

**Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la malaria en el personal de salud del
Centro Hospital El Divino Niño del Distrito de Tumaco- Nariño**

**Johana Karina Cuero Quiñones
Katty Melisa Cabezas del Castillo**

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Administración de la Salud**

Universidad Católica de Manizales, sede Cali.

Director: Doctor, Richard Nelson Román.

Cali, julio 2021

Contenido

RESUMEN.....	4
ABSTRAC.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1	8
GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1 Planteamiento del problema.	8
1.2 Pregunta de investigación.....	9
1.3 Justificación.....	10
1.4 Objetivos.....	11
1.4.1 Objetivo general.....	11
1.4.2 Objetivos específicos	11
CAPITULO 2.....	12
MARCO REFERENCIAL	12
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Marco teórico.....	15
2.2.1 Estructura básica sobre el cuadro clínico de la malaria.	15
2.2.2 Prevención y control de la malaria.....	16
2.3 Marco contextual.	18
2.3.1 Características del territorio.	18
2.4 Marco legal.	21
CAPÍTULO 3.....	24
DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1 Tipo de estudio.....	24
3.2 Población.	24
3.3 Recolección de datos y análisis de la información.	24
3.4 Cronograma.	25
3.5 Presupuesto.....	25
3.6 Resultados.....	26
3.6.1 Conocimiento.....	26
3.6.2 Actitudes.....	34
3.6.3 Prácticas.....	37
3.7 Discusión.....	40
CAPITULO 4.....	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
4.1 Conclusiones.....	43
4.2 Recomendaciones	44
Glosario	45
Referencias bibliográficas.	46
Anexos.....	48
Entrevista semiestructurada.....	48

Tabla de ilustraciones.

Ilustración 1: Considera qué malaria y paludismo es lo mismo.....	26
Ilustración 2: Plan de eliminación de la malaria	27
Ilustración 3: Significado de siglas DTIR.....	27
Ilustración 4: Mosquito transmisor de la malaria.....	28
Ilustración 5: Malestares que produce la malaria.....	29
Ilustración 6: Organismos a cargo prevención de malaria	29
Ilustración 7: Pruebas diagnósticas	30
Ilustración 8: Tratamiento malaria por falciparum	31
Ilustración 9: Tratamiento malaria por vivax.....	31
Ilustración 10: Tratamiento para grupos vulnerables.....	32
Ilustración 11: La malaria es endémica.....	33
Ilustración 12: Especie del parásito.....	33
Ilustración 13: Paciente afebril.....	34
Ilustración 14: Recomendaciones de adherencia	35
Ilustración 15: Recomendaciones de seguimiento y evaluación	35
Ilustración 16: Recomendaciones para prevenir la enfermedad	36
Ilustración 17: Trato preferencial.....	37
Ilustración 18: Tiempo entre la atención, a la toma de la prueba	37
Ilustración 19: Tiempo entre la toma de la prueba y el resultado	38
Ilustración 20: Tiempo entre entrega del resultado, a la entrega del tratamiento	39
Ilustración 21: Capacitaciones en malaria.....	39
Ilustración 22: Entidad responsable de asistencia técnica.....	380

RESUMEN.

Se presenta un análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre malaria en el los trabajadores del Centro Hospital Divino Niño del Distrito de Tumaco – Nariño, durante el periodo de 2021, centrándose en cada uno de esos componentes, que permitan poder identificar en el personal sanitario sus competencias, por ser un elemento indispensable en la atención integral para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad parasitaria malaria, en pro del decrecimiento de la incidencia de esta enfermedad vectorial, por las cargas económicas, sociales y en cuanto a salud que representa. Para ello, se aplicó un diseño metodológico de enfoque cuantitativo mediante un estudio de corte transversal - descriptivo a través de encuestas CAP al personal asistencial del servicio de urgencias; en búsqueda del desarrollo del objetivo general y específico, para establecer conclusiones dirigidas a la mejora continua y ampliación de intervenciones eficaces y oportunas que den respuesta efectiva a cada uno de los procesos de enfermedad que en el manejo de la malaria sean necesarios para garantizar condiciones de calidad y salud para la comunidad.

Palabras claves: malaria, trabajadores de la salud, tratamiento, enfermedad, diagnóstico, comunidad, paciente, prevención.

ABSTRAC.

An analysis of the knowledge, attitudes and practices about malaria in the workers of the Hospital Divino Niño Center of the District of Tumaco - Nariño, during the period of 2021, is presented, focusing on each of these components, which allow to identify in the personnel health their competences, as it is an indispensable element in comprehensive care for the promotion, prevention, diagnosis and treatment of the parasitic disease malaria, in favor of decreasing the incidence of this vector disease, due to the economic, social and related burdens. health represents. To do this, a methodological design with a quantitative approach was applied through a descriptive cross-sectional study through KAP surveys to the emergency service staff; in search of the development of the general and specific objective, to establish conclusions aimed at the continuous improvement and expansion of effective and timely interventions that give an effective response to each of the disease processes that in the management of malaria are necessary to guarantee conditions of quality and health for the community.

Keywords: malaria, health workers, treatment, disease, diagnosis, community, patient, prevention.

INTRODUCCIÓN

La malaria y su tratamiento en diferentes contextos es uno de los aspectos que más ha preocupado a las personas y autoridades de la salud tanto a nivel mundial, nacional y regional en los ámbitos científico y organizacional debido a sus letales consecuencias para la vida de los seres humanos.

Es así, como en el municipio de Tumaco en el Centro Hospital Divino Niño (en adelante CHDN) de primer nivel y con la coordinación logística y metodológica de la Universidad Católica de Manizales se desarrolló el proyecto titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria en el personal de salud, el cual se direccionó a conocer e identificar cuales procesos y políticas se tienen por parte del personal de salud para el tratamiento de la enfermedad.

El trabajo identifica y analiza las causas estructurales a partir de los conocimientos del personal de salud del hospital desde tres perspectivas: conocimientos, actitudes y prácticas.

El trabajo se dividió en cuatro capítulos:

Primero: Se plantean los argumentos esenciales del problema, que se orientan a través de la pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos, los antecedentes y la justificación. Se identifican los criterios que validan la investigación a partir de la lectura y análisis de investigaciones precedentes, desde las exigencias y necesidades internacionales, nacionales y locales que sean pertinentes a las temáticas tenidas en cuenta que permitan identificar contextos relacionados al manejo y tratamiento de la malaria.

Los criterios con enfoque internacional tenidos en cuenta se refieren a los parámetros planteados por La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* y la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)* que informa a nivel general la calidad de los procesos de investigación

tratamientos en los diferentes países del mundo al igual que el control estadístico de los resultados a todo nivel.

A nivel nacional de acuerdo a las políticas de estado que se tienen para la salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y sus organismos e instituciones adscritas. A nivel institucional se trabajó de acuerdo a los indicadores establecidos en el Centro Hospital Divino Niño que permiten considerar las características específicas de la región en el tratamiento de pacientes con malaria o que se encuentran en factor de riesgo.

Segundo: Se hizo la descripción de los referentes teóricos que permitieron generar los elementos epistemológicos básicos que sustenten y justifiquen los contenidos de la temática presentada. Para su selección se hizo un recorrido y análisis riguroso conceptual del investigador soportado a partir de citas bibliográficas y medios tecnológicos (libros, artículos, videos, etc.) que certifiquen su validez científica, en el círculo académico mundial con un enfoque interdisciplinario y direccionado con relación al manejo histórico y presente de la malaria.

Tercero la metodología. Los procesos y análisis tuvieron un enfoque cuantitativo en un estudio de corte transversal descriptivo a través de una encuesta CAP sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CHDN sobre la malaria. A las encuestas se les realizó un análisis de tipo cuantitativo mediante gráficos y datos en EXCEL

Cuarto: La recolección y análisis de la información. Se aplicaron instrumentos a los trabajadores de salud del hospital en su calidad de enfermeros, auxiliares de enfermería y médicos aplicando a las encuestas análisis cuantitativos y cualitativos para que en función de sus resultados se obtuvieran las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO 1

GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.

La malaria o paludismo es una enfermedad infecciosa de tipo parasitaria causada por parásitos del género plasmodium, es transmitida por la picadura de la hembra anopheles. Se estima que para el 2018 hubo 228 millones de casos de malaria en todo el mundo, comparado con los 231 millones casos presentados de 2017, a su vez, la cifra estimada de muertes por paludismo en 2018 fue de 405.000, frente a 416.000 del año anterior [1].

En cuanto al parásito, las especies más frecuentes y peligrosas corresponden a *P. falciparum* y *P. vivax*. En África el *P. falciparum* fue causante del 99,7% de los casos, en Asia represento el 50%, en la región del mediterráneo oriental represento el 71% y el 65 en la región del Pacífico Occidental, en la región de las Américas por el contrario predomina el *P. vivax* el cual fue causante del 75% de los casos de malaria [2].

A nivel mundial en 2018 las regiones en las que se presentaron mayor número de casos fueron: la región de África con el 93%, Región de Asia Sudoriental con el 3,4% y la Región del Mediterráneo Oriental con el 2.1% [3]. La tasa de incidencia en malaria ha reducido significativamente entre 2010 y 2018 permaneciendo hasta 2018 en 57 por 1000 habitantes en riesgo, en la región de Asia se presenta una disminución del 70% en la tasa de incidencia de malaria, en la región de África un reducción del 22% mientras que en el resto de las regiones las reducciones en la tasa han disminuido poco o han ido en aumento como es el caso de la región de las Américas debido al aumento en la transmisión de la malaria en Venezuela. [4].

Colombia reporta el 10% de los casos de malaria que se registran en la región de las Américas [5]. Este evento es endémico en la mayor parte del territorio nacional, principalmente en áreas localizadas por debajo de los 1.600 msnm, lo cual corresponde al 85% del territorio nacional. En estas se presentan condiciones geográficas, climáticas y ambientales que favorecen la existencia de biotipos receptivos y condiciones de vulnerabilidad que explican la transmisión endemo-epidémica persistente y la transmisión estacional contingencial. Se estima que en Colombia aproximadamente 10 millones de personas se encuentran en riesgo de enfermar o morir por esta causa.

En Colombia la malaria constituye un problema de salud pública aunque se hayan presentado variabilidad en el reporte de los casos, las condiciones geográficas, climáticas y socioeconómicas del territorio favorecen la transmisión de la enfermedad, diversas son las políticas y planes existentes a nivel nacional para contribuir a la reducción de las enfermedades transmitidas por vectores como es el caso de la Estrategia de Gestión Integrada EGI para el control vectores [6], el cual es un modelo de gestión enmarcado en el PDSP 212-2021, que contribuye a la reducción de la carga económica y social producto de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en poblaciones en riesgo.

Por su parte Tumaco representa una de las zonas de incidencia de malaria, debido a que el territorio cumple con características específicas para el desarrollo de las mismas.

1.2 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre malaria que posee el talento humano del Centro Hospital Divino Niño del Distrito de Tumaco?

1.3 Justificación.

El Distrito de Tumaco representa una zona con gran incidencia de malaria no solo a nivel departamental sino también a nivel nacional. De acuerdo a los datos del SIVIGILA en el año 2018, se presentaron 2008 casos de malaria en todas sus formas, en el 2019 esta cifra descendió a 1931 y en lo que va del año 2020 se han presentado 1430 casos de malaria [7], pese a las acciones de vigilancia en salud pública y a intervenciones colectivas dirigidas a la promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, aún se presentan gran número de casos de malaria que afecta a la población que reside en el territorio. Es por esto que Tumaco se encuentra incluido en pacto IREM (Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria) para lograr reducir la transmisión y eliminación de esta enfermedad.

