

Gráfico 47. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según qué actividad que más realiza con su familia y comunidad para prevenir ETV?



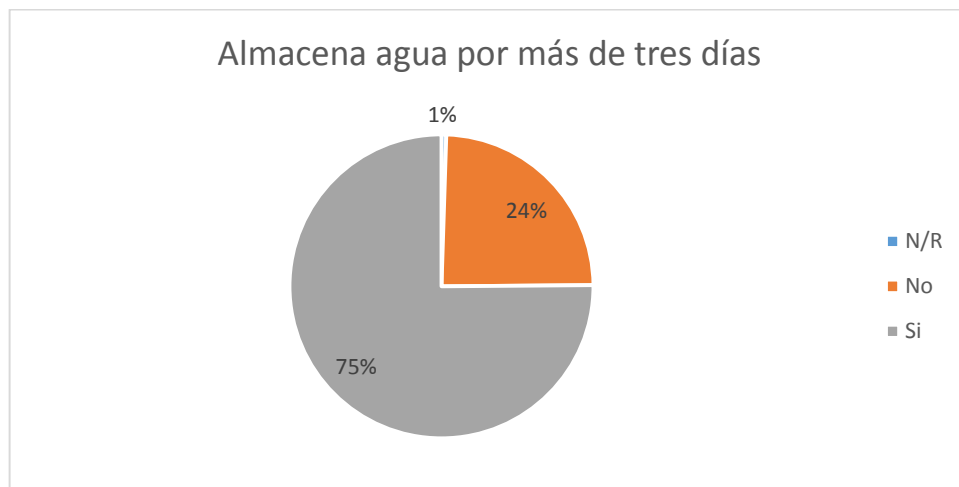
En la población de Francisco Pizarro se observó, que 26 personas del total de encuestados la actividad que más realizan tanto la familia como la comunidad es el uso de toldillo, seguido de tapar charcos con 25 personas, pero lo más preocupante es que 18 personas no practican ninguna actividad que ayude a prevenir las enfermedades transmitidas por vectores lo que genera un mayor riesgo tanto para la familia como para la comunidad.

Gráfico 48. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según es fácil seguir las indicaciones del personal salud?



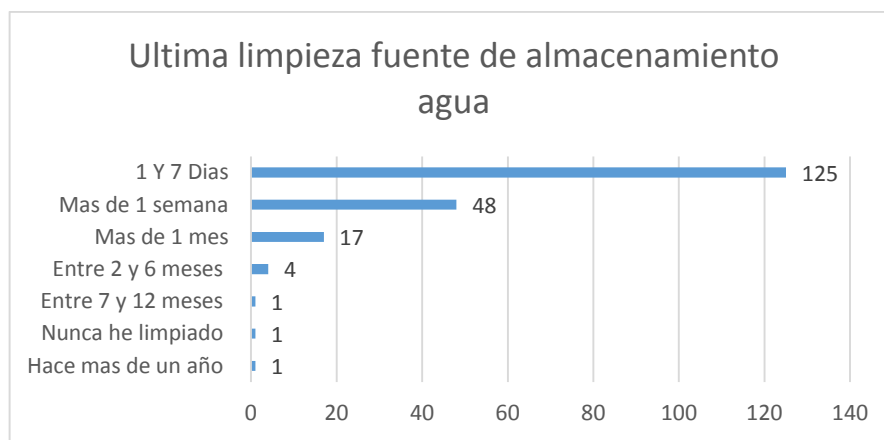
En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 88% de la población encuestada si le es fácil seguir las indicaciones del personal de salud lo que es una buena señal ya que estos nos dice que este está haciendo un buen trabajo de capacitación y educación en cuanto a las ETV.

Gráfico 49. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según almacena agua por más de tres días?



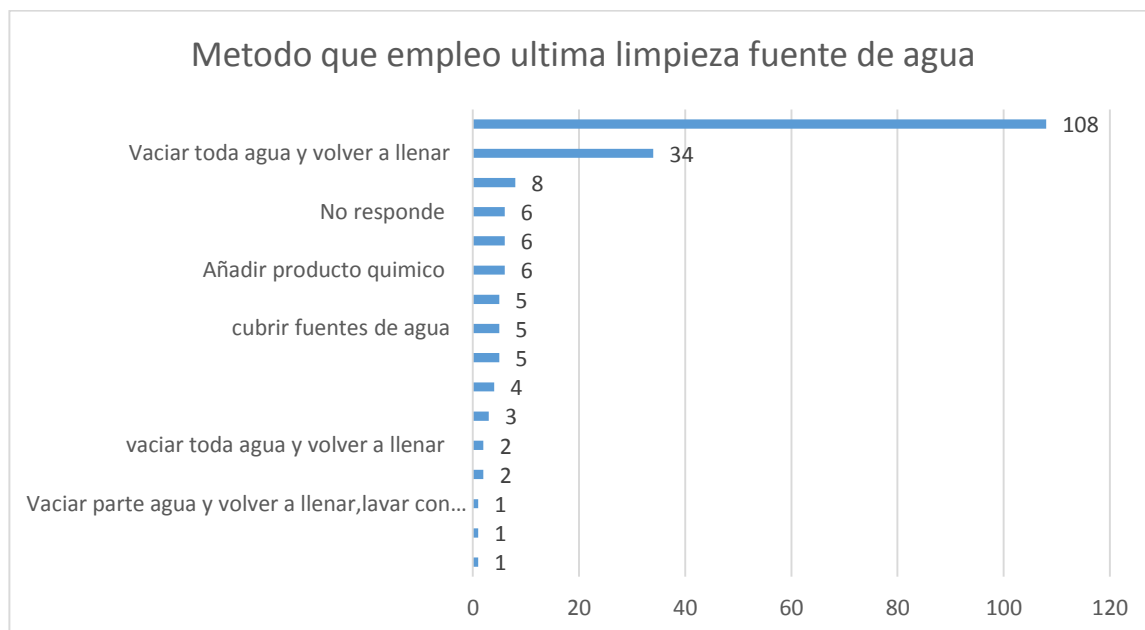
En la población de Francisco Pizarro se observó, que el 75% de la población encuestada si mantiene agua almacenada por más de tres días siendo esto un factor de riesgo para ETV ya que aumenta la reproducción de mosquitos, aunque cabe resaltar que si mantiene el agua tapada no genera mayor riesgo

