UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del título de:

LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

TEMA:

"ENFERMEDADES ORIGINADAS POR EL AEDES AEGYPTI Y SU REPERCUSIÓN EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EL FLORÓN Nº 4 PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016".

AUTORES:

CERVANTES MOLINA PRISCILA LISSETTE

VÉLEZ BARBERAN JOSÉ FEDERICO

Tutora: Mg. Patricia Macías Rengifo

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA:

"Enfermedades originadas por el Aedes Aegypti y su repercusión en la salud de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo septiembre 2015 – Febrero 2016."

TRABAJO DE TITULACIÒN

Sometido a consideración el Tribunal de revisión y sustentación legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de

LICENCIADOS EN ENFERMERÍA.

Dra. Yira Vásquez G. Mg.
DECANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Lcda. Mirian Barreto, Mg. Gs
PRESIDENTA DE LA COMISION DE TITULACION FCS

Abg. Daniel Cadena Macías
ASESOR JURÍDICO ENCARGADO

Lcda. Elba Cerón Mendoza, Mg. Gs
VICEDECANA ESCUELA DE ENFERMERIA

Lcda. Patricia Macías Rengifo. Mg.
TUTOR DE TESIS

Lcda. Marcela Viteri. Mg.
REVISOR DE TESIS

Dedicatoria

Para aquella persona que me enseñó a ser como soy, a la que me crio como a una hija, quien a pesar de no estar físicamente; nunca se alejó espiritualmente en los momentos de mis logros; ahora está en mi corazón es mi esencia, su voluntad se cumplió su deseo siempre fue que "estudie", y aquí estoy, culminando una de las tantas metas planteadas no para ser mejor, sino para superarme a mí misma. Has fallecido, te has ido pero no de mi corazón ni de mis recuerdos.

Tu corazón aún vive en el mío por que no importa donde me encuentro, yo siempre te llevo conmigo.

Priscila Lissette Cervantes Molina

Agradecimiento

"La inteligencia consiste no solo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica." ***Aristóteles.***

A **Dios**…..porque a pesar de que muchas veces puse mis intereses por encima de ti nunca me faltaste y aunque no soy tu hija más devota, en ti confío. Siempre me ha ayudado a seguir adelante y por ti aún no pierdo la esperanza, sé que todos pueden decepcionarme menos tú y reconozco que sin ti no hubiese podido sobrevivir estos últimos meses. ***Muchas Gracias.***

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de un trabajo de titulación investigativo es inevitable que me asalte un muy humano egocentrismo que me lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que he hecho. Sin embargo esto no hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que esta labor llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellos, expresándoles mis agradecimientos hacia nuestro tutora la Lcda. Mg. Patricia Macías Rengifo quien fue guía para la culminación del presente y a nuestra Revisora la Lcda. Mg. Marcela Viteri.

Por otro lado a mi compañero de tesis José Vélez quien fue punto de apoyo para no de caer en el camino y otros individuos que aunque no los nombre ellos saben que han sido parte fundamental de este logro.

Priscila Lissette Cervantes Molina

Dedicatoria

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo al creador DIOS, a mis padres José Federico Vélez Zambrano y Yolanda Mercedes Barberan Saltos ejemplo de fortaleza y perseverancia; por su confianza depositada en mí persona y su sacrificio para velar por mi bienestar mis hermanos por su apoyo incondicional a las personas que creyeron en este su servidor y me ayudaron cuando más lo necesitaba.

José Federico Vélez Barberan

Agradecimiento

El presente trabajo de titulación me gustaría agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL MANABÍ por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A mi directora de tesis, Mg. Patricia Macías Rengifo por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos y experiencia, ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, Lissette Cervantes y su madre Rocio Molina por apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida; todos han aportado con un granito de arena a mi formación, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

José Federico Vélez Barberan

Resumen

En la comunidad El Florón Nº4 del Cantón Portoviejo, Parroquia Andrés de Vera de la Ciudad de Portoviejo - Ecuador, se desarrolló un estudio de Investigación Descriptivo-retrospectivo, que tuvo como objetivo Determinar las Enfermedades originadas por el Aedes aegypti y su repercusión en la salud a fin de mejorar la calidad de vida de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo septiembre 2015 – Febrero 2016. Se seleccionaron 15 familias, en las cuales se presentaros casos de dengue clásico, hemorrágico y Chikungunya enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes aegypti, se clasifico los casos de acuerdo a las variables de edad, sexo ocupación, situación económica, tipo de construcción y cumplimiento de medidas preventivas de estas patologías.

Al revisar las Historias clínicas se encontró que el 67% de los casos reportaron Mialgias, el 73% presencia de artralgia y el 40% Disnea. El 100% presento hipertermia intranquilidad sudoración profusa. Un 20% sufrió cefalea.

Al terminar el estudio concluimos que estas enfermedades dejan secuelas en la salud de los usuarios y afecta la situación económica, y de bienestar de la familia, además que las familias incumplen con las medidas preventivas, dirigidas a eliminar focos o criaderos del vector.

Se recomienda a las autoridades de salud de la localidad, fortalecer los programas de prevención y promoción de estas enfermedades.

Palabras Claves: dengue – Chikungunya – Mialgias - artralgia

Summary

The Florón No. 4 in Canton Portoviejo, Parish Andres de Vera City community Portoviejo - Ecuador, a study of descriptive-retrospective research, which aimed to determine the diseases caused by Aedes aegypti and its impact on health was developed to improve the quality of life of the families of the Community of Florón Portoviejo No. 4 September 2015 - February 2016. 15 families, in which cases of classic and hemorrhagic Chikungunya Aedes aegypti mosquito-borne disease dengue present were selected, cases according to the variables of age, sex, occupation, economic status, type of construction and implementation of preventive measures of these conditions was classified.

In reviewing the medical records found that 67% of cases reported myalgia, the presence of arthralgia 73% and 40% Dyspnea. 100% showed hyperthermia disquiet profuse sweating. 20% suffered headache.

Upon completion of the study we conclude that these diseases are a threat to the health of users and affects the economic situation and welfare of the family, and families fail to comply with preventive measures, aimed at eliminating foci or vector breeding sites.

It is recommended that health authorities of the city, strengthening prevention programs and promotion of these diseases.

Keywords: dengue - Chikungunya - Myalgia – arthralgia

Tabla de Contenidos

Dedicatoria I

Agradecimiento II

resumen III

Summary IV

Lista de tablas V

Introducción 1

Planteamiento del problema 3

Justificación 6

Objetivos 8

Objetivo general 8

Marco teórico 9

Situación en el mundo 9

Situación en América 9

Situación en Ecuador 10

Situación en Manabí 10

Evolución histórica de la enfermedad 11

Dengue 12

Definición 12

Dengue y otras fiebres hemorrágicas virales 13

(Fiebre quebrantahuesos) 13

Factores de riesgo 13

Clasificación del dengue según signos de alarma y criterios de severidad 14

Dengue - puntos clave 15
Dengue hemorrágico y síndrome del shock del dengue (DHF-SSD) 15
Definición 15
El agente 16
Vectores 16
Manifestaciones clínicas 17
Clasificación 19
Complicaciones 20
Chikungunya 21
Concepto y etiología 21
Agente causal 21
Vía de transmisión 21
Período de incubación 22
Manifestaciones clínicas 22
Tratamiento. 23
Manejo de casos. 25
Diagnóstico de laboratorio 26
Acciones para la prevención y control del vector. 30
Control físico: 30
Visitas domiciliarias 31
a. Actividades de ordenamiento y limpieza del domicilio y peri - domicilio: 31
Prevención de la picadura del mosquito. 32
Escalas de valoración de la O.M.S 34
Salud familiar 36

Salud. 37
Comunidad. 37
Familia 37
Factores Socio económicos 38
Factores físicos ambientales 39
Operacional de las variables: 42
Diseño metodológico 57
Interpretación de análisis 61
Conclusión 87
Recomendaciones. 88
Propuesta 89
Bibliografía 114

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución Porcentual del sexo del entrevistado y los años que lleva viviendo en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 61
Tabla 2.Distribución Porcentual del Nº de personas que viven en la misma casa en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 62
Tabla 3.Distribución Porcentual del Nivel Académico y la ocupación de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 63
Tabla 4.Distribución Porcentual del ingreso económico en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 64
Tabla 5.Distribución Porcentual del tipo de vivienda y abastecimiento de agua de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 65
Tabla 6.Distribución Porcentual del manejo de desechos y el abastecimiento de energía eléctrica de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 66
Tabla 7.Distribución Porcentual del Método de limpieza y tiempo que utiliza para lavar el reservorio de agua las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 67
Tabla 8.Distribución Porcentual de la identificación de criaderos por parte de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 68
Tabla 9.Distribución Porcentual de las Medidas para prevenir la picadura del mosquito que aplican las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 71
Tabla 10.Distribución Porcentual de las medidas para prevenir la proliferación del vector que aplican las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 72
Tabla 11.Distribución Porcentual sobre el conocimiento de la Comunidad del Florón Nº4 del Recorrido del vector (kilómetros de vuelo), Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 74
Tabla 12.Distribución Porcentual de automedicación y el medicamento utilizado por las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 75
Tabla 13.Distribución Porcentual de signos y síntomas por sistema Muscular, Óseo y Respiratorio ocasionados por dengue y chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 76
Tabla 14.Distribución Porcentual de la afectación de horas de sueño ocasionados por dengue y chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 83

Tabla 15.Distribución Porcentual de la realización de prueba confirmatoria de Dengue y Chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016. 84
Tabla 16.Distribución Porcentual de la patología confirmada por la que fue ingresado al hospital en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016..... 85
Tabla 17.Distribución Porcentual secuelas que predominan en la actualidad en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016..... 86

Introducción

El presente estudio se refirió a las Enfermedades Vectoriales y su repercusión en la salud de las familias de la Comunidad del Florón Nº4, se pudo definir como enfermedades transmitidas por un agente infeccioso o Vector como el mosquito Aedes Aegypti. ***(Juarez, 2011)*** Durante los meses de mayo y junio en el Ecuador existe el periodo invernal, especialmente en la región costa y amazónica, las lluvias es el principal detonante acompañando a esto el aumento de la temperatura. Las enfermedades más comunes y frecuentes que se presentan en esta época es el dengue, transmitido por la picadura de la hembra de un mosquito llamado Aedes aegypti; el cual se reproduce en todo recipiente que contenga agua conocidas como caldo de cultivo y chikungunya que provoca un cuadro infeccioso alarmante en la persona que lo sufre, con fiebre y afectación del estado general.

En el análisis de esta problemática se mencionaron sus causas como actitudes inadecuadas de las personas en el manejo de desechos, en el almacenamiento de agua en recipientes sin tapa, en la acumulación de llantas, botellas, patios y otros. Su objetivo fue determinar las Enfermedades originadas por el Aedes aegypti y su repercusión en la salud de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo septiembre 2015 – Febrero 2016. El contenido nos permitió establecer indicadores socioeconómicos de la comunidad, así como el nivel de escolaridad de los integrantes de este grupo social. Mediante la definición y categorización de los signos y síntomas de las enfermedades vectoriales y sobre todo conocer los factores socio económico y cultural que repercuten en la salud de las familias de estudio.

En el ámbito profesional, como futuros licenciados de enfermería se consideró de gran interés; como repercuten los signos y síntomas en los/as usuarios/a de la comunidad que padecieron el dengue y chikungunya. La investigación se realizó con una serie de entrevistas a líderes del Sub Centro de Salud, dirigentes barriales del Florón Nº4. Se plantearon herramientas Las entrevistas y la observación se realizaron a las familias que padecieron la patología de estudio como dengue y chikungunya. El 26% de la población son personas adultas con promedios de edades que oscilan entre los 31 y 40 años, el 23% en edades de 1 – 10 y el 19% por jóvenes en edades de 21 – 30 años.

El 53% fueron personas que han cursado la secundaria y se desenvuelven como, jornalero el 20%, como trabajador 13% y como ama de casa otro 20%. Se observó un 20% como estudiantes de nivel superior y un mínimo de 13% como desocupado. El estudio fue de tipo retrospectivo ya que se indago sobre hechos ocurridos en el pasado. ***(Pineda , de Alvarado , & de Canales, 2012, pág. 81)*** Y descriptivo porque se identificó el grupo, con el fin de conocer las actitudes del mismo. Busco especificar propiedades, características y rasgos importantes de la repercusión de los signos y síntomas del individuo que padeció la patología antes mencionada. Se utilizó para recoger, organizar, resumir, analizar, generalizar los resultados estudiados u observados. ***(Arias, 2012, pág. 24)***.

De esta manera se dejara Documentada la investigación realizada mediante el análisis de los resultados obtenidos e identificados de las familias de la Comunidad.

Planteamiento del problema

La Ciudadela Horacio Hidrovo Velásquez, más conocida como "El Florón", se creó el 21 de Diciembre del año 1984, como asentamiento o invasiones iniciales en terrenos pertenecientes a la Empresa Municipal de Agua Potable de Manta, por lo que, muchas veces sus habitantes fueron objeto de violentos desalojos por parte de la fuerza pública, en Marzo de 1994 bajo Acuerdo Ministerial fueron legalizados algunos terrenos. Es una zona urbana marginal constituida por nueve Florones. Presentan un sin número de problemas, entre los cuales se destacan los sociales, económicos y salubridad, causados por el nivel de pobreza extrema, la mayor parte de la población cuenta con servicios básicos como calles pavimentadas, alcantarillado y dotación de agua por tubería, esta última es intermitente, llega a ciertas horas inesperadamente.

El 60% cuenta con Alcantarillado sanitario (carecen de éste servicio por sobre todo las viviendas ubicadas en las colinas de la comunidad). Las fallas en el sistema de alcantarillado son a causa de inadecuado manejo de desechos, algunos la tiran a los terreno baldíos que los rodea, las aguas de las lluvias no puede ser evacuada y que por un rebose de alcantarillado sanitario se mezclan los líquidos y se llena de mal olor el lugar, otros factores entre los que se destacan: infraestructura básica e ineficiente, bajo nivel educativo de los habitantes. Siendo esto un factor predisponente a ser casa del vector llamado Aedes aegypti que transmite el virus del dengue y chikungunya, este mosquito nace en todo recipiente que contenga agua por más de 1 semana.

Es necesario analizar la salud familiar que es el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar. "El equilibrio ecológico entre este y su medio, según la tríada conformada por el huésped, el ambiente y los agentes internos o externos" ***(Horwitz Campos, et, 2013, pág. 148).*** En las épocas invernales mayo y junio en el Ecuador existe el periodo invernal, acompañado de lluvias, aumento de la temperatura y de un incremento de la humedad viéndose así nuevamente estas regiones, afectadas por brotes epidemiológicos de Dengue y chikungunya.

Los estudios realizados en Manabí acerca de este tipo de enfermedad, son diversos, y constituyen cada año, un estudio secuencial para comparar controles; si han sido efectivos o no, y también para llevar un control de la morbilidad y mortalidad poblacional de dicha región, para con esto, poner énfasis en tales estadísticas y tratar de controlar de la mejor manera dicha enfermedad. El martes 26 de mayo la provincia de Manabí, específicamente las ciudades de Portoviejo y Manta fueron visitadas por la ministra de Salud, Carina Vance para constatar la situación del dengue y la chikungunya estuvo en centros de salud, hospitales y barrios de ambas ciudades.

> Además realizó una rueda de prensa. En la misma, la funcionaria ratificó que a nivel de país hasta la segunda semana del mismo mes se registraron 11.897 casos de chikungunya y 17.824 casos de dengue. En Manabí, a la fecha de hoy los casos de dengue suman 7.783 y los casos de chikungunya suman 3.851 confirmados y 491 por confirmar. ***(MSP, 2015)***. "Según datos de una entrevista realizada por EDIASA a la Dra. Carmina Pinargote,

coordinadora zonal 4 de Salud, en la parroquia Andrés de Vera, de las ciudadelas Los Tamarindos y San Alejo, de El Florón y La Piñonada, hasta la semana 18 del año 2015 (antes del 3 de mayo) se presentaron 1.774 casos de chikungunya y 5.176 de dengue (más de 50 complicados que ya se han recuperado)". ***(Manabita, 2015).***

Por tales razones, se ha decidido llevar a cabo esta investigación, enfocándonos precisamente en la población de Florón Nº4, cuya población últimamente se ve afectada cada año por este brote, debido a muchos factores que se profundizarán en el proceso de dicha investigación, para así establecer datos que ayuden al control clínico-epidemiológico y social del sector y evitar así la proliferación del vector.

Por tanto, con ésta investigación surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las Enfermedades originadas por el Aedes aegypti y su repercusión en la salud de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo septiembre 2015 – Febrero 2016?

Justificación

Desde el año 2013 el escenario de transmisión de enfermedades infecciosas virales, por parte del principal mosquito de la tribus Aedini, Aedes y particularmente sus especies A. aegypti y A. albopictus; ha cambiado significativamente. Hasta ese año se habían reportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un total de 2.386.836 de casos de dengue. Sin embargo, a finales de ese año se empezaron a reportar los primeros casos de otra enfermedad transmitida por dicho vector, chikungunya, descrita hace más de 50 años, no había afectado previamente al continente y llegó a finales de 2013 a las islas del Caribe. ***(Rodríguez-Morales, 2015)***

Para el año 2014, gracias a la gran movilidad en la región, se empezaron a reportar casos en nuevos países, muchos de los cuales tenían ya las condiciones eco epidemiológicas idóneas para la transmisión no solo de dengue sino también de chikungunya. Los países Centroamericanos y del norte de Sur América, son los que han experimentado la mayor cantidad de casos y mayores tasas de incidencia, en gran relación con la alta endemicidad previa del dengue (DEN) y su vector, dadas las condiciones eco epidemiológicas idóneas en la región para ello ***(Rodriguez-Morales, 2015).*** En 2014 se contabilizaron 1.176.529 casos de dengue (49% menos que en 2013), pero con 1.110.034 casos de chikungunya. Esto significa que las especies de Aedes transmitieron más de 2,2 millones de casos de alguna arbovirosis en 2013 (dengue) y lo mantuvieron en 2014, con 2,2 millones también (de dengue y de chikungunya).

"En ecuador en Manabí, a la fecha de hoy los casos de dengue suman 7.783 y los casos de chikungunya suman 3.851 confirmados y 491 por confirmar" ***(MSP, 2015)***.

Según Carmina Pinargote, coordinadora zonal 4 de Salud, en la parroquia "Andrés de Vera, de las ciudadelas Los Tamarindos y San Alejo, de El Florón y La Piñonada., hasta antes del 3 de mayo se presentaron 1.774 casos de chikungunya y 5.176 de dengue (más de 50 complicados que ya se han recuperado)" ***(Manabita, 2015).*** En el florón en los años 2013 según registros del Distrito de Salud Nº1 indica 9 caso confirmados con un total de 148 casos a nivel provincial. En el 2014 19 casos y a nivel provincial 579 casos, y en el 2015 48 casos con un total Provincial anual de 865.

La persistencia de la transmisión de la enfermedad está asociada a determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales que en mayor o menor magnitud están presentes en aproximadamente el 70% de la extensión territorial del país, donde se estima habitan 8´220.000 habitantes que están en riesgo de enfermar por esta patología.

La importancia social de este proyecto de investigación radica en ayudar al individuo y a la comunidad en general, a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha patología. La Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Coordinación de la Estrategia de Lucha contra el dengue y chikungunya del MSP en conjunto con la comunidad son los encargados de prevenir que estas patologías se propaguen.

Objetivos

Objetivo general

Determinar las Enfermedades originadas por el Aedes aegypti y su repercusión en la salud de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo septiembre 2015 – Febrero 2016.

Objetivos específicos

1. Definir las Enfermedades Vectoriales (Aedes aegypti).
2. Categorizar los signos y síntomas de las enfermedades vectoriales.
3. Conocer los factores socio económico y cultural que repercuten en la salud de las familias de estudio.
4. Socializar los resultados de la investigación a los involucrados, líderes de la comunidad y equipo de salud del centro de salud el Florón.

Marco teórico

Situación en el mundo

En las últimas décadas, la incidencia de dengue en el mundo ha presentado un gran incremento. Actualmente, la OMS calcula que cada año se producen entre 50 y 100 millones de infecciones por el virus del dengue en el mundo. Y más de 2,500 millones de personas (más del 40% de la población mundial) están en riesgo de contraer el dengue. Un estudio publicado en abril de 2013 estima que ocurren 390 millones de infecciones por dengue en el mundo, incluyendo las sospechosas ***(Garay, 2014)*.** Según evidencias pues es notable el crecimiento y fortalecimiento del vector durante el pasar de los años, haciendo que haya mayor riesgo en los seres humanos de adquirir el virus.

Situación en América

Desde su reemergencia en América en 1968, el dengue se ha incrementado, de 1,033,417 casos en la década de los ochenta, a 2, 725,405 en la década de los noventa y hasta 4,759,007 entre el 2002 y el 2007. En América entre 2009 y 2012 se notificaron en promedio más de un millón de casos anuales, en los que se incluyen 33,900 casos graves y 835 muertes. Y en el 2013 se observaron más de 2.3 millones de casos de los cuales 37,705 fueron graves y se presentaron 1,289 muertes asociadas a la enfermedad; es decir cinco veces más que los 517,617 casos en 2003 y una incidencia de 430.8 por cada 100 mil.

