CONSOLIDADO INFORME CUALI CUANTITATIVO VIGENCIA 2026

CONCURRENCIA CHAGAS/ ETV MUNICIPIO DE NILO - CUNDINAMARCA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CI-589-2025

E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE NIT 900.058.218-3

centrodesalud-ese@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co

Calle 4 N° 14 B-22 / El Pesebre

Ricaurte-Cundinamarca

VIGENCIA 2026

1. INTRODUCCION:

Las enfermedades transmitidas por vectores —como el dengue, chikungunya, Zika, fiebre amarilla, malaria, leishmaniasis y la enfermedad de Chagas— representan aproximadamente el 17 % de todas las enfermedades infecciosas en el mundo y provocan más de 700 000 muertes anuales, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más pobres.

Este grupo de enfermedades tiene como principal eslabón vulnerable de transmisión a los insectos vectores. Dada la limitada disponibilidad de vacunas y medicamentos eficaces, la reducción del contacto entre humanos y vectores se logra, principalmente, mediante mecanismos de vigilancia entomológica y control vectorial.

En Colombia, la situación epidemiológica de las arbovirosis adquiere una relevancia particular debido a diversos factores:

Condiciones geográficas y climáticas: la ubicación tropical del país, con su variedad de ecosistemas y altitudes, favorece la presencia de mosquitos vectores y la coexistencia de ciclos de transmisión urbano y silvestre.

Factores sociales y ambientales: la movilización humana, la urbanización desordenada, el cambio climático y las deficiencias en infraestructura de saneamiento propician la persistencia o el resurgimiento de estas enfermedades.

Carga sanitaria: la magnitud de casos, hospitalizaciones y muertes evitables hace que las arbovirosis se consideren un problema de salud pública permanente, más que episodios epidémicos aislados.

En este contexto, resulta pertinente revisar datos recientes que permiten dimensionar la magnitud del problema en el país.

El dengue continúa siendo la arbovirosis más frecuente en Colombia. Según datos del Instituto Nacional de Salud (INS), entre enero y octubre de 2025 se han registrado más de 106 541 casos en todo el territorio nacional. De estos, aproximadamente el 36,6 % presentaron signos de alarma y alrededor del 1 % se clasificaron como dengue grave. Los departamentos más afectados incluyen Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander y Antioquia.

En cuanto al chikungunya, aunque su incidencia actual es menor que la del dengue, se ha evidenciado un aumento progresivo de casos en los últimos años, lo que demuestra que esta enfermedad sigue representando una amenaza vigente.

Respecto a la fiebre amarilla, el país enfrenta un brote significativo durante 2024–2025, con riesgo de expansión hacia zonas previamente no afectadas, lo que evidencia el carácter multisectorial y dinámico de las arbovirosis.

Asimismo, la enfermedad de Chagas es la principal causa de problemas cardiacos en América Latina y es la cuarta enfermedad infecciosa con más carga en términos de años de vida perdidos, donde es imprescindible saber que es posible tratar la enfermedad, pero menos del 1% de las personas afectadas reciben el tratamiento, por múltiples barreras, siendo una de ellas, la falta de conocimiento sobre esta enfermedad, por tal motivo, desde el componente de participación social los equipos contratados para la concurrencia, desarrollan diferentes acciones en los cinco entornos saludables, siendo el hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional, con la finalidad de controlar, prevenir y detectar la enfermedad.

En conclusión, las arbovirosis en Colombia constituyen un desafío complejo y multifactorial, caracterizado por un elevado número de casos, variabilidad geográfica, condiciones ambientales cambiantes y la necesidad de respuestas coordinadas entre los sectores de salud, ambiente, comunidad y planificación urbana. En este escenario, la prevención, la vigilancia activa y la articulación de políticas públicas son pilares fundamentales para mitigar su impacto en la población.

Por tal motivo, el presente documento recoge la información sobre las acciones ejecutadas por el equipo ejecutor de CHAGAS, en el marco del Contrato Interadministrativo SS-CD-CI-589-2025 entre la Secretaría de Salud Departamental y la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte. para su implementación en los municipios de Nariño y Nilo.

2. OBJETIVO GENERAL:

Ejecutar de manera articulada estrategias intervención comunitaria orientada a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores, mediante la aplicación de metodologías sociales adaptadas a las dinámicas y necesidades particulares de la población del municipio de Nariño – Cundinamarca.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Conceptos teóricos

Enfermedades Transmitidas por Vectores:

Se refiere a los padecimientos en los que el agente causal o infeccioso, requiere la participación de un artrópodo como hospedero o transmisor para completar su ciclo de vida y para mantener su población en hospederos vertebrados susceptibles. (Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2011).

DENGUE:

El dengue es una enfermedad viral febril aguda transmitida por la picadura de mosquitos infectados principalmente de la especie Aedes aegypti, Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; es así como a partir de 2009, la OMS clasifica el dengue según la complejidad del caso en dengue sin signos de alarma (grupo A), dengue con signos de alarma (grupo B), y dengue grave (grupo C); donde se encuentra incluido el síndrome de choque por dengue (SCD) y otras complicaciones, tales como: miocarditis, encefalitis y hepatitis que han sido asociadas a letalidad por dengue grave

A continuación, se incluyen manifestaciones clínicas de acuerdo con la gravedad de la enfermedad:

Dengue: Las características clínicas dependen a menudo de la edad del paciente. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril sin signos de alarma. La enfermedad es incapacitante, de inicio abrupto con sintomatología caracterizada por fiebre alta, cefalea intensa, dolor retro-orbital, Dolores musculares, articulares y erupción cutánea.

Dengue Grave: Los casos de dengue grave están caracterizados por extravasación severa de plasma que llevan al paciente a desarrollar choque por dengue. También existen formas clínicas, que, por no ser tan frecuentes, reciben el nombre de “atípicas” que resultan de la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o hepatopatía por dengue, así como la afectación renal con insuficiencia renal aguda y otras que también se asocian a mortalidad. En niños en edad escolar las manifestaciones más frecuentes son hepáticas y neurológicas; en menor proporción se presentan

complicaciones renales, cardíacas, pulmonares, síndrome hemofagocítico, pancreatitis y abdomen agudo.

