
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL MATERNO INFANTIL FERNANDO VÉLEZ PÁIZ



TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Manejo de Dengue en embarazadas en Residentes del Hospital Fernando Vélez Paiz, Diciembre 2013 a Enero 2014”

Autor:

Dr. Miguel Osman Pérez Álvarez

Tutor:

Dra. Gilma Arias Linares

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor metodológico

Dr. Steven Cuadra

MD., Msc. Lic Med., Ph

Managua, Marzo, 2014

RESUMEN

Se Realizó una encuesta a 24 residentes de ginecología del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de Diciembre 2013 a enero 2014 encontrándose los siguientes resultados.

- Un alto porcentaje de residentes no conoce de forma apropiada los aspectos generales del dengue (establecidos en la norma: ciclo de trasmisión, curso de la infección, criterios de mal pronóstico, manejo según clasificación clínica, manejo de choque, conocimiento de complicaciones)
- 2. El conocimiento sobre los aspectos relacionados con el manejo es ligeramente mayor, especialmente en el grupo de residentes de mayor jerarquía.
- 3. En cuanto a las actitudes evaluadas, que se enmarcan principalmente en dos grandes grupos (Prevención como parte integral del abordaje de los brotes epidémicos del dengue y Responsabilidad y dedicación del médico ante el cuidado de los pacientes), la proporción de residentes con actitudes favorables es muy alta superior al 95%.
- 4. En cuanto a las prácticas de monitoreo, los residentes reportan prácticas apropiadas en porcentajes superiores al 90%, con excepción a la toma de signos vitales, donde solo cerca del 60% reporta que siempre toman ellos mismo los signos vitales

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios primeramente por sobre todas las cosas y de manera especial a la doctora Arias que en distintas ocasiones apareció como enviada de Dios en los momentos más difíciles en los cuales sentí que todo había terminado siempre estaba como un ángel resguardándome recordando siempre sus palabras” Vas a salir de aquí siendo ginecólogo” y mis primeras tres primeras cesáreas en un solo día. Por lo que agradezco a mi Jesucristo que aun en medio de un mundo que ha vuelto su espalda a Dios todavía existe personas como Gilma Arias mi maestra que con sus gestos de bondad y cariño hacia mi persona siempre mostro preocupación porque aprendiera cumpliendo con el juramento hipocrático que es enseñar a sus estudiantes y la calidad de persona recuerdan que Jesús aún está vivo en el corazón de las personas y que se manifiesta en personas como Dra. Arias

DEDICATORIA

Dedicado a las personas que marcaron mi vida y las que han dejado un vacío:

A mi padre Ernesto José Pérez Flores que llevo en mi corazón y que desde que partió ha dejado un vacío en mi alma pero que parte de él vive en mi y que su recuerdo no morirá hasta que la luz de mi alma se apague.

A mi madre una mujer humilde que todo el tiempo estuvo al lado de sus hijos y que siempre me inculco nunca olvidarme de mis raíces, quien soy y de donde vengo y que independientemente de nuestros logros académicos Dios nos ve por iguales a todos y que aun sigo siendo el mismo.

A mi bebe Alex Miguel Pérez que por circunstancias extrañas de la vida no está conmigo pero que ha sido y sigue siendo mi motor, mi inspiración y el motivo para seguir luchando y quien en los momentos más difíciles me dio fuerzas para seguir adelante y a quien no olvidaré porque siempre estará incluido en mis sueños y mis planes.

A la mujer que hoy comparte conmigo mi vida quien me enseñó que después de la tempestad y desilusiones si se puede soñar otra vez y cumplir nuestros sueños si Dios está cerca siempre y lo tenemos en cuenta en nuestras decisiones.

Y a la más importante de todas las personas a Jesucristo mi Señor quien ha dado un sentido a mi vida y en quien he confiado y sé que sus alas me han cubierto todo el tiempo y su coraza a estado en mi pecho cuidando mi alma y mi corazón.

Gracias Jesús por todas las bendiciones.

OPINION DEL TUTOR

El dengue una enfermedad que entro para quedarse en Nicaragua, Es actualmente un reto para el médico, para el obstetra un desafío, luego de tres epidemias con un comportamiento diferente, debemos de estar preparados para enfrentar su manejo, y evitar muerte materna y perinatal. La preparación del médico y el conocimiento que obtiene es el arma más importante. Por lo tanto este trabajo aporta elementos para discrimina si el conocimiento del médico residente es actual? Es suficiente? Y esto es el aporte valioso del autor.

Esperamos que permita desde el punto de vista docente replantearnos si las capacitaciones son efectivas, y hacer estrategias de mejora.

Dra. Gilma Arias Linares

Especialista en ginecología y obstetricia

Opinión del asesor metodológico

Ante la problemática del dengue que ha sido y sigue siendo una amenaza latente en perjuicio de la población Nicaragüense en el especial a la embarazada considero que el trabajo del doctor nos muestra datos de algunos aspectos en los cuales tenemos que trabajar un poco más y mejorarlos por lo que considero que este estudio nos da un aporte valioso a la comunidad científica en el sentido que aporta datos para futuros estudios dado que no existen estudios relacionados a este tema y a la vez brinda información a la institución que serán de utilidad para planear estrategias para mejorar la calidad de atención a las usuarias embarazadas haciendo énfasis en aspectos que mostramos debilidad en cuanto a los conocimientos de dengue que son de vital importancia en el manejo de pacientes embarazadas con dengue

Dr. Steven Cuadra

Asesor metodológico

MD, Msc. Lic ,Med ,PhD

Contenido

<u>INTRODUCCION</u>	9
<u>ANTECEDENTES</u>	11
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	16
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	18
<u>OBJETIVOS</u>	19
<u>Objetivo general</u>	19
<u>Objetivos específicos</u>	19
<u>MARCO TEORICO</u>	20
<u>Dengue y embarazo</u>	20
<u>Epidemiología del dengue</u>	24
<u>Comportamiento en la región de Centro América</u>	24
<u>Comportamiento en Nicaragua</u>	25
<u>Aspectos claves de las normas y protocolos vigentes del MINSA</u>	27
<u>Definición de dengue</u>	28
<u>Ciclo de transmisión</u>	29
<u>Curso de la infección por dengue</u>	29
<u>Clasificación Clínica del Dengue</u>	31
<u>Factores específicos y de mal pronóstico para dengue</u>	32
<u>Abordaje inicial ante la sospecha de dengue</u>	33
<u>Evaluación diagnóstica y fases de severidad para dengue</u>	35
<u>Evaluación de Laboratorio y Gabinete para Dengue</u>	37
<u>Manejo durante el ingreso</u>	41
<u>Tratamiento de complicaciones hemorrágicas</u>	47
<u>Tratamiento en la paciente embarazada</u>	48

<u>Complicaciones</u>	50
<u>Conceptos Generales sobre conocimiento, actitudes y prácticas</u>	52
<u>DISEÑO METODOLOGICO</u>	54
<u>Tipo de estudio</u>	54
<u>Área y período de estudio</u>	54
<u>Universo y muestra</u>	54
<u>Criterios de selección</u>	55
<u>Método de recolección de la información</u>	55
<u>Diseño del instrumento</u>	55
<u>Aplicación del instrumento</u>	58
<u>Técnicas y procedimientos para analizar la información</u>	58
<u>Creación de base de datos</u>	58
<u>Estadística descriptiva</u>	59
<u>Estadística inferencia</u>	59
<u>Análisis del conocimiento</u>	59
<u>Análisis de las prácticas</u>	60
<u>RESULTADOS</u>	69
<u>DISCUSIÓN</u>	75
<u>CONCLUSIONES</u>	79
<u>RECOMENDACIONES</u>	81
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	83
<u>ANEXOS</u>	86

INTRODUCCION

El dengue es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, y tiene un tremendo impacto en la morbilidad y mortalidad de la población, así como también es responsable de una gran afectación económica en los países que la padecen. (1,2)

En Nicaragua en los últimos 10 años se ha dado un incremento considerable tanto en el número de casos como en las tasas de incidencia. Año con año se presentan brotes epidémicos que impactan tanto a la salud y el bienestar de la población y como al sistema de salud. (3,4)

El último brote epidémico de dengue reconocido por el MINSA se dio durante la segunda mitad del 2013, considerándose un brote de alta frecuencia, características difusas, presentación clínica atípica, y con una proporción considerable de casos graves de rápido deterioro de las condiciones de los pacientes. La respuesta del sistema de salud ante este brote requirió de un intenso trabajo y de la disposición de una gran cantidad de recursos financieros y humanos. (5-7)

Un estudio reciente que describe el comportamiento clínico del último brote epidémico en mujeres embarazadas nos ilustra la complejidad del problema. Este mismo estudio indica que se presentó un alto porcentaje de pacientes con complicaciones, en especial referente al shock, en general de 2 a 3 personas que fueron clasificadas en alguna de las categorías de dengue sufrieron shock. Por otro lado 8 de cada diez personas que tuvieron pruebas positivas serológicas se complicaron. La autora de estudio reflexionó ante la evidencia de sus resultados que las medidas del protocolo de actuación ante el dengue en embarazo durante el último brote mostró alta efectividad y nivel de resolución ya que no se produjeron muertes maternas o fetales, y todos los casos tuvieron una resolución positiva. (8)

El ministerio de salud ha promovido en sus normas y protocolos conductas de diagnóstico y atención, según la evidencia científica, aportando de esta forma

información actualizada que permita uniformar la práctica clínica en beneficio de la población.(9) Hay un reconocimiento por parte de las autoridades del sistema de salud que para hacer frente a una epidemia de dengue es necesaria una adecuada capacitación y conocimientos exhaustivos sobre el manejo de dengue y generar actitudes favorables por parte del personal de salud, así como una promoción de prácticas adecuadas y efectivas con relación al manejo del dengue a nivel hospitalario.

En el Hospital Fernando Vélez Paiz (HFVP) se siguieron las orientaciones e indicaciones normativas del MINSA para el abordaje del brote epidémico, el cual incluyó revisión y estudio de normas, asignación de recursos humanos y financiero, y el establecimiento de áreas especiales de atención y de un flujo de acciones.

Debido a que el HFVP es un hospital escuela, los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia jugaron un rol fundamental en el cuidado y atención de los pacientes durante el brote. En este sentido consideramos importante realizar una evaluación rápida y cercana al período de culminación del brote sobre los conocimientos actuales, actitudes claves y prácticas relevantes de los residentes del HFVP. Tener información sobre estos aspectos nos permitirá prepararnos mejor y fortalecer aquellos aspectos que necesitan ser fortalecidos para mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

Por lo tanto el presente estudio evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas claves de los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del HFVP, en los meses de diciembre 2013 y enero 2014.

ANTECEDENTES

Para la construcción de esta sección de antecedentes se realizó una búsqueda de estudios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en personal médico, procedentes de la región Latino Americana en las bases de datos más importantes de investigaciones en salud (PubMed, HINARI, Google Académico, Scielo). Esta búsqueda reveló que la información es muy limitada y casi inexistente con relación al personal de salud y mucho más limitada en cuanto a los médicos. A continuación se describen los estudios más relevantes identificados en la búsqueda.

Un estudio realizado en Lambayeque, Perú a 30 médicos a los cuales se les realizó un cuestionario de 16 preguntas, el tamaño de la muestra fue de 115 médicos de establecimiento de primer nivel de atención y servicios de emergencia en hospitales de la región. Se encontró que el 50.4% de los médicos encuestados tiene un nivel de conocimiento bajo, el 48.7% un nivel de conocimiento medio y únicamente un 0.9% tuvo un nivel de conocimiento alto sobre diagnóstico y tratamiento de dengue. En relación al nivel de conocimiento se encontró asociación entre la existencia de capacitación de dengue y el número de años de egreso ($p < 0,05$) Las preguntas más acertadas fueron "tratamiento de dengue" y "la prueba de lazo" con 87,8% y 81,7% respectivamente. Por otro lado, las preguntas con menor frecuencia de acierto fue "clasificación de dengue" y "definición de caso probable" con 7% y 12,2% respectivamente. (10)

Se realizó un estudio de intervención, en el personal de salud que participó en la atención médica a los pacientes afectados por Dengue que se encontraban ingresados en los Hospitales de Campaña creados en la Provincia Ciego de Ávila en los meses de Septiembre y Octubre del año 2006, aplicando técnicas de revisión documental en Historias Clínicas Individuales y entrevistas efectuadas tanto al personal de salud como a pacientes y familiares, detectando dificultades en el

manejo con estos pacientes y falta de responsabilidad de la población en general ante las principales medidas de prevención de esta entidad, por lo que decidimos diseñar un Programa de Capacitación sobre Dengue, que incidiera en elevar el nivel de aprendizaje, posterior a esto pudimos apreciar que aumentó la calidad en la confección de las Historias Clínicas Individuales constatado por un equipo de revisión de este documento; también aumentó la responsabilidad de la población ante el riesgo de la epidemia pues se elevó la asistencia a consultas, puestos médicos, consultorios de personas ante síntomas sugestivos de Dengue, esto se constató en hojas de cargo y registros de consultas; también disminuyó el nivel de focos de mosquito en las viviendas constatado por las brigadas de lucha antivectorial y finalmente lográndose el control epidémico de esta patología.(11)

Loroño-Pino y colaboradores publicaron en 1999 un estudio que tuvo como objetivo el determinar los factores de personalidad que se asocian con la participación en el sistema de vigilancia del dengue, en un grupo de médicos generales y familiares de cuatro instituciones públicas de salud de la ciudad de Mérida. En este estudio participaron 70 médicos generales y familiares provenientes de cuatro instituciones públicas de salud localizadas en la Ciudad de Mérida, Yucatán, México. Los médicos respondieron tres cuestionarios: el cuestionario de 16 factores de personalidad de Cattell, Eber y Tatsuoka (8), un cuestionario de actitudes con preguntas tipo Likert y un cuestionario de conocimientos sobre el dengue con 8 preguntas de selección múltiple. El cuestionario de Cattell y col. identifica 16 factores de personalidad, 10 de estos factores están relacionados directamente con el perfil profesional de los médicos y por lo tanto, éstos fueron seleccionados. El cuestionario de actitudes fue construido con preguntas relacionadas con los siguientes tópicos: 1) participación en un sistema de vigilancia del dengue; 2) reporte de los casos clínicos de dengue a las autoridades de salud; 3) participación en la educación del paciente referente a acciones relacionadas con la prevención del dengue, y 4) utilidad de las pruebas de laboratorio para confirmar casos de dengue. La encuesta de conocimientos sobre el dengue incluyó conceptos sobre la enfermedad, el mecanismo de transmisión del virus, instituciones que realizan las pruebas para el diagnóstico del dengue y sobre medidas de prevención. El estudio

fue realizado durante los meses de diciembre de 1993 a marzo de 1994. Para evaluar la práctica realizada por los médicos, un médico del equipo de investigación visitó los 3 hospitales y los servicios médicos municipales para revisar los registros clínicos y las solicitudes de estudios de laboratorio realizadas por los 70 médicos participantes. Las hojas de registro de la consulta diaria y los archivos clínicos de los pacientes que los médicos atendieron en un período de dos meses, fueron revisados con el objeto de registrar el número de pacientes que presentaron fiebre, mialgia y artralgia, y el número de solicitudes de pruebas de laboratorio para descartar infección por los virus del dengue (12)

Se consideró que el médico tenía un comportamiento favorable hacia el sistema de vigilancia y reporte si su índice de participación era igual o mayor a 0.5. Los resultados de los tres cuestionarios y la evaluación de la práctica realizada por los médicos fueron analizados usando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y un programa por el análisis de regresión múltiple. Entre los hallazgos principales del estudio se reportaron los siguientes: (12)

- Los resultados del análisis de los factores de personalidad de Cattell señalan que los médicos incluidos en el estudio son, basados en los valores promedio de las características de personalidad, más afectuosos, estables, serios, inconstantes, sensibles, prácticos, seguros, tolerantes, controlados y tensos
- De los 70 médicos encuestados, el 98.5% refirió que los virus del dengue son transmitidos por mosquitos. El 88.2% contestó que la acción más eficaz para reducir la población de mosquito será mediante el control de recipientes con agua, sin embargo el 10.3% consideró que la acción más eficiente era mediante la fumigación de los vecindarios. El 86.8% manifestó que en el laboratorio del Centro de Investigaciones Regionales de la Universidad Autónoma de Yucatán, se realizaban las pruebas de diagnóstico del dengue. Únicamente el 58.5% respondió que son 4 los serotipos del virus dengue que existen en la naturaleza. El 97.1% refirió que el mosquito *Aedes aegypti* es el principal transmisor del dengue en la ciudad de Mérida

-
- Con las respuestas obtenidas en el cuestionario de actitudes se construyeron 4 índices sobre los siguientes tópicos: 1) participación en la vigilancia del dengue; 2) reporte a las autoridades de salud; 3) educación de los pacientes acerca del dengue y su prevención, y 4) solicitud de pruebas serológicas para diagnosticar dengue.
 - La evaluación de las respuestas dió información acerca de las actitudes positivas y negativas. La práctica de solicitar pruebas de diagnóstico serológico para apoyo diagnóstico del dengue, por parte de los médicos incluidos en el estudio, fue muy baja. Durante el período de dos meses que duró la observación de la práctica, únicamente 8 médicos de los 70 enviaron a sus pacientes para confirmación mediante estudios de laboratorio. En total, los 70 médicos atendieron 1,251 pacientes con suficientes datos clínicos para sospechar dengue, pero únicamente 15 pacientes fueron enviados al laboratorio para su estudio. Sin embargo, los 8 médicos que enviaron a los 15 pacientes para su estudio atendieron a 233 pacientes con datos clínicos sospechosos de dengue, por lo que no enviaron a 218 pacientes.
 - Al evaluar el índice de participación en un sistema de vigilancia del dengue, se encontró que únicamente el factor (entusiasta) del sistema de evaluación de la personalidad se asoció a una actitud positiva (O.R.6.94). Con respecto a la evaluación del índice de reporte a las autoridades de salud se encontró que el factor F estaba asociado (O.R. 15.61), sin embargo, el intervalo de confianza fue muy amplio (1.40, 173.60). El análisis de los otros dos índices (educación de los pacientes y solicitud de pruebas de laboratorio), no reveló ninguna asociación con los factores de personalidad.

