

UNIDAD 4 TAREA 5 INFORME

DIPLOMADO DE PROFUNDIZACION EN FUNDAMENTOS DE SALUD PUBLICA

POR:

**Ana Carolina Muriel
Código: 1033340872**

**Evelyn Franco Ortiz
Código: 1036609758**

**Davier Alexander U
Código: 1017126614**

**Carolina Cataño Arroyave
Código: 1035429148**

**Nadalís Martínez Hernández
Código: 1036393853**

**CURSO:
151007_9**

**TUTORA:
Tirza María Caballero**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
CEAD MEDELLIN
NOVIEMBRE DE 2017**

**IDENTIFIQUE LA ENFERMEDAD DE MAYOR INCIDENCIA EN UN
DEPARTAMENTO, Y DE ESA ENFERMEDAD DESCRIBA LA HISTORIA
NATURAL DE LA ENFERMEDAD, DESCRIBA REPORTES ESTADÍSTICAS DE SU
COMPORTAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, IDENTIFIQUE Y DESCRIBA
LOS PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR LAS
INSTITUCIONES IMPLICADAS PARA SU CONTROL.**

La malaria o Paludismo, es una enfermedad que aumenta en Antioquia principalmente en el Remedios un municipio que queda en Nordeste Antioqueño, la alcaldesa Lucia del Socorro Carvajal, reporto 345 casos, el 95% eran campesinos y el 5% eran guerrilleros de una vereda llamada Carrizales, pero el director del de salud ambiental y factores de riesgo de la seccional de salud de Antioquia Fernando León Henao, dio otra cifra de los contaminados por la enfermedad habían 236 casos de la vereda Carrizales.

A pesar que han tenido los cuidados pertinentes y preventivos, en el corrido de este año se ha presentado 45,6 % más casos contagiados que en el año del 2016, cuando solo se presentaron 162 enfermos de malaria en Remedios y Segovia, en el 2015 solo fueron 88 casos, en los primeros meses del año. La temporada de las lluvias los Mosquitos el fuente inmediato (Anopheles), el cual transmite la enfermedad.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

Historia Natural de Malaria



Periodo pre patogénico:

Concepto: enfermedad infecciosa (parasitaria) dada por un protozooario

Agente: Plasmodium “Plasmodium falciparum”, “Plasmodium vivax” “Plasmodium malariae” y Plasmodium ovale”.

Huéspedes definitivos: humanos.

Medio ambiente: zonas de clima templado, tropicales y subtropicales.

Factores de riesgo: tipo ecológico como la pluviosidad, temperatura y humedad, aspectos sociodemográficos y culturales.

El Paludismo o la malaria es una enfermedad parasitaria que se conoce desde la antigüedad, este Parasito es uno de los patógenos humanos mas importantes y ha desempeñado un papel muy significativo en el desarrollo y propagación de las diferentes las distintas culturas del ser humano. se han encontrado papiros del Antiguo Egipto que hace referencia a la aparición de fiebres intermitentes tras las crecidas de El Nilo. En la antigua Grecia y Roma el Paludismo se conocía con el nombre de fiebres terciarias o cuartanas, de hecho los nombres que se conocen actualmente Paludismo (del latín= pantano) y malaria = mal aire.

La hembra del Mosquito Anopheles transmite el Parasito que causa la enfermedad cuando pica a una persona para alimentarse con sangre que es transmitido a los humanos a través de los paracitos que son llamados esporozoitos esto se da porque el mismo Mosquito pica a una persona infectada toma una cantidad diminuta del Parasito de la Malaria, luego el Mosquito pica de nuevo para tomar su dosis de sangre, los parásitos se mezcla con la saliva del Mosquito y son transmitido al nuevo huésped, estos viajan por el torrente sanguíneo hasta el hígado, donde maduran y producen merozoitos, este Parasito llega a infectar los glóbulos rojos, el Parasitario se multiplican dentro de los glóbulos rojos, se dañan a los 48 a 72 horas y así infectando más glóbulos rojos, los primeros síntomas se presentan entre los primeros días a 4 semanas después de la infección

PERIODO PATOGENICO

Periodo de Incubación.