Con respecto **al vector Aedes aegypti** (Linnaeus, 1762) esta es una especie dezancudo originaria de África, que se desplazó hasta el Nuevo Mundo en los barcos de comercio de esclavos entre los siglos XV y XVIII. Una vez se estableció poblacionalmente en las zonas costeras de las Américas, se dispersó rápidamente hacia el interior del continente. Debido a que esta especie presenta hábitos urbanos y antropofílicos, se ha establecido como el principal vector de los arbovirus del dengue (DENV 1-4) (1,24–26) y de los alfavirus del chikungunya (CHIKV) y Zika (ZIKV)(1–4); seguido por el Aedes albopictus que se considera como el segundo vector más importante del virus del dengue en el sudeste asiático. En la actualidad, Ae. aegypti se distribuye en las franjas tropical y subtropical de todo el mundo, y aunque generalmente no se lo encuentra por encima de los 1 000 msnm, en Colombia se ha reportado a 2 200 msnm y más. Al contrario de África, donde existen formas tanto selváticas como domésticas, en el Nuevo Mundo Ae. aegypti es una especie antropofílica, que busca sitios de cría en recipientes naturales o artificiales ubicados al interior de las viviendas o en sus cercanías, rara vez a más de 100 metros de distancia de las casas.

CHIKUNGUNYA:

El CHIKV es transmitido a las personas por la picadura de las hembras infectadas *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. La enfermedad se clasifica clínicamente según su gravedad en: chikungunya, chikungunya con manifestaciones extraarticulares y chikungunya grave.

Así mismo, consta de tres fases: una fase aguda que puede durar hasta dos semanas; una fase posaguda, que dura más de dos semanas y hasta tres meses; y una fase crónica, en donde las manifestaciones articulares duran más de tres meses después de la fase aguda.

Los síntomas más relevantes son la artralgia acompañada o no de artrosis y la fiebre mayor a 38.5°C, junto con otros síntomas como cefalea, mialgias y exantema, los cuales suelen resolver a la semana. En algunos pacientes el dolor articular puede ser crónico y llevar a dificultades del movimiento.

De igual manera, en casos graves se pueden presentar miocarditis, complicaciones oculares y neurológicas tales como neuritis óptica, encefalitis y síndrome de Guillain-Barré. Aunque la letalidad por el CHIKV es baja, los recién nacidos infectados al momento del nacimiento, los adultos mayores de 65 años y las personas con comorbilidades como hipertensión, diabetes o enfermedades del corazón, presentan un mayor riesgo de manifestar la forma grave de la enfermedad.

ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

El virus del Zika (ZIKV) es un virus emergente de la familia *flaviviridae*, transmitido por la picadura de hembras de mosquitos del género *Aedes*. En la mayoría de los casos la enfermedad en humanos es asintomática, sin embargo, se pueden presentar cuadros leves caracterizados por exantema máculopapular pruriginoso, cefalea, conjuntivitis, fiebre menor a 38,5°C y en casos esporádicos compromiso articular. Los síntomas generalmente duran de 5 a 7 días y son auto limitantes.

El ZIKV es un arbovirus del género *flavivirus*, contiene RNA monocatenario y tiene relación filogenética con otros flavivirus de importancia para la salud pública a nivel mundial causantes enfermedades como dengue, fiebre amarilla, encefalitis japonesa y fiebre del Nilo Occidental. En su ecología, presenta un ciclo selvático en donde el virus se transmite entre primates no humanos (actuando estos como reservorios) y mosquitos; y uno urbano, relacionado con seres humanos y mosquitos, en donde los principales vectores son el *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus.*

Otros métodos de transmisión del virus implican la transmisión vertical transplacentaria madre a hijo, por contacto sexual y a través de transfusión sanguínea o trasplante de órganos. En los brotes sucedidos en el Pacífico y América, se ha encontrado relación entre la infección previa por ZIKV y la posterior aparición de neuropatías, mielitis y síndromes neurológicos como el Síndrome de Guillain-Barré en casos graves de menores de un año y mayores de 60 años. Así mismo se han descrito casos de microcefalia y otras malformaciones del sistema nervioso central en fetos e infantes nacidos de madres con infección confirmada por ZIKV durante el embarazo.
Las manifestaciones clínicas de la enfermedad generalmente aparecen después de un periodo de incubación de 3 a 14 días y se caracterizan por la presencia de exantema de tipo máculopapular, cefalea, mialgias, malestar general, conjuntivitis no purulenta y en algunos casos fiebre leve que no supera los 37,5°C. El curso de la enfermedad usualmente es leve y los síntomas pueden durar entre 2 y 7 días.

FIEBRE AMARILLA

La fiebre amarilla es una enfermedad viral, infecciosa y de inicio súbito, su gravedad varia de una infección subclínica o de sintomatología leve, detectable únicamente con pruebas de laboratorio por la inespecificidad de los síntomas, hasta una enfermedad grave ictérico-hemorrágica, que compromete diferentes órganos y lleva a la muerte en periodos cortos. Es un desafío para su manejo, por el comportamiento clínico del virus, pues no todos los pacientes que se infectan desarrollan síntomas graves a ser identificados por los médicos. El periodo de incubación oscila entre tres y seis días, pero hay evidencia de un máximo de 15 días. La enfermedad presenta tres fases clínicas, que algunas veces son indiferenciadas, lo que hace que los brotes progresen y no se den las medidas oportunas y suficientes en salud pública.

La fase inicial es la infección, con duración promedio de tres días, con síntomas inespecíficos como fiebre alta, escalofríos, vómito, cefalea, inapetencia y malestar general; luego de dos a tres días inicia la fase de remisión, con una duración de 12 a 24 horas y el paciente refiere mejoría transitoria, lo que confunde a los médicos, quienes pierden el interés por su diagnóstico.

La fase de intoxicación es la final, en el 15 % de los infectados, los síntomas son específicos y graves, con recrudescencia de la fiebre, aumento de la cefalea y la mialgia, aparece un signo típico de la enfermedad que es la ictericia, puede haber sangrado, disfunción renal con oliguria, frecuentemente se observa signo de Faget, que es una disociación entre el pulso y la temperatura. Las complicaciones como disfunción cardiovascular y deterioro neurológico con convulsiones pueden desencadenar una falla multiorgánica que causa de muerte (26,28,29).