En el marco de la eliminación mundial de la malaria, Colombia hace parte de los países priorizados para realizar intervenciones enfocadas a eliminar la transmisión de la malaria a 2030, a través de la estrategia técnica mundial contra la malaria adoptada en mayo de 2015 , la cual se basa en tres pilares [8],: lograr el acceso universal a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria, acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación y alcanzar el estado exento de malaria; y transformar la vigilancia de la malaria en una intervención básica. Además de dos elementos de apoyo, que consiste en aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones, para fortalecer el entorno propicio.

A nivel nacional la región más afectada por malaria se considera el pacifico colombiano, de ahí que se priorizaron 12 municipios entre los cuales se encuentran Atrato, Bagadó, Juradó, Acandí, Medio Atrato, Lloró, Quibdó, Unguía, Riosucio y Rio Quito, en Chocó; el distrito de Buenaventura (Valle del Cauca) y Tumaco (Nariño), en donde se concentra el 60% de los casos del país, lo cual motivo que, junto con otros gobernantes de las zonas endémicas, la Organización Panamericana de la

Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y el Ministerio de Salud y Protección Social, se firmó un pacto de Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria – IREM.

Diversos han sido los estudios a nivel mundial y nacional sobre conocimientos, aptitudes, prácticas en prevención y reducción de malaria a nivel de territorios y comunidades en general, pero en el municipio de Tumaco se desconocen estudios sobre el personal en salud que apunten a identificar el grado de conocimiento, su idoneidad y cualificación sobre el manejo, tratamiento, diagnóstico, prevención y promoción, prácticas aplicadas en la cotidianidad, entre otros, en pro del decrecimiento de la incidencia de esta enfermedad vectorial, la carga económica y social que representa. El talento humano, como elemento indispensable en la atención integral en salud; de allí que la aplicación de un estudio CAP, sea indispensable para identificar las debilidades, opciones de mejora y ampliación de intervenciones eficaces y oportunas que den respuesta a la problemática que trae consigo la malaria.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo general

Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre malaria en el talento humano del Centro Hospital Divino Niño del distrito de Tumaco - Nariño 2021.

1.4.2 Objetivos específicos

Determinar los conocimientos sobre malaria que posee el personal de salud del Centro Hospital Divino Niño del Distrito de Tumaco.

Identificar las actitudes sobre malaria en el personal de salud del Centro Hospital Divino Niño del Distrito de Tumaco.

Conocer las prácticas sobre malaria en el personal de salud del Centro Hospital Divino Niño del Distrito de Tumaco.

CAPITULO 2.

MARCO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes.

En Venezuela se llevó a cabo una intervención educativa para modificar, conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria en escolares indígenas Ye'kwana [9]. Luego de la aplicación de un proyecto pedagógico se realizó una evaluación cuantitativa, con diseño cuasi experimental, exploratorio el cual se aplicó a la población escolar de los grados tercero y cuarto en 5 comunidades del pueblo Ye'kwana estado de Bolívar. La intervención fue realizada por docentes empleando un cuestionario y los datos fueron analizados en tres momentos: antes, al finalizar y un tiempo después de la evaluación. Como resultado se registraron cambios positivos y mejores en las preguntas de conocimiento, en el área de actitudes cambios no significativos y en cuanto a prácticas las respuestas fueron mixtas.

En el mismo país en 2018 se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre conocimientos, actitudes y prácticas en comunidades Maniapure, estado de Bolívar [10]. En dicho estudio se aplicaron encuestas a 77 jefes de familia, obteniendo como resultado: 63,64% refirió tener antecedentes de malaria, el 38,95% conoció alguien que falleció a causa de esta enfermedad. En cuanto a conocimiento el 79,22% conoce el modo de transmisión de la enfermedad mientras que el 51,95% cree que se transmite por el agua, el 97,4% asocia la fiebre como síntoma principal. A nivel de prácticas y actitudes, la mayoría desarrollan las adecuadas para la prevención de la malaria. Aunque este fue el primer estudio CAP desarrollado esta comunidad más de la mitad de la población encuestada ha tenido la enfermedad y un tercio desconocen personas que han muerto por esta causa, la población tiene un grado de susceptibilidad para adquirir la enfermedad por lo cual se sugirió la

implementación de planes educativos de acuerdo a su cultura, al mismo tiempo que realizar evaluación de la estrategia mediante encuestas CAP para determinar su efectividad.

En Panamá en 2017 se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, observacional, exploratorio para conocer las percepciones de la malaria en población indígena [11], con el objetivo de determinar cómo las representaciones y prácticas culturales contribuyen en la prevención y transmisión de malaria, se identificaron miembros claves a los cuales se les efectuaron entrevistas y además se observó a la población durante cinco días. Lo cual permitió determinar las prácticas más comunes el tratamiento de la malaria, el estudio sugiere aplicar políticas teniendo en cuenta la diversidad étnica y la interculturalidad para que las intervenciones sean más efectivas y sostenidas en el tiempo.

En España en 2017 se realizó una tesis previa a la obtención de título doctoral sobre conocimientos, actitudes prácticas sobre la malaria de la población del distrito de Bata, región continental de Guinea Ecuatorial [12], llevando a cabo un estudio transversal durante julio y agosto del 2013, se desarrolló aplicando una encuesta con la cual se entrevistó a 440 personas responsables del cuidado de niños enfermos. El estudio evidencio el bajo nivel de conocimiento que tiene la población en cuanto utilizan en mayor proporción los servicios de salud para que se de tratamiento y la utilización de curanderos no es relevante. Casi la mitad de los cuidadores tardaron en buscar tratamiento más 24 horas debido a factores socioeconómicos.

En Colombia se han desarrollado diversos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria entre ellos:

En Lloró, Choco un estudio observacional de corte transversal noviembre de 2017, aplico encuestas a 347 personas a las cuales se las evaluó en cuanto a conocimientos, prácticas y actitudes respecto a la malaria [13], se excluyeron al personal de salud. Los hallazgos evidenciaron que la mayoría de la población tiene conocimiento sobre malaria, conoce los síntomas y mecanismos de transmisión, la población cree en las campañas de salud como medidas de prevención, pero

responsabiliza y externos de su ejecución, entre otras cosas a pesar del conocimiento que tiene la población para la prevención de la enfermedad tienen actitudes y prácticas inadecuadas las cuales deben ser intervenidas con educación preventiva.

Para la investigación se realizaron encuestas a 134 adultos en cuyos hogares en total habitaban 371 personas, se llevaron a cabo 41 preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la malaria, la percepción de las acciones del Departamento de Salud y el acceso a la red de servicios de salud. El 61% de la población ha tenido malaria en algún momento, el 57,2% indicio no haber recibido seguimiento mediante visita por el personal de salud, la población reconoce que la prevención de la enfermedad es compartida entre cada persona y el departamento de salud, ignoran algunos mecanismos de prevención se centran el uso de mosquitero. En cuanto a conocimiento el 11,9 de los encuestados desconoce el mecanismo de transmisión de la malaria y el 8,96 respondió que se contagiaba a través del agua. Finalmente se considera que aun pese a los conocimientos que se tienen en cuento a malaria y a los esfuerzos del departamento de salud las acciones comunitarias no son coherentes con dichos conocimientos debido a que el número de casos es alto y no se reduce la reproducción del vector.

Bocas de Satinga, Nariño es uno de los lugares endémicos de malaria en el país, en este se realizó un estudio CAP aplicando una encuesta a 134 personas mayores de 18 años, y los resultados arrojaron que el 80% de los encuestados conoce la principal forma de transmisión de la malaria [14]. Sin embargo, la medida preventiva mayormente utilizada es el uso de toldillo, quedando por fuera otras medidas importantes como el relleno o el drenaje de charcas, lo cual sugiere que no se establece el vínculo entre el agua estancada y los mosquitos transmisores. Haber sufrido malaria previamente o la muerte de un miembro de la familia no muestra relación con un mayor conocimiento alrededor de la enfermedad, contrario a lo que pudiera pensarse.

En Tumaco, Nariño se ejecutó un estudio transversal CAP sobre malaria [15], empleando una encuesta de 60 preguntas referente al padecimiento de malaria, dirigida a los jefes de familia que habitan en la comuna 5, la cual tiene mayor incidencia de malaria, se llevó a cabo un total de 171 encuestas finalmente consideraron que existen factores desfavorables como el hacinamiento y factores protectores para el desarrollo de la enfermedad; aunque se tienen conocimientos de la enfermedad las actitudes no favorecen al control de la enfermedad. Sugieren estrategias enfocadas a la educación y el empoderamiento de la comunidad para evitar la malaria.

2.2 Marco teórico.

2.2.1 Estructura básica sobre el cuadro clínico de la malaria.

Por las connotaciones tanto clínicas como sociales que tiene la malaria para la población en general, las entidades de salud deben tener en común una serie de conocimientos, protocolos y procesos que garanticen a las comunidades y pacientes condiciones seguras en actos de prevención y curación.

En primera instancia debe existir un conocimiento consiente de lo que es la malaria y sus consecuencias psíquicas, sociales y orgánicas que permita a cualquier entidad o profesional de la salud dimensionar su importancia y sobre todo la responsabilidad ética en las diferentes fases que tiene su tratamiento.

Diagnóstico de la malaria: Es muy importante saber diagnosticar la malaria no complicada para que el paciente no llegue a cuadros de mayor complejidad. Este diagnóstico se realiza teniendo en cuenta tres criterios que debe ser tratados de manera asociada: Clínicos, epidemiológicos y laboratorio [16].

El clínico: se realiza mediante un proceso de indagación que permite conocer aspectos como la temperatura de la persona, que sitios ha frecuentado, si hay personas conocidas afectadas de malaria,

si se ha tenido fiebre, malestares, náuseas, vómitos, dolores de cabeza, musculares, articulares, debilidad, fatiga, diarrea. Si las personas presentan este tipo de síntomas o algunos de ellos en forma considerable se les deben garantizar la toma de la prueba (Gota gruesa o prueba rápida) para confirmar descartar la enfermedad y poder dar tratamiento de manera oportuna.

El epidemiológico. Antecedentes de exposición en los últimos 15 días, si ha estado en zonas de riesgo; nexo epidemiológico, si ha compartido espacios con personas que hayan tenido malaria; antecedentes como hospitalizaciones y/o transfusión sanguínea y medicación antimaláricos.

Laboratorio: Cuando el paciente evidencie o se sospeche que es portador de la enfermedad, se le debe ordenar un diagnóstico parasitario que se hace a través de la microscopia o mediante la detección de antígenos a partir de pruebas rápidas y diagnóstico molecular que incluye la reacción en cadena de la polimerasa y amplificación isotérmica de Ácido Desoxirribonucleico- ADN mediada por bucles (LAMP). En Colombia la prueba de referencia para el diagnóstico rutinario de la malaria sigue siendo la gota gruesa.

2.2.2 Prevención y control de la malaria.

A nivel general uno de los procedimientos de mayor seguridad para la conservación de la salud en los seres humanos es la generación de comportamientos preventivos frente a cualquier enfermedad. Las acciones de prevención para evitar el contagio de la malaria más utilizadas y recomendadas por parte de las autoridades de salud como La Organización Panamericana de la Salud [17], a nivel institucional considera:

Para tener impacto en la prevención de muertes, complicaciones por malaria y en la reducción de la transmisión, se requiere que los servicios de salud incorporen acciones de búsqueda y detección precoz de casos. Es, por lo tanto, función de los prestadores de servicios organizar estas acciones y es tarea de las instancias de

epidemiología de las entidades territoriales monitorear el cubrimiento de la población en riesgo con estas medidas y apoyar en la priorización de localidades. (p. 115).