Los autores en el final del estudio sugirieron la necesidad desensibilizar a los médicos y estudiantes de medicina sobre la importancia de participar en la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas y de lograr que sientan que son parte integrante y activa del sistema de vigilancia de las enfermedades que ocurren en su comunidad. (12)

Con relación a estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en personal médico Nicaragüense, el autor de esta tesis no pudo encontrar disponibles estudios luego de una búsqueda en la biblioteca de salud del MINSA, la UNAN Managua y en los centros de documentación de las dos principales facultad públicas de medicina.

JUSTIFICACIÓN

Una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que EL grupo de individuos sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto.(13) En este caso nuestro estudio explora los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en el personal de médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz.

Esperamos que los datos recopilados a través de esta encuesta CAP que pueden servir para fortalecer la planificación y la implementación de las normas y protocolos de atención del dengue así como el diseño de programas de programas de entrenamiento al personal médico residente sobre dengue

Los datos cuantitativos que describen los conocimientos y el comportamiento de los residentes con relación al abordaje del dengue en la mujer embarazada son decisivos para comprender la magnitud de los problemas relacionados con determinantes de la atención que se brinda a las pacientes y para proporcionar pruebas convincentes dirigidas al desarrollo de estrategias, medidas de intervención y promoción de prácticas adecuadas con relación al abordaje del dengue en el embarazo.

A pesar del amplio reconocimiento que hay respecto a la necesidad de información sobre cuanto sabemos, que pensamos y que prácticas tenemos los médicos residentes sobre el dengue en el embarazo, existe una falta de estudios realizados en este grupo de trabajadores de la salud y de metodologías contrastadas para reunir datos relacionados con esta temática.

Por otro lado, en toda estrategia de implementación de normas y protocolos hospitalarios se debe incluir el diseño de programas eficaces de capacitación al

personal médico ya que se pretende aumentar los conocimientos y promover actitudes y comportamientos positivos dentro del grupo objetivo.

Con el fin de diseñar estas estrategias y actividades de manera adecuada, y para saber si son eficaces, necesitamos medir y definir los conocimientos, las actitudes y las prácticas existentes en el grupo objetivo. Una encuesta CAP es un método que puede utilizarse para reunir esta información.

Este tipo de información es fundamental para el personal médico y para las autoridades de salud a nivel hospitalario y a nivel central. Con el fin de establecer prioridades, estimar y asignar los recursos, identificar problemas y soluciones, fortalecer los enfoques y tomar decisiones estratégicas.

Esperamos que la información también sea útil al propio personal médico, para que haya un reconocimiento de las fortalezas y debilidad en cuanto a la temática, y de esa manera haya un auto-reconocimiento de la necesidad de mejorar los propios conocimientos, modificar los comportamientos inadecuados y desarrollar actitudes más favorables hacia la atención de las pacientes embarazadas en cuanto al dengue.

También esperamos que la información sea de gran utilidad a la comunidad científica y académica y que contribuya generando información relevante que sirva de apoyo a otros investigadores, ya que hasta la fecha la información publicada sobre el tema es muy limitada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema del dengue en el embarazo es un de vital importancia para el médico residente de la especialidad de ginecología y obstetricia debido a que juega un rol importante en la atención de los pacientes a lo largo del año, ya que el dengue es endémico en Nicaragua, y en especial durante los períodos de brotes epidémicos. En este contexto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en el embarazo de los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz activos, durante los meses de diciembre del 2013 y enero del 2014?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en el embarazo de los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz activos, durante los meses de diciembre del 2013 y enero del 2014.

Objetivos específicos

1. Medir el nivel de conocimiento de los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz sobre aspectos generales (definición, transmisión, presentación clínica y evolución) y del manejo del dengue a nivel hospitalario en mujeres embarazadas.
2. Determinar la tendencia de las actitudes de los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz en cuanto a la prevención como parte integral del abordaje de los brotes epidémicos del dengue y de la responsabilidad y dedicación del médico ante el cuidado de los pacientes
3. Describir las prácticas en cuanto al monitoreo y cuidado de la paciente embarazada ingresa por caso probable de dengue, de los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz.
4. Determinar si existen diferencias en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de los residentes sobre el dengue en el embarazo, según año de residencia.

MARCO TEORICO

El presente marco teórico está dividido en 4 grandes secciones que describimos a continuación, señalando la fuente de donde se sintetizó la información, por lo que en el resto de esta sección no se volverán a indicar las referencias:

- I. En una primera sección se abordan aspectos claves relacionados con dengue en el embarazo. (14)
- II. En una segunda sección se abordan aspectos generales de la epidemiología del dengue, en especial en Nicaragua. (3-5)
- III. En una tercera sección se resumen los aspectos claves de las normas y protocolos vigentes del MINSA Nicaragua, relacionados con el abordaje del dengue en Nicaragua. (9)
- IV. Por último en una cuarta sección se presentan algunos elementos básicos conceptuales relacionados con los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, especialmente en ciencias de la salud. (13,15)

Dengue y embarazo

En términos generales, la presentación clínica del dengue en embarazadas es semejante a la población general, sin embargo el dengue puede complicar el curso del embarazo o agravar eventos mórbidos presentes en el período gestacional.

La teoría existente sobre dengue en el embarazo es limitada y se basa sobre todo en reporte de brotes epidémicos. En este sentido a continuación describimos datos relevantes tomados a partir de los estudios disponibles en la región latinoamericana,

ya que en base a los cambios periódicos en el comportamiento dependiendo del serotipo predominante y la región, es que se han ido realizando modificaciones a los protocolos de abordaje del dengue en los distintos países de la región.

Según un estudio realizado en Medellín, Colombia, se halló que las manifestaciones clínicas del dengue más frecuentes en las embarazadas fueron fiebre, mialgias y artralgias, cefalea y dolor retro ocular, hallazgos semejantes a los informados en embarazadas por Cantelar y Molina en Cuba y en población general descrita en otras referencias.

Según López Barroso y cols., las manifestaciones hemorrágicas aparecen en la población general afectada alrededor del quinto día, pero en la muestra estudiada por ellos comenzaron desde el primer día de evolución, lo cual atribuyen a los cambios hematológicos que se producen en las gestantes. La fiebre, la cefalea y el dolor retro orbitario empezaron a disminuir a partir del tercer día de padecer la afección, en tanto los episodios hemorrágicos son más acentuados en los dos primeros días del dengue hemorrágico. Casi en la mitad de las embarazadas con esta última variedad diagnosticada clínicamente como a través del laboratorio, la prueba del lazo arrojó positividad y el número de plaquetas estaba disminuido. En este estudio, las imágenes de la ecografía abdominal fueron interpretadas predominantemente como normales en las grávidas con dengue clásico y revelaron edema peri vesical las alteraciones por hepatomegalia, esplenomegalia, y serositis en el hemorrágico.¹¹La erupción se presentó en aproximadamente la mitad de los casos, coincidiendo con los hallazgos informados por Gubler y Díaz.

Estas manifestaciones, asociados a leucopenia trombocitopenia, deben hacer pensar en el dengue como diagnóstico diferencial de otras enfermedades que cursan con los mismos síntomas, para evitar así complicaciones fatales para la paciente y su hijo.

Llama la atención la alta frecuencia de epigastralgia 62.5% y vómito 58.3%. Estos síntomas frecuentemente se han descrito en las formas severas del dengue; sin

embargo, su elevada frecuencia podría explicarse en parte por la dificultad de demostrar la extravasación en posibles casos de DH en estas pacientes.

No es fácil documentar en los pacientes con dengue, la diferencia de hematocrito mayor del 20%, y menos aún la presencia de derrames serosos, para completar los criterios de definición de casos de dengue hemorrágico establecidos por la OPS.

La hepatomegalia se presentó sólo en 4.1%, porcentaje bajo comparado con el 10 a 30% informado por Gubler y el 16.1% informado por Convers y cols. En Santander. Aunque la presencia de hepatomegalia varía entre epidemias, sugiriendo que el compromiso hepático depende de la cepa circulante. Se halló

Un caso de derrame pleural. ⁵El 83.3% de los casos de dengue ocurrió en el primero y segundo trimestre del embarazo. En 37.5% de las pacientes hubo amenaza de aborto o aborto, siendo concomitantes con la infección por dengue, o un mes posterior a esta. Coincide con lo hallado en otros trabajos

En el 25% de los casos de dengue ocurrieron amenazas de parto prematuro, concomitante con la infección por dengue y posteriores la infección. Esto también fue hallado por otros autores.

En el estudio realizado en Antioquia, Colombia, se halló que el parto prematuro es el principal efecto del dengue sobre el embarazo.

Al igual que Carles y col en su estudio de embarazadas de la Guyana Francesa (55%). Representaron partos prematuros concomitantes con la infección por dengue y posteriores a esta.

Figueiredo y cols en Brasil no reporta partos prematuros asociados con el dengue. ¹⁰En el 16.6% de los casos de dengue se informó ruptura prematura de membranas, posterior a la infección por dengue.

En el 8.3% de los casos de dengue se informó hipertensión inducida por el embarazo y ambos eventos ocurrieron en forma concomitante con la infección por dengue. Chye y colaboradores describen una paciente que desarrolló preeclampsia,

simultáneamente con la infección; y Bunyavejchevin y cols. También describen otro caso de una paciente con dengue e hipertensión inducida por el embarazo. Cifuentes y cols. Describe un caso de gestante con dengue hemorrágico con eclampsia, y sugiere seguir estudiando esta asociación para dilucidar si el DH puede favorecer la aparición y evolución agresiva de preeclampsia.

También se puede producir empeoramiento de los casos de hipertensión inducida por el embarazo ¹¹, y condiciones obstétricas como el síndrome de HELLP puede confundirse con las manifestaciones clínicas en la madre. Se encontró retardo en el crecimiento intrauterino en 17.6% de los casos en un estudio y en el 4% en otro. Se halló casos de partos distócicos con mayor frecuencia que en la población general, quizás debido a la afección que sufre la placenta por el virus.

Las mujeres gestantes que sufren de dengue tienen un riesgo estadísticamente significativo de hemorragia vaginal, lo cual puede explicarse por su condición de género y estado estacional, concomitante y posterior a la infección.

Vorapong señala como posible efecto del dengue y del dengue hemorrágico, el sangrado debido a trombocitopenia severa especialmente en los casos de embarazo de alto riesgo, como placenta previa. Thaythumyanon y cols. Describen un caso de hemorragia severa y resaltan que ésta puede complicar el procedimiento quirúrgico en una paciente con infección aguda.

Una complicación importante en el parto, en las mujeres infectadas por dengue, es el sangrado uterino.

En otros estudios se hallaron casos de tendencia al sangrado por heridas quirúrgicas, y sangrado postquirúrgico, que fueron controlados.

En el 16.6% de las pacientes con embarazo a término se desencadenó trabajo de parto simultáneamente con la infección por dengue.

Lo cual coincide con lo hallado por otros autores. Acosta y cols informan de una paciente que desencadena trabajo de parto en la semana 37 durante la infección por dengue. Chye y cols. Describen una paciente hospitalizada con infección aguda

por dengue que desencadena trabajo de parto en forma espontánea. Thaythumyanon y cols. Describen una paciente en trabajo de parto que consulta al día siguiente del inicio de fiebre y mialgias secundarias a infección por dengue. ¹⁰

En el presente estudio no se presentaron muertes fetales in útero hallazgo que difiere del informado por Carles y cols., en el cual hubo cinco óbitos fetales in útero, y otros estudios que informan muerte fetal.

Todos los efectos adversos descritos se presentaron en pacientes con fiebre dengue con manifestaciones hemorrágicas, y fiebre hemorrágica del dengue, exceptuando un parto prematuro que ocurrió en la forma clásica del dengue.

Las embarazadas con dengue clásico por lo general presentan un parto y puerperio normales.

López Barroso y cols, afirman que todas las embarazadas con dengue clásico que estudiaron al final de la gestación, tuvieron un parto y puerperio normales, de donde infieren, que esta forma de la enfermedad no parece afectar la evolución satisfactoria del binomio madre-hijo durante la gravidez; y si bien la variedad hemorrágica provocó crecimiento intrauterino retardado en algunos casos y una muerte materno perinatal, la mayor parte de las gestantes que la padecieron, evolucionaron favorablemente hasta el término del embarazo.

Estos efectos fueron en su mayoría concomitantes con la infección por el dengue, o un mes posterior a ésta. Además el proceso infeccioso puede ser una causa de muerte materna. Esto fue hallado también en otro estudio que informó muerte materno-fetal 5.8- 13.6%. Aunque la muerte materna por dengue es un evento poco frecuente.

Epidemiología del dengue

Comportamiento en la región de Centro América

Centro América, ha contribuido en los últimos 5 años con el 7.7% de los casos del continente americano con una media de 88,470 casos de dengue, 2,545 casos graves y 57 muertes¹⁹

Durante el 2013, hasta la semana epidemiológica 26, Centro América y República Dominicana han notificado 51.094 casos de dengue, correspondiendo a un incremento del 86.0% comparados con los 27,512 casos de dengue notificados al mismo período en el 2012. Siendo Costa Rica, con 13,474 casos, el país con mayor incidencia (295,3 por cien mil habitantes), seguido por Nicaragua (172,2 por cien mil hab), El Salvador (162,1 por cien mil hab.) y Honduras (109,2 por cien mil hab.).(15).
20

En este mismo período se notificaron 52 muertes, de las cuales 34 (65,4%) se produjeron en República Dominicana, 11 (21,2%) en Honduras y 3 (5.8%) en Costa Rica. ²⁰

En relación a la circulación viral, a excepción de República Dominicana que no ha notificado el virus circulante, los 4 Serotipos circulan en Centro América.²¹

Comportamiento en Nicaragua

Un total de 23,035 casos fueron reportados en Nicaragua entre 1985 y 1989. Esta cifra casi se duplicó reportándose 61,302 casos entre 1990 y 1997 e incremento casi un 58% para el 2007 reportándose 106,635 casos. Esto representa un acumulado total de casos reportados hasta el 2007 de 190,972 de dengue en 23 años.^{19,20}

En el 2007, se reportaron cerca de 8,500 casos sospechosos de dengue incluyendo 1,415 casos confirmados por laboratorio de dengue clásico (16% de los casos

sospechosos) y 150 casos confirmados de dengue hemorrágico. Once muertes fueron reportadas durante el 2007. ^{19,20}

La tasa de incidencia de dengue fue de 2.53/10,000 hab y la tasa de mortalidad por dengue fue de 2.11/10,000 hab.[7]. La tasa de incidencia de dengue para el 2008 fue de 2.7/10,000 hab y se reportaron 34 casos de dengue hemorrágico. ^{19,20}

La tasa de morbilidad por dengue aumentó casi cuatro veces en 2010, a 8,87 por 10.000, y se redujo a 0,06 para el dengue grave. ^{19,20}

En 2010, la tasa de mortalidad por dengue fue de 0,15 por 100.000 habitantes y la letalidad por dengue grave fue de 26%. ^{19,20}

El serotipo 2 predominó en los años 2006 y 2007 y el serotipo 3 entre 2008 y 2010. ^{19,20}

Situación del dengue en Nicaragua durante el 2013

González y colaboradores 2014, con motivo de presentar su tesis monográfica acerca del comportamiento del dengue embarazadas durante el último brote epidémico de dengue en Nicaragua que se presentó en el 2013, resumen las principales cifras relacionadas con el dengue durante el 2013, por lo que a continuación se presenta un extracto de la información suministrada por dichos autores ²¹

En la tabla que se presenta a continuación se muestran los datos suministrado durante el último boletín epidemiológico publicado por el MINSA correspondiente a la semana epidemiológica 37 (septiembre) del 2013. Aquí podemos ver que hay un considerable incremento en los casos y la tasa acumulada durante el 2013 en comparación con el 2012 en cuanto a la ocurrencia de dengue clásico. ²¹

El número de casos y la tasa acumulada con relación al dengue hemorrágico es similar entre 2012 y 2013. ²¹

**Casos y tasa acumulada de dengue en Nicaragua hasta la semana
epidemiológica 37, año 2012 y 2013***

Tipo	Confirmación	2012		2013	
		Casos acumulados	Tasa acumulada (x 10,000 h)	Casos acumulados	Tasa acumulada (x 10,000 h)
Dengue	Sospechosos	13,993	27.21	31,338	60.94
	Confirmados	2,535	4.93	3,306	6.43
Dengue clásico	Sospechosos	13,968	27.16	31,316	60.90
	Confirmados	2,529	4.92	3,302	6.42
Dengue hemorrágico	Sospechosos	25	0.05	22	0.04
	Confirmados	6	0.01	4	0.01

*Fuente: Boletín Epidemiológico SE 37, MINSA Nicaragua. Tabla elaborada por González y colaboradores 2014.²¹

Sin embargo, datos no publicados oficialmente pero suministrados por autoridades del gobierno indican que en entre el 2 y el 9 de noviembre se presentaron 1,063 nuevos casos confirmados. Pasando de 5 mil 800 que al 2 de noviembre a 6,863 al 9 de noviembre.²¹

Se incrementó el promedio de pacientes hospitalizados en comparación con la semana anterior pasando de 1,098 a más de 1,650 hospitalizados con sospecha al 9 de noviembre. Por otro lado se registraron un total de tres personas fallecidas a causa del dengue.²¹

Aspectos claves de las normas y protocolos vigentes del MINSA

Esta sección representa un extracto de las normas y protocolos del MINSA en cuanto al abordaje del dengue, publicadas en el 2011.