12-17 días

Cambios tisulares: Escalofríos, dolor de cabeza, molestias en todo el cuerpo.

Signos y síntomas.

- Fiebre
- Sudoración
- Dolor de cabeza.
- Nauseas.
- Dolor muscular
- Vómitos.
- Dificultad para dormir
- Perdida del petito.

Complicaciones:

Malaria cerebral o Paludismo cerebral, presentando los pacientes un cuadro de afectación cerebral que normalmente acaba en un cuadro de coma

Anemia hemolítica.

Hipoglicemia

Complicaciones pulmonares.

Daños renales agudo.

Defecto o daño.

Destrucción de los glóbulos rojos.

Parálisis, rigidez, las principales consecuencias de la enfermedad.

Estado crónico.

Piel amarilla, palpitaciones, convulsiones. Etc.

La infección por *Plasmodium falciparum* durante las primeras fases eritrocitaria y extraeritrocitaria. La obstrucción bascular, explica por los fenómenos de secuestro de los glóbulos rojos parasitados y la formación de rosetas, mediados por diversos ligados y receptores endoteliales, luego llegan los problemas de la inflamación instaurados ante la presencia del Parasito, es por eso que se da la muerte y daños de las células en los diferentes órganos, ahí es donde se explica las alteraciones como el aumento de la permeabilidad vascular, la hipoxia y el metabolismo anaerobio, que conduce tanto a lesiones localizadas en los órganos como cerebro y pulmón, como a un estado de ácidos generalizada y falla multisistematica.

Periodo de Incubación

Después de la picadura del Mosquito *Anopheles*, transcurre un período de Incubación antes que aparezcan los primeros síntomas. Este período en la mayoría de los casos varía de 7 a 30 días. Los períodos más cortos se observan con más frecuencia en casos de Paludismo por *P. falciparum* y los más largos en casos de *P. malariae*.

Los medicamentos Antipalúdicos tomados por los viajeros pueden retrasar la aparición de los síntomas de la enfermedad por semanas o meses, mucho después de que el viajero se ha marchado de la zona de riesgo. Esto puede suceder especialmente con los parásitos *P. vivax* y *P. ovale*, ya que ambos pueden producir etapas de latencia en el hígado, las cuales se caracterizan por la reactivación de los parásitos y la aparición del Paludismo, meses después de la picadura del Mosquito infectado.

Tales demoras entre la exposición y el desarrollo de los síntomas pueden provocar diagnósticos erróneos o retrasados. Por ese motivo se recomienda que los viajeros que regresan de países con riesgo de Paludismo, se lo informen a su proveedor de salud más cercano.

Prevención PRIMARIA

FOMENTO DE LA SALUD: Educación para la salud, control vectorial.

Protección personal: toldillos para la noche, utilizar repelentes y ropa que tape la mayoría del cuerpo.

