



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO.
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TITULO DEL PROYECTO: LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LAS ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES EN LA COMUNIDAD DE CHAUPIACO PARROQUIA BALZAPAMBA, CANTÓN SAN MIGUEL, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO SEPTIEMBRE 2015- ENERO 2016. PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AUTORES:

MARÍA BELÉN BECERRA BENÍTEZ
LILIAN ELIZABETH VERDEZOTO MOREJÓN

TUTOR:

DR. GUILLERMO LOMBEYDA

GUARANDA ECUADOR

ENERO 2016

I. CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

Guaranda, 8 Enero 2016.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

El suscrito Dr. Guillermo Vinicio Lombeyda Dávila Directo del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema:

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LAS ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES EN LA COMUNIDAD DE CHAUPIACO PARROQUIA BALZAPAMBA, CANTÓN SAN MIGUEL, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO SEPTIEMBRE 2015- ENERO 2016. Realizado por las estudiantes: MaríaBelén Becerra Benítez y Lilian Elizabeth Verdezoto Morejón, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



Guillermo Vinicio Lombeyda Dávila

DIRECTOR

II. CERTIFICADO DEL CENTRO DE SALUD



DISTRITO DE SALUD 02D03 CHIMBO-SAN MIGUEL

CENTRO DE SALUD BALSAPAMBA

Balsapamba, 01 de febrero del 2016.

Yo Lic. Mayra García directora del centro de salud Balsapamba.

CERTIFICO

Que las señoritas: María Belén Becerra Benítez y Lilian Elizabeth Verdezoto Morejón elaboraron e intervinieron el proyecto de titulación denominado **“LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LA COMUNIDAD DE CHAUPIACU PARROQUIA BALSAPAMBA-PROV. BOLÍVAR EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2015-ENERO 2016”**.

La parte interesada podrá hacer uso del presente documento con fines académicos.

ATENTAMENTE,

Lic. MAYRA GARCÍA
DIRECTORA CENTRO DE SASUD BALSAPAMBA

Lic. Mayra García
ENFERMERA

PORTADA

Certificación del Director del Trabajo de Investigación.....	I
Certificación de la Directora del Centro de Salud.....	II
Tabla de contenidos.....	III
Resumen Ejecutivo en Español e Inglés	IX

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

Capítulo N° 1 Problema

1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Formulación del Problema.....	5
1.3 Árbol de Problemas.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.5 Justificación.....	8
1.6 Limitaciones.....	10

Capítulo N°2 Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
2.1.1 Historia de la Fiebre del Dengue.....	11
2.1.2 Situación del Dengue a nivel Mundial.....	13
2.1.3 dengue en la Región de las Américas.....	14
2.1. 4 Dengue en Ecuador.....	14
2.1.5 Situación del Dengue en la Zona de Salud 05.....	16
2.2 Bases Teóricas.....	19
2.2.1 Generalidades del Lugar de la Investigación.....	19

2.2.2 Cambio Climático y sus Repercusiones en la Salud.....	23
2.2.3 Definición de la Vigilancia Epidemiológica.....	25
2.2.4 Estrategia mundial de la OMS para la Prevención y Control del Dengue.....	30
2.2.4.1 Ejecución de la Estrategia de la OMS 2012-2020.....	31
2.2.4.2 Comunicación Social.....	32
2.2.4.3 Laboratorio.....	33
2.2.4.4 Atención al Paciente.....	35
2.2.4.5 Control Integrado de Vectores	35
2.2.4.6 Epidemiología.....	36
2.2.4.7 Medio Ambiente.....	36
2.2.5 Enfermedades Vectoriales.....	37
2.2.5.1 Dengue.....	37
2.2.5.2 Zika.....	43
2.2.5.3 Chikungunya.....	44
2.2.5.4 Leishmaniasis.....	46
2.3 Glosario.....	49
2.5 Operacionalización de Variables.....	53
 Capítulo N° 3 Marco Metodológico	
3.1 Nivel de Investigación.....	62
3.2 Diseño.....	62
3.3 Población y Muestra.....	63
3.4 Técnicas e instrumentos.....	64

3.5 Técnicas de procesamiento y análisis.....	65
---	----

Lista de tablas y gráficos de la guía de observación

Tabla N° 1, Gráfico N° 1.....	66
Tabla N° 2, Gráfico N° 2.....	67
Tabla N° 3, Gráfico N° 3.....	68
Tabla N° 4, Gráfico N° 4.....	69
Tabla N° 5, Gráfico N° 5.....	71
Tabla N° 6, Gráfico N° 6.....	72
Tabla N° 7, Gráfico N° 7.....	73
Tabla N° 8, Gráfico N° 8.....	74
Tabla N° 9, Gráfico N° 9.....	75
Tabla N° 10, Gráfico N° 10.....	76
Tabla N° 11, Gráfico N° 11.....	77
Tabla N° 12, Gráfico N° 12.....	78
Tabla N° 13, Gráfico N° 13.....	79
Tabla N° 14, Gráfico N° 14.....	80

Lista de tablas y gráficos de la encuesta

Tabla N° 1, Gráfico N° 1.....	82
Tabla N° 2, Gráfico N° 2.....	83
Tabla N° 3, Gráfico N° 3.....	84
Tabla N° 4, Gráfico N° 4.....	85
Tabla N° 5, Gráfico N° 5.....	86
Tabla N° 6, Gráfico N° 6.....	88
Tabla N° 7, Gráfico N° 7.....	89

Tabla N° 8, Gráfico N° 8.....	90
Tabla N° 9, Gráfico N° 9.....	91
Tabla N° 10, Gráfico N° 10.....	92
Tabla N° 11, Gráfico N° 11.....	94
Tabla N° 12, Gráfico N° 12.....	95
Tabla N° 13, Gráfico N° 13.....	96
Tabla N° 14, Gráfico N° 14.....	97
Tabla N° 15, Gráfico N° 15.....	98
Tabla N° 16, Gráfico N° 16.....	100
Tabla N° 17, Gráfico N° 17.....	101
Tabla N° 18, Gráfico N° 18.....	102
Tabla N° 19, Gráfico N° 19.....	103
Tabla N° 20, Gráfico N° 20.....	104
Tabla N° 21, Gráfico N° 21.....	105
Tabla N° 22, Gráfico N° 22.....	107
Tabla N° 23, Gráfico N° 23.....	108
Tabla N° 24, Gráfico N° 24.....	109
Capítulo N° 4 Resultados o logros alcanzados según los Objetivos Planteados	
4.1. Resultado según el objetivo 1.....	111
4.2. Resultado según el objetivo 2.....	111
4.3. Resultado según el objetivo 3.....	111
Capítulo N° 5 Conclusiones y Recomendaciones	
5.1 Conclusiones.....	112
5.2 Recomendaciones.....	114

Bibliografía.....	115
Anexos.....	116
Anexo N° 1, Encuesta para los Habitantes de la Comunidad.....	116
Anexo N° 2, Guía de Observación.....	121
Anexo N° 3, Fotografías de la Encuesta.....	123
Anexo N° 4, Fotografías de la Guía de Observación.....	125
Anexo N° 5, Fotografías de Ejecución Talleres Educativos.....	126
Anexo N° 6, Ex. de Laboratorio realizados en C. S. B. (Dengue).....	127
Anexo N° 7, Hoja de Investigación Epidemiológica llenada en el Centro de Salud Balzapamba.....	128
Anexo N° 8, Hoja EPI Individual.....	129
Anexo N° 9, Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico.....	131
Anexo N° 10 Hoja EPI Grupal.....	132
Anexo N °11 Firmas de los Beneficiarios del Proyecto.....	133

RESUMEN TÉCNICO

TEMA: La Vigilancia Epidemiológica en las Enfermedades Transmitidas por Vectores en la comunidad de Chaupiacó, parroquia Balzapamba, Cantón San Miguel, Provincia Bolívar, periodo septiembre 2015- enero 2016, cuyo **objetivo** principal es: Incidir en la resolución de la morbilidad específica de la población mediante el establecimiento de un modelo de salud comunitaria que fortalezca la vigilancia epidemiológica, el control sanitario y el auto cuidado entre la población, adecuado técnico, cultural y socialmente a la zona de Balzapamba, sobre la base de una participación directa de la comunidad.

- Este trabajo tiene lugar en la comunidad de Chaupiacó, parroquia Balzapamba, se trabajó con **55 jefes de hogar**, utilizando como medios de recolección de datos la aplicación de la **encuesta** y simultáneamente la **guía de observación**. Teniendo como principal **conclusión**: Que la coordinación entre los habitantes de la comunidad de Chaupiacó y autoridades del Ministerio de Salud Pública no es suficiente para trabajar en beneficio de la prevención y control de las enfermedades vectoriales.
- Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud en Balzapamba la aplicación de las estrategias de la OMS (EGI Dengue): comunicación social, laboratorio, atención al paciente, control integrado de vectores, epidemiología, medio ambiente. En beneficio para evitar o reducir el riesgo de transmisión de las enfermedades vectoriales en esta población.

TECHNICAL SUMMARY

TECHNICAL SUMMARY

TOPIC: Epidemiological Surveillance in Vector-Borne Diseases in Chaupiaco community, parish Balzapamba, San Miguel Canton, Bolivar Province, September 2015- January 2016 period, whose main objective is: To influence the resolution of the specific morbidity of the population by establishing a model of community health to strengthen epidemiological surveillance, sanitary control and self-care among the population, adequate technical, cultural and socially Balzapamba area, on the basis of direct community involvement.

- This work takes place in the community of Chaupiaco, parish Balzapamba, we worked with 55 heads of households, using data collection means the application of the survey and simultaneously the observation guide. With the main conclusion that coordination between the inhabitants of the community Chaupiaco and authorities of the Ministry of Public Health is not enough to work for the benefit of prevention and control of vector-borne diseases.

social communication, laboratory, patient care, integrated vector control, epidemiology, environment:

- Is recommended to the authorities of the Ministry of Health in Balzapamba. and OMS Benefit to avoid or reduce the risk of transmission of vector-borne diseases in this population.

INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica en Salud Pública es un proceso continuo y sistemático de colección, análisis e interpretación de datos de las enfermedades o daños sujetos a notificación obligatoria en el País, para conocer su tendencia, evolución, identificar las regiones geográficas y los grupos poblacionales más comprometidos, conocer el estado de salud actual de la población, identificar precozmente los brotes o epidemias para su oportuna intervención y control. Finalmente, evaluar los resultados de las medidas de prevención y control que realiza el sector salud.

En el Ecuador, el desarrollo de la vigilancia epidemiológica se ha enfocado principalmente en los eventos transmisibles que afectan la salud de las personas, con el fin de disponer de información e insumos básicos para el diseño y la aplicación de medidas de intervención y orientar las políticas de prevención, control, más aún si estos problemas pueden ser evitados o prevenidos desde el sector salud.

Las Enfermedades Vectoriales son eventos en salud relacionados con factores ecológicos, biológicos, socioeconómicos; favorecido la dispersión y persistencia de los agentes causales y la proliferación de los vectores; permitiendo un proceso dinámico que abarca la ecología del agente infeccioso, el hospedero, los reservorios y vectores, así como los complejos mecanismos que intervienen en la propagación de la infección y en el grado de dicha propagación. Como es el caso de Leishmaniosis, Dengue, Chicungunya, Zika.

Nuestro estudio es de carácter descriptivo, trabajamos con la comunidad de Chaupiacó, Parroquia Balzapamba, esta zona de estudio tiene condiciones climatológicas ideales para el crecimiento y reproducción de vectores. Razón por la cual se realizó la intervención en 55 jefes de familia, este estudio está dividido en 5 capítulos tratando: el problema, marco teórico, marco metodológico, resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados, conclusiones y recomendaciones.

- Hemos llegado a la principal conclusión, que la coordinación entre los habitantes de la comunidad de Chaupiaco y autoridades del Ministerio de salud Pública no es suficiente para trabajar en beneficio de la prevención y control de las enfermedades vectoriales.
- Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud en Balzapamba la aplicación de las estrategias de la OMS (EGI Dengue): comunicación social, laboratorio, atención al paciente, control integrado de vectores, epidemiología, medio ambiente. En beneficio para evitar o reducir el riesgo de transmisión de las enfermedades vectoriales en esta población.

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1.Planteamiento del problema

Las enfermedades de transmisión vectorial son patologías emergentes y re-emergentes que históricamente han presentado un comportamiento endémico – epidémico, siguen constituyendo un problema de salud pública en el Ecuador por ser la mayoría potencialmente letales; sin embargo, gracias a las actividades realizadas por el MSP se han mantenido fuera de la lista de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país.(SIVE, 2013)

El Dengue representa un prioritario y creciente problema de Salud Pública en el contexto de las enfermedades transmitidas por vectores, desde su aparición a finales de 1988; año a partir del cual, de manera progresiva y en concordancia con la dispersión del vector y la circulación de nuevos serotipos virales, se han registrado varios ciclos epidémicos entre las semanas epidemiológicas 10 a la 32. La tasa incidencia de dengue en el Ecuador para el año 2012 fue de 122,26 casos por 100.000 habitantes, siendo más prevalente en las provincias de la región costa y oriente (Guayas, Manabí, Los Ríos, El Oro, Esmeraldas, Santa Elena, Sucumbíos, Napo, Orellana, Santo Domingo de los Tsáchilas, Morona Santiago, Pichincha, Bolívar, y Cañar). (SIVE, 2013)

Según la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS en el 2012, el cambio climático continuado tendrá profundas consecuencias negativas en algunos de los determinantes sociales y ambientales de la salud, como los alimentos, el aire y el agua. Las zonas que disponen de una infraestructura sanitaria débil, en su mayoría situadas en los países en desarrollo, serán las menos aptas para prepararse y dar respuesta a estos problemas si no reciben ayuda.http://www.who.int/features/factfiles/climate_change/facts/es/index8.html

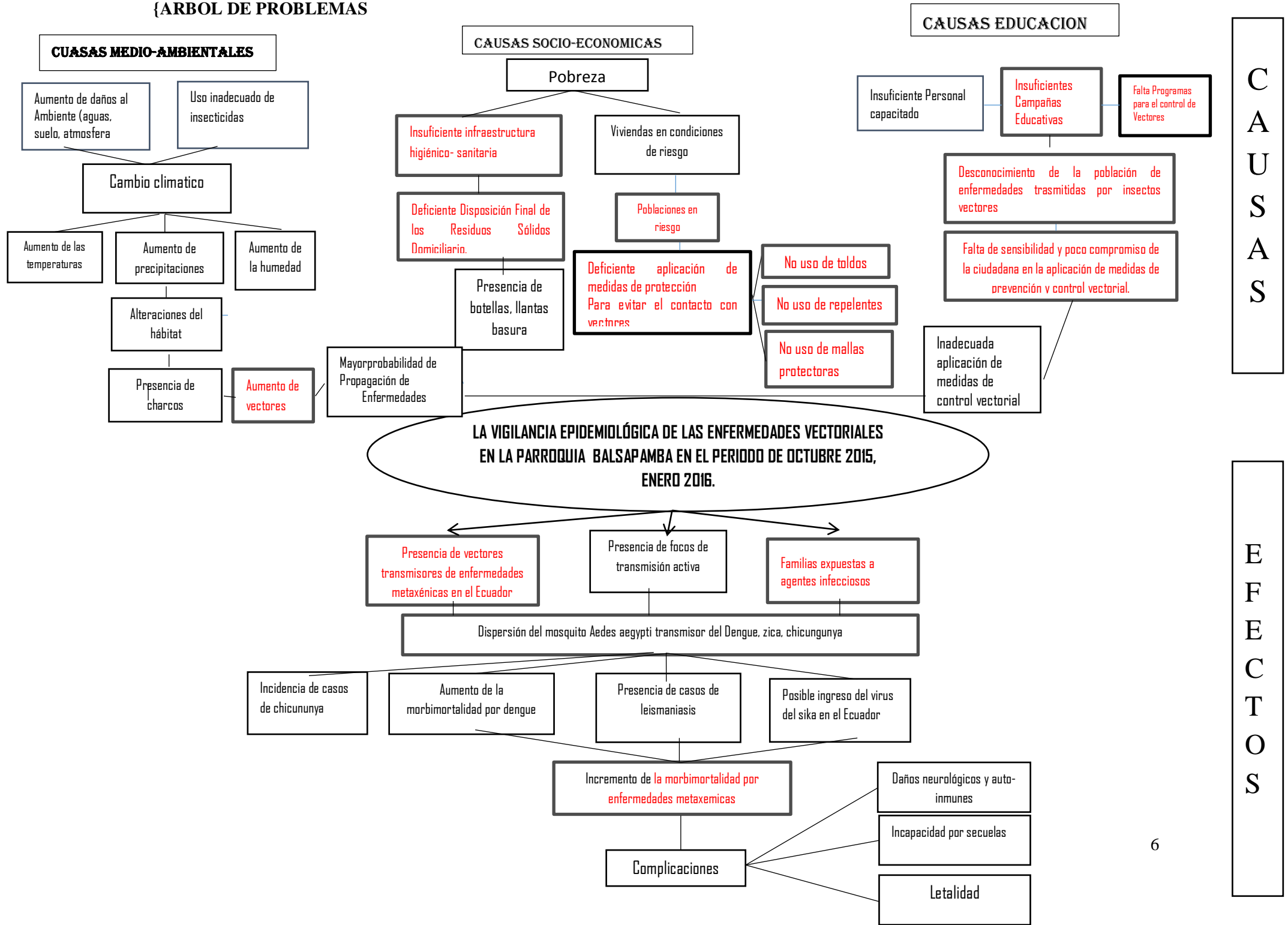
El calentamiento global alargará no solo el ciclo de vida del insecto, sino también la del microbio DEN, que causa la enfermedad, y la vida de otros vectores que transmiten malaria o paludismo, leishmaniasis, En el país existen las condiciones climáticas y geográficas aptas para la transmisión de la enfermedad (Dengue) que es la principal infección. Esta enfermedad es también según la OMS la de mayor crecimiento en los últimos 30 años en el mundo.(SIVE, 2013)

Secundario a esto los factores socioeconómicos: entre estos se encuentran la densidad de la población, el tipo de vivienda, prácticas higiénicas, saneamiento ambiental, creencias de la población frente al vector, son factores decisivos para evitar o adquirir la enfermedad y posteriormente intentar modificar aquello que genere algún tipo de riesgo en la población.[http://www.who.int/features/factfiles/climate change/ facts/es/index8.html](http://www.who.int/features/factfiles/climate_change/facts/es/index8.html)

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La presencia de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica apoya a disminuir la presencia de Enfermedades Vectoriales?

{ ARBOL DE PROBLEMAS



CAUSAS

EFECTOS

1.3.OBJETIVOS

Objetivo General

Incidir en la resolución de la morbilidad específica de la población mediante el establecimiento de un modelo de “SALUD COMUNITARIA” que fortalezca la vigilancia epidemiológica, el control sanitario y el autocuidado entre la población, adecuado técnico, cultural y socialmente a la zona de Balzapamba y sobre la base de una participación directa de la comunidad.

Objetivos Específicos:

- Aplicar el sistema de vigilancia epidemiológica con la participación activa de la comunidad.
- Aplicar medidas de control sanitario tendientes a la prevención de las enfermedades prevalentes en el medio. (Dengue).
- Desarrollar y potenciar conocimientos y destrezas locales para la identificación y manejo de las enfermedades prevalentes en el medio (Dengue). Esto implica concientizar y capacitar a la población para un manejo adecuado de la relación producción-medio ambiente-salud.

1.4.JUSTIFICACIÓN

El ser humano por el mismo hecho de ser la criatura más evolucionada es aquella que tiene capacidades para saber vivir, pero debe hacerlo bien, estas capacidades constituyen las habilidades y destrezas para proteger su cuerpo y todo lo que le rodea, con conciencia de salud podrá satisfactoriamente subsistir su existencia en el planeta tierra. En tiempos prehistóricos para poder solucionar sus necesidades de salud tuvo que desarrollar estrategias que lo beneficien y en tiempos actuales continúa la búsqueda de alternativas de solución a los problemas de enfermedades, pero desde un ámbito científico lo cual requiere de una mejor capacidad, orientación y concientización de conocer a qué y por qué se dan las enfermedades.

La **finalidad de** este proyecto de investigación se enmarca al estudio de las enfermedades vectoriales, que con carácter estacional se sitúa en la Región Costa, la Parroquia Balzapamba configura el perfil para que se transmitan enfermedades vectoriales como: Leishmaniasis, Dengue, Chikungunya, Zika, Paludismo; siendo enfermedades de notificación obligatoria en el Centro de Salud Balsapamba, que actualmente se encuentra con parámetros que no son críticos dado que se han presentado casos compatibles con la enfermedad clínicamente pero no han sido confirmados por medio de los resultados de laboratorio, sin embargo esta población puede ser afectada con casos importados desde cantones aledaños como: Montalvo, Babahoyo, Caluma. En donde hay la presencia de casos de estas enfermedades. La afluencia comercial, turismo, trabajo son algunos motivos de concurrencia de los habitantes de la población en general de la parroquia Balzapamba con destino a los Cantones antes mencionado, quedando expuestos a la transmisión de estas enfermedades.

Esta investigación es **importante** y hace hincapié al tratar prioritariamente al Dengue considerando que es la enfermedad de mayor virulencia y letalidad, constituyendo un grave problema en Salud Pública que va en aumento en los últimas décadas a nivel mundial, concibiendo de gran magnitud hacer esta investigación en este lugar de Balzapamba siendo un escenario propicio para la transmisión y rápida propagación de las enfermedades metataxicas.

El dengue es una enfermedad epidémica tiene como transmisor el mosquito *aedes aegypti* y el *aedes albopictus*. Cuyos hábitos son netamente antropofílicos y domésticos, con radicación de una amplia variedad de criaderos: recipientes artificiales o naturales, en la vivienda y su peridomicilio. Estas características los transforman en vectores de difícil control, es aquí donde nace **la necesidad** de concientizar y fomentar la puesta en práctica de las medidas de prevención y control e informar sobre las estrategias de control vectorial a la población.

En tal sentido **es factible** realizar la presente investigación partiendo del análisis de la situación actual del dengue en el Ecuador usando la investigación de campo descriptiva con base a las áreas y situaciones de riesgo e indagando sobre el grado de participación de la comunidad en la participación en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Vectoriales, lo que satisfactoriamente ayudará a formular estrategias locales e intersectoriales que favorezcan el control de brotes o epidemias para un manejo apropiado de salud-enfermedad y medio ambiente.

Los beneficiarios de este trabajo que se sustenta en la Vigilancia Epidemiológica, de las Enfermedades Vectoriales son los moradores de la comunidad de Chaupiacó.

Este tema tiene **alcance novedoso** especialmente al tratarse del Dengue, Chikungunya, Zika siendo enfermedades emergentes que tienen en común el mismo vector y que tiene un nivel de alta transmisibilidad a nivel mundial. Tiene relación con el cambio climático coexistiendo como factor de mayor importancia en relación al aumento y propagación de las enfermedades vectoriales al crearse nuevos contextos y hábitats de estos vectores generando susceptibilidad a nuevas poblaciones ante estas pandemias.

Como **novedad científica** es notoria en consideración que no existe investigación a nivel de esta Parroquia en este campo y se pretende dar solución a un problema, sobre las estrategias apropiadas y básicas como

herramienta dentro de la Salud Pública para la prevención de las enfermedades vectoriales.

1.5.Limitaciones

- 1) No hay participación en temas de salud con las autoridades de escuela “Panamá” en la comunidad de Chaupiaco.
- 2) La comunidad es una zona donde existe el vector pero no se han presentado casos de Dengue o Chikungunya, por este motivo los moradores de este sector no sienten de importancia tratar como temas prioritarios la prevención de Enfermedades Vectoriales.
- 3) Difícil acceso a información de datos estadísticos en el Centro de Salud Balzapamba

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Historia de la fiebre del Dengue

El dengue es una enfermedad viral endémica y epidémica, transmitida vectorialmente a través de mosquitos del género *Aedes*, específicamente el *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*.(OPS, 2011)

En algunos relatos históricos sobre esta enfermedad mencionan que los primeros brotes se dieron en la isla de Java en 1779 y en Filadelfia (E.U.A.) en 1780, mientras que en otros relatos esta enfermedad fue reconocida desde épocas remotas como 1635 y 1699 en el Caribe y Centroamérica. Igualmente se menciona que el primer brote registrado de una enfermedad compatible con manifestaciones graves de dengue ocurrió en Australia en 1897 y que otras manifestaciones similares fueron registradas en 1928, durante una epidemia en Grecia y otra en Taiwán en 1931 (OMS).(OPS, 2011)

Según la OMS (2009), unos 1.800 millones de personas, más del 70% de la población en riesgo de dengue a escala mundial, viven en estados miembros de la región de Asia Suroriental y de la Región del Pacífico Occidental, las cuales aportan cerca del 75% de la actual carga mundial de la enfermedad. Desde estas regiones el dengue se ha propagado a nuevas áreas y ha aumentado el número de casos en las áreas ya existentes.(OPS, 2011)

Excepto en Europa, en las otras regiones del mundo se han presentado brotes significativos por Dengue. Sin embargo, en este continente se reporta un número significativo de casos importados. Todas las regiones tropicales y subtropicales del mundo actualmente tienen situaciones endemo-pandémicas,

con los cuatro serotipos del virus circulando simultáneamente en las Américas, Asia, Pacífico Occidental y África (OMS, 2009) (OPS, 2011)

En el caso de la Región de las Américas, el dengue estuvo controlado en las décadas de los 60 y 70 debido a las campañas que realizó la OMS para la erradicación del vector *Aedes.aegypti*, transmisor de la fiebre amarilla y del dengue.