En la actualidad no existe en el mundo una vacuna contra la malaria, pero existen diferentes medidas preventivas o acciones de comportamiento de las personas cuando conviven o visitan regiones de riesgo [19]. En primera instancia la acción más directa es evitar la picadura del mosquito del género anopheles, que por lo general lo hacen en horas de la noche o el amanecer. Para evitar la picadura del zancudo en la actualidad se aplican repelentes, además de usar vestidos como camisas de manga larga y pantalones que cubran manos, brazos, tobillos. En las zonas de riesgo sea este alto o bajo las viviendas deben tener rejillas protectoras en puertas y ventanas y usar el toldillo. Este tipo de medidas, no son de alto costo, pero si son muy seguras y ya cada una de ellas corresponde al nivel de responsabilidad tanto de las instituciones de salud como de las personas.

Ahora para las personas que por diferentes razones deben desplazarse a zonas de riesgo deben tener en cuenta: tener asesoría de un profesional de la salud, para que le recomiende medicamentos adecuadas según el tipo de malaria regional; estos deben tomarse por la general una semana antes de viajar y cuatro semanas posteriores al termino del viaje.

2.3 Marco contextual.

2.3.1 Características del territorio.

El municipio de Tumaco está ubicado en el suroccidente colombiano en el departamento de Nariño, cuya cabecera municipal ostenta el nombre de San Andrés de Tumaco. Se sitúa a 300 Km de San Juan de Pasto, capital del departamento.

Tumaco es el segundo puerto marítimo sobre el Océano Pacífico colombiano. Limita, al norte con el municipio de Francisco Pizarro, al sur la república del Ecuador, los municipios de Roberto Payán y Barbacoas y al oeste el Océano Pacífico; tiene una altitud de 2msnm, con temperatura media de 28°C, que en determinadas épocas oscila en 19° y 33° C; caracterizado por poseer un clima cálido húmedo; la humedad relativa es de 83.86% con una precipitación anual de 2.531 milímetros; el área municipal es de 3.760 Km²; presenta diferentes relieves, desde el montañoso en inmediaciones andinas del piedemonte costero hasta la llanura del Pacífico.

Su hidrografía incluye los ríos Mira y Patía, y otros más pequeños como el Caunapi, Rosario, Chagüi, Tablones y el mexicano.

El Municipio de Tumaco se encuentra distribuido en el área urbana por 5 comunas y el área rural se encuentra dividido en cinco zonas: Carretera, De altas colinas, Mira Mataje, Ríos de la Ensenada de Tumaco y Costera. Para el año 2019 según DANE la población de Tumaco es de 255.783 habitantes, de los cuales 86.507 se encuentran ubicados en el área urbana que corresponde al 33.8% y en el área rural 169.276 habitantes con un 66.2%, La población es mayoritariamente afrodescendiente e indígena.

En el Municipio de San Andrés de Tumaco al 2018 según datos del IGAC (Instituto Geográfico Agustín Codazzi), se encontró que el número de viviendas en predios urbanos es de 19.229, y en la zona rural de 17.935, para un total de 37.164.

Las familias urbanas y rurales del Municipio carecen en su mayoría de una vivienda digna. Debido a este déficit en vivienda digna que supera la cantidad de oferta, el 88.70% de las viviendas son construidas en zonas subnormales o invasiones. En su gran mayoría, las casas son levantadas con maderas de baja calidades y las condiciones técnicas de construcción no son adecuadas, por lo tanto, la gran mayoría de estas se encuentran en regular y en mal estado, por lo que no brindan buenas condiciones de seguridad ante posibles eventos naturales o en situaciones antrópicas que puedan presentarse en un momento determinado. Igualmente, el bajo nivel de sus características constructivas puede contribuir al contagio y proliferación de enfermedades transmisibles. A lo anterior, se suma el hecho, que se presentan problemas de hacinamiento en las familias, lo que acelera drásticamente el deterioro de las viviendas, los conglomerados urbanos y la propagación de enfermedades.

El CHDN tiene un Modelo de Salud coherente, dirigido a la comunidad, el cual contribuye a disminuir y controlar los riesgos de contraer enfermedades, a través de la planificación de actividades de promoción, prevención y asistencia en salud, con eficiencia, efectividad, oportunidad y calidad en un trabajo articulado con la red de IPS a nivel urbano y rural, que asegura la responsabilidad social y que garantice la sostenibilidad financiera de la institución.

Por la extensión geográfica del municipio la CHDN cuenta con 42 puestos de salud habilitados a lo largo y ancho del territorio del municipio cubriendo las zonas de ensenadas, carreteras, costas y ríos dentro de los cuales se distribuyen todos los puestos de salud; en las veredas donde no hay puestos de salud se cubre la atención con jornadas extramurales. Los servicios en salud que presta la institución son: consulta externa, hospitalización, obstetricia, odontología, vacunación, urgencias, salas de parto, programas de prevención y promoción, farmacia, laboratorio y apoyo diagnóstico, para atender un aproximado de 187.080 personas.

El CHDN, fue creada mediante acuerdo 0045 de enero 10 de 1999, modificada mediante acuerdo 30 de 2003, acto administrativo adopción estatutos acuerdo número 005 de 20/11/2003. En

sus inicios, era una institución prestadora de servicios adscrita a la Secretaría Municipal de Salud siendo el alcalde municipal quien ejercía la representación legal de la entidad, en virtud de lo cual, la prestación de los servicios de salud de la población, (afiliados al régimen subsidiado y vinculados al sistema), se contrataba entre las Administradoras del Régimen Subsidiado y el Municipio, y correspondía a la IPS Divino Niño la ejecución de dichos contratos. Todos los puestos de salud que integran la Empresa, fueron construidos con aportes de distintas organizaciones públicas y privadas, ONG y las comunidades donde se encuentran asentados, los cuales eran atendidos por la Regional de Salud de Occidente hasta 1.994 cuando entró en vigencia la Ley 100/93 y se inició el proceso de descentralización del sector salud a nivel nacional, correspondiéndole al municipio ocuparse de la dirección del sistema de salud y asumir el mantenimiento, dotación y manejo de la red hospitalaria del primer nivel de atención.

Más adelante y siendo que el municipio fue certificado para el manejo de los recursos del sector salud, se vio la necesidad de organizarlo como un ente autónomo e independiente del resto de la administración municipal. Fue así como mediante la aprobación del Acuerdo 010 del 30 de Septiembre De 2.003 se crea la Empresa Social del Estado del orden municipal denominada Centro Hospital Divino Niño, con autonomía administrativa, presupuestal, contable y financiera propia, descentralizada, encargada de prestar los servicios de salud en el primer nivel de atención, a todos los habitantes del Municipio de Tumaco tanto a afiliados al régimen subsidiado de seguridad social en salud, como a aquellos vinculados al sistema. Pero el 9 de diciembre de ese año, inicia su funcionamiento como empresa, que tiene como función: la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad cuya finalidad es la venta de servicios de salud eficientes, oportunos y efectivos para obtener el equilibrio entre la rentabilidad social y financiera.

Esta situación generó la necesidad de planificar y ejecutar estrategias a corto, mediano y largo plazo que permitieran garantizar una buena administración de los recursos y la prestación del servicio

a la comunidad Tumaqueña con los modelos de atención en salud vigentes, fortaleciendo de esta forma una mejor oportunidad y eficiencia al acceder a los servicios de salud.

2.4 Marco legal.

La Constitución Política de 1991, en su artículo 49, establece la atención en salud y saneamiento ambiental como un servicio público a cargo del Estado.

La ley 9 de 1979, en su artículo 591, contempla lo relacionado con acciones preventivas sanitarias para evitar la transmisión de enfermedades.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 establece entre sus principios la equidad, protección integral, descentralización administrativa, de la misma manera que ha contemplado en los artículos 162, lo concerniente al plan obligatorio de salud y en el artículo 165, ha reglamentado lo respectivo a la atención básica.

Circular Externa N° 018 de 2004, Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2005 - 2007 y de los recursos asignados para la salud pública.

Resolución 3042 de 2007. Por la cual se reglamenta la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1164 del 2007, por medio de la cual se establecen las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Ley 1122 DEL 2007, tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

El Decreto 2006 del 2008, por medio del cual se crea la comisión intersectorial para el talento humano en salud.

La ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Resolución 2257 de 2011, por medio de la cual Se adopta los Protocolos y Guías de la Vigilancia en Salud Pública, las Guías de Atención Clínica y las Guías de Vigilancia Entomológica y Control para las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

El Decreto 4107 de 2011, por medio del cual se establece los objetivos y funciones de MSPS, entre ellos la competencia de la subdirección de enfermedades transmisibles para liderar el programa de promoción, prevención y control de las ETV

La Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. Un marco político cuyo fin es garantizar la equidad en salud en el país para avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; y mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, frente al cual el goce efectivo de la salud requiere del desarrollo y armonización con las políticas internacionales, nacionales, lo cual es la misión del programa de promoción, prevención y control de las ETV y zoonosis.

La Ley 1753 del 2015, en su artículo 65 define la política de atención integral en salud.

La Resolución 0429 del 2016, por la cual se adopta la política de atención integral en salud (PAIS).

La Resolución 3280 del 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la promoción, mantenimiento de la salud y ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.

La Resolución 2626 de 2019, por medio de la cual se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, que modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, y se convierte en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.

La Resolución 276 de 2019, por medio de la cual se modificó la resolución 3280 del 2018, Para la operación de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud y RIAS del grupo de riesgo materno perinatal

CAPÍTULO 3.

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio.

La realización del proyecto, se enmarco partir de enfoque cuantitativo en un estudio de corte transversal descriptivo a través de una encuesta CAP sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del CHDN sobre la malaria.

3.2 Población.

La población sujeta del estudio fue el personal del área asistencial del servicio de urgencias; médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del CHDN, sede Nuevo Horizonte ubicada en el área urbana del Distrito de Tumaco. Para la selección del personal se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: mayoría de edad, vivir en el municipio un tiempo superior a cinco años y ser trabajador del CHDN por más de dos años.