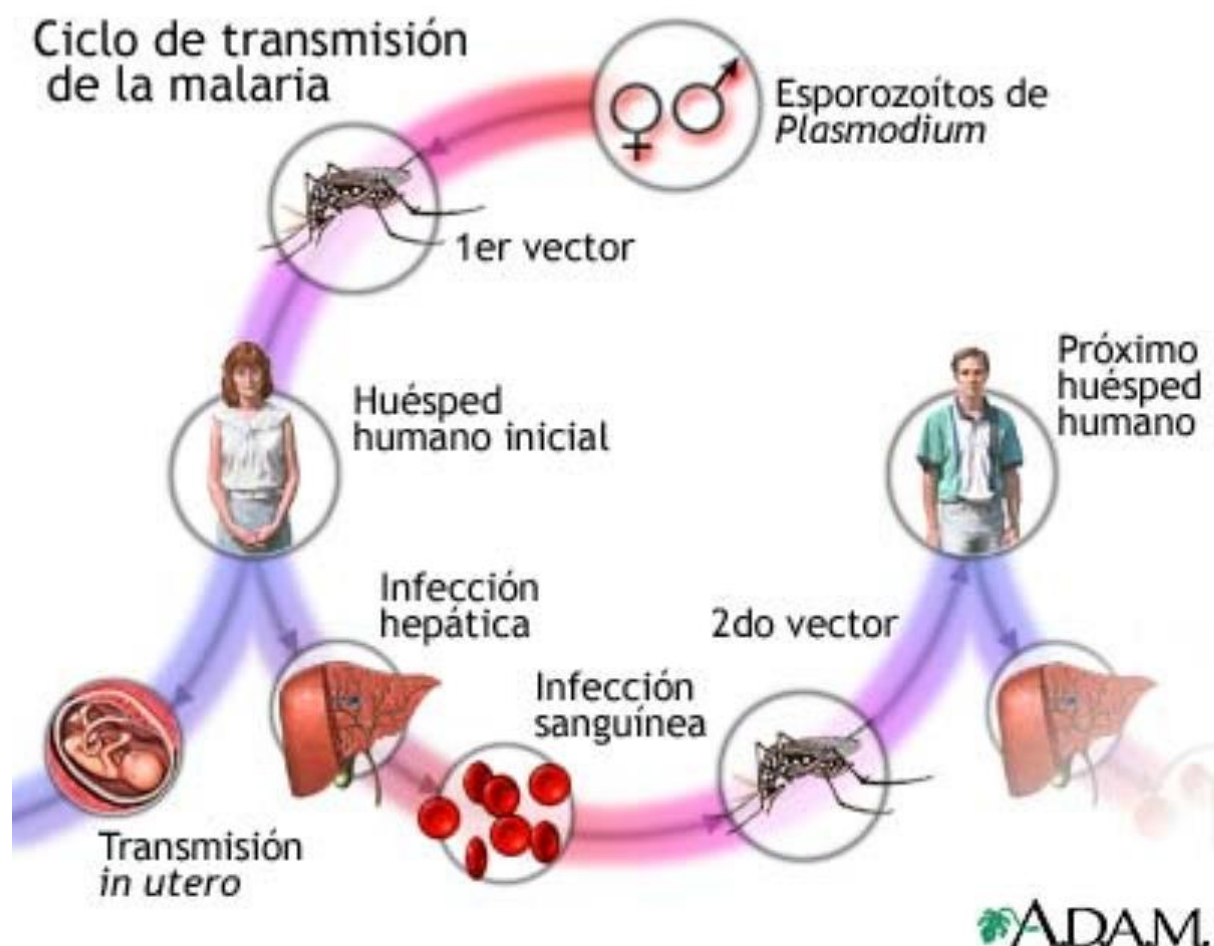
Prevención SECUNDARIA:

DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO:

Análisis de sangre, películas de sangre que se puedan utilizar y ver el microscópico.

Prevención Terciaria:

Tratamiento farmacológico con Cloroquina, y en los casos muy extremos hospitalización.



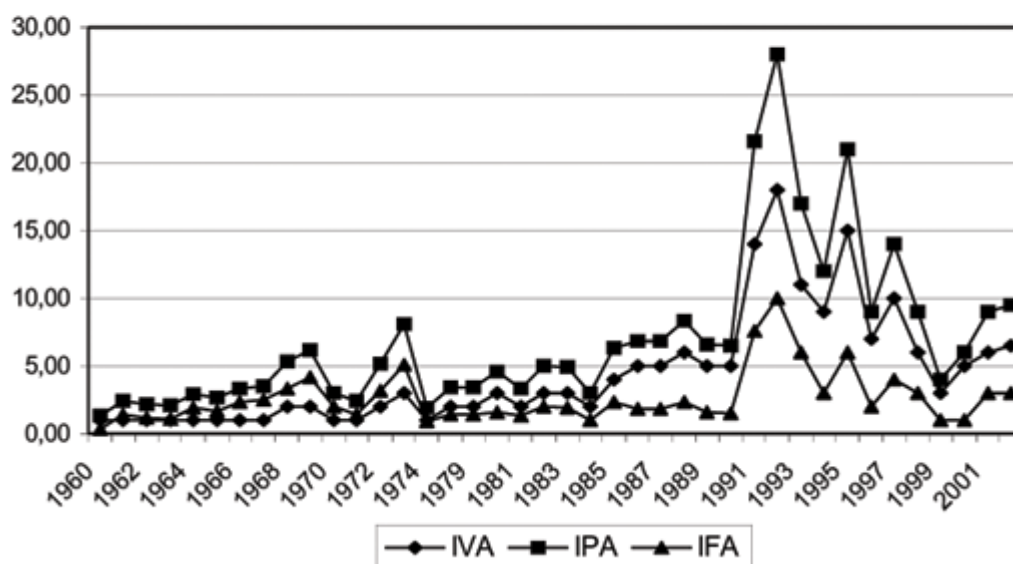
REPORTES ESTADÍSTICOS DE SU COMPORTAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN ANTIOQUIA.