Gráfico 50. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según ultima limpieza fuente de almacenamiento agua?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 125 personas del total de encuestados limpia las fuentes de almacenamiento de agua entre un periodo de 1 y 7 días lo que es una práctica buena si lo realizan de la manera adecuada.

Gráfico 51. Distribución de la población de habitantes del municipio de Francisco Pizarro – Salahonda, según método que empleo ultima limpieza fuente de agua?



En la población de Francisco Pizarro se observó, que 108 personas del total de encuestados el método para limpiar las fuentes de agua es vaciar por completo el depósito de agua y lavar con estropajo y jabón.

7 DISCUSIÓN

Los resultados entregados por este estudio dejan ver que el lugar donde hay mayor reproducción de los mosquitos son aguas estancadas con un 89%, siendo menor al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** que reporto un 92%. (90)

Con respecto a la eliminación de los criaderos de mosquitos en este estudio se presentó un 64% que está de acuerdo con que cada persona debe encargarse de su eliminación, siendo menor al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto un 82%; al contrario el estudio de **(Castañeda, Colombia Casanare, 2017)** (91) que reporto un 35.5%. En menor medida el estudio dejo ver que quien debe eliminar los criaderos de mosquito, se presentó un 17% ministerio de salud, siendo mayor al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto un 5% y en un 4% debe ser hecho por el municipio, siendo similar al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto un 4%.

Además este estudio permitió ver que la comunidad conoce que la realización de eliminación de criaderos es muy importante ya que el 67.5% de la población considero que se debe realizar todos los días, siendo mayor al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto un 20%, un 24.8% que se debe hacer cada semana y un 5% debe realizarse cada mes siendo menor con respecto al estudio nombrado anteriormente.

En los resultados de este estudio se pudo ver que los síntomas que la comunidad más asocio a las ETV son: en 18% fiebre, siendo menor al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto un 24%; al igual que en el estudio **(Gutiérrez, Perú, 2017)** que reporto 80%, el dolor muscular en un 12.6%, siendo menor al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto un 14% y el dolor de cabeza con un 11%, siendo menor al estudio de **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto un 18%; al igual que en el estudio **(Gutiérrez, Perú, 2017)** que reporto 56.4%.

De igual importancia este estudio dejo ver que gran parte de la población encuestada sabe cómo prevenir las ETV con un 69%, siendo mejor al estudio **(Castrillón, Colombia Pereira, 2017)** que reporto 64.16% (92).

Los resultados entregados por este estudio nos permitió ver que a la presencia de sintomatología de ETV en un 95% acudiría al centro de salud, siendo mayor al estudio **(Delci, honduras, 2017)** que reporto 35.7% (93); al igual que en el estudio **(Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017)** (90) que reporto 68%; al contrario del estudio de **(Gutiérrez, Perú, 2017)** que reporto un 97%, en un 2% utilizaría automedicación o iría a la farmacia, siendo menor al estudio **(Delci, honduras,**

2017) que reporto 35% (93); al igual que en el estudio (**Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017**) (90) que reporto 13%.

No obstante el estudio deajo ver que un 86% de la población encuestada no pertenece a ningún grupo, siendo menor al estudio (**Castrillón, Colombia Pereira, 2017**) (92) que reporto 91.67%. De igual manera se pudo ver que el 43% no asiste a reuniones de prevención contra las ETV, siendo menor al estudio ya mencionado que reporto 60%.

Finalmente con respecto a la actitud frente a que la alcaldía ponga multas por incumplimiento de normas, se presentó 56% estuvo de acuerdo con la sanción, siendo menor al estudio (**Delci, honduras, 2017**) que reporto 65.7% (93).