Definición de dengue

El Dengue es una enfermedad infecciosa, sistémica y dinámica, que se caracteriza por el inicio súbito de un síndrome febril. Puede cursar en forma asintomático o expresarse con un espectro clínico que incluye las expresiones graves y no graves.

El virus del dengue es transmitido mediante la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, infectado con el virus, el cual pertenece a la familia *flaviviridae*, en la que se distinguen 4 serotipos conocidos como DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4.

Después de un periodo de incubación la enfermedad comienza abruptamente, y puede evolucionar en tres fases: febril, crítica o de recuperación.

La fiebre del dengue es un problema de salud pública que puede afectar negativamente la economía del país, se reporta desde hace más de 200 años en las Américas, presentándose en los últimos decenios con mayor frecuencia. Desde los ochentas Nicaragua forma parte de la región endémica de dengue.

La enfermedad se caracteriza por manifestaciones complejas, en donde la clave del éxito en su manejo consiste en la identificación temprana de los signos y síntomas, con la consecuente comprensión de los problemas clínicos durante las diferentes fases de la enfermedad.

Definición probable de dengue

Paciente con fiebre alta menor de 7 días con 2 o más de los siguientes criterios:

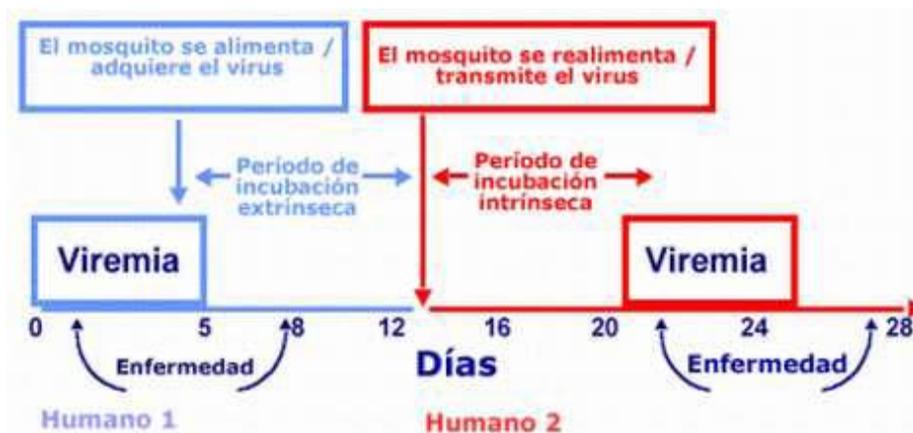
- Dolores y molestias (retro-orbital, cefalea, mialgia, artralgia)
- Anorexia, nauseas
- Erupción cutánea (exantema o rash)
- Leucopenia
- Prueba de lazo positiva 20 petequias por cada 2.5 cm²

- Buscar Señales de alarma
- Buscar prueba de lazo positiva, petequias, cualquier sangrado.

Ciclo de transmisión

La transmisión del dengue se mantiene por el ciclo humano-mosquito-humano. Luego que el mosquito ingiere sangre infectante, este puede transmitir el virus a otra persona después de un período de 8 a 12 días de incubación extrínseca.

Los síntomas comienzan a aparecer después de cuatro a siete días posterior a la picadura de mosquito, sin embargo puede variar de 2 a 15 días. La viremia comienza antes de la aparición de los síntomas.



Curso de la infección por dengue

La infección por dengue es dinámica y sistémica. Tiene un espectro clínico amplio que incluye formas graves y no graves de manifestaciones clínicas. Tras el período de incubación (2-6 días), la enfermedad comienza abruptamente y se caracteriza por 3 fases: febril, crítica y recuperación.

Fase febril

Esta fase febril aguda suele durar 2-7 días. El monitoreo continuo por señales de alarma es crucial para reconocer la progresión a la fase crítica.

Fase-crítica

La defervescencia se produce entre el día 3 - 7 de la enfermedad, cuando la temperatura desciende a 37,5 -38oC o menos y se mantiene por debajo de este nivel. Alrededor del tiempo de defervescencia, los pacientes pueden mejorar o empeorar. Aquellos que mejoran después de la defervescencia tienen dengue sin signos y síntomas de alarma. Aquellos que se deterioran y manifiestan signos de alarma: dengue con signos y síntomas de alarma.

Los signos de alarma son el resultado de un aumento significativo en la permeabilidad capilar. Esto marca el inicio de la fase crítica. Algunos de estos pacientes puede deteriorarse aún más a dengue severo con datos de fuga capilar lo que conlleva a choque (shock del dengue) ± distrés respiratorio, hemorragia grave y / o grave falla multiorgánica. El período de fuga capilar clínicamente significativo, usualmente dura de 24 a 48 horas.

Fase de recuperación

Se da una reabsorción gradual del líquido extravascular se lleva a cabo en las próximas 48-72 horas. El estado general del paciente mejora, se estabiliza el estado hemodinámico y diuresis. Algunos pacientes pueden tener una erupción cutánea clásica "islas blancas en el mar rojo". El hematocrito se estabiliza o puede ser menor debido al efecto de dilución del líquido reabsorbido. Los glóbulos blancos por lo general comienzan a subir poco después de la defervescencia pero la recuperación de plaquetas es típicamente más tardía que el de recuento de glóbulos blancos. En algunos pacientes pueden presentar síntomas depresivos.

Resumen de los problemas de cada fase

Fase febril: Deshidratación, fiebre alta puede causar convulsiones febriles en los niños pequeños, alteraciones neurológicas.

Fase crítica: Fuga capilar, hemorragias graves, deterioro de órganos.

Fase de recuperación: Hipervolemia, y riesgo de infección o infecciones sobre agregadas, síntomas depresivos.

Clasificación Clínica del Dengue

Definiciones

- **Signos y Síntomas de alarma**

- Dolor abdominal o sensibilidad al tacto.
- Vómitos persistentes (3 en una hora, o más que impidan una adecuada hidratación oral).
- Acumulación clínica de líquido o por medios diagnósticos como RX, US (derrame pleural, ascitis, edema generalizado y facial).
- Hemorragia en mucosas (epistaxis, gingivorragia, sangrado vaginal, hemoptisis, sangrado gastrointestinal, hemorragia conjuntival y hematuria macroscópica y microscópica).
- Letargo, irritabilidad.
- Hepatomegalia > 2cm.
- Laboratorio: Aumento del Hto, coincidiendo con la rápida disminución de plaqueta.

- **Dengue Grave**

- Paciente con uno o más de los siguientes hallazgos.
- Importante fuga de plasma con choque.

-
- Acumulación de líquidos con distrés respiratorio (Aumento de la frecuencia respiratoria, tiraje intercostal, saturación de oxígeno < 95%, respirando aire ambiente).
 - Sangrado severo que pone en peligro la vida del paciente.
 - Daño importante de órgano.
 - Hígado: AST o ALT \geq a 1000
 - SNC (Letargia, convulsiones, Glasgow < 10).
 - Miocardiopatía
 - Arritmia cardíaca
 - Elevación de troponinas
 - Disfunción ventricular según fracción de eyección por ecocardiograma (disfunción sistólica).
 - Sospechar en aquellos pacientes que no responden a terapia con cristaloides, coloides y aminos (Dopamina, Dobutamina y Norepinefrina).

Factores específicos y de mal pronóstico para dengue

Específicos

Factores individuales del huésped:

- Extremos de la vida
- Grado de inmunidad
- Condiciones de salud específicas (Enfermedades Concomitantes)
- Antecedentes de enfermedades crónicas
- Desnutridos, obesos

Factores de mal pronóstico para la evolución

- Choque duradero (de 1 hora)
- Choque refractario (ausencia de respuesta a la administración de volumen y de vasopresores)

-
- Choque recurrente
 - Insuficiencia respiratoria
 - Leucocitosis en ausencia de infección bacteriana secundaria
 - Ser portador de enfermedades crónicas (diabetes, asma, cardiopatías, etc.)

Abordaje inicial ante la sospecha de dengue

Al inicio de la enfermedad no se puede distinguir de otras infecciones víricas, bacterianas o protozoarias. Se debe elaborar historia clínica tratando de buscar datos relevantes para realizar diagnóstico diferencial con:

En la fase febril

1. Síndrome de tipo de influenza —likell

- Influenza
- Sarampión
- Mononucleosis infecciosa
- Chikungunya
- Seroconversión por VIH
- Leptospirosis
- Malaria
- Hepatitis
- Hantavirus
- Hongo
- Tifoidea

En la fase crítica

- Síndrome Hipertensivo Gestacional + Síndrome de Hellp
- Endometriosis
 - 1. Abdomen agudo
 - Apendicitis aguda

-
- Colecistitis aguda
 - Perforación de víscera hueca
 - Hepatitis viral
 - Cetoacidosis diabética

2. Choque

- Choque séptico
- Cetoacidosis diabética

3. Cuadros clínicos acompañados de leucopenia y trombocitopenia + sangrado

- Malaria, Leptospirosis, Fiebre Tifoidea, Sepsis
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Seroconversión aguda de la infección por VIH

Evaluación general / historia clínica

- Día de inicio de la fiebre o enfermedad.
- Cantidad de ingesta por vía oral.
- Evaluación general y signos de alarma.
- Presencia de Diarrea.
- Alteraciones del SNC.
- Producción de orina (frecuencia, volumen y tiempo de la última micción).
- Historia reciente de dengue en la familia.
- Contactos sexuales no protegidos o uso de drogas (considerar enfermedad aguda por seroconversión de VIH).
- Existencia de enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial, Diabetes, Cardiopatías; EPOC, etc.
- Embarazo.

Examen físico

- Evaluar el estado de conciencia con la escala de Glasgow.
- Evaluar el estado de hidratación.

-
- Evaluar el estado hemodinámico.
 - Evaluar presencia de taquipnea, acidosis respiratoria y derrames pleurales.
 - Verifique la presencia de dolor abdominal, hepatomegalia o ascitis.
 - Busque la presencia de exantema o manifestaciones hemorrágicas.
 - Practique la prueba del torniquete (repetir si es negativa al inicio o si no hay evidencia de sangrado).
 - Revise la posibilidad de sangrado transvaginal.
 - En embarazadas además de los controles de los signos vitales se deberá realizar control de la vitalidad del bebe (frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales), actividad uterina.

Evaluación diagnóstica y fases de severidad para dengue

- Grupo A: Son aquellos pacientes que presentan cuadro clínico de dengue sin manifestaciones de alarma ni de gravedad. Puede ser manejado en el hogar.
- Grupo B: Pacientes que presentan cuadro clínico de dengue con manifestaciones de alarma, sin ser graves. Requiere internamiento para manejo y vigilancia constante.
- Grupo C: Paciente que presenta cuadro clínico de dengue con manifestaciones de gravedad. Requiere tratamiento de urgencia e internamiento.

¿En qué fase se encuentra?

- Febril
- Crítica
- Recuperación
- Tiene enfermedades co - existentes ó factores de riesgo
- ¿Se encuentra embarazada?
- ¿Presenta signos de alarma?

-
- ¿Cuál es el estado de hidratación y hemodinámico?

¿El paciente requiere hospitalización?

Decisiones de manejo: Depende de la clasificación clínica y otros factores que pueden agravar la patología.

Conducta frente a los casos clínicos A, B, C.

Grupo A

Pueden ser tratado en el hogar, si:

- Toleran satisfactoriamente la vía oral.
- Han orinado normalmente en las últimas 6 horas.
- No tienen signos de alarma, particularmente cuando la fiebre cae.
- Hematocrito estable.
- No hay condiciones co-existentes.
- El paciente ambulatorio debe de ser revisado diariamente para identificar signos de alarma, agravamiento de la enfermedad durante la fase crítica; coordinar con la comunidad para el seguimiento sistemático.
- Notifique el caso y llene ficha epidemiológica.

Grupo B

Referir a internamiento para evaluación y manejo, si existen:

1. Signos de alarma
2. Condiciones co-existentes (*)
 - Embarazo
 - Obesidad
 - Diabetes
 - Insuficiencia renal
 - Hemoglobinopatías crónicas
 - Hipertensión Arterial
 - Problemas pulmonares crónicos.

(*) Independientemente de su clasificación clínica.

3. Riesgo social (*)

- Viven solos
- No pueden valerse por si mismos
- Pobreza extrema
- No pueden transportarse
- Distancia Geográfica

(*) Independientemente de su clasificación clínica.

- Notifique el caso y llene ficha epidemiológica.

Grupo C

Requiere tratamiento inmediato y traslado a una unidad de mayor resolución una vez estabilizado

- Dengue grave
- Choque por gran fuga plasmática
- Acumulación de líquidos con distrés respiratorio
- Hemorragias graves
- Falla de órganos
 - Enfermedad hepática grave AST, ALT ≥ 1000
 - Alteraciones del estado de conciencia, G <15
- Estabilizar pacientes para traslado
- Notifique el caso y llene ficha epidemiológica

Criterios de Ingreso

Todos los pacientes clasificados en el grupo B con condiciones co-existentes y/o riesgo social, los clasificados en el grupo C, las embarazadas y personas mayores de 70 años independientemente de su clasificación clínica.

Evaluación de Laboratorio y Gabinete para Dengue

Exámenes solicitados al inicio de la enfermedad

- Exámenes solicitados para diagnóstico etiológico del dengue tomados al inicio de la enfermedad:
 - Serología IgM después del 5to. día, (Solo casos graves).
 - Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en casos severos de dengue y tomada en los primeros cinco días de enfermedad. (casos hospitalizados).
 - Aislamiento del virus dengue en casos severos de dengue y tomada en los primeros cinco días de enfermedad.
 - Notifique el caso y llene ficha epidemiológica.

Momento de la recolección

Al primer contacto del paciente con la Unidad de Salud que cuente con medios para realizarlo.

Exámenes solicitados al egreso

- Prueba serológica IgM de dengue para los casos que se les haya tomado una muestra aguda antes de los 5 días.
- Aislamiento del virus del dengue a partir de muestreos serológicos, autopsia (hígado bazo nodos linfáticos, pleural, líquido cefalorraquídeo), o ambas (primeros 5 días).

Exámenes de laboratorio para seguimiento de la enfermedad

- Al ingreso del paciente debe considerarse la toma de:
 - BHC con plaquetas
 - Examen General de Orina
 - Creatinina
 - Transaminasas TGP/TGO (de acuerdo a evolución del paciente)
 - Proteínas totales y Fraccionadas, albúmina. (Si se dispone en la unidad)
 - Radiografía de Tórax y/o ultrasonido abdominal

-
- Para el seguimiento de los pacientes con dengue debe considerarse la toma de:
 - BHC con plaquetas cada 24 horas
 - Hematocrito capilar 4-2-1 según severidad si se encuentra disponible
 - Albúminas
 - TP-TPT (de acuerdo a evolución del paciente)
 - Ultrasonido abdominal y/o Rayos X (de acuerdo a evolución del paciente)
 - Opcionales:
 - Colesterol
 - Tipo y RH si es necesario

Exámenes de acuerdo al grado de severidad del dengue

Fase febril

- BHC con plaquetas cada 24 horas
- VSG

Fase crítica

- BHC con plaquetas cada 24 horas.
- Hematocrito capilar cada 4-2-1 horas según severidad.
- Proteínas totales y fraccionadas cada 24 horas, o por lo menos Albúmina de acuerdo a evolución del paciente (Si se dispone en la unidad).
- Creatinina (de acuerdo a evolución del paciente).
- Ultrasonido abdominal (de acuerdo a evolución del paciente).

Otros exámenes de acuerdo a grado de severidad y/o comorbilidad del paciente con dengue según el criterio del médico:

- Electrolitos Na, Cl, K
- Gasometría en los casos con choque establecido
- Electrocardiografía, Ecocardiograma, Troponina, CPK-MB

-
- Electro Encéfalo Grama
 - Punción Lumbar

Ultrasonido

Se debe de realizar a todo paciente con sospecha de dengue o en el seguimiento de su enfermedad, esperando encontrar los siguientes hallazgos:

- Hepatomegalia (imagen en cielo estrellado)
- Engrosamiento de pared vesicular
- Ascitis
- Derrame pleural y/o pericárdico

Rayos X de Tórax

Se debe indicar de acuerdo al cuadro clínico pulmonar encontrado, y durante la fase crítica en caso desospechar derrame pleural para determinar el índice de efusión pleural.

Si es > del 30 % poner al paciente en posición Semiflower, O2 y valorar ventilación mecánica.

Laboratorio Clínico

En las unidades de atención, a los pacientes en observación o ingresados se les realizará los siguientes exámenes de laboratorio:

- BHC o Hematocrito cuando no pueda realizarse BHC
- Plaquetas
- TP, TPT
- Creatinina (de acuerdo a estado clínico del paciente)
- Glicemia
- Transaminasas
- Bilirrubinas

-
- Ultrasonido abdominal

Mientras permanecen ingresados se les tomará muestra para estudios serológicos y virológicos y se les deberá llenar la ficha epidemiológica:

- Serologías IgG, IgM (después del V día, entre el VI y el 14avo. día) y las muestras para estudios virológicos (Aislamiento viral y PCR) será tomada por orientación de Vigilancia de la Salud o en los casos de las Unidades Hospitalarias seleccionadas como unidades centinelas en los primeros tres días del inicio de síntomas.