No obstante, a finales de los años 70 y comienzos de los 80 hubo una nueva re-infestación del vector en los países. Algunos autores manifiestan que son varias las razones que motivaron este problema, entre otras: 1) por la falta de recursos financieros destinados a los programas para el control de vectores, 2) por la falta de continuidad de las medidas de vigilancia y de control del vector, 3) por las presiones (Organizaciones ambientalistas) hacia el control químico, debido a sus consecuencias ambientales o por el rechazo al uso de químicos por parte de las comunidades (Rodríguez 2002, pág. 2) y en últimas, 4) por la falta de compromiso de algunos países para este esfuerzo sanitario (OPS2008).(OPS, 2011)

De acuerdo con el informe Post Mitch (2002), en el año 2001 la OPS dio una alerta sobre la tendencia al aumento de los casos de dengue en la Región de las Américas, donde el número de casos notificados pasó de 66.000 en el año 1980 a 700.000 en el año 2000, lo cual dejaba en evidencia que los controles que se estaban llevando a cabo para disminuir la población de *Aedes. Aegypti* no estaban dando resultado en ese momento, acrecentando el riesgo de expansión del vector en los países de la Región. (OPS, 2011)

La incidencia del dengue ha aumentado extraordinariamente en todo el mundo en los últimos decenios, según la OMS unos 2.500 millones de personas (dos quintos de la población mundial) corren el riesgo de contraer la enfermedad. Se estima que cada año puede haber 50 millones de casos de dengue en todo el mundo. Sólo en 2007 se notificaron más de 890.000 casos en las Américas, de los cuales 26.000 fueron dengue grave. (OPS, 2011)

La OMS señala que el dengue es endémico en más de 100 países: de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, siendo las dos últimas regiones las más afectadas. Antes de 1970 sólo nueve países habían sufrido epidemias de dengue grave, cifra que en 1995 se había multiplicado por más de cuatro veces a medida que la enfermedad se propaga a nuevas zonas, no sólo aumenta el número de casos, sino que se están produciendo brotes explosivos. En 2007 en Venezuela se notificaron más de 80.000 casos, entre ellos más de 6.000 correspondían a dengue grave. (OPS, 2011)

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de Salud Pública internacional entre otras razones, por la endemicidad en las cinco Regiones geográficas delimitadas por la OMS (Asia Sudoriental, Pacífico Occidental, Mediterráneo Oriental, Américas y África), por la co-circulación de los cuatro serotipos del virus dengue, por la identificación de nuevas cepas del virus, por la magnitud y la frecuencia con que se presentan las epidemias y por el aumento de casos con manifestaciones de dengue grave (OPS, 2008). (OPS, 2011)

2.1.2 Situación actual del dengue a nivel mundial

El Doctor Raman Velayudhan, Coordinador de la Unidad de Ecología y Gestión de Vectores del Departamento de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, presentó información sobre el riesgo mundial de contraer el dengue en todas las regiones, el número de casos del dengue notificados a la OMS por sus oficinas regionales y el número total de muertes debidas al dengue. Aunque el número de casos del dengue sigue aumentando, la mortalidad debida a esta enfermedad no ha aumentado de forma tan importante. El mayor número de casos se notifican en la Región de las Américas, lo que en parte se debe a la vigilancia mejorada y a que se notifican todas las formas del dengue, no sólo el dengue grave. La Región de África sigue siendo motivo de preocupación, y hay pocos datos disponibles fuera de los brotes periódicos. Se presentó la Estrategia Mundial de la OMS para la prevención y control del dengue 2012-2020, cuyo

objetivo es reducir la carga del dengue al disminuir la mortalidad por 50% y la morbilidad por 25% para el 2020. Un objetivo inmediato es medir con mayor exactitud la carga de morbilidad para el 2015; para lograrlo, actualmente se amplían los estudios económicos anteriores para calcular la carga de morbilidad total. (OPS D. O., 2014)

2.1.3 Región de las Américas

El doctor José Luis San Martín, Asesor Regional en dengue de la OPS/OMS, presentó datos de la Región de las Américas que indican que la gran mayoría de los países han notificado la circulación de los 4 serotipos de virus del dengue. Más de 44 países y territorios notificaron 2,3 millones de casos del dengue en el 2013, año en que se notificó el mayor número de casos del dengue en la historia de la Región. Sin embargo, la tasa de letalidad debida al dengue grave ha disminuido en los tres últimos años, y la Región de las Américas tiene la tasa de letalidad más baja con respecto a las demás regiones de la OMS (0,055%), lo que obedece en parte la utilización de la nueva clasificación de la gravedad del dengue y a los intensos esfuerzos desplegados para capacitar a los médicos en el manejo adecuado de los casos del dengue. Los datos que indican la distribución generalizada de *Aedes aegyptien* la Región destacan los problemas que enfrentan los programas de control de vectores. (OPS D. O., 2014)

2.1.4 DENGUE EN EL ECUADOR.

PROVINCIA	DCSA	DG	DSSA	TOTAL
Manabi	297	14	12733	13044
Guayas	328	20	12352	12700
El oro	293	2	5792	6087
Esmeralda	59	3	3435	3497
Los rios	118	1	2361	2480
Santo domingo d..	13	1	965	979
Santa elena	76	3	625	704

Pichincha	20	0	635	655
Sucumbios	97	0	534	631
Orellana	71	6	308	386
Cañar	31	0	170	201
Loja	29	0	161	190
Galapagos	1	0	183	184
Napo	5	1	154	160
Azuay	13	1	106	120
Morona santiago	3	0	89	92
Bolivar	4	0	80	84
Cotopaxi	1	0	68	69
Pastaza	2	0	59	61
Zamora chinchipe	4	0	57	61
Imbabura	0	0	52	52
Chimborazo	1	0	29	30
Tungurahua	1	0	10	11
Carchi	0	0	6	6
TOTAL	1467	52	40964	42483

(Gaceta, 2015)

**COMPARACIÓN DE CASOS DE DENGUE EN EL
ECUADOR REGISTRADOS HASTA LA SE 1 -40 /2015 CON LOS 4
AÑOS ANTERIORES**



(Gaceta, 2015)

2.1.5 DATOS ESTADÍSTICOS DE DENGUE EN LA ZONA 5

En la Semana Epidemiológica N° 52, se han registrado 14 casos de dengue sin signos de alarma, 1 caso de Dengue con signos de Alarma, en la herramienta de notificación epidemiológica ViEpi; correspondientes:

- 14,3% en la Provincia del Guayas; 1 en el Distrito 09D16 El Triunfo; y en el Distrito 09D07 Milagro.
- 85,7% en la Provincia de Los Ríos; 7 en el Distrito 12D03 Mocache-Quevedo; 3 en el 12D01 Baba-Babahoyo- Montalvo y 2 en el 12D04 Quinsaloma- Ventanas.
- No se han reportado casos en la Provincia de Bolívar; Santa Elena ni Galápagos
- El caso de Dengue Con Signos de Alarma, se registran en la SE #50, corresponde a pacientes femenino de 13 años de edad, que reside en el Cantón Vinces, fecha de inicio de síntomas 7/12/2015 (Gaceta, 2015)

Acumulada hasta la presente semana 3932 casos de Dengue en jurisdicción de la Coordinación Zonal 5 Salud, que representa un incremento del 28,6% en relación al mismo periodo del año anterior en que se registraron 3058 casos.(Gaceta, 2015)

El 94,1% (n=3699) corresponden a DSSA; el 5,8% (n=229) a DCSA; y 0,1% (n=4) a DG.

No existe variabilidad según sexo, ya que la razón hombre/mujer es de 0,75/1

El 40.2% de casos corresponden al grupo etario de 20 a 49 años y el 15.6% al grupo de 15 a 19 años, es decir en la población económicamente activa se ubica el 55.9% de los casos, el 44.1% restante se distribuye: 10 a 14 años 16.4; 5 a 9 años 10.8%; 50 a 64 años 7.5%; 1 a 4 años el 5.8% >De 65 años el 2.5% y en < de 1 año el 1.2%.(Gaceta, 2015)

Los casos se encuentran distribuidos en las siguientes provincias:

Provincia de Los Ríos 65.3% distribuidos en los siguientes distritos:

- Baba- Babahoyo- Montalvo 41.5% (n= 1633).
- Mocache- Quevedo 9.8% (n= 385).
- Palenque-Vinces 4.2% (n=167).
- Quinsaloma- Ventanas 4.1% (n= 163)
- Buena Fe –Valencia 3.0% (n= 118).
- Pueblo viejo – Urdaneta 2.6% (n= 103)(Gaceta, 2015)

Provincia de Santa Elena 17.9% distribuidos en los siguientes distritos:

- Santa Elena- Manglaralto 13.2% (n= 519).
- La Libertad – Salinas 4.7% (n= 186).

Provincia de Guayas 10.7% distribuidos en los siguientes distritos:

- El Empalme 2.8% (n= 112).
- Milagro 1.5% (n= 60).
- Naranjal 1.0% (n= 39)
- Playas 1.0% (n= 39)
- Simón Bolívar 0.8% (n=33)
- Yaguachi 0.7% (n= 26)
- Pedro Carbo 0.4% (n= 17)
- Salitre 0.4% (n=14)
- Naranjito 0.1% (n=5)
- Daule 0.1% (n=3)(Gaceta, 2015)

Provincia de Galápagos 4.8% (n= 190)

Provincia de Bolívar 1.2% distribuido en los siguientes distritos:

Guaranda 0.6% (n=25)

Caluma- Echeandía- Las Naves 0.5% (n= 19)

Chillanes 0.1% (n= 4)

Chimbo- San Miguel 0.03 (n=1)(Gaceta, 2015)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD(CSBALSAPAMBA, 2013)

Provincia-Bolívar

Cantón-San Miguel

Parroquia: Balzapamba

Comunidad-Chaupiaco

Cantón-San Miguel

Límites

Norte: Chorrera

Sur: Copalillo

Este: Balzapamba

Oeste: Las Peñas

División política de la comunidad.

División política de la salud de la comunidad (breve historia) Balzapamba es confirmado como parroquia civil del cantón San Miguel de los Ríos el 6 de Septiembre de 1987.(CSBALSAPAMBA, 2013)

La histórica visita del libertador a Balzapamba conmemorada el 12 de septiembre de 1783, en el gobierno del Dr. Oswaldo Hurtado, el 24 de julio del 2005 se reconoce a la Antigua va denominada el torneado de ruta de Bolívar por las delegaciones de Chimborazo, Bolívar, Los Ríos y las embajadas de país Bolivarianos.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Cada 8 de Noviembre, Balzapamba realiza un desfile cívico de todas las instituciones y recintos aledaños en honor a la batalla del Camino Real idea surgida por Don. José María de la Pared ex director de la escuela Manuel de Jesús Calle en el año de 1963, las Fiestas más importantes son la feria de naranja realizada por primera vez en el año 1968 y el carnaval bolivarense.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Hidrográficos.

La comunidad de Chaupiacó tiene como sistema fluvial. Está formado por tres afluentes principales el Río de las Juntas, Río San Jorge, Río del Salto. (CSBALSAPAMBA, 2013)

Clima y temperatura

Tiene un clima muy suave y templado completamente sano, el promedio de su temperatura es 23°C gozando de su clima subtropical.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Propiedad de la tierra

El suelo es sumamente rocoso al encontrarse esta comunidad a las riveras del Río Cristal.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Lo que representa una insatisfacción de las necesidades para la alimentación de sus familias siendo los principales productos de agricultura el Café, naranja, guineo, yuca, papa china, papaya, cedas, almendras, y en algunos casos cacao.

Vivienda: En cuanto a la vivienda se puede apreciar que la mayoría de estas son de construcción mixta, cemento y algunas de ellas son de madera. (CSBALSAPAMBA, 2013)

Etnia: Los habitantes son de etnia mestiza.

Religión: La religión predominante es la católica, Evangélica.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Costumbres: La costumbre que mantiene la parroquia es la celebración de las fiestas religiosas que festejan el Jesús de Gran Poder y Santa Marianita, lo realiza en septiembre, con actividades y juegos tradicionales.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Idioma: Es el castellano

Estructura familiar: El número de familias de la comunidad es de 55, con promedio de 3^a 4 miembros por familia, muchos tienen parentesco familiar cercano o lejano por ser su lugar de origen. (CSBALSAPAMBA, 2013)

Características socioeconómicas: Los ingresos económicos de la comunidad son eminentemente agrícolas obtienen ingresos de la venta de productos, tales como: Naranja, diferentes clases de guineos, café, pero no satisfacen sus necesidades porque los precios son bajos. La ganadería es de escasa cantidad, algunos moradores engordan chanchos, pollos.(CSBALSAPAMBA, 2013)

La población potencialmente activa está comprendida desde los catorce hasta los 55 años de edad que se dedican a la agricultura es que la base de su economía. Tienen otra fuente de ingreso que es el comercio de una regular magnitud económica.

Distribución poblacional grupos etarios.

Número de habitantes

Habitantes de la comunidad de Chaupiaco			
Grupo etarios	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 año	1	3	4
De 1 a 4 años	7	6	13
De años 5 a 10	8	10	18

De 11 a 19 años	18	13	31
De 20 a 64	62	57	121
Más de 64 años	13	15	26
Total	114	104	213

(CSBALSAPAMBA, 2013)

Agentes comunitarios

Presidente: Javier Quispe

Vicepresidente: Fernando sierra

Tesorera: Josefina Sánchez

Secretaria: Marianela Bonilla

Vías de acceso: La vía de acceso es de primer orden, regularmente se destruye en el invierno pero el Ministerio de Obras Públicas, Gobierno Provincial de Bolívar, realizan mantenimiento esporádico.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Medios de transporte: Los medios de transporte que utiliza la comunidad para movilizarse son:

Empresas interprovinciales, carros particulares, motos, rancheras.

Servicios básicos

Letrinización: Las 55 familias disponen de la respectiva letrina, ducha de baño y tanques de agua para la lavandería o a su vez piedra de lavar.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Agua para consumo humano: al momento se está realizando un proyecto para la dotación de agua potable en esta comunidad, sin embargo hasta el

período el agua de consumo es agua entubada proveniente de quebradas o río.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Luz eléctrica: todas las familias cuentan con este servicio.

Alcantarillado: no existe.

Basura: cuenta con servicio de carro recolector, en escasas familias se realiza la clasificación de orgánica e inorgánica para su disposición final.

Vectores: moscas, mosquitos, ratones.

Mercados: no existe y la feria se realiza el día sábado en Balsapamba, jueves en San Miguel, domingo en Montalvo.(CSBALSAPAMBA, 2013)

Salud: Institución que oferta salud en la comunidad es el “**Centro de Salud Balzapamba**”, Algunos habitantes son afiliados al “**seguro campesino**”, de igual manera hay quienes prefieren atenderse con médico. (CSBALSAPAMBA, 2013)

Educación: Cuenta con la Escuela fiscal mixta (**Panamá**) hasta finalizar el periodo lectivo en el 2016.(CSBALSAPAMBA, 2013)

2.2.2 EL CAMBIO CLIMATICO Y SUS REPERCUCIONES EN LA SALUD

Algunos investigadores han denominado al cambio climático como la más grande amenaza sanitaria que el mundo jamás ha enfrentado. Y tienen razón: es ahora una verdad irrefutable que la salud del planeta está vinculada a la salud de sus pueblos.[//www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.htm](http://www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.htm)

A medida que el mundo se calienta, los ecosistemas luchan para hacer frente a los rápidos cambios ecológicos. El calentamiento global ya ha provocado cambios climáticos —desde inundaciones y tormentas hasta olas de calor y

sequías— que están añadiendo una pesada carga sobre la salud de las personas en todo el mundo.[//www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html](http://www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html)

Vectores virulentos

Un área de preocupación particular es de qué manera podrá afectar el cambio climático a la propagación de enfermedades transmitidas por insectos. Entre ellas están la fiebre del dengue, la malaria, la enfermedad de Lyme, el virus del oeste del Nilo, la fiebre del valle Rift, la chikungunya y la fiebre amarilla. Se propagan a través de la picadura de 'vectores' como mosquitos, garrapatas y pulgas.[//www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html](http://www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html)

Actualmente los investigadores concentran la mayor parte de su atención en la fiebre del dengue y la malaria, en parte debido a que esas son enfermedades prevalentes, pero también porque los brotes parecen estar asociados al clima. El incremento de las lluvias en áreas normalmente secas, por ejemplo, puede crear charcos de agua donde se crían los mosquitos.[//www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html](http://www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html)

Pero la relación entre el clima y las enfermedades transmitidas por insectos distan de ser simples. El mismo aumento de las lluvias en zonas húmedas podría reducir la malaria al eliminar los mosquitos inmaduros. Los cambios en la temperatura también pueden tener efectos opuestos, dependiendo del lugar donde ocurran.[//www.scidev.net/america-latina/politica /especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html](http://www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html)

2.2.3 SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La vigilancia epidemiológica en salud pública es un proceso continuo y sistemático de colección, análisis e interpretación de datos de las enfermedades o daños sujetos a notificación obligatoria en el País, para conocer su tendencia, evolución, identificar las regiones geográficas y los grupos poblacionales más comprometidos, conocer el estado de salud actual de la población, identificar precozmente los brotes o epidemias para su oportuna intervención y control. Finalmente, evaluar los resultados de las medidas de prevención y control que realiza el sector salud.

Objetivos de la Vigilancia Epidemiológica.

- Mantener actualizado el conocimiento de la conducta de las enfermedades del área bajo vigilancia.
- Establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo vigilancia.
- Formular las medidas de control adecuadas según el nivel correspondiente.
- Evaluar las medidas de control planteadas.

Los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE)

Se establecen dependiendo la cobertura que se quiera tener, de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestales, humanas y del interés de Organismos Gubernamentales o no Gubernamentales.

- **SVE de carácter universal**, en el cual la totalidad del número de casos de una población definida se incluye en el sistema.. Se conoce como "basado en la población", y toma en cuenta todos los casos que se presentan. Requiere del concurso de las instituciones que por una razón u otra recolectan información sobre los eventos.
- **SVE basado en muestras de casos**, en el que la información se obtiene de una parte del total de casos o eventos. Se necesita garantizar la representatividad

que permita hacer inferencias sobre todos los posibles casos que ocurran en la población.

- **SVE basado en revisión de registros institucionales**, en el que se revisan periódicamente los registros institucionales, con el propósito de analizar e identificar las variables de interés. Hay que identificar adecuadamente las instituciones y las fuentes dentro de ellas, tales como historias clínicas, registros de urgencias, egresos hospitalarios o denuncias presentadas a las instituciones de policía o de familia. Debe definirse con precisión la periodicidad, mecanismos de recolección, manejo de la información, evaluación y difusión de los datos así como las variables a seleccionar.
- **SVE por encuestas** en el cual la información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, en un periodo de tiempo y a intervalos predefinidos. Esta metodología se combina con las de las muestras de población o se usa para áreas pequeñas, tiene como finalidad identificar elementos importantes de un problema que puede ser epidémico o de gran importancia para una comunidad durante un tiempo definido. Ejemplos: brotes de suicidios, aumento inusitado de un número de crímenes con características específicas. No todos los datos corresponden a "casos".
- **SVE de carácter centinela** en el cual una o más instituciones se escogen para determinar la tendencia, focalizar actividades de VE y sugerir intervenciones preventivas. En general no tiene representatividad poblacional pero sí el mérito de llamar la atención en forma especial sobre situaciones de riesgo y cumplen por ello una función clave para la toma de decisiones. En el caso de lesiones, cuando el problema es de gran magnitud, los hospitales con mayor número de heridos, o las Comisarías de Familia donde se denuncian casos de violencia intrafamiliar son sitios en lo que este sistema se puede establecer.
- **SVE de laboratorios**, a través del cual se puede obtener información, Se usa para confirmar diagnósticos o para evidenciar factores de riesgo adicionales. Su importancia se incrementa si el objetivo primordial de la recolección de

información es la obtención de datos de laboratorio que puedan servir para establecer un posible riesgo de interés a la comunidad

Atributo de los Sistemas de Vigilancia

a) Se recolecta información en forma **sistemática y continuada**. Así pues de todos los problemas de salud que acontecen en una población, se deben de priorizar aquellos que se vayan a poder vigilar de forma permanente y por largo tiempo.

b) La información es **específica y selectiva**. No se espera recoger toda la información disponible sino aquella que es útil para mantener una permanente vigilancia de los problemas seleccionados.

c) **La información debe ser oportuna**. Las decisiones, para ser útiles, deben ser adoptadas a tiempo.

Por lo tanto, en la elección de la información que se recoja para la vigilancia hay que tener en cuenta la cantidad de información, los procedimientos para obtenerla y el tiempo que se va tardar en recoger teniendo siempre presente que esta información debe de ser útil para la toma de decisiones.

d) La información debe estar **vinculada a acciones de control y prevención** no se trata sólo de recopilar y almacenar información. Son diferentes los sistemas de registro de mortalidad y morbilidad, por ejemplo, que un sistema de vigilancia.

Se deben vigilar problemas de salud en poblaciones determinadas para los cuales se tienen programas de prevención y control o problemas para los que se espera desarrollar este tipo de programas.

e) **La vigilancia epidemiológica en una función de Estado**. Debe de estar respaldada por legislación adecuada que favorezca la obtención de la información y las intervenciones de control y prevención de los problemas en la comunidad.

Elementos de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Entrada o Insumos de los datos:

Los datos que se introducen son datos crudos que constituyen el alimento del sistema. De su calidad dependerá la calidad de la información epidemiológica que se obtendrá. Algunas de las fuentes de donde pueden ser tomados son:

- Registro de Defunciones Humanas y animales
- Notificación de enfermedades.
- Notificación de Epidemias.
- Investigaciones de Laboratorio.
- Investigaciones de casos individuales.
- Encuestas Epidemiológicas.
- Investigación de Epidemias.
- Estudios de Reservorios y Vectores.
- Datos Demográficos.
- Consumo de productos Biológicos y Drogas
- Condiciones del Medio.
- Educación y adiestramiento
- Control de calidad del Sistema de Vigilancia.
- Conocimientos sobre el problema objeto de vigilancia.
- Ausentismo laboral y Escolar.

La información se recolecta básicamente de dos formas:

La recolección **PASIVA** se realiza cuando los miembros del SVE recolectan los datos con base en casos que las instituciones rutinariamente registran. La mayoría de los SVE son de carácter Pasivo.

La recolección **ACTIVA** es aquella en la cual, los encargados del SVE contactan a quienes reportan la información y la solicitan directamente de ellos, o acuden a la fuente primaria de los datos, en primera instancia o para comprobar datos dudosos o incompletos. Generalmente el uso de este mecanismo de obtención de información incrementa la cantidad y calidad de los datos.

Sin embargo, también acarrea mayores costos.

El MSP utiliza los siguientes formularios:

SIVE Alerta

EPI 1- individual (Ver anexo N° 8)

Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico (ver anexo N° 9)

EPI grupal (ver anexo N° 10)

Periodicidad

Epi 1 individual: de manera inmediata, obligatoria, dentro de las primeras 24 horas (Dengue con signos de alarma, dengue grave, chikungunya, zika, Shigela, salmonelosis)

EPI grupal: Notificación semanal casos comprobado se notifica el lunes de la semana siguiente como son (Leshimaniasis, dengue sin complicaciones)

- 1- Se especificarán las fuentes de información, se precisarán quiénes serán los proveedores, qué instrumentos estadísticos se utilizarán, así como la forma en que se organizarán los registros.
- 2- Se especificarán las formas en que la información recolectada se enviará a los distintos niveles de análisis.
- 3- Se determinará la periodicidad y sistematicidad con que se realizará la recogida de la información, así como su análisis.

Toda la información es subida al sistema SIVE alerta.