Los resultados entregados por este estudio deajo ver que actividades mayormente realiza por las personas encuestadas para prevenir las ETV es la eliminar aguas estancadas con 31%, siendo menor al estudio (**Castañeda, Colombia Casanare, 2017**) (91) que reporto 43.1%; al igual que el estudio de (**Ortiz, Colombia Medellín, 2018**) que reporto 43.1% (94), seguido de la utilización del toldillo con un 15%, siendo mejor al estudio (**Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017**) (90) que reporto 2%. Por el contrario 10.9% no realizan ninguna actividad, siendo menor al estudio (**Castañeda, Colombia Casanare, 2017**) (91) que reporto 58.3%. Así mismo un 10% lavar tanques de agua, siendo menor al estudio (**Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017**) (90) que reporto 24%; al igual que el estudio de (**Gutiérrez, Perú, 2017**) que reporto 28%. De forma similar 9.7% realiza jornada de limpieza, siendo mayor al estudio (**Castañeda, Colombia Casanare, 2017**) (91) que reporto 7.6%; al contrario del estudio (**Delci, honduras, 2017**) que reporto 28.5% (93). Seguido de fumigar con un 9%, siendo mayor al estudio (**Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017**) (90) que reporto 7%; al contrario del estudio de (**Castrillón, Colombia Pereira, 2017**) que reporto 20.42% (91) y al estudio (**Castañeda, Colombia Casanare, 2017**) (91) que reporto 33.2%. Además un 3% utiliza como medida de prevención repelente, siendo similar al estudio (**Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017**) (90) que reporto 3% y un 1% utiliza como prevención limpiar y tirar basura, siendo menor al estudio (**Ojeda, Colombia Bucaramanga, 2017**) (90) que reporto 9%. Finalmente el 1% de la población encuestada previene las ETV por medio de vacunación, siendo menor al estudio (**Castrillón, Colombia Pereira, 2017**) que reporto 19.2% (92).

Por último los resultados entregados por este estudio deajo ver que un 7 % de la población encuestada almacena agua en tanques y canecas, siendo menor al estudio de (**Ortiz, Colombia Medellín, 2018**) que reporto 79% (94).

8 CONCLUSIONES

En la presente investigación se tuvo el propósito de identificar que tanto saben las personas de la población de Francisco Pizarro Salahonda acerca de los conocimientos actitudes y practicas frente a las enfermedades trasmitidas por vectores y los resultados muestran lo siguiente.

Los conocimientos en la población en general son buenos ya que las diferentes preguntas realizadas la mayoría de las respuestas fueron acertadas, aunque se encontraron falencias en la identificación de las principales enfermedades que se pueden producir por una picadura de mosquito. La comunidad también conoce que vivir en una zona endémica para Dengue, Malaria, Zika, Chikungunya y Leishmaniasis les genera mayor riesgo de contraer en algún momento otras ETVs. Saben que el mayor riesgo que presentan para la propagación de mosquitos es el tener agua estancada o acumulada dentro o cerca de su casa ya sea en botellas, llantas, floreros o cualquier objeto que puede ser un depósito de agua las cuales se deben eliminar lo más pronto que les sea posible. También queda claro que de las personas encuestadas la mayoría sabe cómo prevenir las ETV. Tienen claro que existen diferentes síntomas como fiebre, dolor muscular, de huesos, dolor de cabeza, escalofríos, vómitos y diarrea hacen parte de la sintomatología de las personas que presentan la enfermedad trasmitida por vectores. Conocen también que acudir a un centro de salud les puede brindar ayuda para manejar los síntomas que presentan en el momento de cursar con la enfermedad.

La actitud en los encuestados muestra que hay diferentes puntos de vista y reacciones a ciertas actividades , algunos no pertenece a ningún grupo comunal interesado en hacer actividades para beneficio de la población pero igualmente muchos de ellos quieren pertenecer a algún grupo de estos si existiera, pero también demostró que la mayoría de encuestados no asiste a las actividades para le prevención de ETV ya sea por desconocimiento de la realización de estas actividades , muchos de los encuestados si creen importante y además tienen la posibilidad que se realice actividades para prevenir ETV y creen que es importante tener más información pero no hay suficiente motivación en cuanto se trate de asistir a ellas.

Con respecto a las prácticas de la población de Francisco Pizarro Salahonda queda en claro que tiene muchas actividades para prevenir las ETV y minimizar los criaderos de mosquitos, como es la eliminación de aguas estancadas, cubrir las fuentes de almacenamiento de agua, uso de medidas de protección personal como es el utilizar toldillo en la noche, repelente, fumigar su casa, jornadas de limpieza, además que son medidas que no tienen un valor económico muy grande y es asequible para toda la población.

9 RECOMENDACIONES

Realizar campañas de sensibilización del personal de salud en colegios, escuelas lugares concurridos como el parque y la iglesia, esto con el fin de que la población identifique fácilmente cuales son las principales enfermedades que puede producir la picadura de un mosquito y seguir reforzando el conocimiento que tienen con respecto a síntomas, el riesgo que presenta vivir con aguas estancadas y los principales métodos de protección.

Se debe motivar a la población a pertenecer a grupos comunales y que participen más activamente en actividades de prevención contra las ETVs mediante campañas y acciones que cause un mayor compromiso por parte de la comunidad.