Manejo durante el ingreso

Cuidados Generales:

- Valoración de signos vitales y perfusión periférica cada 1 hora, hasta que el paciente este fuera de la fase crítica y posteriormente cada 4 horas.
- Medición de diuresis horaria.
- Realizar Hematocrito cada 12 a 24 horas.
- Visita médica cada 8-12 horas evaluando los puntos anteriores y orientados a semiología cardiopulmonar.
- Balance hidromineral cada 6 horas.
- Se deberá hacer recuento de plaquetas y hematocrito cada 12 horas si el enfermo tiene recuento de plaquetario <20,000. Si el recuento plaquetario es >20,000 los exámenes antes mencionados deberán realizarse diariamente.
- Contraindicado esteroides, heparina y AINEs.
- En el paciente con Derrame Pleural se debe medir saturación de oxígeno.
 - Paciente con saturación mayor del 95% se observa solamente.

-
- Paciente con saturación menor del 95% administrar oxígeno por catéter nasal (2 – 3lts).
 - Acetaminofén 500 mg cada 6 a 8 horas.
 - Antiemético: PRN por náuseas o vómitos.
 - Administración:
 - Por vía oral administrar con alimentos o con agua.
 - Por vía parenteral diluido para una concentración máxima 10 mL en solución salina normal (SSN) a pasar en 2 minutos.
 - Antimicrobiano: Solamente si se sospecha de infección secundaria.
 - Antiácidos: Inhibidores de bomba (omeprazol) en caso de que el paciente presente sangrado de tubo digestivo o antecedentes de úlcera péptica.
 - Omeprazol: 20-40 mg por vía oral o IV día.
 - Evitar la administración de fármacos vía IM.

Grupo A

1. Reposo en cama.
2. Líquidos PO abundantes 5 vasos promedio: sales de rehidratación oral (SRO), leche, jugo de frutas, (precaución en diabéticos), agua de arroz, cebada, sopas. Dar solo agua puede causar Hipernatremia).
3. Acetaminofén 500mg cada 6 horas, por fiebre, si T_o . Es $> o = 38.5$ °C.
4. Recomendar uso de mosquitero.
5. Destrucción de criaderos.
6. Instruir sobre signos de alarma que obliguen a nueva búsqueda de atención.

Grupo B

Plan de Acción

-
- Obtenga un Hemograma completo (hematocrito, plaquetas y leucocitos) antes de hidratar al paciente. El no disponer de un Hematocrito no debe de retrasar el inicio de la hidratación.
 - Administre inmediatamente soluciones cristaloides a 10 ml/kg en 1ra hora, puede ser SSN al 0.9 % o lactato Ringer.
 - Vigilancia estricta de los S/v. particularmente P. A.
 - Evalúe nuevamente al paciente c/hora. Si no existe mejoría clínica y la diuresis es menor < 1 ml/kg en 1 hora. Y repita carga una o dos veces más.
 - Evalúe nuevamente al paciente si hay mejoría clínica y la diuresis es de un 1ml/kg en una hora, y repita la carga una o dos veces más.
 - Evalúe nuevamente al paciente si hay mejoría clínica y la diuresis es de 1 ml/kg o mayor por hora. Reduzca el goteo a 5-7 ml/kg en 1 hora, en las siguientes 2-4 horas y continúa reduciéndolo progresivamente.
 - Evalúe nuevamente el estado clínico del paciente y repita el Hto. Si hay deterioro de los signos vitales o incremento rápido del Hto después de 3cargas, maneje el caso como si fuera choque.

Evaluar los siguientes parámetros

1. Signos vitales y de perfusión periférica c/ hora, hasta que el paciente esté fuera de la fase crítica (las primeras cuatro horas, si la evolución es satisfactoria y luego c/ 4 h).
2. Diuresis c/ 1 hora (en las siguientes 4 - 6 horas).
3. Hto. (antes del reemplazo de líquidos y después de el, luego cada 12 a 24 horas).
4. Glucosa (antes del reemplazo de líquidos y repetir según necesidad, cada 12 – 24 hora).
5. Otros estudios según órgano afectado y enfermedad asociada.
6. Signos vitales y de perfusión periférica c/ hora, hasta que el paciente esté fuera de la fase crítica (las primeras cuatro horas, si la evolución es satisfactoria y luego c/ 4 h).

-
7. Diuresis c/ 1 hora (en las siguientes 4 - 6 horas).
 8. Hto. (antes del reemplazo de líquidos y después de él, luego cada 12 a 24 horas).
 9. Glucosa (Antes del reemplazo de líquidos y repetir según necesidad, cada 12 – 24 hora).
 10. Otros estudios según órgano afectado y enfermedad asociada.

La mejoría está indicada por:

- Diuresis adecuada.
- Disminución del hematocrito por debajo del valor de base en un paciente estable.
- Normalización y estabilidad de los signos vitales.

Si hay mejoría:

- La vía oral se mantiene según la tolerancia del paciente, aun en presencia de signos de alarma.
- Seguimiento o control por el personal de Salud (Enfermeras, Médicos).
- Los pacientes con signos de alarma deben ser controlados hasta que el riesgo pase (hasta 48 horas después de que la fiebre desaparezca).
- Debe mantenerse un adecuado balance de líquidos y electrolitos.

Grupo C

Los pacientes de este grupo corresponden aquellos en que existe fuga capilar importante y de acuerdo a la magnitud de la fuga, y a las respuestas fisiológicas frente a estas, se evaluará hemodinámicamente de acuerdo a la tabla siguiente:

Evaluación hemodinámica; cambios hemodinámicas continuos (presentes al menos 2 o 3 cambios)

Parámetros	Hemodinámicamente estable	Choque compensado (inicial)	Choque descompensado
------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------

			(con Hipotensión)
Nivel de conciencia	Claro, lucido	Claro, lucido	Inquieto, letárgico
Llenado capilar	< 2 segundos	> 2 segundos	Muy prolongado
Extremidades	Cálidas, rosadas	Frías	Frías, pegajosas
Calidad del pulso periférico	Fuerte, vigoroso	Débil no vigoroso	Débil o ausente
Frecuencia Cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia Bradicardia en choque tardío
Presión sanguínea	Presión Arterial y Presión de Pulso normal para la edad	Presión Arterial normal Presión Arterial diastólica puede estar aumentada Presión de Pulso entre 30 y 20 mmHg Hipotensión postural	Presión de Pulso \leq 20 mmHg Hipotensión PA no detectable
Frecuencia Respiratoria	Normal para la edad	Taquipnea	Hipernea o respiración de Kussmaul, acidosis Metabólica
Gasto urinario	Normal	Disminución del volumen urinario	Oliguria o anuria

Manejo del grupo “C”

Inicie la rehidratación intravenosa con cristaloides a razón 20 ml, kg en 15 – 30 min. Observe la evolución del paciente; si desaparecen los signos choque, disminuya el volumen de líquidos a 10 ml – kg en 1 hora por 1-2- horas, evalúe signos clínicos y repita Hto. Si la evolución clínica es satisfactoria y el Hto(segundo) disminuye respecto al primero, disminuya el volumen de hidratación a razón de 5. 7 ml, kg por hora durante 6 horas, en adelante mantenga la hidratación de acuerdo con el estado del paciente.

- Si el paciente continúa con signos de choque repita la dosis de cristaloides a razón de 20 ml/kg por hora y tome una nueva muestra de Hto. Si el paciente mejora, desaparece el choque y disminuye el HT. Continué el aporte de líquidos de 5—7 ml/kg por hora.
- Si el choque persiste debe colocarse catéter venoso central.
 - Si la presión venosa central (PVC) es <8 cms/H₂O administrar una segunda carga de cristaloides a razón de 20 mL/Kg en 2 horas y volver a evaluar.
 - Si la PVC es >8 cms/H₂O y no recupera, administrar vasopresores (dopamina, iniciar a dosis de 7.5 mcg/Kg/minutos).
 - Si a pesar de las medidas anteriores el choque persiste, valorar la administración de Dextran al 70% a razón de 20 mL/Kg en una hora.
 - Una vez compensada la hipotensión, administrar soluciones cristaloides de mantenimiento a razón de 2,000 mL/m². La primera mitad debe administrarse en 8 horas y la otra mitad en las siguientes 12 horas.
 - Si a pesar de reponer volumen y compensar, la hemoconcentración persiste el estado de choque, se debe sospechar sangrado interno o falla miocárdica.

Insistir en valorar:

- Estado Hemodinámico

-
- Hemoconcentración
 - Sistema Nervioso Central
 - Diuresis
 - Insuficiencia Renal
 - Distress Respiratorio
 - Sangrado
 - Insuficiencia Hepática

Tratamiento de complicaciones hemorrágicas

1. Sangrado de mucosas con paciente estable es sangrado de bajo riesgo (el sangrado mejora en la fase de recuperación).
2. Trombocitopenia profunda (120,000) reposo estricto y protección contra trauma, evitar inyecciones IM.
3. Pacientes con riesgo de hemorragia grave.
 - Choque prolongado ó refractario al T(X).
 - Choque en insuficiencia renal, hepática acidosis metabólica.
 - Uso de AINES Ò ESTEROIDES.
 - Enf. ulcerosa péptica preexistente.
 - Uso de anticoagulantes.
4. Hemorragia Grave.
 - Produce inestabilidad hemodinámica independiente HTO.
 - Choque refractario.
 - Hemorragia del SNC, pulmonar y de TG1 con alteración hemodinámica.
5. Transfusión de hemoderivados.
 - Paquete globular

-
- Sospecha de sangrado importante y profuso con inestabilidad hemodinámica.
 - Sangrado masivo con disminución del HTO en relación al previo (disminución).- plaquetas.
 - Transfundir plaquetas si recuentos < 20.000 con sangrado grave si será sometido a intervención quirúrgica.
 - Plaquetas de <5000 tenga o no sangrado.
 - Plasma fresco congelado y crío precipitado.
 - Si fibrinógeno es < de 100 igual priorizar crío precipitado (1Ux 10 Kg.).
 - Si fibrinógeno es >100 Mg. TP- TPT> 1.5 veces el valor normal del control, considerar PFC (10 MI X KG) en 30.

Tratamiento en la paciente embarazada

El tratamiento se realiza, según la clasificación clínica del dengue.

Manejo durante el ingreso

Cuidados Generales de paciente embarazada

1. Reposo en cama y buena hidratación.
2. Signos vitales.
3. En mujeres que toleran vía oral:
 - Administrar líquidos abundantes con sales de rehidratación oral.
4. Control de FCF y actividad uterina cada 2 horas y modificar según el estado clínico de la paciente, edad gestacional y etapa del trabajo de parto.
5. Realizar ultrasonido obstétrico y pruebas de bienestar fetal.

-
6. Si presenta amenaza de parto pre-término cumplir protocolo, garantizando el esquema de maduración pulmonar vía IV (Intra-Venosa) a excepción de aquellas pacientes en el grupo C, con complicaciones hemorrágicas o en aquellas en las cuáles está incrementado el riesgo de hemorragia.
 7. No interrumpir el embarazo hasta lograr compensación hemodinámica y clínica de la paciente.
 8. La interrupción por vía alta debe de realizarse solo en pacientes con emergencias obstétricas.
 9. Realizar tiempo de coagulación junto a la cama si es mayor 10 min administrar crioprecipitado.
 10. Transfundir plaquetas si recuento es menor 50,000 con sangrado grave o si será sometida a intervención obstétrica (1 U x 10Kg), una hora previa a la cirugía. Plaquetas de menor de 5000 tenga o no sangrado o se tenga que transfundir plasma fresco congelado y crio precipitado.
 11. Si fibrinógeno es de menor de 100 mg/dL igual priorizar Crio Precipitado (1Ux10Kg).
 12. Si fibrinógeno es mayor de 100 mg/dL. TP, TPT menor de 1 a 5 veces al valor normal de control, considerar plasma fresco congelado (10 ml/Kg) a pasar en 30 minutos.

Criterios de alta de la embarazada

- Ausencia de fiebre por 24- 48 horas.
- Mejoría del estado clínico en relación a mejorar sus complicaciones.
- Adecuado apetito.
- Buen estado hemodinámico.
- Adecuado gasto urinario.
- No dificultad respiratoria.
- Control de patologías agregadas.
- Bienestar fetal adecuado.
- Incremento en el número de plaquetas mayor de 1000.

-
- Cita a la consulta externa de su unidad de salud a las 48 horas.

Complicaciones

Maternas

- Encefalitis, los signos de encefalitis tales como convulsiones o coma son poco frecuentes; aparecen en casos de choque prolongado evidenciando hemorragias graves en el encéfalo.
- Hepatopatías, hepatitis y fallo hepático agudo. Encefalopatía asociada a insuficiencia hepática aguda es frecuente.
- Miocardiopatías, miocarditis y fallo miocardio agudo.
- Insuficiencia renal aguda que suele aparecer en la fase terminal.
- Síndrome hemolítico urémico.
- Convulsiones.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Hemorragia pulmonar.
- Desprendimiento placentario.
- Hematoma placentario.

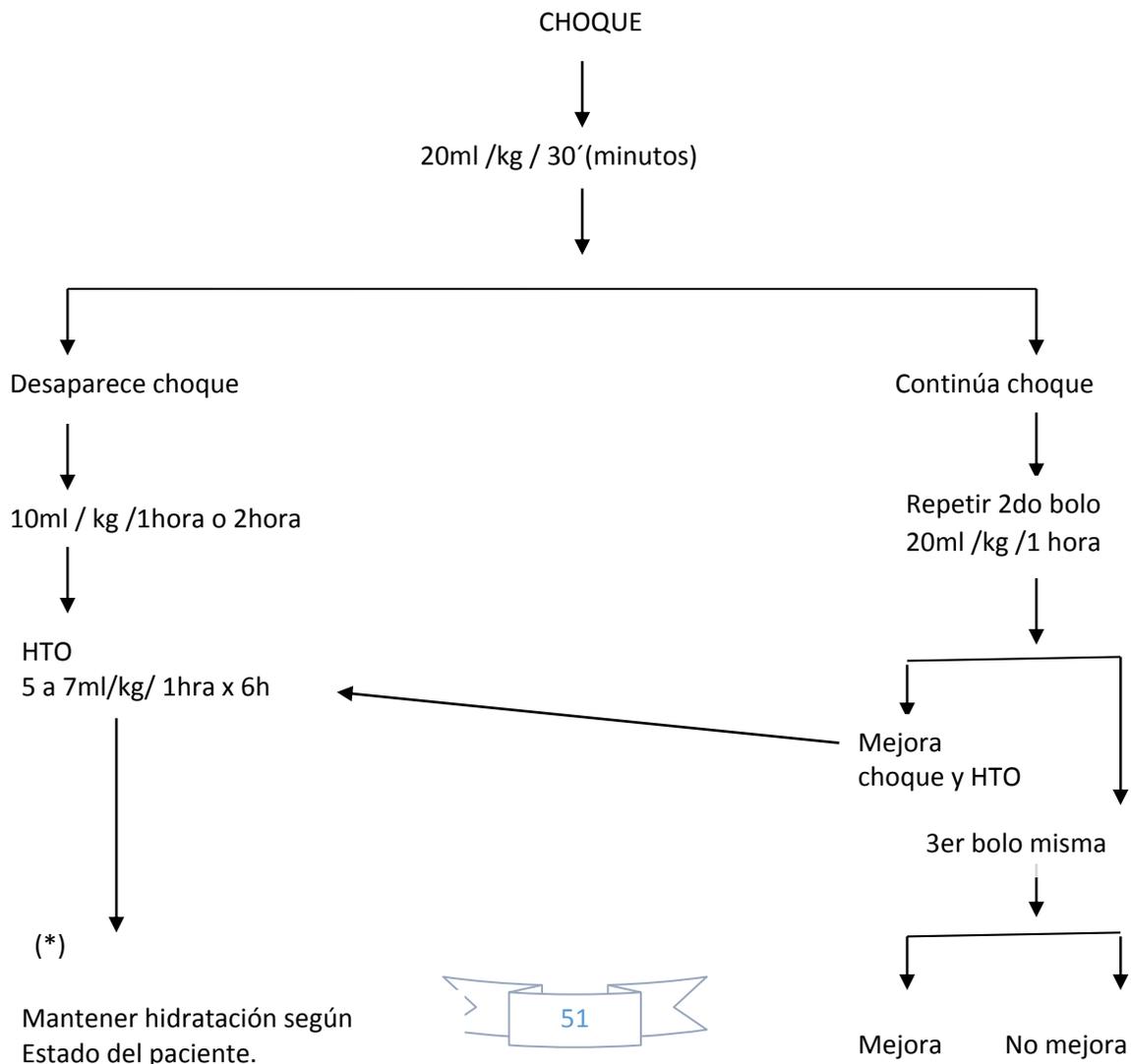
Fetal/Neonatal:

- Muerte fetal
- Fiebre
- Trombocitopenia
- Nacimiento pre-término
- Retardo del Crecimiento Intra Uterino (cuando la madre tuvo forma hemorrágica de la enfermedad).

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

Manejo Dengue.

Plan C.



El seguimiento es Clínico y/o HTO

Criterios de Alta

- Ausencia de fiebre por 24-48 horas.
- Mejoría del estado clínico.
- Buen estado general.
- Adecuado apetito.
- Buen estado hemodinámico.
- Adecuado gasto urinario.
- No hay dificultad respiratoria.
- Incremento del número de plaquetas si la cifra es > de 100,000.
- Estabilidad hemodinámica sin líquidos IV.
- Control de su patología de base.
- En el caso de embarazadas bienestar fetal adecuado.