En el año 2014, hasta la semana epidemiológica número 14, se habían reportado un total de 275,787 casos de dengue en todo el continente para una incidencia de 52.7/100 mil habitantes. **(Garay, 2014)**

> En Centroamérica se reportaron 35,197 casos. Al presente, se estima que cerca de 500 millones de personas en América están en riesgo de contraer dengue. En América, el mosquito Aedes aegypti es el principal vector para el dengue y en México, Guatemala, Nicaragua, Perú, Ecuador, Venezuela y Brasil se ha confirmado la circulación de los cuatro serotipos y, en algunos casos estos circulan de manera simultánea. Entre 2001 y 2009, Venezuela, Brasil, Costa Rica, Colombia, Honduras y México presentaron más del 75% de todos los casos en toda la región. **(Garay, 2014)**

Situación en Ecuador

> En Ecuador, se reporta al momento 11.897 casos de chikungunya. "En mayo se informó de 230 casos de chikungunya en Guayas (68 en Guayaquil), por un error de notificación por parte del Hospital de Infectología, ya que únicamente se informaron los casos confirmados por laboratorio, sin incluir los 1.569 con diagnóstico clínico, razón por la cual hubo un incremento a 1.799 casos, manifestó. A la fecha se han reportado 2 casos fatales de chikungunya: 1 en el distrito Esmeraldas y 1 en el distrito San Lorenzo. ***(MSP, 2015)***

> La Ministra dijo que en Ecuador son determinantes para el incremento de los casos, tanto de dengue como de chikungunya, las condiciones climáticas debido a las precipitaciones que se han extendido hasta el mes de mayo de 2015 y por las altas temperaturas". **(MSP, 2015)**

Situación en Manabí

> En Manabí, a la fecha de hoy los casos de dengue suman 7.783 y los casos de chikungunya suman 3.851 confirmados y 491 por confirmar. (MSP, 2015).

> Según Carmina Pinargote, coordinadora zonal 4 de Salud, en la parroquia Andrés de Vera, de las ciudadelas Los Tamarindos y San Alejo, de El Florón y La Piñonada., hasta la semana 18 de este año (antes del 3 de mayo) se presentaron 1.774 casos de chikungunya y 5.176 de dengue (más de 50 complicados que ya se han recuperado). **(Manabita, 2015)**

Evolución histórica de la enfermedad

La infección por virus Chikungunya se describió por primera vez en 1952 en el sur de Tanzania, donde se produjo el brote de una enfermedad en la que los casos presentaban una clínica similar a la del dengue. El nombre que se le atribuyó, «Chikungunya», procedía de una palabra de la lengua Makonde que significa «encorvado», haciendo referencia a la postura que mostraban los pacientes como consecuencia de los síntomas artrálgicos de la enfermedad. En 1958 la enfermedad se describió en Tailandia, a donde aparentemente había llegado desde África.

Desde estas primeras epidemias se documentaron brotes esporádicos en diferentes zonas de África, sudeste asiático y subcontinente indio, separados por largos períodos inter-epidémicos de hasta más de diez años. Pero a partir de 2005 se produce una reemergencia del virus. En febrero de ese año, se origina un brote en Kenia que posteriormente se propaga a las islas occidentales del Océano Indico, inicialmente a Comoros y poco después a Madagascar, Mayotte, Mauricio, Seychelles y La Reunión, isla en la que la enfermedad afectó a un tercio de la población.

En 2006 es India la que, tras un lapso de 32 años, informa de la aparición de un brote que causará más de 1,3 millones de casos. En agosto de 2007 se informan los primeros casos de transmisión indígena en Europa, en la región nororiental de Italia, donde el caso índice fue una persona que había viajado a una región afectada de la India. En 2010, Francia

notificará también 2 casos autóctonos. En junio de 2012 se notifica la transmisión autóctona en Nueva Caledonia y en Papua Nueva Guinea y en diciembre de 2013 se documenta el primer brote de la enfermedad en las Américas. Comenzó en la zona francesa de la isla de Saint Martin desde donde se propagó a lo largo de 2014 a prácticamente todas las islas del Caribe y a varios países de América del Sur, Central y Estados Unidos, causando más de un millón de casos.

"En octubre de 2014 se confirmaron cuatro casos de infección autóctona en el sur de Francia y se inició un brote en la Polinesia Francesa que se ha ido extendiendo por varias islas". **(Velasco, 2015)**

Dengue

Definición

Es una enfermedad infecciosa aguda producida por el virus del dengue transmitido por mosquitos, propia de áreas tropicales y subtropicales de todo el mundo, cuya incidencia suele ser máxima tras la estación de las Lluvias. **(Farreras & Rozman, 2012,Cap.299-2283)**

"El dengue es un problema sanitario internacional mayor debido a la distribución geográfica en expansión del virus y de sus vectores, a la creciente frecuencia de epidemias, a la circulación de múltiples serotipos virales y a la reemergencia de la fiebre dengue hemorrágica en nuevas áreas" **(Montero, Berini, & Biglion, 2014, cap.2. pág. 15).**

"El dengue es una enfermedad transmitida de persona a persona a través de un mosquito el Aedes aegypti que es el vector , cuando el mosquito se alimenta con sangre de alguien infectado y pica a otras personas les transmite la enfermedad". **(UNICEF, 2009, págs. 15.Cap.1, Parra.2)**

Dengue y otras fiebres hemorrágicas virales

"Síndrome caracterizado por la presencia de fiebre y hemorragias en humanos, causado por virus pertenecientes a distintas familias (Filoviridae, Arenaviridae, Bunyavíridae y Flaviviridae), transmitidos al hombre por artrópodos (mosquitos)". **(Casado, 2012, pág. 894)**

(Fiebre quebrantahuesos)

"El dengue es una infección transmitida por mosquitos caracterizada por fiebre, dolor muscular y articular, linfadenopatía y exantema. La causa es un flavivirus". **(Brooks, 2009, pág. 587)**

"Enfermedad infecciosa aguda producida por los virus del dengue y transmitida por el mosquito Aedes aegypti". **(Restrepo, 2013)**

Factores de riesgo

A continuación se enlista los diversos factores de riesgos asociados a esta enfermedad:

Los ambientes favorables para el desarrollo del vector

Los desplazamientos de personas infectadas.

La diseminación de los mosquitos del Dengue.

El abastecimiento de agua deficiente.

Recolección de basura deficiente.

El clima y geografía.

Otros factores asociados.

En educación sanitaria deficiente.

La insuficiencia de los programas de control de mosquitos.

La resistencia del vector a los insecticidas. **(Reyna, 2014, pág. 34)**

Clasificación del dengue según signos de alarma y criterios de severidad

Dengue

Dengue probable:

- Vivir/haber viajado a zona endémica en
- Fiebre y 2 de los siguientes síntomas:
- Náusea, emesis.
- Rash
- Prueba de torniquete positiva
- Leucopenia

Signos de alarma:

- Dolor abdominal
- Vómito persistente
- Acumulación de líquido en tercer espacio
- Sangrado por mucosas
- Letargia
- Hepatomegalia > 2 cm
- Aumento en Hto > 20%
- Trombocitopenia < 100.000

Criterios de severidad

Plasma:

Extravasación plasmática que conduzca a:

- Choque.
- Acumulación de fluido en espacio
- Insuficiencia respiratoria

Sangrado:

Sangrado severo a criterio del clínico

Compromiso de órgano:

- AST/ALT>1000
- Alteración del estado de
- Compromiso cardíaco, renal, y otros órganos

(Pinzón & Et, 2013, pág. 383 .Cap.1)

Dengue - puntos clave

- Cefalea retro-ocular.
- Nexo epidemiológico.
- Antecedente de dengue previo en sospecha
- de dengue hemorrágico.
- Hemoconcentración, hematocrito que aumente en 20% en dengue hemorrágico.
- Trombocitopenia < 100.000.

Dengue hemorrágico y síndrome del shock del dengue (DHF-SSD)

Definición

Farreras & Rozman (2012) afirma: "Constituye una variante clínica del dengue que afecta preferentemente a la población infantil y suele aparecer durante las epidemias de dengue clásico". (**Cap.299-2285)**

El dengue hemorrágico es producido por el serotipo 1. Clasificación:

Grado I- fiebre, síntomas constitucionales y prueba del torniquete positiva;

Grado II - lo anterior más hemorragias de piel, boca y melena;

Grado III - estado de agitación e insuficiencia circulatoria; y grado IV - shock. ***(Cabello, 2010, págs. 272, Cap. 40)***

El agente

El virus del dengue (virus DEN) pertenece al género Flavivirus, miembro de la familia Haviviridae (antes conocida como arbovirus del grupo B), que incluye 67 virus, de los cuales 29 son patógenos para los humanos. La mayoría de los flavivirus son transmitidos por mosquitos o garrapatas, y característicamente no presentan contagio interhumano directo. Aunque estos serotipos están muy relacionados genéticamente, son antigénicamente diferentes y se denominan numerándolos correlativamente (DEN-1, DEN-2, DEN-3, y DEN-4).

Vectores

Los dos vectores principales del dengue son los mosquitos Aedes aegypti y Aedes albopictus. Estos mosquitos permanecen infectantes de por vida, y mediante sus picaduras transmiten el virus a individuos vulnerables. Las hembras infectadas de estos mosquitos también pueden transmitir el virus a su descendencia mediante transmisión transovárica.

A. aegypti originario de África ha sido detectado en Asia, mientras que A. albopictus de origen asiático se ha extendido por América, África, Europa y Australia, probablemente gracias el comercio de neumáticos usados que se transportan en la cubierta de los barcos y suelen contener agua en su concavidad. Ambas especies de mosquitos originarias de regiones geográficas diferentes ocupan áreas que se recortan en gran medida sin superponerse, y podrían desempeñar un papel en parte complementario en la epidemiología de esta enfermedad.

La distribución de A. aegypti también está limitada por la altura: usualmente no habita regiones situadas a más de 1.000 m sobre el nivel del mar, aunque ha sido hallado ocasionalmente hasta los 2.400 m de altitud.

> Es una especie salvaje y rural de mosquitos, responsable de la transmisión endémica del virus del dengue en zonas rurales o semiurbanas. Esta variedad de mosquito tiene hábitos domésticos y urbanos. Aunque adquiere la infección con más dificultad que A. albopictus, esta especie constituye el vector de las epidemias urbanas, y puede representar un factor de selección de cepas virales. ***(Montero, Berini, & Biglion, Medicina Tropical Abordaje Práctico Integral, 2014, pág. 15)***

Manifestaciones clínicas

La fiebre de dengue hemorrágica se caracteriza por trombopenia y pérdida de volumen intravascular como consecuencia de la permeabilidad capilar; la hemorragia, a pesar del nombre del síndrome, no es un aspecto notable de la enfermedad. Los pacientes pueden evolucionar a shock y, sin un tratamiento sintomático eficiente, a fallo multiorgánico y muerte.

Los primeros síntomas son los de la fiebre de dengue, con un inicio brusco,

Fiebre alta y continuada.
Cefalea.
Mialgias.
Faringitis.
Rubefacción.
Anorexia.
Náuseas.
Dolor abdominal a la palpación en el cuadrante superior derecho y epigastrio.
Petequias en la cara.
Paladar blando y en las extremidades como resultado de la trombopenia y de las alteraciones capilares.
En algunos casos se observa sangrado gingival y epistaxis.

La evolución a dengue hemorrágico puede anunciarse por:

Fuerte dolor abdominal,

Vómitos resistentes,

Hipotermia, o estado mental alterado (irritabilidad o pérdida del nivel de conocimiento).

La OMS clasifica la gravedad del FHD/SCD en cuatro grados;

Grado I; Fiebre y síntomas generales inespecíficos. La única manifestación de hemorragia es prueba de torniquete positiva.

Grado II; Igual que el grado I más hemorragias espontáneas y epistaxis.

Grado III; Colapso circulatorio con pulso débil y rápido caída de la presión arterial con estrechamiento diferencial, piel fría, sudorosa y agitación.

Grado IV; Choque pro fundo con presión y pulso imperceptible.

Los grados 1 y II son igual en síntomas al dengue clásico y la única manera de diferenciarlos es por la hemoconcentración (elevación del hematocrito) y la trombocitopenia (petequias) presentes en FHD/SCD.

Es frecuente encontrar hepatomegalia, además de un exantema maculo papular.

Los grados III y IV tienen alto peligro de mortalidad si no son tratados inmediatamente, pero se recuperan rápidamente con terapéutica adecuada.

"Los síntomas clínicos de fiebre y manifestaciones hemorrágicas y los datos de laboratorio de hemoconcentración y trombocitopenia son suficientes para diagnosticar FHD/SCD". ***(Fernández, 2014, pág. 371.Cap.32)***

Clasificación

La clasificación de fiebre por dengue/fiebre hemorrágica por dengue/síndrome de choque por dengue, continúa utilizándose ampliamente. El Grupo Técnico internacional de Dengue (GTI-Dengue) de la OMS propuso la nueva clasificación del dengue a partir del 2010 en dengue (sin signos de alarma y con signos de alarma) y dengue grave.

Dengue sin signos de alarma. Persona que vive en áreas endémicas o viajó a ellas, que presenta fiebre y dos o más de las siguientes manifestaciones: náuseas, vómitos, exantema, mialgias y artralgias, petequias o prueba del torniquete positiva, leucopenia. Confirmado mediante los análisis de laboratorio: reacción en cadena de la polimerasa *(polymerase chain reaction* [PCR]), cultivo, o estudio serológico.

Dengue con signos de alarma. Persona que además puede presentar uno o más de estos signos y síntomas: dolor abdominal intenso y continuo, vómito persistente, acumulación de líquidos, sangrado de mucosas, letargo; irritabilidad, hepatomegalia de más de 2 cm, y en análisis de laboratorio aumento del hematócrito junto con caída rápida de las plaquetas. Estos pacientes requieren hospitalización.

Dengue grave. Paciente que presenta escape importante de plasma que lleva a: síndrome de choque por dengue (SCD); acumulación de líquido en los pulmones y disnea; sangrado grave según la evaluación del médico; daño orgánico grave; en el hígado: aspartato aminotransferasa (AST) o alanina aminotransferasa (ALT) de 1 000 o más; en SNC alteraciones sensitivas, y afección del corazón y de otros órganos. Este tipo de pacientes requiere internamiento, de preferencia en una unidad de terapia intensiva. **(ArenasGuzmán, 2013, pág. 823.Cap.163)**

> Los pacientes experimentan hipotensión y taquicardia más o menos entre los días tercer séptimo de la enfermedad. Son frecuentes derrames pleurales y peritoneales la hemoconcentración se refleja en un aumento de casi un 20% del hematocrito. El recuento de leucocitos puede ser normal o ligeramente elevado linfocitosis y linfocitos atípicos. Se observan elevación de las transaminasas y de la urea en sangre. ***(Goldman & Ausiello, Cecil Tratado de Medicina Interna. Fiebres hemorrágicas virales., 2009, pág. 2526)***

"El dengue hemorrágico es la manifestación más dramática de la infección por el virus del dengue. En esta, la enfermedad produce marcado consumo de plaquetas, hemoconcentración debido a la extravasación plasmática y fenómenos hemorrágicos con coagulopatía". ***(Pinzón & Et, 2013, pág. 383.Parr.9)***

Complicaciones

> Síndrome de choque; insuficiencia hepática y renal; encefalopatía; edema cerebral; hemorragia intracraneal; coagulación vascular diseminada, fibrinólisis o ambas, miocardiopatía, insuficiencia multiorgánica, y muerte. Pueden sobrevenir tanto hiperglucemia como hipoglucemia, incluso en ausencia de diabetes mellitus o uso de agentes antidiabéticos. En casos graves, también se observan con frecuencia alteraciones de los electrólitos y desequilibrio acido básico, probablemente relacionados con las pérdidas gastrointestinales por vómito o diarrea, o producidos por el uso de soluciones hipotónicas para la reanimación y la corrección de la deshidratación. Puede haber hiponatremia, hipopotasemia, Hiperpotasemia, desequilibrios del calcio sérico y acidosis metabólica. ***(Guzmán, 2013, pág. 823.Cap.163)***

Chikungunya

Concepto y etiología

***Farreras & Rozman (2012) comenta*:** "Es un arbovirus reemergente que, en los últimos años, ha causado importantes epidemias. Según el análisis genético de las cepas, se han descrito tres grupos de virus chikungunya: el del oeste de África, asiático y del centro este y sur África". (**Cap.299-2292)**

Agente causal

Virus ARN de la familia Togaviridae, género alfavirus. Está relacionado con otros alfaviruses como los del Río Ross, Sindbis y encefalitis equina venezolana.

Se ha definido la estructura tridimensional de las glicoproteínas (está compuesta por proteínas y una serie de moléculas orgánicas que rodean al virus) por investigadores del Instituto Pasteur y del Centro de Investigaciones Científicas de Francia.

Vía de transmisión

Se transmite por la picadura del mosquito del género Aedes, particularmente el Aedes aegypti, que es también el más importante y único vector del dengue en las Américas y de la fiebre amarilla; ampliamente distribuido en el Caribe y toda la América y el Aedes albopictus, que es el vector secundario también del dengue, comprobado en Asia y el Pacífico, ha invadido el continente americano los últimos lustros, pero hasta ahora no se ha visto implicado en la transmisión del dengue en esta región, según algunos autores.

Se reporta como vías menos frecuentes y no lo suficientemente confirmadas, la transmisión transparentaría de madre enferma al recién nacido durante el parto. Pinchazos con agujas infectadas, exposición en laboratorio al virus y a través de transfusiones sanguíneas y trasplantes de órganos o tejidos (durante los primeros 5 días de inicio de los síntomas).

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 tras la picadura de mosquitos, después de un período de incubación de 3-7 días (rango: 1-12 días). ***(Placeres Hernández, 2014)***

Manifestaciones clínicas

La fiebre de Chikungunya se caracteriza por un inicio explosivo de hipertermia e intensa artralgia.

Son frecuentes los síntomas constitucionales,

Fiebre de hasta 40°C,
Escalofríos,
Cefalea,
Fotofobia,
Dolor retro orbitario,
Hiperemia conjuntiva,
Faringitis,
Anorexia,
Náuseas,
Vómitos,

Dolor abdominal,

Linfadenopatías duras al tacto y mialgias.

En la mayoría de los pacientes, entre el primer y décimo día de la enfermedad se manifiesta un exantema maculopapular localizado en el torso, extremidades y, de forma ocasional, en la cara, palmas y plantas. La aparición del exantema se asocia a menudo con una defervescencia inicial transitoria; el exantema puede reaparecer con fiebre y puede ser pruriginoso. Aunque pueden aparecer petequias aisladas y hemorragias de mucosas, las hemorragias graves son infrecuentes.

> Cuando el exantema se desvanece puede producirse descamación. La enfermedad aguda inicial puede durar 2-3 días (con un margen de 1-7 días). La fiebre puede recrudecerse después de un paréntesis de 1-2 días. La poli artralgia es migratoria, con predominio de la afectación de las pequeñas articulaciones de las manos, muñecas, pies y tobillos, con menor afectación de las grandes articulaciones. Las articulaciones dañadas con anterioridad pueden afectarse de forma más intensa. Es posible que se produzcan rigidez e hinchazón, pero los grandes derrames articulares son raros. El líquido sinovial muestra una viscosidad reducida, disminución del coágulo de mucina y 2.000-5.000 leucocitos por mililitro. Los síntomas, incluidas la artralgia, artritis y tenosinovitis, pueden persistir varios meses. La transmisión materna fetal puede causar una infección neonatal grave. ***(Goldman & Ausiello, Cecil Tratado de Medicina Interna, 2013, pág. 2163)***

Tratamiento.

El tratamiento a pacientes con dengue sin signos de alarma: reposo en cama durante 2 a 5 días y bajar la fiebre usando medios físicos y medicamentos antipiréticos.

Medios físicos: se debe poner al enfermo en un lugar donde haya ventilación y descubierto, si es un niño se debe quitar toda la ropa. Si la fiebre es muy alta, de 40˚C o más, hay que poner paños mojados a temperatura ambiente en todo el cuerpo, sobre todo en la frente y articulaciones. Se debe cambiar los paños continuamente para que siempre estén fríos, además puede bañar al paciente con el agua a temperatura ambiente.

Medicamentos: acetaminofén. Niños: dosis de 60 mg por kg de peso al día, fraccionado cada 4 o 6 horas. Adultos: tabletas de 500 mg cada 4 o 6 horas.

Tomar líquidos en abundancia (agua, jugos naturales, suero oral), dieta de acuerdo a los deseos del paciente.

Indicar el uso obligatorio de mosquitero en la casa para evitar la transmisión de la enfermedad a otros miembros de la familia y la comunidad.

No utilizar medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico que pueda causar sangrado como: aspirina, mejoral, alka seltzer, antiinflamatorios como el Diclofenaco que puedan causar gastritis y los esteroides que además pueden bajar las defensas inmunológicas del paciente. Estos pacientes se deben visitar diariamente, según sea el caso.

Además se debe capacitar muy bien a paciente y familiares, en el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma para dengue con signos de alarma e indicarle que si uno de estos se presenta deben acudir inmediatamente al establecimiento de salud.

Detalla el tratamiento del dengue con signos de alarma: se debe controlar el choque hipovolémico que resulta de la fuga de plasma suele mejorar con la administración de oxígeno y la reposición rápida con una solución de líquidos y electrolitos (solución lactato de Ringer o solución salina normal). En casos más graves de choque deben usarse plasma, expansores plasmáticos o ambos. El ritmo de administración 40 de líquidos debe determinarse de acuerdo con las pérdidas calculadas, por lo general con base en micro hematocrito, excreción urinaria y cuadro clínico.