Cabe recalcar que las prácticas individuales son buenas, se debe seguir promoviendo cada una de ellas mostrando que estas actividades tienen un bajo costo, el tiempo de realización es muy corto y son procesos muy sencillos que generan una gran barrera de protección.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma

ACTIVIDADES FECHA	Y	AÑO 2017					AÑO 2018					
		A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	
Calibración de operadores	de	■	■									
Prueba piloto del Instrumento				■								
Recolección de datos					■	■						
Extracción de ADN, Digitación y depuración de base de datos						■	■					
Análisis de los datos								■	■			
Elaboración del informe final	del								■	■		
Sustentación de tesis											■	
Elaboración de artículo científico	de											■
Envío del artículo para publicación												■
Socialización de resultados	de											■

Anexo 2. Presupuesto

RUBROS	FUENTES	TOTAL
	Investigador	
Personal	4'000.000	4'000.000
Equipos	2,072.000	2,072.000
Materiales y suministros	183.600	183.600
Salidas de campo	270.000	270.000
Software	0	0
Servicios técnicos	57.500	57.500
TOTAL		6'583.100

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN POBLADORES DE SALAHONDA - 2018

La presente investigación es conducida por Giset Verónica Guerrero Iturri y Ruth Andrey Muñoz Noguera, de la fundación Universitaria san Martin. La meta de este estudio es Evaluar los conocimientos, actitudes y practicas frente a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores en la población de Francisco Pizarro Salahonda en el año 2018

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Giset verónica Guerrero Iturri y Ruth Andrey Muñoz Noguera, de la fundación universitaria san Martin. La meta de este estudio es Evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de enfermedades transmitidas por vectores en pobladores de Salahonda - 2018

Nombre del Participante
Fecha

Firma del Participante

Anexo 4. Encuesta

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN POBLADORES DE SALAHONDA - 2018

Nombre del entrevistador

I. DATOS GENERALES

# de personas en el hogar		Niños	Jóvenes	Adultos			Adulto mayor	
Edad		Escolaridad			Religión			
Área	Rural	Estrato	1	2	3	Trabajo / ocupación		
	Urbana							

II. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

- usted ha escuchado hablar acerca de las enfermedades transmitidas por mosquitos? SI___ NO ___
- ¿Sabe que enfermedades transmiten los mosquitos? Múltiple respuesta
 - Dengue
 - Zika
 - Diabetes
 - Chikungunya
 - Diarrea
 - Leshmaniasis
 - Hipertensión arteria
 - Malaria
 - Cáncer
- ¿Qué es lo que más le inquieta o preocupa acerca de las enfermedades transmitidas por mosquitos?
 - La enfermedad
 - La muerte
 - Incapacidad
- Cree usted que en estos momentos es posible contraer enfermedades transmitidas por vectores en su comunidad / área local? SI ___ NO___
- ¿Qué personas pueden contraer la enfermedad por enfermedades transmitidas por vectores?
 - Las mujeres

- B. Hombres
 - C. Niños y/o niñas
 - D. Mujeres embarazadas
 - E. Trabajadores de salud
 - F. Cualquier persona
 - G. No responde
6. ¿usted sabe si todas las personas afectadas por enfermedades transmitidas por vectores presentan síntomas SI _____ NO_____
7. ¿Cuál considera que es el riesgo que existe en su lugar de residencia para la presencia del mosquito transmisor? Múltiples respuestas
- A. Agua estancada
 - B. Basuras
 - C. No utilizar medidas de prevención
8. ¿Se puede prevenir las enfermedades transmitidas por vectores? SI_____ NO _____
9. ¿Sabe cómo prevenirse la enfermedad transmitidas por vectores? SI_____ NO _____
10. ¿Dónde cree usted que se reproducen los mosquitos?
- a. Agua estancada
 - b. Aire contaminado
 - c. Alimentos contaminados
 - d. No sé
11. ¿Cada cuánto tiempo deben eliminarse los criaderos de mosquitos?
- A. Todos los días
 - B. cada semana
 - C. cada mes
 - D. cada 6 meses
12. ¿Quién debe encargarse de eliminar los criaderos?
- A. Municipalidad
 - B. Ministerio de salud
 - C. Cada persona / cada familia
 - D. Comunidad
 - E. Nadie
- 13.. ¿Qué malestar produce la enfermedad transmitida por mosquitos? Múltiples respuestas
- A. Fiebre alta

- B. Dolor de cabeza
- C. Dolor en los músculos y huesos
- D. Escalofríos
- E. Debilidad y cansancio
- F. Vómitos y diarrea
- G. No se

14. ¿Existe tratamiento contra la enfermedad transmitida por mosquitos? SI___
NO___

15. ¿Cómo se cura la enfermedad transmitida por mosquitos según usted?

- A. Tomando las pastillas suministradas por personal de control de vectores
- B. Tomando aspirina
- C. Tomando medicina tradicional
- D. Acudiendo al puesto de salud
- E. Acudiendo a un terapeuta tradicional

16. ¿Considera usted que la enfermedad transmitida por mosquitos constituye un asunto o un problema importante para su comunidad? SI___ NO___

17. ¿Qué riesgo existe de que contraiga usted enfermedad transmitida por mosquitos en los próximos 6 meses?