3.3 Recolección de datos y análisis de la información.

Se aplicaron las entrevistas al personal asistencial empleando encuestas CAP, bajo un enfoque cognitivo conductual. Cada una de las personas que contestaron la encuesta accedió a firmar el protocolo de permiso consentido. A las encuestas se les realizo un análisis de tipo cuantitativo mediante gráficos y datos en EXCEL

3.4 Cronograma.

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión de fuentes primarias y secundarias			X	X	X																			
Presentación y socialización del proyecto.												X												
Entrega solicitud para aplicación del instrumento																				X				
Aplicación del instrumento de recolección de datos																			X	X				
Clasificación y organización de datos																							X	
Elaboración de cuadros y gráficos estadísticos																								X
Análisis e interpretación de la información recogida																							X	X
Conclusiones y recomendaciones																							X	X
Entrega y sustentación del proyecto																								X

3.5 Presupuesto.

Elemento	Tipo de recurso	Tipo de Unidad	Unidades	Precio por unidad	Costo Total
Personal	Asesoría técnica investigativa	Asesor	5	0	0
Personal	Grupo investigativo	Investigador	2	4.000.000	8.000.000
Personal	Asesoría externa	Asesor	1	4.000.000	4.000.000
Hojas de pape	Usos continuos duras proyecto	Paquete de 500 hoja	500	50	25.000
Impresora	HP 545	Pieza	1	350.000	350.000
Bolígrafos	Papelería en general	Caja x 12	8	6.000	48.000
Computador	Computador Lenovo	Pieza	1	1.500.000	1.500.000
Tintas de impresión	Impresión continua durante el proyecto	Pieza	4	35.000	1.400.000
Movilización	Trasporte en vehículo	Vehículo	4	50.000	200.000
Computo	Video Beam alquiler	Pieza	1	350.000	350.000
TOTAL					15.873.000

3.6 Resultados.

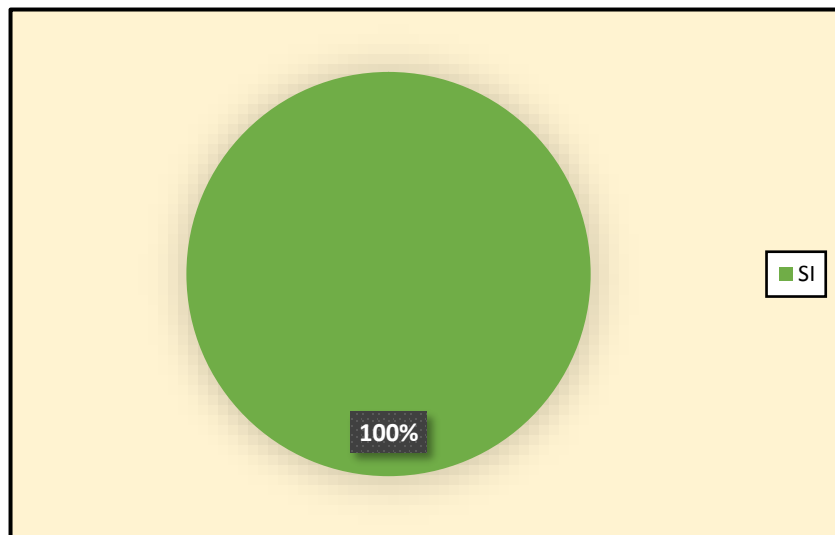
Se clasificaron en función de tres variables, conocimiento, actitudes y prácticas. Luego de analizada la información se tuvieron los siguientes resultados relevantes en cada una de las variables:

La muestra objeto de este estudio fue de 27 personas del servicio de urgencias del CHDN de las cuales el 44,4% son auxiliares de enfermería, el 29,6% médicos y el 25,9% corresponde a profesionales de enfermería.

3.6.1 Conocimiento.

Malaria y paludismo.

Ilustración 1: Considera qué malaria y paludismo es lo mismo

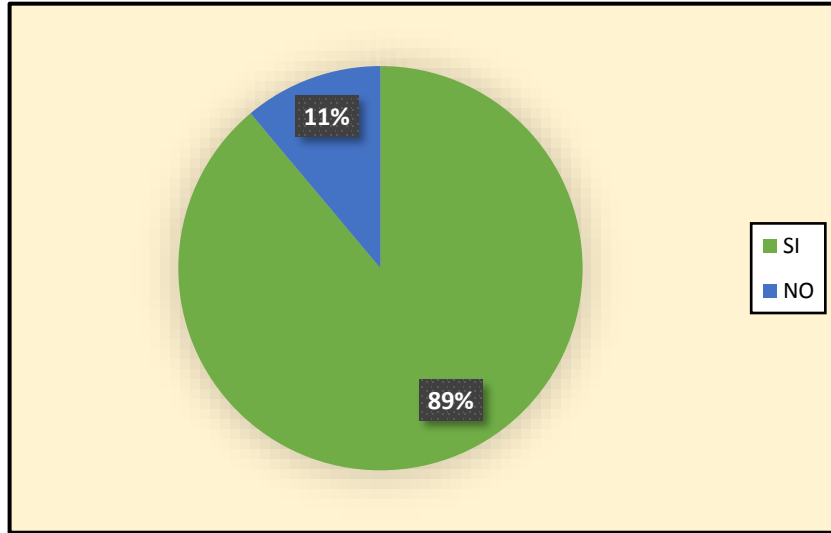


El 100% de la población encuestada consideran que la malaria y el paludismo es lo mismo.

Ambos términos son utilizados para hacer referencia a la enfermedad, lo que evidencia que el personal no presenta dudas o desconocimiento en cuanto uso del mismo

Con respecto a si ha escuchado del plan de eliminación de la malaria en Colombia

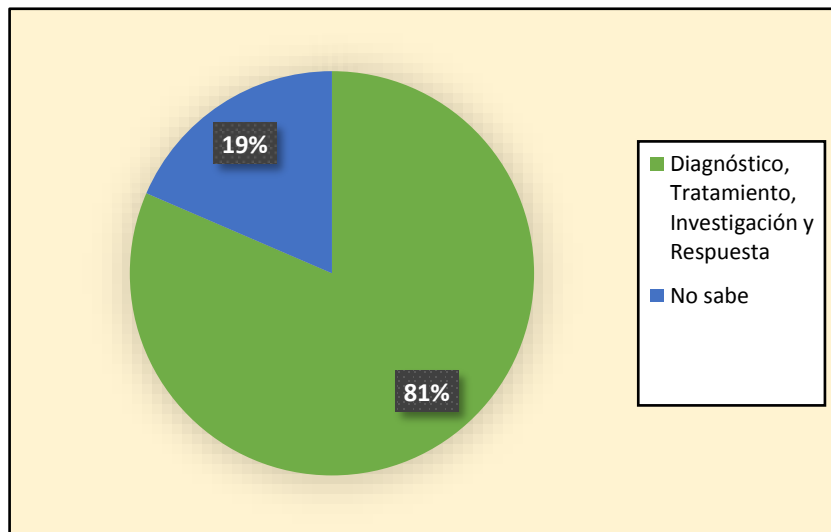
Ilustración 2: Plan de eliminación de la malaria



El 89% ha escuchado sobre el plan de eliminación de malaria. Lo que indica que se ha realizado la debida difusión de la estrategia a nivel nacional que busca la eliminación de la transmisión de la malaria en los territorios de mayor incidencia en el país.

En cuanto a la estrategia DTIR

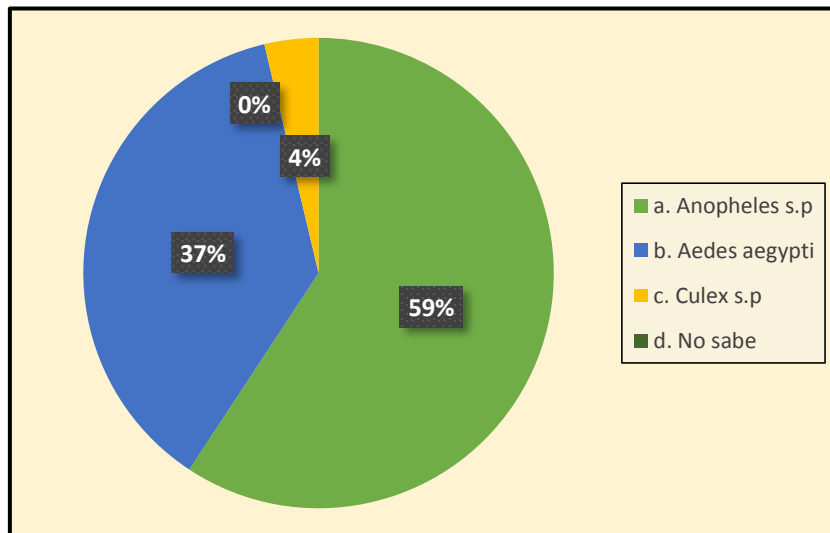
Ilustración 3: Significado de siglas DTIR



El 81% conoce el significado de las DTIR la cual significa Diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta, mientras que el 19% lo desconoce.

Sobre el agente transmisor de la enfermedad.

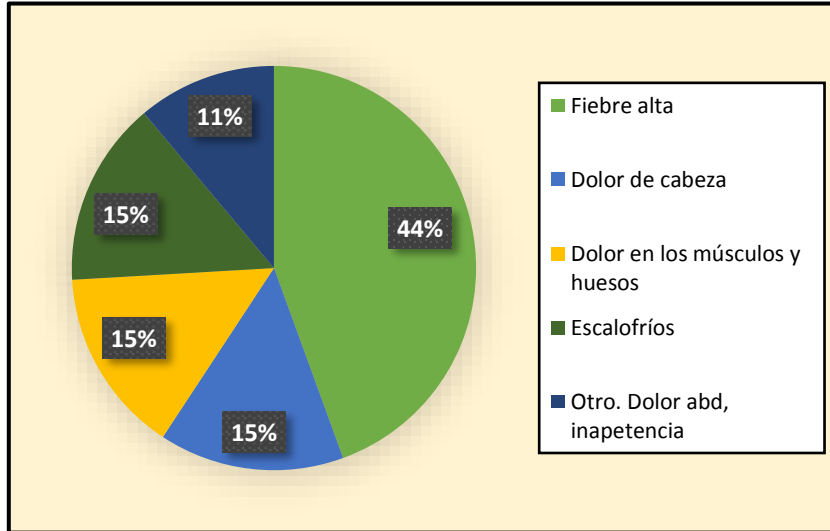
Ilustración 4: Mosquito transmisor de la malaria



El 59% considera que el mosquito transmisor de la malaria es el Anopheles s.p.; el 37.0% que es el Aedes aegypti; y el 4% el Culex s.p. La mayor parte del personal de salud tiene un conocimiento claro con respecto al significado de la enfermedad, un mínimo de personal requiere capacitación de formación permanente para fortalecer los conocimientos y se unifiquen criterios al respecto, que permitan generar una identidad institucional frente al manejo de la enfermedad.

Síntomas sobre la malaria.

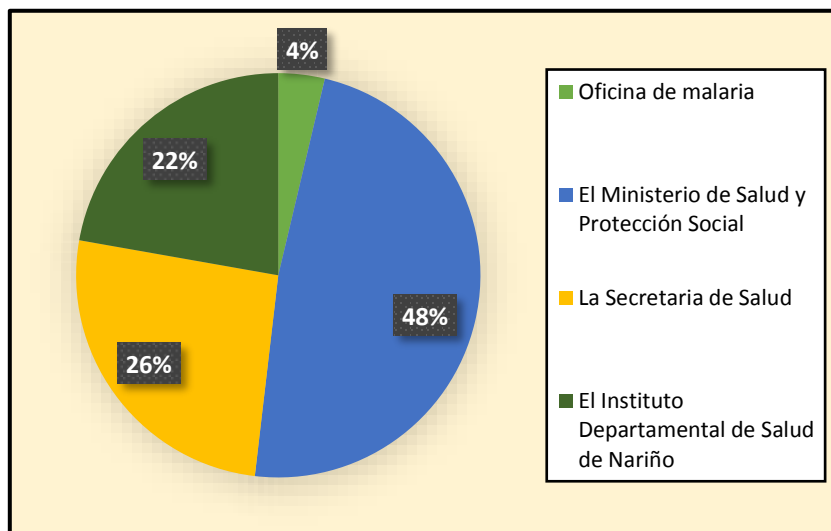
Ilustración 5: Malestares que produce la malaria



El 45% de los encuestados asocian la fiebre alta como un malestar que produce la malaria, seguido por síntomas como dolor muscular, dolor de cabeza y escalofrió con el 15% cada uno. Entre otros síntomas característicos de la enfermedad indicaron el dolor abdominal y la inapetencia.