Conceptos Generales sobre conocimiento, actitudes y prácticas

El éxito de los programas educativos para la prevención de toda patología, dependen en gran parte de que puedan identificarse las necesidades y por tanto los objetivos a nivel de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, gustos, prejuicios, convicciones, etc.

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que él participa, las prácticas regulares se llaman hábitos, y se define como una respuesta establecida para una situación común.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, tipo encuesta CAP.

Área y período de estudio

Se realizó con residentes de la especialidad de ginecología y obstétrica del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de Diciembre 2013 a Enero 2014.

Universo y muestra

El universo lo constituyó el grupo de 33 médicos residentes activos que brindan atención a la población en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Fernando Vélez Paiz.

Ellos se dividen según nivel académico: Primer año 8, Segundo año 8, Tercer año 7, Cuarto año 10.

La muestra estuvo conformada por 24 médicos residentes de los diferentes años del primero al cuarto año, que aceptaron participar en el estudio.

En un primer momento se pretendió estudiar al total de residente activos (n=33). Estos fueron invitados a participar, de los cuales 7 rechazaron participar en el estudio, y tres fueron excluidos por un llenado incompleto o inadecuado de la ficha de recolección de la información.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Ser residente que labora en la especialidad de Ginecología.
- Encontrarse activo presente en la unidad de salud durante el período de recolección de la información.
- Que aceptase participar de forma voluntaria

Criterios de exclusión

- Cuestionario mal llenado o incompleto.
- Que haya abandonado o rechazado el estudio en cualquier momento de la etapa de recolección de la información.

Método de recolección de la información

Diseño del instrumento

Se construyó un instrumento o cuestionario tipo encuesta CAP (conocimientos actitudes y prácticas).

El instrumento abordó los siguientes aspectos: 1) Datos de identificación; 2) conocimiento de los residentes sobre aspectos generales (definición, transmisión, presentación clínica y evolución) y del manejo del dengue a nivel hospitalario en mujeres embarazadas; 3) Actitudes de los residentes en cuanto a la prevención como parte integral del abordaje de los brotes epidémicos del dengue y de la responsabilidad y dedicación del médico ante el cuidado de los pacientes; y 4) prácticas en cuanto al monitoreo y cuidado de la paciente embarazada ingresa por caso probable de dengue.

Para la construcción de la sección de conocimientos y sus ítems respectivos se realizó una revisión de los protocolos y normas del Ministerio de Salud sobre dengue, especialmente en cuanto al dengue el embarazo.

Se estructuró una sección pre-elaborada con preguntas cerradas y de selección múltiple de respuesta única tomando aspectos claves de las normas y protocolos del MINSA publicadas en el 2011.

A continuación se detalla la composición de las áreas de conocimiento que fueron evaluadas en la sección de conocimiento y las preguntas correspondientes en el instrumento. Las áreas, sub-áreas y preguntas claves fueron identificadas a partir de las normas y protocolos y seleccionadas posterior a la revisión y discusión por expertos clínicos y metodológicos:

AREAS DE	SUB ÁREAS	Cantidad de	numero de las
GENERALIDADES DE	CICLO DE TRANSMISIÓN	2	1,2
	DIFINICION DE CASO PROBABLE	1	3
	CURSO DE LA INFECCIÓN	2	4,5
	CLASIFICACIÓN CLÍNICA	2	6,9
	FACTORES DE MAL	2	7,8
	CRITERIOS DE MEJORÍA CLÍNICA	1	13
	COMPLICACIONES	1	20
MANEJO TERAPÉUTICO	MANEJO AL INGRESO	1	11
	MANEJO SEGÚN CLASIFICACIÓN	2	12,14

	MANEJO DE COMPLICACIONES	3	10, 18,19
	MANEJO DE CHOQUE	3	15,16,17

NOTA: VER INSTRUMENTO EN ANEXOS

Para la construcción de la sección de actitudes se utilizó la metodología de construcción de escala Likert, en base a la revisión de la literatura, y opinión de expertos, identificándose una serie de dimensiones o ejes que representan áreas ante las cuales un individuo tiene una reacción o tendencia. Cada área o eje fue evaluado a través de una serie de afirmaciones o declaraciones llamadas reactivos o ítems, a las cuales el entrevistado o sujeto de estudio respondía en una escala de 1 a 4 (4 Totalmente de acuerdo; 3 De acuerdo; 2 En Desacuerdo; y 1 Totalmente en desacuerdo).A continuación se detalla la composición de las actitudes evaluadas:

DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES	SUBDIMENSIONES	Cantidad de preguntas	numero de las preguntas
Prevención como parte integral del abordaje de los brotes epidémicos del dengue	ANTE LA CONSEJERÍA Y EDUCACION A LOS FAMILIARES DE LOS CASOS	1	22
	ANTE LA COMUNICACIÓN CONTINUA CON LOS DINTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN	1	23
Responsabilidad y dedicación del médico ante el cuidado de los pacientes	ANTE EL MONITOREO CONTINUO	1	21
	ANTE EL AUTO-ESTUDIO	1	24
	ANTE EL PACIENTE CRÍRTICO	1	25*

Esta pregunta fue declara en forma negativa en el cuestionario, pero al ser introducida en la base digital se decodificó y se creó una nueva variable inversa, para que se correspondiera con el resto de preguntas y que los puntajes altos siempre equivaliesen a actitudes favorables y los valores bajos a actitudes desfavorables.

NOTA: VER INSTRUMENTO EN ANEXOS

Los elementos a evaluarse en la sección de las prácticas fueron definidos después de una revisión de los comportamientos promovidos en los protocolos y normas del Ministerio de Salud y se decidió que el foco en este estudio fuesen las prácticas relacionadas con el monitoreo y cuidado de la paciente:

PRÁCTICAS	SUB ÁREAS	Cantidad de preguntas	numero de las preguntas
MONITOREO Y CUIDO DEL PACIENTE		6	26.27.28.29.30.31

NOTA: VER INSTRUMENTO EN ANEXOS

El cuestionario fue revisado en base a los hallazgos de una prueba preliminar con tres médicos residentes. 1 de estos médicos fue incluido en la muestra final.

Aplicación del instrumento

Se incitó a todos los residentes a participar en el estudio, se les explicó los objetivos y procedimientos a todos.

A todos aquellos que aceptaron participar en el estudio se les brindó el cuestionario para ser auto-aplicado, se le dio el tiempo y la privacidad necesaria, y se aseguró que no se aplicaría ninguna forma de enlace en la identidad del encuestado y los resultados de la encuesta.

Técnicas y procedimientos para analizar la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows (SPSS Inc2011)

Estadística descriptiva

Las variables son descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés (si eran variables categóricas o variables cuantitativas). Las variables categóricas (conocidas como cualitativas se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes).

Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra.

Las variables cuantitativas se describieron a través de estadígrafos de tendencia central y de dispersión: media, promedio, mediana y rabgo.

Para el análisis descriptivo de las variables se usó el programa estadístico de SPSS 20.0

Estadística inferencia

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2). Se consideró que una asociación o diferencia fue significativa si el valor de p resultó menor de 0.05.

Análisis del conocimiento

Para evaluar el conocimiento se utilizó la siguiente estrategia. Se identificaron 2 grandes áreas de conocimiento: 1) Conocimientos sobre generalidades, y 2) Conocimientos sobre manejo.

A su vez para el área de generalidades se identificaron 7 sub-áreas y para el área de manejo 4 sub áreas.

A cada sub área le correspondió un número determinado de preguntas y se clasificó al encuestado como “SI CONOCE” la sub-áreas específica si respondió correctamente al total de preguntas correspondiente a la sub-área.

Posteriormente se obtuvo un índice de conocimiento cada área de conocimiento, a través de la determinación del promedio de los porcentajes de “SI CONOCE” de todas las sub-áreas.

Análisis de las actitudes

Para evaluar las actitudes se utilizó la siguiente estrategia. Se identificaron 2 grandes dimensiones de actitudes: 1) Prevención como parte integral del abordaje de los brotes epidémicos del dengue, y 2) Responsabilidad y dedicación del médico ante el cuidado de los pacientes.

A su vez para la primera dimensión de actitudes se identificaron 2 sub-dimensiones y para la segunda dimensión se identificaron 3 sub-dimensiones.

A cada sud-dimensión le correspondió un ítem o reactivo en el cuestionario o ficha.

Posteriormente se obtuvo la tendencia de cada dimensión de actitudes sacándose el promedio del puntaje obtenido para las sub-dimensiones de cada dimensión. Los puntajes altos equivalían a actitudes favorables y los valores bajos a actitudes desfavorables.

Análisis de las prácticas

Las prácticas seleccionadas se describieron a través de frecuencias absolutas y relativas, de forma individual (para cada práctica).

COMPOSICIÓN DE LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

CONOCIMIENTO SOBRE GENERALIDADES				
CODIGO	ÁREA DE CONOCIMIENTO	PREGUNTAS CORRESPONDIENTES	CATEGORÍAS	ALTERNATIVA CORRECTA
A1	CICLO DE TRANSMISIÓN	1) ¿Después que el mosquito pica a una persona enferma de dengue que periodo tiene que transcurrir para infectar a otra persona sana?	3-4 días	
			1 DÍA	
			15 días	
			de 8 a 12 días	CORRECTA
			Total	
		2) ¿Cuánto tiempo después de la picadura de mosquito aparecen los síntomas?	4-7 días	CORRECTA
			3 días	
			8 a 12 días	
			Después de la viremia	
			Total	
A2	DEFINICIÓN DE CASO PROBABLE DE DENGUE	3) De la definición de caso probable de dengue decimos:	Fiebre de 14 días mas dolor retroocular, cefalea, mialgias y artralgias, rash cutáneo, leucopenia, prueba de lazo positiva	
			Prueba de lazo positiva, fiebre menor de 7 días, leucocitosis	
			Fiebre alta menor de 7 días, dolores y molestias, leucopenia	CORRECTA
			Toda fiebre sin síntomas agregados	
A3	CURSO DE LA INFECCION	4) En cuanto a las fases del dengue afirmamos	La fase febril dura 2-7 días	
			La fase crítica de 3-7 días	

			En fase de recuperación es frecuente encontrar erupción cutánea llamada islas blancas en el mar rojo	
			Todas son verdaderas	CORRECTA
		5) En cuanto a las fases del dengue señale la respuesta incorrecta	La fase febril se caracteriza por deshidratación fiebre alta	
			La fase de recuperación se caracteriza por hipovolemia, riesgo de infección, síntomas depresivos	CORRECTA
			La fase crítica se caracteriza por fuga capilar hemorragias graves	
			a y c son correctas	
A4	CLASIFICACION CLÍNICA DE DENGUE	6) En cuanto a la clasificación clínica de dengue señale la correcta	La fiebre, anorexia, rash, la leucopenia es característico de dengue sin signos de alarma	CORRECTA
			La letargia la inquietud, hígado aumentado más de 2 cmsASTo ALT > 1000 es característico de dengue con síntomas de alarma	
			Respuesta b es correcta	
			Pérdida de la conciencia es característico del dengue con signos de alarma	
		9) De acuerdo a la evaluación diagnóstica y fases de severidad para dengue afirmamos lo siguiente	Grupo: A: son aquellos pacientes que presentan cuadro clínico de dengue sin manifestaciones de alarma ni gravedad puede ser manejado en el hogar	
			Grupo B:Px presenta cuadro clínico de dengue con manifestaciones de alarma sin ser graves .Requiere internamiento para manejo y vigilancia constante	
			Grupo:Cpx con cuadro clínico de dengue con manifestaciones de gravedad .Requiere tratamiento de urgencia e internamiento	
A5			Debe administrar mas cristaloides	

	FACTOR DE MAL PRONÓSTICO	7) ¿Qué pensaría si una paciente chocada no responde al tratamiento con cristaloides, coloides, dopamina, dobutamina, norepinefrina? Señale la correcta	Tiene un edema de pulmón	
			Disfunción sistólica	CORRECTA
		8) Son factores de mal pronósticos los siguientes:	Choque menor de 30min	
			Choque refractario que responde a vasopresores y expansores de volumen	
			Leucocitosis en ausencia de infección	CORRECTA
		Ninguna de las anteriores		
A6	MEJORÍA CLÍNICA	13) La mejoría clínica está dada por. Excepto	Diuresis adecuada	
			Derrame de un 40%	CORRECTA
			Disminución del hematocrito por debajo del valor de base	
			Normalización de los signos vitales	
A7	COMPLICACIONES	20) Son complicaciones maternas. Excepto	Encefalitis	
			CID	
			RCIU	CORRECTA

CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DEL DENGUE				
CODIGO	ÁREA DE CONOCIMIENTO	PREGUNTAS CORRESPONDIENTES	CATEGORÍAS	ALTERNATIVA CORRECTA
A1	MANEJO AL INGRESO	11) En cuanto al manejo al ingreso de la paciente todo es verdadero, Excepto	Hematocrito cada 12 hrs si plaquetas menor de 20000	
			Paciente con derrame pleural menor de 95% administrar oxígeno por catéter	
			Paciente con saturación de 95% solo se observa	
			Todo lo anterior es falso	CORRECTA
A2	MANEJO SEGÚN CLASIFICACIÓN CLINICA	12) En cuanto al manejo de los pacientes del grupo B todo es correcto. Excepto	El no disponer de un hematocrito no debe retrasar la hidratación de la paciente	
			Se administra a razón de 10ml/kg en una hora	
			Se evalúa a la paciente 1h después si no hay mejoría clínica y la diuresis es <de10ml /kg/h repetir carga 1 o dos veces mas	
			Al evaluarse a la paciente nuevamente si existe mejoría clínica y diuresis mayor de 1ml/k se aumenta el goteo a 5-7ml en una hora	CORRECTA
		14) De acuerdo al manejo de dengue en pacientes del grupo C afirmamos lo siguiente. Excepto	La carga se inicia a 10ml/k	CORRECTA
			Si la evolución es satisfactoria y el hematocrito disminuye con respecto al basal se disminuye el volumen a 5-7ml/hora	
			Si el choque persiste pese a buen manejo y hidratación de la paciente se debe colocar catéter central	
			La carga inicial en estos pacientes es a 20ml /k en 15 a 30 minutos	

A3	MANEJO COMPLICACIONES	DE 10) En cuanto a derrame pleural señale lo falso	> del 30% poner en semifowler, O2, valorar ventilación mecánica	
			Derrame pleural > del 30% realizar toracocentesis	CORRECTA
			Se debe a extravasación de líquido por aumento de permeabilidad vascular	
			Total	
		18) En cuanto al manejo de las complicaciones hemorrágicas todo es correcto. Excepto	Si fibrinógeno menor de 100mg priorizar crioprecipitado a razón de 1u x 10kg	
			Si fibrinógeno es mayor de 100mg,TP y TPT Mayor de 1.5 el valor normal de control considerar PFC 10ml/k en 30min	
			a y b son falsas	CORRECTA
			Se transfundirá si plaquetas menos de 20000 con sangrado y será sometido a cirugía	
		19) En cuanto al dengue y el embarazo todo es correcto. Excepto	Las pacientes que cursan con APP y dengue se cumplirá maduración pulmonar del producto independientemente si existiera sangrado	CORRECTA
			No se interrumpirá embarazo hasta que este la paciente hemodinámicamente compensada	
La interrupción solo se hará en pacientes con emergencias obstétricas				
Si prueba de coagulación junto a la cama es mayor de 10min pasar crioprecipitado				
A4	MANEJO DE CHOQUE	15) En cuanto al manejo de paciente chocada la dosis de dopamina de una paciente que no mejora con la administración de cristaloides es de (Englobe la correcta)	3mcg/kg/min	
			7.5mcg/kg/min	CORRECTA
			1mcg/kg/min	
			Ninguna de las anteriores	

		16) En las pacientes chocadas cuando se administra vasopresores (Englobe la correcta?	Cuando PVC de menos 8cms	
			Cuando PVC de mayor de 8cms	CORRECTA
a es correcta				
Total				
		17) Que pensaría si a pesar de una reposición de volumen y compensación de la hemoconcentración persiste el estado de choque. Englobe la correcta	Existe falla neurológica que afecta la regulación de la presión	
			Sangrado interno o falla miocárdica	CORRECTA
			a y b son correctas	

ACTITUDES SOBRE DENGUE EN EL EMBARAZO

ACTITUD	DIMENSIÓN	SU-DIMENSIÓN	REACTIVO	CATEGORÍA
ACTITUD #1	Prevención como parte integral del abordaje de los brotes epidémicos del dengue	ANTE LA CONSEJERÍA Y EDUCACION A LOS FAMILIARES DE LOS CASOS	22) Es obligación del médico orientar a familiares de embarazada con dengue que deben destruir los criaderos de sancudos en su casa	MUY DE ACUERDO
				DE ACUERDO
				EN DESACUERDO
				Total
		ANTE LA COMUNICACIÓN CONTINUA CON LOS DINTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN	23) Es deber del médico informarse si se están haciendo controles de foco en casa de la paciente para disminuir los casos de dengue e informar a autoridades del hospital si se están tomando medidas para erradicar el dengue	MUY DE ACUERDO
				DE ACUERDO
ACTITUD #2	Responsabilidad y dedicación del médico ante el cuido de los pacientes	ANTE EL MONITOREO CONTINUO	21) Se debe tomar signos vitales cada hora hasta que pase la fase critica	MUY DE ACUERDO
				DE ACUERDO
				Total
		ANTE EL AUTO-ESTUDIO	24) El médico debe de repasar la norma de dengue con cada caso de dengue que se presenta	MUY DE ACUERDO
				DE ACUERDO
		ANTE EL PACIENTE CRÍTICO	25) Las embarazadas que llegan en fase crítica porque asisten tarde a la consulta	MUY DE ACUERDO
DE ACUERDO				
EN DESACUERDO				
Total				

PRÁCTICAS	CATEGORÍAS
26) Toma signos vitales cada hora en pacientes en fase crítica hasta que termina esta fase	SIEMPRE
	A VECES
	Total
27) Toma diuresis horaria hasta que termina en periodo crítico de la paciente	SIEMPRE
	A VECES
	Total
28) Toma hto antes y después de carga de hidratación	SIEMPRE
	A VECES
	Total
29) Recomienda siempre a enfermería uso estricto del mosquitero	SIEMPRE
	A VECES
	Total
30) Toma pulsos periféricos	SIEMPRE
31) Toma usted mismo los signos vitales en la emergencia en pacientes sospechoso de dengue	SIEMPRE
	A VECES
	Total

RESULTADOS

Se Realizó una encuesta a 24 residentes de ginecología del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de Diciembre 2013 a enero 2014 encontrándose los siguientes resultados.