- A. Riesgo elevado
- B. Riesgo medio
- C. Riesgo nulo

18. ¿sabe usted como reducir o eliminar los mosquitos en su casa / edificio? Si ___
no___

III. ACTITUD

19. Sabe si en su comunidad hay grupos comunales? SI___ NO___

20. Pertenece algún tipo de grupo comunitario? SI___ NO___

21. Le gustaría pertenecer al grupo comunitario? SI___ NO___

22. Asiste a actividades preventivas para la enfermedad? SI___ NO___

23. Usted cree importante realizar actividades de prevención de la enfermedad transmitida por mosquitos? SI___ NO___
24. Usted se preocupa por conocer más acerca de las enfermedades transmitidas por mosquitos? SI___ NO___
25. Tiene posibilidad de realizar actividades de control de la enfermedad? SI___ NO___
26. Asiste a reuniones en la comunidad que informen sobre las enfermedades transmitidas por mosquitos y como prevenirlas? SI___ NO___
27. Lidera campañas para prevenir las enfermedades transmitidas por mosquitos? SI___ NO___
28. Cree usted que tiene suficiente información sobre enfermedad transmitida por mosquitos? SI___ NO___
29. ¿sobre qué aspectos le gustaría obtener más información?
- A. Signos y síntomas
 - B. Prevención
 - C. Opciones de tratamiento
 - D. Consecuencias
30. ¿Si usted tiene síntomas de la enfermedad transmitida por mosquitos a dónde va?
- A. Farmacia
 - B. Centro de salud
 - C. Curandera
31. ¿Se toma usted todas las pastillas que le da el personal de salud para curar la enfermedad transmitida por mosquitos? SI ___ NO ___
32. ¿Usted está de acuerdo con el rociado de insecticida en su casa? SI___ NO___
33. ¿Está de acuerdo con la visita de personal de salud para atender la enfermedad transmitida por mosquitos? SI___ NO___
34. ¿La alcaldía debe de poner multas a los vecinos que no siguen instrucciones? SI___ NO ___

IV. PRÁCTICAS

35. Ha adoptado usted, tras oír hablar de enfermedades transmitida por mosquitos, alguna medida de prevención para no contraerlo? SI___ NO___
36. ¿En qué elementos de su casa se almacena agua?
- A. baldes
 - B. Canecas
 - C. Tanques botellas
37. ¿Cómo te cuidas para no enfermar por la enfermedad transmitida por mosquitos? Múltiples respuestas
- A. Tapar charcos
 - B. Jornadas de limpieza
 - C. Drenando lagunas, charcas y aguas estancadas
 - D. Eliminar agua estancada cerca casa
 - E. Utilizar mallas metálicas y mosquiteros
 - F. Utilizar repelentes
 - G. Protección personal (uso de ropa que lo proteja de picaduras, camisa manga larga y pantalones largos)
 - H. Fumigar
 - I. No se
38. Con qué problemas / dificultades se encontró al adoptar esas medidas?
- A. Tuve problemas con el tiempo para adoptar las medidas
 - B. Me resultó difícil reunir el dinero y los recursos necesarios para adoptar las medidas preventivas
 - C. Tuve dificultades para acceder a algunos elementos necesarios
 - D. No tuve ningún problema o dificultad para adoptar las medidas
39. Usted fumiga regularmente su casa? SI___ NO___
40. Usted qué hacer con la basura producida en su casa?
- A. Quema
 - B. Recicla
 - C. arroja al mar
41. Cubre las fuentes de agua, o los depósitos / recipientes usados para su almacenamiento ¿ SI___ NO___
42. Usted Quema espirales (serpentina) antimosquitos? SI___ NO
43. Usted se asegura que cerca de su casa no se encuentre aguas estancadas? SI___ NO___

44. ¿Mantiene usted los canales y zanjas limpios alrededor de su casa? SI___
NO___
45. ¿Rellena los charcos o criaderos de mosquitos alrededor de su casa? SI___
NO___
46. ¿Usa usted mosquiteros o repelentes contra mosquitos? SI___ NO___
47. ¿Su familia y la comunidad realiza actividades para prevenir y controlar las enfermedades transmitida por mosquitos? SI___ NO___
48. ¿Cuál es la actividad que más realizan su familia y comunidad para controlar las enfermedades transmitida por mosquitos?

49. ¿Es fácil seguir las indicaciones del personal de salud para evitar las enfermedades transmitida por mosquitos? SI___ NO___
50. Almacena agua dentro de su casa por más de 3 días? SI___ NO___
51. ¿hace cuánto limpió y protegió la fuente de agua, o los depósitos / recipientes para su almacenamiento, que suele utilizar?
- E. Hace entre 1 y 7 días
 - F. Hace más de una semana
 - G. Hace más de un mes
 - H. Hace entre 2 y 6 meses
 - I. Hace entre 7 y 12 meses
 - J. Hace más de un año
 - K. Nunca he limpiado
52. ¿Qué método empleó usted la última vez que limpió y protegió la fuente de agua, o los depósitos / recipientes para su almacenamiento, que suele utilizar?
- A. Vacíé parte del agua y volví a llenar el depósito
 - B. Vacíé toda el agua y volví a llenar el depósito
 - C. Vacíé el depósito y lo fregué con estropajo y jabón / otra solución antes de volver a llenarlo
 - D. Cubrí las fuentes de agua / los depósitos o recipientes usados para su almacenamiento
 - E. Añadí una solución / un producto químico al agua