Sobre la entidad que debe encargarse de la prevención de la malaria

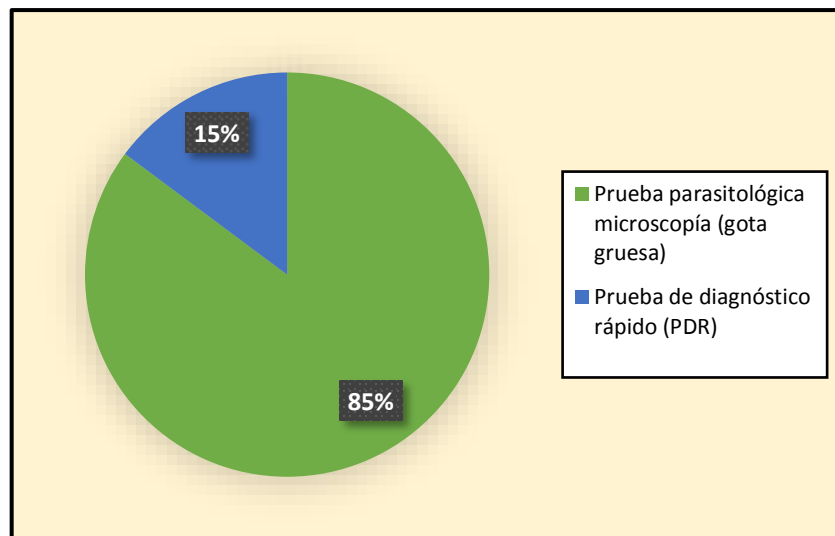
Ilustración 6: Organismos a cargo prevención de malaria



En cuanto a la institución que debe encargarse de la prevención de la malaria el 48% de los encuestados consideran que le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social mientras que 26 % consideran que la Secretaria de Salud también debe estar a cargo de la prevención de la malaria en el Distrito. La prevención de la enfermedad es una responsabilidad todos los organismos de salud que hacen presencia en el territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del sistema de salud colombiano debe liderar las estrategias para mitigar la enfermedad.

En cuanto a las pruebas diagnósticas de la malaria

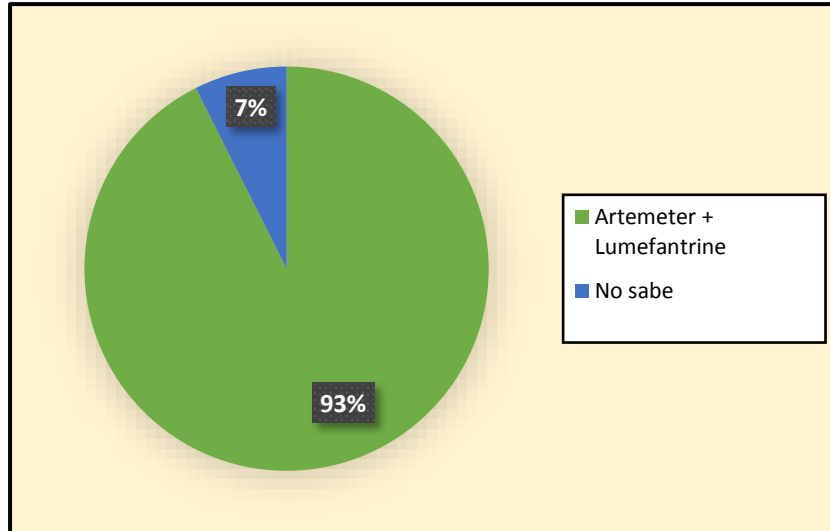
Ilustración 7: Pruebas diagnósticas



El 85% identifican como pruebas para el diagnóstico de la malaria, la prueba parasitológica y de microscopía (Gota gruesa). Debido a que es la más utilizada para el diagnóstico de la enfermedad en la institución.

Sobre el tratamiento para la malaria no complicada por *P. falciparum*

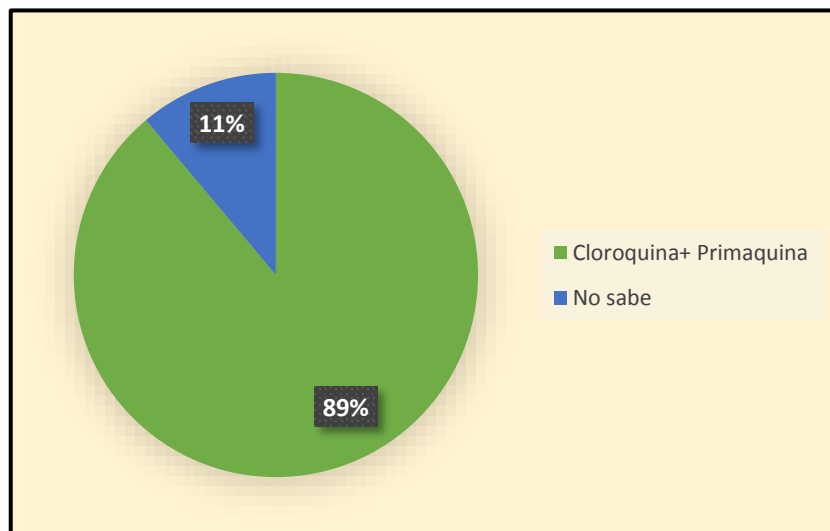
Ilustración 8: Tratamiento malaria por falciparum



El 93% manifiestan que el tratamiento para la malaria no complicada por plasmodium falciparum es con Artemeter + lumefantrine mientras que el 7.4% manifiestan no saber cuál es el tratamiento.

En cuanto al tratamiento indicado para malaria no complicada por *P. vivax*

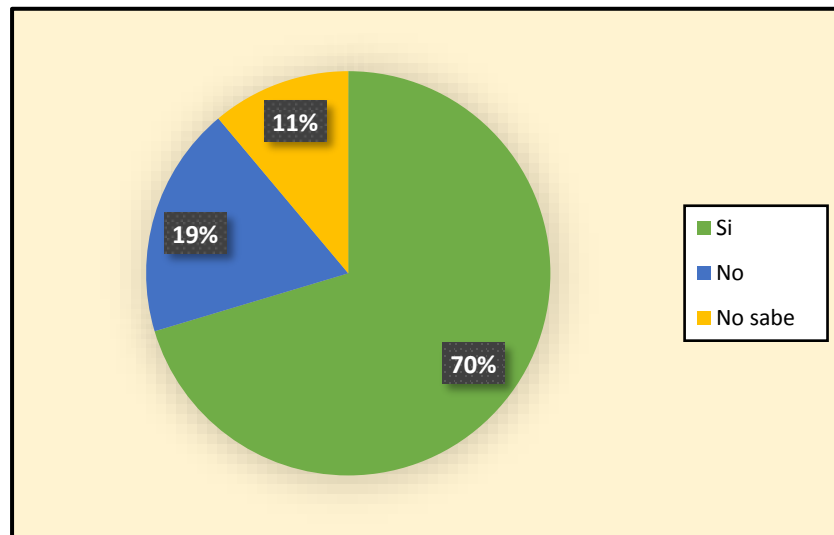
Ilustración 9: Tratamiento malaria por vivax



El 89% considera que el tratamiento para la malaria no complicada por *plasmodium vivax* es la cloroquina + primaquina, el 11% desconoce cuál es el tratamiento para la malaria no complicada por *plasmodium vivax*.

Sobre si existen esquemas de tratamiento específicos de malaria no complicada para grupos vulnerables, como embarazadas, menores de cinco años y niños desnutrido.

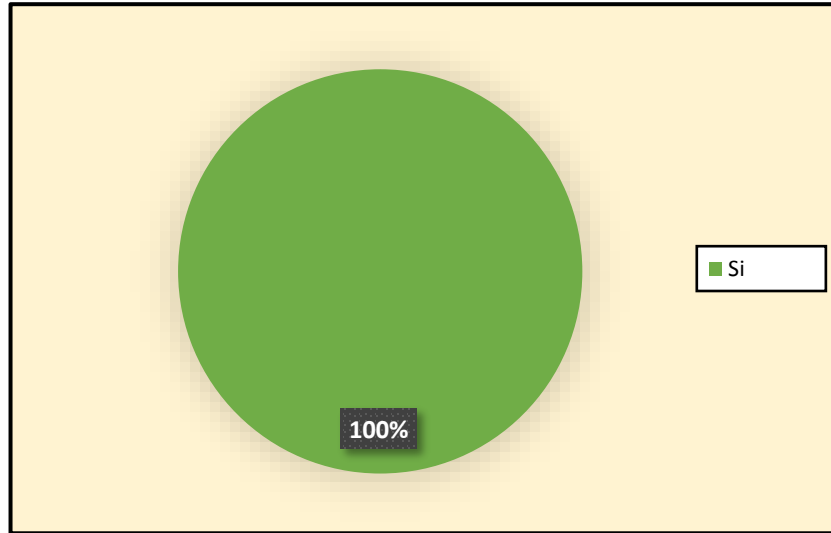
Ilustración 10: Tratamiento para grupos vulnerables



El 70% de las personas encuestadas indican que si existe un tratamiento específico para grupos vulnerables frente al 18% que indica que no existe tal tratamiento para esta población.

Sobre si considera la malaria, una enfermedad endémica en el municipio de Tumaco

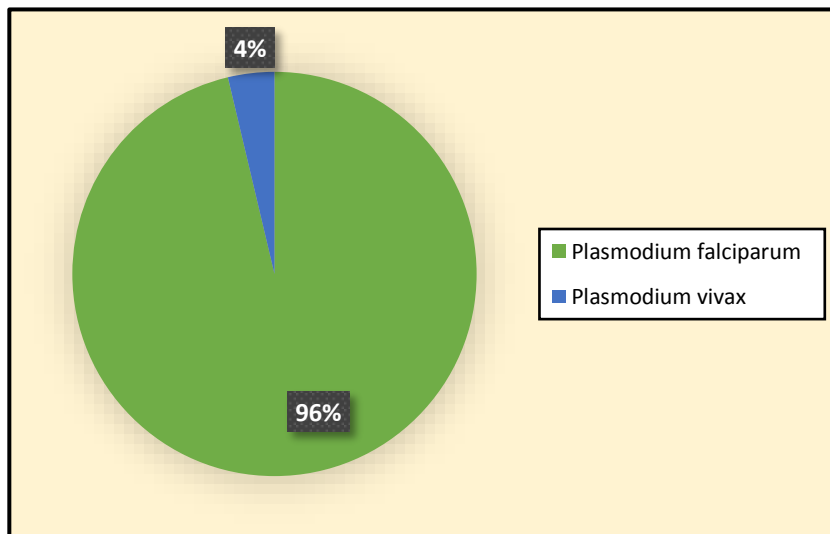
Ilustración 11: La malaria es endémica



El 100% de las personas encuestadas considera que la malaria en San Andrés de Tumaco, es una enfermedad endémica. Lo que evidencia un problema de salud pública a nivel de esta región, la cual requeriré de intervenciones específicas para mitigar su impacto en la comunidad.