Se les realizó 2 preguntas relacionadas con el ciclo de trasmisión encontrándose que al preguntársele sobre periodo infectante 15 de los residentes respondieron adecuadamente correspondiente a un 62.5% y en cuanto a la pregunta relacionada con el periodo de incubación 16 residentes respondieron correctamente para un 66.7%.

En lo referente a definición de caso probable de dengue 15 residentes coincidieron con la respuesta correcta que correspondía para 62.5%. 37.5% respondieron inadecuadamente

Cuando se realizó la pregunta relacionada a fases del dengue 15 respondieron adecuadamente para un 62.5%, 8 respondieron inadecuadamente para un 33.3% y 1 no contestó para un 4.2%

Siempre, en cuanto a la pregunta relacionada con las fases del dengue en lo relacionado a las características de cada fase, 10 residentes respondieron correctamente que significo un 41.7% y 14 residentes erraron en sus respuestas para un 58.3%.

En los ítems de clasificación de dengue que correspondían al área 4 del conocimiento 11 contestaron correctamente para un 45.8% un residente no respondió que significó un 4.2% y un 50% no acertó la respuesta correcta, y en lo relacionado a la evaluación diagnostica y fases de severidad un 100% de los encuestados contesto correctamente.

Acerca del mal pronóstico que correspondía a área 5 del conocimiento realizamos dos preguntas una que correspondía al manejo de paciente chocada que no respondía a administración de cristaloides,coloides,dopamina, dobutamina,norepinefrina 13 respondieron adecuadamente que correspondía para un 54.2 % 1 no respondió el ítems que represento un 4.2% y 41.6% respondieron incorrectamente y en lo relacionado a la pregunta que se refería a criterios del mal pronóstico solo 6 contestaron correctamente que representa un 25% 2 no contestaron a la respuesta para un 8.3% 16 no contestaron adecuadamente que represento un 66.7%

Se evaluó conocimiento de sobre mejoría clínica en de pacientes con dengue 19 estudiantes acertaron la respuesta que fue un 79.2% y 5 contestaron inadecuadamente que represento un 20.8%

En lo referente a las complicaciones maternas 16 residentes contestaron adecuadamente con un 66.7%, 8 respondieron incorrectamente con 33.3%

En lo relacionado al manejo de paciente con dengue al ingreso 15 de los residentes encuestados respondieron adecuadamente con 62.5% y 37.5% respondieron inadecuadamente que fueron 9 residentes.

Según el manejo de clasificación clínica en el grupo B, 13 residentes acertaron la respuesta correcta para un 54.2% uno no respondió que significo el 4.2% y el 41.6% no acertó la respuesta correcta que representaba 10 residentes.

Siempre en lo que respecta al manejo en el grupo C que correspondía al área A2 del conocimiento 16 respondieron correctamente para un 66.7% y 33.3 % respondió incorrectamente que correspondió a 8 residentes.

En lo que se referente al manejo de complicaciones en el dengue como el derrame pleural un 79.2% que correspondía a 19 residentes respondió adecuadamente 5 no acertaron que represento un 20.8% .

Siempre en el manejo de complicaciones que correspondían al A3 del conocimiento se hizo pregunta sobre complicaciones hemorrágicas encontrándose 13 residentes

coincidieron con la respuesta correcta que represento el 54.2% de la muestra 1 no contesto para 4.2% y 10(41.7%) respondieron incorrectamente

Referente siempre a las complicaciones y manejo se realizó pregunta del manejo de paciente con dengue en relación a la maduración pulmonar, interrupción del embarazo uso de crio precipitado encontrándose que 8(33.3%) respondió adecuadamente y 16(66.7%) respondieron incorrectamente

En lo relacionado al choque por dengue se hizo la pregunta sobre dosis de dopamina en pacientes en estado de choque encontrando 14(58.3%) de los residentes contesto adecuadamente, 10(41.7%) contestaron ítems incorrectos.

Siempre en mención al manejo de choque por dengue en el embarazo se preguntó sobre el uso de vasopresores según la presión venosa central observamos que 5(20.8%) respondieron presión mayor de 8cms que correspondía a la respuesta correcta y 19(79.2%) respondió inadecuadamente respondiendo la gran mayoría PVC menos de 8cms

Cuando abordamos acerca de manejo de choque sobre la falta de respuesta a la adecuada reposición del volumen y compensación del hematocrito y a pesar de ello existía persistencia del choque se encontró que 11(45.8%) contesto correctamente al acápite que era falla miocárdica y sangrado interno 13(54.2%) no respondieron correctamente.

Se investigó la actitud del residente en cuanto al cuidado de las pacientes para lo cual se agrupo la actitud en dos grupos que correspondían a la prevención y cuidados de las pacientes encontrando que al realizársele la pregunta que si es deber del médico orientar a familiares de embarazadas con dengue eliminar criaderos de mosquitos 21(87.5%) de los residentes mostraron una actitud favorable

En lo referente siempre a prevención se realizó otra pregunta donde se cuestionó si es deber del médico informarse si se están realizando controles de foco en casa de la paciente ingresada 20(83.3%) manifestó estar muy de acuerdo ,3(12.5%) de acuerdo ,1(4.2%) en desacuerdo.

Evaluamos la actitud del médico que implicaba responsabilidad y dedicación del médico ante el cuidado de sus pacientes donde incluimos el monitoreo continuo, auto-estudio, y ante un paciente crítica encontrando los siguientes resultados.

Se le pregunto que si se deben tomar los signos cada hora hasta que pase la fase crítica encontrando que 21(87%) estaban muy de acuerdo 3(12.5%) estaban de acuerdo

En relación al auto-estudio de la norma con cada paciente 21(87.5%) respondió estar muy de acuerdo 3(12.5%) de acuerdo

Refiriéndonos a la actitud ante una paciente crítica al preguntarle que si las pacientes llegaban en fase crítica era por su asistencia tarde a la consulta 12(50%) muy de acuerdo, 9(37.5%) de acuerdo, solo 3 (12.5%) estaban en desacuerdo

En cuanto a las prácticas sobre manejo de dengue se incluyeron preguntas referentes a cumplimiento de toma de signos vitales diuresis, toma de hematocrito, recomendaciones sobre uso de mosquiteros encontrando lo siguiente.

Al realizar las pregunta sobre toma de signos vitales horaria estricto hasta que pasara la fase crítica 22(91.7%) siempre le daba cumplimiento a toma de signos vitales horaria de manera estricta mientras estaba en fase crítica 2(8.3%) a veces daba cumplimiento

Con la toma de diuresis horaria en fase crítica 23(95.8%) tomaban la diuresis horaria estrictamente durante toda la fase crítica 1(4.2%) a veces la tomaba de forma estricta.

En relación a la toma de hematocrito capilar antes y después de la carga de hidratación 22(91.7%) siempre lo hacía solo 1 (4.2%) respondió a veces.

Se abordó que si el residente recomienda a enfermería el uso del mosquitero 15(62.5%) lo orientaba 9(37.5%) respondió a veces.

En relación al conocimiento sobre el ciclo de trasmisión del dengue 16(66.7%) no conoce ciclo de trasmisión 8(33.3%) no conocen

Referente al caso probable de dengue 15(62.5%) conocen 9(37.5%) no conocen.

Según el curso de la infección 17(70.8%) no conoce acerca del curso de la infección solo, 7(29.2%) conoce.

Sobre clasificación clínica de dengue 13(54.2%) no conoce 11(45.8%) conoce.

Refiriéndose al mal pronóstico 21(87.5%) no conoce criterios del mal pronóstico 3(12.5%) conoce.

Según la mejoría de paciente con dengue 19(79.2%) conoce datos de mejoría clínica 5(20.8%) no conoce.

Encontramos que 16(66.7%) conoce sobre complicaciones 8(33.3%) no conoce.

En mención al manejo al ingreso 15(62.5%) conoce manejo y 9(37.5%) no conoce.

Según el manejo clínico según clasificación clínica 17(70.8%) no conoce sobre manejo, 7(29.2%) no conoce.

Refiriéndonos al manejo de complicaciones 19(79.2%) no conoce el manejo 5(20.8%) conoce.

Sobre el manejo del choque 19(79.2%) no conoce solamente 5(20.8%) conocía.

En relación a conocimiento sobre ciclo de transmisión por año encontramos los siguiente.

R1 5(83.3%), R2 6(100%), R3 2(40%) ,3(42.9%) no conocen ciclo de transmisión.

Sobre definición de caso probable de dengue R1 3(50%),R2 3(50%),R3 3(60%),no conocían definición de caso probable en contraste con R4 7(100%) conocen la definición.

En mención al curso de la infección R1 5(83.3%), R2 6(100%), R3 3(60%), R4 4(42.9%) no conocen sin embargo observamos un poco de mejor de nivel de conocimiento por los R2

En relación a clasificación clínica de dengue R1 3(50%), R2 4(66.7%), R3 3(60%), R4 3(42.9%) no conocen con leve predominio del nivel del conocimiento de los R4 con un 4(57.1%).

Refiriéndonos a los factores de mal pronósticos R1 5(83.3%) R2 6(100%), R3 5(100%), R4 5(71.4%) no conocen siempre observándose mejor conocimiento por los R4.

Según los criterios de mejoría clínica R1 0 (0%), R2 2(33.3%), R3 2(40%), R4 1 (14.3%) no conocen predominando los R4 en conocimiento.

Cuando se evaluó conocimiento sobre complicaciones R1 3(50%), R2 1(16.7%), R3 4(80%), no conocen de complicaciones y 100% de los R4 si conocen.

Del manejo del dengue al ingreso observamos R1 4(66.7%), R2 2(33.3), R4 3(42.9%) no conocen predominando el mejor conocimiento de los R3 5(100%) .

Con respecto al manejo según clasificación clínica R1 4(66.7%), R2 5(83.3%), R3 5(100%), R4 3(42.9%) no conocen con predominio de mejor conocimiento por los residentes de mayor jerarquía.

Cuando se realizaron preguntas relacionadas con complicaciones encontramos que los R1 6(100%), R2 6(100%), R3 5(100%), R4 2(28.6%) no conocen observándose que R4 tienen un poco de mejor conocimiento sobre los demás residentes de menor jerarquía.

Respecto al manejo del choque encontramos lo siguiente R1 6(100%), R2 6(100%),5(100%),no conocen del manejo de choque en contraste con R4 que 5(71.4%) conocen el manejo de shock por dengue.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio de conocimiento actitudes y practicas sobre manejo de dengue en embarazadas realizado a 24 residentes de ginecología de los diferentes años del hospital Fernando Vélez Paiz encontramos que el nivel de conocimiento es bajo sin embargo se observaron buenas prácticas y actitudes el que comparamos con un estudio realizado en la universidad de Yucatán México sobre conocimientos y actitudes hacia dengue y su control en 676 estudiantes de medicina e ingeniería llamando la atención en este estudio que el conocimiento sobre dengue no se asoció a una actitud positiva coincidiendo con nuestro estudio en que las buenas actitudes y practicas no influyen sobre el conocimiento.

En este estudio se encontró que los estudiantes de medicina 19.7% y los estudiantes de ingeniería 30.9% mostraban una actitud positiva en cuanto a la preocupación que una opción para controlar el dengue era a través de fumigación y control de foco difiriendo de nuestro estudio el cual muestra que un 83.3% tiene una actitud muy favorable superior al presentado por este estudio.

En relación a eliminar los criaderos de mosquito 76.2% de los estudiantes de medicina y 59.1% de los estudiantes de ingeniería mostro una actitud favorable existiendo cierta similitud con el resultado de nuestro estudio la actitud fue favorable en un 87.5% coincidiendo un poco con los de medicina evidenciándose que existe mayor preocupación por el control del dengue en estudiantes de ciencias de la salud.

En el Centro de Investigaciones Regionales “Dr. HideyoNoguchi”, de la Universidad Autónoma de Yucatán; Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán; Instituto de Seguridad y; Unidad Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social; realizaron un estudio que asociaba factores de la personalidad relacionados con la participación de los médicos en un sistema de vigilancia del dengue .encontrándose que el factor entusiasmo influyo en la lucha contra el dengue y la personalidad de los médicos no influía coincidiendo con nuestro estudio el cual

mostro que los médicos poseían buenas actitudes en cuanto al control y prevención del dengue.

Un estudio realizado en Lambayeque, Perú a 30 médicos a los cuales se les realizó un cuestionario de 16 preguntas, el tamaño de la muestra fue de 115 médicos de establecimiento de primer nivel de atención y servicios de emergencia en hospitales de la región. Se encontró que el 50.4% de los médicos encuestados tiene un nivel de conocimiento bajo, el 48.7% un nivel de conocimiento medio y únicamente un 0.9% tubo un nivel de conocimiento alto sobre diagnóstico y tratamiento de dengue

Estudio CAP de dengue en los distritos de Cercado de Lima, La Victoria y San Luis. Lima, Perú. Junio 2004. Existiendo similitud con nuestro estudio en el cual se observa un nivel de conocimiento bajo en los de primero a tercer año con discreto nivel de conocimiento más alto por los residentes de mayor jerarquía.

En una provincia de cuba se realizó en el 2006, se llevó a cabo un estudio de intervención , en el personal de salud que participó en la atención médica a los pacientes afectados por Dengue que se encontraban ingresados en los Hospitales de Campaña creados en la Provincia Ciego de Ávila en los meses de Septiembre y Octubre del año 2006, aplicando técnicas de revisión documental en Historias Clínicas Individuales y entrevistas efectuadas tanto al personal de salud como a pacientes y familiares, detectando dificultades en el manejo con estos pacientes y falta de responsabilidad de la población en general ante las principales medidas de prevención de esta entidad, por lo que decidimos diseñar un Programa de Capacitación sobre Dengue, que incidiera en elevar el nivel de aprendizaje, posterior a esto pudimos apreciar que aumentó la calidad en la confección de las Historias Clínicas Individuales constatado por un equipo de revisión de este documento; también aumentó la responsabilidad de la población ante el riesgo de la epidemia pues se elevó la asistencia a consultas, puestos médicos, consultorios de personas ante síntomas sugestivos de Dengue, esto se constató en hojas de cargo y registros de consultas; también disminuyó el nivel de focos de mosquito en las viviendas constatado por las brigadas de lucha antivectorial y finalmente lográndose el control epidémico de esta patología, difiriendo de nuestro estudio que

a pesar de existir buenas prácticas y actitudes existe un bajo nivel de conocimientos sobre manejo de dengue en embarazadas pese a realizarse capacitaciones sobre el manejo durante la epidemia, sin embargo se evidencia que las buenas prácticas y actitudes de los residentes no permitió complicaciones ni muertes maternas durante la epidemia registrada en el 2013.

Comentarios relevantes

En este estudio nos planteamos una serie de preguntas relevantes tomando en cuenta los resultados obtenidos.

De forma global, existen diferencias de conocimientos según el año de residencia. Pueden existir muchas causas entre ellas podemos mencionar mayor experiencia, mayor contacto con los casos más delicados, y que los residentes de mayor jerarquía ya han sido capacitados anteriormente y además tienen mayor responsabilidad a medida que avanza en jerarquía,

En cuanto a las capacitaciones recibidas a nivel del Hospital, cada vez que existen brotes epidémicos se realizan capacitaciones en el hospital a residentes orientados por los SILAIS como medidas de emergencia

Sin embargo los residentes obtuvieron mejor evaluación en cuanto al manejo y practica y no en los conocimientos básicos, probablemente debido a que las buenas actitudes y practicas no están relacionadas con el conocimiento del residente sobre todo en el caso de los de menor jerarquía, ya que atienden a orientaciones dictadas por un médico de base o residente de mayor jerarquía pero no está completamente involucrado en la atención de pacientes delicados y está más asignados a realizar tomas de muestra, garantizar exámenes ,cumplir las normativas del protocolo y de alguna manera o otra el residente a aprendido a manejar estos casos por que observa cómo se manejan estos casos pero a no leído en relación a la patología en cuestión

En general notamos que los residentes tienen aparentemente actitudes muy favorables y conocimientos relativamente bajos

Concluimos que la actitud no se asocia a un buen conocimiento, porque existen personas prácticas que pueden solucionar problemas sin haber tenido conocimientos previos sin embargo cada uno de los residentes a tenido algún tipo de capacitación sobre dengue durante su carrera que le permite solucionar problemas o los resuelve con ayuda del médico de base

Sin embargo debemos preguntarnos qué podemos hacer para resolver este problema. Creemos que es necesario un mayor involucramiento del residente de menor jerarquía en el manejo de pacientes delicadas y que su trabajo no sea solamente administrativo.

Por otro lado se deben llevar control estricto de los residentes que asisten a las capacitaciones y establecer un sistema efectivo de evaluación y monitoreo.