En escenarios de exposición esporádica con un nivel alto de vacunación en la población puede suceder que no se presenten si no casos graves. Por ejemplo, si 5 personas ingresan a un área de riesgo, pero de ellas, 4 están vacunadas, puede suceder que solo un caso puede ser letal por no contar con inmunización.

La vacuna contra la fiebre amarilla se incluyó en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en 1998 para los niños mayores de 1 año residentes en zonas de riesgo. En 2003 se determinó que debía ser obligatoria para los menores en zonas urbanas. En zonas endémicas se debe aplicar la vacuna a todas las personas entre 1 y 59 años. Desde el 2017, el esquema de vacunación cambió a una dosis a los 18 meses de edad.

PREVENCIÓN DE ESTAS ENFERMEDADES:

La única manera de prevenir la transmisión de los virus es la eliminación y control de criaderos, sitios en los cuales se desarrollan las larvas o saltones y las pupas o cabezones, los cuales normalmente se convierten en zancudos. Recuerde, todo recipiente en el que

se pueda almacenar agua (llantas, tarros, botellas...), debe ser volteado boca abajo y en lo posible cubierto bajo techo. Los depósitos de agua requieren unos cuidados especiales de aseo. Una vez usted identifica los criaderos donde se reproducen las larvas, y conoce sus riesgos, lo importante es actuar. Con medidas sencillas y rutinarias puede parar la reproducción del vector. Otras alternativas son el cuidado personal mediante el uso de repelentes y de ropa que cubra casi todo cuerpo.

Limpieza y cuidados en el hogar:

1. Lavado semanal de tanques y albercas.

2. Tapado de albercas y tanques.

3. Uso de atrapa larvas .

4. Eliminación de diversos o inservibles: Deposítelos en la basura. O deles un uso diferente, para evitar que se acumule agua.

5. Cambio cada tres días del agua de _oreros y plantas acuáticas, teniendo cuidado de lavar el recipiente donde se encuentran.

6. Cambio diario del agua de bebederos de animales.

LA LEISHMANIASIS

La leishmaniasis es una enfermedad producida por un parásito nombrado Leishmania que se transmite por un mosquito que se llama Lutzomyia. La enfermedad se manifiesta con granos y úlceras en la piel (Leishmaniaisis cutánea), puede invadir y destruir la nariz y los labios (Leishmaniasis mucocutánea) y inflamación de bazo, hígado y vísceras en general (Leishmaniasis visceral). La enfermedad nos da cuando el Lutzomyia infectado con el parásito que se llama Leishmania nos pica. La fuente de infección para el Lutzomyia son animales como chuchas, zorros, osos hormigueros y perezosos, ratas y perros abandonados o personas que guardan en su cuerpo el parásito que causa la enfermedad. Los Lutzomyia una vez infectados pican nuevamente a otra persona o animal y le introduce el parásito en la piel.

El vector que transmite esta enfermedad es el Lutzomyia, es un mosquito muy pequeño, mantiene sus alas paradas, el tamaño es de 5 mm, su vuelo es muy corto, al picar deja una sensación de quemazón; al igual que otros vectores la hembra pica la sangre para que sus huevos sean fecundos, mientras que los machos se alimentan del néctar de las plantas y no pican. Después de varias semanas de haber sidopicado aparece en el sitio de la picadura un granito de forma redonda que NO DUELE y aumenta de tamaño, posteriormente aparece una costra en el centro del grano que cuando cae se ve como una úlcera de bordes levantados. Si la persona no recibe el tratamiento adecuado le puede aparecer, varios meses o años después, una lesión en la nariz, síntoma de la leishmaniasis mucosa. Estos parásitos hacen un ciclo de vida repartido entre mamíferos que pueden ser el: hombre, faro, perro o burro y un insecto (angoleta, flebótomo, mosquito), también se considera al ciclo como una cadena epidemiológica. Las leishmanias son de vida corta y por ello se reproducen rápidamente dependiendo del medio ambiente en el cual las encontremos: En la úlcera son redondeadas, y se dividen cada día originando 2 nuevos parásitos iguales y aumentando así el número de los parásitos y el tamaño de la úlcera.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA EL VECTOR

Las angoletas son una plaga molesta, pican al anochecer o en la mañana muy temprano, compitiendo con los jejenes culicoides que son mosquitos tan pequeñitos como la cabeza de un alfiler. Algunas personas los llaman plagas bobas porque las angoletas no son

voladoras rápidas, sino que dan saltitos o vuelos cortos y son del tamaño de un grano de alpiste y del mismo color de este cereal.

Son peluditas y pican levantando las alas casi verticalmente. Solo las hembras pican a los animales o al hombre y necesitan sangre para fabricar sus huevos que le permiten su descendencia. Cuando pican, tardan unos dos o tres minutos en llenarse con sangre. La rapidez con que chupan sangre hizo pensar que picaban directamente en las venas y por ello los científicos de Europa los llamaron flebótomos (flebo: venas - tomo: cortador), cuando ellos estudiaban los transmisores de las leishmaniasis en Africa, la India y el Mediterráneo, les dieron este nombre que significa: cortavenas. Hay en América más de 250 Lutzomyia diferentes. Algunas propias de cada país y hasta propias de cada región y algo muy importante, propias para cada tipo de leishmaniasis.

LEISHMANIASIS MUCOSA O MUCOCUTÁNEA

Es una forma de leishmaniasis que ocurre como resultado de la diseminación linfohematógena del parásito. La forma deformante de la enfermedad puede causar mortalidad y se puede presentar de manera simultánea con las lesiones cutáneas o en el periodo de los 2 a 3 años siguientes de las lesiones en piel o por contigüidad. Afecta las mucosas de las vías áreas superiores nariz, faringe, boca, laringe, tráquea. De 3 a 5 % de los pacientes con Leishmania cutánea pueden desarrollar lesiones mucosas y esta relacionada con especies mucotrópicas L. braziliensis. El 50% de los casos se manifiesta durante los dos primeros años posteriores a la aparición de la úlcera cutánea inicial. Una cicatriz antigua se encuentra en 90% de los casos de leishmaniasis mucosa. La sintomatología inicial está dada por hiperemia nasal, nodulaciones, rinorrea y posterior úlceración. El sitio más frecuente de las lesiones es la mucosa del tabique nasal.