2.2.4 LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE 2012-2020

Se basa en cinco elementos técnicos concebidos para funcionar de manera integrada: diagnóstico y manejo de casos; vigilancia integrada y preparación frente a brotes; control sostenible de vectores; aplicación futura de vacunas; investigación básica, operativa y sobre la ejecución. En el documento se destaca la importancia de cinco factores favorables para la aplicación eficaz de la Estrategia Mundial (promoción de la causa y movilización de recursos; asociación, coordinación y colaboración; comunicación para obtener resultados conductuales; aumento de la capacidad; y seguimiento y evaluación).(OMS/OPS, 2014)

Se presentaron los adelantos y desafíos a escala mundial para cada elemento técnico y factor favorable, y se determinó que una de las esferas más precarias era el número limitado de herramientas para el control de vectores, al igual que la urgente necesidad de fortalecer la capacidad de los países para vigilar la resistencia a los insecticidas.(OMS/OPS, 2014)

El Grupo Consultivo para el Control de Vectores, formado recientemente, es una respuesta a esta necesidad y actúa como grupo de consulta de la OMS para formular recomendaciones sobre el uso de herramientas y tecnologías nuevas para el control de vectores. El objetivo es reducir la duplicación de esfuerzos en todas las regiones, y apoyar una mayor investigación para ayudar a los países a alcanzar las metas mundiales.(OMS/OPS, 2014)

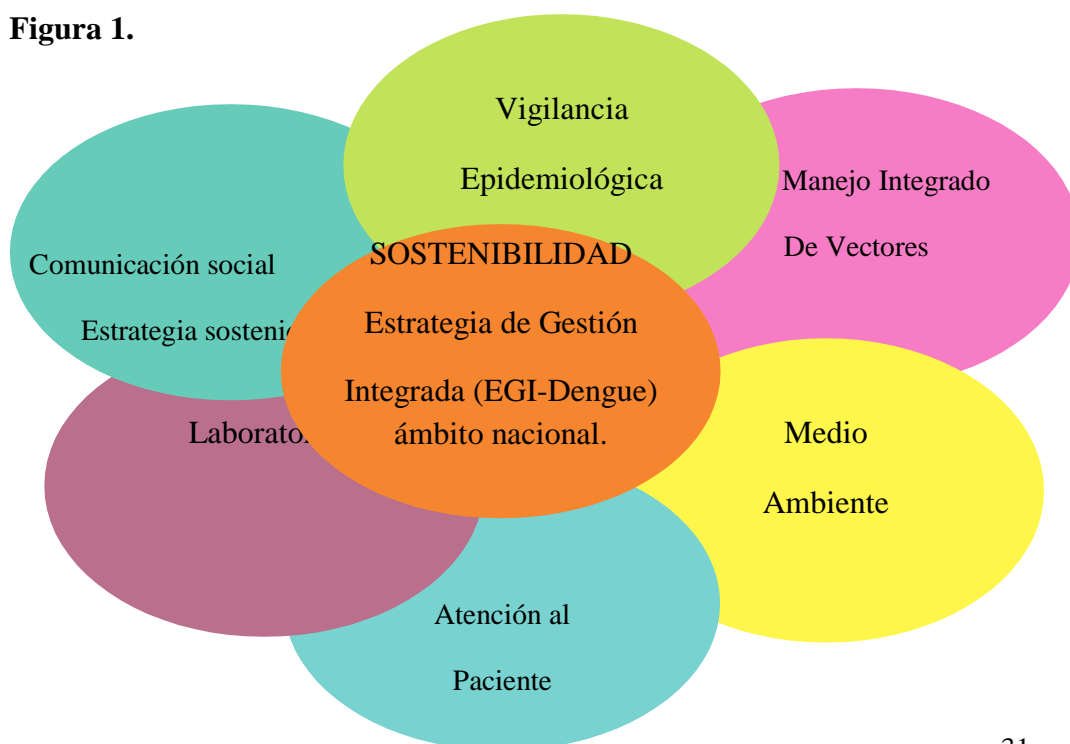
La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue (EGI-Dengue) se concibió para abordar más eficazmente los factores que influyen en la proliferación del mosquito vector y facilitan la transmisión de la enfermedad, para lo cual se realizan actividades coordinadas en todos los componentes del programa contra el dengue, a saber: **comunicación social, medio ambiente, laboratorio, atención al paciente, control integrado de vectores y epidemiología** (figura 1).(OMS/OPS, 2014)

Los resultados de la evaluación de la Estrategia respaldan la necesidad de aplicar un enfoque estratégico, multisectorial y operativo para fortalecer la capacidad básica de los programas nacionales contra el dengue, con especial hincapié en los sistemas de salud para reducir la tasa de letalidad por dengue. Para ello hace falta:(OMS/OPS, 2014)

- 1) Fortalecer las políticas públicas para el desarrollo y la salud; (OMS/OPS, 2014)
- 2) Desplegar una respuesta integrada e intersectorial ante los brotes y las epidemias en la que intervengan sectores distintos al de la salud, como el sector del agua y saneamiento; y (OMS/OPS, 2014)
- 3) Prestar mayor atención a las medidas que se toman en los hogares, de modo que las familias asuman mayor responsabilidad con respecto al control de criaderos en sus viviendas.(OMS/OPS, 2014)

2.2.4.1 EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL DENGUE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS (EGI-DENGUE)

Figura 1.



La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en las Américas (EGI-Dengue) es el modelo para la colaboración técnica y la gestión integrada de programas entre el Programa Regional del Dengue de la OPS/OMS y los países de la Región de las Américas (figura 1). Funciona mediante el apoyo técnico entre iguales, en el que participan expertos de los países de toda la Región y del Grupo Técnico Internacional del Dengue (GTI-Dengue), con el objetivo de trabajar en equipo con los equipos técnicos nacionales para preparar sus estrategias nacionales de gestión integrada para la prevención y el control del dengue (plan nacional EGI-Dengue); prestar asistencia técnica durante la ejecución y evaluación de los planes o durante los brotes o epidemias del dengue.(OMS/OPS, 2014)

2.2.4.2 Comunicación social

La doctora Linda Lloyd, miembro del GTI-Dengue. El objetivo del componente de comunicación social es fortalecer la capacidad de los países para ejecutar las intervenciones de comunicación social centradas en cambiar comportamientos como parte de un programa integrado de prevención y control del dengue.(OMS/OPS, 2014)

Entre las ventajas de este componente están el reconocimiento del valor de la comunicación social en la prevención y el control del dengue; un mayor conocimiento y experiencia en materia de comunicación; la creación de equipos multidisciplinarios dedicados a la EGI-Dengue; la utilización de datos para la toma de decisiones con respecto a los comportamientos y la identificación del público destinatario; y el poder de decisión de las comunidades en los niveles comunitario y del personal de los ministerios de salud. (OMS/OPS, 2014)

Los desafíos incluyen las deficiencias en la ejecución del método de planificación COMBI; la falta de continuidad debida a la rotación del personal; la falta de indicadores validados de los comportamientos que puedan incorporarse a la vigilancia ordinaria de los programas contra el dengue; la falta de apoyo de los ministerios de salud y los gobiernos locales a las

intervenciones sostenidas de comunicación y cambios de comportamiento; y la creencia permanente de que la salud y las enfermedades son responsabilidad exclusiva del sector de la salud. (OMS/OPS, 2014)

Los próximos pasos propuestos son fortalecer la comunicación con las instancias normativas para la aplicación de la EGI-Dengue; apoyar el aumento de la capacidad en materia de comunicaciones y cambios de comportamiento en los ministerios de salud; colaborar con los países para fortalecer la comunicación en situaciones de riesgo y crisis relacionadas con los brotes del dengue; y publicar una edición actualizada y revisada de la guía de planificación COMBI que incorpore las experiencias regionales.(OMS/OPS, 2014)

2.2.4.3 Laboratorio

La doctora Elizabeth Hunsperger, División del Dengue de los CDC en Puerto Rico y miembro de la RELDA y del GTI-Dengue, presentó un breve panorama de la dinámica del virus, el anticuerpo y el antígeno durante las infecciones primaria y secundaria por dengue, así como el diagrama de flujo para la confirmación de la infección por dengue en laboratorio, aprobado por la Red de Laboratorios del Dengue de las Américas (RELDA). (OMS/OPS, 2014)

Los objetivos de la RELDA son integrar la capacidad científica y técnica disponible en la Región para ofrecer una vigilancia sistemática del dengue y responder frente a los brotes y las epidemias; fortalecer la capacidad técnica y científica de los laboratorios del dengue en la Región; normalizar los protocolos de laboratorio, la evaluación de los estuches y métodos de diagnóstico y el intercambio de los reactivos de referencia; prestar apoyo para la implantación de un sistema de control de calidad en los laboratorios del dengue; y ejecutar un programa de investigación.(OMS/OPS, 2014)

En el 2010, la RELDA realizó una encuesta entre los laboratorios que la integran para determinar la capacidad regional, los métodos de laboratorio usados, las redes de laboratorios, el control de calidad y la capacidad de

diagnóstico de otros flavivirus. Asimismo, recopiló información acerca de los centros de diagnóstico del dengue y otros arbovirus, la dotación de personal, la bioseguridad, los reactivos, la gestión de calidad, la capacitación, la competencia y la investigación. (OMS/OPS, 2014)

2.2.4.4 Atención al paciente

El doctor Ernesto Pleites (Ministerio de Salud de El Salvador, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y miembro del GTI-Dengue) destacó la importancia de considerar al dengue una sola enfermedad que comprende desde el dengue asintomático hasta el dengue grave. El objetivo general del componente de atención al paciente de la EGI-Dengue es fortalecer el manejo clínico de los casos del dengue; y sus objetivos específicos son reducir el número de casos del dengue grave, reorganizar los servicios de salud durante los brotes o las epidemias, ejecutar un plan integrado de respuesta frente a las situaciones de emergencia, y promover y realizar la investigación clínica. (OMS/OPS, 2014)

Se han realizado grandes esfuerzos durante los 10 últimos años para capacitar a los médicos en el manejo adecuado de los casos del dengue. La publicación de la nueva clasificación de la OMS de los casos del dengue (2009) y de las guías de la OPS/OMS para la nueva clasificación de los casos del dengue (2010) permitió intensificar los esfuerzos para que los países de la Región reciban capacitación en el manejo adecuado de los casos del dengue (tanto grave como no grave) utilizando la nueva clasificación de la gravedad de la enfermedad, así como para actualizar las guías nacionales para el manejo de los casos del dengue. (OMS/OPS, 2014)

Los próximos pasos para el componente de *atención al paciente* incluyen la modificación de la CIE-10 para que refleje la nueva clasificación, a saber: A90.0: dengue sin signos de alarma (dengue clásico); A90.1: dengue con signos de alarma (grados I y II del dengue hemorrágico); y A90.2: dengue grave (grados III y IV del dengue hemorrágico). Entre las actividades futuras figuran las siguientes: el aumento continuo de la capacidad del personal

sanitario; establecer procesos de seguimiento y evaluación más sólidos; realizar investigación clínica operativa para mejorar el manejo clínico de casos.(OMS/OPS, 2014)

2.2.4.5 Control integrado de vectores

El doctor Haroldo Bezerra, Asesor Regional de entomología en salud pública de la OPS/OMS.El objetivo de este componente es velar por que los criaderos de mosquitos *A. aegyptise* controlen de modo que la reproducción no tenga lugar y reducir la población de mosquitos adultos. Este objetivo se alcanza mediante el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia entomológica para orientar las actividades de control de vectores; incorporar a las familias en el control de los criaderos de mosquitos en el entorno doméstico e inculcarles una comprensión del riesgo entomológico que estos representan; mejorar la calidad y eficacia de las actividades de control de vectores; y realizar investigación básica y operativa para mejorar la retroalimentación sobre los procesos de control de vectores y la toma de decisiones. (OMS/OPS, 2014)

Algunos problemas observados con las prácticas actuales para el control de vectores incluyen la falta de capacidad de vigilancia entomológica, que da lugar a una planificación y evaluación deficientes de las actividades de control de vectores.(OMS/OPS, 2014)

2.2.4.6 Epidemiología

El doctor Ángel Álvarez, Asesor Nacional de Epidemiología de la OPS/OMS en Cuba y miembro del GTI-Dengue. Los objetivos de este componente son fortalecer la capacidad de los países en materia de análisis integrado de datos y detección temprana de brotes y respuesta frente a ellos; establecer las definiciones de diagnóstico y la clasificación de los casos del dengue; generar información para la toma de decisiones relacionadas con las medidas de prevención y control del dengue; y definir y evaluar el impacto de las estrategias de vacunación. (OMS/OPS, 2014)

El dengue es una enfermedad de notificación obligatoria según el Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI) y como tal, los brotes deben notificarse a la oficina para el RSI en la OPS/OMS. (OMS/OPS, 2014)

Uno de los logros del componente de *Epidemiología* es la creación de un sistema regional de vigilancia del dengue.

El sistema facilita el seguimiento de la incidencia de la enfermedad, así como los virus circulantes, la detección de brotes, la vigilancia de las tasas de letalidad, y el aporte de datos para la toma de decisiones relacionadas con las medidas de prevención y control durante las epidemias y los períodos sin epidemias. (OMS/OPS, 2014)

Un ejemplo de investigación facilitada mediante el componente de epidemiología es el estudio sobre el protocolo genérico para la vigilancia epidemiológica del dengue, en el que participarán ocho países y territorios de la Región para determinar si el protocolo en cuestión permite:

- 1) La detección temprana de casos o brotes;
- 2) Una mejor descripción de las tendencias y la distribución de los casos por tiempo, lugar y serotipos circulantes; y
- 3) La detección de muertes debidas a dengue grave y casos poco comunes del dengue.(OMS/OPS, 2014)

2.2.4.7 Medio Ambiente

La dinámica de la transmisión del dengue depende de la interacción entre el ambiente, el virus, la población huésped y el vector, los cuales coexisten en un hábitat específico.(OMS/OPS, 2014)

Si bien el componente ambiental es una parte importante de la EGI-Dengue, la complejidad y diversidad de los actores interesados plantearon dificultades importantes para abordarlo con la misma eficacia que los otros componentes en el presente examen de los últimos adelantos técnicos en la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas. (OMS/OPS, 2014)

Para eliminar los riesgos ambientales a largo plazo y de forma sostenible es indispensable contar con el nivel más alto de apoyo político y la participación de todos los actores posibles —incluida la sociedad, la familia y la comunidad—, lo que también permitirá abordar aspectos y condiciones fundamentales, entre ellos, el cambio climático, el manejo inadecuado de los desechos, la falta o deficiencia del abastecimiento de agua de calidad y la urbanización descontrolada o sin planificar. Para ello se requiere la participación de equipos multidisciplinarios e intersectoriales que investiguen los mejores métodos para la cultura y la situación de cada zona de los países. Con el apoyo del GTI-Dengue se seguirán elaborando y perfeccionando herramientas (como COMBI) que puedan ser asimiladas por los países. (OMS/OPS, 2014)

2.2.5 ENFERMEDADES VECTORIALES

2.2.5.1 DENGUE

Descripción: enfermedad viral, febril y aguda producida por los serotipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue. Transmitida por la picadura de mosquitos *Aedes aegypti*. Se caracteriza por comienzo repentino con presentaciones clínicas diferentes y a menudo con evolución clínica y resultados impredecibles. (SIVE, 2013)

Modalidad de vigilancia

Tipo de vigilancia

Pasiva

Activa.- ante la notificación de un caso sospechoso. (SIVE, 2013)

Notificación

Periodicidad:

Inmediata.- Dengue con signos de alarma y dengue grave

Semanal.- Dengue sin signos de alarma. (SIVE, 2013)

Tipo:

Individual.- Dengue con signos de alarma y dengue grave.

Agrupada.- Dengue sin signos de alarma.(SIVE, 2013)

Instrumentos.-

EPI 1 Individual: Dengue con signos de alarma y dengue grave

EPI 1 Grupal: Dengue sin signos de alarma: caso confirmado CIE-10

A90.(SIVE, 2013)

Instrumento de Investigación

Ficha de Investigación clínica epidemiológica: Dengue con signos de alarma y dengue grave. (SIVE, 2013)

Ficha de Búsqueda Activa Comunitaria

Período de incubación: de 3 a 14 días, por lo común de 4 a 7 días. (SIVE, 2013)

Período de transmisibilidad: no hay transmisión de persona a persona. El período infectante para el mosquito – desde el ser humano – se produce durante la viremia que generalmente dura desde 1 día antes de la aparición de los síntomas hasta el cuarto o quinto día de evolución clínica. Una vez infectado el mosquito, puede transmitir el virus durante toda su vida (30 a 40 días). Cuatro serotipos de virus dengue (DEN-1 a DEN -4). (SIVE, 2013)

Estos serotipos están estrechamente relacionados y pertenecen al género Flavivirus Se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Especie que pica de día, con mayor actividad hematófaga dos horas después del amanecer y varias horas antes de la puesta del sol. Ser humano. Las mujeres embarazadas, los niños (as) menores de 2 años, adultos mayores (65 años y más), y otras condiciones de morbilidad pre-existentes incrementan el riesgo de evolución a dengue grave. (SIVE, 2013)

Definición de caso dengue sin signos de alarma

Caso confirmado: persona con fiebre de 1 a 7 días y dos o más de las siguientes manifestaciones:

- Molestias y dolores (cefaleas, dolor muscular o articular, dolor retro orbitario);
- Nauseas, vómitos;
- Exantema (erupción cutánea); (SIVE, 2013)

Caso confirmado por Nexo epidemiológico: el nexo epidemiológico consiste en confirmar los casos probables de dengue a partir de casos confirmados por laboratorio utilizando la asociación de persona, tiempo y espacio. (SIVE, 2013)

En caso que se tratara del primer caso reportado en esta localidad, este deberá ser confirmado por laboratorio (como se explica más adelante) a fin de considerarlo como el primer caso o caso índice.

Metodología: con la información serológica positiva del primer caso (NS1 Positivo ó prueba de ELISA: IgG – IgM), se utilizará el nexo epidemiológico para confirmar todos los casos probables que residan en un perímetro de 200 metros (dos cuadras aproximadamente para el área urbana y hasta 1000 metros para el área rural) de otro caso confirmado por laboratorio en los 21 días (3 semanas) anteriores al inicio de síntomas del paciente con serología positiva. (SIVE, 2013)

Considerar que para aplicar el criterio de áreas urbanas y rurales alrededor del caso confirmado por laboratorio, el caso a confirmarse por nexo epidemiológico debe proceder de la misma zona que el caso confirmado, bajo los siguientes criterios: (SIVE, 2013)

- Vive o ha viajado en la última semana a un área endémica de dengue,
- Vive o ha viajado en la última semana a un área donde existe un brote de dengue,

- Vive o ha viajado en la última semana a un área donde se ha detectado la circulación

Viral en el último mes.

En caso que se tratara del primer caso reportado en esta localidad (perímetro de 200 metros o dos cuadras aproximadamente para el área urbana y hasta 1000 metros para el área rural), este deberá ser confirmado por laboratorio a fin de considerarlo como el caso índice. (SIVE, 2013)

Dengue con signos de alarma

Caso sospechoso: pacientes que cumplen con los criterios de inclusión de casos de DSSA y uno o más de las siguientes manifestaciones: (SIVE, 2013)

- Dolor abdominal intenso y continuo o abdomen doloroso a la palpación, o distensión abdominal; • Vómito persistente;
- Acumulación clínica de líquidos (en peritoneo, pleura, pericardio) detectado por clínica o por imágenes (ecografía de abdomen o Rx de tórax);
- Sangrado de mucosas;
- Letargia, irritabilidad;
- Hepatomegalia > 2 cm; • Laboratorio: aumento del hematocrito concurrente con rápida disminución del número de plaquetas. (SIVE, 2013)

Dengue grave:

Caso sospechoso: paciente que cumpla con uno o más de los siguientes criterios: • Extravasación importante del plasma que lleva a:

- Choque (Síndrome de Choque por Dengue); - Acumulación de líquidos en pulmón y disnea; 16 Esta definición se aplica solo para casos de DSSA. El DCSA y dengue grave deben ser confirmados por laboratorio. (SIVE, 2013)

Un paciente también podría ingresar con sospecha de Síndrome Febril Hemorrágico Agudo o Síndrome Febril Ictérico Agudo, para posteriormente

ser confirmado o descartado con diagnóstico final de DCSA o dengue grave. - Sangrado intenso. (SIVE, 2013)

- Compromiso/daño orgánico grave en/de: - Hígado: AST (Aspartato aminotransferasa) o ALT (Alanina-aminotransferasa) mayor o igual a 1000; - Sistema Nervioso Central: alteraciones sensitivas (alteración de la conciencia); - Corazón y otros órganos. (SIVE, 2013)

Caso confirmado de Dengue con signos de alarma y dengue grave: todo caso sospechoso confirmado por laboratorio: detección de antígenos NS1: prueba serológica cuantitativa – Elisa con captura de NS1; detección de anticuerpos: prueba serológica cuantitativa – ELISA con captura de IgM e IgG. (SIVE, 2013)

Investigación de campo

Se realiza pruebas de laboratorio para confirmar todo caso índice en una localidad, y todos los casos con dengue con signos de alarma y dengue grave. Los anticuerpos IGM se pueden detectar en 50% de los pacientes alrededor de los días 3 a 5 días después de la aparición de la enfermedad, y aumentan a 80% para el día 5 o a 99% para el día 10. Considerar que el NS1 se detecta los 5 primeros días de la fecha de inicio de síntomas. (SIVE, 2013)

Ante todo caso confirmado de dengue, proceder a verificar si se trata de un Brote y proseguir con los pasos de investigación de brote:(SIVE, 2013)

Confirmar la ocurrencia del brote o epidemia; una vez cumplida esta actividad se debe:(SIVE, 2013)

Notificar en forma inmediata y mantener la notificación diaria mientras continúe el brote o epidemia; la notificación ante la sospecha o confirmación de un brote es importante porque:(SIVE, 2013)

El brote puede ser la primera manifestación de una situación de epidemia de amplias dimensiones que sobrepase el nivel local.

El brote ante el cual nos encontramos pudiera ser la manifestación en nuestra comunidad de un brote que esta efectivamente ocurriendo en otro lugar.

Es posible que las medidas de control ya están disponibles y hayan sido tomadas y comprobadas su efectividad.(SIVE, 2013)

Permite evaluar la capacidad de respuesta, la necesidad de asesoramiento y el apoyo técnico y administrativo para la investigación e intervención

2. Verificar curvas endémicas, comportamiento de casos de dengue con años anteriores,

Verificar si se trata del primer caso y si no se habían registrado casos anteriormente. En Regiones o zonas sin historia de dengue es preciso verificar el cuadro clínico y explorar los antecedentes de desplazamiento del paciente por alguna zona con transmisión activa de la enfermedad, contacto con personas con cuadros febriles o con dengue confirmado por laboratorio de forma que sea posible establecer si se trata de un caso importado o de un caso autóctono para proceder a las investigaciones entomológicas respectivas en el área. Cuando el caso reside en una zona sin historia reciente de dengue es procedente indagar por antecedentes como desplazamientos a zonas endémicas o epidémicas para esta enfermedad.(SIVE, 2013)

Ante la aparición de casos de dengue o dengue grave en un área silenciosa o sin historia reciente de dengue es necesario realizar investigación de campo para establecer las condiciones que han permitido la transmisión de la enfermedad, para orientar las acciones de control, así como las de vigilancia virológica y entomológica que sean necesarias. (SIVE, 2013)

3. Organizar el trabajo de campo; solicitar apoyo al equipo del SNEM para la verificación de otras variables como índices vectoriales.

4. En caso de DCSA y DG hacer uso de la ficha de investigación y tomar en cuenta el ingreso de casos expuestos en la zona, para establecer los riesgos de agravamiento o fallecimiento de casos, para hipótesis de investigación y medidas de control.

5. En casos de DSSA, cuya información sale del EPI grupal, con la finalidad de establecer las zonas de intervención, es necesario que durante el

proceso de investigación, se levante información de la procedencia de los casos, a través de la revisión del registro. (SIVE, 2013)

6. Verificar que se observe cambio en la tendencia de la curva epidémica, para evidenciar el descenso de la tendencia.

Si se observa que no se disminuye la tendencia, verificar otras posibles fuentes o factores que fueron tomados en cuenta.