Hacia el año 1985 el Servicio Seccional de Salud de Antioquia diseñó e implementó un programa de control con tres estrategias básicas: red de diagnóstico y tratamiento;

control integrado de vectores y vigilancia epidemiológica. La red de diagnóstico se inició con 44 puestos de lectura de gota gruesa, en las regiones de Bajo Cauca, Urabá, Magdalena Medio, y algunos municipios del norte y nordeste del departamento. Para 1989 se contaba con 120 puestos de lectura, y ese año se reportaron 23 251 casos.

En la década de los noventa se produjo la incidencia más alta con un total de 588 263 casos. El promedio de la década fue de 53 478 casos por año. Los picos más altos se presentaron entre 1992 y 1995. Del total de los casos notificados la mayor proporción ocurrió en las regiones del Bajo Cauca y Urabá con 60 % y 15 % respectivamente, lo que quiere decir que en 17 municipios se concentraron el 75 % de los casos del Departamento.

Figura 1. Tendencias de malaria en el Departamento de Antioquia. IPA (Índice Parasitario Anual), IFA (Incidencia anual por *Falciparum*), IVA (Incidencias anual por *Vivax*). Tasas por mil habitantes. 1960 - 2002

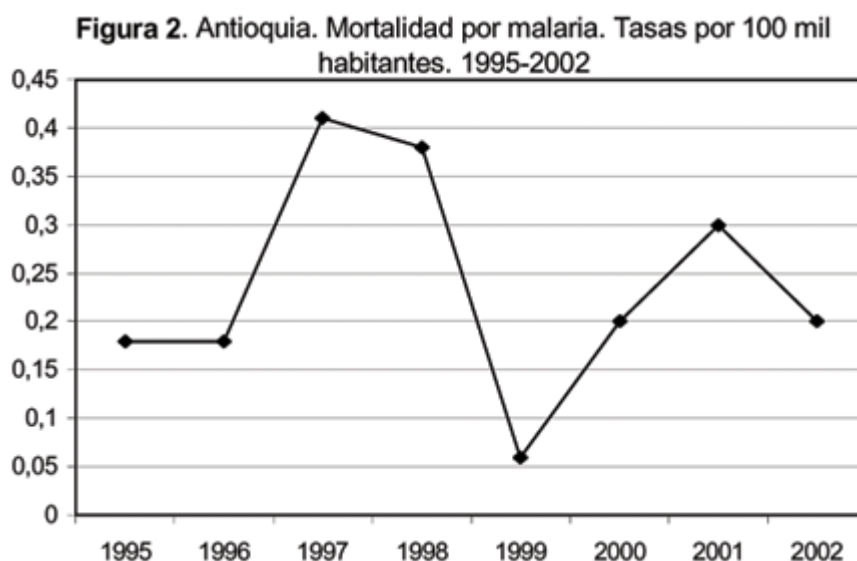


Esta década, además, está marcada por grandes cambios relacionados con las competencias de los entes territoriales y del financiamiento de las mismas (Ley 10/1990, Ley 60/1993, Ley 100/1993 y la descentralización del departamento en 1994

y municipios en 1997) a lo cual se suman los intensos conflictos políticos militares, que se presentaron en todo el Departamento, pero especialmente en las regiones del Bajo Cauca y del Urabá.

Se identificó Subregistro en los municipios. En ellos las veredas de mayor incidencia son cambiantes en cada año, debido a que las personas se desplazan por el trabajo o por el conflicto armado, que a su vez influye en el funcionamiento de los puestos de lectura de láminas. Hay veredas donde los habitantes se enferman en promedio 1,3 veces por año.