Las lesiones se acompañan de sensación de congestión, obstrucción y prurito nasal, epistaxis, disfonía, rinorrea serohemática, salida de costras; puede comprometer otras mucosas faringe, laringe, paladar y labios. En el examen físico de la piel que recubre la nariz y región malar se puede encontrar alteraciones eritematosas, y piel de naranja.

La rinoscopia revela eritema y edema de la mucosa del tabique nasal, ulceraciones, perforación y destrucción del tabique y de los tejidos blandos. Sus principales complicaciones son las lesiones crónicas, progresivas y deformantes que por falta de un diagnóstico oportuno producen graves malformaciones.

LEISHMANIASIS VISCERAL

Su período de incubación es de semanas o meses, en promedio de 2 a 6 meses luego de la picadura del vector. El comienzo de la enfermedad puede presentarse de manera abrupta o gradual. En personas inmunocomprometidas la infección latente puede manifestarse clínicamente años o décadas después de la picadura del vector.

Esta forma de leishmaniasis afecta principalmente a niños, menores de 5 años. Se ha visto asociada a niños desnutridos y personas inmunosuprimidas. Manifestaciones clínicas: Fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia (principalmente esplenomegalia), pancitopenia (anemia, leucopenia y trobocitopenia). La puerta de entrada del parásito al hombre o a los animales es la piel, a través de la picadura del vector. Por mecanismos que son desconocidos migran a hígado, medula ósea y bazo, alterando la arquitectura esplénica y produciendo reacciones granulomatosas autolimitadas a nivel hepático.

Su diagnóstico siempre debe confirmarse con la identificación parasitológica en todo paciente con antecedentes epidemiológicos (edad usualmente menor de 15 años y malnutrición, pacientes VIH) y cuadro clínico característico: síndrome febril y/o esplenomegalia y/o hepatomegalia, ocasionalmente con linfoadenopatías).

COMO PREVENIRLA

Aplicar el repelente todos los días en todo el cuerpo, al final de la tarde y repetir después del baño, especialmente en las partes que van a estar descubiertas (cara, orejas, cuello y extremidades)

Use ropa protectora de manga larga

Al salir a labores de campo en guaduales, cañizales, cafetos y demás cultivos o en el monte, es importante llevar manga larga y protegerse con repelente, pues son lugares donde anidan los Lutzomyia

Coloque toldillos alrededor de las camas.

Ponga mallas y/o angeos en las ventanas.

Mantener limpias las zonas alrededor de la casa sin troncos, sin basura y sin maleza

Gallineros, marraneras, establos y corrales deben mantenerse libres de basuras y hojarasca. Mantener la finca libre de hojarascas y los depósitos de madera bien cubiertos

Los animales domésticos y de granja no deben entrar al hogar.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Es una enfermedad parasitaria causada por el flagelado Trypanosoma cruzi (T. cruzi) que afecta principalmente al corazón y al sistema digestivo. (INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA, 2022).

La Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis se encuentra principalmente en América Latina y el principal mecanismo de transmisión al humano es por contacto con heces de insectos conocidos como pitos o chinches. Donde el periodo de incubación varía entre una a cuatro semanas después de la exposición al parásito y depende de la vía de transmisión.

¿Qué son los pitos o chinches?

Las vinchucas o “chinches”, son insectos que se alimentan de sangre (por eso se dice que son insectos hematófagos). Se caracterizan por ser aplanados dorsoventralmente (como una cucaracha), lo que les permite refugiarse en lugares estrechos como grietas, cortezas, debajo de piedras, etc.

Ciclo de vida de los pitos o chinches

Los pitos o chinches nacen de huevos. La hembra los deposita varias veces en su vida de a cientos, sueltos y en lugares ocultos. Eclosionan entre los 15 y 50 días (según la temperatura ambiente).

Entre el huevo y la forma adulta, los pitos pasan por 5 estadios inmaduros denominados “ninfas”, cuya apariencia es similar a la de los adultos, pero de menor tamaño y sin alas. Para pasar de estadio en estadio necesitan “mudar” (“cambiar la piel”) y aumentar su tamaño. En la última muda -después del quinto estadio- aparecen las alas y llegan a adultos. Este proceso de desarrollo dura alrededor de 8 meses; y la vida de un pito, desde que nace hasta que muere, puede llegar a alcanzar unos 15 meses (dependiendo de la especie y de las condiciones ambientales).

VIAS DE TRANSMISION

Vía vectorial

Es la vía de transmisión más frecuente. Una vez que los pitos ingieren sangre de un mamífero infectado pueden “transportar” al T. cruzi hasta otros hospedadores.

Al picar para alimentarse, generalmente en zonas expuestas de la piel (cara, manos, etc.), defecan cerca de la picadura. Si la persona picada se rasca instintivamente, puede empujar la materia fecal hacia el orificio dejado por la picadura; o, después de rascarse, puede pasar sus manos (con restos de deyecciones) por los ojos, boca o alguna lesión cutánea abierta. Es en cualquiera de esos casos cuando el T. cruzi penetra en el organismo.

Vía congénita o vía vertical

Ocurre cuando el T. cruzi se transmite de una mujer que tiene Chagas a su bebé, durante el embarazo o el parto. Según los datos disponibles, esta transmisión ocurre en un porcentaje que oscila entre el 1% y el 12% de los casos, dependiendo de las características de la población y la región, entre otros factores.

Vía transfusional

Ocurre cuando el parásito se transmite por transfusión de sangre de donantes infectados.

Por trasplantes de órganos, La posibilidad de la transmisión del Chagas a través de esta vía es mínima, pero posible.

Vía oral

Ocurre por el consumo de alimentos o bebidas que contengan materia fecal o restos de los pitos infectadas. También puede ocurrir por consumir carne poco cocida de pequeños mamíferos infectados (por ejemplo, mulitas).

Por accidentes de laboratorio

Control y prevención

Originalmente el T. cruzi solo afectaba a los animales salvajes; fue después cuando se propagó a los animales domésticos y los seres humanos. No hay vacuna contra la enfermedad de Chagas. T. cruzi puede infectar a muchas especies de triatominos. El control de vectores ha sido el método más eficaz de prevención en esta región.