7. En todos los casos de dengue grave y de mortalidad por dengue es necesario investigar los antecedentes personales en los cuales se establezca la demanda de atención médica previa, el tipo de medicación y recomendaciones dadas al paciente sobre la identificación de signos de alarma y en qué momento buscar nuevamente atención médica, el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la consulta médica.(SIVE, 2013)

2.2.5.2 ZIKA

Enfermedad emergente causada por el virus zika, un alvovirus del genero flavivirus (familia flavivirus) este virus filogenéticamente es muy cercano a otros flavivirus que son de importancia en salud pública como el dengue, fiebre amarilla, encefalitis japonesa, y virus del Nilo occidental.(MSP, 2015)

Agente: Virus Zika

Vector: Aedes

Reservorio: ser humano

Incubación: los mosquitos adquieren el virus a partir del huésped viremico y a los 10 días puede transmitirlo a una persona susceptible, quien iniciara los síntomas después de un periodo de incubación intrínseca de 3 a 6 días (rango de 1 a 14)(MSP, 2015)

Duración de la enfermedad: 7,2 y 7 días

Modalidad de vigilancia: activa individual. (MSP, 2015)

Síntoma: leves y de corta duración (2 a 7 días)

La infección puede pasar desapercibida

Puede ser mal diagnosticado como dengue o chikungunya

Asociación con complicaciones con el síndrome Güillín Barre sigue en investigaciones. (MSP, 2015)

Definición de caso

Caso sospechoso: toda persona que presenta (MSP, 2015)

Fiebre inferior $< 38,5^{\circ}$ c

Artritis transitoria artralgiás con posibles inflamaciones de las articulaciones (sobre todo en manos y pies. (MSP, 2015)

Exantema maculo papular (que a menudo comienza en la cara y luego se extiende a todo el cuerpo. (MSP, 2015)

Conjuntivitis (ojos rojos) sin secreción y sin prurito

Con síntomas inespecíficos generales como mialgias, astenia, y dolores de cabeza que no se explican por condiciones médicas. (MSP, 2015)

Que reside o haya visitado áreas endémicas entre las 2 semanas anteriores al inicio de los síntomas

Caso confirmado: todo paciente que cumple con la definición de caso sospechoso y que haya obtenido un resultado negativo para malaria, dengue, chikungunya o enfermedades febriles exantemáticas, para lo cual el diagnóstico debe ser confirmado por laboratorio.(MSP, 2015)

2.2.5.3 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. (Tavárez Villamán, 2016)

Los casos clínicos y asintomáticos contribuyen a la diseminación de la enfermedad.

Reservorio: Los humanos son el reservorio principal del CHIKV durante la fase virémica (los primeros 5 días de inicio de los síntomas). (Tavárez Villamán, 2016)

Forma de transmisión: Mecanismo principal: Picadura de mosquitos *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus*: ampliamente distribuidos en el país. Son los mismos vectores que transmiten dengue. (Tavárez Villamán, 2016)

Período de incubación: Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico y a los 10 días puede transmitirlo a una persona susceptible, quien iniciará los síntomas después de un período de incubación intrínseca de 3 a 7 días (rango: 1-12 días) (Tavárez Villamán, 2016)

Manifestaciones agudas típicas. 1. Inicio súbito de fiebre alta. (típicamente superior a 39°C [102°F]), Dura entre 3 y 10 días. 2. Acompañada de dolores articulares múltiples (poliartritis), bilaterales o simétricos, de intensidad variable.

En algunos casos el dolor es tan intenso que produce incapacidad funcional. 3. Luego de unos días puede presentarse erupción maculo papular muy pruriginosa. 4. Otros: cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náusea, vómito y conjuntivitis. 22 Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV) 5.

Se ha observado adenomegalias supraclaviculares, bilaterales múltiples menores de 0.5cm. (Tavárez Villamán, 2016)

Manifestaciones clínicas severas de la enfermedad: Las principales complicaciones descritas asociadas al CHIKV son las siguientes: • Falla respiratoria • Descompensación cardiovascular • Meningoencefalitis • Otros problemas del sistema nervioso central • Hepatitis aguda • Manifestaciones cutáneas severas (descamación y lesiones bullosas. (Tavárez Villamán, 2016)

Caso sospechoso: Paciente con inicio de fiebre aguda $>38,5$ C y artralgias o artritis no explicada por otra condición médica. (Tavárez Villamán, 2016)

Caso confirmado: Cualquier caso sospechoso con resultado positivo a los métodos aprobados por la Organización Panamericana de la Salud.(Tavárez Villamán, 2016)

Los métodos confirmatorios son los siguientes: (Tavárez Villamán, 2016)

- Detección de ácidos nucleicos (RT-PCR).
- Aislamiento viral (en BSL3).
- Detección de IgM (en muestra aguda), seguida de un ensayo de neutralización positivo.
- Seroconversión (ELISA IgM/IgG) o aumento 19 Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV) en el título de anticuerpos por neutralización en muestras pareadas.(Tavárez Villamán, 2016)

2.2.5.4 LEISHMANIASIS

Descripción: enfermedad (zoonosis) polimorfa de la piel y de las mucosas causada por parásitos protozoos pertenecientes a la especie del género *Leishmania* que existen como parásitos intracelulares obligados en los seres humanos y otros huéspedes mamíferos.(SIVE, 2013)

Leishmaniasis cutánea: las lesiones se inician en el lugar de la picadura, aparece una pequeña mancha (macula), eritematosa, pruriginosa, que en días se transforma en una pequeña pápula de menos de 5 mm (pequeño grano elevado) que por el intenso rascado secreta un exudado, luego se produce una pequeña ulcera que no responde a los tratamiento convencionales antibacteriano y antimicótico, con el pasar de los días esta crece en tamaño y profundidad hasta alcanzar un diámetro promedio de 4 a 6 cm de forma redondeada u oval, con bordes bien definidos elevados y ligeramente indurados, fondo granulomatoso, una de las características de las úlceras es que son indoloras y dejan una cicatriz característica. (SIVE, 2013)

Caso confirmado de (criterios de inclusión): paciente que vive o ha estado en los últimos 2 meses en áreas donde hay casos positivos de Leishmaniasis y que presente dos 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 *Leishmania*.(SIVE, 2013)

Leishmaniasis mucocutánea: el daño más severo es la incapacidad por las lesiones deformantes en rostro y articulaciones.

Las lesiones se presentan en mucosa nasal, faringe, laringe, paladar o labio.

Al examen físico se puede encontrar eritema y edema y en estados más avanzados, ulceración, perforación y destrucción de tabique y mutilaciones. Los síntomas específicos son congestión, obstrucción nasal, prurito y epistaxis. En el caso de la leishmaniasis originada por la cepa *Brazilensis* es de mucho cuidado en cualquier sitio donde se presente.(SIVE, 2013)

Caso confirmado : Todo caso probable de leishmaniasis mucocutánea, que sometido a un examen parasitológico, inmunológico (Elisa, IFI, HAI), histopatológico o cultivo demuestre resultado positivo para Leishmaniasis. (SIVE, 2013)

Caso probable: toda persona procedente o residente en/de zonas endémicas de leishmaniasis de la selva alta o baja y que cumpla con los siguientes criterios: Toda persona con cuadro clínico caracterizado por lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe o tráquea.

Los sujetos afectados manifiestan antecedentes de lesiones cutáneas activas o cicatrices. (SIVE, 2013)

Leishmaniasis visceral: los síntomas pueden aparecer de una forma muy gradual o abruptamente. Al picar el flebótomo el parásito invade las células del sistema retículo – histiocitario, se reproduce y se disemina por vía linfática o sanguínea hasta los macrófagos de médula ósea, hígado y bazo.

La leishmaniasis visceral es cada vez más frecuente como infección oportunista en pacientes infectados por el VIH.(SIVE, 2013)

Caso probable: paciente residente o procedente de área endémica con cuadro de hepato esplenomegalia, anemia y pérdida de peso con síntomas como fiebre, malestar general, palidez y hemorragias.(SIVE, 2013)

Caso confirmado: caso probable que se confirma parasitológicamente a partir de aspirado de médula ósea o bazo o prueba de inmuno-fluorescencia.(SIVE, 2013)

2.3 GLOSARIO

Agente etiológico: Entidad biológica, física o química capaz de causar enfermedad. (Glosario, 1999)

Brote: Episodio en el cual dos o más casos de la misma enfermedad, tienen alguna relación entre sí: por el momento de inicio de los síntomas, por el lugar donde ocurrieron, por las características de las personas enfermas, por ejemplo: edad (niños de la misma escuela), grupo étnico, ocupación (trabajadores de la misma fábrica), pasajeros en un mismo medio de transporte, etc. (Glosario, 1999)

Búsqueda activa de casos: Es la búsqueda de casos a través de visitas sistemáticas y periódicas o eventuales a servicios de salud, domicilios o áreas determinadas. (Glosario, 1999)

Caso autóctono: Caso contraído por el enfermo en la zona habitual de su residencia. (País) (Glosario, 1999)

Caso sospechoso: Un caso compatible con la definición clínica. (Glosario, 1999)

Caso confirmado: Persona de la cual fue aislado e identificado el agente etiológico o de la que fueran obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas y/o laboratoriales que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica. (Glosario, 1999)

Caso esporádico o aislado: Caso que según las informaciones disponibles, no se presenta relacionado epidemiológicamente a otros casos. (Glosario, 1999)

Caso importado: Caso contraído en un país y detectado en otro, siempre que sea posible situar el origen de la infección en una zona conocida, y se cumplan los periodos de transmisión e incubación específicos para cada enfermedad. (Glosario, 1999)

Caso índice: Primero entre varios casos de naturaleza similar y epidemiológicamente relacionado. El caso índice es muchas veces identificado como fuente de contaminación o infección. (Glosario, 1999)

Caso inducido: Caso de una determinada enfermedad que puede ser atribuido a una transfusión de sangre u otra forma de inoculación parenteral, por lo tanto no es por transmisión natural. (Glosario, 1999)

Caso introducido: local, luego de un caso importado conocido. Caso en el que se puede probar que constituye el primero de transmisión. (Glosario, 1999)

Encuesta epidemiológica: Relevamiento epidemiológico hecho por medio de recolección ocasional de datos, casi siempre por muestreo y que aporta datos sobre factores de riesgo y/o la prevalencia de casos clínicos o portadores, en una determinada población. (Glosario, 1999)

Endemia: Es la presencia continua de una enfermedad o un agente infeccioso o una enfermedad particular en una zona geográfica. (Glosario, 1999)

Enfermedad emergente: Es aquella que aparece o se diagnostica por primera vez o aquella cuya incrementarse en el futuro. Enfermedad infecciosa: Enfermedad clínicamente manifiesta, del hombre o de los animales, causada por un agente microbiano. (Glosario, 1999)

Enfermedad reemergente: Son aquellas conocidas, que aumentan después de una disminución significativa de la incidencia. (Glosario, 1999)

Enfermedad transmisible: Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso y/o parasitario específico; o por sus productos tóxicos; o por los productos tóxicos de otros agentes biológicos. Se manifiesta por la transmisión de ese agente o sus productos, de una persona o animal infectado, o de un reservorio a un huésped susceptible. Puede transmitirse en forma directa, o indirecta por medio de un huésped intermediario de naturaleza vegetal o

animal, de área geográfica determinada. Puede también expresar la prevalencia usual un vector, o del ambiente. (Glosario, 1999)

Enfermedad metatáxica Cuyos agentes causales cumplen su ciclo evolutivo en dos o más huéspedes de distintas especies. Principalmente, cuando interviene como huésped intermediario un invertebrado artrópodo. (Glosario, 1999)

Factor de riesgo Variable asociada estadísticamente a la aparición de una enfermedad o de un fenómeno sanitario. Se distinguen factores endógenos (propios del individuo), exógenos (ligados al ambiente), predisponentes (que hacen vulnerable al sujeto) y precipitantes (que inician el fenómeno patológico). (Glosario, 1999)

Fuente notificadora: Son los servicios de salud, u otros segmentos formales o informales de la sociedad, que notifican a las autoridades sanitarias la ocurrencia de las enfermedades de notificación obligatoria. (Glosario, 1999)

Hiperendémica Término que caracteriza a una enfermedad de constante presencia y elevada incidencia. (Glosario, 1999)

Latencia: Período en la evolución clínica de una enfermedad en el cual los síntomas desaparecen a pesar de estar el huésped todavía infectado y de ya haber sufrido el ataque primario, una o varias recaídas u otras manifestaciones. (Glosario, 1999)

Letalidad Número de defunciones ocurridas en un grupo afectado por un daño determinado. (Glosario, 1999)

Pandemia: Epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea o con desplazamiento rápido o lento de un continente a otro. (Glosario, 1999)

Leptospirosis: es una enfermedad febril, aparece por contacto directo con orina o tejidos de animales infectados, o bien de forma indirecta por contacto con agua o tierras. (Glosario, 1999)

Vector: Ser viviente (insecto, roedor, etc.) que asegura la transmisión de un agente infeccioso. Si se erradica el vector desaparece la enfermedad. (Glosario, 1999)

Virulencia: Grado de patogenicidad de un agente infeccioso, indicado por las tasas de letalidad, o por su capacidad para invadir y lesionar los tejidos del huésped, o por ambos parámetros. (Glosario, 1999)

Viremia: es una enfermedad causada por la entrada de virus en el torrente sanguíneo desde donde se pueden extender a todos los órganos. (Glosario, 1999)

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Vigilancia Epidemiológica	La vigilancia epidemiológica en salud pública es un proceso continuo y sistemático de colección, análisis e interpretación de datos de las enfermedades o daños sujetos a notificación obligatoria en el País, para conocer su tendencia, evolución, identificar las regiones geográficas y los grupos poblacionales más comprometidos, conocer el estado de salud actual de la	Atributos demográficos	Sexo	Masculino Femenino	Encuestas

	<p>población, identificar precozmente los brotes o epidemias para su oportuna intervención y control. Finalmente, evaluar los resultados de las medidas de prevención y control que realiza el sector salud</p>				
			Edad	<p>De 10 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 Más de 60</p>	
			Ocupación	<p>No trabaja empleado doméstico empleado público comerciante</p>	

				estudiante agricultor o negociante	
			Nivel de educación	Primaria completa Primaria incompleta Bachillerato completo Bachillerato incompleto Analfabeto Otro	
			Número de integrantes de la familia	De 1 a 2 De 3 a 4 De 5 a 6 6 o mas	
		Salud	donde se hace atender	Centro de Salud Balzapamba Centro de	

				Salud Montalvo Seguro campesino Médico particular	
			Sabe usted que hace el centro de salud Balzapamba para prevenir estas enfermedades	Si no no sabe	
			Que actividades realiza	Educación Fumigación Entrega de toldos Entrega de repelentes	
			Veces de información recibida por parte	Varias veces Alguna vez Nunca	

			del Centro de Salud Balzapamba	No se	
		Factores de riesgo	Presencia de recolectores de agua fuera del hogar	Llantas Botellas Aguas estancadas Tanques de agua	
			Almacenan agua los comuneros de Chaupiacó	Si no	
			Días de almacenamiento de agua de los comuneros de Chaupiacó	De 1 a 2 De 3 a 4 Más de 5 No almacena	
			Tapa usted los depósitos de agua almacenada	si no no almacena	

			Lava los recipientes de agua con cepillo	Si - No Solo cambia el agua	
		Medidas de prevención	Medidas utilizadas para la prevención por parte de los comuneros de Chaupiaco	fumigación uso de toldo ropa adecuada uso de repelentes limpieza de la vivienda	
			Usa toldo cuando duerme	si no	
			Usted considera que con el uso del toldo se previene enfermedades como el	Si NO	

			dengue, chikungunya, zika.		
			Uso de repelente	Si No	
			Uso de ropa adecuada	Si no	
			Cuando fue la última vez que fumigo la vivienda para eliminar los mosquitos	cada 2 meses cada 6 meses no fumiga	
VARIABLE DEPENDIENTE Enfermedades vectoriales	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		Como considera al dengue	Grave Poco grave Nada grave	

	<p>más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales y en lugares con problemas de acceso al agua potable y al saneamiento.</p> <p>No obstante, la enfermedad de este tipo con mayor crecimiento en el mundo es el dengue, cuya incidencia se ha multiplicado por 30 en los últimos 50 años.</p>				
			<p>Presencia de dengue, leishmaniasis o chikungunya en los últimos años</p>	<p>Si No</p>	
			<p>Como reconoce el dengue</p>	<p>Dolor ocular, muscular y ocular Sarpullido en casi todo el</p>	

				cuerpo Dolor articular	
			Según se criterio como cree que se transmite el Dengue y la Chikungunya	Por mosquito Por exceso de lluvia Por la alimentación Por contacto personal	

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

De Campo

La recolección de datos se hizo con los jefes de hogar de la comunidad Chaupiacó que pertenecen al Centro de Salud Balzapamba. (mayores de 18 años).

Bibliográfica

Esta investigación tiene fundamentos científicos que se reflejan en el marco teórico que se encuentra sustentado en bases científicas de libros e internet.

3.2 Diseño

Área de estudio.

El siguiente estudio se realizó en las comunidad de (Chaupiacó) perteneciente al Centro de Salud de Balzapamba Distrito 02D03.

Población de estudio: 55 familias de la Comunidad de Chaupiacó.

Período: Septiembre 2015- Enero 2016.

Transversal

Porque la investigación se realizó en un tiempo determinado la recolección y evaluación de información y datos se realizó desde Septiembre 2015 – Enero 2016.

Descriptiva

Porque esta investigación va dirigida a conocer la realidad de la poca importancia que se le da a “La Vigilancia Epidemiología en la Enfermedades Transmitidas por Vectores en el periodo Septiembre 2015 – Enero 2016”.

Por su nivel:

Es descriptiva donde se realiza la investigación en la comunidad de Chaupiaco y en su persona en las cuales puede suscitarse una enfermedad de transmisión vectorial principalmente Dengue.

Por su propósito

Es una investigación aplicada en la comunidad de Chaupiaco.

Por su dimensión

Es un estudio transversal ya que estudia:

¿Qué pasa y que está sucediendo con la población en relación a las enfermedades tropicales?

¿A quien les pasa eso a los pobladores que viven en la comunidad de Chaupiaco?

¿Dónde ocurre en la comunidad de Chaupiaco, Parroquia Balzapamba, Cantón San Miguel.

¿Cuándo sucede durante todo el año principalmente en la época lluviosa?

Por su aplicación

Es un estudio de corte transversal ya que la información se obtiene a partir de la aplicación de la guía de observación y de una encuesta, para conocer factores de riesgo y medidas de prevención.

3.3 Población y Muestra

Población de estudio: 55 familias de la Comunidad de Chaupiaco.

Y los instrumentos de recolección de información fueron aplicados a los jefes de familia.

3.4. TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
TÉCNICA	INSTRUMENTO
Observación	Guía de observación en la verificación de factores de riesgo y aplicación de medidas de prevención para evitar la transmisión de enfermedades vectoriales en los habitantes de la comunidad de Chaupiaco, Parroquia Balzapamba.
Encuesta	Cuestionario La encuesta detallada a continuación tiene la finalidad de obtener información con el propósito de realizar una investigación sobre los factores de riesgo y la incidencia de las enfermedades transmitida por vectores en la comunidad de Chaupiaco.

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos en esta investigación son las siguientes.

Fuente primaria:

Encuestas: Aplicación de encuestas a los de familia en la comunidad Chaupiaco parroquia Balzapamba.

Observación directa: Mediante la observación de los factores de riesgo que existe en la comunidad de Chaupiacó para la transmisión de enfermedades vectoriales en la parroquia Balzapamba.

Fuente secundaria:

Tenemos como fuentes secundarias, historias clínicas, fichas familiares, datos estadísticos del centro de salud Balzapamba, en los cuales se encuentran registrados los casos de las enfermedades transmitidas por vectores.

La guía observación se lo realizó simultáneamente con la aplicación de la encuesta entre los días 1 y 3 de diciembre 2015.

Los datos recolectados han sido tabulados con un programa Excel a través de tablas de frecuencia y porcentajes.

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS UTILIZADOS

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó los programas de office Word 2013 para texto y para la tabulación de datos la hoja Calculo Excel 2013.

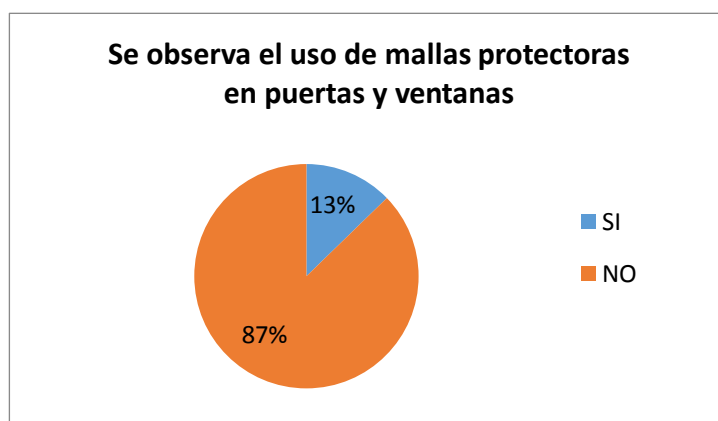
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA A LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD DE CHAUPIACO

1. Se observa el uso de mallas protectoras en puertas y ventanas de hogar

Tabla N° 1

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
Si	7	7	12,73	0,13
No	48	55	87,27	0,87
Total	55			1

Gráfico N°1



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

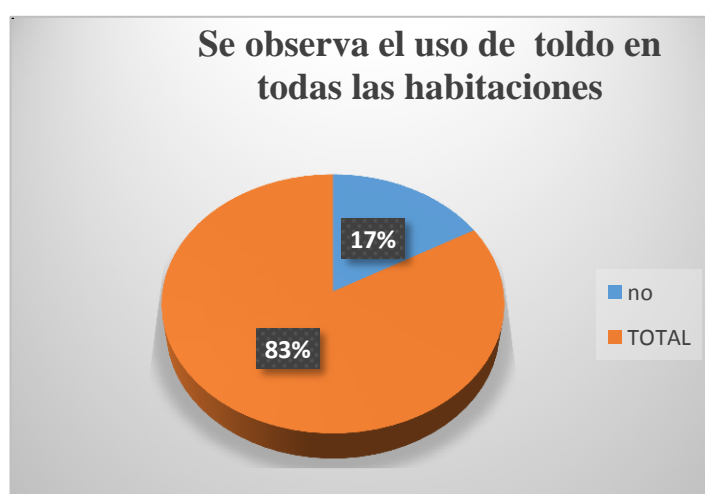
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

2. Se observa uso de toldos en las habitaciones

Tabla N° 2

Variable	Fa	F. Acumulada	%	Fr
Si	46	48	83.64	0,84
No	9	55	16.36	0,16
Total	55		100	1

Gráfico N° 2



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

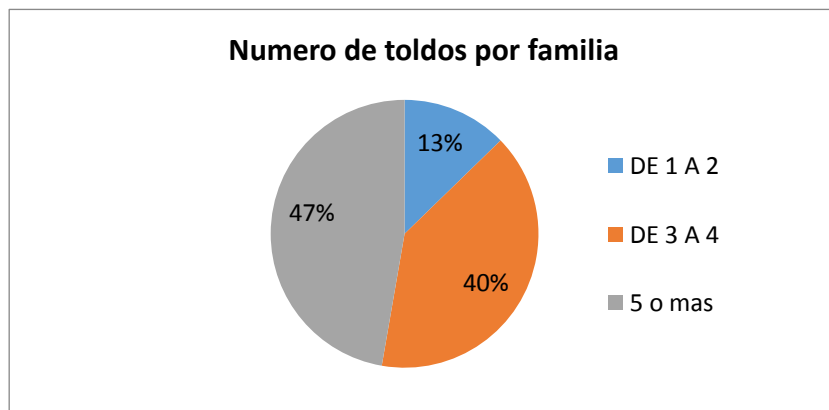
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

3. Numero de toldos por familia

Tabla N° 3

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
De 1 a 2	7	7	12,73	0,13
De 3 a 4	22	29	40,00	0,4
5 o mas	26	55	47,27	0,47
Total	55		100	1

GráficoN°3



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

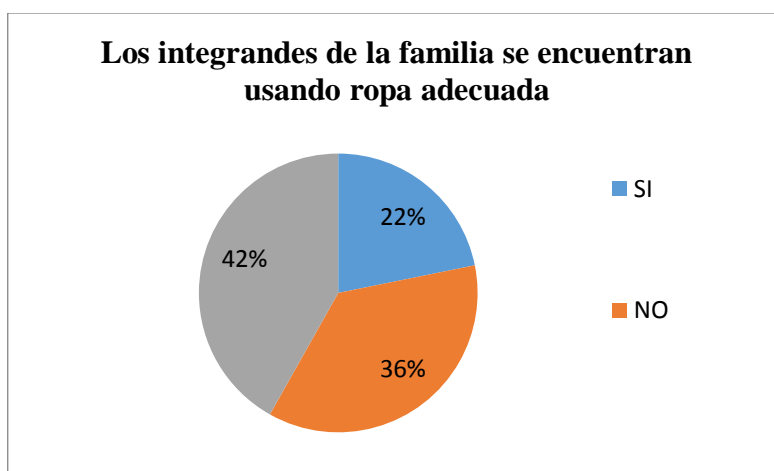
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

4. Los integrantes de la familia están usando ropa adecuada

Tabla N° 4

variable	fa	f. acumulada	%	fr
Si	12	12	21.8	0,22
No	20	32	36.3	0,36
Solo algunos	23	55	41.8	0,42
Total	55			1

Grafico N° 4



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

ANALISIS DE LAS PREGUNTAS 1 A LA 4

En la comunidad de Chaupiaco dentro de las medidas de prevención que utilizan los habitantes se encuentra en orden de importancia la utilización de medidas de barrera como el uso de toldos en el 84%, con el total de los familiares; en relación a los número de toldos con los habitantes de sus casas el uso de estos se encuentra como mínimo de 5 todos por familia lo que representa el 47% seguido de la utilización del uso de ropa adecuada (camisa manga alarga, pantalón largo) el 22% y se debe a que los habitantes son provenientes de la zona sierra, y finalmente seguido de la utilización de mallas metálicas en puertas y ventanas con el 13% este tipo de barrera nos indica algún tipo de dificultad económica en esa población o también puede ser que no conozcan los beneficios de su presencia.