Sobre la especie del parásito (*Plasmodium*) causante de la malaria, más frecuente en el municipio de Tumaco

Ilustración 12: Especie del parasito más frecuente

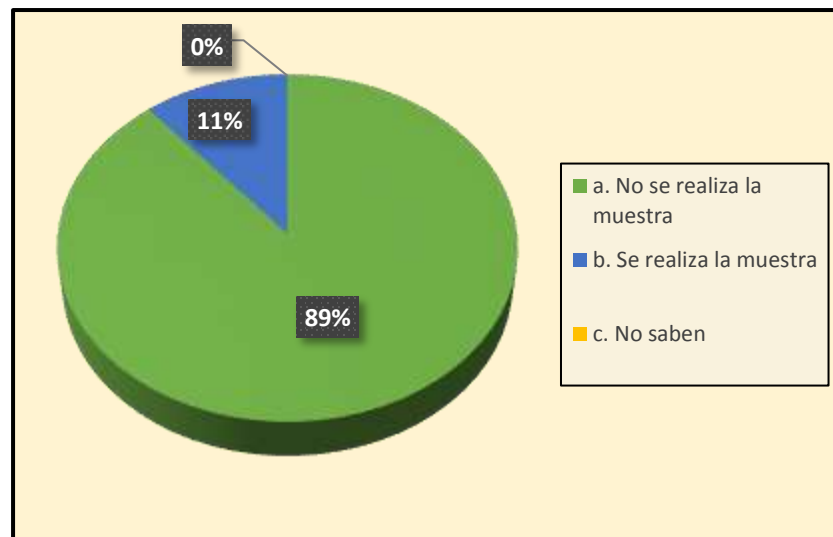


El 96% de las personas encuestadas piensan que la especie de parásito más frecuente que causa la malaria en Tumaco es el *Plasmodium falciparum* y el 4% de los encuestados piensan que la especie de parásito más frecuente que causa la malaria es el *Plasmodium vivax*

3.6.2 Actitudes.

Con relación al trato de paciente afebril.

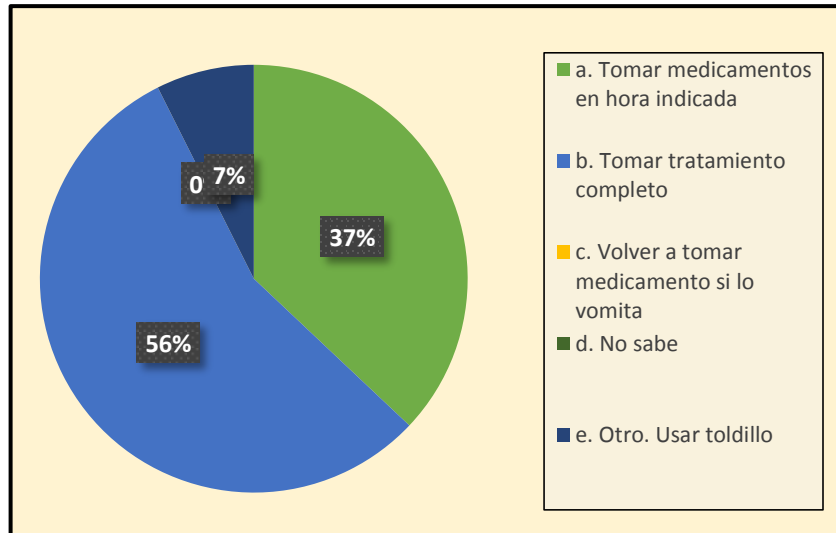
Ilustración 13: Paciente afebril



El 89% de las encuestadas señala que cuando un paciente refiere haber tenido fiebre en los días anteriores y acude a urgencias afebril no le realizan la muestra, mientras que un 11% consideran que sí, lo cual indica que no se tiene en cuenta las manifestaciones clínicas de la enfermedad debido a que en la malaria una de las características de los síntomas es que la fiebre aparece días después de la picadura del mosquito y generalmente es intermitente.

Sobre las recomendaciones dadas al paciente con diagnóstico positivo de malaria, para lograr la adherencia al tratamiento.

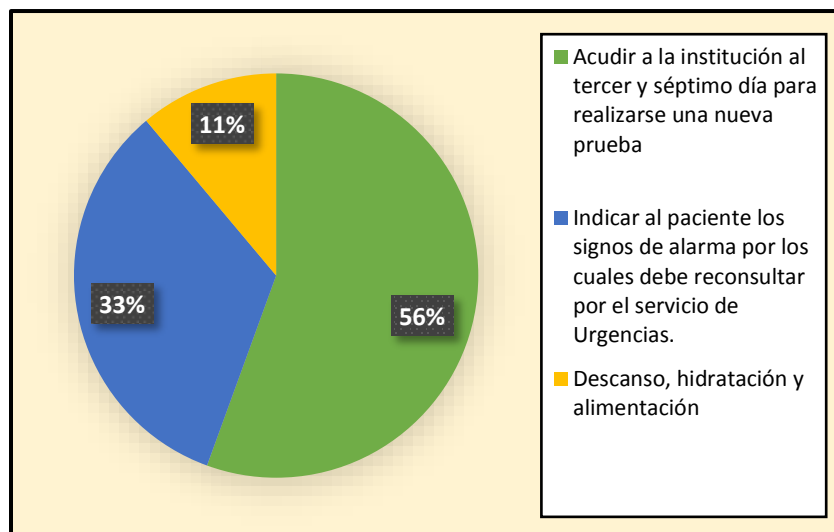
Ilustración 11: Recomendaciones de adherencia



En las recomendaciones dadas al paciente con diagnóstico positivo de malaria, para lograr la adherencia al tratamiento, el 55.6% de los encuestados establece como prioridad tomarse el tratamiento completo; el 37.0 % dice tomarse el medicamento en las horas adecuadas. Esto evidencia que para lograr la curación de la enfermedad es fundamental la administración del medicamento antimaláricos y las indicaciones que da el personal de salud al paciente.

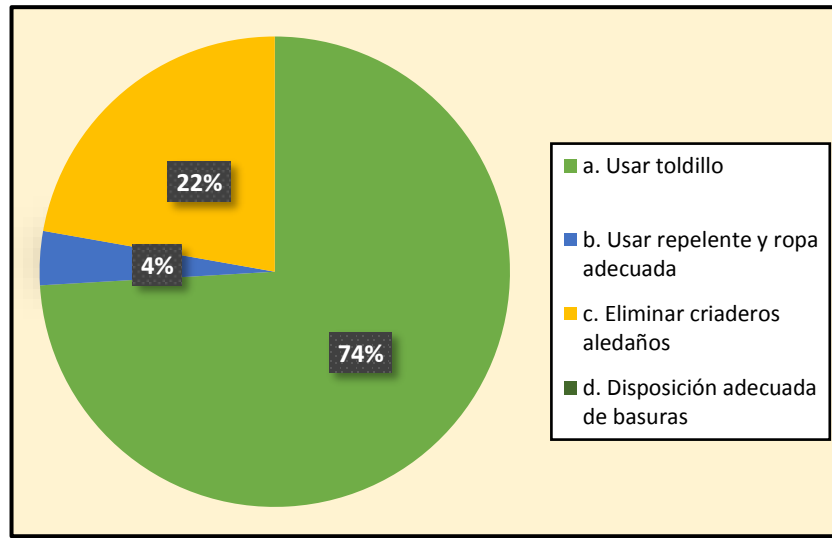
Sobre Recomendaciones para evaluar el seguimiento y evolución del paciente

Ilustración 15: Recomendaciones de seguimiento y evaluación



Para evaluar el seguimiento y evolución el 56% del personal de salud considera como recomendación acudir a la institución al tercer y séptimo día para realizarse una nueva prueba. En cuanto a las recomendaciones dadas al paciente para prevenir que otros miembros de la familia se enfermen

Ilustración 16: Recomendaciones para prevenir la enfermedad

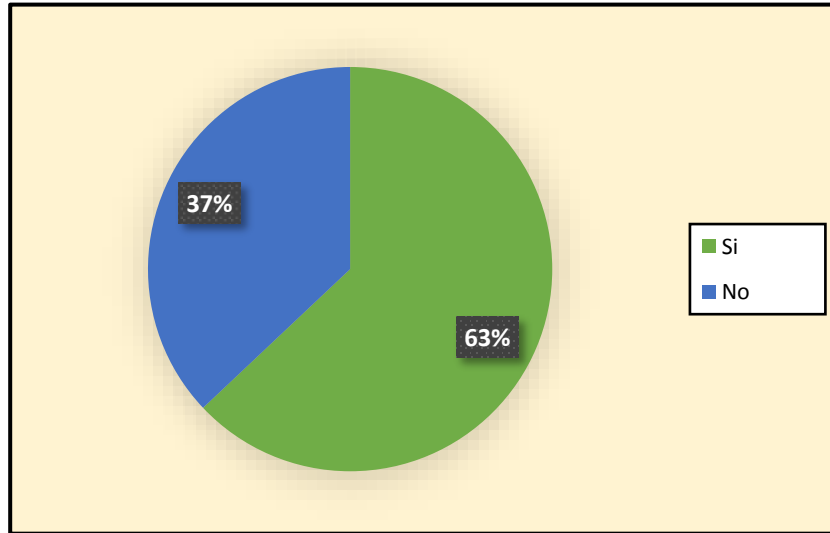


El 74% considera como principal recomendación para prevenir que otros se enfermen de malaria dormir con toldillo, el uso del toldillo es un método de barrera que se utiliza para evitar la picadura del mosquito, pero existen otras medidas más efectivas que pueden contribuir a disminuir la incidencia de la enfermedad, a través de acciones educativas que cambian la percepción cultural para evitar los criaderos de mosquito.

3.6.3 Prácticas.

Sobre si se brinda atención preferencial al paciente procedente de zona rural

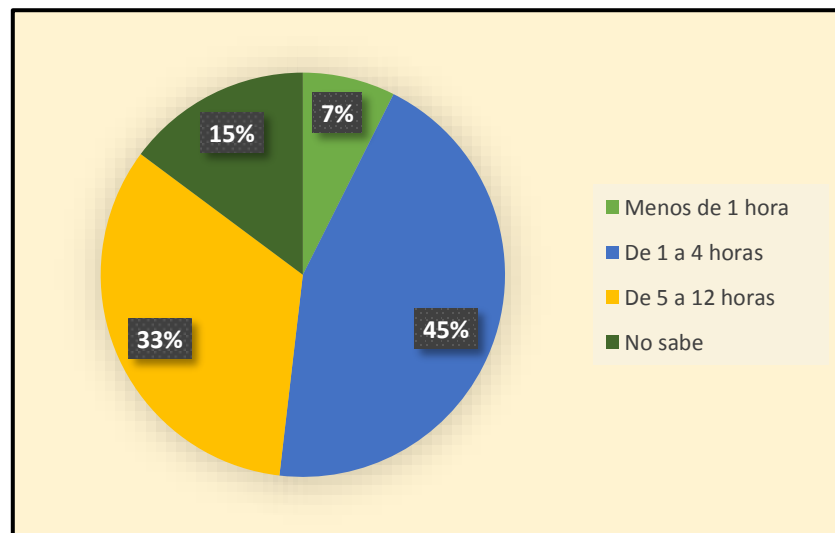
Ilustración 17: Trato preferencial



El 63% del personal de salud manifestó que en pacientes procedentes de zona rural cuando hay sospecha de malaria se les da atención preferencial. Porque la estadía de los pacientes procedentes de zonas lejanas a su comunidad genera un aumento de los gastos económicos, por ello se busca agilizar el proceso de la atención, diagnóstico y tratamiento para que el efecto económico sea menor.