En los años recientes la mortalidad ha disminuido de manera significativa si se tiene en cuenta que en 1946 la tasa de mortalidad fue de 33 por 100 mil habitantes, en 1962 de 5 y en 1986 fue de 2,5 por 100 mil habitantes.



En los años 2000 y 2003 los municipios en riesgo fueron 56 (el 95% tiene conformada la red de microscopia y de entomología) de los cuales 35 se catalogaron de alto y mediano riesgo. En los reportes, el denominador es la población total, sin embargo, se estaba adelantando un proyecto para elaborar los indicadores con población a riesgo, que se estima es de dos millones y para la cual señalan tener una cobertura

de 100 %. La planeación se hace para el trienio en conjunto Departamento municipios, la programación se hace anual. Realizan una evaluación quincenal pero también existen evaluaciones programadas, sobre todo evaluaciones de corte económico.

Las actividades de participación social se hacen constantemente para la identificación de factores de riesgo. Se dio un impulso para que se formaran los comités de salud y posteriormente en algunos de los municipios se formaron los comités gestores de malaria. Las actividades intersectoriales se dan a escala local con educación, servicios públicos y minas, se trabaja con los medios de comunicación e instituciones académicas, el trabajo conjunto con ONG lo consideran bajo aún.

La Inspección Vigilancia y Control se ha hecho en los últimos dos años en los municipios con respecto a los recursos y actividades. Del nivel nacional lo ha hecho la Contraloría en la parte financiera, y el Ministerio de Salud se limitó a pedir informes cada tres meses.

PREVENCIÓN DE LA MALARIA

La nueva propuesta para Colombia denominada Estrategia de Gestión Integrada - EGI (2013), tiene como una de sus prioridades, potenciar la corresponsabilidad de las personas en la prevención de la malaria, a través del desarrollo de estrategias de movilización social, que se articulen con métodos de control para alcanzar las metas de desarrollo del milenio y los indicadores establecidos por el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (2013), todo ello propuesto en la dimensión Vida Saludable libre de enfermedades transmisibles. La estructura de esta dimensión es la que propone la EGI como modelo que busca "reconocer, estudiar, contextualizar e intervenir las causas intermedias y profundas de los impactos y desenlaces negativos relacionados con las enfermedades transmisibles prevalentes, emergentes y desatendidas"

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En tal sentido, la EGI, comprende un componente de prevención primaria de la transmisión que establece como uno de los resultados esperados la implementación de la metodología COMBI en el país. (Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Los objetivos de comportamiento

En la experiencia de COMBI-malaria (PMC), se desarrollaron las actividades comunitarias priorizando acciones en cada localidad, donde se plantearon objetivos conductuales finales, a través de un ejercicio de diagnóstico participativo realizado con las comunidades y fruto de la investigación formativa. Lo anterior llevó al planteamiento de un objetivo transversal a todas las localidades incluidas para el desarrollo de la metodología, dando como resultado que el trabajo se enfocaría a lograr que las amas de casa usaran el toldillo PermaNet®2.0 todas las noches al dormir durante un año.

El uso del toldillo como objetivo conductual. El uso de materiales impregnados como Toldillos tratados con Insecticidas de Larga Duración (TILD) para el control de la malaria y otras ETV, ha sido una de las estrategias ensayadas con éxito desde hace aproximadamente 20 años, que ha traído consigo aspectos positivos como el de estimular la participación comunitaria y el fomento del autocuidado de la salud individual y colectiva (Kroeger A, 2004). Sin embargo, se requiere fortalecer la capacidad de los países para la prevención de la malaria mediante actividades que incluyan la educación sanitaria y la promoción de la salud. Como resultado de ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), financiaron en 2004 la iniciativa del desarrollo de una guía paso a paso como respuesta a la necesidad de herramientas, enfoques y normas para el diseño y

ejecución de estrategias de movilización y comunicación social para lograr un impacto conductual sostenible (COMBI, guía paso a paso: Parks W, Lloyd L., 2004).