Medidas que han sido sugeridas y validas por organismos internacionales los que han demostrado eficacia y utilidad en la prevención de las enfermedades causadas por vectores.

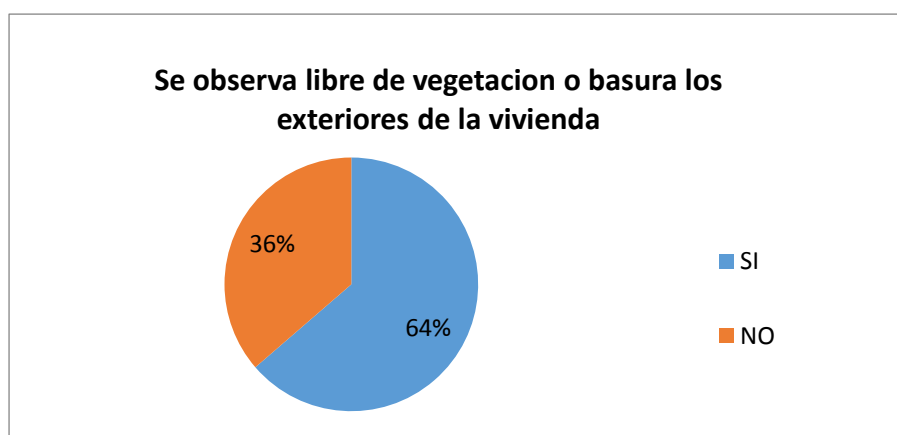
En relación al uso de toldos los habitantes no conocen de qué enfermedades se previene, lo utilizan para protegerse de una manera genérica de los mosquitos.

5. Se observa libre de vegetación o basura los exteriores de la vivienda

Tabla N° 5

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
Si	38	21	69.0	0,69
No	17	55	29.9	0.31
Total	55		100	1

Gráfico N° 5



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

6. Presencia de llantas cerca de la vivienda

Tabla 6

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
Si	9	9	16,3	0,16
No	46	46	83,63	0,84
Total	55	55	100	1

Grafico 6



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

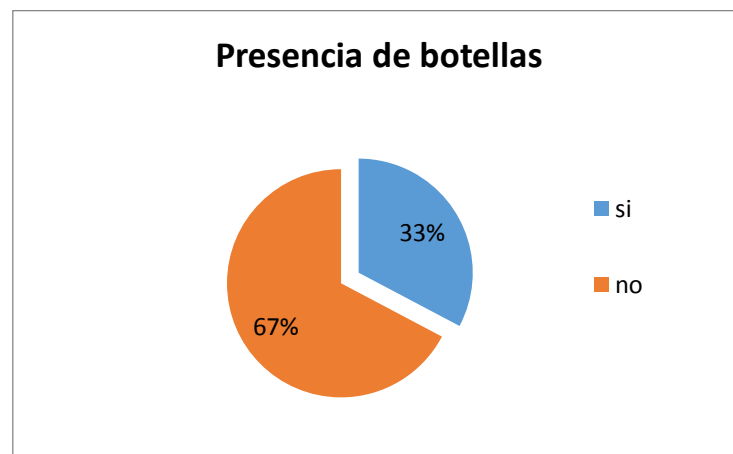
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

7. Presencia de botellas

Tabla N° 7

variable	fa	f. acumulada	%	fr
Si	18	18	32,7	0,33
No	37	55	67,2	0,67
Total	55		100	1

Gráfico N° 7



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

8. Presencia de tanques de agua

Tabla N° 8

Variable	Fa	F. Acumulada	%	Fr
Si	48	48	87,27	0,87
No	7	55	12,73	0,12
Total	55		100	1

Grafico N° 8



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

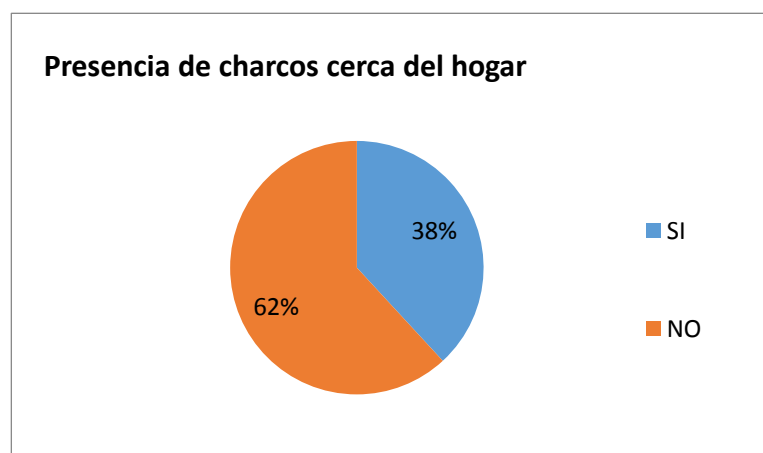
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

9. Presencia de charcos cerca del hogar

Tabla N° 9

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
Si	21	21	38.1	0,38
No	34	55	61.8	0,62
Total	55		100	1

Grafico 9



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

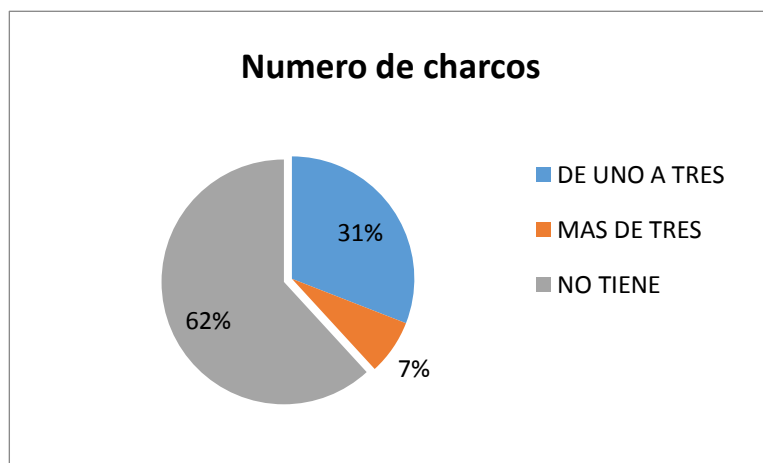
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

10. Numero de charcos

Tabla N° 10

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
De uno a tres	17	17	30,9	0,31
Más de tres	4	21	7,27	0,07
No tiene	34	55	61,8	0,62
Total	55		100	1

Gráfico N° 10



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

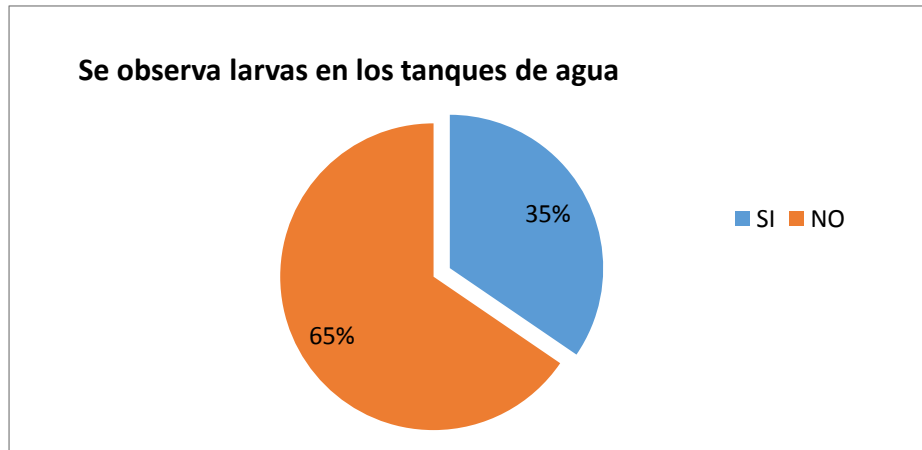
Elaborado por: Belén Becerra Lilian Verdezoto

11. Se observa larvas en los tanques de agua

Tabla N° 11

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
Si	19	19	34.5	0.35
No	36	55	65.4	0.65
Total	55		100	1

Gráfico N° 11



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

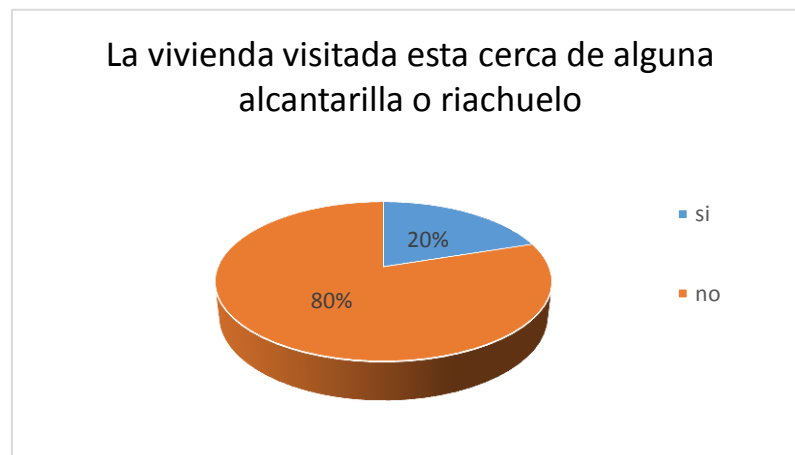
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

12. La vivienda visitada está cerca de alguna alcantarilla o riachuelo

Tabla N° 12

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
Si	11	11	20.00	0.20
No	44	55	80.00	0.80
Total	55		100	1

Gráfico N° 12



¹ **Fuente:** Guía de observación aplicada 2015

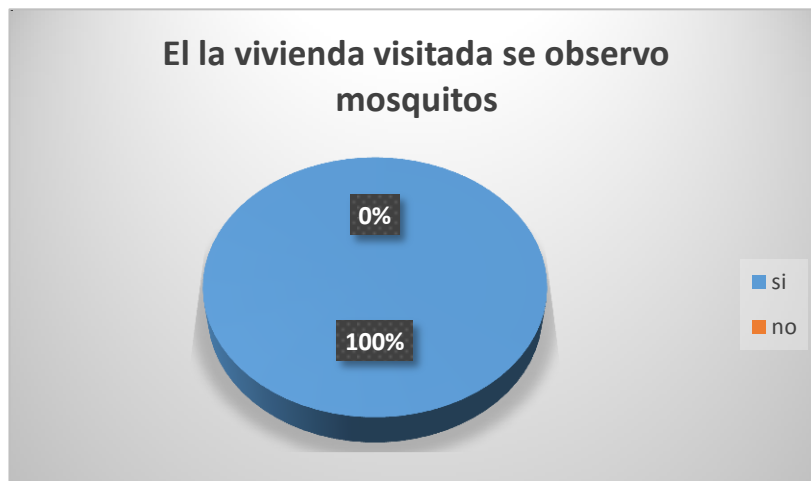
¹ **Elaborado por:** Belén Becerra, Lilian Verdezoto

13. En la vivienda visitada se observó mosquitos

Tabla N° 13

Variable	Fa	F. Acumulada	%	fr
Si	55	55	100	1
No	0	55	0	0
Total	55		100	1

Gráfico N° 13



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

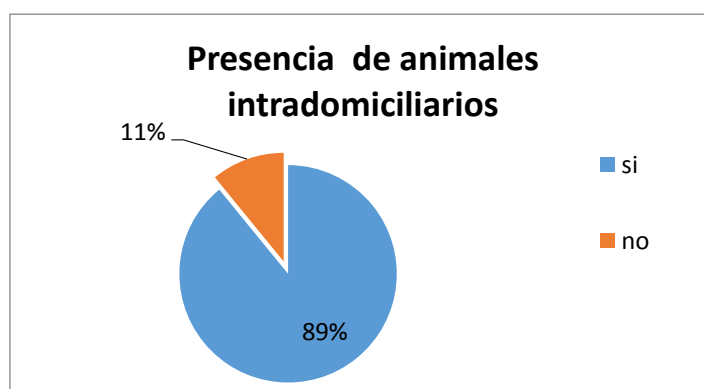
Elaborado por: Belén Becerra Lilian Verdezoto

14. Presencia de animales intradomiciliarios

Tabla N° 14

Variable	Fa	F. Absoluta	%	Fr
Si	49	49	89,09	0,89
No	6	55	10,91	0,11
total	55		100	1

Grafico N° 14



Fuente: Guía de observación aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra Lilian Verdezoto

ANÁLISIS DE LAS PREGUNTAS 5 A LA 14

La importancia de levantar un conjunto de estrategias para la lucha contra el dengue se debe levantar un conjunto de actividades integrales e integradoras con carácter multisectorial interdisciplinario las mismas que deben ir encaminadas a comunicación social.

- Vigilancia epidemiológica
- Atención al paciente
- Laboratorio

En la zona de este trabajo en el periodo de investigación se no ha reportado casos de dengue chikungunya. Pero si deleishmaniasis, el estudio tiene la valides de incorporar un sistema de vigilancia y la participación social en la identificación del problema y en las soluciones consensuada entre la población y la unidad de salud.

Las condiciones meteorológicas de la zona son las propicias para la reproducción de vectores ya que el clima es subtropical favorece con la temperatura, humedad y las precipitaciones. Es de recalcar que la presencia a de material vegetal cerca de las viviendas es de importancia para el desarrollo de las letzonias.

La presencia de charcos en las cercanías de las viviendas más las condiciones climáticas Son elementos fundamentales para que se conviertan en criaderos de mosquitos. La presencia de llantas en un 16% , botellas en un 38%, u otro recipiente con agua es un hecho cultural donde los esfuerzos educativos tienen que ir encaminados y no solo es decir el tema si no como limpiar y el tiempo, es aquí en donde las participaciones se empoderan de la situación y acciones discriminatorias no ayudan a tener condiciones saludables.

La presencia de hábitat naturales como los charcos un 38% o la ubicación de las viviendas cerca de alcantarillas o riachuelos en un 20% los tanques de agua sin su debido mantenimiento favorecen el hábitat ideal para las larvas motivo por el cual se observó mosquitos en la totalidad de las viviendas visitadas.

La presencia de animales intradomiciliarios constituye un factor de riesgo que favorece la transmisión de enfermedades vectoriales considerando que en esta comunidad el 89% de la población tiene animales dentro de sus hogares

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

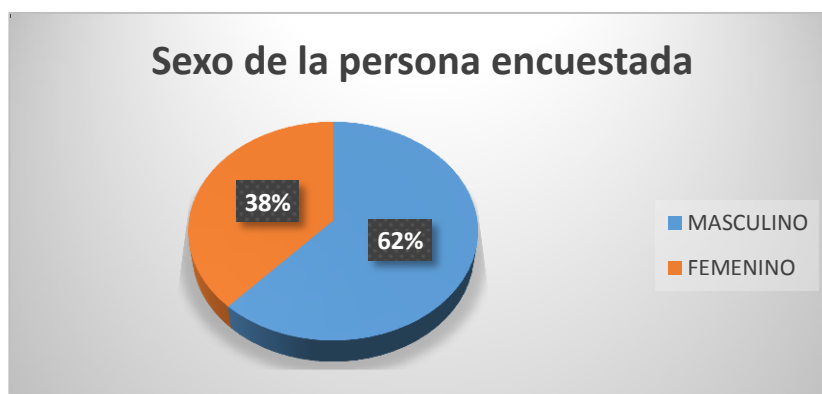
ENCUESTA APLICADA A LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD DE CHAUPIACO

1.- Sexo de las personas encuestadas

Tabla N°1

Variable	Fa	F. Acumulada	Porcentaje	Fr
Masculino	34	21	38,18	0,62
Femenino	21	55	61,82	0,38
Total	55		100	1

Grafico N° 1



Fuente: Encuesta aplicada 2015

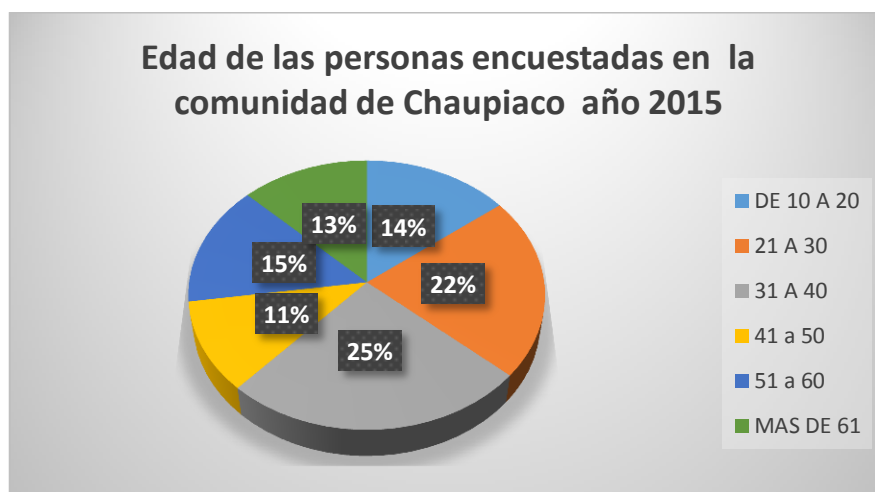
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

2.- Edad de las personas encuestadas en la comunidad de Chaupiacó año 2015

Tabla N° 2

Variable	Fa	F. Acumulada	Porcentaje	Fr
De 10 a 20	8	8	14,55	0,15
21 a 30	12	20	21,82	0,22
31 a 40	14	34	25,45	0,25
41 a 50	6	40	10,91	0,11
51 a 60	8	48	14,55	0,15
Mas de 61	7	55	12,73	0,13
Total	55		100	1

Grafico N° 2



Fuente: Encuesta aplicada 2015

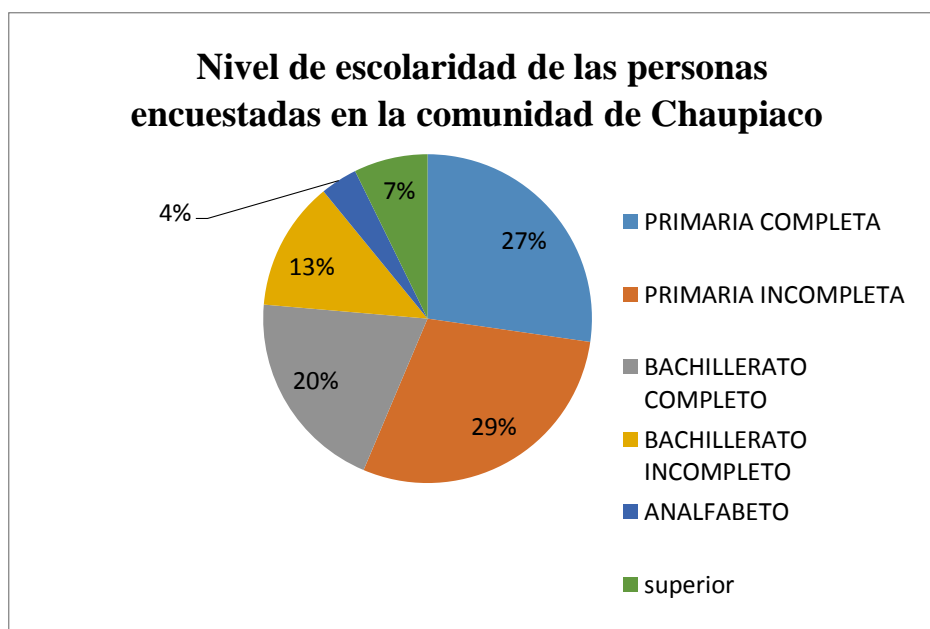
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

3. Nivel de escolaridad de las personas encuestadas en la comunidad de Chaupiacó.

Tabla N° 3

Variable	Fa	F. Acumulada	Porcentaje	Fr
Primaria completa	15	15	27,27	0,27
Primaria incompleta	16	31	29,09	0,29
Bachillerato completo	11	42	20,00	0,20
Bachillerato incompleto	7	49	12,73	0,13
Analfabeto	2	51	3,64	0,04
Superior	4	55	7,27	0,07
Total	55		100	1,00

Grafico N° 3



Fuente: Encuesta aplicada 2015

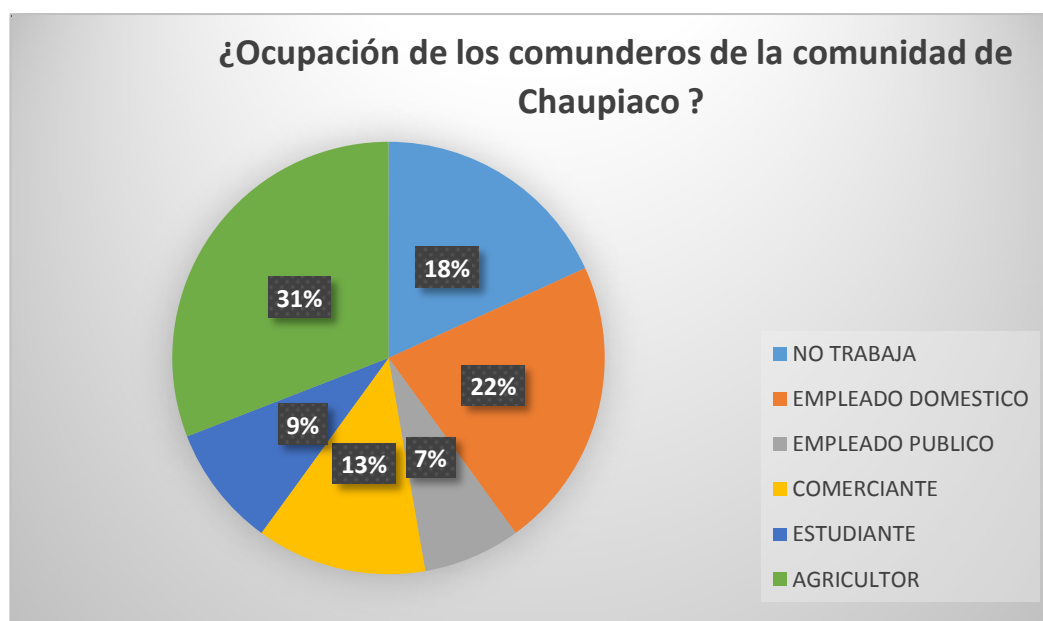
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

4. Ocupación de los comuneros de la comunidad de Chaupiaco

Tabla N° 4

Variable	Fa	f. Acumulada	Porcentaje	Fr
No trabaja	10	10	18,18	0,18
Empleado domestico	12	22	21,82	0,22
Empleado publico	4	26	7,27	0,07
Jornalero	7	33	12,73	0,13
Estudiante	5	38	9,09	0,09
Agricultor	17	55	30,91	0,31
Total	55		100,00	1,00

Grafico N° 4



Fuente: Encuesta aplicada 2015

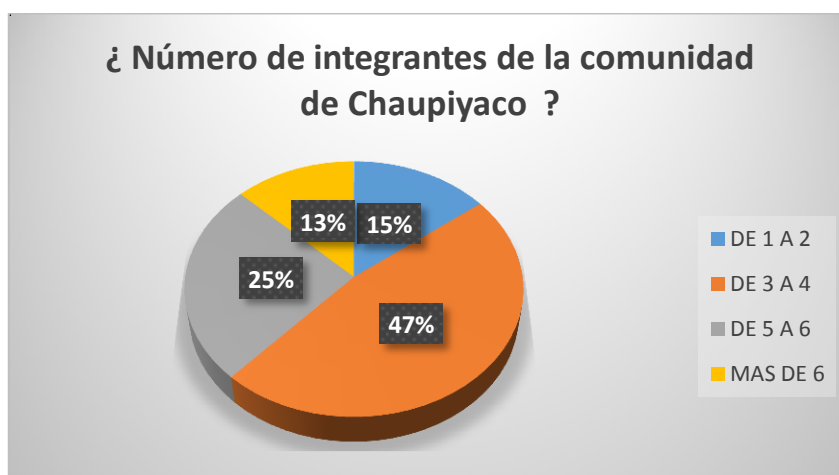
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

5. Número de integrantes de la comunidad de Chaupiaco

Tabla N°5

Variable	Fa	F. Acumulada	Porcentaje	Fr
Desde 1 a 2	8	8	14,55	0,15
De 3 a 4	26	34	47,27	0,47
De 5 a 6	14	48	25,45	0,25
Más de 6	7	55	12,73	0,13
Total	55	0	100,00	1,00

Grafico N° 5



Fuente: Encuesta aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

ANÁLISIS DEL I BLOQUE DE PREGUNTAS DE LA 1 A LA 5

La Parroquia Balzapamba como unidad geo demográfica tiene 140 años de vida política y administrativa, lo que en su pasado no lejano fue centro de explotación de la cascarilla (quinina) árbol de donde se extrae la quinina para combatir la malaria.