Al realizar las capacitaciones no solo deben estar enfocadas a llenado de papelería, llenados de ficha, toma de muestras, información de los casos, comportamiento de la epidemia sino que debe estar encaminada a recordar aspectos como definición fisiopatología clasificación clínica, realizar exámenes que aborden el manejo de pacientes críticos, casos clínicos conducta a seguir según manejo y no depender tanto de algo normado debemos tener conocimientos sobre el comportamiento. La norma nos indica que tenemos que hacer pero pocos se preocupan de documentarse del porqué de las cosas.

CONCLUSIONES

1. Un alto porcentaje de residentes desconoce (66.7%) sobre el ciclo de transmisión, 70.8% desconocen el curso de la infección ,87.5% no conoce los criterios de mal pronóstico. Según el manejo clínico de acuerdo a clasificación clínica 17(70.8%) no conoce sobre manejo.
2. En cuanto al conocimiento sobre el manejo de complicaciones 19(79.2%) no conoce el manejo 5(20.8%) conoce. Sobre el manejo del choque 19(79.2%) no conoce, solamente 5(20.8%) conocía.
3. En cuanto a los conocimientos por año encontramos que los residentes de mayor jerarquía saben más sobre ciclo de transmisión que los de menor jerarquía.
4. Con relación al conocimiento sobre definición de caso probable de dengue R1 3(50%), R2 3(50%), R3 3(60%), no conocían definición de caso probable en contraste con R4 7(100%) que si conocen la definición.
5. Al evaluar el conocimiento sobre el curso de la infección R1 5(83.3%),R2 6(100%), R3 3(60%),R4 4(42.9%) no conocía sobre este tópico, sin embargo observamos un poco de mejor de nivel de conocimiento en los R4
6. En relación a clasificación clínica de dengue R1 3(50%), R2 4(66.7%), R3 3(60%), R4 3(42.9%) no conocen con leve predominio del nivel del conocimiento de los R4 con un 4(57.1%).
7. En cuanto al conocimiento de os factores de mal pronósticos R1 5(83.3%) R2 6(100%), R3 5(100%), R4 5(71.4%) no conocen siempre observándose mejor conocimiento por los R4.
8. Con respecto al conocimiento de los criterios de mejoría clínica R1 0 (0%), R2 2(33.3%), R3 2(40%), R4 1 (14.3%) no conocía, predominando los R4 en conocimiento.

-
9. Cuando se evaluó conocimiento sobre complicaciones R1 3(50%), R2 1(16.7%), R3 4(80%), no conocen de complicaciones y 100% de los R4 si conocían.
10. En cuanto al conocimiento sobre el manejo del dengue al ingreso observamos R1 4(66.7%), R2 2(33.3), R4 3(42.9%) no conocen predominando el mejor conocimiento de los R3 5(100%) .
11. Cuando se realizaron preguntas relacionadas con complicaciones encontramos que los R1 6(100%), R2 6(100%), R3 5(100%), R4 2(28.6%) no conocen observándose que R4 tienen un poco de mejor conocimiento sobre los demás residentes de menor jerarquía.

RECOMENDACIONES

Al personal médico hospitalario

En lo encontrado en nuestro trabajo, indican que el personal médico de la especialidad de ginecología tiene debilidades en relación al conocimiento general sobre dengue, en el manejo de complicaciones ,manejo de choque que fueron compensadas por las buenas actitudes y prácticas por lo que el médico deberá estar en continuo auto-estudio y preparación en la búsqueda de nuevas estrategias con el fin de enfrentar con un buen manejo y poder controlar los brotes epidémicos de dengue que podrían suscitarse debido a la amenaza latente del dengue , Por lo que motivamos a nuestro personal médico en formación complementar esas buenas prácticas y actitudes con el buen conocimientos que aunque se logró erradicar la epidemia aun es latente la posibilidad de nuevas epidemias que solo con el auto-estudio lograremos mejores resultados que mejoraría aún más la calidad de atención de nuestras pacientes .

A las autoridades hospitalarias y al Ministerio de Salud

Las autoridades hospitalarias y del Ministerio de Salud deben considerar la posibilidad de adoptar planes estratégicos orientados a armonizar esas buenas actitudes y prácticas con el conocimiento

Este estudio revela de forma adicional que los residentes de menor jerarquía posee un nivel de conocimiento un poco más bajo que los R3 y R4 en los aspectos analizados por lo que consideramos que el residente de menor jerarquía debe de estar involucrado en el manejo de estas pacientes procurando que el tiempo del

residente de menor rango no se consuma en actividades administrativas que enlentecen el proceso de aprendizaje.

A la comunidad académica

Recordar que el residente de menor jerarquía entre más se involucre con el manejo y diagnóstico de los pacientes mejor será su desempeño que solo se lograra asignando responsabilidades bajo la supervisión de un residente de mayor jerarquía.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO: Global Strategy for dengue prevention and control, 2012–2020 / WHO report. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
2. WHO: Dengue and severe dengue - Fact sheet N°117 (Updated September 2013: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/index.html#>). In.: WHO Media centre / World Health Organization; 2013.
3. PAHT: Dengue in Nicaragua: A review of control status, trends, and needs: Program for Appropriate Technology in Health (PATH); 2011.
4. OPS / OMS: Situación de dengue en Centro América y República Dominicana (Actualización hasta SE 19 de 2013): Programa Regional de Dengue - Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 2013.
5. MINSA Nicaragua: Base de datos de estadísticas vitales, servicios y recursos. Managua: Oficina Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud 2010.
6. MINSA Nicaragua: Boletín Epidemiológico Semana 37. Notificaciones Recibidas al jueves 19 de septiembre de 2013 (hasta la Semana Epidemiológica 37) - Casos Semanales, Acumulados y Tasas Nicaragua 2012 y 2013.; 2013.
7. MINSA Nicaragua: COMPAÑERA ROSARIO DA A CONOCER ÚLTIMO PARTE SOBRE EL DENGUE -Sábado, 09 de Noviembre de 2013 17:42. In. Sitio web del Ministerio de Salud (http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=3390:companera-rosario-da-a-conocer-ultimo-parte-sobre-el-dengue&catid=68:noticias-2013); 2013.
8. González Gilma, Alméndarez, Juan José, Cuadra Steven (2014). Comportamiento clínico y epidemiológico del dengue en mujeres

-
- embarazadas atendidas en el Hospital Fernando Vélez Paiz, durante el brote epidémico nacional de dengue de Agosto a Diciembre del 2014. Tesis Monográfica Para Optar Al Título De Especialista Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Marzo 2014.
9. MINSA Nicaragua. Guía para el manejo del dengue en Adultos y embarazadas. Dirección Superior, Ministerio de Salud de la República de Nicaragua. Managua; 2011.
 10. PAICO-ROMERO, Claudia; POLO-CAPUNAY, Ana; DIAZ-EXEBIO, Grecia y DIAZ-VELEZ, Cristian. Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque. Acta méd. peruana [online]. 2012, vol.29, n.3 [citado 2014-03-21], pp. 143-147 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.
 11. Olga Aida Alfonso Pérez, Yurisán Espinosa Ponce, Pedro Antonio Alfonso Martínez, Magaly Rita Gómez Verano. Programa de Capacitación sobre Dengue. MediCiego 2007; 13 (1). http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a2_v13_0107.htm
 12. Loroño-Pino MA, Osés-Bargas RM, Rodríguez-Angulo EM, Vargas-Correa J, Castillo-Sánchez E, Gutierrez-Sauri M, Vargas-Ancona L, Ojeda-Baranda R, Flores-Flores LF, Rosado-Paredes EP, Farfán-Ale JA. Factores de la personalidad relacionados con la participación de los médicos en un sistema de vigilancia del dengue. Rev Biomed 1999; 10 (3)
 13. LAZA VASQUEZ, C. y SANCHEZ VANEGAS, G.. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Enferm. glob. [online]. 2012, vol.11, n.26 [citado 2014-03-21], pp. 408-415 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200025&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200025>.

-
14. Jaroszuk, M. L., de los Milagros Leguizamon, C. S., Fridrich, M. A. E., & Olivetti, M. F. V. ENFERMEDAD DEL DENGUE EN EL EMBARAZO. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 210 – Diciembre 2011
15. Holman, Abigail. Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en el ámbito de la protección de la infancia: guía detallada para el diseño e implementación de métodos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para programas de protección de la infancia. Iniciativa de Protección de la Infancia, Save the Children. 2012, 118 p.

ANEXOS

ANEXOS

Encuesta CAP realizada a residentes del hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de Diciembre 2013 a Enero 2014 sobre conocimientos y manejo de dengue en embarazadas.

Nivel Académico: R1____ R2____ R3____ R4____

Conocimientos generales de dengue:

1) ¿Después que el mosquito pica a una persona enferma de dengue que periodo tiene que transcurrir para infectar a otra persona sana?

Englobe la pregunta correcta.

- a) 3-4 días
- b) 1 día
- c) 15 días
- d) 8-12 días

2) ¿Cuánto tiempo después de la picadura de mosquito aparecen los síntomas?

- a) 4-7 días
- b) A los 3 días
- c) 8-12 días
- d) Después de la viremia

3) De la definición de caso probable de dengue decimos:

- a) Fiebre de 14 días más dolor retro ocular, cefalea, mialgias y artralgias, rash Cutáneo, leucopenia, prueba de lazo positiva
- b) Prueba de lazo positiva, fiebre menor de 7 días, leucocitosis
- c) Fiebre alta menor de 7 días, dolores y molestias, leucopenia
- d) Toda fiebre sin síntomas agregados

4) Del dengue afirmamos

- a) La fase febril dura 2-7 días
- b) La fase crítica de 3-7 días
- c) En fase de recuperación es frecuente encontrar erupción cutánea llamada islas Blancas en el mar rojo
- d) Todas son verdaderas

5) Señale la respuesta incorrecta

- a) La fase febril se caracteriza por deshidratación fiebre alta
- b) La fase de recuperación se caracteriza por hipovolemia, riesgo de infección, Síntomas depresivos
- c) La fase crítica se caracteriza por fuga capilar hemorragias graves
- e) a y c son correctas

Clasificación clínica de dengue

6) Señale la correcta

- a) La fiebre, anorexia, rash, la leucopenia es característico de dengue sin signos de alarma
- b) La letargia la inquietud, hígado aumentado más de 2 cms ASTo ALT > 1000 es Característico de dengue con síntomas de alarma
- c) Respuesta b es correcta
- d) Perdida de la conciencia es característico de dengue con signos de alarma

7) Señale la correcta

¿Qué pensaría si una paciente chocada no responde al tratamiento con cristaloides, coloides, dopamina dobutamina, norepinefrina?

- a) Debe administrar mas cristaloides
- b) Tiene un edema de pulmón
- c) Disfunción sistólica
- d) Debe pasarse plaquetas

8) Son factores de mal pronósticos los siguientes:

- a) Choque menor de 30min
- b) Choque refractario que responde a vasopresores y expansores de volumen
- c) Leucocitosis en ausencia de infección
- d) Ninguna de las anteriores

9) De acuerdo a la evaluación diagnóstica y fases de severidad para dengue afirmamos lo siguiente

- a) Grupo A: Son aquellos pacientes que presentan cuadro clínico de dengue sin manifestaciones de alarma ni de gravedad. Puede ser manejado en el hogar

- b) Grupo B: Pacientes que presentan cuadro clínico de dengue con Manifestaciones de alarma, sin ser graves. Requiere internamiento para manejo y vigilancia constante

- c) Grupo C: Paciente que presenta cuadro clínico de dengue con manifestaciones de gravedad. Requiere tratamiento de urgencia e internamiento

- d) Todas son verdaderas.

10) En cuanto a derrame pleural señale lo falso

- a) > del 30% poner en semifowler, O₂, valorar ventilación mecánica

- b) Derrame pleural > del 30% realizar toracocentesis

- c) Es una complicación del dengue

- d) Se debe a extravasación de líquido por aumento de permeabilidad vascular

11) En cuanto al manejo al ingreso de la paciente todo es verdadero.

Excepto

- a) Hematocrito cada 12 hrs si plaquetas menor de 20000

- b) Paciente con derrame pleural menor de 95% administrar oxígeno por catéter

c) Paciente con saturación de 95% solo se observa

d) Todo lo anterior es falso

12) En cuanto al manejo de los pacientes del grupo B todo es correcto. Excepto

a) El no disponer de un hematocrito no debe retrasar la hidratación de la paciente

b) Se administra a razón de 10ml/kg en una hora

c) Se evalúa a la paciente 1h después si no hay mejoría clínica y la diuresis es <de 10ml /kg/h repetir carga 1 o dos veces mas

d) Al evaluarse a la paciente nuevamente si existe mejoría clínica y diuresis mayor de 1ml/k se aumenta el goteo a 5-7ml en una hora

13) La mejoría clínica está dada por. Excepto

a) Diuresis adecuada

b) Derrame de un 40%

c) Disminución del hematocrito por debajo del valor de base

d) Normalización de los signos vitales

14) De acuerdo al manejo de dengue en pacientes del grupo C afirmamos lo siguiente. Excepto

a) La carga se inicia a 10ml/k

b) Si la evolución es satisfactoria y el hematocrito disminuye con respecto al basal se disminuye el volumen a 5-7ml/hora

c) Si el choque persiste pese a buen manejo y hidratación de la paciente se debe colocar catéter central

d) La carga inicial en estos pacientes es a 20ml /k en 15 a 30 minutos

15) En cuanto al manejo de paciente chocada la dosis de dopamina de una paciente que no mejora con la administración de cristaloides es de

Englobe la correcta

a) 3mcg/kg/min

b) 7.5mcg/kg/min

c) 1mcg/kg/min

d) Ninguna de las anteriores

16) En las pacientes chocadas cuando se administra vasopresores

Englobe la correcta

a) Cuando PVC de menos 8cms

b) Cuando PVC de mayor de 8cms

c) Cuando la PVC de 18cms

d) a es correcta

17) Que pensaría si a pesar de una reposición de volumen y compensación de la hemoconcentración persiste el estado de choque.

Englobe la correcta

- a) Existe falla neurológica que afecta la regulación de la presión
- b) Existe desensibilización de los barorreceptores
- c) Sangrado interno o falla miocárdica
- d) a y b son correctas

18) En cuanto al manejo de las complicaciones hemorrágicas todo es correcto.

Excepto

- a) Si fibrinógeno $<100\text{mg}$ priorizar crio precipitado a razón de $1\text{ux}10\text{kg}$
- b) Si fibrinógeno es $>100\text{mg}$, TP y TPT >1.5 el valor normal del control considerar PFC 10ml/k en 30 min
- c) a y b son falsas
- d) Se transfundirá si plaquetas menos de 20000 con sangrado y será sometido a cirugía

19) En cuanto al dengue y el embarazo todo es correcto.

Excepto

- a) Las pacientes que cursan con APP y dengue se cumplirá maduración pulmonar del producto independientemente si existiera sangrado
- b) No se interrumpirá embarazo hasta que esté la paciente hemodinámicamente compensada

- c) La interrupción solo se hará en pacientes con emergencias obstétricas
- d) Si prueba de coagulación junto a la cama es mayor de 10min pasar crio precipitado

20) Son complicaciones maternas.