En cuanto al tiempo promedio, desde que el paciente acude a la institución en busca de atención, a la toma de la prueba de malaria

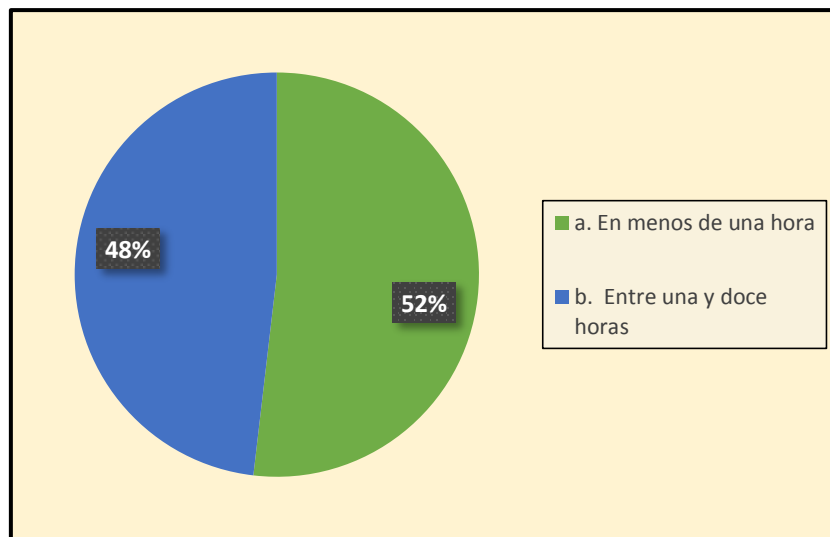
Ilustración 18: Tiempo entre la atención, a la toma de la prueba



El 44,4% indicaron que el tiempo promedio desde que el paciente acude a la institución en busca de atención, a la toma de la prueba de malaria es 1 a 4 horas. Mientras que el 33,3% considera que el tiempo promedio es de 5 a 12 horas.

Sobre el tiempo promedio transcurrido entre la toma de la prueba y la entrega del resultado

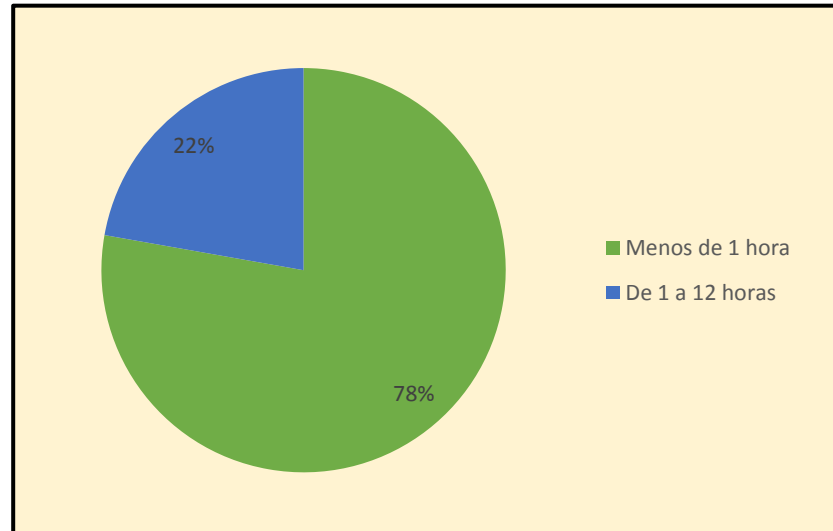
Ilustración 19: Tiempo entre la toma de la prueba y el resultado



El 52% de las personas encuestadas manifiestan que el tiempo transcurrido entre la toma de la prueba y la entrega del resultado es de menos de 1 hora; y el 48% piensa que el tiempo es de 1 a 12 horas. Lo cual indica que los resultados son entregados en lapsos de tiempo cortos lo que favorece al paciente para la toma de decisiones frente al tratamiento.

Sobre es el tiempo promedio desde la entrega del resultado positivo, a la entrega del tratamiento.

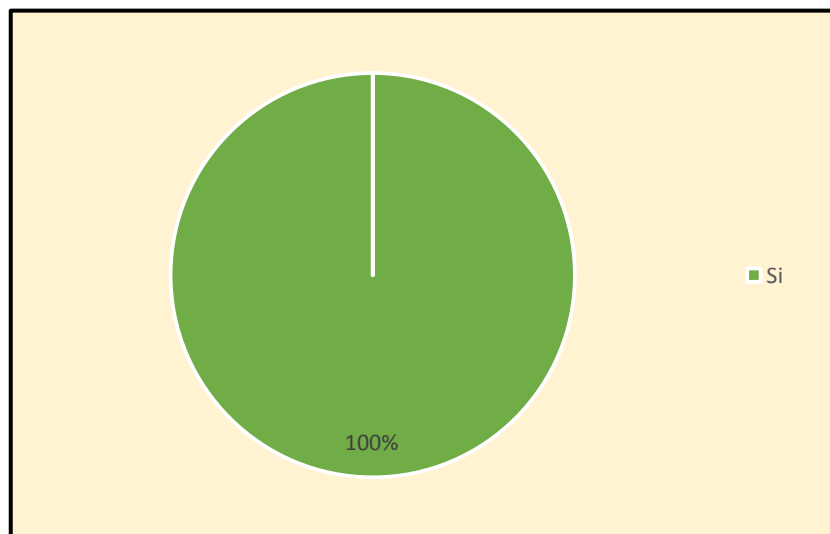
Ilustración 20: Tiempo entre entrega del resultado, a la entrega del tratamiento



El 78% de las personas encuestadas dicen que el tiempo estimado entre la entrega del resultado positivo y el suministro del tratamiento es de menos de 1 hora mientras que el 22.2% de las personas encuestadas dice que el tiempo estimado es de 1 a 12 horas. Lo que indica un tiempo adecuado en la administración y entrega de tratamiento para el mejoramiento de la salud del paciente

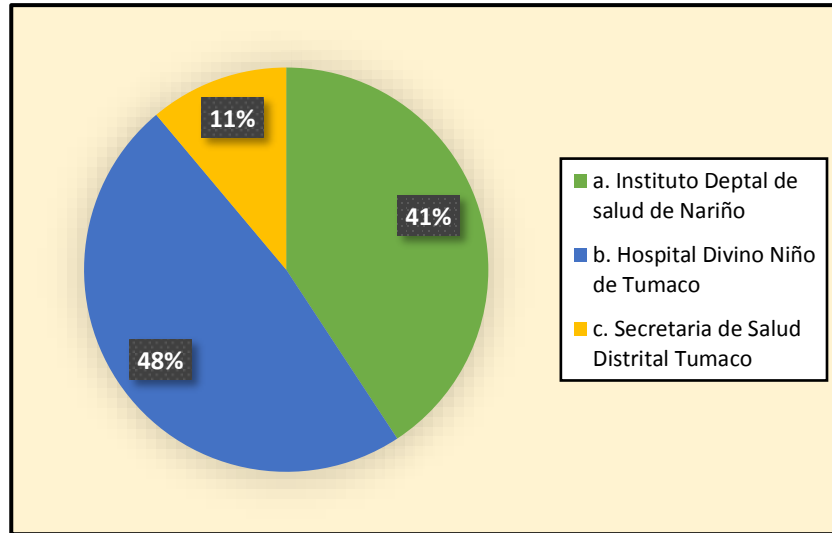
En cuanto a si el personal de salud ha recibido capacitaciones sobre malaria

Ilustración 21: Capacitaciones en malaria



El 100% de las personas encuestadas del personal de la salud, han recibido capacitación o asistencia técnica en malaria.

Ilustración 22: Entidad responsable de asistencia técnica



El 48% manifiesta que la entidad responsable de la asistencia técnica acerca de los procesos con relación al tratamiento de la malaria es el Instituto Departamental de Salud Nariño; el 41% atribuyen la responsabilidad al Centro Hospital Divino Niño de Tumaco y el 11% la Secretaria de Salud Distrital de Tumaco. No hay criterios unificados al respecto, aunque este es un aspecto administrativo es importante que todos los trabajadores de la salud sepan quién es la entidad responsable de la asistencia técnica o cuales son las responsabilidades de cada una de ellas.

3.7 Discusión.

Generada una experiencia de investigación en el campo de la salud desde una perspectiva proyectada a tener en el tratamiento de la malaria comportamientos de mejoramiento continuo en los trabajadores de la salud del centro CHDN para un beneficio directo de la población del

municipio de Tumaco Nariño, se identificaron diversas situaciones que al momento de ser evaluadas se clasifican desde la posición del investigador en dos dimensiones.

La primera catalogada como los avances significativos desde las políticas de estado y que son proyectadas y sentidas por la población de la comunidad Tumaqueña y que contribuyen de manera directa al mejoramiento de la calidad de vida en sus habitantes con el fin de lograr un mejor bienestar para las nuevas generaciones. La segunda enfocada a los aspectos que, si bien no se pueden rotular como negativos, si se ubican como incógnitas donde se identifican elementos que afectan de manera directa una opción de cualificar procesos para que los resultados en el manejo de la malaria sean más eficientes desde las obligaciones de los diferentes gobiernos, de los pactos con organismos internacionales, de instituciones de educación e investigación en relación con la malaria.

Como los elementos de mayor importancia y trascendencia en esa evolución positiva en el tratamiento de la malaria esta la responsabilidad estatal, que en las últimas épocas ha evidenciado un mayor sentido de pertenencia a pesar de que los centros hospitalarios de algunas regiones carecen aún de una mejor adecuación para el tratamiento de este tipo de enfermedades. Los nexos internacionales con organismos como la OMS, La OPS han colocado en evidencia el reconocimiento por parte del Ministerio de la Salud y Protección Social que Colombia es un país de alto riesgo y que si se tienen avances todavía falta mucho camino por recorrer para llegar a tener una inmunidad total. También entender que la problemática y las soluciones no radican solo en las entidades y autoridades de la salud, sino en poder empoderar un sistema de trabajo integral sólido, continuo e interdisciplinario donde se involucren otros componentes sociales, no todos, solo aquellos que se consideren vitales en el proceso, ejemplo combatir la malaria e incluso otras enfermedades sin la intervención de instituciones como las fuerzas armadas, los centros de formación académica e investigación científica, los líderes sociales y comunales, sería

imposible conseguir metas e indicadores de impacto y en general todo ente que en un estudio transversal a nivel nacional se identifiquen como fundamentales, deben involucrarse para la construcción de una política nacional que tenga el mismo norte, es importante que los planes como el Decenal de Salud se cumplan y se evalúen de forma continua.

Muy importante el sentido de pertenencia de la mayor parte de los trabajadores de la salud de Tumaco CHDN, pero eso tiene que ir acompañado de mayores niveles en el conocimiento y la investigación apropiándose de las nuevas tecnologías.

Como elementos que se pueden considerar obstáculos y que si afectan de manera directa los avances en cualquier fase está en primer lugar la enorme desigualdad social que se vive en el país y en especial en Tumaco, las infraestructuras del país en las vías de comunicación en la región Pacífica es muy pobre al igual que la investigación científica frente a la malaria ya que hay mucha dependencia del exterior. Es fundamental que se entienda que los problemas nacionales de gran magnitud y especial los de salud deben ser llevados a las aulas escolares para que los niños desde temprana edad adquieran un conocimiento sobre las realidades de sus entornos y puedan ser parte activa de la solución.

CAPITULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.

La enfermedad parasitaria denominada malaria es endémica en San Andrés de Tumaco, por ello el personal de salud del CHDN, en su gran mayoría conocen las distintas estrategias para su diagnóstico, investigación y respuesta en el manejo de los casos que son diagnosticados a diario, al igual las medidas preventivas para evitar la enfermedad; esto por las distintas jornadas de capacitación o asistencia médica que han recibido del Instituto Departamental de Salud de Nariño y del CHDN que es la entidad a la que pertenecen.

Se evidencia la existencia de un accionar para la prevención y control progresivo de los distintos factores asociados como causas en la incidencia y endemismo de esta enfermedad, pero no es suficiente para erradicar el mosquito transmisor del parásito (*Plasmodium Falciparum* o *Plasmodium Vivax*), lo que puede ser un indicador de que debe ejercer control sobre el vector.