Según la zona geográfica, la OMS recomienda los siguientes métodos de prevención y control:

- Mejora de las viviendas y su limpieza para prevenir la infestación por el vector.
- Medidas preventivas personales, como el empleo de mosquiteros; buenas prácticas higiénicas en la preparación, el transporte, el almacenamiento y el consumo de los alimentos
- Desarrollo de actividades de información, educación y comunicación contextualizadas para los diferentes actores y escenarios sobre las medidas preventivas y los instrumentos de vigilancia.
- Cribado de la sangre donada.
- Pruebas en órganos, tejidos o células donados y en los receptores de estos.
- Acceso al diagnóstico y el tratamiento para las personas en las que esté indicado o recomendado el tratamiento antiparasitario, especialmente los niños y las mujeres en edad fecunda antes del embarazo.
- Cribado de los recién nacidos y otros hijos de madres infectadas que no hayan recibido antes tratamiento antiparasitario para diagnosticarlos y tratarlos precozmente.

4. DIAGNÓSTICO DEL MUNICIPIO

4.1 Contexto territorial

Localización:

El municipio de Nilo se encuentra localizado al sur occidente del departamento de Cundinamarca, hace parte de la región del Alto Magdalena; está ubicado a 04º19' de latitud norte y 74º36' de longitud oeste; cuenta con una extensión territorial de 224 Km².

Límites del municipio:

Limita al Norte con los Municipios de Tocaima y Viotá, al Sur con Melgar (Tolima), al Oriente con Tibacuy y Melgar y al Occidente con los municipios de Agua de Dios y Ricaurte.

Accesibilidad geográfica

Aéreas

En el municipio existe un aeropuerto ubicado en el Centro Nacional de Entrenamiento del Ejercito en Tolemaida el cual es utilizado para fines militares, para uso comercial no cuenta con esta infraestructura, pero por la distancia está dentro del área de influencia del Aeropuerto Santiago Vila, situado en el municipio de Flandes (Tolima).

Terrestres

Nilo está ubicado a quince (15) Km de la vía Panamericana, por carretera pavimentada y por esta ruta con los municipios de Girardot treinta (30) Km y Melgar veinte y nueve (29) Km, siendo la principal salida hacia las ciudades de Bogotá o Ibagué; a catorce (14) Km del municipio de Agua de Dios, por carretera sin pavimentar en extensión de diez (10) Km y de allí a veinte y seis (26) Km con el municipio de Tocaima, constituyéndose en una vía alterna para Bogotá, a once (11) Km pavimentados de la inspección de Pueblo Nuevo del mismo municipio y de ella por vías sin pavimentar con los municipios de Viota y Tibacuy. La cabecera Municipal dista de Bogotá en 147 Kms, desde donde se puede llegar por carretera pavimentada.

División político – administrativa

El Municipio de Nilo está distribuido según su división política en centro poblado pueblo nuevo, la esmeralda y la capilla, en su zona rural se compone de 19 veredas.

Distribución territorial: territorios y microterritorios

El Municipio de Nilo está divido por micro territorios los cuales son: yucala, sonora, mesa baja, naranjala, bella vista, balunda, tamarindo, palmitas, san bartolo, la fragua, limones, pueblo nuevo, nilo centro, san jeronimo, los curos, cobos, agua de diosito, margaritas, pajas blancas, pradito, buenos aires, progreso, vaticano, peñones, la esmeralda, batania y malachi. De los cuales están asignadas para realizar acciones de salud por el grupo de PIC y de APS.

Contexto poblacional y demográfico

De acuerdo a las proyecciones demográficas del DANE, el Municipio de Nilo pasó de 10.819 habitantes en el año 2018 a 13.148en 2024, presentando un incremento de 2.329 personas, que corresponden al 46,75% de su población total. Nilo forma parte de la

provincia de Alto Magdalena, la cual concentra el 6.2% de la población del departamento de Cundinamarca.

En el municipio de Nilo se evidencia una dificultad en la medición de su población, debido a que en su territorio se concentra una gran cantidad de población flotante, la cual es aportada por las instalaciones del ejército: Centro Nacional de Entrenamiento (Tolemaida) y Escuela de Formación de Soldados Profesionales (ESPRO). Estas dos instituciones albergan en promedio 8.000 personas, de las cuales más del 90% corresponde a hombres entre los 18 y los 45 años de edad, esta población fue censada por el DANE en el municipio; sin embargo, en las proyecciones que ha realizado dicha entidad desde entonces, se ha distorsionado esta realidad y aun cuando se ha conservado la población total, la población por edades y género está muy distante de la situación real.

Poblacion por Área de Residencia

El Municipio de Nilo cuenta con una población total de 13,248 habitantes los cuales están distribuidos en un 65,01% en el área rural y en un 34,99% en el área urbana.

Grado de Urbanización

El grado de urbanización del municipio es del 34,99%, como áreas urbanas se tiene en cuenta el casco urbano, respecto a su población total. Es decir, que el 65,05% de la población está ubicada en el ámbito rural, afirmando la gran extensión territorial del municipio.

Hogares

El número de hogares en el Municipio de Nilo reportado por el Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018 (DANE 2018) proyección 2024 es de 4.119, de los cuales 1.975 se encuentran en la cabecera municipal y 2.144 en el área rural y rural disperso. En relación Hogares / Unidades de vivienda, se estima que por cada unidad de vivienda en el Municipio de Nilo existen 1,45 hogares.