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades transmitidas por vectores. Datos y cifras, editada el 31 de octubre de 2017. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/>.
2. Morales A, Acevedo W, Gomez W Y Antezana. *Aspectos clínicos y epidemiológicos del infección por virus zika: implicaciones de la actual epidemia en Colombia y américa latina.* . j. 2, 2014, Hechos microbiol., Vol. 5, págs. 92-105.
3. Epidemiológico, boletín. *Semana epidemiologica numero 01 de 2016 (17 enero – 23 enero)*. Bogota : s.n., 2016.
4. Organization Panamerican Health Organization Y World Health. *Invertir en el futuro, vencer el paludismo.* 2015.
5. Organizacion Mundial De La Salud y Organización Panamericana De Salud. *Informe Epidemiológico de las Américas. Informe Leishmaniasis.* Bogota : s.n., 2016. pág. 2016.
6. Organizacion Mundial De La Salud Y Organización Panamericana de la salud. tropicales., *DENGUE Guía para para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control.* Bogota : s.n., 2009.
7. *Systemic involvements and fatalities during chikungunya epidemic in india.* 7. tandale bl, sathe ps, arankelle va, wadia rs, kulkarni r et al. a. 2, 2009, clin viro, Vol. 24, págs. 145-9.
8. 8. González J, Remus C, Sánchez B, Ortiz R.S, Ramos J.S, Hernández F . Virus Zika en México Revista Latinoamericana De Patología Clinica 2016 y 4-12, 63 (1). 2016, pág. 63.
9. *Programa de Acción: Enfermedades Transmitidas por Vector.* MEXICO., SECRETARIA DE SALUD. 2001, Vol. 1.
10. Zuluaga m, Vanegas D. *El virus Chikungunya en Colombia: aspectos clínicos y epidemiológicos* .. 1, 2016, Vol. 29, págs. 69-74.
11. Erreira S, lastra k, De La Rosa D y Viasus D. *Infeccion grave por el virus del chikungunya.* . F. 3, 2015, Salud minorte , Vol. 31.
12. Instituto Departamental De Salud De Nariño. *Características epidemiológicas de la malaria urbana en san andres de Tumaco.* 2011, IDSN.
13. Entomology & Ecology, CDC. *Dengue Transmission Vectors.* 2016.
14. life-cycle, CDC. *Mosquito Dengue* .. 2012.

15. Martinez, R. *Dengue. Estudos Avançados.* 64, 2008, Vol. 22.
16. Guzman, M. *Fatal dengue hemorrhagic fever in.* 130-5, s.l. : International Journal of Infectious Diseases, 1999, Vol. 3.
17. Martinez, F. *Evaluación de la definición clínica de dengue.* 6, 2005, Biomédica, Vol. 25, pág. 412.
18. Rigau, K. *Dengue and dengue haemorrhagic fever.* 971, 1998, Lancet, Vol. 7, pág. 352.
19. Campagna. *Etiology of exanthema in children in a dengue endemic area.* 8, 2006, Jornal de pediatria, Vol. 82, pág. 354.
20. Kalayanarooj. J. *Early clinical and laboratory indicators of acute dengue illness.* 21, 1997, The Journal of infectious diseases, Vol. 176, pág. 313.
21. Cao, XT. *Evaluation of the World Health Organization standard tourniquet test and a modified tourniquet test in the diagnosis of dengue infection in Viet Nam.* 32, 2002, Tropical medicine & international health, Vol. 7, pág. 125.
22. Bandyopadhyay. *Classifying dengue: a review of the difficulties in using the WHO case classification for dengue haemorrhagic fever.* 55, 2006, Tropical medicine & international health, Vol. 11, pág. 1238.
23. Srichaikul, Ever. *Haematology in dengue and dengue haemorrhagic f.* 76, 2000, Bailliere's best practice & research Clinical haematology, Vol. 13, pág. 261.
24. Oliveira, H. *Alterações hematológicas em pacientes com dengue.* 5, 2009, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Vol. 42, pág. 682.
25. Lateef, k. *Dengue and relative bradycardia.* 2007, Emerging infectious diseases, Vol. 13, pág. 650.
26. Srikiatkachorn., I. *Natural history of plasma leakage in dengue hemorrhagic fever: a serial ultrasonographic study.* 90, 2007, The Pediatric infectious disease journal, Vol. 26, pág. 283.
27. Michel. G. *Microvascular permeability.* 61, 1999, Physiological reviews., Vol. 79, pág. 703.
28. Levick, h. *Microvascular fluid exchange and the revised Starling principle.* 2010, Cardiovascular research, Vol. 87, pág. 210.
29. Levick, k. *Ultrasound measurement of gallbladder wall thickening as a diagnostic test and prognostic indicator for severe dengue in pediatric patients.* X9, 2007, The Pediatric infectious disease journal, Vol. 26, pág. 850.