La elevación continua del hematocrito, a pesar de la administración intravenosa intensiva de líquidos, denota la necesidad de utilizar plasma u otras soluciones coloidales. Debe tener gran cuidado en vigilar al paciente para evitar la sobre hidratación.

Las transfusiones de sangre están indicadas en casos de hemorragias copiosas, inestabilidad de los signos vitales o cuando hay un descenso real del hematocrito.

El uso de heparinas para tratar hemorragias de importancia clínica cuando hay coagulación intravascular diseminada bien corroborada conlleva grana riesgo y no se ha demostrado que reporte beneficios. Para tratar las hemorragias graves se puede utilizar plasma fresco, fibrinógeno y concentrado de plaquetas.

El ácido acetilsalicílico (aspirina) está contraindicado por que puede favorecer la hemorragia.

Manejo de casos.

Notificar a las autoridad local de salud, la notificación debe ser obligatoria en casos de epidemias o casos individuales.

Aislamiento: evitar el acceso de los mosquitos de actividad diurna a los pacientes hasta que cede la fiebre, colocando mosquitero en la habitación del enfermo de preferencia impregnado con insecticidas, o bien rociando las habitaciones con un insecticida que sea activo contra las formas adultas o tenga acción residual.

Investigar los contactos y de la fuente de infección: investigar el sitio de residencia del paciente durante las dos semanas previas al comienzo de la enfermedad y buscar casos que no se hayan notificado o diagnosticado. ***(Meléndez, 2013, págs. 39-40)***

Diagnóstico de laboratorio

Diagnóstico virológico. En razón de la corta viremia (entre cuatro y cinco días), el virus solo puede aislarse en ese periodo. Se puede identificar luego de su aislamiento en cultivos celulares, a través de la observación de un efecto citopático inducido (infección citocidal), por la detección de los componentes virales proteicos o por detección de los ácidos nucleicos. Varias líneas celulares han mostrado susceptibilidad a los dengues virus, destacándose las células de mosquito y las de riñón de mono. Ambas crecen bien formando mono capas sobre las que luego se pueden cultivar los dengue virus, cuantificar anticuerpos o preparar antígenos virales.

También se puede emplear la inoculación en ratones lactantes, pero es una técnica laboriosa, cara y que requiere de una estrecha observación de los animales inoculados, pues la infección en el ratón puede pasar inadvertida. La muerte de los ratones se produce alrededor del quinto día y la tipificación del aislamiento se hace por Fijación del Complemento (FC) o por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), usando anticuerpos monoclonales. Debido a los costos y a la experiencia necesaria, son pocos los laboratorios que realizan estas pruebas.

Los anticuerpos monoclonales se utilizan para detectar, identificar y cuantificar la presencia de virus o de antígenos virales en muestras clínicas y en cultivos celulares. Los antígenos virales presentes en la superficie celular o dentro de las células infectadas pueden ser detectados por Inmunofluorescencia Directa, indirecta o por ensayo inmunoenziinático.

Las modernas técnicas de biología moléculas están siendo empleadas para el rento del virus Dengue. La Reacción en la Polimerasa (PCR) es una de las técnicas utilizadas con un amplio espectro de aplica y que puede convenirse en los próximos la más empleada para el diagnóstico de las infecciones por dengue virus en sus formas La amplificación en miles

de veces de una secuencia blanco se realiza en pocas horas y es especialmente útil para la confirmación rápida de los casos sospechosos de Dengue.

Diagnóstico serológico. Los métodos serológicos se emplean para la confirmación diagnóstica de casos sospechosos, para la evaluación del curso de una infección o para determinar si una infección es primaria o secundaria.

La producción de anticuerpos en respuesta a la infección primaria se identifica por la reconversión demostrable en dos muestras de suero obtenidas con un mínimo de dos semanas entre una y otra. La infección posterior o secundaria por el mismo o por otro serotipo, se reconoce por la elevación cuádruple o mayor en los niveles de anticuerpos entre dos muestras seriadas.

Para el diagnóstico serológico, las muestras se deben tomar después del sexto día de iniciada la fiebre. En todos los casos que se sospeche dengue clásico, hemorrágico o síndrome de shock del dengue deben tomarse muestras de sangre ya que es la única forma de confirmar el cuadro e identificar el serotipo responsable. En casos de enfermos hospitalizados se recomienda una toma de muestra cada 24-48 hs., de acuerdo al curso clínico, y otra al momento del alta.

En caso de defunción asociada a un cuadro sospechoso de dengue hemorrágico o síndrome de shock se debe tomar material de autopsia de hígado y bazo (sin fijar y fijadas con formol) para intentar el aislamiento del virus y determinar el serotipo.

Los métodos serológicos más utilizados son ELISA, Inmunoelectrofluorescencia indirecta (IFI), Neutralización (NT), Inhibición de la Hemoaglutinación (IH) y la Fijación

del Complemento (PC). También se han descrito los de difusión en gel, la electroforesis, el radioinmunoensayo, la hemadsorción y el Dot ELISA, entre otros.

La detección de anticuerpos específicos de clase IgM por enzimoinmunoensayo (Mac ELISA) es un marcador de infección reciente. Estos anticuerpos pueden detectarse desde el comienzo de la fiebre y persisten a niveles do-sables durante 3-8 semanas posteriores. El Mac-ELISA es el método más aceptado para hacer diagnóstico oportuno del dengue en muestra sérica única obtenida entre el octavo y el vigésimo día, aunque este ensayo no discrimina el serotipo infectante.

La IH se usa por la capacidad que tienen los virus dengue de aglutinar los eritrocitos de gansos. Si hay anticuerpos en el suero del enfermo, éstos evitan que una cantidad estandarizada de virus se una a los eritrocitos y los aglutine. Se la utiliza actualmente para cuantificar anticuerpos totales en muestras pareadas y para encuestas sero epidemiológicas.

La Fijación del Complemento es un procedimiento estandarizado, aunque técnicamente laborioso. Se usa en muestras pareadas para el diagnóstico de infecciones recientes. La prueba de FC, de uso muy extendido en el pasado, ha dejado de ser utilizada en muchos laboratorios ya que se puede encontrar actividad anti complementaria en una buena proporción de sueros, lo que interfiere con los resultados. Además, estos anticuerpos desaparecen con el tiempo limitando su aplicación en encuestas.

El método de Neutralización es el más antiguo, reconocido a nivel internacional y tomado como referencia para los otros procedimientos serológicos ya que identifica anticuerpos específicos para los diferentes serotipos. La capacidad neutralizante de un suero puede ser medida m vivo o in vitro y el método más empleado es por reducción de placas. El título del antígeno se mide en unidades formadoras de placas inoculadas por volumen y una reducción del 50%, comparado con el control, evidencia la presencia de anticuerpos. Es

un procedimiento costoso, consume tiempo, pero es muy preciso. Lo practican pocos laboratorios y no es un procedimiento de rutina.

La IFI es una prueba relativamente fácil de realizar que sirve para cuantificar anticuerpos IgG e IgM. Es un procedimiento rápido pero requiere de laboratorios con buena infraestructura y experiencia en el manejo de la técnica de Inmunofluorescencia. Es necesario destacar la importancia del manejo adecuado de las muestras de sangre desde su toma hasta el traslado al laboratorio.

> Las muestras, tanto para serología como para el aislamiento viral deben ir acompañadas de una ficha con los datos clínicos mínimos y la fecha de inicio de los síntomas para orientar al laboratorio sobre el tipo de estudios a realizar. Las muestras de sangre se obtienen en condiciones anticuerpos de esterilidad, sin anticoagulante y el suero se conserva refrigerado. ***(Gorodner & Merino, 2008, págs. 133-134)***

Ecuador cumple con directrices de OPS/OMS para control y prevención de la chikungunya

El estado como responsable de políticas públicas: educativas de salud de medioambiente debe estar comprometido en todos sus niveles de gobierno nacional provincial y municipal con las necesidades de la comunidad apoyando promoviendo facilitando comunicando todo aquello que implica participación social en la solución de problemas comunes.

Prevenir implica conocimiento y responsabilidad ambiental.

El estado generalmente dirige las acciones de prevención a la población debido a que los criaderos suelen ubicarse en las viviendas de las personas.

La base del cambio es, sin duda la educación y adquisición de hábitos ambientales preventivos desde temprana edades, para ello es recomendable la participación activa del conjunto de educadores de todas las disciplinas del conocimiento.

Planificar es pensar antes de actuar. Es ordenar y organizar la práctica antes de empezar a trabajar. Es prever por anticipado las acciones a desarrollar debidamente fundamentadas, SABER QUÉ SE HARÁ, CÓMO SE HARÁ Y POR QUÉ.

Acciones para la prevención y control del vector.

Las acciones que se pueden realizar pata controla y prevenir el vector en la comunidad son múltiples, y algunas implican transformación estructural, como por ejemplo el establecimiento de un servicio adecuado de provisión de agua potable. Este tipo de acciones que logran modificaciones permanentes en el habitad de los mosquitos, demandan tiempo, recurso y el involucramiento de muchos actores sociales los vecinos.

Las acciones tendientes a cambios conductuales, están orientadas a incrementar la protección personal frente al contacto del vector (instalación de mosquiteros o empleo de repelentes.

Control físico:

Consiste en colocar una barrera física de forma temporal o definitiva entre el mosquito transmisor del dengue y chikungunya, y los recipientes contenedores de agua.

Estas actividades incluyen el control de recipientes; lavar voltear, destruir, cubrir, proteger bajo techo o evitar el almacenamiento de agua en todos los recipientes que sean capaces de criar larvas de mosquitos; desechar todos aquellos recipientes que no tengan ninguna utilidad para los moradores de la vivienda.

Visitas domiciliarias

La estrategia de visitas domiciliarias puede dividirse en dos tipos de acuerdo al objetivo último que se busca:

Eliminación de los focos de reproducción del vector y prevención de la picadura del mosquito Aedes Aegypti.

Actividades de ordenamiento y limpieza del domicilio y peri - domicilio:

Consisten fundamentalmente en eliminar los criaderos a través del ordenamiento y limpieza del medio donde se cría el vector.

Las actividades específicas que se pueden realizar con los vecinos son:

Desechar todos los objetos inservibles capaces de acumular agua como: latas, neumáticos, macetas rotas, juguetes rotos y otros.

desechar toda la basura que esté alrededor de la vivienda.

Limpiar las canaletas y recodos de desagües periódicamente, para permitir que el agua corra sin obstáculos.

Verter agua hirviendo en lugares de difícil acceso y con presencia de huevos (por ejemplo: canaletas, rejillas, etc.). Recordá que la hembra pone los huevos en las paredes de las rejillas o desagües, por lo tanto es necesario que el agua hirviendo tome contacto con estas superficies. Se la puede tirar con una olla o cacerola grande. (Si se tira agua hirviendo en la rejilla, por ejemplo con una pava, el agua caliente cae sobre el agua fría

que está corriendo y las larvas, los huevos o las pupas se mantienen vivas adheridas a las paredes).

Deshacerse de las botellas llenas de agua que se suelen colocar alrededor de los árboles o mantenerlas tapadas.

Eliminar envases de vidrio o plástico vacíos y guardar los retornables bajo techo.

Mantener el césped cortado al ras y el jardín o predio desmalezado.

Colocar bajo techo los neumáticos que sean utilizables, o cubrir con algún elemento, y mantener boca abajo los recipientes que no estén en uso.

Tapar el tanque de agua o los tambores donde se reserve agua para consumo en caso de no contar con agua potable corriente. Si el tanque o recipiente no tiene tapa, se lo puede cubrir con una tela limpia o una tela mosquitera.

Renovar diariamente el agua de los bebederos.

Reemplazar por arena húmeda el agua de floreros, jarrones y recipientes en los que se colocan plantas y flores.

La eliminación de los criaderos de Aedes aegypti es, por el momento, la medida más eficaz para disminuir la incidencia de la enfermedad. El Aedes aegypti es básicamente un problema de saneamiento doméstico, por lo tanto su incidencia puede reducirse sustancialmente con campañas de limpieza en las que participen todos.

Prevención de la picadura del mosquito.

Para evitar que el Aedes aegypti nos pique debemos tratar de impedir su entrada en nuestra casa y que el mosquito tome contacto con nuestra piel.

Esto puede lograrse a través de las siguientes actividades:

Instalar telas metálicas en puertas y ventanas para impedir su entrada en la vivienda.

Colocar por debajo de todas las rejillas de patios jardines y terrazas un trozo de tela metálica del mismo tamaño que la rejilla para impedir que las hembras entren a poner sus huevos.

Colocar mosquiteros de tela tul alrededor de camas cunas y coches para niños pequeños ya que los protegen de las picaduras en sus momentos de descanso.

Usar ropa protectora de colores claros y en la medida de lo posible que cubra todo el cuerpo pantalones largos y camisa de manga larga mientras se encuentre al aire libre ya que esto di½culta la alimentación del mosquito.

Utilizar espirales fumigantes y vaporizadores eléctricos: resultan eficaces durante la salida del sol y al caer la tarde que es cuando el mosquito se alimenta.

Utilizar insecticidas solo cuando se hayan visto mosquitos adultos y aplicarlo en los lugares donde puedan esconderse como detrás de los muebles cortinas y zonas oscuras de la casa. Se debe tener cuidado con el uso abusivo en ambientes cerrados

Utilizar repelentes en las partes descubiertas del cuerpo. ***(UNICEF, 2009, págs. 42-54)***

Escalas de valoración de la O.M.S

Tipos de dolor

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor.

A. Según su duración

Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculo esquelético.

Crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

B. Según su patogenia

B-1) Neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia. Son ejemplos de dolor neuropático la plexopatía braquial o lumbo-sacra.

B-2) Nocioceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral que detallaremos a continuación.

B-3) Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

C. Según la localización

C-1) Somático: Se produce por la excitación anormal de nocioceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

D. Según el curso

D-1) Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.

D-2) Irruptivo: El dolor irruptivo puede aparecer de forma incidental (relacionado con un factor desencadenante concreto) o de manera espontánea (cuando aparece de forma inesperada). De forma que, el dolor incidental aparece tras realizar alguna acción, voluntaria (caminar), involuntaria (toser) o tras la práctica de algún procedimiento (cura de una úlcera)

E. Según la intensidad

E-1) Leve: Puede realizar actividades habituales.

E-2) Moderado: Interfiere con las actividades habituales.

E-3) Severo: Interfiere con el descanso.

F. Según factores pronósticos de control del dolor

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS) ***(Díaz, 2015)***.

Epistaxis: sangrado nasal

Según tipo:

Masiva (hemorragia es superior a los 600 ml en 24-48 horas)

No masiva cuando no se cumplen estas condiciones.

Hematemesis: Vómito de sangre procedente del aparato digestivo.

Clasificación cuantitativa

<500 a 600 mL
601 a 1200 mL
1201 a 2000 mL.
> de 2 001 mL

Sistema Nervioso

Hipertermia: Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal.

Según parámetros:

<38.5ºc

>38.6ºc

>37.5ºc

<37.6ºc

Salud familiar

La medicina incrementa continuamente su enfoque social, y la familia como célula fundamental de la sociedad es un objeto de trabajo esencial para el equipo de salud. Este equipo debe estar dotado de las herramientas que le permitan intervenir, efectivamente, en la familia como sistema, como centro de su accionar y a través de los individuos que la forman. Los factores de riesgo para incrementar una crisis familiar se clasifican de la forma siguiente: por desmembramiento, por incremento, por desorganización, por desmoralización y mixta, todas se describen de la forma más explícita para que puedan ser útiles.

La salud familiar puede también considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar. El modelo epidemiológico ha entendido la salud del individuo como el equilibrio ecológico entre este y su medio, según la tríada conformada por el huésped, el ambiente y los agentes internos o externos. ***(Horwitz Campos, Florenzano Urzúa, & Ringeling Polanco , 2013, pág. 148)***

Salud.

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades**.» (*OMS 2009)***

Comunidad.

"Se llama comunidad a una colectividad cuyos miembros presentan ciertas características que les son comunes, como habitar la misma zona, asistir a la misma iglesia; etc". **(DuGas, 2000)**

"Sistema social cuyos miembros se relacionan e interactúan de manera formal e informal y constituyen redes que operan para beneficiar a todas las personas que lo constituyen".

Familia

La salud de la familia se refleja en la salud de la comunidad. Es decir, la buena salud de la comunidad dependerá de la buena salud de las familias que la componen. Por lo tanto, identificar las necesidades comunes que presentan las familias y prestar una atención integral a las mismas tendrá como resultado unas familias y una comunidad más sanas.

(Monserrat Roca Roger & Bonet, 2010) Afirma: La familia es la agrupación humana más elemental que conecta a los individuos con la sociedad.

El termino familia recuerda a una imagen de adultos y niños viviendo juntos de forma satisfactoria y armoniosa. Sin embargo, las familias son tan diversas como los individuos que las componen, y los clientes poseen valores profundamente inculcados a las familias que deben respetarse. Por tanto la enfermera debe pensar en familia definida por cada individuo. Es decir, la enfermera puede considerar a la familia como un grupo de relaciones que el cliente identifica como la familia o como una red de individuos con influencias mutuas en sus vidas tanto si existen lazos biológicos o legales reales o si no.

(Tomey, 2011, pág. 143:Parr:3) Define: La familia puede definirse biológicamente, legalmente o como una red social con laxos e ideologías personalmente construidos, para algunos clientes, la familia puede incluir sólo a personas relacionadas por el matrimonio, el nacimiento o la adopción.

(Tomey, 2011) Es el sistema dinámico que incluye diferentes subsistemas, individuales (madre, padre, teto niño) o de parejas (madre-padre, madre-feto/niño y padre-feto/niño) dentro del sistema global de la familia.

Factores Socio económicos

Las influencias que todos recibimos no provienen únicamente de nuestras familias, es preciso tener muy presentes otros aspectos de nuestras vidas, relacionados con los amigos, los deportes que practicamos, el ambiente en el que nos movemos, nuestros gustos culturales, los compañeros de estudios, el modo de vida que tenemos, etc. Las relaciones personales y el medio en el que se desarrollan determinan nuestra forma de ser futura.

Las viviendas carentes de medios protectores facilitan el acceso de mosquitos a las mismas; mientras que los desagües bloqueados con residuales sólidos favorecen su reproducción. Los índices poblacionales del Aedes aegypti en el ecosistema urbano se

recuperaron relativamente rápido en zonas con problemas de abastecimiento agua y saneamiento ambiental deficiente; así mismo, se encontró que este vector, no ha experimentado cambios en su comportamiento, permaneciendo en las mismas áreas y en los mismos tipos de depósitos a pesar de la fuerte presión selectiva a la que ha sido sometido con los insecticidas químicos aplicados en esta región.

El Aedes aegypti que es consecuencia del bajo nivel educativo de la población, la urbanización rápida y desorganizada, lo que conlleva a crecimientos de ciudades y hacinamientos donde aparecen cinturones de pobreza con viviendas de características inadecuadas, el pobre al acceso de servicios básicos (agua potable, recolección de residuos sólidos, la gran producción de recipientes descartables, y desagües de aguas grises), sirven como criaderos de mosquitos, y van relacionados con la alta incidencia de dengue. ***(Andrade Aparicio, 2013, pág. 29)***

Factores físicos ambientales

Las familias para considerarse que cuentan con los servicios básicos necesitan tener una vivienda digna que cumpla con los requisitos de iluminación, ventilación, etc. Las personas que no cuentan con estos servicios, además de faltarles algo indispensable para vivir corren el riesgo de contraer enfermedades y así comprometer su salud, además que se le dé un tratamiento adecuado a las aguas lluvias y servidas, es algo muy importante para mantener el equilibrio entre el componente de salud – enfermedad.

Los problemas donde las personas no cuentan con una vivienda digna suele ser especialmente grave en algunos países en desarrollo que enfrentan limitaciones graves de recursos económicos, también se observa que existen considerables problemas de falta de vivienda y viviendas inadecuadas en algunas de las sociedades más desarrolladas económicamente. Las Naciones Unidas calculan que hay más de 100 millones de personas sin hogar y más de 1,000 millones alojadas en viviendas inadecuadas en todo el mundo. El

derecho a una vivienda adecuada aplica para todos. Esto incluye que tanto las personas como las familias tienen derecho a una vivienda adecuada, independientemente de la edad, situación económica, la posición social o de cualquier otro de esos factores.

El derecho a la vivienda es más que tener un tejado por encima de la cabeza o que se considere exclusivamente como una comodidad. Debe considerarse más bien como el derecho a vivir en seguridad, paz y dignidad en alguna parte. Así debe ser por lo menos por dos razones:

> El derecho a la vivienda está vinculado por entero a otros derechos humanos y a los principios fundamentales para la vida, principalmente que el derecho a la vivienda se debe garantizar a todos in importar cuales fueron sus ingresos a recursos económicos.
>
> El concepto de vivienda adecuada significa: disponer de un lugar donde poderse aislar si se desea, espacio adecuado, seguridad adecuada, iluminación y ventilación adecuada, una infraestructura básica adecuada. Aspectos para una vivienda adecuada:
>
> > Seguridad jurídica de la tenencia: la tenencia opta una variedad de formas como alquiler (público o privado), vivienda en cooperativa, la vivienda de emergencia y los asentamientos informales, incluida la ocupación de tierra. Sea cual fuere el tipo de tenencia, todas las personas deben de gozar de seguridad de tenencia que les garantice una protección legal contra el desalojo, hostigamiento u otras amenazas.
> >
> > Disponibilidad de servicios, materiales, facilidades e infraestructura: una vivienda adecuada debe contener ciertos servicios disponibles para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición. Todos los beneficiarios a una vivienda adecuada deberían tener acceso permanente a recurso naturales comunes, agua potable, energía para la cocina, calefacción y el alumbrado, a instalaciones sanitarias y de aseo, almacenamiento de alimentos, eliminación de desechos, drenaje y a servicios de emergencia.