Viviendas

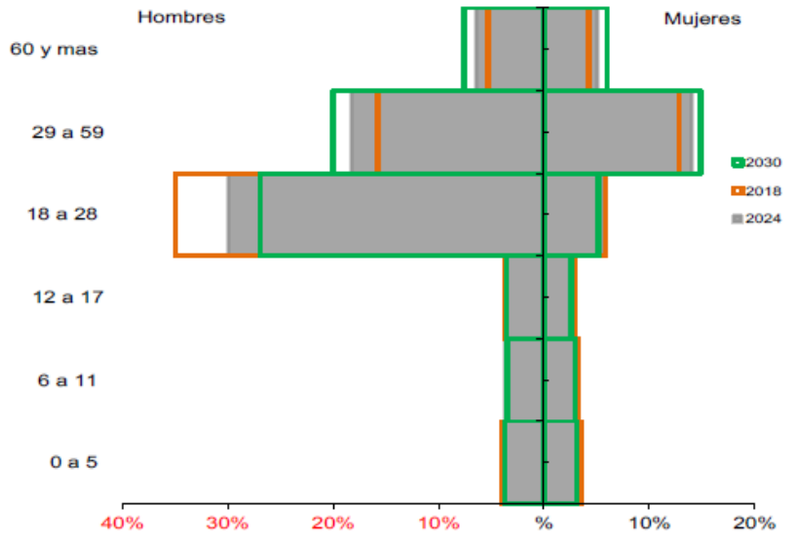
De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018 (DANE 2018), en el Municipio de Nilo existe un total de 2.838 unidades de vivienda, de las cuales 2.066son casas, 328 apartamentos, 410 tipo cuarto, 1 vivienda tradicional indígena y 33 relacionados como otro tipo de vivienda. Del total de unidades de viviendas en el Municipio, 1.045 (36,83%) se encuentran en la zona urbana y 1.793 (63,17%) en centros poblados, zona rural y rural dispersa.

Estructura demográfica

Pirámide poblacional por curso de vida

La estructura de la población del Municipio de Nilo presenta una pirámide con un comportamiento desequilibrado; fenómeno generado por las instalaciones militares que allí se encuentran, esto genera un engrosamiento poblacional para el sexo masculino, específicamente en el grupo de 18 a 28 años; sin embargo, a través de los años analizados se puede evidenciar que dicho fenómeno tiende a disminuir. Se puede determinar que, si solo se tuviese en cuenta la población fija y no la flotante en este caso el confinado en instituciones militares o de policía, la tendencia de la pirámide seria regresiva.

Figura N° 1 Pirámide poblacional de municipio NILO 2018, 2024 Y 2030



Fuente: ASIS del municipio de NILO 2024

Esperanza de Vida
La esperanza de vida al nacer para los Municipios del departamento del Cundinamarca se estima en 75 años para el año 2023; Para las mujeres Cundinamarqueses la esperanza de vida estimada es de 78 años, seis años por encima de la esperanza de vida estimada para los hombres (72). Haciendo un comparativo frente a Colombia, la esperanza de vida para los Cundinamarqueses es 1 año menor.

Dinámica demográfica

Nacimientos

El municipio de Nilo presenta una tendencia ascendente en sus nacimientos comparado con los dos años anteriores de referencia, en el año 2012 se presentó el número de nacimientos más elevados con 91, que disminuye a 63 para el 2022.

Crecimiento Natural

Para el año 2023 el Municipio de Nilo presentó una tasa de crecimiento natural con un comportamiento negativo, lo que indica que se presentó un número mayor de muertes que nacimientos; en otras palabras, en Nilo para el año 2023 mueren 0.79 personas por cada 100.000 habitantes con relación a las que nacen. Al igual que en el año 2021 presentó un comportamiento negativo con 0,32 muertes por cada 100.000 habitantes que nacen. Fueron los dos únicos años con este comportamiento desde el año 2005 a 2023.

4.2 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

El municipio de Nilo cuenta con un centro de salud principal que brinda únicamente servicios de atención primaria y preventiva en horario diurno, lo que deja a la población sin atención médica en horas nocturnas y obliga a los usuarios a desplazarse a Girardot para recibir atención de urgencias o de segundo nivel, generando riesgos por falta de oportunidad en la atención.

A pesar de que el municipio presenta una baja tasa de mortalidad (1,09%), esta podría no reflejar la realidad local, ya que muchos casos se registran estadísticamente en Girardot, donde se prestan los servicios hospitalarios.

El municipio dispone de dos puestos de salud (Nilo Dumian y Pueblo Nuevo), que atienden consultas externas en horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y remiten los casos de urgencia a Girardot. Los afiliados a las fuerzas militares reciben atención en la Escuela de Soldados Profesionales (EXPRO) y en Tolemaida.

En cuanto a capacidad instalada, Nilo no cuenta con unidades de cuidados intensivos, intermedios ni ambulancias medicalizadas, lo que limita su capacidad de respuesta ante emergencias y la atención de casos de alta complejidad.

Otras Instituciones de protección

El Municipio de Nilo cuenta con lugares de atención para el adulto mayor que son en el centro día y la casa del adulto mayor nuestra señora de la salud. Por otra parte cuenta con comisaria de familia y personería, con funcionarios para atención al ciudadano.

4.3 Análisis de la morbilidad

Para el análisis de morbilidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagrego por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2011 al año disponible 2023, según información suministrada por el Ministerio de Salud Y protección Social, donde se encuentra compilada la información básica, consulta en la página electrónica del DANE y la información ubicada en el portal SISPRO.

Se realizó un análisis de las principales causas y subcausas de morbilidad, de los eventos de **alto costo, precursores**, eventos de notificación obligatoria y la población en condición de discapacidad; las fuentes de información corresponden a los registros individuales de prestación de servicios RIPS, bases de datos de alto costo, el sistema de vigilancia y salud pública – SIVIGILA, entre otros.

Con relación a las principales casusas de morbilidad atendida por curso de vida en el municipio de Nilo, se estima que en la primera infancia las condiciones trasmisibles y nutricionales aportaron el mayor número de casos entre el periodo 2011 a 2023, especialmente las relacionadas con enfermedades infecciosas y parasitarias e Infecciones respiratorias; por otra parte en los grupos de infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores, el comportamiento se le atribuye principalmente a las condiciones no transmisibles, especialmente a las relacionadas enfermedades cardiovasculares, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades neuropsiquiátricas y condiciones orales.
El comportamiento de los eventos precursores comparte situación similar que la del Departamento de Cundinamarca; sin embargo, hay que tomar medidas direccionadas hacia la promoción de hábitos y condiciones de vida saludables para evitar mayores incidencias y disminuir consecuencias patológicas y los posibles factores de riesgo.
Con relación a la discapacidad se puede establecer que para el año 2022, el tipo de discapacidad que mayor proporción tiene es la relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguido de la discapacidad del sistema nervioso y la discapacidad de los ojos.