Excepto

- a) Encefalitis
- b) CID
- c) RCIU
- d) Hematoma placentario

Actitud:

21) Se debe tomar signos vitales cada hora hasta que pase la fase critica

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Indiferente

22) Es obligación del médico orientar a familiares de embarazada con dengue que deben destruir los criaderos de sancudos en su casa

- a) Muy de acuerdo**
- b) De acuerdo**
- c) En desacuerdo**
- d) Indiferente**

23) Es deber del médico informarse si se están haciendo controles de foco en casa de la paciente para disminuir los casos de dengue e informar a autoridades del hospital si se están tomando medidas para erradicar el dengue

- a) Muy de acuerdo**
- b) De acuerdo**
- c) En desacuerdo**
- d) Indiferente**

24) El médico debe de repasar la norma de dengue con cada caso de dengue que se presenta

- a) Muy de acuerdo**
- b) De acuerdo**
- c) En desacuerdo**
- d) Indiferente**

25) Las embarazadas que llegan en fase crítica porque asisten tarde a la consulta

a) Muy de acuerdo

b) De acuerdo

c) En desacuerdo

d) Indiferente

Prácticas:

26) Toma signos vitales cada hora en pacientes en fase crítica hasta que termina esta fase

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

27) Toma diuresis horaria hasta que termina en periodo crítico de la paciente

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

28) Toma hto antes y después de carga de hidratación

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

29) Recomienda siempre a enfermería uso estricto del mosquitero

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

30) Toma pulsos periféricos

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

31) Toma usted mismo los signos vitales en la emergencia en pacientes sospechoso de dengue

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

AREAS DE CONOCIMIENTO	SUB ÁREAS	Cantidad de preguntas	numero de las preguntas
GENERALIDADES DE DENGUE	CICLO DE TRANSMISIÓN	2	1,2
	DIFINICION DE CASO PROBABLE DE DENGUE	1	3
	CURSO DE LA INFECCIÓN	2	4,5
	CLASIFICACIÓN CLÍNICA	2	6,9
	FACTORES DE MAL PRONÓSTICO	2	7,8
	CRITERIOS DE MEJORÍA CLÍNICA	1	13
	COMPLICACIONES	1	20
MANEJO TERAPÉUTICO	MANEJO AL INGRESO	1	11
	MANEJO SEGÚN CLASIFICACIÓN CLINICA	2	12,14
	MANEJO DE COMPLICACIONES	3	10, 18,19
	MANEJO DE CHOQUE	3	15,16,17

SUB ÁREAS	Cantidad de preguntas	numero de las preguntas
ANTE LA CONSEJERÍA Y EDUCACION A LOS FAMILIARES DE LOS CASOS	1	22
ANTE LA COMUNICACIÓN CONTINUA CON LOS DINTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN	1	23
ANTE EL MONITOREO CONTINUO	1	21
ANTE EL AUTO-ESTUDIO	1	24
ANTE EL PACIENTE CRÍTICO	1	25

SUB ÁREAS	Cantidad de preguntas	numero de las preguntas
	6	26.27.28.29.30.31

Conocimiento General

CODIGO	ÁREA DE CONOCIMIENTO	PREGUNTAS CORRESPONDIENTES	CATEGORÍAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
A1	CICLO DE TRANSMISIÓN	1) ¿Después que el mosquito pica a una persona enferma de dengue que periodo tiene que transcurrir para infectar a otra persona sana?	3-4 días	5	20.8	20.8
			15 días	4	16.7	16.7
			de 8 a 12 días	15	62.5	62.5
			Total	24	100.0	100.0
		2) ¿Cuánto tiempo después de la picadura de mosquito aparecen los síntomas?	4-7 días	16	66.7	66.7
			3 días	4	16.7	16.7
			8 a 12 días	3	12.5	12.5
			Después de la viremia	1	4.2	4.2
			Total	24	100.0	100.0
A2	DEFINICIÓN DE CASO PROBABLE DE DENGUE	3) De la definición de caso probable de dengue decimos:	Fiebre de 14 días mas dolor retroocular, cefalea, mialgias y artralgias, rash cutáneo, leucopenia, prueba de lazo positiva	2	8.3	8.3
			Prueba de lazo positiva, fiebre menor de 7 días, leucocitosis	1	4.2	4.2
			Fiebre alta menor de 7 días, dolores y molestias, leucopenia	15	62.5	62.5
			Toda fiebre sin síntomas agregados	6	25.0	25.0
			Total	24	100.0	100.0
A3	CURSO DE LA INFECCION	4) En cuanto a las fases del dengue afirmamos	La fase febril dura 2-7 días	5	20.8	21.7
			La fase crítica de 3-7 días	2	8.3	8.7

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

A4	CLASIFICACION CLÍNICA DE DENGUE		En fase de recuperación es frecuente encontrar erupción cutánea llamada islas blancas en el mar rojo	1	4.2	4.3
			Todas son verdaderas	15	62.5	65.2
			Total	23	95.8	100.0
		NO RESPONDIERON		1	4.2	
		Total		24	100.0	
		5) En cuanto a las fases del dengue señale la respuesta incorrecta	La fase febril se caracteriza por deshidratación fiebre alta	1	4.2	4.2
			La fase de recuperación se caracteriza por hipovolemia, riesgo de infección, síntomas depresivos	10	41.7	41.7
			La fase crítica se caracteriza por fuga capilar hemorragias graves	1	4.2	4.2
			a y c son correctas	12	50.0	50.0
			Total	24	100.0	100.0
		6) En cuanto a la clasificación clínica de dengue señale la correcta	La fiebre, anorexia, rash, la leucopenia es característico de dengue sin signos de alarma	11	45.8	47.8
			La letargia la inquietud, hígado aumentado más de 2 cms ASTo ALT > 1000 es característico de dengue con síntomas de alarma	8	33.3	34.8
			Respuesta b es correcta	4	16.7	17.4
			Total	23	95.8	100.0
			NO RESPONDIERON		1	4.2
Total		24	100.0			

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

		9) De acuerdo a la evaluación diagnóstica y fases de severidad para dengue afirmamos lo siguiente				
			Todas son correctas	24	100.0	100.0
		Total		24	100.0	100.0
A5	FACTOR DE MAL PRONÓSTICO	7) ¿Qué pensaría si una paciente chocada no responde al tratamiento con cristaloides, coloideos, dopamina, dobutamina, norepinefrina? Señale la correcta	Debe administrar mas cristaloides	5	20.8	21.7
			Tiene un edema de pulmón	5	20.8	21.7
			Disfunción sistólica	13	54.2	56.5
			Total	23	95.8	100.0
		NO RESPONDIERON		1	4.2	
		Total		24	100.0	
		8) Son factores de mal pronósticos los siguientes:	Choque refractario que responde a vasopresores y expansores de volumen	7	29.2	31.8
			Leucocitosis en ausencia de infección	6	25.0	27.3
			Ninguna de las anteriores	9	37.5	40.9
			Total	22	91.7	100.0
		NO RESPONDIERON		2	8.3	
		Total		24	100.0	
A6	MEJORÍA CLÍNICA	13) La mejoría clínica está dada por. Excepto	Diuresis adecuada	2	8.3	8.3
			Derrame de un 40%	19	79.2	79.2
			Disminución del hematocrito por debajo del valor de base	1	4.2	4.2

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

			Normalización de los signos vitales	2	8.3	8.3
			Total	24	100.0	100.0
A7	COMPLICACIONES	20) Son complicaciones maternas. Excepto	Encefalitis	6	25.0	25.0
			CID	2	8.3	8.3
			RCIU	16	66.7	66.7
			Total	24	100.0	100.0

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A1	MANEJO AL INGRESO	11) En cuanto al manejo al ingreso de la paciente todo es verdadero, Excepto	Hematocrito cada 12 hrs si plaquetas menor de 20000	2	8.3	8.3	8.3
			Paciente con derrame pleural menor de 95% administrar oxígeno por catéter	3	12.5	12.5	20.8
			Paciente con saturación de 95% solo se observa	4	16.7	16.7	37.5
			Todo lo anterior es falso	15	62.5	62.5	100.0
			Total	24	100.0	100.0	
A2	MANEJO SEGÚN CLASIFICACIÓN CLINICA	12) En cuanto al manejo de los pacientes del grupo B todo es correcto. Excepto	El no disponer de un hematocrito no debe retrasar la hidratación de la paciente	1	4.2	4.3	4.3
			Se administra a razón de 10ml/kg en una hora	1	4.2	4.3	8.7
			Se evalúa a la paciente 1h después si no hay mejoría clínica y la diuresis es <de10ml /kg/h repetir carga 1 o dos veces mas	8	33.3	34.8	43.5
			Al evaluarse a la paciente nuevamente si existe mejoría clínica y diuresis mayor de 1ml/k se aumenta el goteo a 5-7ml en una hora	13	54.2	56.5	100.0
			Total	23	95.8	100.0	
		Perdidos	Sistema	1	4.2		
		Total		24	100.0		
		14) De acuerdo al manejo de dengue en pacientes del grupo C afirmamos lo siguiente. Excepto	La carga se inicia a 10ml/k	16	66.7	66.7	66.7
			Si la evolución es satisfactoria y el hematocrito disminuye con respecto al basal se disminuye el volumen a 5-7ml/hora	1	4.2	4.2	70.8

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

			Si el choque persiste pese a buen manejo y hidratación de la paciente se debe colocar catéter central	3	12.5	12.5	83.3
			La carga inicial en estos pacientes es a 20ml /k en 15 a 30 minutos	4	16.7	16.7	100.0
			Total	24	100.0	100.0	
A3	MANEJO DE COMPLICACIONES	10) En cuanto a derrame pleural señale lo falso	> del 30% poner en semifowler, O2, valorar ventilación mecánica	4	16.7	16.7	16.7
			Derrame pleural > del 30% realizar toracocentesis	19	79.2	79.2	95.8
			Se debe a extravasación de líquido por aumento de permeabilidad vascular	1	4.2	4.2	100.0
			Total	24	100.0	100.0	
		18) En cuanto al manejo de las complicaciones hemorrágicas todo es correcto. Excepto	a y b son falsas	13	54.2	56.5	56.5
			Se transfundirá si plaquetas menos de 20000 con sangrado y será sometido a cirugía	10	41.7	43.5	100.0
			Total	23	95.8	100.0	
		Perdidos	Sistema	1	4.2		
		Total		24	100.0		
		19) En cuanto al dengue y el embarazo todo es correcto. Excepto	Las pacientes que cursan con APP y dengue se cumplirá maduración pulmonar del producto independientemente si existiera sangrado	8	33.3	33.3	33.3
			No se interrumpirá embarazo hasta que este la paciente hemodinámicamente compensada	6	25.0	25.0	58.3
			La interrupción solo se hará en pacientes con emergencias obstétricas	5	20.8	20.8	79.2

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

			Si prueba de coagulación junto a la cama es mayor de 10min pasar crioprecipitado	5	20.8	20.8	100.0
			Total	24	100.0	100.0	
A4	MANEJO DE CHOQUE	15) En cuanto al manejo de paciente chocada la dosis de dopamina de una paciente que no mejora con la administración de cristaloides es de (Englobe la correcta)	3mcg/kg/min	4	16.7	16.7	16.7
			7.5mcg/kg/min	14	58.3	58.3	75.0
			1mcg/kg/min	3	12.5	12.5	87.5
			Ninguna de las anteriores	3	12.5	12.5	100.0
			Total	24	100.0	100.0	
		16) En las pacientes chocadas cuando se administra vasopresores (Englobe la correcta?)	Cuando PVC de menos 8cms	14	58.3	58.3	58.3
			Cuando PVC de mayor de 8cms	5	20.8	20.8	79.2
			a es correcta	5	20.8	20.8	100.0
			Total	24	100.0	100.0	
		17) Que pensaría si a pesar de una reposición de volumen y compensación de la hemoconcentración persiste el estado de choque. Englobe la correcta	Existe falla neurológica que afecta la regulación de la presión	3	12.5	13.0	13.0
			Sangrado interno o falla miocardica	11	45.8	47.8	60.9
			a y b son correctas	9	37.5	39.1	100.0
			Total	23	95.8	100.0	
		Perdidos	Sistema	1	4.2		
Total		24	100.0				

Actitudes

					Frecuencia	Porcentaje
ACTITUD #1	Prevención como parte integral del abordaje de los brotes epidémicos del dengue	ANTE LA CONSEJERÍA Y EDUCACION A LOS FAMILIARES DE LOS CASOS	22) Es obligación del médico orientar a familiares de embarazada con dengue que deben destruir los criaderos de sancudos en su casa	MUY DE ACUERDO	21	87.5
				DE ACUERDO	1	4.2
				EN DESACUERDO	2	8.3
				Total	24	100.0
	ANTE LA COMUNICACIÓN CONTINUA CON LOS DINTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN	23) Es deber del médico informarse si se están haciendo controles de foco en casa de la paciente para disminuir los casos de dengue e informar a autoridades del hospital si se están tomando medidas para erradicar el dengue	MUY DE ACUERDO	20	83.3	
			DE ACUERDO	3	12.5	
			EN DESACUERDO	1	4.2	
			Total	24	100.0	
ACTITUD #2	Responsabilidad y dedicación del médico ante el cuido de los pacientes	ANTE EL MONITOREO CONTINUO	21) Se debe tomar signos vitales cada hora hasta que pase la fase critica	MUY DE ACUERDO	21	87.5
				DE ACUERDO	3	12.5
				Total	24	100.0
		ANTE EL AUTO-ESTUDIO	24) El médico debe de repasar la norma de dengue con cada caso de dengue que se presenta	MUY DE ACUERDO	21	87.5
				DE ACUERDO	3	12.5
				Total	24	100.0
	ANTE EL PACIENTE CRÍRTICO	25) Las embarazadas que llegan en fase crítica porque asisten tarde a la consulta	MUY DE ACUERDO	12	50.0	
			DE ACUERDO	9	37.5	
			EN DESACUERDO	3	12.5	
	Total	24	100.0			

Prácticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
26) Toma signos vitales cada hora en pacientes en fase crítica hasta que termina esta fase	SIEMPRE	22	91.7	91.7	91.7
	A VECES	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	
27) Toma diuresis horaria hasta que termina en periodo crítico de la paciente	SIEMPRE	23	95.8	95.8	95.8
	A VECES	1	4.2	4.2	100.0
	Total	24	100.0	100.0	
28) Toma hto antes y después de carga de hidratación	SIEMPRE	22	91.7	91.7	91.7
	A VECES	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	
29) Recomienda siempre a enfermería uso estricto del mosquitero	SIEMPRE	15	62.5	62.5	62.5
	A VECES	9	37.5	37.5	100.0
	Total	24	100.0	100.0	
30) Toma pulsos periféricos	SIEMPRE	24	100.0	100.0	100.0
31) Toma usted mismo los signos vitales en la emergencia en pacientes sospechoso de dengue	SIEMPRE	15	62.5	62.5	62.5
	A VECES	9	37.5	37.5	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Actitudes – Escala

		ACTITUD1	ACTITUD2
N	Válidos	24	24
Mediana		4.0000	3.6667
Mínimo		2.00	3.00
Máximo		4.00	4.00
Percentiles	25	4.0000	3.4167
	75	4.0000	4.0000

Conocimiento

		Frecuencia	Porcentaje
CICLO DE TRANSMISIÓN	NO CONOCE	16	66.7
	CONOCE	8	33.3
	Total	24	100.0
DEFINICIÓN DE CASO PROBABLE DE DENGUE	NO CONOCE	9	37.5
	CONOCE	15	62.5
	Total	24	100.0
CURSO DE LA INFECCION	NO CONOCE	17	70.8
	CONOCE	7	29.2
	Total	24	100.0
CLASIFICACION CLÍNICA DE DENGUE	NO CONOCE	13	54.2
	CONOCE	11	45.8
	Total	24	100.0
FACTOR DE MAL PRONÓSTICO	NO CONOCE	21	87.5
	CONOCE	3	12.5
	Total	24	100.0
MEJORÍA CLÍNICA	NO CONOCE	5	20.8
	CONOCE	19	79.2
	Total	24	100.0
COMPLICACIONES	NO CONOCE	8	33.3
	CONOCE	16	66.7
	Total	24	100.0

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

		Frecuencia	Porcentaje
MANEJO AL INGRESO	NO CONOCE	9	37.5
	CONOCE	15	62.5
	Total	24	100.0
MANEJO SEGÚN CLASIFICACIÓN CLINICA	NO CONOCE	17	70.8
	CONOCE	7	29.2
	Total	24	100.0
MANEJO DE COMPLICACIONES	NO CONOCE	19	79.2
	CONOCE	5	20.8
	Total	24	100.0
MANEJO DE CHOQUE	NO CONOCE	19	79.2
	CONOCE	5	20.8
	Total	24	100.0

Conocimiento por año

		AÑO DE RESIDENCIA								Total		CHI CUADRADO		
		1		2		3		4				Valor	gl	p
		n	%	n	%	n	%	n	%					
CICLO DE TRANSMISIÓN	NO CONOCE	5	83.3%	6	100.0%	2	40.0%	3	42.9%	16	66.7%			
	CONOCE	1	16.7%	0	.0%	3	60.0%	4	57.1%	8	33.3%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
DEFINICIÓN DE CASO PROBABLE DE DENGUE	NO CONOCE	3	50.0%	3	50.0%	3	60.0%	0	.0%	9	37.5%	6.080 ^a	3	.108
	CONOCE	3	50.0%	3	50.0%	2	40.0%	7	100.0%	15	62.5%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
CURSO DE LA INFECCION	NO CONOCE	5	83.3%	6	100.0%	3	60.0%	3	42.9%	17	70.8%	5.860 ^a	3	.119
	CONOCE	1	16.7%	0	.0%	2	40.0%	4	57.1%	7	29.2%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
CLASIFICACION CLÍNICA DE DENGUE	NO CONOCE	3	50.0%	4	66.7%	3	60.0%	3	42.9%	13	54.2%	.849 ^a	3	.838
	CONOCE	3	50.0%	2	33.3%	2	40.0%	4	57.1%	11	45.8%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
FACTOR DE MAL PRONÓSTICO	NO CONOCE	5	83.3%	6	100.0%	5	100.0%	5	71.4%	21	87.5%	3.320 ^a	3	.345
	CONOCE	1	16.7%	0	.0%	0	.0%	2	28.6%	3	12.5%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre manejo de dengue en embarazadas – HFVP 2014

MEJORÍA CLÍNICA	NO CONOCE	0	.0%	2	33.3%	2	40.0%	1	14.3%	5	20.8%	3.443 ^a	3	.328
	CONOCE	6	100.0%	4	66.7%	3	60.0%	6	85.7%	19	79.2%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
COMPLICACIONES	NO CONOCE	3	50.0%	1	16.7%	4	80.0%	0	.0%	8	33.3%	9.900 ^a	3	.019
	CONOCE	3	50.0%	5	83.3%	1	20.0%	7	100.0%	16	66.7%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			

Conocimiento por año

		AÑO DE RESIDENCIA								Total		CHI CUADRADO		
		1		2		3		4						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Valor	gl	p
MANEJO AL INGRESO	NO CONOCE	4	66.7%	2	33.3%	0	.0%	3	42.9%	9	37.5%	5.308 ^a	3	0.151
	CONOCE	2	33.3%	4	66.7%	5	100.0%	4	57.1%	15	62.5%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
MANEJO SEGÚN CLASIFICACIÓN CLINICA	NO CONOCE	4	66.7%	5	83.3%	5	100.0%	3	42.9%	17	70.8%	5.215 ^a	3	0.157
	CONOCE	2	33.3%	1	16.7%	0	.0%	4	57.1%	7	29.2%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
MANEJO DE COMPLICACIONES	NO CONOCE	6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	2	28.6%	19	79.2%	15.338 ^a	3	0.002
	CONOCE	0	.0%	0	.0%	0	.0%	5	71.4%	5	20.8%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			
MANEJO DE CHOQUE	NO CONOCE	6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	2	28.6%	19	79.2%	15.338 ^a	3	0.002
	CONOCE	0	.0%	0	.0%	0	.0%	5	71.4%	5	20.8%			
Total		6	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	7	100.0%	24	100.0%			