Habitabilidad: una vivienda adecuada debe ser habitable, en sentido de poder ofrecer espacio adecuado a sus habitantes y de protegerlos del frio, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otras amenazas para la salud, de riesgos estructurales y de vectores de enfermedad. La OMS considera la vivienda como el factor ambiental que con más frecuencia está relacionado con las condiciones que favorecen las enfermedades

Lugar: la vivienda adecuada debe encontrarse en un lugar que permita el acceso a las opciones de empleo, los servicios de atención de salud, centros de atención para niños, escuelas y otros servicios sociales. De manera semejante, la vivienda no debe construirse en lugares contaminados ni en la proximidad inmediata de fuentes de contaminación que amenazan el derecho a la salud de los habitantes.

OMS (2010) define agua potable como: agua para consumo humano, que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El pH del agua potable debe estar entre 6.5 y 8.5.

Las familias que cuentan con un sistema de agua potable estable tienen menor posibilidad de retener agua en pilas y barriles, por lo que hay menos posibilidad de mantener larvas en los contenedores de agua, en cambio aquellas familias que el sistema de agua es deficiente por necesidad a un líquido vital para la vida retienen el agua favoreciendo el crecimiento del zancudo en sus viviendas. ***(Meléndez, 2013, págs. 29-31)***

Operacional de las variables:

Enfermedades originadas por el Aedes aegypti y su repercusión en la salud de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo septiembre 2015 – Febrero 2016

Definición conceptual	**Dimensión o categoría**	**Indicador**	**Escala**
enfermedades originadas por Aedes aegypti Son enfermedades transmitidas por vectores, causados generalmente por un organismo, que lo transmite un agente infeccioso o Vector como el mosquito Aedes Aegypti. ***(Juarez, 2011)***	Signos y síntomas: Dengue Dengue con signos de alarma Chikungunya.	**Sistema Muscular** Mialgias	Según la intensidad Sin dolor Muy leve Leve Moderado Severo Muy severo
		Sistema Óseo Artralgia	Según la intensidad Sin dolor Muy leve Leve Moderado Severo Muy severo
		Sistema Respiratorio Disnea	Según parámetros: INFANTES 25 a 36 Respiraciones por minuto NIÑOS 18 a 25 Respiraciones por minuto ADULTOS 12 a 20 Respiraciones por minuto ANCIANOS Menos de 16 respiraciones por minuto

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Sistema o aparato Digestivo Dolor abdominal	Según su duración: - Agudo - irruptivo - somático -localizado - crónico - No irruptivo – Punzante
		Anorexia	Según su frecuencia: No Raramente Frecuentemente Muy frecuentemente Continuo
		Sistema Excretor o Urinario Diarrea	**Según estado de hidratación:** Leve o inaparente Moderada o clínica Grave No presenta.
		Diuresis	Eliminar entre: <1000 y 1500 ml de orina en 24 horas. >1501y 2100 ml de orina en 24 horas.
		Emesis	Según su frecuencia: No Muy frecuentemente Raramente Continuo Frecuentemente

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Sistema Circulatorio Petequias	Según su característica: Palpables No palpables
		Hematemesis	Clasificación cuantitativa leve <500 a 600 mL moderada 601 a 1200 mL grave 1201 a 2000 mL. masiva > de 2 001 mL
		Gingivorragia	Según cantidad: leve (< 15% (15% -750ML) moderada (15 – 30% 0.8 A 1.5 L) grave (30 – 40 % 1.5 A 2L) masiva (>40% - 2 L)
		Epistaxis	Según tipo: Masiva (hemorragia es superior a los 600 ml en 24-48 horas) No masiva cuando no se cumplen estas condiciones.
		Trombocitopenia	Recuento Plaquetario: Normal (150.000-400.000/ mm^3.) Graves de trombocitopenia (30.000/ mm^3) Leves, (oscila entre 100.000 y 150.000. / mm^3.)

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Sistema Nervioso Hipertermia	Según parámetros: <38.5ºc >38.6ºc >37.5ºc <37.6ºc
		Cefalea	Según el curso: Punzante Intermitente Continuo Según la intensidad Leve Moderado Severo
		Astenia	Según su característica: Agotado Fatigado Debilidad la caminar
		Intranquilidad	Según su frecuencia: No Raramente Frecuentemente Muy frecuentemente Continuo

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Letargo	Según sus características: Cansancio somnolencia profunda somnolencia prolongada
		Palidez	Según su frecuencia: Intensa (totalmente blanca) Severa (no estar completamente roja) Leve (hemoglobina > 6 gr./Dl)
		Sudoración	Según su frecuencia: sudoración profusa diaforesis
		Sueño	Horas de sueño: < De 4 horas. Como siempre Menos de lo habitual Se despierta frecuentemente

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
Salud familiar La salud familiar puede también considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar. El modelo epidemiológico ha entendido la salud del individuo como el equilibrio ecológico entre este y su medio, según la tríada conformada por el huésped, el ambiente y los agentes internos o externos. (Horwitz Campos, Florenzano Urzúa, & Ringeling Polanco , 2013, pág. 148)	Datos Demográficos	Años de permanencia en el domicilio:	1 - 10 11 – 20 21 – 30 31 – 40 50 o mas
		Número de personas que habitan la vivienda:	1 – 5 6 – 10 11 – 15 16 – 20
		Edad	1 - 10 11 -20 21 – 30 31 – 40 41 – 50 51 – 60 61 – mas
		Genero	Femenino Masculino Alternativo
		Procedencia	Urbana Rural Urbano-Marginal

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viuda/o
		Ocupación	Ama de casa Estudiante Trabajador Jornalero Desocupado
		Educación	Primaria Secundaria Superior Ninguna
	Factores Socio económicos	Ingresos	200 – 300 301 – 500 501 – mas
		Tipo de vivienda	Casa de cañas. Casa mixta (ladrillo y cemento). Casa de hormigón. Casa prefabricada (hogar de cristo)

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
	Servicios básicos	Agua.	Tanquero Tubería Lluvias Pozo
		Energía eléctrica	Siempre Algunas veces Pocas veces Nunca
		Recolección de basura:	Incineración de los desechos Carro basurero o recolector. Elimina en un terreno baldío o en la calle La arroja al río La quema La entierra otra forma.
	Factores socio culturales	Limpieza de tanque:	Lava las paredes, el fondo y la tapa con un cepillo, agua y cloro. Vacía completamente y enjuaga varias veces hasta que no queden más residuos.
		Cada que tiempo lava el reservorio de agua:	Diario Semanal Mensual Anual

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Identificación de criadero: barriles frascos ollas baldes floreros tanques cisternas botellas latas de conserva neumáticos bloques de cemento	Si No
		Protección personal: Coloca mosquiteros. Usa repelente cada 3 horas. Usa mangas largas y pantalones largos. Fumiga en los domicilios.	Si No
	factores de riesgo	Protección del ambiente. ✓ Evitando arrojar recipientes o basura en lugares como patios, terrazas, calles y baldíos, en los que pueda acumularse agua. ✓ Manteniendo los patios y jardines desmalezados.	Si No

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		✓ Eliminando el agua de los huecos de árboles, rocas, paredes, pozos, letrinas abandonadas y rellenando huecos de tapias y paredes donde pueda juntarse agua de lluvia. ✓ Enterrando o eliminando todo tipo de basura o recipientes inservibles como latas, cáscaras, llantas y demás objetos que puedan almacenar agua. ✓ Ordenando los recipientes útiles que puedan acumular agua, poniéndolos boca abajo o colocándoles una tapa. ✓ Manteniendo tapados los tanques y recipientes que se usan para recolectar agua. ✓ Eliminando el agua de los platos y macetas, colectores de desagües de aire acondicionado o lluvia, dentro y fuera de la casa.	Si No
		Recorrido del vector:	De 3 a 8 km^2 De 9 a 14 km^2
		Automedicación: **Se auto medica:**	Si No

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Tipo de medicamento Aspirina. Buprex, Diclofenaco. Ibuprofenol, Alka zelcer Voltaren.	 Si No
	Datos de vigilancia epidemiológica	Examen de laboratorio	Si No
		Registros de enfermedades. □ Dengue clásico □ Dengue con signos de alarma □ Chikungunya	 Presenta ____ no presenta___
		Fue ingresado al hospital por sintomatología:	Si No
		Secuelas: □ Mialgia	 Según la intensidad Sin dolor Muy leve Leve Moderado Severo Muy severo

Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Escala
		Artralgia	Según la intensidad Sin dolor Muy leve Leve Moderado Severo Muy severo

Diseño metodológico

Este estudio se encontró incluido dentro de la investigación del Campo de Salud, por lo cual se realizó un estudio descriptivo puesto que se hizo una observación de la realidad.

Universo y Población.

Este estudio se realizó en la comunidad Nº4 del Florón Parroquia Andrés de Vera del Cantón Portoviejo, sin tomar en cuenta la escolaridad y nivel económico; el universo estuvo compuesto por las 15 familias, tomadas de la Matriz de notificación de Casos dengue y chikungunya sin signos de alarma diagnosticados clínicamente de la Unidad Operativa S.C.S Florón Distrito de Salud 13D01 Portoviejo.

Muestra

Por ser un universo de pequeña proporción de 15 Familias de la comunidad El Florón detectadas con el virus; se lo considera como un total de la muestra.

Criterios de inclusión: La población que estuvo inmersa en esta investigación son las15 familias que padecieron la enfermedad.

Criterios de exclusión: La población que no estuvo inmersa en esta investigación son el resto de la comunidad que no presento ni signos, ni síntomas y que no fueron detectadas con el virus.

Tipo de estudio

Retrospectivos.- son aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado. **(Pineda , de Alvarado , & de Canales, 2012, pág. 81)** En los meses de mayo y junio del año 2015 se detectaron 15 familias con el virus ocasionado por el vector Aedes Aegypti para esto se investigó en el Sub Centro en la Matriz de notificación de Casos dengue y chikungunya sin signos de alarma diagnosticados clínicamente de la Unidad Operativa, si en los años anteriores, había ocurrido esta misma patología.

Descriptivo.- Se estudió a la15 familias de la Matriz de notificación de Casos dengue y chikungunya sin signos de alarma diagnosticados clínicamente con la finalidad de recoger y resumir la información para analizar, generalizar los resultados estudiados u observados. **"**La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice". **(Arias, 2012, pág. 24)**.

Es una investigación cuali – cuantitativo, porque se basa en el estudio de la comprensión de los fenómenos sociales ya que posee una observación naturalista y toma datos reales sin alteración alguna en base a una muestra poblacional específica.

Técnicas e instrumentos aplicados en la investigación

Técnicas.- Se refieren al camino a través del cual se estableció las relaciones o mediciones instrumentales entre el investigador y el consultado, para la recolección de datos y el logro de los objetivos.

Hay dos maneras de obtener información:

La entrevista estructurada que es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y las 15 familias de estudio, fue aplicada a cada uno de los afectados con el fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. **(Pineda , de Alvarado , & de Canales, 2012, pág. 129)**

La observación: por medio de esta técnica se descubrió que parte de la comunidad no aplica las medidas de prevención o educación que imparte el personal de salud. De esta manera se identifican los factores que influyen en la proliferación y la prevención de vectores.

"La observación, Es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia. Permite obtener datos tanto cuantitativos como cualitativos". ***(Pineda , de Alvarado , & de Canales, 2012, pág. 126)***

Recolección de información:

La recolección de información se la obtuvo de los datos estadísticos que se encuentra en el centro de salud "El Florón" desde el momento que se dio la fecha de presentación del anteproyecto investigativo.

Procesamiento de la información

Se realizaron cuadros estadísticos, gráficos e interpretación de los datos:

1. Tabulación.
2. Elaboración de tablas o cuadros estadísticos.
3. Análisis de interpretación de los datos.

Talento Humano:

1. Las investigadoras
2. Equipo de salud
3. Habitantes del florón.
4. Miembros del tribunal de tesis.
5. Tutor.

Institucionales:

1. UTM
2. MSP

Equipos tecnológicos:

1. Computadora
2. Proyector
3. Laptops
4. Memoria USB
5. Cd.
6. Impresora

Interpretación de análisis

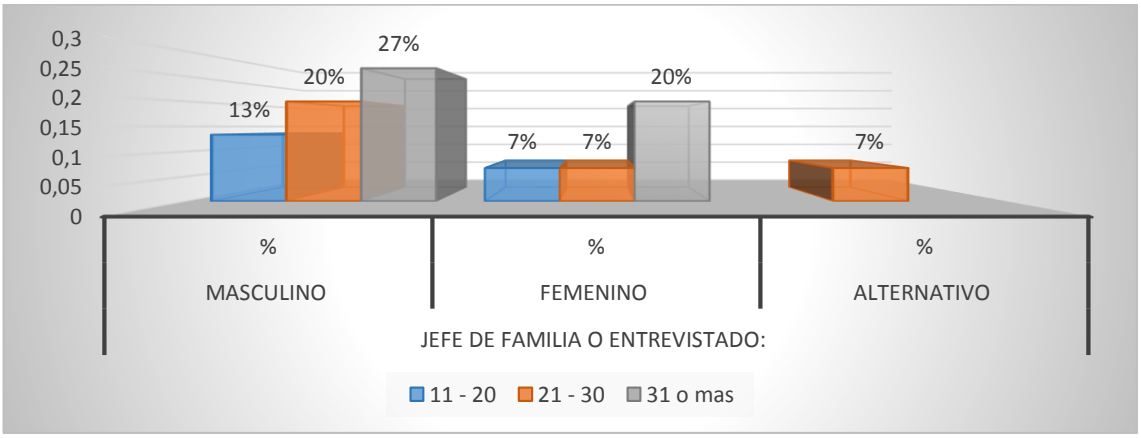
Tabla 1. Distribución Porcentual del sexo del entrevistado y los años que lleva viviendo en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

TIEMPO EN AÑOS	Jefe de familia o entrevistado:						TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		ALTERNATIVO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
11 - 20	2	13%	1	7%			3	20,0%
21 - 30	3	20%	1	7%	1	7%	5	33,3%
31 o mas	4	27%	3	20%			7	46,7%
TOTAL	9	60%	5	33%	1	7%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 1.



Análisis e Interpretación

Según se observa en la figura Nº1 el 60% de la población corresponde al sexo masculino con un 20% edad promedio entre los 21 – 30 años, seguido del sexo femenino con 34% de los cuales el 20% está en edades promedio de 31 años o más y un mínimo de 7% de sexo alternativo en edad de 21 – 30 años los mismo se desenvuelven como"Jefe del Hogar", que es la persona, hombre o mujer, reconocida como tal por los demás miembros del hogar. Todo hogar particular debe tener necesariamente un Jefe. En caso que el hogar esté constituido por personas no unidas por parentesco, el Jefe es la persona propietaria o arrendataria de la vivienda, o la que sea considerada jefe por los demás miembros del hogar. En Ecuador el 71% de hogares tiene a un hombre como jefe según datos estadísticos. ***(INEC, 2013)***

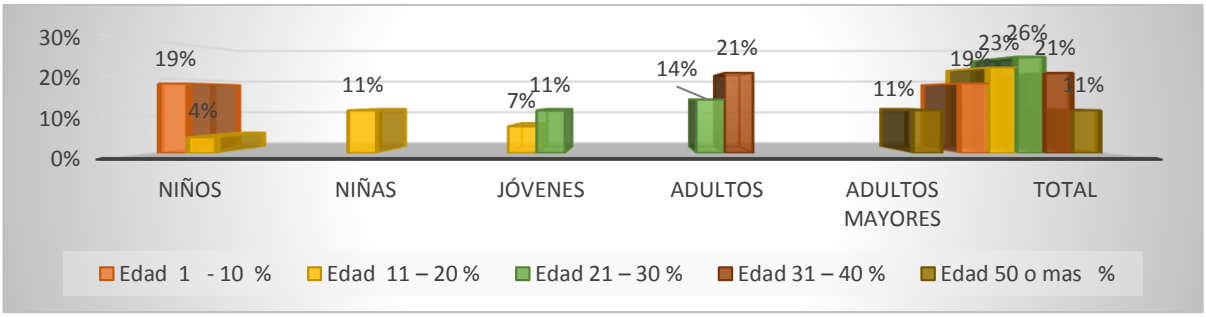
Tabla 2.Distribución Porcentual del Nº de personas que viven en la misma casa en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

ALTERNATIVA	Edad										TOTAL	
	1 - 10		11 – 20		21 – 30		31 – 40		50 o mas			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Niños	13	19%	3	4%	-	-	-	-	-	-	16	23%
Niñas	-	-	8	11%	-	-	-	-	-	-	8	11%
Jóvenes	-	-	5	7%	8	11%	-	-	-	-	13	19%
Adultos	-	-	-	-	10	14%	15	21%	-	-	25	36%
Adultos mayores	-	-	-	-	-	-	-	-	8	11%	8	11%
TOTAL	13	19%	16	23%	18	26%	15	21%	8	11%	70	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 2.



Análisis e Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos por la encuesta aplicada el 26% de la población son personas adultas con promedios de edades que oscilan entre los 31 y 40 años, seguido por los niños con el 23% en edades de 1 – 10 y el 19% por jóvenes en edades de 21 – 30 años. Es considerada una familia al grupo de personas que viven bajo el mismo techo y que no necesariamente llevan vínculo sanguíneo. La Constitución de la República del Ecuador en su Art. 67 protege y reconoce a la familia. Se reconoce la familia en sus diversos tipos. Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. ***(Calero Muñoz & Gloria, 2012, pág. 133)***.

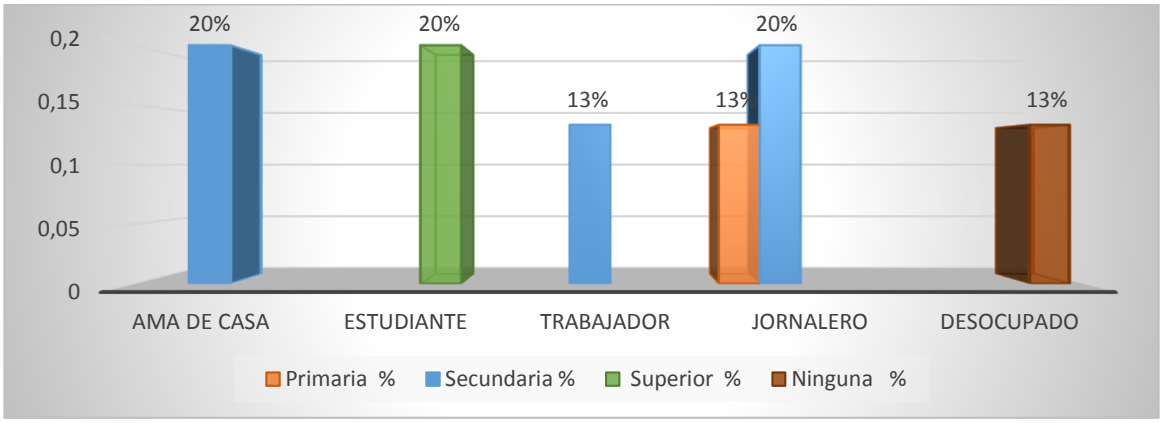
Tabla 3.Distribución Porcentual del Nivel Académico y la ocupación de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

OCUPACIÓN	NIVEL ACADÉMICO								TOTAL	
	Primaria		Secundaria		Superior		Ninguna			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ama de casa	-	-	3	20%	-	-	-	-	3	20%
Estudiante	-	-	-	-	3	20%	-	-	3	20%
Trabajador	-	-	2	13%	-	-	-	-	2	13%
Jornalero	2	13%	3	20%	-	-	-	-	5	33%
Desocupado	-	-	-	-	-	-	2	13%	2	13%
TOTAL	2	13%	8	53%	3	20%	2	13%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 3.



Análisis e Interpretación

Según el nivel de instrucción y la ocupación del entrevistado se observa que el 53% son personas que han cursado la secundaria y se desenvuelven como, jornalero el 20%, como trabajador 13% y como ama de casa otro 20%. Se observa un 20% como estudiantes de nivel superior y un mínimo de 13% como desocupado. El estado conyugal a nivel nacional que predomina es soltero con un 36,5%, el 32,5 el casado y unión libre tiene 20,4%(censo INEC 2010) estadística que se contrapone a la investigación ya que el estado civil que predomina es unión libre. ***(INEC, 2010).***

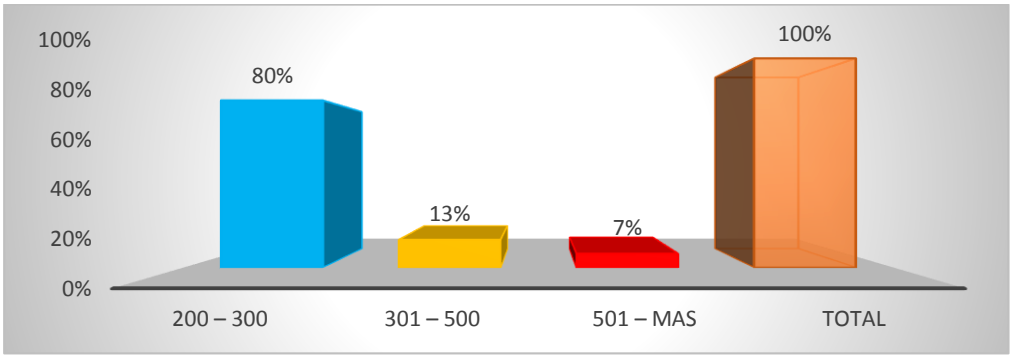
Tabla 4.Distribución Porcentual del ingreso económico en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

INGRESO ECONÓMICO	F	%
200 – 300	12	80%
301 – 500	2	13%
501 – mas	1	7%
TOTAL	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 4.