4.4 Análisis de la mortalidad

Las principales causas de mortalidad general dentro del municipio de Nilo fueron las relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias.
Con relación a las enfermedades del sistema circulatorio que fue la principal casusa de mortalidad, estas se atribuyen a las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y las alteraciones hipertensivas; conociendo el crecimiento poblacional de las personas mayores (longevidad), teniendo en cuenta su proceso de

desacondicionamiento físico y deterioro producto de la edad, además de los malos hábitos, condiciones, estilos y ambientes saludables, es indispensable plantear estrategias de intervención dirigidas a la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles, promoviendo controles médicos y promocionando la actividad física, la alimentación adecuada y la eliminación del consumo de sustancias nicotínicas u alcohólicas.
Dentro de los periodos analizados, se pudo determinar que el aumento de las muertes prematuras se les atribuye principalmente a las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas, siendo estos los eventos que más causaron AVPP en la población.

5. METODOLOGÍA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Para la vigencia 2026 se realiza una adición al contrato interadministrativo **SS-CD-CI-589-2025** para dar continuidad a las acciones de prevención y control del CHAGAS en el municipio, actualmente se cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por:
Tabla N° 1 Equipo ejecutor para el municipio de Nilo 2026

# de personas	Perfil	Municipios a ejecutar
1	Profesional de enfermería	Nilo y Nariño
1	Técnico en salud publica	Nilo y Nariño
2	Auxiliares de enfermería	Nilo y Nariño
1	Entomólogo	Nilo y Nariño
1	Auxiliar bachiller	Nilo y nariño
1	Psicología	Nariño

6. Fuente: Creación propia

Fase de intervención de actividades:

A partir de ello cada ejecutor desarrollo actividades instituciones y comunitaria orientada a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores.

Fase 1: Articulación con el Ente municipal

Se realizo articulación con los miembros del comité de vigilancia epidemiológica contando con la participación de la coordinadora de salud pública del municipio de Nilo, Cundinamarca, Dra. Nury Salazar, con el propósito de socializar las acciones en el marco de la vigilancia, prevención y control de la enfermedad de Chagas.
En este sentido, se informó que se realizaron jornadas de asistencia técnica orientadas a la actualización de lineamientos, protocolos y rutas de atención relacionados con los eventos de interés en salud pública. Las actividades estuvieron dirigidas principalmente a las enfermeras líderes de los servicios de salud y al personal del Área de Vigilancia y Apoyo a la Salud Pública, beneficiando de manera directa a los profesionales responsables de la vigilancia epidemiológica en el municipio
Imagen Nª1 ARTICULACION



Fuente: Creación propia

Fase 3. Sensibilización a la comunidad

Se desarrolló un **(01)** proceso de sensibilización en el área educativo sobre la enfermedad Chagas enfatizando en la toma de muestras, beneficiando **a 12 personas**, en cumplimiento de la línea técnica establecida por el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Protección Social. Estas actividades se llevaron a cabo en la casa de la cultura promoviendo la participación activa, el reconocimiento de la importancia del diagnóstico oportuno y la adopción de medidas preventivas frente a la enfermedad. La articulación interinstitucional permitió fortalecer la vigilancia activa y garantizar el desarrollo adecuado del proceso de toma de muestras conforme a los lineamientos nacionales.

Tabla N° 2 Población beneficiada – Sensibilización de la enfermedad

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO	TOTAL DE OBLACION BENEFICIADA
EDUCATIVO	1	Colegio francisco José de caldas	12	12
Total	1			12

Fuente: Creación propia

Imagen Nª4 SENSIBILIZACION



Fase 4: Acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV

Se apoyó el desarrollo de 4 talleres educativos como acciones de promoción de la salud y prevención, control en la enfermedad de CHAGAS, en el municipio de Nilo. Para tal fin, se llevaron a cabo cuatro talleres educativos dirigidos a la comunidad, aplicados en los diferentes entornos definidos por los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Estas jornadas permitieron fortalecer los conocimientos de la población sobre las formas de transmisión, signos de alarma y medidas preventivas frente a la enfermedad, promoviendo la corresponsabilidad comunitaria en la vigilancia y control vectorial. A continuación, se relaciona la población beneficiada:

Tabla Nª3 Talleres educativos

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO
COMUNITARIO	3	Comunidad general	9
		Estación de policía	12
		Colegio francisco José de caldas grado 1	16
SALUD	1	Centro de salud	20
Total	4		

Fuente: Creación propia

Imagen Nª 5 talleres educativos



Fuente: Creación propia

Fase 4: Actualización de matriz de seguimiento de animal agresor

Se realizó la actualización de la matriz de seguimiento de animal agresor, en cumplimiento del protocolo establecido para la vigilancia del evento 300 (agresión por animal potencialmente transmisor de rabia).
Esta actualización permitió llevar un seguimiento oportuno y sistemático de los casos reportados en el municipio de Nilo, garantizando la trazabilidad de cada evento desde su notificación hasta el cierre del seguimiento.

Imagen Nª 5 Seguimiento



Fuente: Creación propia

Fase 5: Acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV

Se apoyó el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), con especial énfasis en la enfermedad de chagas, en el municipio de NILO, Para tal fin, se llevaron a cabo cuatro talleres educativos dirigidos a la comunidad, aplicados en los diferentes entornos definidos por los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Estos talleres permitieron fortalecer los conocimientos de la funcionaria sobre las formas de transmisión, signos de alarma y medidas preventivas frente a la enfermedad, promoviendo la corresponsabilidad comunitaria en la vigilancia y control vectorial. A continuación, se relaciona la población beneficiada:

Tabla Nª04 Talleres educativos

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO	TOTAL DE OBLACION BENEFICIADA
Salud	1	Secretaria de salud municipal	1	1
TOTAL				1

Fuente: Creación propia

Imagen Nª 06 Taller educativo



Fuente: Creación propia

Fase 6 Visitas domiciliarias – Encuestas larvarias

Se dio cumplimiento a la actividad mediante la realización de 150 encuestas larvarias domiciliarias mensuales en el municipio de Nilo, Cundinamarca, orientadas al registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis, así como a la educación comunitaria en el cuidado de la salud y el control de la enfermedad de chagas.