Un estudio realizado en 2013 en los departamentos de Antioquia y Chocó, al interior del componente social del PMC, demostró que en las localidades que fueron intervenidas con la metodología COMBI existe mayor conocimiento, porcentaje de tenencia uso de los toldillos PermaNet®2.0.

Tabla 1. Resumen de indicadores de localidades con y sin intervención COMBI

Departamento	Conocimiento		Tenencia		Uso	
	NO COMBI	COMBI	NO COMBI	COMBI	NO COMBI	COMBI
ANTIOQUIA	52.7	65,3	84.1	95.3	69.3	81.3
	0.18	0.32	0.15	0.3	0.32	0.6
CHOCO	68.7	84,2	92.3	99,8	72.5	81,1
	0.28	0.53	0.11	0.02	0.20	0.7
Total	60,9	75,3**	87,3	97,3**	70,6	81,2**
	0.13	0.08	0.13	0.39	0.03	0.16

NOTA: En negrilla se encuentran los errores estándar. En las cifras de la columna del total de cada tabla aparecen ocasionalmente tres, dos o un asterisco (***; **, *), los cuales expresan que la diferencia entre el resultado para diferentes grupos es estadísticamente significativa, con un nivel de significancia del 1% (***), 5% (**), o 10% (*); respectivamente

De esta manera, a través de la metodología COMBI, el Proyecto Malaria Colombia dentro de sus acciones se propuso configurar un ambiente propicio para que en las comunidades hicieran uso adecuado del TILD. Dichas acciones interactuaron con las dinámicas culturales de las comunidades, pero también con las dinámicas propias de las familias y los individuos. La adopción de una práctica como el uso del TILD incidió

en los aspectos físicos y sensoriales de las personas, en la medida en que su uso ahora hace parte de su rutina nocturna

En total fueron 20 municipios donde se implementó COMBI, representados por dos localidades, donde cada una de las comisiones locales participó en la construcción de los mensajes con orientación del equipo técnico, un ejemplo de ello pueden verse en la tabla 2.

Tabla 2. Mensajes creados por los habitantes de las localidades de diferentes municipios para incentivar el uso del toldillo durante un año.

Departamento	Municipio	Localidad	Objetivo	Mensajes
Antioquia	El Bagre	La Capilla	El 70% de las amas de casa usan toldillo	<i>"El toldillo cuelgo, estiro y cuño antes de irme a acostar, así tranquila puedo descansar". "Nos molestaban mosquitos y otros animalitos pero desde que usamos toldillo dormimos más tranquilitos"</i>
Cauca	Guapi	Santa Mónica	El 90% de las amas de casa guardan el toldillo en la bolsa.	<i>"Si me quieres conservar, aquí me debes guardar"</i>
Chocó	Quibdó	Barrio Av. Bahía Solano	El 70% de las amas de casa usan toldillo	<i>"Todas nos vamos a proteger, antes de ir a dormir, guindamos y cuñamos el toldillo bien". "Todas dormimos con toldillo, por eso estamos protegidas".</i>
Córdoba	Tierralta	Guarumal	El 70% de las amas de casa usan toldillo	<i>"Hago algo muy sencillo le digo al vecino que use el toldillo". "En la vereda el loro dormimos tranquilo porque todas las noches usamos el toldillo" "Si un mal sueño no quiero tener el toldillo debo coser"</i>
Valle del Cauca	Buenaventura	Punta soldado	El 90% de las amas de casa usan toldillo	<i>"En esta casa dormimos tranquilo, nos protegemos con toldillo". "Duerma cómodo, duerma tranquilo, duerma con toldillo"</i>

La implementación de la metodología COMBI, requirió la construcción de indicadores de gestión e indicadores de resultado, que permitieran hacer seguimiento al proceso y a la adopción de la conducta promovida. Para ello se diseñó un plan de monitoreo y evaluación de las actividades de mayor impacto en el proceso, realizando

seguimiento mensual al cumplimiento de un total de ocho indicadores de gestión (Cuadro 1); y un seguimiento semestral a tres indicadores de resultado.

Cuadro 1: Indicadores de gestión, COMBI-malaria, PMC.