El personal de salud del CHDN, están en capacidad de activar la alerta de malaria con base en los síntomas que refiere el paciente, para la realización de las respectivas pruebas parasitológicas y microscópicas, en los tiempos adecuados para su detección, así como el suministro ante el diagnóstico del tratamiento idóneo en pro de la salud de los pacientes en una fase no complicada de la enfermedad

En atención a la vulnerabilidad, la falta de atención primaria, diagnóstico oportuno, control y estabilización de la salud, se les presta una atención preferencial a las personas que proceden de la zona rural.

Es aceptable el tiempo que se emplea entre la toma de la prueba y la entrega de resultados. Sin embargo, es necesario mecanismos de mejora continua que permitan asegurar procesos de

diagnósticos mucho más oportunos para determinar estrategias clínicas que permitan superar los episodios de enfermedad de los pacientes.

4.2 Recomendaciones

Construir y unificar criterios institucionales en el manejo de los diferentes protocolos con relación al tratamiento de la malaria en sus diferentes etapas y de acuerdo a las funciones específicas del trabajador del hospital.

Diseñar e implementar una política pública a partir de los trabajadores de la salud del CHDN que genere en la comunidad Tumaqueña actos de responsabilidad en sus formas de vida que evita en el menor índice posible la adquisición de la malaria.

Capacitar a todo el personal del hospital en el conocimiento científico básico que le permita ser competente e idóneo en el manejo de la malaria.

Glosario.

Anopheles: es un género de mosquito de la familia Culicidae que habita en prácticamente todo el mundo incluyendo Europa, África, Asia, América y Oceanía, con especial intensidad en las zonas templadas, tropicales y subtropicales.

CAP: Conocimientos, Actitudes y Prácticas

EGI – ETV: estrategia de gestión integrada para las enfermedades transmitidas por vectores de vectores

IREM: Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

Plasmodium: género de protozoos causante de malaria o paludismo

Malaria: Enfermedad febril grave y debilitante, también llamada paludismo, que se transmite por la picadura de un mosquito y que es causada por unos parásitos del género Plasmodium.

Referencias bibliográficas.

- [1] Organización Mundial de la Salud. La OMS insta a los países a actuar con rapidez para evitar muertes por paludismo en el África subsahariana. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/23-04-2020-who-urges-countries-to-move-quickly-to-save-lives-from-malaria-in-sub-saharan-africa>. Consultado 2021 enero 23.
- [2] Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el paludismo. Publicado 30-11-2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
- [3] Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Situación de la malaria en la región de las Américas. <https://www.paho.org/sites/default/files/2016-cha-situacion-malaria-americas.pdf>
- [4] Organización Mundial de la Salud. Informe mundial 2020 sobre el paludismo. Consultado en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2020-briefing-kit-sp.pdf?sfvrsn=a6de03a5_11
- [5] Infomed. Vigilancia en Salud Pública. Malaria en Colombia. Disponible en: <https://temas.sld.cu/vigilanciaensalud/2020/01/25/malaria-en-colombia-50/>
- [6] PRO-MALARIA, Instituto Nacional de Salud.pdf. Citado 30 de julio de 2017. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Malaria.pdf>
- [7] BES. Boletín Epidemiológico Semanal. Publicado enero 2019. Disponible en <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%20C3%20ADn%20epidemiol%20C3%20B3gico%20semana%204.pdf>
- [8] Programa Mundial sobre Malaria. Marco para la eliminación de la malaria. Disponible en. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34172/9789275319659-spa.pdf>
- [9] Bevilacqua, M; Morales, L; Cárdenas, I & Domínguez, J. Intervención educativa para modificar conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria en escolares indígenas Ye'kwana. Boletín de malariología y salud ambiental. Diciembre 2015. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-46482015000200003&script=sci_abstract
- [10] Pereira, D; López, V; Wide, A; Fernández, M & Marino, M. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la Malaria en comunidades de Maniapure Estado Bolívar. Disponible en <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1123365/07-pereira-d-57-64.pdf>

- [11] Griffith, M; Rovira, J; Torres, R; Calzada, J; Victoria, C & Cáceres, L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria en la población indígena guna de la comarca de Madungandí, Panamá, 2012. Disponible en:
<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2386>
- [12] Borja, M. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la malaria en Guinea Ecuatorial 2017. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=180973>
- [13] Restrepo, A & Rodas, V. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre la malaria en el municipio de Lloró, Chocó, Colombia. Disponible en
<https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3293.2019>.
- [14] Coral, Ch; Arelis, A. Conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias en malaria en Bocas de Satinga, Olaya Herrera, Colombia 2018. Disponible en:
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75925>
-
- [15] Molineros, L; Gallón, M; Carrillo, J; & Trujillo, E. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas comunitarias sobre la malaria urbana. Tumaco, Colombia Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n1/0124-0064-rsap-20-01-00082.pdf>
- [16] Organización Panamericana de la Salud. Guía para la atención clínica integral del paciente con malaria. Oficina Regional de Salud. Disponible en:
https://www.paho.org/col/dmdocuments/CLINICA_MALARIA.PDF
- [17] CDC. Centro para el control y prevención de enfermedades. Salvamos vidas, protegemos a CDC. Centro para el control y prevención de enfermedades. Salvamos vidas, protegemos a la gente. Disponible en: [https://www.cdc.gov/malaria/about/\[es-es\]faqs.html](https://www.cdc.gov/malaria/about/[es-es]faqs.html)
- [18] Instituto Nacional de malaria. Guía para la atención clínica integral del paciente con malaria. Disponible en:
https://www.paho.org/col/dmdocuments/CLINICA_MALARIA.PDF
- [19] Clínica los Condes. ¿Qué es la malaria y cómo prevenirla? Disponible en:
<https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-Medicina-del-Viajero/Noticias/Te-puede-interesar/%C2%BFQu%C3%A9-es-la-malaria-y-c%C3%B3mo-prevenirla->

Anexos.

Entrevista semiestructurada.

Encuesta semiestructurada CAP – Conocimientos, Actitudes y Prácticas de malaria; realizada al personal profesional y técnico del área de promoción, prevención, atención clínica, diagnóstico y vigilancia epidemiológica de la ESE Centro Hospital Divino Niño

DATOS GENERALES

Profesión: _____

Tiempo de labor en la institución: <5 años 6-10 años >10 años

CONOCIMIENTO

1. ¿Malaria o Paludismo es lo mismo?

Si _____

No _____

No sabe _____

2. ¿A escuchado sobre el Plan de Eliminación de la Malaria en Colombia?

Si _____

No _____

3. ¿Qué significado tienen las siglas de la estrategia DTIR en malaria?

Detección, tratamiento, innovación, replica
 Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta
 Definición, terapia, investigación y resolución
 No sabe

4. ¿Cuál es el mosquito que transmite la malaria?

Culex sp. _____

Anopheles sp. _____

Aedes aegypti _____

No sabe _____

Otro. Cuál? _____

5. ¿Qué malestar o malestares (signos y síntomas) produce la malaria?

Fiebre alta _____

Dolor de cabeza _____

Dolor en los músculos y huesos _____

Escalofríos _____

Debilidad / cansancio _____

Vómitos / diarrea _____

No sabe _____

Otro. ¿Cuál? _____

6. ¿Quiénes considera que deben encargarse de la prevención de la malaria?

Oficina de malaria
 El Ministerio de Salud y Protección Social
 La Secretaria de Salud
 El Instituto Departamental de Salud de Nariño
 No sabe

7. ¿Cuáles son las pruebas para el diagnóstico de la malaria? (No leer las opciones)

Prueba parasitológica microscopía (gota gruesa) _____
 Prueba de diagnóstico rápido (PDR) _____
 No sabe _____
 Otro. Cuál? _____

8. ¿En Colombia, cuál es el tratamiento para la malaria no complicada por *P. falciparum*? (No leer las opciones)

Artemeter + Lumefantrine _____
 Cloroquina + Primaquina _____
 No sabe _____
 Otro. Cuál? _____

9. ¿En Colombia, cuál es el tratamiento para la malaria no complicada por *P. vivax*? (No leer las opciones)

Cloroquina+ Primaquina _____
 Artemeter + lumefantrine _____
 No sabe _____
 Otro. Cuál? _____

10. ¿Existen esquemas de tratamiento específicos por malaria no complicada para grupos vulnerables, como embarazadas, menores de cinco años y niños desnutridos?

Si _____
 No _____
 No sabe _____

11. ¿Considera la malaria, una enfermedad endémica en el municipio de Tumaco?

Si _____
 No _____
 No sabe _____

12. ¿Cuál es la especie de parásito (*Plasmodium*) causante de la malaria, más frecuente en el municipio de Tumaco? (No leer las opciones)

Plasmodium falciparum _____
Plasmodium vivax _____
 No sabe _____
 Otro. Cuál? _____

ACTITUDES

13. ¿Si un paciente busca atención y refiere haber tenido fiebre en los últimos días, pero en el momento de la consulta tiene la temperatura normal, se le realiza la prueba para descartar infección por malaria?

Si _____
 No _____
 No sabe _____

14. ¿Cuáles son las recomendaciones dadas al paciente con diagnóstico positivo de malaria, para lograr la adherencia al tratamiento? (No leer las opciones)

Tomarse el medicamento en las horas correspondientes _____
 Tomarse el tratamiento completo _____
 Volver a tomar el medicamento si lo vomita _____
 No sabe _____
 Otro. ¿Cuál? _____

15. ¿Cuáles son las recomendaciones dadas al paciente, para evaluar el seguimiento y evolución? (No leer las opciones)

Acudir a la institución al tercer y séptimo día para realizarse una nueva prueba _____
 Indicar al paciente los signos de alarma por los cuales debe reconsultar por el servicio de Urgencias. _____
 Descanso, hidratación y alimentación _____
 No sabe _____
 Otro. ¿Cuál? _____

16. ¿Cuáles son las recomendaciones dadas al paciente, para prevenir que otros miembros de la familia o convivientes enfermen por malaria? (No leer las opciones)

Dormir con toldillo _____
 Evitar la picadura del mosquito en horas nocturnas (repelentes/ropa) _____
 Eliminar criaderos aledaños a la vivienda _____
 Disposición adecuada de basuras _____
 Otro. Cuál? _____

PRACTICAS

17. ¿Los pacientes provenientes de la zona rural, que sospechan tener malaria, tienen un trato preferencial en la agilidad de la atención, teniendo en cuenta que pernoctar en Tumaco cabecera genera un sobre costo para ellos?

Si _____
 No _____
 No sabe _____

18. ¿Cuál es el tiempo promedio, desde que el paciente acude a la institución en busca de atención, a la toma de la prueba de malaria?

Menos de 1 hora _____
 De 1 a 4 horas _____
 De 5 a 12 horas _____
 Más de 12 horas _____
 No sabe _____

19. ¿Cuál es el tiempo promedio desde la toma de la prueba, a la entrega del resultado?

Menos de 1 hora _____
 De 1 a 12 horas _____
 De 13 a 24 horas _____
 Dos días _____
 Tres días o más _____
 No sabe _____

20. ¿Cuál es el tiempo promedio desde la entrega del resultado positivo, a la entrega del tratamiento?

Menos de 1 hora _____
 De 1 a 12 horas _____
 De 13 a 24 horas _____
 Dos días _____
 Tres días o más _____
 No sabe _____

21. ¿En el último año, ha recibido capacitación o asistencia técnica sobre vigilancia epidemiológica, atención clínica, diagnóstico o tratamiento de la malaria?

Si _____
 No _____

22. ¿Cuál entidad ha realizado esas asistencias técnicas o capacitaciones?

Ministerio de Salud _____
 Instituto Nacional de Salud _____
 Instituto Departamental de Salud de Nariño _____
 Secretaría de Salud Distrital _____
 ESE CHDN _____
 Otro. ¿Cuál? _____