Análisis e Interpretación

El 80% de la población recibe un salario de 200 – 300 lo que refleja que no es el salario mínimo estipulado. El nuevo Salario Básico Unificado (SBU) que rige en el año 2015, será de USD354. Lo que representa un incremento del 4,11% sobre el salario anterior, que es de 340 dólares americanos. ***(Ministerio del Trabajo, 2015)***

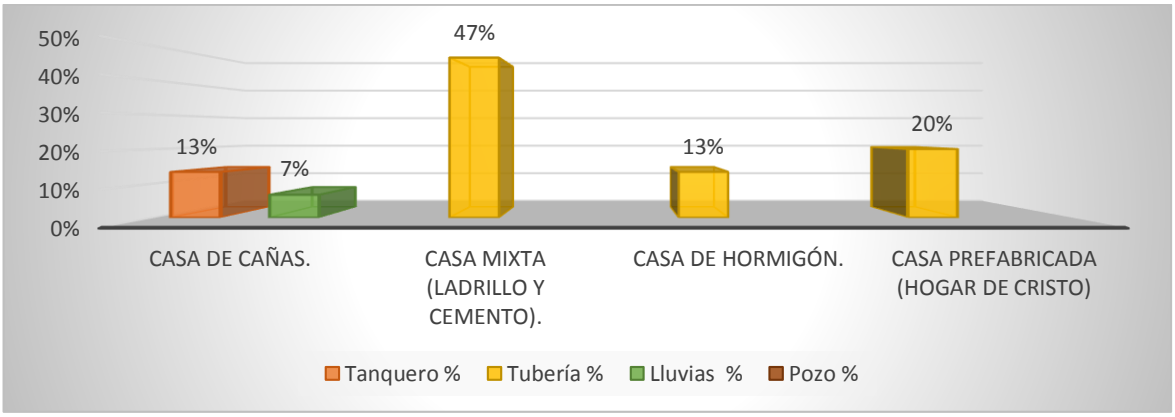
Tabla 5.Distribución Porcentual del tipo de vivienda y abastecimiento de agua de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Tipo de vivienda	Abastecimiento de agua									
	Tanquero		Tubería		Lluvias		Pozo		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Casa de cañas.	2	13%	-	-	1	7%	-	-	3	20%
Casa mixta (ladrillo y cemento).	-	-	7	47%	-	-	-	-	7	47%
Casa de hormigón.	-	-	2	13%	-	-	-	-	2	13%
Casa prefabricada (hogar de cristo)	-	-	3	20%	-	-	-	-	3	20%
TOTAL	2	13%	12	80%	1	7%	-	-	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 5.



Análisis e Interpretación

El 47% de la comunidad son propietarios de casas mixtas (ladrillo y cemento) el 20% casas prefabricadas conocidas como las casitas del hogar de cristo y un 13% de hormigón. El 80% reciben agua por tubería en sus domicilios. El abastecimiento de agua potable es una cuestión de supervivencia. Todos necesitamos acceso a una cantidad suficiente de agua pura para mantener la buena salud y la vida. ***(UNICEF, 2016)***

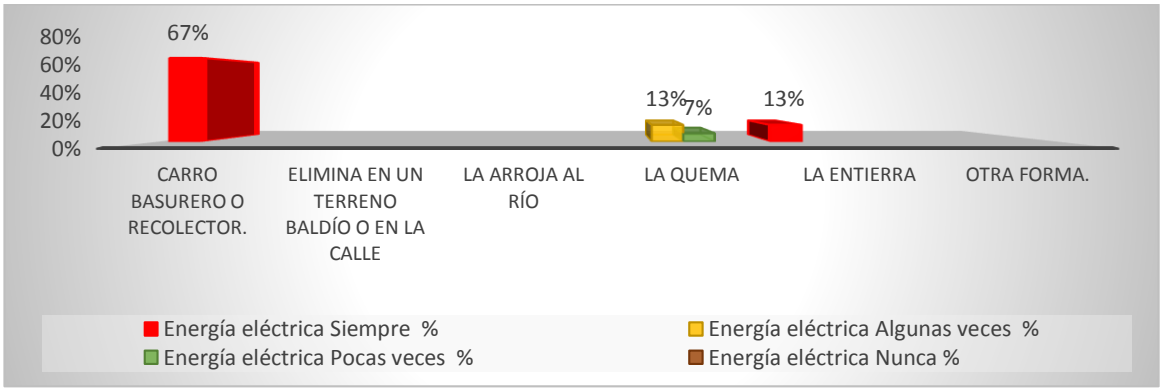
Tabla 6.Distribución Porcentual del manejo de desechos y el abastecimiento de energía eléctrica de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Manejo de Desechos	Energía eléctrica								TOTAL	
	Siempre		Algunas veces		Pocas veces		Nunca			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Carro basurero o recolector.	10	67%	-	-	-	-	-	-	10	67%
Elimina en un terreno baldío o en la calle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La arroja al río	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La quema	-	-	2	13%	1	7%			3	20%
La entierra	2	13%	-	-	-	-	-	-	2	13%
Otra forma.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	12	80%	2	13%	1	7%	0	0%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 6.



Análisis e Interpretación

El 80% de la comunidad siempre cuentan con energía eléctrica y de este 67% elimina los desechos por medio del recolector de basura un 13% la entierra y otro 13% la quema este último recibe luz algunas veces. La población del Ecuador según el Censo de Población y Vivienda del año 2010 era de 14.483.499 millones de habitantes, registrándose que un 77% de los hogares elimina la basura a través de carros recolectores y el restante 23% la elimina de diversas formas, así por ejemplo la arroja a terrenos baldíos o quebradas, la quema, la entierra, la deposita en ríos acequias o canales, etc. ***(Ministerio del Ambiente, 2015)***

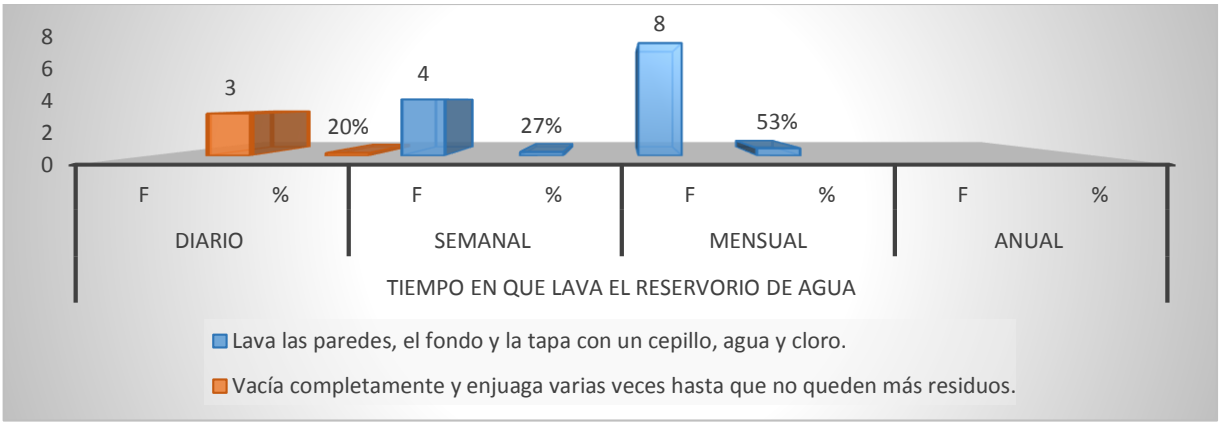
Tabla 7.Distribución Porcentual del Método de limpieza y tiempo que utiliza para lavar el reservorio de agua las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Limpieza de sus reservorios de agua	Tiempo en que lava el reservorio de agua								TOTAL	
	Diario		Semanal		Mensual		Anual			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Lava las paredes, el fondo y la tapa con un cepillo, agua y cloro.			4	27%	8	53%			12	80%
Vacía completamente y enjuaga varias veces hasta que no queden más residuos.	3	20%							3	20%
TOTAL	3	20%	4	27%	8	53%	0	0%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 7.



Análisis e Interpretación

El 80% de la población lava las paredes, el fondo y la tapa con un cepillo, agua y cloro. Lo realizan el 53% mensualmente y el 27% semanalmente y solo el 20% vacía completamente y enjuaga varias veces hasta que no queden más residuos. La eliminación de los criaderos de Aedes aegypti es, por el momento, la medida más eficaz para disminuir la incidencia de la enfermedad. El Aedes aegypti es básicamente un problema de saneamiento doméstico, por lo tanto su incidencia puede reducirse sustancialmente con campañas de limpieza en las que participen todos. **(UNICEF, 2009, págs. 42-54)**

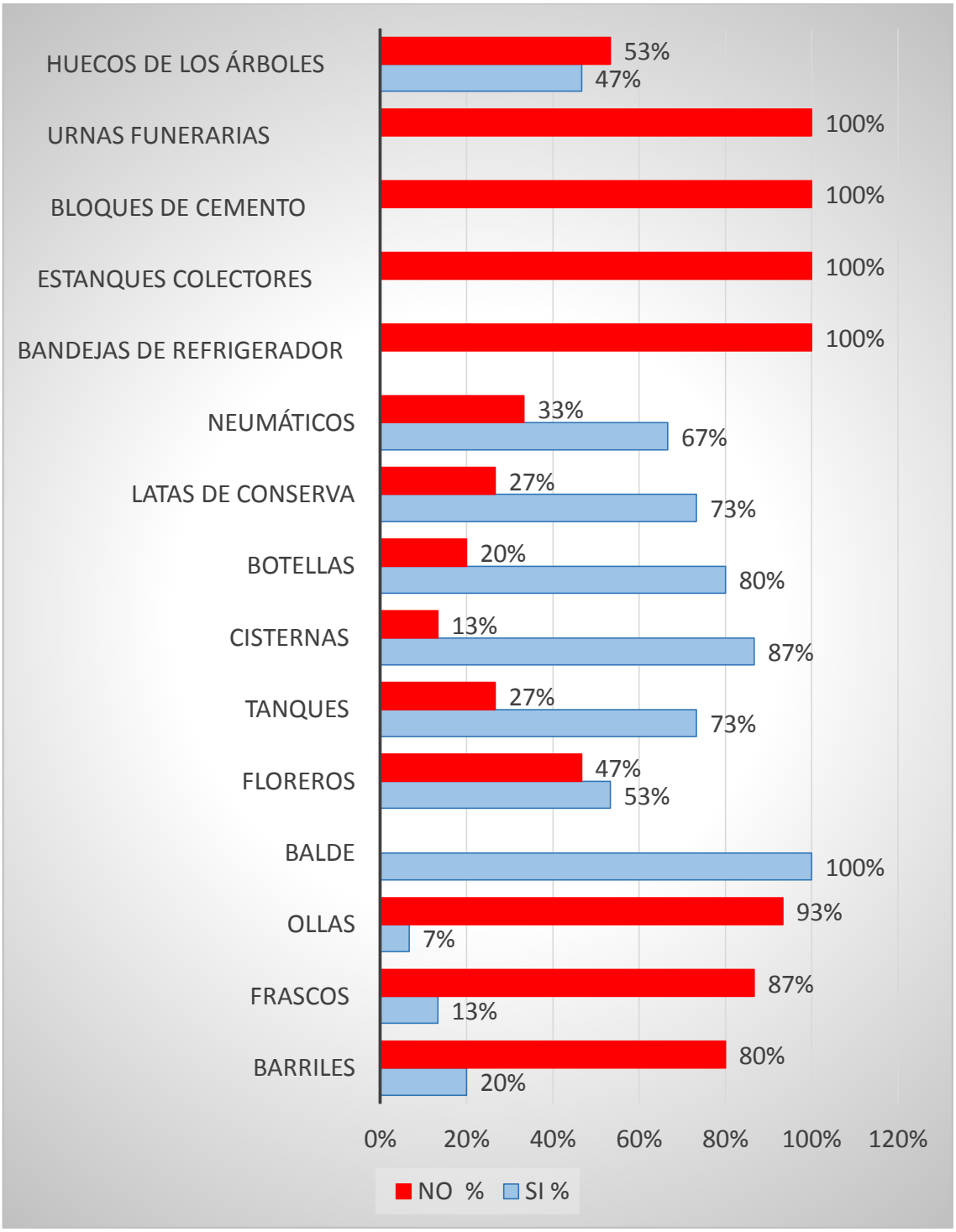
Tabla 8.Distribución Porcentual de criaderos por parte de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Criadero	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
barriles	3	20%	12	80%	15	100%
frascos	2	13%	13	87%	15	100%
ollas	1	7%	14	93%	15	100%
balde	15	100%	-	-	15	100%
floreros	8	53%	7	47%	15	100%
tanques	11	73%	4	27%	15	100%
cisternas	13	87%	2	13%	15	100%
botellas	12	80%	3	20%	15	100%
latas de conserva	11	73%	4	27%	15	100%
neumáticos	10	67%	5	33%	15	100%
bandejas de refrigerador	-	-	15	100%	15	100%
estanques colectores	-	-	15	100%	15	100%
bloques de cemento	-	-	15	100%	15	100%
urnas funerarias	-	-	15	100%	15	100%
huecos de los árboles	7	47%	8	53%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 8.


HUECOS DE LOS ÁRBOLES
53%
47%
URNAS FUNERARIAS
100%
BLOQUES DE CEMENTO
100%
ESTANQUES COLECTORES
100%
BANDEJAS DE REFRIGERADOR
100%
NEUMÁTICOS
33%
67%
LATAS DE CONSERVA
27%
73%
BOTELLAS
20%
80%
CISTERNAS
13%
87%
TANQUES
27%
73%
FLOREROS
47%
53%
BALDE
100%
OLLAS
93%
7%
FRASCOS
87%
13%
BARRILES
80%
20%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
120%
NO %
SI %

Análisis e Interpretación

El 53% de la población no identifica los lugares de criadero del mosquito dejando un 47% que si identifica los criaderos del vector. El 100% no reconocía que las urnas funerarias, los bloques de cemento, estanques recolectores bandejas de refrigeradora son posibles casa de huevo del vector, el 100% sabía que los baldes son el potencial criadero de la larva que produce el mosquito, el 87% reconocía que las cisternas es casa del vector, el 80% conocía sobre las botellas un 73% sobre las latas y un 67% sobre los neumáticos estos son los más conocidos por la población. La eliminación de los criaderos de Aedes aegypti es, por el momento, la medida más eficaz para disminuir la incidencia de la enfermedad. **(UNICEF, 2009, págs. 42-54)**

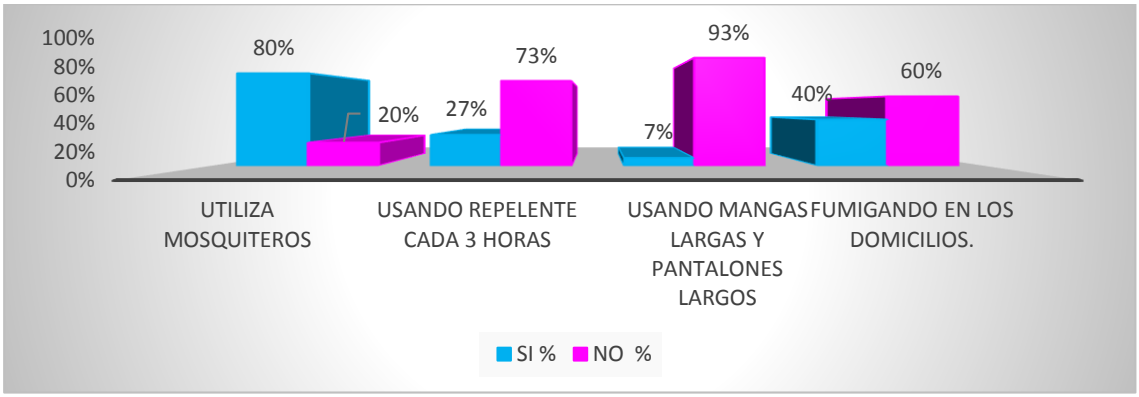
Tabla 9.Distribución Porcentual de las Medidas para prevenir la picadura del mosquito que aplican las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Medidas para prevenir la picadura del mosquito	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Utiliza mosquiteros	12	80%	3	20%	15	100%
Usando repelente cada 3 horas	4	27%	11	73%	15	100%
Usando mangas largas y pantalones largos	1	7%	14	93%	15	100%
Fumigando en los domicilios.	6	40%	9	60%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 9.



Análisis e Interpretación

El 93% de la población no utiliza mangas largas ni pantalones largos para prevenir la picadura del mosquito pero de lo contrario un 80% si utiliza mosquiteros. Estudio cuasi-experimental, a los alumnos de secundaria de los colegios 7 de Mayo y República del Ecuador. El 84.5% tiene actitudes adecuadas para dengue y chikungunya en tanto que el 15.5% tiene actitudes inadecuadas para dengue y chikungunya. ***(Olmedo & Flores Durazno, 2015)*** Las acciones tendientes a cambios conductuales, están orientadas a incrementar la protección personal frente al contacto del vector (instalación de mosquiteros o empleo de repelentes. **(UNICEF, 2009, págs. 42-54)**

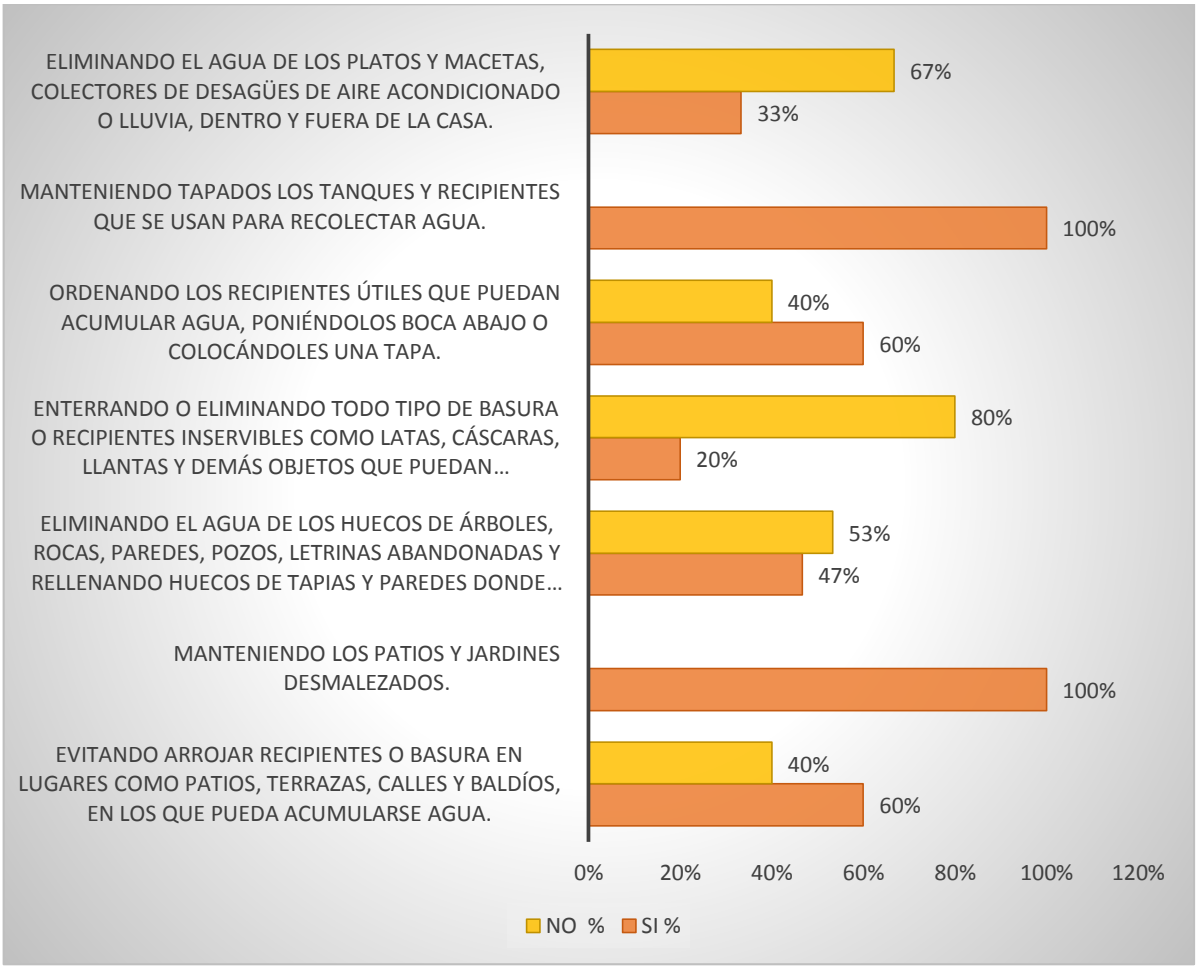
Tabla 10.Distribución Porcentual de las medidas para prevenir la proliferación del vector que aplican las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

medidas para prevenir la proliferación del vector	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Evitando arrojar recipientes o basura en lugares como patios, terrazas, calles y baldíos, en los que pueda acumularse agua.	9	60%	6	40%	15	100%
Manteniendo los patios y jardines desmalezados.	15	100%	-	-	15	100%
Eliminando el agua de los huecos de árboles, rocas, paredes, pozos, letrinas abandonadas y rellenando huecos de tapias y paredes donde pueda juntarse agua de lluvia.	7	47%	8	53%	15	100%
Enterrando o eliminando todo tipo de basura o recipientes inservibles como latas, cáscaras, llantas y demás objetos que puedan almacenar agua.	3	20%	12	80%	15	100%
Ordenando los recipientes útiles que puedan acumular agua, poniéndolos boca abajo o colocándoles una tapa.	9	60%	6	40%	15	100%
Manteniendo tapados los tanques y recipientes que se usan para recolectar agua.	15	100%	-	-	15	100%
Eliminando el agua de los platos y macetas, colectores de desagües de aire acondicionado o lluvia, dentro y fuera de la casa.	5	33%	10	67%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 10.