1. Número de reuniones con grupos comunitarios, comisiones o grupos de voluntarios.
2. Número de asistencias técnicas a agentes comunitarios.
3. Número de talleres de capacitación y fortalecimiento a comisiones para promover la conducta.
4. Número de talleres orientados en Instituciones Educativas.
5. Instrumentos de seguimiento conductual aplicados.
6. Número de talleres entrenamiento para la adopción de la conducta a público destinatario.
7. Instrumentos de seguimiento a medios, materiales y mensajes aplicados.
8. Número de visitas domiciliarias para seguimiento a la adopción de la conducta.

Los indicadores de gestión, permitieron conocer el estado de la implementación de la metodología y tomar las decisiones pertinentes respecto a las actividades de menor impacto sobre la práctica saludable a intervenir. Los indicadores de resultado, por su parte, apuntaron al objetivo conductual trazado para la mayoría de las localidades: uso del toldillo PermaNet®2.0 todas las noches durante un año (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje alcanzado en los indicadores de resultado 2012 - 2013.

Departamento	Antioquia	Cauca	Chocó	Córdoba	Valle
Porcentaje de amas de casa que usan el toldillo.	55%	78%	63%	63%	72%
Porcentaje de viviendas donde se usa el toldillo.	72%	90%	73%	82%	74%
Porcentaje de personas que conocen sobre malaria	57,5%	59,3%	70%	49%	44%
Porcentaje de personas que percibieron efectos negativos en su salud por el TILD.	33,4%	20,8%	23%	28,5%	48,5%

El uso del toldillo fue un objetivo viable, alcanzable y sostenido en el transcurso de la planeación e implementación de la metodología COMBI malaria. La sistematización

de la experiencia, el seguimiento al proceso y el monitoreo al objetivo conductual permitió un mayor impacto de la intervención COMBI.

CONCLUSIONES

- Como resultado de lo investigado el INS es de gran importancia para la los seres humanos, es la encargada de cuidar y proteger la salud y el medio ambiente, es así donde los problemas evidenciados y las acciones tomadas por el departamento para la mejora de la vigilancia y lograr el control y la prevención, por ello deciden que planes de prevención se debe tener en cuenta en cada sector, eso depende de la necesidad que se presente en momento.
- La malaria es una enfermedad muy antigua, que no ha sido erradicada, en la algunas regiones la malaria ha tomado proporciones epidémicas debido a conflictos armados, desplazamientos masivos de población, crisis económicas y cambios climáticos. los países afectados por el niño han experimentado un dramático aumento de número de casos por esta enfermedad ya que hay que afrontar la malaria y hace que los países pobres se sumen aún más en la pobreza, el costo económico de la malaria es enorme en términos de pérdida de ingresos y carga financiera para los sistemas sanitarios. es por eso que es importante aportar una buena prevención primaria para transmitir la información adecuada a la población para que la tasa de morbilidad de Paludismo no siga incrementando.

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Instituto nacional de salud. INS - Instituto Nacional de Salud > Direcciones > Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública > Enfermedades Transmisibles

Enfermedades No Transmisibles. Recuperada el 9 de noviembre de 2017 URL. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/no-transmisibles.aspx#.Wgn1-IXibcc>

Instituto Nacional de Salud. Ciencia tecnología e Innovación. Factores de Riesgo ambiental: tomado el 24 de noviembre: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/factores-de-riesgo-ambiental.aspx>

MedlinePlus. Malaria. (2017). Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000621.htm>

Biomédica. Revista del Instituto Nacional de la Salud. Mecanismos de patogenia en la malaria por Plasmodium falciparum. (2017). Recuperado de <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/447/872>

Ospina Mesa, César Andrés. Percepciones y prácticas comunitarias sobre el uso del toldillo en Antioquia y Chocó, Colombia. Proyecto Malaria Colombia, Objetivo 4.

Ospina Mesa, César Andrés; Calle Londoño, David Alonso; Blandón Loaiza, Liliana María; Álvarez Echavarría, Olga Natalia y Martínez Barrientos, Román Albeiro. (2015). Comunicación y Movilización Social para la Prevención y Control de la Malaria en Colombia. Una ruta para la planificación, la intervención y la sostenibilidad de COMBI en malaria. . Medellín: Fundación Universidad de Antioquia.