Las encuestas se desarrollaron en la vereda la reforma del municipio de Nariño Cundinamarca donde el equipo ejecutor realizó visitas casa a casa, toda la información recolectada fue registrada digitalmente a través del formulario ArcGIS Survey123, lo que permitió la sistematización, georreferenciación y análisis de los datos, fortaleciendo así la vigilancia entomológica y las estrategias de control vectorial en el territorio, en cumplimiento de los lineamientos del programa departamental de ETV.

Imagen Nª7 Visitas domiciliarias





Fase 7 jornadas lúdico-pedagógicas promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de Chagas

Se dio cumplimiento a la actividad mediante la realización de una jornada lúdico-pedagógica orientadas a la promoción de la salud y la prevención, control de la enfermedad de chagas en el municipio de nariño. Durante estas jornadas se desarrollaron diversas acciones comunitarias, entre ellas recolección de inservibles y actividades participativas de sensibilización, con el propósito de fortalecer los conocimientos y prácticas saludables de la población frente a la prevención de enfermedades vectoriales.

Cada jornada contó con la participación activa de la comunidad y el acompañamiento del auxiliar bachiller, garantizando el enfoque educativo y participativo de las intervenciones. Las actividades fueron documentadas y reportadas en tiempo real mediante el formulario digital ArcGIS Survey123, asegurando la trazabilidad, el registro georreferenciado y la consolidación de la información para el seguimiento departamental. A continuación, se relaciona la población beneficiada:

Tabla Nª 05 Jornadas lúdico – pedagógicas

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO
Comunitario	1	Comunidad de Nilo Cundinamarca	10
Total	1		10

Imagen Nª7 jornadas ludicopedagogicas



Fase 4: Acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV

Se apoyó el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), con especial énfasis en la enfermedad de chagas, en el municipio de Nariño. Para tal fin, se llevaron a cabo

cuatro talleres educativos dirigidos a la comunidad, aplicados en los diferentes entornos definidos por los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Estos talleres permitieron fortalecer los conocimientos de la población sobre las formas de transmisión, signos de alarma y medidas preventivas frente a la enfermedad, promoviendo la corresponsabilidad comunitaria en la vigilancia y control vectorial. A continuación, se relaciona la población beneficiada:

Tabla Nª04 Talleres educativos

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO
Educativo	1	Institución Educativa Departamental (IED) Oreste Sindici Nilo Grado 9b	10

Fuente: Creación propia

Imagen Nª 04 Taller educativo

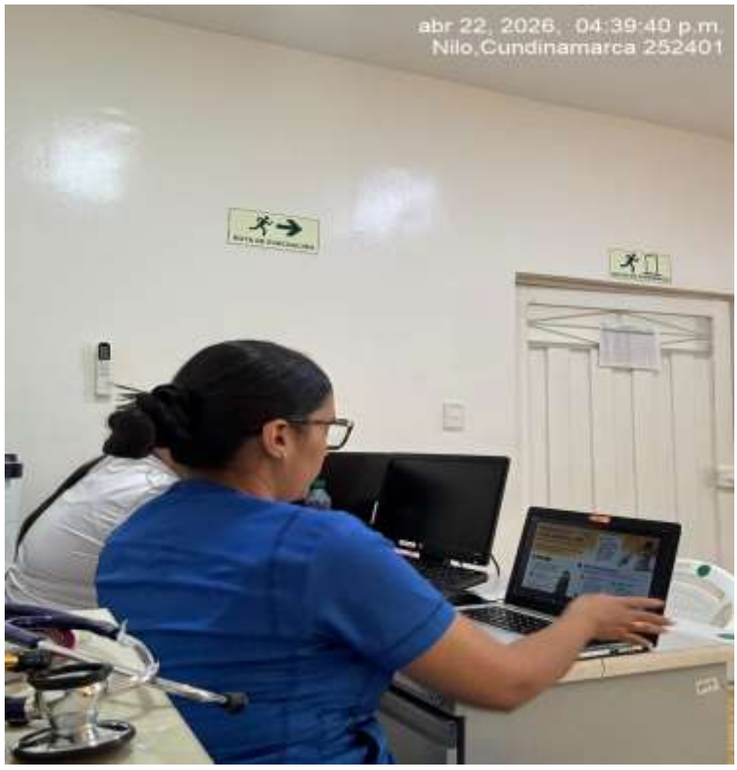


Fuente: Creación propia

Fase 9. Acciones de gestión intersectoriales en el marco de las Enfermedades transmitidas por Vectores, que fortalezcan la implementación del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.

Se brindó capacitación a la coordinadora del centro de salud del municipio de Nilo, con el propósito de fortalecer las acciones de gestión intersectorial en el abordaje de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en especial sobre la enfermedad de la fiebre amarilla. Esta capacitación se orientó a mejorar la articulación entre los diferentes sectores involucrados, reconociendo que el control de estas enfermedades requiere intervenciones integrales que trascienden el ámbito exclusivamente sanitario.

Imagen Nª 10 Asistencia técnica



1. CONCLUSIÓN

En conclusión, la ejecución de las actividades durante la vigencia 2026 permitió fortalecer de manera integral las acciones de prevención, control y vigilancia de la enfermedad de Chagas y otras Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en el municipio de Nilo. La continuidad del proceso, a través del equipo interdisciplinario, facilitó el desarrollo de estrategias articuladas entre el sector salud, las instituciones y la comunidad, consolidando capacidades locales para la respuesta oportuna frente a estas enfermedades.

Asimismo, las acciones implementadas, como la vigilancia epidemiológica, las capacitaciones al talento humano, los talleres educativos, las visitas domiciliarias y las estrategias de movilización social, contribuyeron significativamente al fortalecimiento del conocimiento comunitario, la identificación de factores de riesgo y la promoción de prácticas preventivas. La articulación intersectorial y la participación activa de la comunidad fueron elementos clave para el logro de los objetivos propuestos, evidenciando avances en la apropiación social del conocimiento y en la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Finalmente, el desarrollo de herramientas como la cartografía social, la sistematización de la información y las estrategias lúdico-pedagógicas permitieron comprender mejor las dinámicas territoriales y fomentar cambios de comportamiento sostenibles, sentando bases sólidas para la continuidad y sostenibilidad de las acciones en salud pública orientadas a la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas en el territorio.