Análisis e Interpretación

De acuerdo a las medidas para prevenir la proliferación del vector el 100% de la población mantiene tapados los tanques y recipientes que usan para recolectar agua, mantienen patios y jardines desmalezados de lo contrario a esto el 80% de la población no entierra ni elimina la basura o recoge recipientes como latas cáscara o llantas y demás objeto que pueden almacenar agua que pueden ser reservorio del vector. . Estudio cuasi-experimental, a los alumnos de secundaria de los colegios 7 de Mayo y República del Ecuador el 67.8% realiza prácticas preventivas para dengue y chikungunya en su hogar. ***(Olmedo & Flores Durazno, 2015)***

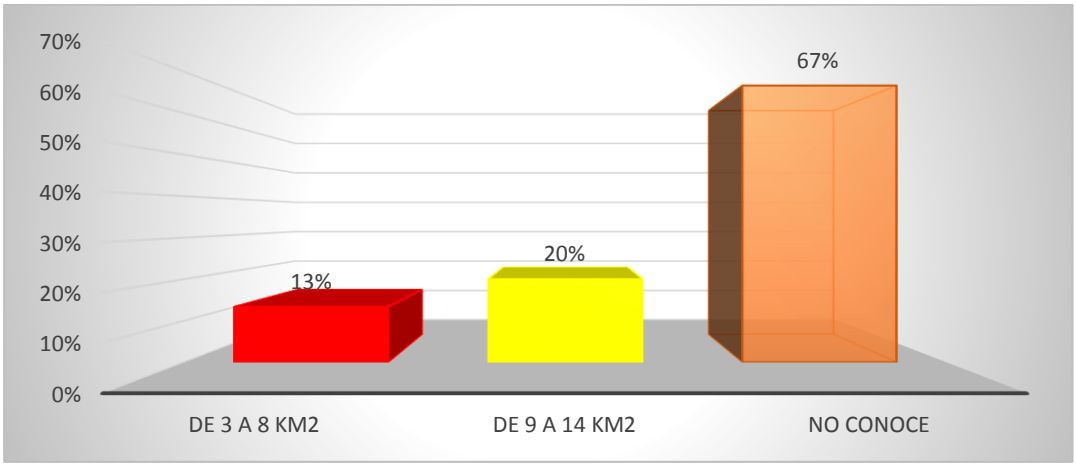
Tabla 11.Distribución Porcentual sobre el conocimiento de la Comunidad del Florón Nº4 sobre el Recorrido del vector (kilómetros de vuelo), Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Recorrido del vector (kilómetros de vuelo)	F	%
De 3 a 8 km2	2	13%
De 9 a 14 km2	3	20%
No conoce	10	67%
TOTAL	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 11.



Análisis e Interpretación

De acuerdo al recorrido que el mosquito puede alcanzar el 67% de los entrevistados afirmaron no conocer de cuanto es exactamente el recorrido en $km^{2,}$ el 20% respondió que es de 9 - 4 km^2 y el 13% respondió de 3 a 8 km^2. La hembra grávida puede volar hasta 3 Km en busca de un sitio favorable para depositar los huevos. ***(Pilozo & Pincay Montes, 2015)***

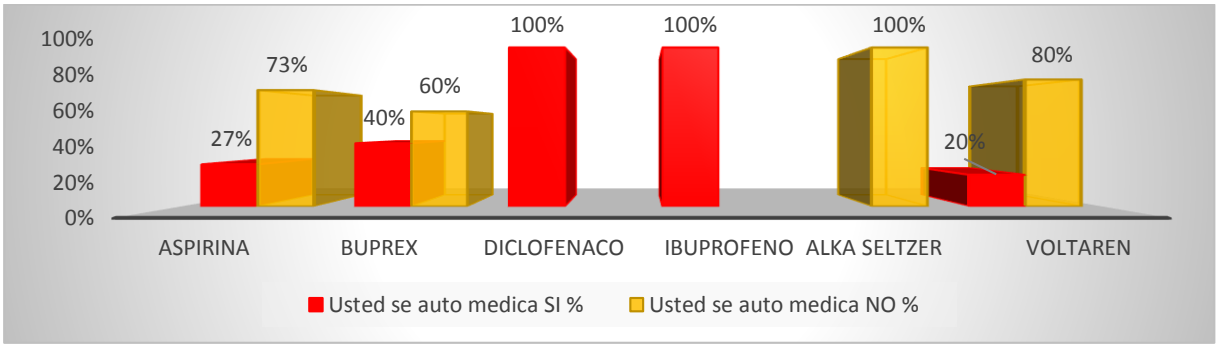
Tabla 12.Distribución Porcentual de automedicación y el medicamento utilizado por las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Medicamento	Usted se auto medica				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
Aspirina	4	27%	11	73%	15	100%
Buprex	6	40%	9	60%	15	100%
Diclofenaco	15	100%	-	-	15	100%
Ibuprofeno	15	100%	-	-	15	100%
Alka Seltzer	-	-	15	100%	15	100%
Voltaren	3	20%	12	80%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 12.



Análisis e Interpretación

El 100% se auto medica utilizando diclofenaco e ibuprofeno lo que es preocupante ya que por deducciones científicas comprendemos que los medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico pueden causar sangrado como: aspirina, mejoral, alka seltzer, antiinflamatorios como el Diclofenaco que puedan causar gastritis y los esteroides que además pueden bajar las defensas inmunológicas del paciente. Estos pacientes se deben visitar diariamente, según sea el caso. ***(Meléndez, 2013, págs. 39-40)***

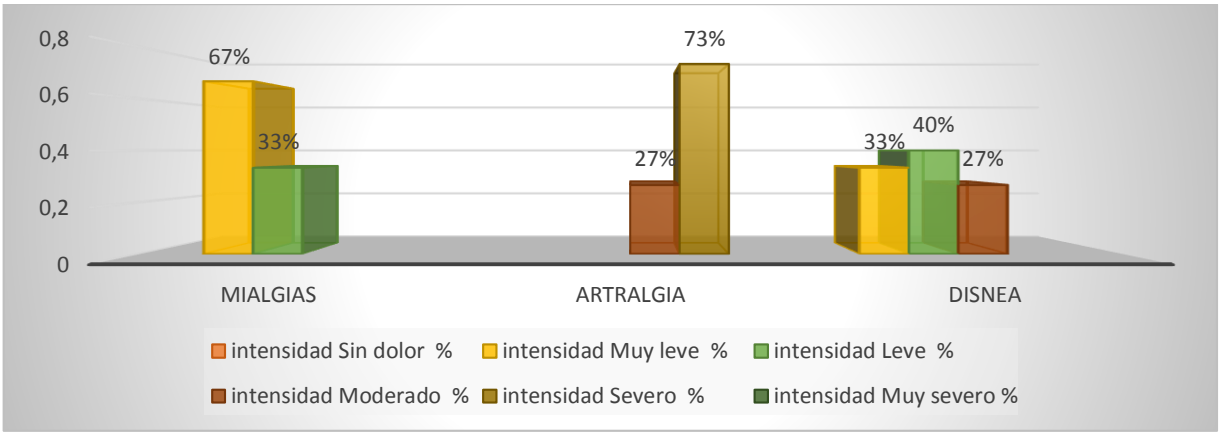
Tabla 13.Distribución Porcentual de signos y síntomas por sistema Muscular, Óseo y Respiratorio ocasionados por dengue y chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Signos y síntomas por sistemas	intensidad												TOTAL	
	Sin dolor		Muy leve		Leve		Moderado		Severo		Muy severo			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sistema Muscular														
Mialgias	-	-	10	67%	5	33%	-	-	-	-	-	-	15	100%
Sistema Óseo														
Artralgia	-	-	-	-	-	-	4	27%	11	73%	-	-	15	100%
Sistema Respiratorio														
Disnea	-	-	5	33%	6	40%	4	27%	-	-	-	-	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 13.



Análisis e Interpretación

El 73% de la población de estudio manifestó artralgia intensamente severa el cual pertenece al sistema óseo, de acuerdo al sistema muscular el 67% presento mialgias de intensidad muy leve y por último en el sistema respiratorio el 27% presento disnea moderada. Según estudios en un colegio de la ciudad de Guayaquil afirma que el síntoma más conocido del dengue y chikungunya es el dolor muscular a un 78.3%. ***(Olmedo & Flores Durazno, 2015)***

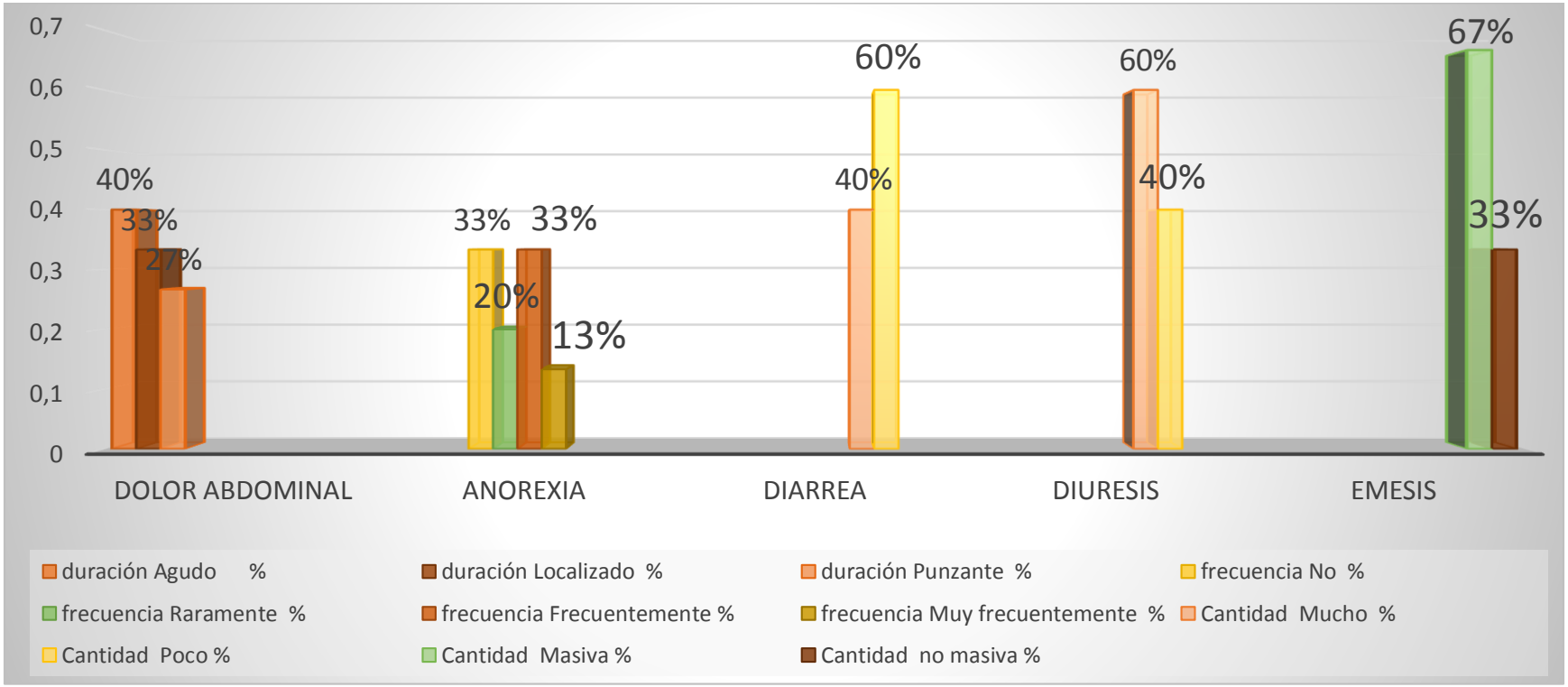
Distribución Porcentual de signos y síntomas por Sistema o aparato Digestivo y Sistema Excretor o Urinario ocasionados por dengue y chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

SIGNOS Y SÍNTOMAS POR SISTEMA	duración						frecuencia								Cantidad								TOTAL	
	Agudo		Localizado		Punzante		No		Raramente		Frecuentemente		Muy frecuentemente		Mucho		Poco		Masiva		no masiva			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sistema o aparato Digestivo																								
Dolor abdominal	6	40%	5	33%	4	27%																	15	100%
Anorexia							5	33%	3	20%	5	33%	2	13%									15	100%
Sistema Excretor o Urinario																								
Diarrea															6	40%	9	60%					15	100%
Diuresis															9	60%	6	40%					15	100%
Emesis																			10	67%	5	33%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 13.



Análisis e Interpretación

El 67% padecieron raramente emesis, el 60% diuresis de mucha cantidad, y el 13% anorexia muy frecuentemente.

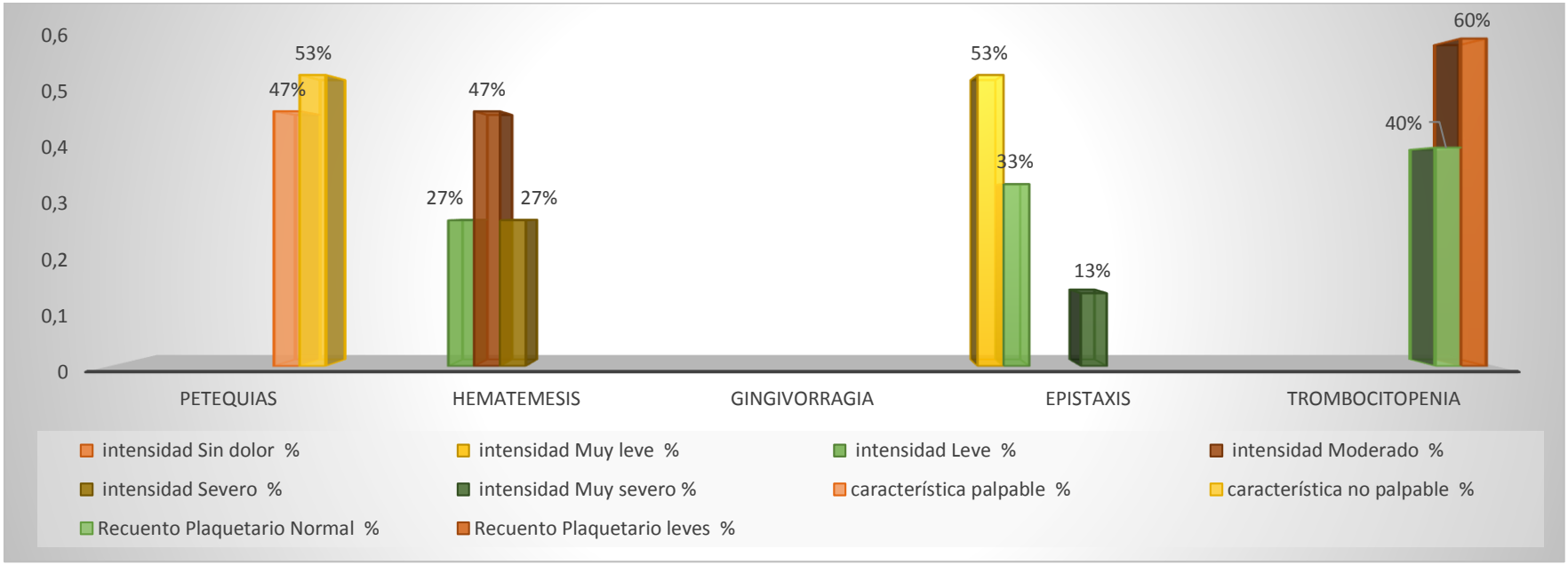
Distribución Porcentual de signos y síntomas por sistema circulatorio ocasionados por dengue y chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

SIGNOS Y SÍNTOMAS POR SISTEMA CIRCULATORIO	intensidad												característica				Recuento Plaquetario				TOTAL	
	Sin dolor		Muy leve		Leve		Moderado		Severo		Muy severo		palpable		no palpable		Normal		leves			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Petequias													7	47%	8	53%					15	100%
Hematemesis					4	27%	7	47%	4	27%											15	100%
Gingivorragia																						
Epistaxis			8	53%	5	33%					2	13%									15	100%
Trombocitopenia																	6	40%	9	60%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 13.



Análisis e Interpretación

De acuerdo al sistema circulatorio el 60% presento trombocitopenia leve, el 53% equitativamente presento epistaxis leve y petequias en de características no palpable.

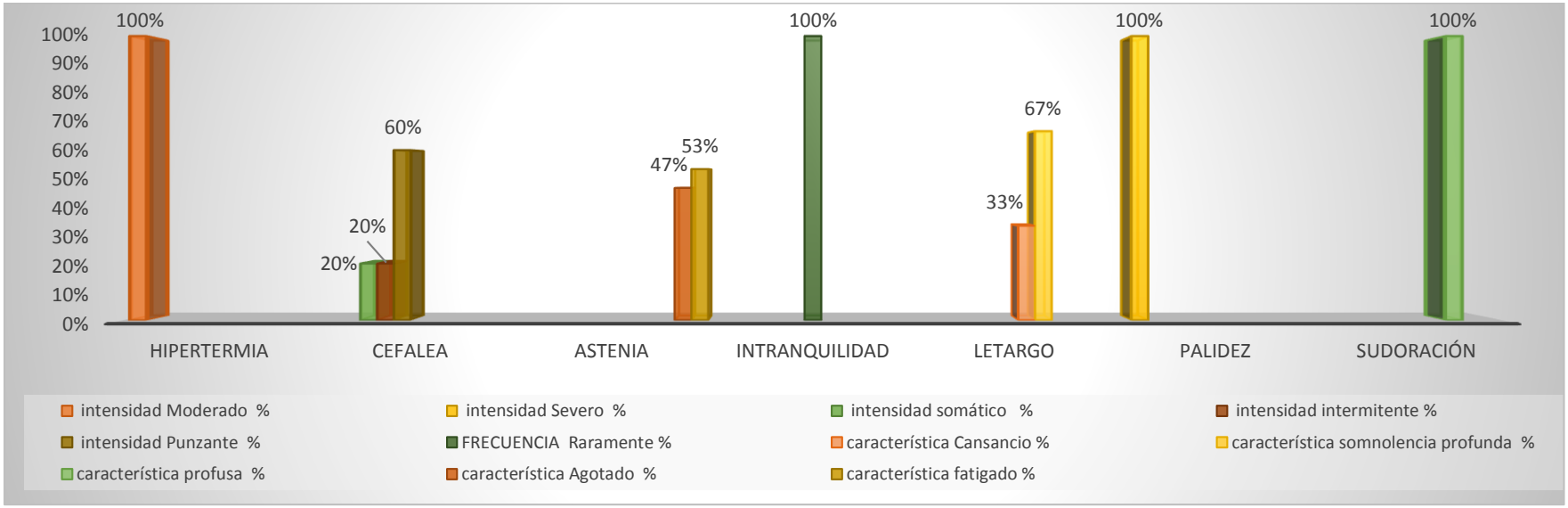
Distribución Porcentual de signos y síntomas ocasionados por dengue y chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO	INTENSIDAD				FRECUENCIA						CARACTERÍSTICA										TOTAL	
	Moderado		Severo		somático		intermitente		Punzante		Raramente		Cansancio		somnolencia profunda		profusa		Agotado		fatigado			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hipertermia	15	100%																					15	100%
Cefalea					3	20%	3	20%	9	60%													15	100%
Astenia																			7	47%	8	53%	15	100%
Intranquilidad											15	100%											15	100%
Letargo													5	33%	10	67%							15	100%
Palidez			15	100%																			15	100%
Sudoración																	15	100%					15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 13.



Análisis e Interpretación

El 100% presento hipertermia intranquilidad sudoración profusa. Un 20% sufrió cefalea.

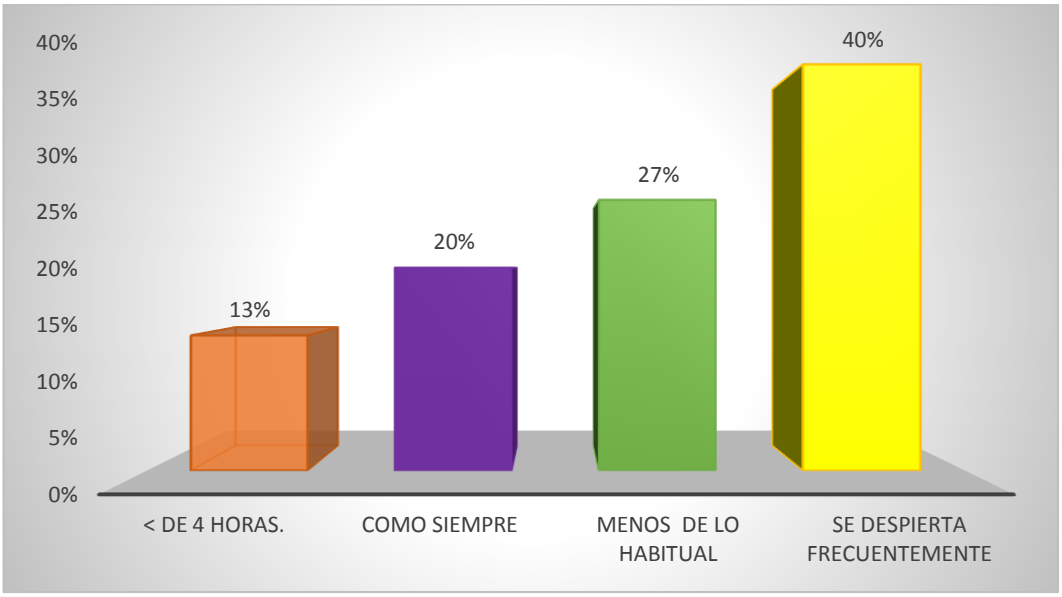
Tabla 14.Distribución Porcentual de la afectación de horas de sueño ocasionados por dengue y chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

AFECTACIÓN DE HORAS DE SUEÑO	F	%
< De 4 horas.	2	13%
Como siempre	3	20%
Menos de lo habitual	4	27%
Se despierta frecuentemente	6	40%
TOTAL	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 14.