30. Nair, j. *Acute renal failure in dengue fever in the absence of bleeding manifestations or shock.* 2, 2005, *Infectious Diseases in Clinical Practice*, Vol. 13, pág. 142.
31. Méndez, G. *Dengue hemorrágico en niños: diez años de experiencia clínica* .. 2, 2003, *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*, Vol. 23, pág. 180.
32. Kautner, I. *Dengue virus infection: epidemiology pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and prevention.* 4, 1997, *The Journal of pediatrics*, Vol. 131, pág. 516.
33. Phillips, R. *Resuscitation of haemorrhagic shock with normal saline vs. lactated Ringer's effects on oxygenation, extravascular lung water and haemodynamics.* R90, 2009, *Critical care*, Vol. 13.
34. Organization, World Health. *Epidemic, Pandemic Alert. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control.* 2009, Department of Control of Neglected Tropical Diseases, World Health Organization.
35. WHO. *Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control Second Edition.* 1997, WHO Press, Geneva.
36. Gupta. *Assessment of World Health Organization definition of dengue hemorrhagic fever in North India.* 3, 2010, *Journal of infection in developing countries*, Vol. 4, pág. 150.
37. Deen, P. *the WHO dengue classification and case definitions: time for a reassessment.* 9530, 2006, *Lancet*, Vol. 368, pág. 170.
- 38., Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control.* 548.1995,
39. Díaz, R. *Fundamentos de Medicina. Enfermedades infecciosas.* Medellín, Colombia : Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas, 2010.
- 40., De La Rosa, R. *Infección por virus del Zika.* 1, 2016, *CCAP*, Vol. 15, págs. 61-69.
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Enfermedad por el virus de Zika* . OMS. 2016, WHO disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>.
42. Hills, K. *Transmission of Zika Virus Through Sexual Contact with Travelers to Areas of Ongoing Transmission.* 8, 2016, *Continental United States*, Vol. 65.
43. Center for Disease. *Zika virus.* Control,. 2016.

44. OPS OMS. European Centre Disease Control. *Zika: Factsheet for health professionals* . 2015, 45. | *Zika - Actualización epidemiológica* . 2016, American Health Organization / World Health Organization.
46. Sanchez, R. *Infección por Virus*. 2016. OMS, OPS. *Zika*,
47. Instituto de Salud Pública. *Normativa Técnica para el Transporte de Sustancias Infecciosas a Nivel Nacional hacia el Instituto de Salud Pública.*. 2008.
48. OMS/OPS. *Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones* . 2016.
49. OPS/OMS. *alerta epidemiologica Infección por virus Zika.*. 2015, OPS.
- 50., Center for Disease Control. *zika viru* . 2016.
51. Ministerio Salud. *Prevencion del virus Zika* . Chile,. 2014.
52. Meneses, F. *Malaria por Plasmodium ovale Presentacion del primer caso colombiano Acta méd.*. 6, 1995, Colomb, Vol. 20, págs. 288-91.
53. Ministerio de Salud y Protección Social - Federación Médica. Colombiana, *Malaria - Memorias* . 2013, ILADIBA , pág. 24.
54. Malaria e pediatría., *Malaria en pediatría. Protocolo diagnóstico-terapéutico*. n. 2017, Vol. 4, págs. 2-19.
55. OMS, Organización Panamericana de la Salud OPS/. *Guía para Atención Clínica Integral del paciente con malaria*.237p., 2010.
56. López-Velez R, Arriola Pereda G. *Malaria*. madrid : Delgado Rubio A, editore, 2009.
57. *Guidelines about malaria*. CDC. 2012, Centres for Disease Control and Prevention (CDC).
58. Angulo González de Lara R, Medina Claros AF, García López. *Manual pediátrico de enfermedades tropicales*. Madrid : Madrid: Ed. Gráficas Onofre Alonso, 2010.
59. Dondorp AM, Fanello CI, Hendriksen IC, Gomes E, Seni A. *Artesunate versus quinine in the treatment of severe falciparum malaria in African children: an open-label, randomised trial*. .. 2010, Lancet., Vol. 376, págs. 1647-57.
60. WHO. *Guidelines for the treatment of malaria.*. 2010.
61. CDC. *Parasites - Leishmaniasis* <http://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/>. 2014.

62. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. *Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Leishmaniasis*.. Bogota : s.n., 2010.256p.
63. Organization, Panamerican Health *Leishmaniasis: epidemiological report of the Americas* .. Reporte 1, 2013.
64. Pan American Health Organization, Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) and Sociedad de Pediatría do Estado de Rio de Janeiro (SOPERJ).*Update of American Trypanosomiasis and Leishmaniasis Control and Research: Final Report (Rio de Janeiro, Brazil, 6–7 November 2007)*. 111-118, 2010.
65. Centers of Disease Control and Prevention.,*Leishmaniasis: Epidemiología y factores de riesgo*. 2013.
66. Instituto Nacional de Salud. Sistema de información en Vigilancia, SIVIGILA.*Casos notificados años 2004-2012*. Bogota : s.n., 2012.
67. Ministerio de la Protección Social. *Guía de atención Clínica Integral del Paciente con Leishmaniasis*.. Bogota : s.n., 2010.
68. Gómez S, *Informe final de evento de leishmaniasis año 2012*.. 2010.
69. Goto H Lindoso JA.,*Current diagnosis and treatment of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. Expert review of anti-infective therapy*. 4, 2014, Vol. 8.
70. Fontenele e Silva JS Galvao TF, Pereira MG, Silva MT *Treatment of American tegumentary leishmaniasis in special populations: a summary of evidence*.. 6, s.l. : Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2013, Vol. 46.
71. Oliveira LF Schubach AO, Martins MM, Passos SL, Oliveira RV, Marzochi MC, et al. Systematic review of the adverse effects of cutaneous leishmaniasis treatment in the New World. 2011, Vol. 118, 2.
72. Reveiz L Maia-Elkhoury AN, Nicholls RS, Romero GA, Yadon ZE.*Interventions for American cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: a systematic review update*. 4, s.l. : PloS one, 2013, Vol. 8.
- 73., Pavli A Maltezos HC.*official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 12, s.l. : International journal of infectious diseases, 2012, Vol. 14.
- 74., Organización Panamericana de la Salud. *Leishmaniasis en las Américas: Recomendaciones para el Tratamiento*.. 23, Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud., 2013, Vol. 15.

75. Ministerio de Salud Pública. *Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya*. 56, Santo Domingo, República Dominicana : s.n., 2014, Vol. 20.
76. Calisher, P. . *Proposed antigenic classification of registered arboviruses.* 229, 1980, Vol. 14.
77. Selvamani, K. *Chikungunya virus exploits miR-146a to regulate NF- κ B pathway in human synovial fibroblasts*. 8, s.l. : PLoS One, 2014, Vol. 9.
78. Nkoghe, G. *clinical forms of chikungunya in Gabon*. 2, s.l. : PLoS Negl Trop, 2012, Vol. 6.
79. Jose. *structural and functional perspective of alphavirus replication and assembly*. 7, s.l. : Future Microbiol, 2009, Vol. 4.
80. Caglioti. s.l. *Chikungunya virus infection: an overview.*: New Microbiol, 2013, Vol. 36.
81. Raharimalala. *Biogeography of the two major arbovirus mosquito vectors, Aedes aegypti and Aedes albopictus.* 56, 2012, Vol. 5.
82. Agarwal. *Evidence of experimental vertical transmission of emerging novel ECSA genotype of Chikungunya Virus in Aedes aegypti*. 7, s.l. : PLoS Negl Trop Dis, 2014, Vol. 8.
83. Bellini, H. *Impact of Chikungunya virus on Aedes albopictus females and possibility of vertical transmission using the actors of the 2007 outbreak in Italy*. 2, italia : PLoS One, 2012, Vol. 7.
84. Vazeille, Y. *Failure to demonstrate experimental vertical transmission of the epidemic strain of Chikungunya virus in Aedes albopictus from La Réunion Island, Indian Ocean*. 4, s.l. : Mem Inst Oswaldo, 2009, Vol. 104.
85. Wauquier, H. *The acute phase of Chikungunya virus infection in humans is associated with strong innate immunity and T CD8 cell activation*. 1, s.l. : J Infect Dis, 2011, Vol. 204.
86. Sourisseau, N. *Characterization of reemerging chikungunya virus* . 6, s.l. : PLoS Pathog, 2007, Vol. 3.
87. Staples, F. *Chikungunya virus in the Americas--what a vectorborne pathogen can do*. 10, s.l. : N Engl J Med, 2014, Vol. 371.
88. Couderc, F. *Focus on Chikungunya pathophysiology in human and animal models*. 14, s.l. : Microbes Infect, 2009, Vol. 11.

89. Staikowsky, W. *Retrospective survey of Chikungunya disease in Réunion Island hospital staff.* . 2, s.l. : Epidemiol Infect, 2008/, Vol. 136.
90. Ojeda, Y. *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL CHIKUNGUÑA EN LOS HABITANTES DEL BARRIO SAN MARTIN ALTO, DE LA COMUNA NUEVE DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.* 2017, pág. 17.
91. Castañeda, O. *Conocimientos, actitudes y prácticas frente al control del vector Aedes aegypti, VillanuevaCasanare, Casanare, Colombia, 2016..* 2017, pág. 9.
92. Castrillón, A. *Relación entre conocimientos, hábitos y participación comunitaria frente a la transmisión del dengue y chikungunya.* 2017, CES SALUD PUBLICA , pág. 12.
93. Delcid, F. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre las Arbovirosis.* 2017, iMedPub Journals, pág. 9.
94. Ortiz, J. *Conocimientos, prácticas y aspectos entomológicos del dengue en Medellín- Colombia: un estudio comparativo entre barrios con alta y baja incidencia Dengue en barrios de Medellín.* 2018, Biomédica, pág. 38.
95. GUZMÁN, M. *Dengue diagnosis, advances and challenges.* 20047, Int. J. Infect. Dis, Vol. 8, págs. 69-80.