En su perfil demográfico tiene una relación de masculinidad $IM=PM/PF$ $34/21= 1,6:1$, y como es un fenómeno nacional los rangos de edad comienza a

ensancharse entre los 20 y 45, y en la comunidad de Chaupiacó no es la excepción los grupos etarios de 21-30 y va aumentando, la base poblacional (infantil) va disminuyendo, y la población de la tercera edad se va incrementando.

Su escolaridad, se le toma como un indicador de sustentabilidad de procesos, y si entendemos a una etapa de cambios de comportamiento, este es un fenómeno débil ya que la escolaridad primaria incompleta es del 29%, en relación al 7% de un proceso escolarizado de un nivel institucional de mayor complejidad. Este tiene una relación directa con la recuperación de sus habitantes, que entre comerciantes, jornaleros o agricultores o sería el 44%, 22% son empleadas domésticas y un 9% son estudiantes.

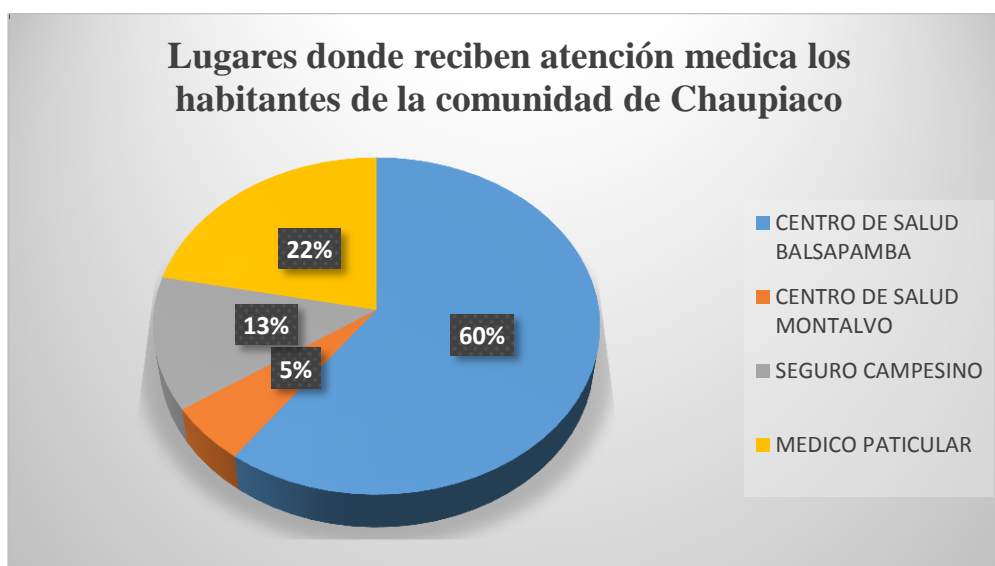
Se encuentra validadas y existe evidencias que esta población con buen nivel de educación, su estado de salud también es bueno, sobre el número de integrantes de familia es de 3-4 personas lo que representa padre, madre y dos hijos (47%) en relación aquellas familias compuestas por más de 6 miembros y representa el 13%.

6. Lugares donde reciben atención medica los habitantes de la comunidad de Chaupiacó

Tabla N° 6

Variable	FA	F.ACUMULADA	PORCENTAJE	FR
Centro de salud Balsapamba	33	33	60,00	0,60
Centro de salud Montalvo	3	36	5,45	0,05
Seguro campesino	7	43	12,73	0,13
Médico particular	12	55	21,82	0,22
Total	55	0	100,00	1,00

Grafico N° 6



Fuente: Encuesta aplicada 2015

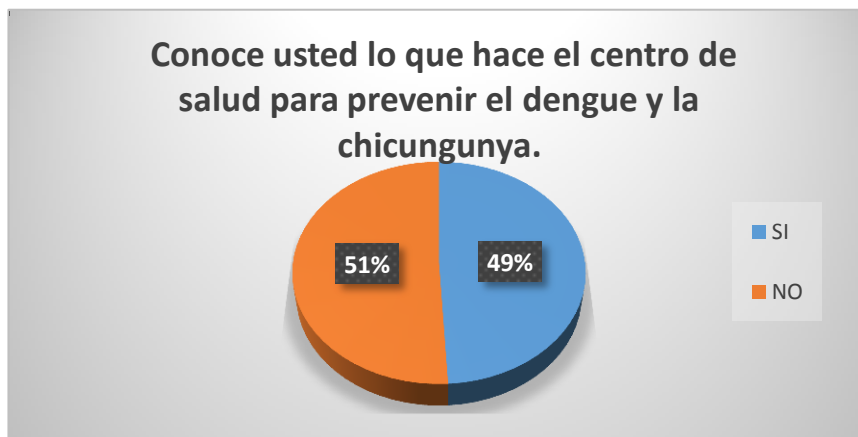
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

7. Conoce usted lo que hace el centro de salud para prevenir el dengue y la Chikungunya

Tabla N° 7

Varíale	Fa	f.Acumulada	Porcentaje	Fr
Si	27	27	49.09	0.49
No	28	55	50.91	0.51
Total	55	0	100.00	1.00

Grafico N° 7



Fuente: Encuesta aplicada 2015

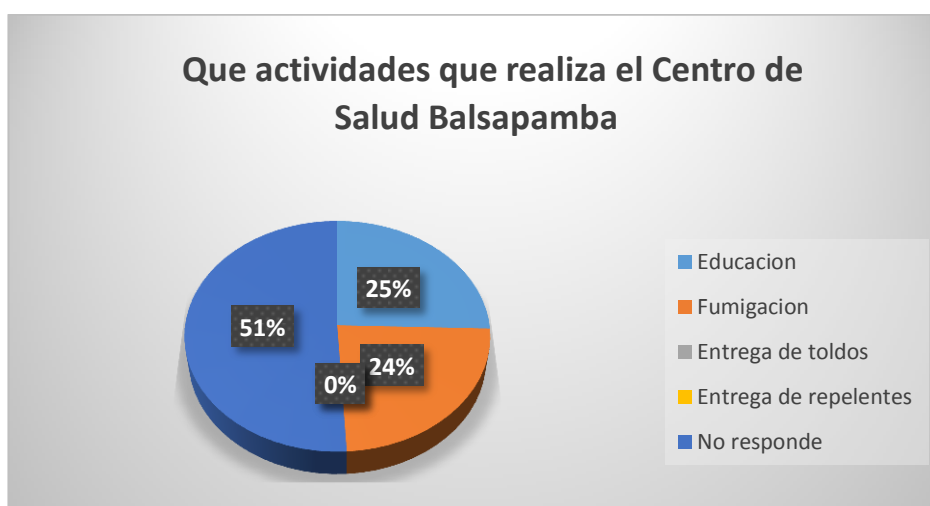
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

8 Que actividades que realiza el Centro de Salud Balzapamba

Tabla N° 8

VARIABLE	FA	F.ACUMULADA	PORCENTAJE	FR
Educación	14	14	25.45	0.25
Fumigación	13	27	23.64	0.24
Entrega de toldos	0	0	0	0
Entrega de repelentes	0	0	0	0
No responde	28	55	50.91	0.51
TOTAL	55	0	100.00	1.00

Grafico N° 8



Fuente: Encuesta aplicada 2015

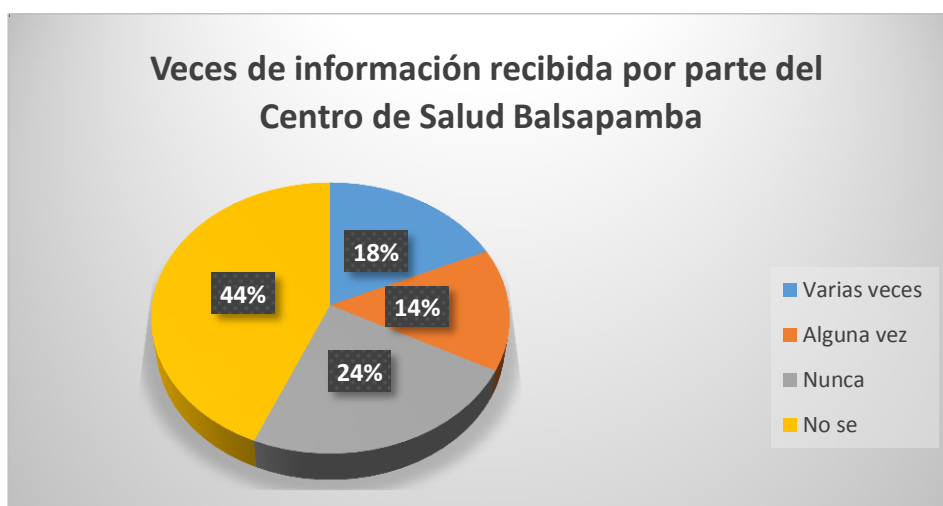
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

9. Veces de información recibida por parte del Centro de Salud Balzapamba

Tabla N° 9

VARIABLE	FA	F.ACUMULADA	PORCENTAJE	FR
Varias veces	10	10	18.18	0.18
Alguna vez	8	18	14.55	0.15
Nunca	13	31	23.64	0.24
No se	24	55	43.64	0.44
	55	0	100.00	1.00

Grafico N° 9



Fuente: Encuesta aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

10. Presencia de dengue leshimaniasis y chicunyunya en los últimos años

Tabla N° 10

Varíale	Fa	f.Acumulada	Porcentaje	Fr
Si	10	8	18.18	0.18
No	45	55	81.82	0.82
Total	55	0	100.00	1.00

Grafico N° 10



Fuente: Encuesta aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

ANÁLISIS DEL BLOQUE 2 DE PREGUNTAS DESDE LA 6 HASTA LA 10

Con la nueva organización territorial de las unidades de salud y como unidad operativa al distrito 02D03, lo que la atención es que las poblaciones no conozcan las actividades para la prevención de las enfermedades vectoriales, esta situación reforzaría que es importante mantener un trabajo extramural con los TAPS, mejorar la educación continua con los médicos y la explicación de las guías de práctica clínica, es una gran debilidad el recambio del personal sanitario.

Es paradójico que sus poblaciones no conozcan lo que realiza el Centro de Salud, en un 51% no hay respuesta en sus acciones de educación 24% fumigaciones, apenas el 25% habla de tareas educativas

La información que han recibido por partes de Centro de Salud es contradictorio a las preguntas anteriores en un 44%, el grupo de personas que responde que no conocen como prevenir este tipo de nosologías, un alto 24% nunca haber recibido información.

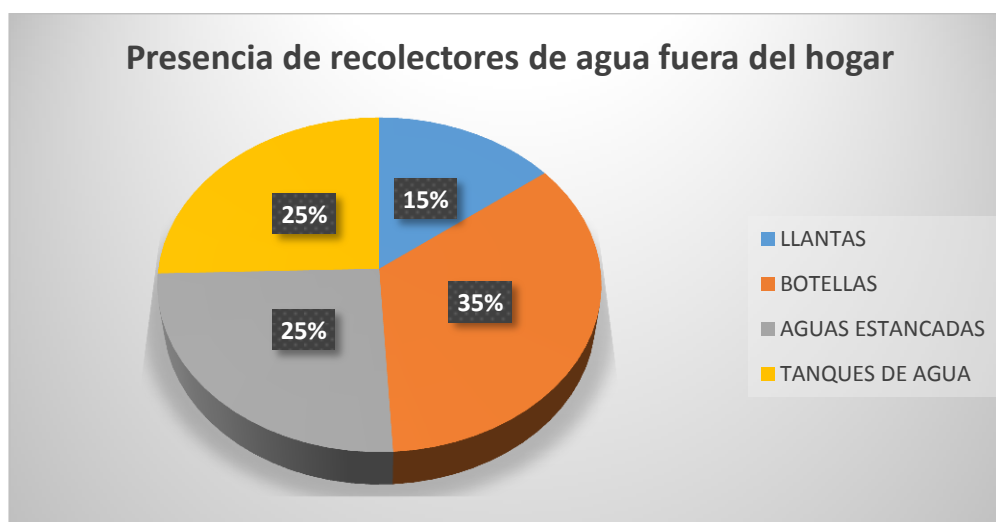
Cuando se pregunta si se han enfermado de dengue o chikungunya responden que no se han presentado casos, mientras que con leishmaniasis son apenas 10 personas que han presentado la enfermedad.

11. Presencia de recolectores de agua fuera del hogar

Tabla N° 11

Variable	Fa	f.Acumulada	Porcentaje	Fr
Llantas	8	8	14,55	0,15
Botellas	19	27	34,55	0,35
Aguas estancadas	14	41	25,45	0,25
Tanques de agua	14	55	25,45	0,25
Total	55		100,00	1,00

Grafico N° 11



Fuente: Encuesta aplicada 2015

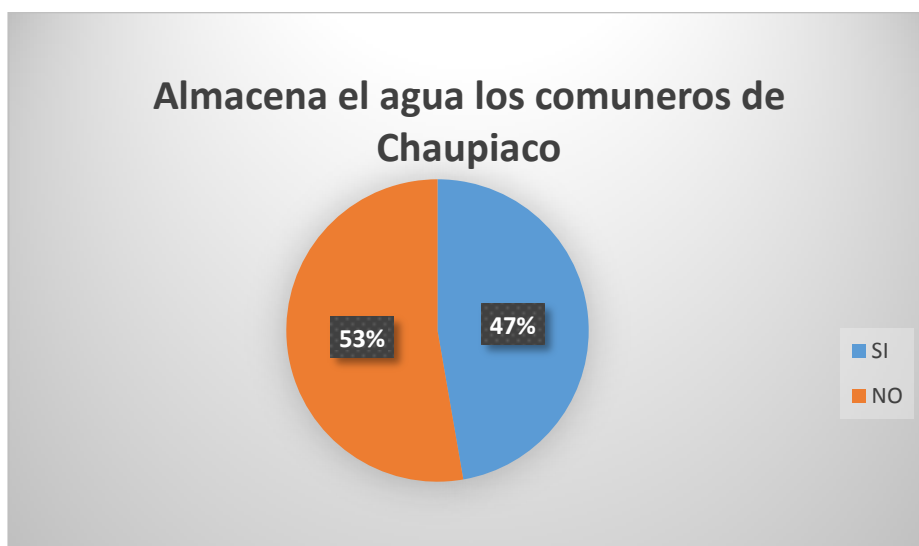
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

12. Almacena el agua los comuneros de Chaupiaco

Tabla N° 12

Variable	Fa	F.Acumulada	Porcentaje	Fr
Si	26	26	47,27	0,47
No	29	55	52,73	0,53
Total	55		100,00	1,00

Grafico N° 12



Fuente: Encuesta aplicada 2015

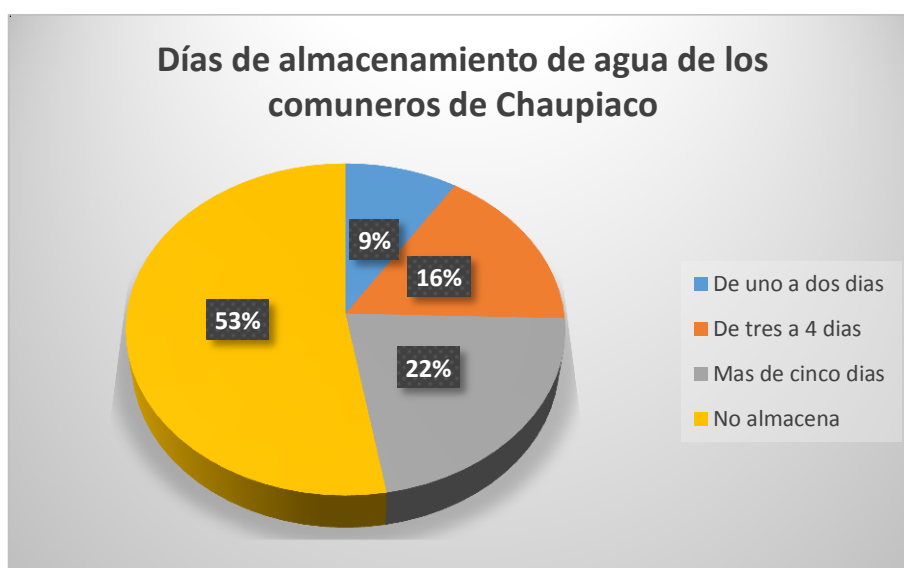
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

13. Días de almacenamiento de agua de los comuneros de Chaupiacó

Tabla N° 13

Variable	Fa	F. Acumulada	Porcentaje	Fr
De uno a dos días	5	6	9,09	0,09
De tres a 4 días	9	14	16,36	0,16
Más de cinco días	12	26	21,82	0,22
No almacena	29	55	52,73	0,53
TOTAL	55	0	100,00	1,00

Grafico N° 13



Fuente: Encuesta aplicada 2015

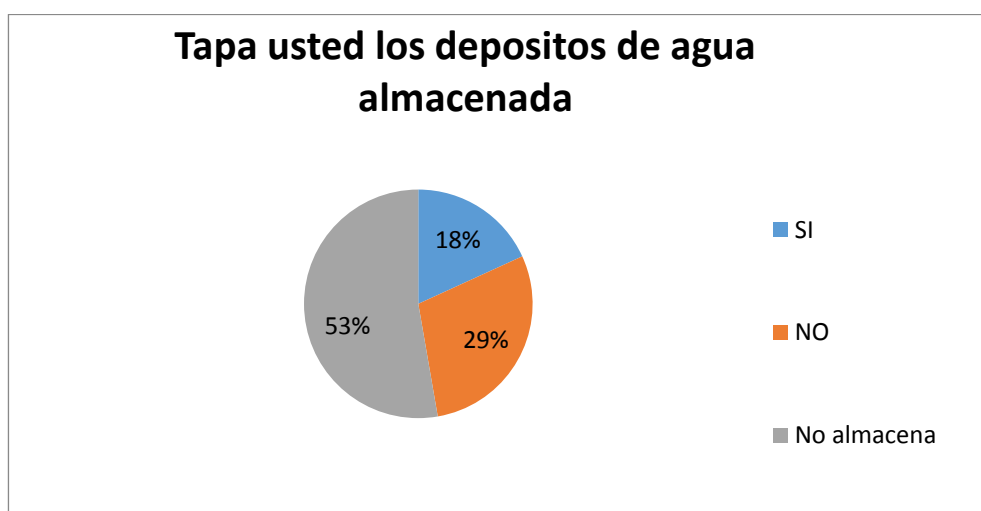
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

14. Tapa usted los depósitos de agua almacenada

Tabla N° 14

Variable	FA	F. Acumulada	Porcentaje	FR
Si	10	8	18,18	0,18
No	16	26	29,09	0,29
No almacena	29	55	52,73	0,53
Total	55	0	100,00	1,00

Grafico N° 14



Fuente: Encuesta aplicada 2015

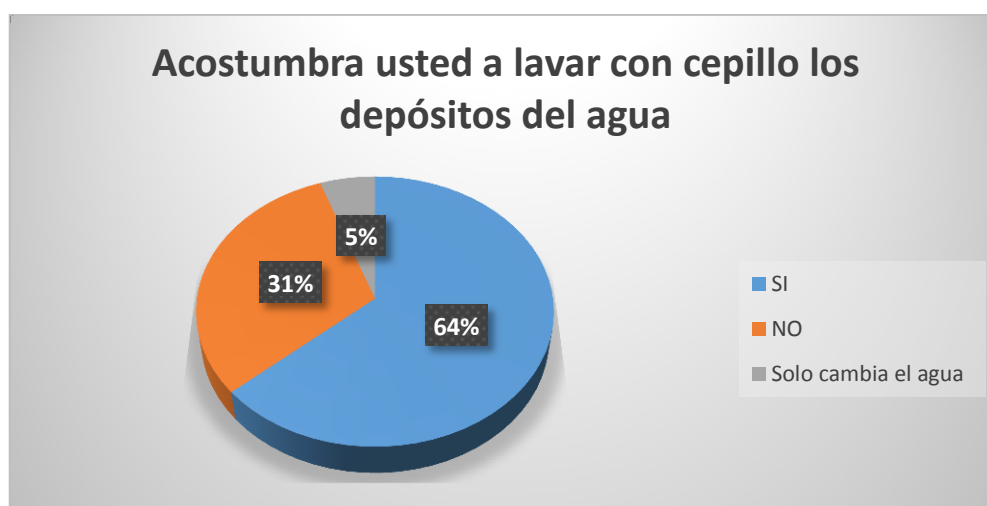
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

15. Acostumbra usted a lavar con cepillo los depósitos del agua

Tabla N° 15

Varíale	FA	F. Acumulada	Porcentaje	FR
Si	35	35	63.64	0.64
No	17	52	30.91	0.31
Solo cambia el agua	3	55	5.45	0.05
Total	55	0	100.00	1.00

Grafico N° 15.



Fuente: Encuesta aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

ANÁLISIS DEL III BLOQUE PREGUNTAS DE LA 10 A LA 15

Todo este acápite tiene que ver con el medio ambiente y el saneamiento, “El planteamiento, organización, ejecución y monitoreo de actividades para la modificación o manipulación de los factores del medio ambiente o su interacción en los seres humanos con la prevención o minimización de la propagación del vector y la reducción del contacto hombre- vector- organismo patógeno “(1998Martinez Torre, pp. 194)

Con un correcto manejo del funcionamiento, es para lograr transformaci3nduraderas del h4bitat del mosquito, es decir modificaci3n como ser4a el abastecimiento de servicio de agua potable o cambios temporales en el mismo, llamado manipulaci3n, como ser4a la protecci3n o colocaci3n de tapas de recipiente que pueden ser desechable ;(llanta 15%, 35& botellas 25% tanques) o la eliminaci3n de los que son insensibles y el tratamiento de los criaderos notables.

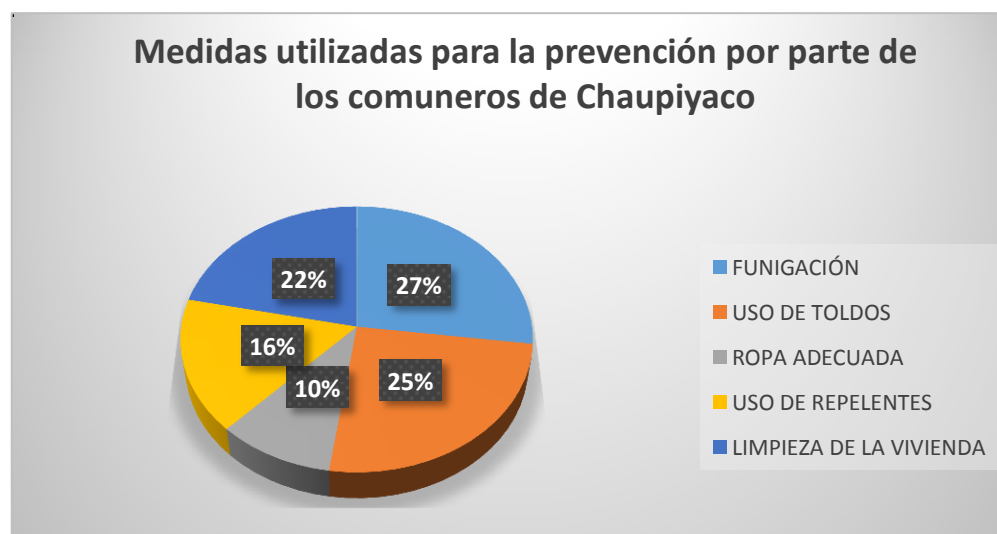
El llevar los dep3sitos de agua se debe realizar con cepillo sus paredes, ya que las larvas pueden sobrevivir un a4o y en periodos no sucede, pero al primer contacto se iniciaran su crecimiento, por lo tanto el cambio de agua en los recipientes no es 4til, si se hace solo esa actividad.