Análisis e Interpretación

El 40% de la población afirmo que durante la enfermedad se despertaba frecuentemente.

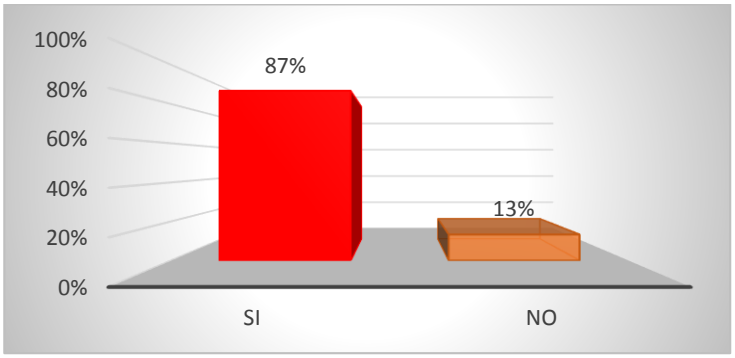
Tabla 15.Distribución Porcentual de la realización de prueba confirmatoria de Dengue y Chikungunya en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

prueba confirmatoria	F	%
SI	13	87%
NO	2	13%
TOTAL	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 15.



Análisis e Interpretación

El 87% de la comunidad se realizó la prueba confirmatoria de dengue en estos caso ellos acudieron al centro de salud de su unidad y otros al hospital Regional Verdi Ceballos Balda.

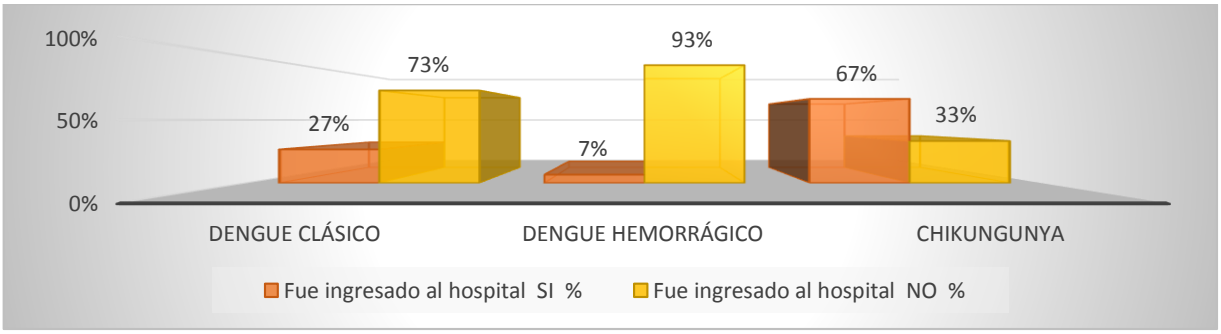
Tabla 16.Distribución Porcentual de la patología confirmada por la que fue ingresado al hospital en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016

patología	Fue ingresado al hospital				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
Dengue clásico	4	27%	11	73%	15	100%
Dengue hemorrágico	1	7%	14	93%	15	100%
Chikungunya	10	67%	5	33%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 16.



Análisis e Interpretación

El 67% de la población fue ingresada al Hospital por presentar chikungunya y un 27% por presentar dengue clásico y el 7% fue ingresado por presentar dengue hemorrágico. La Ministra dijo que en Ecuador son determinantes para el incremento de los casos, tanto de dengue como de chikungunya, las condiciones climáticas debido a las precipitaciones que se han extendido hasta el mes de mayo de 2015 y por las altas temperaturas". ***(MSP, 2015)***

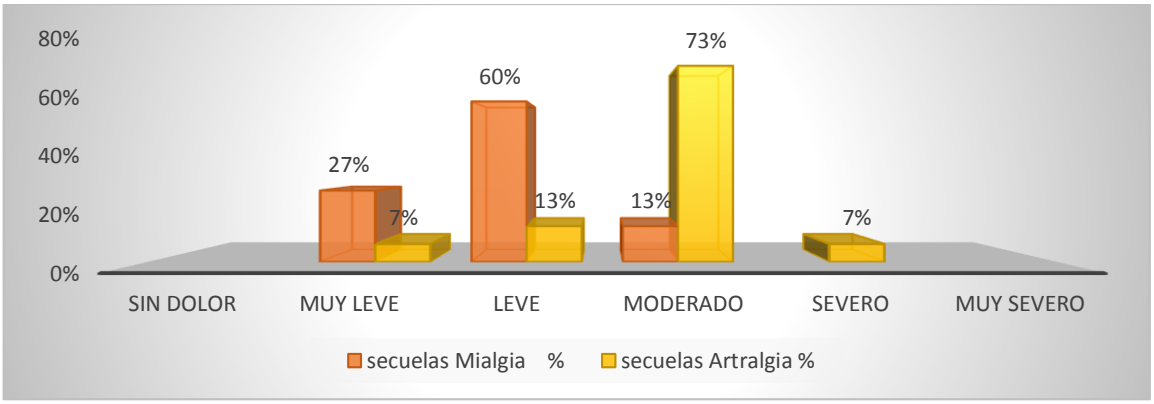
Tabla 17.Distribución Porcentual secuelas que predominan en la actualidad en la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

ESCALA	secuelas			
	Mialgia		Artralgia	
	F	%	F	%
Sin dolor	-	-	-	-
Muy leve	4	27%	1	7%
Leve	9	60%	2	13%
Moderado	2	13%	11	73%
Severo	-	-	1	7%
Muy severo	-	-	-	-
TOTAL	15	100%	15	100%

ELABORADO POR: *Cervantes Molina Priscila Lissette - Vélez Barberan José Federico*

FUENTE: *Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.*

Figura 19.



Análisis e Interpretación

En la actualidad el 73% afirma que tienen secuelas como artralgia en un nivel moderado un 60% presenta leves mialgias.

Conclusión

Se identifica la población de estudio el 60% corresponde al sexo masculino con un 20% edad promedio entre los 21 – 30 años, seguido del sexo femenino con 34% de los cuales el 20% está en edades promedio de 31 años o más y un mínimo de 7% de sexo alternativo en edad de 21 – 30 años los mismo se desenvuelven como"Jefe del Hogar" el 26% de la población son personas adultas con promedios de edades que oscilan entre los 31 y 40 años, seguido por los niños con el 23% en edades de 1 – 10 y el 19% por jóvenes en edades de 21 – 30 años. El 80% de la población recibe un salario de 200 – 300 lo que refleja que no es el salario mínimo estipulado. El nuevo Salario Básico Unificado (SBU) que rige en el año 2015, será de USD354. Lo que representa un incremento del 4,11% sobre el salario anterior, que es de 340 dólares americanos.

La población en estudio según resultados estadísticos solo el 15.5% tiene actitudes inadecuadas para dengue y chikungunya. Las acciones tendientes a cambios conductuales, están orientadas a incrementar la protección personal frente al contacto del vector (instalación de mosquiteros o empleo de repelentes.

Entre los signos y síntomas que se destacaron cuando se presentó la patología estuvo en un 100% principal la hipertermia luego ligeras cefaleas palidez excesiva, mialgia, artralgia. En la actualidad la secuela que prevalece en los individuos es la mialgia y artralgia. En la comunidad suelen auto medicarse con diclofenaco lo cual puede originar sangrado y empeorar la enfermedad. El 100% se auto medica utilizando diclofenaco e ibuprofeno lo que es preocupante ya que por deducciones científicas comprendemos que los medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico pueden causar sangrado como: aspirina, mejoral, alka seltzer, antiinflamatorios como el Diclofenaco que puedan causar gastritis y los esteroides que además pueden bajar las defensas inmunológicas del paciente.

La comunidad se vincula y realiza la ejecución de la propuesta, se concientiza a la población a ser por ta voz de la información captada por parte del personal que lo capacito

Recomendaciones.

Sugerir el fortalecimiento de las medidas preventivas y de control por parte de todos los habitantes de la comunidad "El Florón" mediante el fomento de la participación familiar, por la importancia que amerita esta problemática de salud pública.

Realizar campañas informativas constantes con el propósito de fomentar el mejoramiento del entorno y evitar la formación y eliminación de criaderos de mosquitos transmisores de dengue.

No auto-medicarse cuando se presente sintomatología compatible con la enfermedad, acudir al médico o a la unidad de Salud más cercana a su domicilio.

Propuesta

Socializar los resultados al equipo de salud y a los líderes comunitarios con el propósito de informar, educar y promover la prevención de las patologías originadas por el vector.

Responsables:

1. Cervantes Molina Priscila Lissette
2. Vélez Barbaran José Federico
3. Escuela de Enfermería
4. Facultad Ciencias de la Salud
5. Universidad Técnica de Manabí
6. Sub Centro de Salud "El Florón"

Ubicación sectorial o física:

Particularmente el trabajo de titulación se orientó al cantón Portoviejo el cual está ubicado en el centro de la provincia y tiene una superficie de 96.5 $Km^{2;}$ limita al norte con los cantones Rocafuerte, Sucre y Junín; al sur con Santa Ana y Jipijapa; al este con Bolívar y Pichincha y al oeste con los cantones Montecristi y Jaramijó y con el Océano Pacifico. Geográficamente Portoviejo está ubicado a 01 grados, 3 minutos y 8 segundos de latitud sur, y a 80 grados, 27 minutos y 2 segundos de longitud oeste.

Esta circundado por los cerros de Bálsamo y Hojas. El primero separa las cuencas hidrográficas de Portoviejo y Chone, y está cubierto de ceibos y guayacán. El cerro de Hojas separa a Portoviejo de Montecristi. También forman parte de Portoviejo las montañas de Alajuela y San Placido, así como el cerro de Jaboncillo, que está cubierto de bosques secos

y espinosos, que contribuyen con un clima cálido y variable cuya temperatura media anual es de 24 grados centígrados. Dentro de su división territorial posee nueve parroquias urbanas, siendo estas Portoviejo, 12 de Marzo, Picoaza, 18 de Octubre, Colon, Francisco Pacheco, Andrés de Vera, San Pablo y Simón Bolívar y siete rurales que son Riochico, Abdón Calderón, Alajuela, San Placido, Pueblo Nuevo, Crucita y Chirijo. Específicamente nuestro trabajo se ejecutó en la Parroquia Andrés de Vera, ciudadela marginal el Florón 4 que en la actualidad cuenta con 15.000 Habitantes, distribuidos por grupos hectáreas de la siguiente manera.

Descripción de la comunidad.

La Comunidad de El Florón, es una zona urbana marginal que al igual que otros sectores de nuestra patria requiere el mejoramiento de los servicios de salud para un adecuado desarrollo y desenvolvimiento de sus habitantes, por lo cual, los resultados expuestos en el presente estudio investigativo, son puestos a consideración de los organismos rectores de salud, permitiendo a los líderes comunitarios y personal de salud tomar decisiones oportunas e intervenciones que contribuyan a disminuir la Problemática en salud de su población y de su jurisdicción respectivamente.

Micro-localización.

Parroquia: Andrés de Vera A 2 Kilómetros de la vía a Santa Ana, y se encuentra distribuida en 8 Florones dada la extensión territorial de la misma, que es de aproximadamente 50 Hectárea.

Límites:

Norte: Planta de tratamiento de agua Loma Blanca, Cota 70, Áreas de Protección y San José de la Colina.

Sur: Áreas de Protección de las Colinas en la parte alta, y El Guabito en la parte baja

Este: Ciudadela Vicente Vélez, Terrenos del CRM y Sector de la Coca-Cola.

Oeste: Áreas de Protección, Quebradas de Monte Santo y Galápagos, Terrenos particulares.

Justificación

Las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) representan un importante problema de salud pública a nivel mundial sobre todo en países de Latinoamérica u américa del sur. Las altas tasas de morbilidad y mortalidad, son capaces de bloquear las actividades económicas de ciudades y países y colapsar los servicios de salud de cualquier región cuando se presentan epidemias de fiebre hemorrágica por esta enfermedad. El mosquito transmisor del dengue, Aedes aegypti, es un ejemplo de adaptación de una especie al ámbito humano, con criaderos, hábitats, fuente de alimentación y desplazamiento activos y pasivos ligados al entorno domiciliario.

El reto principal para la prevención y control del vector, es hacer más eficientes las acciones anticipatorias en todos los estados del país para evitar la aparición de brotes y en su caso, atenderlos de forma oportuna y evitar su dispersión. Aunque la enfermedad depende de la presencia y abundancia de los mosquitos.

Fundamentación

Siendo el dengue y chikungunya una enfermedad infecciosa tropical, caracterizada por fiebre y dolor intenso en las articulaciones y músculos, alargamiento de los ganglios linfáticos y erupción de la piel cuyo agente causal es un virus filtrable transmitido de persona apersona por el mosquito Aedes Aegypti. Se hace necesario realizar la revisión de todas aquellas medidas de prevención que vayan en beneficio de la población, puesto que puede ser fatal y con frecuencia tiene una evolución de seis a siete días, pero la convalecencia es larga y lenta y más aún carece de tratamiento específico.

Solo el 15.5% tiene actitudes inadecuadas para dengue y chikungunya. Las acciones tendientes a cambios conductuales, están orientadas a incrementar la protección personal frente al contacto del vector (instalación de mosquiteros o empleo de repelentes. El 100% se auto medica utilizando diclofenaco e ibuprofeno lo que es preocupante ya que por deducciones científicas comprendemos que los medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico pueden causar sangrado como: aspirina, mejoral, alka seltzer, antiinflamatorios como el Diclofenaco que puedan causar gastritis y los esteroides que además pueden bajar las defensas inmunológicas del paciente.

En la actualidad todavía no existen vacunas que eviten el dengue, ni medicamentos que lo curen, y la medida más importante de prevención sigue siendo la eliminación de todos los criaderos de mosquitos, es decir, que todos los recipientes que contienen agua tanto en el interior de las casas como en sus alrededores deben ser revisado sobre su uso o eliminación para que no constituyan un riesgo para la población. Por lo tanto se justifica conocer las medidas de prevención que podrían evitar la presentación de este vector que trae en algunos casos formas más graves como es la fiebre hemorrágica del dengue el chikungunya y en la actualidad el zika que puede provocar hasta la muerte.

Mediante la socialización de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a la población, el Centro de Salud y los líderes de la comunidad podrán ser los que validen el estudio realizado, siendo ellos quien podrá mantener, corregir o mejorar las acciones de los pobladores.

Objetivos

Objetivos Generales

Promover la participación de las familias de la comunidad El Florón Nº4 en la ejecución de actividades que disminuyan la transmisión del dengue a través del control del mosquito.

Objetivos Específicos

Promover la responsabilidad en el mantenimiento de la salud, en su propia casa.

Educar sobre medidas preventivas de dengue y chikungunya.

Conocer el riesgo, susceptibilidad y severidad del vector.

Describir el vector, horarios de actividad, radio de acción, etc.

METAS

El 100% de los participantes que asistió a la capacitación fue participe de la socialización estadística, en la que se expresaron; no solo los resultados estadísticos, sino ciertos temas de importancia para evitar la proliferación del vector.

FACTIBILIDAD

La posibilidad de la implantación y puesta en marcha de la propuesta, se fundamenta en los siguientes aspectos:

Factibilidad Institucional: se contó con los miembros directivos del Centro de Salud ubicado en el Florón Nº4.

Factibilidad Técnica – operativa: existen los recursos tanto económicos, humanos y tecnológicos para el desarrollo de misma.

Factibilidad social: cada uno de los entrevistados manifestó que desean ser vinculados en actividades como mingas y sobre todo eliminar maleza alrededor del sector.

Descripción de la propuesta

Se propone las siguientes actividades:

Capacitación en el sub centro de salud y los líderes de la comunidad sobre medidas preventivas contra el dengue y Chikungunya, hábitos de higiene, destrucción de criaderos.

Actividades de prevención mediante un trabajo integral con todas las familias del sector Florón Nº4.

Distribución de material educativo a la comunidad.

Realización de periódicos murales, etc., sobre medidas de prevención de enfermedades en las escuelas.

Coordinar para mantener un trabajo continuo con líderes comunitarios.

Estrategias

Estás medidas están basadas en la educación que es el principal factor precursor para contrarrestar esta enfermedad especialmente en los sectores donde existe falta de atención por los municipios y por lo tanto carecen de estos servicios (agua, potable, alcantarillado) y los factores socio económicos que es uno de los principales que causan el movimiento demográfico de la gente causando las grandes invasiones por lo que se deben adoptar las siguientes medidas:

Las acciones individuales, si bien importantes, no son suficientes, sino que es necesaria la intervención de toda la población y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Para la prevención del vector no se debe contar con una solo persona específica en el domicilio, debe existir colaboración de la comunidad que en un futuro pueden llegar a padecer esta enfermedad por no tomar las medidas de prevención que existen. ***(UNICEF, 2009, págs. 42-54)***

Recursos

Humanos: Lo conforman los participantes, facilitadores y expositores especializados en la materia, como egresadas de licenciadas en enfermería, etc.

Personal de salud que cuenta la U.O. el Florón.

MEDICO	DE PLANTA	DR. JOSÉ ARROYAVE (LÍDER)
MEDICO TRATANTE	DE PLANTA	DRA. GLORIA MORA
MEDICO CONTRATADO	CONTRATO	Dr. XAVIER CUENCA
LICENCIADAS DE ENFERMERÍA	DE PLANTA	LCDA. CONSUELO MACÍAS LCDA. ELOÍSA DELGADO
ODONTOLOGÍA	NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	DRA. JANETH CASTILLO
AGENDA ARIO	CONTRATO	SR. RONALD BRIONES
ESTADÍSTICO	NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	SR. JORGE LINCANGO
Rural	CONTRATO	MARIO CEDEÑO
AUXILIAR DE FARMACIA	CONTRATO	SR. JORGE VÉLEZ
AUXILIAR DE SERVICIO	CONTRATO COLECTIVO	SRA. BLANCA VILLAMAR

Materiales:

Mobiliario, equipo y otros.- está conformado por carpetas y mesas de trabajo, pizarra, plumones, total folio, equipo multimedia, filmador, cámara fotográfica, y ventilación adecuada.

Documentos técnico – educativo.- entre ellos tenemos: audiovisual. .

Financiamiento

El monto de inversión de este plan de capacitación, será financiada con ingresos propios presupuestados de las egresadas.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta dirigidas a las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo Septiembre 2015 – Febrero 2016.

Como parte del trabajo de titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería estamos realizando una investigación acerca de las Enfermedades originadas por el Aedes aegypti y su repercusión en la salud de las familias de la Comunidad del Florón Nº4 Portoviejo septiembre 2015 – Febrero 2016.

La información brindada en esta entrevista es de carácter confidencial, solo será utilizada para los propósitos de la investigación. Agradecemos su colaboración.

Datos Generales

1. ¿Hace cuánto tiempo vive usted en la comunidad? _____ (Años)

Jefe de familia o entrevistado:

Femenino
Masculino
Alternativo

2. ¿Cuantas personas viven en la casa?