16. Medidas utilizadas para la prevención por parte de los comuneros de Chaupiyaco

Tabla N°16

Variable	Fa	F.Acumulada	Porcentaje	Fr
Fumigación	15	15	27,27	0,27
Uso de toldos	14	29	25,45	0,25
Ropa adecuada	5	34	9,09	0,09
Uso de repelentes	9	43	16,36	0,16
Limpieza de la vivienda	12	55	21,82	0,22
Total	55	0	100,00	1,00

Grafico N° 16



Fuente: Encuesta aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

17. Usa toldo cuando duerme

Tabla N° 17

Variable	Fa	F.Acumulada	Porcentaje	Fr
Si	46	48	83.64	0,84
No	9	55	16.36	0,16
Total	55	0	100	1

Grafico N° 17



Fuente: Encuesta aplicada 2015

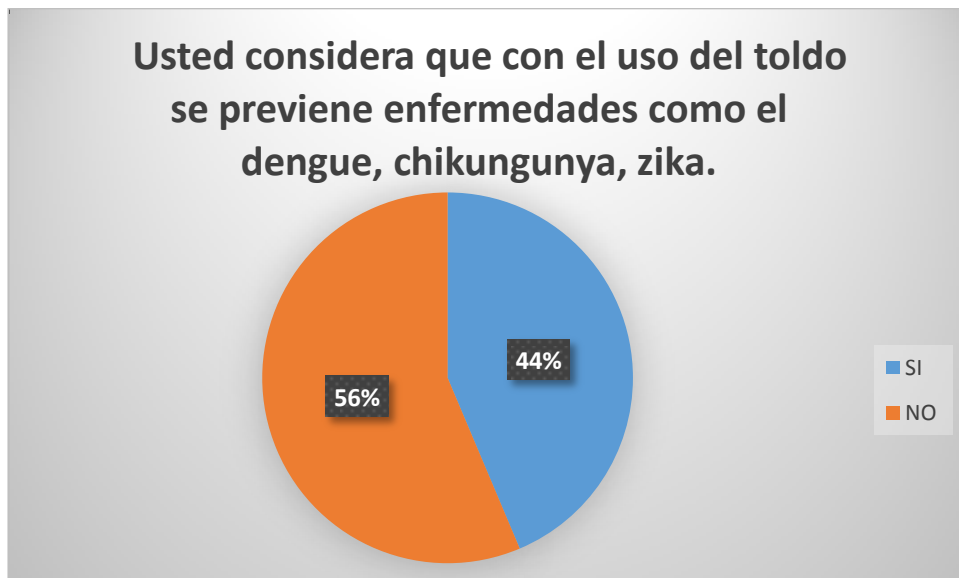
Elaborado por: Belén Becerra - LilianVerdezoto

18.-Usted considera que con el uso del toldo se previene enfermedades como el dengue, chikungunya, zika.

Tabla N° 18

Variable	Fa	F. Acumulada	Porcentaje	Fr
Si	24	23	43.6	0,44
No	31	55	56.4	0,56
Total	55		100	1

Grafico N° 18



Fuente:Encuesta aplicada 2015

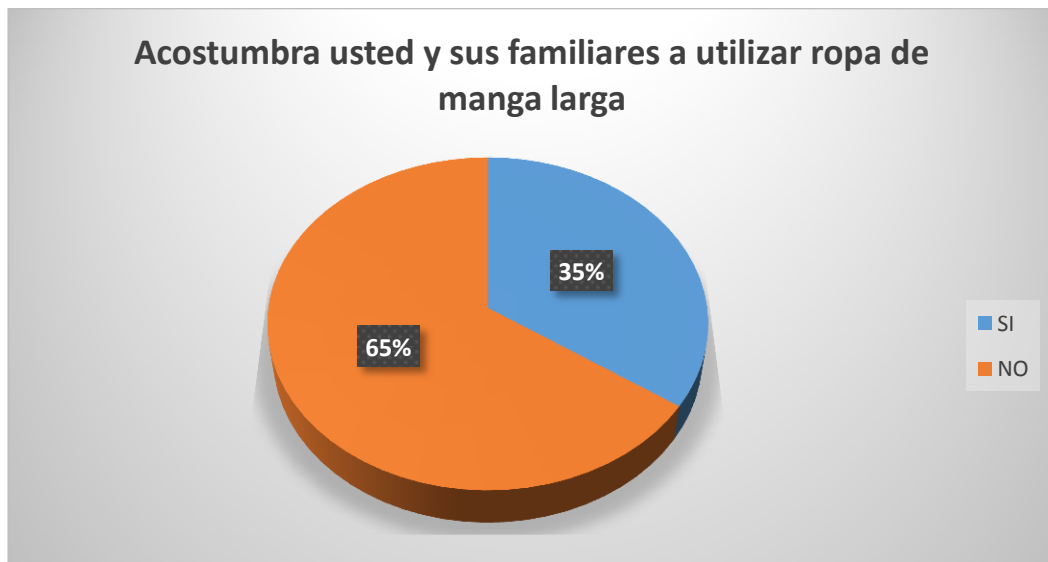
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

19. Acostumbra usted y sus familiares a utilizar ropa de manga larga

TablaN° 19

Variable	Fa	F.Acumulada	Porcentaje	Fr
Si	19	19	34,55	0,35
No	36	55	65,45	0,65
Total	55	0	100,00	1,00

Grafico N° 19



Fuente: Encuesta aplicada 2015

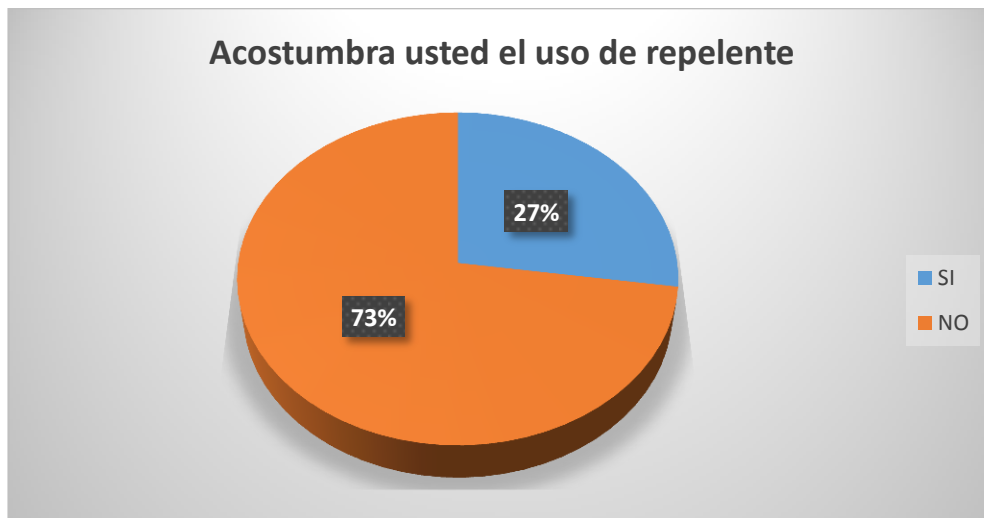
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

20. Acostumbra usted el uso de repelente

Tabla N° 20

Variable	Fa	f.Acumulada	Porcentaje	Fr
Si	15	15	27,27	0,27
No	40	55	72,73	0,73
Total	55	0	100,00	1,00

Grafico N°20



Fuente: Encuesta aplicada 2015

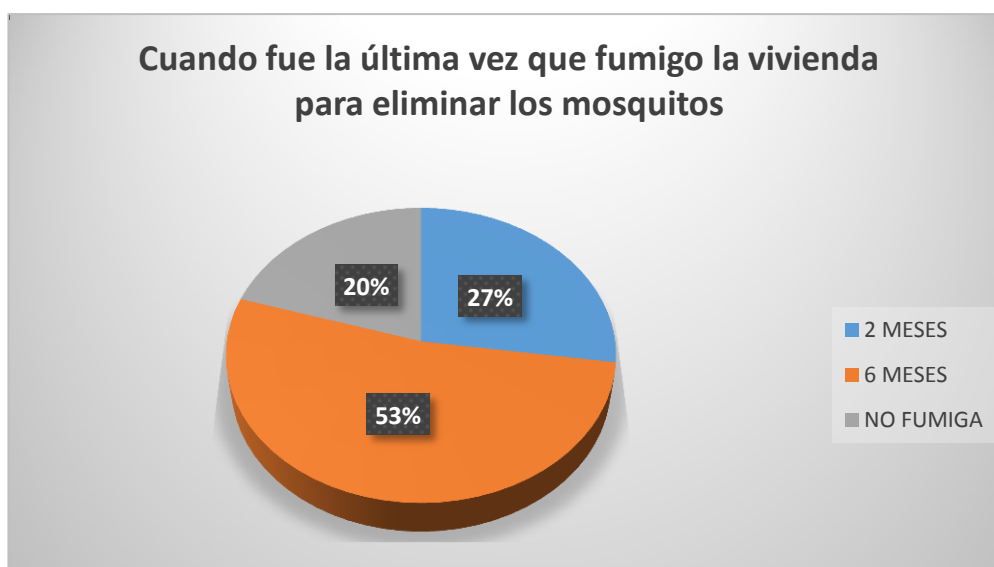
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

21. Cuando fue la última vez que fumigo la vivienda para eliminar los mosquitos

Tabla N° 21

Variable	Fa	F.Acumulada	Porcentaje	Fr
2 meses	15	15	20,00	0,27
6 meses	29	44	52,73	0,53
No fumiga	11	55	20,00	0,20
Total	55	0	92,73	1,00

Grafico N° 21



Fuente: Encuesta aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

ANÁLISIS DEL BLOQUE 4 PREGUNTAS DE LA 16 A LA 21

La reemergencia del dengue en las regiones tropicales y subtropicales tiene múltiples factores, como el riesgo de dispersión del Aedes, el aumento de las

urbanizaciones masivas no planificadas, esto acompañado de una deficiente prestación de servicios públicos (agua potable recolección de basura).

La OPS señala que la falta de control del vector la evolución del virus el aumento de los viajes internacionales, las cepas de mayor virulencia de reciente aparición, y la circulación de los 4 serotipos, a menudo el cambio climático se constituye un factor en la disminución del dengue

En última instancia la interacción del virus el vector y el huésped es el factor que determina la dinámica de transmisión de la enfermedad.

Sobre las fumigaciones que es un método tradicional (fumigaciones especiales masivas) no ajustadas a las medidas de contexto local y actual con acciones puntuales ante la prevención de brote, epidemias y muerte.

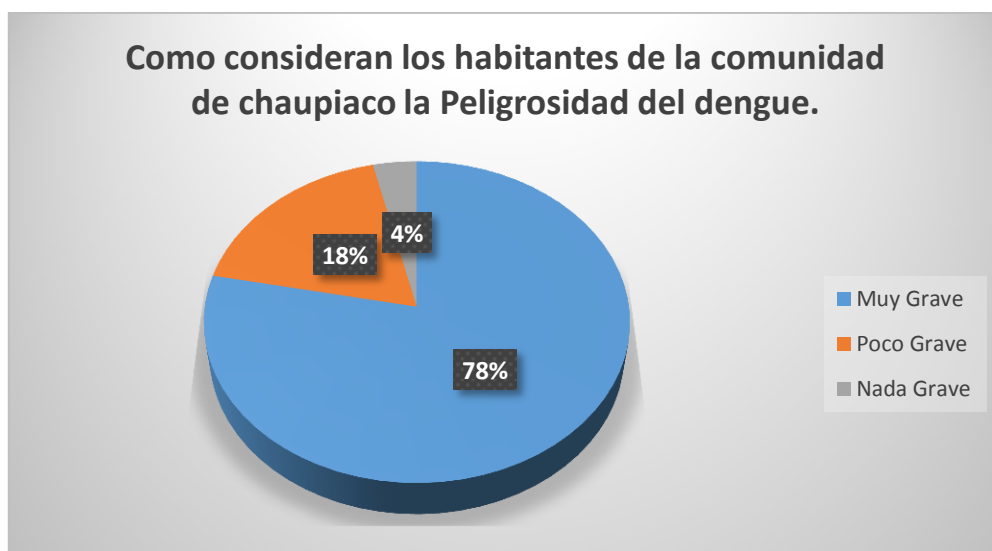
Referente a las otras medidas de prevención como son el uso de mallas protectoras en las viviendas apenas hubo el porcentaje 13 %, el uso de repelentes tiene apenas un 27% de acogida, el uso de ropa adecuada es igualmente minoritario en un 35% área, el uso del toldos tiene una mejor acogida logrando un 84% en la población. Medidas que en su conjunto se convierten en factores de riesgo para la transición del dengue al no ser aplicadas.

22. Como consideran los habitantes de la comunidad de chaupiaco la Peligrosidad del dengue.

Tabla N°22

Variable	FA	F.Acumulada	Porcentaje	FR
Muy Grave	43	43	78,18	0,78
Poco Grave	10	53	18,18	0,18
Nada Grave	2	55	3,64	0,04
	55	0	100,00	1,00

Grafico N°22



Fuente: Encuesta aplicada 2015

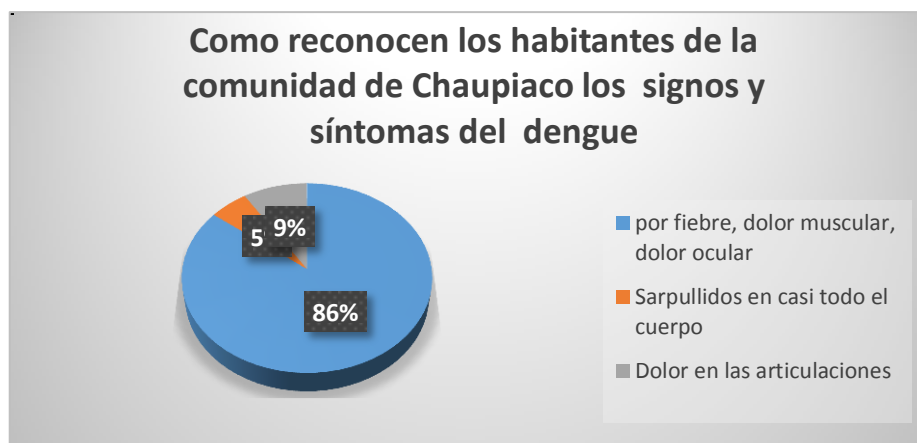
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

23. Como reconocen los habitantes de la comunidad de Chaupiacolos signos y síntomas del dengue.

Tabla N°23

Variable	FA	F.Acumulada	Porcentaje	FR
por fiebre, dolor muscular, dolor ocular	47	47	85,45	0,85
Sarpullidos en casi todo el cuerpo	3	50	5,45	0,05
Dolor en las articulaciones	5	55	9,09	0,09
Total	55	0	100,00	1,00

Grafico N°23



Fuente: Encuesta aplicada 2015

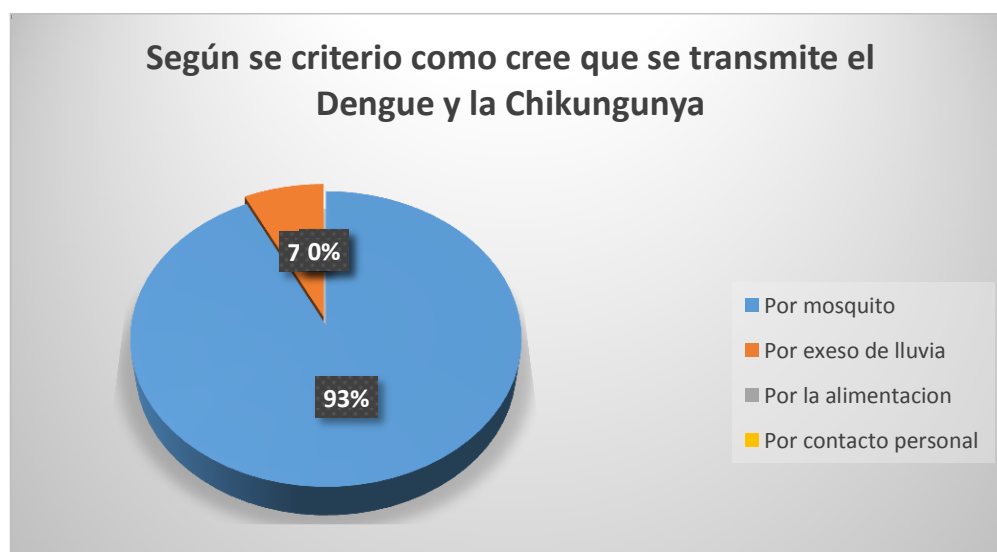
Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

24. Según se criterio como cree que se transmite el Dengue y la Chikungunya

Tabla N° 24

VARIABLE	FA	F.Acumulada	Porcentaje	FR
Por mosquito	51	51	92,73	0,93
Por exceso de lluvia	4	55	7,27	0,07
Por la alimentación	0	0	0	0
Por contacto personal	0	0	0	0
TOTAL	55	0	100,00	1,00

Grafico N°24



Fuente: Encuesta aplicada 2015

Elaborado por: Belén Becerra, Lilian Verdezoto

ANÁLISIS DEL BLOQUE 5 DE PREGUNTAS DE LA 22 A LA 24

Las personas de la comunidad consideran al dengue como una enfermedad grave lo que se concuerda con estudios realizados en otros países que lo relacionan como severo medianamente severo o leve en nuestro caso las personas lo consideran como muy grave en un 78%, a pesar que en la comunidad no se ha presentado casos de dengue las noticias, las vivencias de

otras comunidades vecinas indican como lo consideran la población a esta enfermedad.

Tiene un alto conocimiento sus pobladores de la forma de cómo se transmite la enfermedad en un 93% lo consideran que es a través de los mosquitos; claro está que la lluvia no es el transmisor pero si un factor de importancia para ella.

CAPITULO IV

RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Resultado según el objetivo 1

Sistema de vigilancia funcionando con la participación de la comunidad.

4.2. Resultado según el objetivo 2

Familias capacitadas para la eliminación de aguas empozadas y demás reservorios de vectores en las viviendas y sus alrededores.

4.3. Resultado según el objetivo 3

Realización de dos talleres sobre medidas preventivas de enfermedades vectoriales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Con las encuestas y guía de observación aplicada se llega a las siguientes conclusiones:

- Se concluye que la aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológica permite identificar precozmente los posibles brotes de enfermedades vectoriales principalmente el dengue para trabajar en su oportuna intervención y control, Finalmente, evaluar los resultados de las medidas de prevención y control que realiza el Centro de Salud.
- Los habitantes de la comunidad de Chaupiaco tienen conocimiento sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmitidas por vectores puntualmente hablando del dengue, es necesario educar y concientizar la importancia de adecuar su estilo de vida.
- La coordinación entre los habitantes de la comunidad de Chaupiaco y autoridades del Ministerio de salud Pública no es suficiente para trabajar en beneficio de la prevención y control de las enfermedades vectoriales.
- Las condiciones climáticas de la zona favorecen a la presencia de los mosquitos vectores; a lo que se debe sumar la limitada practica sanitaria de los pobladores convirtiéndose este hecho cultural, por lo que los esfuerzos educativos deben encaminarse a que la población tenga un

proceso de cambio frente a los factores de riesgo de las Enfermedades Vectoriales.

- Se concluye que las personas de la Comunidad de Chaupiyaco utilizan de manera limitada las medidas de barrera como son: el uso de toldos, repelentes, ropa de manga larga exceptuando la utilización de mallas metálicas de puertas y ventanas. Por lo que hay que educar en este sentido a la comunidad.
- La utilización de toldos por parte de las familias se realiza de una manera genérica, para la protección de presencia de mosquitos y sin el conocimiento de que enfermedades se está previniendo.
- Durante el periodo que dura la investigación no se han reportado un brote o epidemia de dengue en la población en estudio

5.2 Recomendaciones

Dejamos como recomendación lo siguiente:

- Se recomienda al Centro de Salud Balzapamba que por medio de sus técnicos en APS pueda facilitar la aplicación del sistema de vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores con participación activa de la comunidad.
- Crear conciencia en los habitantes de Chaupiaco por medio de ferias, charlas, visitas domiciliarias sobre la peligrosidad de la enfermedad e incentivar la tenencia de hogares libre de objetos inservibles que favorecen a la aparición y propagación de vectores.
- Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud en Balzapamba la aplicación de las estrategias de la OMS (EGI Dengue): comunicación social, laboratorio, atención al paciente, control integrado de vectores, epidemiología, medio ambiente. En beneficio e para evitar o reducir el riesgo de transmisión de las enfermedades vectoriales en esta población.
- Proceso educativo continuo y permanente con la participación multisectorial e intersectoriales para la ejecución de un proceso educativo que aporte a cambios de conducta, referente a la presencia de recipientes con agua forma de transmisión de estas enfermedades, medidas de prevención, signos de alarma y conocimiento de las Unidades de Salud.
- Participación activa de la comunidad mingas de limpieza por la salud y vida que debería llamarse “Minga de la Casa Limpia”
- Entrega de toldos a la comunidad previo a un proceso de capacitación en su uso y mantenimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Benenson, A. (1997) “Protocolo para la vigilancia en salud pública del Dengue” Decimosexta edición OPS Publicación Científica N° 564. Pág. 8

Clark, G. (1995). Situación epidemiológica del dengue en América, desafíos para su vigilancia y control. Salud Pública de México. 37(1), p. 5-11.

Dr. Álvarez, Ángel (2014) “Últimos adelantos técnicos en la prevención y control del dengue en la región de las Américas” OPS/OMS. Págs DOCUMENTO OMS OPS. **PAG 6 -16**

Manual (2013) “Sistema integrado de vigilancia epidemiológica” Manual de procedimientos del Subsistema Alerta Acción. SIVE – ALERTA. Quito.
Pag 95-100 108-112

Organización Panamericana de la Salud. (2011) “Sistematización de Lecciones Aprendidas en Proyectos COMBI”. Dengue Región de las Américas. Pág. 19.

[//www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html](http://www.scidev.net/america-latina/politica/especial/cambio-clim-tico-y-enfermedades-transmitidas-por-i.html)

Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, GACETA EPIDEMIOLÓGICA SEMANAL
Semana epidemiológica N°.52 Miércoles 30 de Diciembre 2015

Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV)
Ministerio de salud pública república dominicana, oms, opspag 21 26
Coordinación técnica: Yira Tavárez Villamán

ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

La encuesta detallada a continuación tiene la finalidad de obtener información con el propósito de realizar una investigación sobre los factores de riesgo y la incidencia de las enfermedades transmitida por vectores en la comunidad de Chaupiacó.

DATOS GENERALES

Lugar: Chaupiacó

Fecha: 3, 4 de Diciembre del 2015

1.- Sexo de las personas encuestadas

- a) masculino
- b) femenino

2.- Edad de la personas encuestada de la comunidad de Chaupiacó año 2015

- a) de 10 a 20
- b) 21 a 30
- c) 31 a 40
- d) 51 a 60
- e) Más de 60

3.- Nivel de escolaridad de la comunidad de Chaupiacó

- a) Primaria completa
- b) Primaria incompleta
- c) Bachillerato completo
- d) Bachillerato incompleto
- e) Analfabeto
- f) otros

4.-Ocupación de los comuneros de la comunidad de Chaupiaco

- a) No trabaja
- b) Empleado domestico
- c) Empleado publico
- d) Jornalero
- e) Agricultor

5.- Número de integrantes de la comunidad de Chaupiaco

- a) De 1 a 2
- b) De 3 a 4
- c) De 5 a 6
- d) 6 o mas

6.- Lugares donde busca apoyo para curar sus dolencias en la comunidad de Chaupiaco

- a) Centro de Salud Balzapamba
- b) Centro de Salud Montalvo
- c) Seguro Campesino
- d) Medico Particular

7.- Conoce usted lo que hace el centro de salud para prevenir el dengue y la Chikungunya

- a) Si
- b) no

8.- Que actividades que realiza el Centro de Salud Balzapamba

- a) Educación
- b) Fumigación
- c) Entrega de toldos
- d) Entrega de repelentes

9.- Veces de información recibida por parte del Centro de Salud Balzapamba

- a) Varias veces
- b) Alguna vez
- c) Nunca
- d) No se

10.- Presencia de dengue leshimaniasis y chicunyunya en los últimos años

- a) sí
- b) no

11. Presencia de recolectores de agua fuera del hogar

- a) Llantas
- b) Botellas
- c) Aguas estancadas
- d) Tanques de agua

12.- Almacena el agua los comuneros de Chaupiaco

- a) sí
- b) no

13.- Días de almacenamiento de agua de los comuneros de Chaupiaco

- a) De uno a dos días
- b) De tres a 4 días
- c) Más de cinco días
- d) No almacenan

14.- Tapa usted los depósitos de agua almacenada

- a) sí
- b) no
- c) no almacena

15.- Acostumbra usted a lavar con cepillo los depósitos del agua

- a) si
- b) no
- c) solo cambia el agua

16.- Medidas utilizadas para la prevención por parte de los comuneros de Chaupiyaco

- a) fumigación
- b) uso de toldo
- c) ropa adecuada
- d) uso de repelentes
- e) limpieza de la vivienda

17.- Usa toldo cuando duerme

- a) si
- b) no

18. -Usted considera que con el uso del toldo se previene enfermedades como el dengue, chikungunya, zika.