Niños: _____ Niñas: _____ Jóvenes: _____ Adultos: _____ Adultos mayores: _____

Edad

1 - 10
11 – 20
21 – 30
31 – 40
50 o mas

3. ¿Cuál es su ocupación?
   - Ama de casa
   - Estudiante
   - Trabajador
   - Jornalero
   - Desocupado
4. ¿Cuál es su máximo grado de estudios terminado?
   Primaria
   Secundaria
   Superior
   Ninguna
5. ¿Cuál es su ingreso económico?
   - 200 – 300
   - 301 – 500
   - 501 – mas

6. Tipo de vivienda:
   Casa de cañas.
   Casa mixta (ladrillo y cemento).
   Casa de hormigón.
   Casa prefabricada (hogar de cristo)

7. ¿Cómo obtiene el agua para el consumo humano en su vivienda?
   Tanquero
   Tubería
   Lluvias
   Pozo
8. ¿Dentro de su vivienda cuenta con energía eléctrica?
   - Siempre
   - Algunas veces
   - Pocas veces
   - Nunca
9. ¿Cuál es la forma de Recolección de basura?
   - Carro basurero o recolector.
   - Elimina en un terreno baldío o en la calle
   - La arroja al río
   - La quema
   - La entierra
   - otra forma.
10. ¿Qué técnica utiliza en la limpieza de sus reservorios de agua?
    - Lava las paredes, el fondo y la tapa con un cepillo, agua y cloro.
    - Vacía completamente y enjuaga varias veces hasta que no queden más residuos.
11. ¿Cada que tiempo lava el reservorio de agua?
    - Diario
    - Semanal
    - Mensual
    - Anual
12. ¿Conoce los lugares en donde pueden estar los huevos y larvas del mosquito Aedes aegypti? Identificación de criadero: si no

barriles	Si___	No____
frascos	Si___	No____
ollas	Si___	No____
baldes	Si___	No____
floreros	Si___	No____
tanques	Si___	No____
cisternas	Si___	No____

botellas Si___ No____
latas de conserva Si___ No____
neumáticos Si___ No____
bandejas de refrigerador Si___ No____
estanques colectores Si___ No____
bloques de cemento Si___ No____
urnas funerarias Si___ No____
huecos de los árboles Si___ No____

13. ¿Qué medidas conoce para prevenir la picadura del mosquito Aedes aegypti?
    Utiliza mosquiteros. Si___ No____
    Usando repelente cada 3 horas. Si___ No____
    Usando mangas largas y pantalones largos. Si___ No____
    Fumigando en los domicilios. Si___ No____
14. ¿Qué medidas conoce para prevenir la proliferación del vector Aedes aegypti?
    - Evitando arrojar recipientes o basura en lugares como patios, terrazas, calles y baldíos, en los que pueda acumularse agua.
      Si___ No____
    - Manteniendo los patios y jardines desmalezados.
      Si___ No____
    - Eliminando el agua de los huecos de árboles, rocas, paredes, pozos, letrinas abandonadas y rellenando huecos de tapias y paredes donde pueda juntarse agua de lluvia.
      Si___ No____
    - Enterrando o eliminando todo tipo de basura o recipientes inservibles como latas, cáscaras, llantas y demás objetos que puedan almacenar agua.
      Si___ No____
    - Ordenando los recipientes útiles que puedan acumular agua, poniéndolos boca abajo o colocándoles una tapa.
      Si___ No____
    - Manteniendo tapados los tanques y recipientes que se usan para recolectar agua.
      Si___ No____
    - Eliminando el agua de los platos y macetas, colectores de desagües de aire acondicionado o lluvia, dentro y fuera de la casa.
      Si___ No____
15. ¿Sabe usted cuál es el Recorrido del vector (kilómetros de vuelo)?
    - De 3 a 8 km2
    - De 9 a 14 km2
16. ¿Cuándo presenta signos y síntomas usted se auto medica?
    - Si
    - No

17. ¿Qué medicamento adquiere cuando presenta signos y síntomas dengue, dengue hemorrágico o chikungunya?
    - Aspirina. Si___ No____
    - Buprex, Si___ No____
    - Diclofenaco. Si___ No____
    - Ibuprofenol, Si___ No____
    - Alka zelcer Si___ No____
    - Voltaren. Si___ No____
18. ¿Cuáles son los Signos y síntomas del dengue, dengue hemorrágico o chikungunya que usted presento?

Sistema Muscular

Mialgias

Según la intensidad

- Sin dolor
- Muy leve
- Leve
- Moderado
- Severo
- Muy severo

Sistema Óseo

Artralgia

Según la intensidad

- Sin dolor
- Muy leve
- Leve
- Moderado
- Severo
- Muy severo

Sistema Respiratorio

Disnea

Magnitud

- Nada
- Leve
- Moderada

- Grave
- Muy Grave

Sistema o aparato Digestivo

Dolor abdominal

Según su duración:

- Agudo
- irruptivo
- somático
- localizado
- crónico
- No irruptivo
- Punzante

Anorexia

Según su frecuencia:

- No
- Raramente
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente
- Continuo

Sistema Excretor o Urinario

Diarrea

- Leve o inaparente
- Moderada o clínica
- Grave
- No presenta.

Diuresis

- Mucho
- Poco

Emesis

Según su frecuencia:

- ☐ No
- ☐ Raramente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Continuo

Sistema Circulatorio

Petequias	Según su característica: ☐ Palpables ☐ No palpables
Hematemesis	Clasificación cuantitativa ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ grave
Gingivorragia	Según cantidad: ☐ leve ☐ moderada ☐ grave ☐ masiva
Epistaxis	Según tipo: ☐ Masiva ☐ No masiva
Trombocitopenia	Recuento Plaquetario: ☐ Normal ☐ leves

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Sistema Nervioso Según parámetros:

Hipertermia

- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Severo
- ☐ grave

Cefalea

Según el curso:

- ☐ Punzante
- ☐ Intermitente
- ☐ Continuo

Según la intensidad

- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Severo

Astenia

Según su característica:

- ☐ Agotado
- ☐ Fatigado
- ☐ Debilidad la caminar

Intranquilidad

Según su frecuencia:

- ☐ No
- ☐ Raramente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Continuo

Letargo Según sus características:

- ☐ Cansancio
- ☐ somnolencia profunda
- ☐ somnolencia prolongada

Palidez Según su frecuencia:

- ☐ Intensa
- ☐ Severa
- ☐ Leve

Sudoración Según su frecuencia:

- sudoración profusa
- diaforesis

Sueño

Horas de sueño:

- < De 4 horas.
- Como siempre
- Menos de lo habitual
- Se despierta frecuentemente

19. Se realizó usted la prueba confirmatoria de dengue, dengue hemorrágico o chikungunya?
    - Si
    - No
20. ¿Qué patología ocasionada por el vector Aedes aegypti Presento?
    - Dengue clásico
      Presenta ____ no presenta ____
    - Dengue hemorrágico
    - Presenta ____ no presenta ____
    - Chikungunya
      Presenta ____ no presenta ____
21. Fue ingresado al hospital por sintomatología de dengue o chikungunya:
    - Si
    - No
22. Después de la enfermedad usted presenta secuelas ¿Como cuáles?

Mialgia

Según la intensidad

Sin dolor
Muy leve
Leve
Moderado
Severo
Muy severo

Artralgia

Según la intensidad

Sin dolor

Muy leve
Leve
Moderado
Severo
Muy severo

Glosario

Aedes Aegypti:

"Mosquito introducido en América, es una especie diseminada huevos, larvas o ninfas depositadas en aguas limpias. En la actualidad, su rol de vector de virosis en las Américas, se centra especialmente en su papel como transmisor de dengue". **(Agrelo, 2011)**

Comunidad:

"Se llama comunidad a una colectividad cuyos miembros presentan ciertas características que les son comunes, como habitar la misma zona, asistir a la misma iglesia; etc". ***(DuGas, Tratado de enfermería práctica, 2010)***

Chikungunya:

"El chikungunya es transmitida por mosquitos del genero Aedes que era endémica en África, Sudeste de Asia y el subcontinente de la India. En enero 2013 ha emergido en la región de las Américas, extendiéndose rápidamente por las islas del Caribe". **(para España, 2014)**

Dengue:

"El dengue es una enfermedad endemoepidémica pertenece al género de los *Flavivirus* del virus, que es transmitido por mosquitos vectores del género Aedes (aegypti y albopictus)". **(DE SALUD, 2014)**

Dengue Clásico:

"Enfermedad que puede ser de proceso asintomático caracterizado por fiebre indiferenciada con un periodo de incubación de 5 a 8 días con cefalalgia intensa, dolores retro-orbitales, articulares, musculares y erupción". **(González, 2011)**

Dengue Hemorrágico:

"Enfermedad grave febril en la que existen datos de fragilidad capilar, (petequias, equimosis, hematomas) y hemorragias espontáneas ligeras (epistaxis o gingivorragias) los cuales pueden llegar a ser mortal". **(DEFINICION, I., & EPIDEMIOLOGIA, I. Dengue Clásico y Hemorrágico en Honduras., 2013)**

Enfermedad:

"La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE)". ***(García, 2011)***

Epidemia:

"Manifestación, en una comunidad o región, de casos de una enfermedad (o un brote) con una frecuencia que exceda netamente de la incidencia normal prevista". ***(James, 2013, pág. 697)***

Fiebre:

"La fiebre se presenta por una elevación del punto establecido por el centro termorregulador del hipotálamo sus valores normales oscilan en Boca hasta 37,3 ºC, Axila hasta 37,0 ºC, Ingle hasta 37 ºC, Recto hasta 37,6 ºC". ***(DURACIÓN, 2012)***

Incidencia:

"Número de casos nuevos de una enfermedad específica, diagnosticados o notificados en un lapso definido, dividido entre el número de personas en una población determinada en la cual surgieron dichos casos". **(James, 2013, pág. 698)**

Reservorio (de agentes infecciosos)

"Cualquier ser humano, animal, artrópodo, planta, suelo o materia (o una combinación de estos), donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso y del cual depende para su supervivencia, y donde se reproduce de manera que pueda ser transmitido a un huésped susceptible". ***(James, 2013, pág. 699)***

Salud:

"La Organización Mundial de la Salud (OMS), «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad" ***(Navarro, 2008)***

Vector:

"Se llama vector a un mecanismo que transmite un agente infeccioso desde los individuos afectados (animales) a otros que aún no portan ese agente (hombre). Por ejemplo los insectos hematófagos (mosquitos o zancuditos que al picar chupan sangre) son vectores de diversos virus". ***(DE ZOONOSIS, 2010)***



APLICANDO LA ENCUESTA







IDENTIFICANDO CRIADEROS



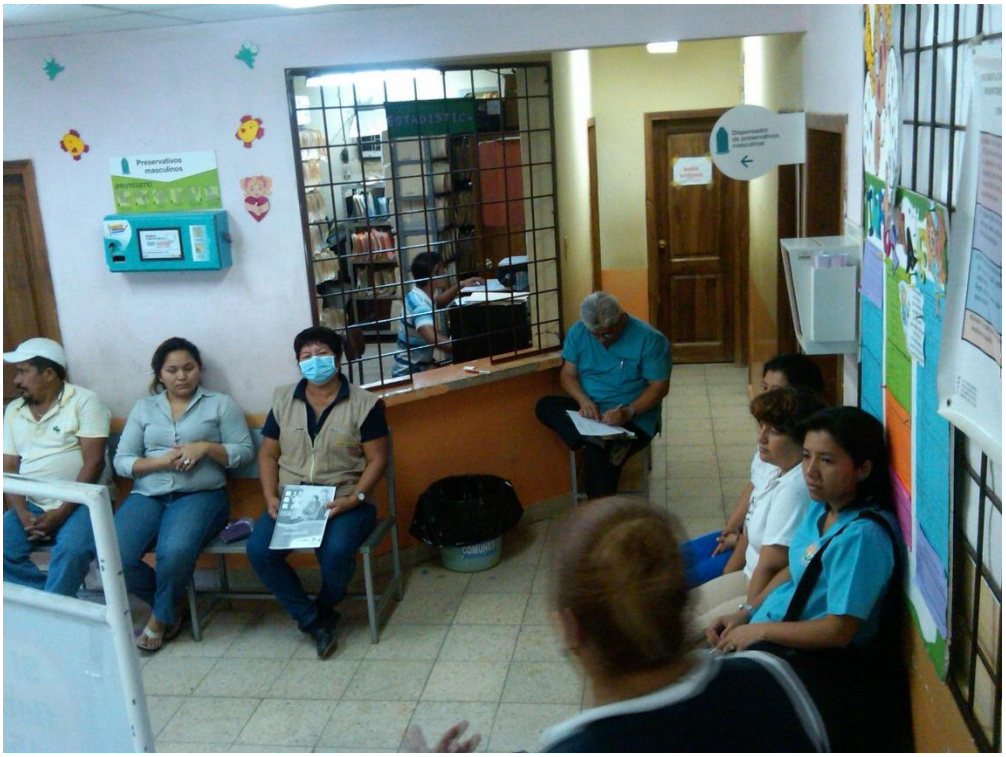


CRIADEROS



MOMENTOS EN QUE SE PRESENTABA

RESULTADOS ESTADÍSTICOS



Bibliografía

(s.f.). Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?

Montero, A., Berini, C., & Biglion, M. (2014). *Medicina Tropical Abordaje Práctico e Integral.* Barcelona - España.Cap.2-pag.15: Elsevier.

Agrelo, R. S. (2011). Aedes aegypti, Aedes albopictus (Diptera, Culicidae) y su papel como vectores em las Américas. La situación de Uruguay. *Rev Med Uruguay,*, 12, 28-36.

Andrade Aparicio, M. H. (20 de Noviembre de 2013). *Factores sociales y culturales asociados a la incidencia de dengue en la Colonia San Carlos, que pertenece al área geográfica de influencia de la Unidad Comunitaria de Salud*. Obtenido de Factores sociales y culturales asociados a la incidencia de dengue en la Colonia San Carlos, que pertenece al área geográfica de influencia de la Unidad Comunitaria de Salud: http://ri.ues.edu.sv/7160/1/50108029.pdf

ArenasGuzmán, R. (2013). *Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento.* Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 5ta. Fidias G. Arias Odón.* Obtenido de El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 5ta. Fidias G. Arias Odón.: https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=y_743ktfK2sC&oi=fnd&pg=PA11&dq=investigaci%C3%B3n+descriptiva&ots=sEqvJE-6Ni&sig=lGBhuj-imKgeEzvkrADkS5ZxRbU#v=onepage&q=investigaci%C3%B3n%20descriptiva&f=false

Brooks, e. (2009). *Microbiología médica de Jawetz; Meinick y Adelberg Editorial.* México, D.F.: El manual moderno,.

Cabello, D. R. (2010). *Microbiología y parasitología humana Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias. 3ra Edición. .* México: Editorial Medica Panamericana.

Calero Muñoz, S. C., & Gloria. (2012). *TRATADO DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA .* españa: Panamericana.

Casado, V. C. (2012). *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria.* Barcelona: Editorial Medica Panamericana.

DE SALUD, A. D. (2014). Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control.*, s,p.

DE ZOONOSIS, D. E. (2010). *El clima está loco.REDVET. .* Obtenido de Revista electrónica de Veterinaria.

DEFINICION, I., & EPIDEMIOLOGIA, I. Dengue Clásico y Hemorrágico en Honduras. (2013).

Díaz, F. P. (2015). *Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.* Obtenido de Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.

DuGas, B. W. (2000). *Tratado de enfermería práctica.* México: McGraw-Hill Interamericana.

DuGas, B. W. (2010). *Tratado de enfermería práctica.* México: McGraw-Hill Interamericana.

DURACIÓN, D. C. (2012). REVISTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PEDIATRÍA,. *EDITORIAL Fiebre de origen desconocido (FOD).*, 19(76).

Farreras, & Rozman. (2012). *Medicina Interna.Dengue, fiebre amarilla y otras infecciones causadas por virus trasmitidos por artrópodos y roedores.* (DecimoSeptima ed.). España: Elsevier.

Fernández, T. (2014). *Medicina Tropical .* Quito - Ecuador.: Imprenta Mariscal .

Garay, O. M. (abril de 2014). *La situación del dengue.* Obtenido de La situación del dengue.: http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v4/n2/La%20situacion%20del%20dengue.pdf

García, C. E. (2011). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del RPD, 50, 15-30.* Obtenido de Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del RPD, 50, 15-30: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionesomsdiscapacidad.pdf

Goldman, L., & Ausiello, D. (2009). *Cecil Tratado de Medicina Interna. Fiebres hemorrágicas virales.* España: Elsevier.

Goldman, L., & Ausiello, D. (2013). *Cecil Tratado de Medicina Interna.* España: Elsevier.

González, L. M. (2011). *Dengue: un problema siempre emergente.* Obtenido de Dengue: un problema siempre emergente.: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_2_01/res02201.pdf

Gorodner, J. O., & Merino, D. E. (2008). *Patologías regionales y enfermedades emergentes. .* Argentina: Corpus.

Guzmán, R. A. (2013). *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento.Quinta edición. .* México. : McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Horwitz Campos, N., Florenzano Urzúa, R., & Ringeling Polanco , I. (Febrero de 2013). *FAMILIA Y SALUD FAMILIAR. UN ENFOQUE PARA LA ATENCION FAMILIAR*. Obtenido de FAMILIA Y SALUD FAMILIAR. UN ENFOQUE PARA LA ATENCION FAMILIAR: http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v98n2p144.pdf

INEC. (2010). *Censo* .

INEC. (Junio de 2013). *Ecuador Times.net* . Obtenido de Ecuador Times.net : http://www.ecuadortimes.net/es/2013/06/16/en-ecuador-el-71-de-hogares-tiene-a-un-hombre-como-jefe/

James. (2013). *EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.* Organización Panamericana de la Salud.

Juarez, L. (12 de Agosto de 2011). *tipos de vectores*. Obtenido de tipos de vectores: http://tiposdevectores.blogspot.com/

Manabita, E. D. (Jueves de Abril de 2015). Obtenido de http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/352980-casos-de-dengue-y-chikungunya-se-duplican/

Meléndez, M. (20 de Noviembre de 2013). *Factores socioculturales y ambientales que intervienen en la prevalencia de casos de dengue.* Obtenido de Factores socioculturales y ambientales que intervienen en la prevalencia de casos de dengue.: http://www.redicces.org.sv/jspui/handle/10972/1870

Ministerio del Ambiente. (2015). *Programa Nacional para la Gestión Integral de Desechos Sólidos – PNGIDS ECUADOR*. Obtenido de Programa Nacional para la Gestión Integral de Desechos Sólidos – PNGIDS ECUADOR: http://www.ambiente.gob.ec/programa-pngids-ecuador/

Ministerio del Trabajo. (2015). *Ministerio del Trabajo*. Obtenido de Ministerio del Trabajo: www.trabajo.gob.ec

Monserrat Roca Roger, C. C., & Bonet, I. Ú. (2010). *Enfermería Comunitaria.* España: LEXUS.

Montero, A., Berini, C., & Biglion, M. (2014). *Medicina Tropical Abordaje Práctico Integral.* España: Elsevier.

MSP. (MAYO de 2015). Obtenido de http://www.salud.gob.ec/ministra-carina-vance-visita-manabi-para-constatar-situacion-de-dengue-y-chikungunya-y-acciones-emprendidas/

Navarro, V. (2008). *Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V.,.* Obtenido de Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V.,: http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf

Olmedo, A., & Flores Durazno. (2015). *Efectividad de una intervención educativa en conocimientos, actitudes y prácticassobre dengue y chikungunya en los estudiantes de los Colegios 7 de Mayo y República del Ecuador*. Obtenido de Efectividad de una intervención educativa en conocimientos, actitudes y prácticassobre dengue y chikungunya en los estudiantes de los Colegios 7 de Mayo y República del Ecuador: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23080/1/TESIS.pdf

para España, E. R. (24 de junio de 2014). *Brote de fiebre Chikungunya en la Región de las Américas.* Obtenido de Brote de fiebre Chikungunya en la Región de las Américas: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/docs/Chikungunya_24.06.2014.pdf

Pilozo, & Pincay Montes. (2015). *Estudio comparativo del ciclo de desarrollo y sobrevivencia del Aedes Aegypti durante la época seca y época lluviosa en la ciudad de Guayaquil.* Obtenido de Estudio comparativo del ciclo de desarrollo y sobrevivencia del Aedes Aegypti durante la época seca y época lluviosa en la ciudad de Guayaquil.

Pineda , E. B., de Alvarado , E. L., & de Canales, F. H. (2012). *Metodología de la Investigación. Segunda edición.* OPS.

Pinzón, A., & Et. (2013). *MEDICINA Interna En Urgencias. Una guía práctica. .* Colombia. : Editorial médica CELSUS.

Placeres Hernández, M. A. (2014). Fiebre causada por el virus Chikungunya, enfermedad emergente que demanda prevención y control. *Revista Médica Electrónica,* , 36(5), 59.

Restrepo, H. V. (2013). *FUNDAMENTOS DE MEDICINA. ENFERMEDADES INFECCIOSAS. Sexta edición.* Medellín, Colombia: EDITORIAL CIB. CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS .

Reyna, A. (13 de Noviembre de 2014). *Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil.* Obtenido de Caracterización epidemiológica del dengue en la provincia del Guayas. Período 2008-2011. Propuestas de medidas preventivas.: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7175

Rodríguez-Morales, A. (2015). *Aedes: un eficiente vector de viejos y nuevos arbovirus (dengue, chikungunya y zika) en las Américas. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 8(2), 50-52.* Obtenido de Aedes: un eficiente vector de viejos y nuevos arbovirus (dengue, chikungunya y zika) en las Américas. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 8(2), 50-52.: http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/viewFile/195/178

Rodriguez-Morales, A. J. (5 de Junio de 2015). *No era suficiente con dengue y chikungunya: llegó también Zika Dengue and chikungunya were not enough: now also Zika. Archivos de Medicina, 11(2), 3*. Obtenido de No era suficiente con dengue y chikungunya: llegó también Zika Dengue and chikungunya were not enough: now also Zika. Archivos de Medicina, 11(2), 3: https://scholar.google.com.ec/scholar?as_ylo=2015&q=incidencia+de+dengue+y+chikungunya&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5

Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería.* Madrid-Barcelona: Harcouter Brace.

UNICEF. (16 de Noviembre de 2009). *Participación social en la prevención del dengue: Guía para el promotor. .* Obtenido de Participación social en la prevención del dengue: Guía para el promotor. : http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/dengue/MANUAL_DENGUE_A5-FINAL_corregido.pdf

UNICEF. (2016). *Agua, saneamiento e higiene*. Obtenido de Agua, saneamiento e higiene: http://www.unicef.org/spanish/wash/index_statistics.html

Velasco, C. (2015). *Enfermedad por virus Chikungunya en España. Boletín epidemiológico semanal, 22(16), 219-226.* Obtenido de Enfermedad por virus Chikungunya en España. Boletín

epidemiológico semanal, 22(16), 219-226.: http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/914/1106