- a) si
- b) no

19.- Acostumbra usted y sus familiares a utilizar ropa de manga larga

- a) si
- b) no

20.- Acostumbra usted el uso de repelente

- a) si
- b) no

21.- Cuando fue la última vez que fumigo la vivienda para eliminar los mosquitos

- a) cada 2 meses
- b) cada 6 meses
- c) no fumiga

22.- Como considera al dengue

- a) muy grave
- b) poco graves
- c) nada grave

23.- Como reconoce el dengue

- a) por fiebre, dolor muscular, dolor ocular
- b) Sarpullidos en casi todo el cuerpo
- c) Dolor en las articulaciones

24.- Según se criterio como cree que se transmite el Dengue y la Chikungunya

- a) Por mosquito
- b) Por exceso de lluvia
- c) Por la alimentación
- d) Por contacto personal

Anexo N° 2

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

N° de familia..... Apellidos de la familia.....

N° de integrantes de la familia.....

Lugar y fecha.....

GUÍA DE OBSERVACIÓN

LA VERIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES VECTORIALES EN LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD DE CHAUPIACO EN LA PARROQUIA BALSAPAMBA.

1. Se observa el uso de mallas protectoras en puertas y ventanas del hogar

Si () no ()

2. Se observa el uso de toldos en todas las habitaciones

Si () no ()

3. Numero de toldos por familia

1 a 2 ()

3 a 4 ()

5 o más ()

4. Los integrantes de la familia se encuentran usando ropa adecuada

Si () no () solo algunos ()

5. Se observa libre de vegetación o basura los exteriores de la vivienda

Si () no ()

6. Presencia de llantas

Si () no ()

7. Presencia de botellas

Si () no ()

8. Presencia de tanques de agua

Si () no ()

9. Presencia de charcos cerca del hogar

Si () no ()

10. Numero de charcos

De 1 a 3 ()

Más de tres ()

11. Se observa larvas en los tanques de agua

Si () no ()

12. La vivienda visitada está cerca de alguna alcantarilla o riachuelo

Si () no ()

13. En la vivienda visitada se observó mosquitos

Si () no ()

14. Presencia de animales intradomiciliarios

Si () no ()

Anexo N° 3



Encuesta aplicada en la comunidad de Chaupiaco



Encuesta aplicada a la comunidad de Chaupiaco



Encuesta aplicada a la comunidad de Chaupiaco

Anexo N° 4

Fotos de aplicación de la guía de observación en la Comunidad de Chaupiacó



Presencia de llantas en los hogares



Viviendas ubicadas cerca de riachuelos o alcantarillas

Anexo N° 5



Taller con los comuneros de Chaupiaco



Taller con los comuneros de Chaupiaco

Anexo N° 6

Exámenes de laboratorio realizados en Centro de Salud Balsapamba para dengue

DENGUE : HOSPITAL BASICO SAN MIGUEL DE BOLIVAR AREA 2

FECHA	NUMERO	CATEGORIA	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SOLICITANTE	EXAMEN	RESULTADO
23/01/2012	1 10	008	Esteban Vasquez	76	D. C	Dengue IgG	Negativo
	2					Dengue IgM	Negativo
31/01/2012	3 05	5236	Romero Emilio Anselmi	10	D. S	Dengue IgG	Negativo
	4					Dengue IgM	Negativo
08/01/2012	5 01	6312	Azcena Jordano	23	D. S	Dengue IgG	Negativo
	6					Dengue IgM	Negativo
26/01/2012	7 05	1267	Lu2 Segura	30	D. C	Dengue IgG	Negativo
	8					Dengue IgM	Negativo
09/01/2012	9 06	5091	Vergara Silvia Rosa	22	D. C	Dengue IgG	Negativo
	10					Dengue IgM	Negativo
11/01/2012	11 01		Romero Juan	32	D. C	Dengue IgG	Negativo
	12					Dengue IgM	Negativo
13/01/2012	13 16	1451	Barahona Laura	55	D. P	Dengue IgG	Negativo
	14					Dengue IgM	Negativo
15/01/2012	15 04	008	Christian Gabriela	33	D. C	Dengue IgG	Negativo
	16					Dengue IgM	Negativo
17/01/2012	17 04	1290	Parraga Nora Silvana	22	D. P	Dengue IgG	Negativo
	18					Dengue IgM	Negativo
19/01/2012	19 01	12629	William Verdugo	30	D. P	Dengue IgG	Negativo
	20					Dengue IgM	Negativo

Anexo N° 7

Llenado de ficha epidemiológica

FICHA EPIDEMIOLOGICA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SUBSECRETARIA REGIONAL DE SALUD COSTA - INSULAR

FICHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS SOSPECHOSOS DE DENGUE Y DENGUE GRAVE

Fecha: 26/01/2013 Provincia: Pichincha

Cantón: San Rafael Parroquia: Dal Superior

Area de Salud: 2

Apellidos del paciente: León Sexo: AM Unidad Operativa: Palmar Esmeralda

Edad: 30 M () F (X) Nombres: León, Imelda

Dirección de residencia: Alago Ocupación: SD

Dirección de ocupación: _____

Comienzo de los síntomas: _____ Menos de 5 días: () Cuantos días: 5 Más de 5 días: ()

Hay otros miembros de su familia con los mismos síntomas en las últimas 2 semanas?: SI () NO (X)

Ha viajado a otro lugar en los últimos 10 días: NO (X) SI () Donde: _____

Ha tenido Dengue: SI () NO (X)

Síntomas y signos:

Para Personal de Enfermería:	SI	NO	SI	NO
1) Fiebre	()	(X)	12) Para Médicos:	()
2) Dolor de cabeza	(X)	()	Exantema maculopapular	(X)
3) Dolor muscular	(X)	()	Petequias	()
4) Dolor articular	(X)	()	Epistaxis	()
5) Dolor retroocular	(X)	()	* Prueba de torniquete(++)	(X)
6) Decaimiento	(X)	()	Hematomesis/Melena	()
7) Pulso acelerado	()	(X)	Hepatomegalia	()
8) Náuseas	(X)	()	Singultorregia	()
9) Vómitos	()	(X)	Dolor abdominal intenso	()
10) Dolor de garganta	()	(X)	Letargia	()
11) Agitación	()	(X)	Choque	()
			Íctericia	()

Fecha Toma de Muestra: 26 / 01 / 2013

PRUEBAS A SOLICITAR:

Laboratorio de U.O. Operativa: _____ Laboratorio de I.N.H.: _____

Hematócrito: 37% Detección Viroológica: _____

Hemoglobina: 13.5 g/l Detección NS1 (Antígeno Viral): _____

Plaquetas: _____ Detección Serológica de IgM: _____ IgG: _____


Diagnóstico Clínico: _____ Nexo Epidemiológico: _____ Laboratorio: _____

Anexo No. 2
No. Registro: 1
Zona: 5

D. [Firma]
NOMBRE DEL MÉDICO
D. Christian Galanza

Anexo N° 8

Hoja EPI 1 individual



Ministerio de Salud Pública
Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Notificación y cierre de caso

SIVE-ALERTA
EPI 1- Individual

N° de Semana epidemiológica

GENERACIÓN DE ALERTA

<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">MSP</td><td style="width: 12.5%;">IESS</td><td style="width: 12.5%;">FFAA</td><td style="width: 12.5%;">POLI</td><td style="width: 12.5%;">JBG</td><td style="width: 12.5%;">MEC</td><td style="width: 12.5%;">DRS.</td><td style="width: 12.5%;">PRIV</td><td style="width: 12.5%;">ONG</td> </tr> </table>	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS.	PRIV	ONG	<p>1. Institución: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2. Nombre Unidad que notifica: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>										
MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS.	PRIV	ONG												
<p>3. Ubicación Unidad</p> <p style="text-align: center;">Provincia: <input style="width: 150px;" type="text"/> Cantón: <input style="width: 150px;" type="text"/> Parroquia: <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p>4. Fecha de atención</p> <p style="text-align: center;">día: <input style="width: 30px;" type="text"/> mes: <input style="width: 30px;" type="text"/> año: <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																			
<p>6. Nombre</p> <p style="text-align: center;">Primer apellido: <input style="width: 100px;" type="text"/> Segundo apellido: <input style="width: 100px;" type="text"/> Primer nombre: <input style="width: 100px;" type="text"/> Segundo nombre: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>5. Nombre de quien notifica: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>7. No. de documento de identificación: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>																			
<p>10. Sexo</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer </p>	<p>8. Número de expediente / Historia clínica: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>9. Nacionalidad: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>11. Fecha de nacimiento: día <input style="width: 30px;" type="text"/> mes <input style="width: 30px;" type="text"/> año <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>12. Edad en: años <input style="width: 30px;" type="text"/> meses <input style="width: 30px;" type="text"/> días <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																			
<p>13. Lugar de residencia:</p> <p style="text-align: center;">Provincia: <input style="width: 150px;" type="text"/> Cantón: <input style="width: 150px;" type="text"/> Parroquia: <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p>14. Dirección exacta: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Telf: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>15. Lugar probable de infección: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																			
<p>16. Fecha de inicio de síntomas</p> <p style="text-align: center;">día: <input style="width: 30px;" type="text"/> mes: <input style="width: 30px;" type="text"/> año: <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p>17. Diagnóstico inicial: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="font-size: 8px; text-align: center;">Síndromico o enfermedad</p>																			
<p>18. Embarazada:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </p>	<p>19. Semanas de gestación: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																			
<p>20. Muestra de laboratorio</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr> <th rowspan="2">21. Tipo de muestra</th> <th colspan="3">Fecha toma</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>	21. Tipo de muestra	Fecha toma			día	mes	año	1.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	2.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	3.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
21. Tipo de muestra	Fecha toma																			
	día	mes	año																	
1.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																	
2.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																	
3.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																	
<p>22. Nombre y ubicación del laboratorio: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																				

CIERRE DEL CASO

<p>23. Tipo de muestra</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Fecha recepción</th> <th colspan="2">Muestra adecuada</th> <th colspan="3">Fecha de procesamiento</th> <th colspan="3">Fecha entrega resultado</th> </tr> <tr> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> <th>sí</th> <th>no</th> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> <th>día</th> <th>mes</th> <th>año</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>		Fecha recepción			Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega resultado			día	mes	año	sí	no	día	mes	año	día	mes	año	1.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	2.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	3.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<p>24. Resultado: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/></p> <p>25. Resultado (agente) 1. <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">2. <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Observaciones: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
		Fecha recepción			Muestra adecuada		Fecha de procesamiento			Fecha entrega resultado																																																		
	día	mes	año	sí	no	día	mes	año	día	mes	año																																																	
1.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																																																	
2.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																																																	
3.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																																																	
<p>26. Se realizó investigación</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </p>	<p>27. Fecha de investigación</p> <p style="text-align: center;">día: <input style="width: 30px;" type="text"/> mes: <input style="width: 30px;" type="text"/> año: <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																																																											
<p>29. Evolución del caso</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI </p>	<p>28. N° Contactos sintomáticos: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>30. Condición final del caso</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Con discapacidad <input type="checkbox"/> Muerto </p> <p>31. Fecha de fallecimiento</p> <p style="text-align: center;">día: <input style="width: 30px;" type="text"/> mes: <input style="width: 30px;" type="text"/> año: <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																																																											
<p>32. Clasificación final caso:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> No concluyente </p>	<p>34. Diagnóstico final: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																																																											
<p>33. Confirmado por:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Nexa epid. </p>	<p>35. Fecha cierre caso</p> <p style="text-align: center;">día: <input style="width: 30px;" type="text"/> mes: <input style="width: 30px;" type="text"/> año: <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																																																											
	<p>36. Nombre responsable epid.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																																																											

OBSERVACIONES:

1. Formulario con 3 copias una original y dos copias químicas con la siguiente distribución:
 Original para seguimiento de Epidemiólogo
 Copia 1 funciona como pedido de laboratorio
 Copia 2 Historia clínica

IMPRENTA M.S.P.

Anexo N° 9

Ficha de investigación clínico epidemiológico

DE EPIDEMIOLOGIA NO. DE TEL: 11 MAR. 2009 04:15PM P.

mSP Ministerio de Salud Pública
 Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Ficha de investigación clínico epidemiológica

Diagnóstico inicial: _____

I. Datos de la unidad:
 1. Nombre Unidad que investiga: _____ 2. Fecha de investigación: _____
 3. Ubicación Unidad: _____
 Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____

II. Datos de identificación del caso:
 4. Nombre: _____ 5. Sexo: H M
 6. Edad: _____ 7. Estado civil: _____ 8. Etnicidad: _____
 9. Ocupación: _____ 10. Teléfono: _____
 Lugar residencia: _____
 Dirección exacta (Barrio, localidad): _____
 Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____
 12. Nombre de la madre o responsable: _____

III. Datos clínicos del caso:
 13. Signos y síntomas: Fecha inicio de cuadro clínico: _____
 Fecha inicio de síntoma/signo relevante: _____
 N° días: _____

<input type="checkbox"/> Acenopatías	<input type="checkbox"/> Comas	<input type="checkbox"/> Secuelas	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> At. neurológicas del nivel periférico	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Espasmo muscular	<input type="checkbox"/> Estomatitis
<input type="checkbox"/> At. neurológicas del nivel central	<input type="checkbox"/> Deshidratación	<input type="checkbox"/> Estenocor respiratorio	<input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Escarinas
<input type="checkbox"/> Agudez	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Estomatitis	<input type="checkbox"/> Miopías
<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Asotia	<input type="checkbox"/> Dolor garganta	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Prurito
<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Rigidez muscular
<input type="checkbox"/> Otros signos y síntomas:			<input type="checkbox"/> Sangrados
			<input type="checkbox"/> Tórax
			<input type="checkbox"/> Intenias
			<input type="checkbox"/> Vision borrosa

 14. Caracterizar en los signos/síntomas más relevantes: _____

IV. Datos epidemiológicos del caso:
 15. Recibió tratamiento: Sí No Especifique cuál: _____
 Lugar donde recibió tratamiento: Domicilio Farmacia Unidades de Salud del MSP
 Lugares condicionales Empeño Otras Unidades de sector público Unidades de salud privadas

16. Hospitalizado: Sí No Fecha de hospitalización: _____ N° HCU: _____ Servicio: _____
 Nombre del hospital: _____

17. Ingreso a UDI: Sí No

18. Condición actual: Vivo Muerto

19. Fecha fallecimiento: _____

20. Antecedente vacunal: Sí No Desconoce
 BCG J-B Rota OPV Penta Influenza Neumococo conjugado SR
 FA DT DPT DT SRP Varicela Neumococo polisacárido Otras

21. Fecha de última dosis: _____ N° de dosis recibidas: _____

22. Fuente de información: Tarjeta vacunación Registro servicio salud Verbal
 Agudez/vuelos Basurales Ninguno

23. Antecedente de contacto con: Animal Persona sintomática Alimentos Pegulidos Otros: _____
 Metano Metales pesados Solventes

24. Lugar geográfico: _____
 25. Fecha de contacto: _____
 Lugar de contacto: _____
 Características del objeto de contacto: _____

Anexo N ° 10
Hoja EPI grupal

9.3 ANEXO N° 3 EPI - GRUPAL



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
FORMULARIO EPI 1 GRUPAL - NOTIFICACION SEMANAL

2. Nombre unidad

3. Institución

MSP	IES	FAA	POJ	IBG	MEC	DIS	PRIV	ONG
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	-----

Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____

Día _____ Mes _____ Año _____

3. Ubicación Unidad

4. Fecha de Notificación

CODIGO	ENFERMEDAD	5. Semanas Epidemiológica												6. Notificación Negativa		TOTAL CASOS	
		GRUPOS DE EDAD												Casos			
		de 1 a 4	de 5 a 9	de 10 a 14	de 15 a 19	de 20 a 49	de 50 a 64	de 65 y más	Hombre	Mujer							
A35X	Tétanos																
B01.0	Varicela																
B16.0	Hepatitis B																
B26.0	Parotiditis Infecciosa																
J09	+ Neumonías y otras enfermedades respiratorias inferiores agudas																
J20	+ Fiebres tifoidea y Paratifoidea																
A01.0	Infeciones debidas a salmonella																
A02.0	Shigelosis																
A03.0	Hepatitis A																
B15.0	Intoxicaciones Alimentarias																
A05.0	Dengue sin signos de alarma																
A04.0	Leishmaniasis cutánea																
B55.1																	

8. Elaborado por: _____

9. Revisado por: _____

Anexo N° 11

Firmas de los beneficiarios



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

PROYECTO DE TITULACION: LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LA COMUNIDAD DE CHAUPIACO, PARROQUIA BALSAPAMBA, CANTON SAN MIGUEL, PROVINCIA BOLIVAR DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2015_ ENERO 2016.

TEMA: QUE ES EL DENGUE

RESPONSABLES: IRE. MARIA BELEN BECERRA, LILIAN VERDEZOTO

FECHA: 19. Dic. 2015

BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDO	Nº DE CEDULA	FIRMA
Nicolás Morillo	020234971-5	
José Galbar	0201965019	
Steven Prado	0202383105	
Genny Camacho	0200677397	
Guillermo Angulo	0200186424	
Milena Angulo	020235897-4	
Georgette Aguilar		
Neris Narayo	020155163-7	
Gerardo Velasco	020048358-4	
Jenny Salazar	120555210-0	



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

PROYECTO DE TITULACION: LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LA COMUNIDAD DE CHAUPIACO, PARROQUIA BALSAPAMBA, CANTON SAN MIGUEL, PROVINCIA BOLIVAR DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2015_ ENERO 2016.

TEMA: Medidas de saneamiento Ambiental

RESPONSABLES: IRES. MARIA BELEN BECERRA, LILIAN VERDEZOTO

FECHA: 12. Diciembre 2015

BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDO	Nº DE CEDULA	FIRMA
Carlos Borrero	0200335292	
Belgica Maria Verdezoto	0200875482	
Deus Gaibor Navajo	020142990-9	
Shir Borrero	1203416142	
Marcela Montero P.	0201373859	
Zoila Tapia P	0201120367	
Alvaro Velasco	1207476464	



DRA. MSc. GINA CLAVIJO CARRION
Notaria Cuarta del Cantón Guaranda



DECLARACIÓN JURAMENTADA

OTORGADA POR:

LILIANA ELIZABETH VERDEZOTO MOREJÓN Y
MARÍA BELÉN BECERRA BENÍTEZ.

CUANTÍA:

INDETERMINADA

Di 2 COPIA

En el Cantón Guaranda, Provincia de Bolívar, República del Ecuador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciséis, ante mí Dra. MSc. Gina Lucia Clavijo Carrión, **NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA DE BOLÍVAR**, nombrada mediante resolución número ciento doce guion dos mil quince, del dieciocho de mayo del dos mil quince, con acción de personal número ocho ocho cinco cero guion DNTH guion dos mil quince guion SC; comparecen las señoras: **LILIAN ELIZABETH VERDEZOTO MOREJÓN Y MARÍA BELÉN BECERRA BENÍTEZ**, de estado civil casada, portadoras de las cédulas de ciudadanía números: cero dos cero dos tres dos cinco seis nueve guion dos y cero dos cero dos tres cuatro seis ocho cuatro guion siete; por sus propios y personales derechos.- Las comparecientes son de nacionalidad ecuatorianas, mayores de edad, legalmente capaces y hábiles para contratar y obligarse, domiciliadas la primera en el cantón San Miguel de Bolívar y la segunda en este cantón, a quienes de



DRA. MSc. GINA CLAVIJO CARRION
Notaria Cuarta del Cantón Guaranda.

Conocerles doy fe, en virtud de haberme presentado su cédula de ciudadanía; instruidas por mí de la obligación que tienen de decir la verdad con claridad y exactitud y advertida sobre la gravedad del juramento y de las penas del perjurio, en forma juramentada declara: Nosotros, **LILIAN ELIZABETH VERDEZOTO MOREJÓN Y MARÍA BELÉN BECERRA BENÍTEZ**, AUTORIZAMOS SUBIR Y PUBLICAR NUESTRA TESIS EN EL REPOSITORIO DIGITAL DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR.- Es todo cuanto podemos declarar en honor a la verdad.- Para su otorgamiento se observaron los preceptos de ley y leída que le fue a la compareciente, íntegramente, por mí la Notaria, que ratifica en todas sus partes y firma conmigo en unidad de acto, de todo lo cual doy fe.-----

Lilian Verdezoto

SRA. LILIAN ELIZABETH VERDEZOTO MOREJÓN
C.C. 020232569-2.

María Belén Becerra Benítez

SRA. MARÍA BELÉN BECERRA BENÍTEZ.
C.C. 020234684-7

Gina Clavijo Carrion



Dra. MSc. Gina Clavijo Carrion
NOTARIA CUARTA
DEL CANTÓN GUARANDA

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
BIBLIOTECA GENERAL
FORMULARIO DE REGISTRO BIBLIOGRAFICO DE TESIS

Facultad: Ciencias de la Salud y del Ser Humano
Carrera: Enfermería
Tesis de Grado: Proyecto de Titulación:
Título:

La Vigilancia Epidemiológica en las Enfermedades Transmitidas por Vectores en la comunidad de Chaupiacó, Parroquia Balzapamba, Cantón San Miguel, Provincia Bolívar en el periodo Septiembre 2015-Enero 2016.

Autor o Autores

María Belén Becerra Benítez, Lilian Elizabeth Verdezoto Morejón

Colaboradores:

Tutor Dr. Guillermo Lombeyda

Entidad que auspicio la Tesis o el Proyecto de titulación

Financiamiento: SI NO
Fecha de entrega de la tesis: 14 ABRIL 2016
Grado Académico a Obtener: Licenciadas en Enfermería
Resumen:

La Vigilancia Epidemiológica en las Enfermedades Transmitidas por Vectores en la comunidad de Chaupiacó, Parroquia Balzapamba, Cantón San Miguel, Provincia Bolívar, periodo Septiembre 2015- Enero 2016, cuyo **objetivo** principal es: Incidir en la resolución de la morbilidad específica de la población mediante el establecimiento de un modelo de salud comunitaria que fortalezca la vigilancia epidemiológica, el control sanitario y el auto cuidado entre la población, adecuado técnico, cultural y socialmente a la zona de Balzapamba, sobre la base de una participación directa de la comunidad.

- Este trabajo tiene lugar en la comunidad de Chaupiacó, parroquia Balzapamba, se trabajó con **55 jefes de hogar**, utilizando como medios de recolección de datos la aplicación de la **encuesta** y simultáneamente la **guía de observación**. Teniendo como principal **conclusión**: La coordinación entre los habitantes de la comunidad



de Chaupiaco y autoridades del Ministerio de Salud Pública no es suficiente para trabajar en beneficio de la prevención y control de las enfermedades vectoriales.

- Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud en Balzapamba la aplicación de las estrategias de la OMS (EGI Dengue): comunicación social, laboratorio, atención al paciente, control integrado de vectores, epidemiología, medio ambiente. En beneficio para evitar o reducir el riesgo de transmisión de las enfermedades vectoriales en esta población.

Abstract:

Epidemiological surveillance in vector-borne diseases in the community of Chaupiaco in Balzapamba town, San Miguel Canton, Bolivar Province, period September 2015-January 2016, whose main objective is to influence the resolution of the specific morbidity of the population through the establishment of a community health model to strengthen epidemiological surveillance, disease control and self-care among the population, adequate technical, Balsapamba area and on the basis of direct community involvement.

This work takes place in the community of Chaupiaco in Balsapamba town, we worked with 55 heads of households, and using data collection means the implementation of the survey and observation guide simultaneously. With the main conclusions that should apply integrated management strategies (EGI_ dengue) in the community of Chaupiaco and around the national level: social communication, surveillance, integrated vector management, environment, patient care.

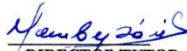


It is recommended to coordinate among all local residents, ministry of public health, and other governmental authorities necessary to implement the relevant actions to reach a true vector control and reduce the risk of disease transmission.




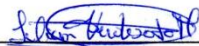
Palabras Clave o Descriptores

ENFERMEDADES VECTORIALES
EPIDEMIAS
ENDEMIAS
DENGUE
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Firmas:

 DIRECTOR/TUTOR Dr. Guillermo Vinicio Lombeyda Dávila	 Autor 1 María Belén Becerra Benítez	 Autor 2 Lilian Elizabeth Verdezoto Morejón
---	--	--

**SE AUTORIZA LA PUBLICACIÓN DE ESTA TESIS EN EL REPOSITORIO
DIGITAL DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**

 Autor 1 María Belén Becerra Benítez	 Autor 2 Lilian Elizabeth Verdezoto Morejón
---	--



Fecha, firma y sello de Biblioteca